LE

MONITEUR DES HOPITAUX

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

RÉDIGÉ PAR

H. DE CASTELNAU

INSPECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS ET DU SERVICE SANITAIRE DES PRISONS DE FRANCE.

Rien n'est beau que le vrai.....

TOME TROISIÈME.

PARIS

RUE DE L'ODÉON N° 22.

1855

LE

MONITEUR DES HOPITAUX.

III.

A MES LECTEURS.

Rien n'est beau que le vrai !

Quiconque, tenant une plume de critique, prend au sérieux cette belle devise, doit s'attendre à heurter dans son chemin et à exciter contre lui de sottes vanités et d'astucieuses intrigues. Ce triste privilége ne m'a pas plus fait défaut qu'aux critiques consciencieux de tous les temps. Comme eux, je m'en console, et comme eux je trouve ma récompense dans la sympathie des esprits honnêtes et judicieux qui savent distinguer la franchise des actes, et qui veulent bien apprécier la pureté des intentions.

H. de Castelnau.

IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT, RUE DE GRENELLE-SAINT-HONORÉ, 45.

1re Série. Tome 3. — N° 1. 3me ANNÉE. Jeudi 4 Janvier 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 18

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être [illegible] traites sur Paris et en mandats de poste.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52, 57, 60, 64, 72, 76. 79, 137, 139 et 152.)

Leçon du 2 juin 1854.

Absorption. — Excrétion.

Il y a dans les membranes des propriétés particulières qui modifient l'absorption ; certaines substances peuvent être absorbées à l'état solide, d'autres, quoique dissoutes, ne sont pas absorbées; c'est ainsi que l'on ne trouve pas dans le sang de la veine Porte les matières sécrétées par les intestins. La propriété qu'ont les membranes de se refuser à l'absorption de certaines substances n'existe pas seulement dans l'organisme vivant, c'est un phénomène d'endosmose pure.

En outre, les membranes se fatiguent et se saturent d'une certaine substance qui n'est plus alors absorbée, ce qui n'empêche pas qu'une autre substance ne soit absorbée aussitôt par ces mêmes membranes. C'est un phénomène que l'on constate facilement, en introduisant, par exemple, du prussiate de potasse dans l'intestin d'un animal vivant. Ainsi se trouvent modifiés les phénomènes de l'absorption. La *tolérance* est la limite de la faculté d'absorption d'une membrane pour une certaine substance.

Si l'on alimente un animal avec une seule substance soit sucre, graisse, albumine, fibrine, cet animal meurt; un chien peut vivre 19 jours sans manger, et il ne vit guère plus longtemps si on ne l'alimente qu'avec une seule substance. Il résulte de la connaissance de ce fait, la nécessité de varier l'alimentation. C'est avec la morphine qu'on a le mieux étudié la faculté de saturation; la morphine produit très-vite la saturation; elle fait même perdre aux membranes leur énergie d'absorption pour les autres substances.

Il faut observer, dans l'absorption, deux phénomènes : 1° l'imbibition; 2° le transport de la substance dans l'organisme par le moyen du sang. Sans l'imbibition l'absorption ne peut avoir lieu. C'est ainsi qu'une membrane recouverte d'huile ne peut pas absorber; l'huile ne saurait être absorbée par un animal vivant à moins qu'elle n'ait été modifiée dans son état physique, il en est de même de la graisse. C'est grâce au liquide pancréatique qui forme une émulsion avec les matières grasses, que celles-ci sont absorbées. L'imbibition est plus ou moins rapide suivant les tissus : lente pour les os et les tendons, elle atteint sa plus grande rapidité pour les séreuses ; si l'on interpose à du prussiate de potasse et à un sel de fer une membrane séreuse, le mélange se fait en moins d'une seconde ; l'imbibition de la peau est moins rapide. Ainsi le phénomène d'imbibition peut varier et faire varier l'absorption. La rapidité du transport de la substance absorbée dans

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société des Sciences médicales de Paris, pendant l'année 1853-1854

Par M. PIERRE GRATIOLET, secrétaire général de la Société.

Messieurs,

Ce jour est pour nous un jour de fête; notre Société commence une deuxième année d'existence. Ces liens de confraternité devenus plus chers et plus intimes, cette communication réciproque de nos travaux et de nos idées, donneront à nos travaux ultérieurs une énergie plus grande; unis dans une pensée commune, sectateurs ardents de la vérité, nous saurons, nous connaissant mieux, la poursuivre avec plus de courage. En effet, messieurs, en unissant nos efforts, nous nous sommes, si je puis ainsi dire, réciproquement complétés; dès à présent, la force de l'un, parmi nous, profite à l'autre, et nous nous élèverons, comptez-y, parce que nous avons su nous unir.

Cette harmonie d'éléments divers associés en vue d'une amélioration dans les idées de chacun de nous, est le but principal que notre société s'est proposé. Les sciences médicales sont vastes; ou plutôt la science médicale, ayant l'homme pour objet, n'a point de bornes; et comme la nature humaine est à certains égards un résumé du monde, un *microcosme*, la science qui a pour objet la connaissance de cette nature, est à son tour un résumé de toutes les sciences naturelles, car, n'en doutez point, si vous envisagez le monde, la médecine touche à tout. Tous les milieux où l'homme vit, tous les corps, tous les éléments avec lesquels ses organes sont en rapport, importent à cette science. Aussi aux époques héroïques, voyons-nous les médecins contribuer à tous les progrès de l'esprit humain. Philosophes, érudits, physiciens, chimistes, naturalistes éminents, ils sont mêlés à tout ce qui est grand dans l'histoire des sciences; et quelle pléiade de noms! les Van Helmont, les Stahl, les Willis, les Boerrhaave et tant d'autres au milieu desquels Descartes lui-même brille au premier rang, par l'attention qu'il donna toute sa vie à la physiologie et à la médecine qui étaient à ses yeux la base de la vraie philosophie, en même temps qu'une source de progrès pour le bonheur de l'homme et pour l'amélioration de sa nature physique.

Aujourd'hui, messieurs, grâce aux efforts de tant de grands hommes, l'horizon s'est élargi, le champ s'est étendu, en sorte que le temps des esprits encyclopédiques est passé. Chaque science en effet a grandi, chacune d'elle s'est subdivisée, et sans un détail si prodigieux, que pour porter ce ciel, il faudrait les épaules d'un autre atlas! Aussi le temps et la brièveté de la vie imposant des bornes étrangères, mais fatales, à la capacité presque indéfinie de l'esprit humain, on a, pour tout embrasser, inventé ou suivi le précepte de Machiavel; on a divisé pour régner. On a fait des catégories dans la science, on a partagé le fardeau. Voilà pourquoi dans un homme on peut trouver telle ou telle science, telle ou telle partie d'une science; mais la SCIENCE où la trouvera-t-on? Nulle part, messieurs, sinon dans l'humanité tout entière;

l'économie est aussi variable. Chez le cheval une demi-minute suffit pour que le sang parcoure toute l'étendue du système sanguin.

Il faut tenir compte, en outre, de certaines conditions qui sont : 1° la nature des substances; 2° les influences générales telles que la *pression*, la *température*. Toutes choses égales d'ailleurs l'absorption est en raison directe de la pression ; le fait inverse est vrai. Ainsi s'explique l'action des ventouses sur l'absorption. On sait que si l'on applique une ventouse sur un point du corps où a été introduit du venin de vipère ou du virus rabique, l'absorption en est retardée. On peut empêcher les effets toxiques de la strychnine par l'application d'une ventouse, ce qui s'explique parce que la substance étant absorbée en très-petite quantité à la fois, est éliminée à mesure. Si l'on prend un lapin et qu'on lui introduise sous la peau 0,05 de strychnine, il meurt; si on fait l'expérience avec 0,001 de la même substance l'animal ne meurt pas. Or, si on introduit 0,005 de strychnine sous la peau du lapin et qu'on applique aussitôt en ce point une ventouse, l'absorption se fait si lentement qu'une très-petite quantité de poison est introduite à la fois dans l'économie, et l'élimination s'en fait à mesure par les urines, l'action toxique est ainsi évitée. Ce qui tue l'animal, ce n'est pas la quantité de substance qui *passe* dans le sang, mais celle qui *s'y trouve* à un moment donné. Ce qui est vrai pour les liquides est vrai également pour les gaz : la quantité d'oxygène qui est absorbée par les poumons est d'autant plus considérable que la pression est plus forte. Certaines substances solides peuvent être absorbées. Le charbon pulvérisé est absorbé en nature (M. C. Robin a constaté la présence de cette substance dans le sang de la veine Porte) peut-être cette substance s'introduit-elle dans les vaisseaux par une sorte d'action mécanique, grace aux pointes acérées de ses particules, en effet, le noir de fumée qui est formé de corps arrondis n'est pas absorbé. En tous cas, l'absorption de substances à l'état solide est un fait accepté.

En face de l'absorption se place un phénomène inverse, l'exhalation. Il ne faut pas entendre ce mot ainsi que l'entendait Bichat, en effet il n'y a pas de vaisseaux exhalants. L'exhalation est une sorte d'évaporation qui a lieu à la surface des êtres vivants ; elle comprend les excrétions, c'est-à-dire l'expulsion de liquides ou de gaz, urine, vapeur d'eau, acide carbonique. Il ne faut point confondre l'excrétion avec la sécrétion; ces deux phénomènes diffèrent totalement l'un de l'autre, et quant à leur but et quant à leur cause. Dans l'exhalation, les circonstances extérieures, telles que la température et la pression, exercent une influence considérable; cette influence est nulle dans la sécrétion. De plus, toutes les sécrétions sont intermittentes, les excrétions au contraire ne s'arrêtent pas...

L'excrétion des liquides a lieu principalement par les reins, qui ne sont qu'une vaste surface où le sang vient se filtrer. L'artère rénale est plus grosse que la veine correspondante, il résulte de cette disproportion une pression, et l'on peut s'assurer que l'élimination ou excrétion de l'urine a lieu en raison directe de la pression. C'est une expérience facile à faire. Si l'on prend un chien, qu'on amène au dehors ses deux uretères, on saura exactement la quantité d'urine qu'excrètent ses reins dans un temps donné. Or, on voit que la quantité d'urine excrétée en une minute par les deux uretères est de 0,8, la pression du sang dans les artères rénales étant de 0,076. Si on lie les artères axillaires et crurales on obtient une pression de 112 millimètres s'exerçant sur les reins, et l'on voit que l'urine rendue alors en une minute = 12 gramm. 25 centigr. Si par la saignée on diminue la pression, la quantité d'urine excrétée diminue. Ainsi, un chien excrète par minute 9 gr. 55 centigr. d'urine lorsque le sang de ses artères rénales est soumis à une pression de 134 millimètres ; que par la saignée on réduise la pression à 119 millim., et la quantité d'urine excrétée ne sera plus que de 4 gr. 92 centigr. Voilà des expériences qui prouvent qu'il y a toujours rapport entre la pression et l'excrétion.

Dans les sécrétions, l'influence de la pression est nulle, parce que les sécrétions sont régies par le système nerveux exclusivement. Dans l'excrétion et dans l'absorption l'influence de la pression est grande. On ne saurait donc confondre l'excrétion avec la sécrétion. C'est ce que nous démontrerons mieux plus tard.

Recherches sur les Affections morbides et anormales du Placenta

(Mémoire couronné par la société de médecine de Gand, dans sa séance du 10 janvier 1854),

Par le docteur Ambroise MORDRET (du Mans,
Professeur d'accouchements, lauréat de l'Académie de chirurgie de Madrid, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

« Le mot adhérent extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare. »
Baudeloque.

Ne pas confondre un état physiologique avec un état pathologique.

(Voir le numéro 155.)

Les derniers travaux de M. Coste ont fait revivre la première hypothèse de Hunter, en lui donnant la sanction de l'expérimentation. C'est aujourd'hui la seule opinion admise et les progrès très-grands de l'histologie, lui donnent au moins toute probabilité. La voici en quelques mots :

---

le rôle des grandes individualités est donc fini et le règne des associations a commencé; de là l'idée déjà ancienne des dictionnaires, des journaux et des encyclopédies; voilà l'idée de Platon appliquée à la science. C'est la division du travail appliquée aux choses de de l'esprit' comme dès le temps de saint Augustin, elle l'était à Rome, aux choses industrielles.

Or, messieurs, il y a des encyclopédies écrites et immobiles. Ne saurait-il y avoir aussi des encyclopédies vivantes, où chaque article, si je puis ainsi dire, fût une âme, se transformant, acquérant, s'élevant sans cesse, en sorte que se perfectionnant toujours l'ensemble fût à chaque instant de sa durée à la hauteur de la science dans l'humanité? Cela se peut sans doute, et voilà comment les académies se sont formées. Or, ce que les académies font dans une sphère plus élevée, nous avons essayé de le réaliser dans une sphère plus humble, il est vrai, mais avec un avantage égal pour nous. Aussi, messieurs, ne sommes-nous pas tous médecins ici, ou du moins le sommes-nous d'une manière différente. Chacun de nous a pour mission d'étudier l'homme et les sciences qui lui importent par un côté déterminé. Chacun de nous a sa mine à exploiter, et quand l'idée particulière a été dégagée de sa gangue, elle est apportée ici ; ainsi le travail est divisé, mais la richesse est commune. Car le privilége éternel des choses de l'esprit et de la vie, sur les choses de la matière, c'est de pouvoir se partager sans s'amoindrir.

Tel a été notre but, messieurs; et si ce but n'est pas encore complétement atteint, c'est qu'il y a à toutes choses en ce monde, une période initiale, une enfance; et ces commencements de la vie sont toujours plus ou moins pénibles. Il y a des indifférences qu'il faut éveiller et stimuler, et des susceptibilités qu'il faut endormir; et parmi tant de difficultés dont on devra triompher, le dirai-je, messieurs, il faut toujours un certain courage pour vivre. Mais, Dieu merci, nous avons eu ce courage. Et comme le but honnête, la sincérité des vues sont aux sociétés comme le tempérament et le sang aux individus, grâce à ce courage et à cette sincérité, nous vivrons encore, et n'en doutez point, nous grandirons.

Il n'est peut-être pas inutile de dire ici comment nous avons essayé d'atteindre à l'universalité dans le domaine des sciences médicales. Ce sera, si vous voulez, un compte-rendu de notre règlement, qui est notre première œuvre, mais qui pour notre avenir n'est pas la moins importante.

Notre Société étant avant tout une société médicale, elle devait en premier lieu embrasser dans le plus grand détail toutes les branches de l'art de guérir, toutes les formes sous lesquelles il pouvait être conçu et présenté. La pathologie et la thérapeutique générales, qui sont les deux parties de la philosophie en médecine; la médecine et la chirurgie cliniques, l'art des accouchements, ont parmi nous des interprètes nombreux ; mais pour qu'aucune question importante ne fut négligée, à quelques-uns d'entre nous est assignée une tâche spéciale. Les uns ont pour mission de nous tenir au courant des progrès de l'hygiène privée et publique. D'autres doivent s'appliquer surtout à l'étude de la médecine légale et de la toxicologie, de la pharmacie et de la matière

A chaque époque menstruelle, la muqueuse utérine est le siége d'un orgasme particulier déterminé par l'évolution d'une vésicule de Graaf. Cette surexcitation vitale persiste et devient plus considérable encore si la femme est alors fécondée. La muqueuse utérine se boursouffle, sa vascularisation augmente, les glandules utérines de cette membrane augmentent, etc... Il résulte de là, un état de turgescence, d'épaississement et de ramollissement de la muqueuse, qui se plisse, qui se ride, et remplit toute la cavité utérine devenue en quelque sorte trop étroite pour la contenir. C'est dans ces circonstances que l'œuf arrive dans la matrice. Il y est d'abord libre de toute adhérence et c'est en vertu de forces qui lui sont inhérentes, qu'il glisse entre les replis de la muqueuse, ou plutôt, qu'il s'enfonce directement dans son tissu ramolli.

Quoiqu'il en soit, il ne tarde pas à s'arrêter et à se greffer sur la muqueuse ou dans la muqueuse, au moyen de ses villosités choriales; de sorte qu'à un moment donné l'ovule est toujours contenu dans l'épaisseur de cette membrane. Toute la portion de la muqueuse, qui n'a pas conservé de rapports avec l'œuf, forme la caduque utérine ou pariétale. Le segment intérieur ou libre de la petite loge que s'est creusée l'ovule, forme la caduque réfléchie, et le segment extérieur de cette loge forme le tissu inter-utéro-placentaire.

Dès que l'ovule est fixé, la plus grande partie de la muqueuse, qui n'a pas conservé de rapports avec lui, semble avoir fini son rôle; elle s'atrophie peu à peu au fur et à mesure que l'œuf grandit. Cette partie devient peu à peu auliiste (caduque-utérine ou pariétale), et vers la fin de la grossesse, elle a perdue toute adhérence avec l'utérus. Une nouvelle muqueuse s'est formée.

La portion infiniment plus petite au milieu de laquelle l'ovule s'est creusé une loge, est d'abord pénétrée de toutes parts par les villosités du chorion et végète quelque temps; mais elle ne tarde pas à se comporter de deux manières. Le plus grand segment de la loge, celui qui fait saillie dans la cavité de l'utérus, se fane ainsi que les villosités choriales qui sont entrées dans sa substance; il s'amincit et s'élargit en membrane en même temps que l'œuf augmente de volume; il devient en un mot la caduque secondaire ou réfléchie. Celle-ci séparée d'abord de la caduque pariétale par un liquide (hydropérione de Bréchet) qui se résorbe peu à peu, s'applique contre elle aussitôt que l'œuf occupe toute la cavité de la matrice. Le petit segment, au contraire, celui qui est compris entre l'utérus et l'ovule, constitue le tissu inter-utéro-placentaire; il devient le siége d'une nutrition très-active, prend un grand développement et forme le placenta maternel.

Le chorion est, on le sait, la membrane la plus externe de l'œuf. Lorsque celui-ci s'enfonce dans la muqueuse utérine, les villosités la pénètrent de toutes parts ainsi qu'il vient d'être dit; mais bientôt elles se sèchent sur toute l'étendue de la caduque réfléchie, tandis que celles qui sont implantées dans la petite portion de muqueuse qui constitue la caduque inter-utéro-placentaire, y végètent avec une grande activité. Elles s'y enfoncent à peu près comme les racines d'une plante s'enfoncent dans le sol, et c'est cette partie du chorion qui forme le placenta fœtal.

Le placenta, principal organe de la respiration et de la nutrition du fœtus, semble donc être composé de trois éléments. Des vaisseaux appartenant à l'enfant (veines et artères ombilicales); des vaisseaux appartenant à la mère et qui sont des ramifications des artères et des veines utérines; enfin une gangue cellulaire qui unit ces deux ordres de vaisseaux et qui constitue le tissu propre du placenta. Chez la femme, chaque parcelle placentaire contient ces trois éléments. Celles-ci, en s'unissant deux à deux, deux à trois, etc., finissent par former un cotylédon et les cotylédons en s'unissant de la même manière forment le gâteau placentaire lui-même. Considérée à ce point de vue, la structure du placenta semble analogue à celle du poumon dont chaque cellule contient aussi trois éléments généraux. Un tube aérien, des vaisseaux sanguins et une gangue ou tissu propre du poumon. La ressemblance se poursuit jusque dans le mode suivant lequel ces deux organes fonctionnent. C'est par endosmose que le sang se charge, dans le poumon, des particules nutritives de l'air et qu'il s'hématose; c'est par endosmose également que les parties du sang de la mère, qui doivent servir à la nutrition et à l'hématose du produit de la conception, pénètrent dans les voies circulatoires de celui-ci.

Ce court exposé de l'origine et du développement du placenta, permet de bien comprendre les connexions qu'il entretient avec la matrice. Celles-ci ne sauraient, en effet, différer sensiblement de celles de l'utérus avec sa propre membrane muqueuse.

Dans l'état de vacuité, la muqueuse utérine est si adhérente au tissu propre de l'organe, que, pendant longtemps, plusieurs anatomistes ont nié son existence, et que d'autres ne l'ont admise que par analogie. Cependant M. Coste a démontré non-seulement qu'elle existe, mais encore qu'elle est assez épaisse. Le même savant a fait voir aussi qu'il n'existait point dans la matrice de tissu cellulaire sous-muqueux, ce qui fait que la muqueuse adhère immédiatement aux points qu'elle tapisse et qu'elle ne peut en être séparée sans arrachement de tissu.

Cette adhérence qui est encore très-intime au commencement de la grossesse devient moins grande à mesure que celle-ci avance. Bientôt même l'adhérence ne persiste qu'au niveau de l'insertion placentaire; mais là, elle dure autant que la gestation. Chaque fois qu'on a eu l'occasion de disséquer des placentas de femmes,

---

médicale, et pour ne rien scinder, à côté de la médecine de l'homme et pour concourir à un but commun, nous avons invoqué l'aide de la médecine vétérinaire; puis viennent les sciences bases. La zoologie et la physiologie comparée, la botanique et enfin la physique et la chimie, dont les progrès incessants ouvrent à la science des horizons nouveaux, en même temps qu'ils arment sa main d'agents puissants, dont le nombre s'accroît chaque jour.

Par là notre faisceau est constitué. Le frêle roseau devient colonne, et la puissance de cette colonne est proportionnée à l'immensité du fardeau. Aussi messieurs, bien que nous dations d'hier seulement, bien que le nombre de nos associés n'ait point encore été complété, nos travaux ont-ils présenté une variété qui est pour notre avenir du plus heureux augure. L'esprit en se portant ainsi dans toutes les directions de la science accroît sa force; il enrichit le trésor de ses idées, et revient de ces digressions apparentes à son sujet favori, comme un voyageur dans sa patrie; plus riche, moins exclusif, et par conséquent plus sage, plus capable en un mot de juger des choses qui l'entourent, parce qu'il peut les comparer à celles que lui ont offert des régions plus ou moins éloignées.

Mais il est temps, Messieurs, qu'entrant, si je puis ainsi dire, au cœur des travaux de la société, j'accomplisse un devoir à l'égard de chacun de vous, en donnant un résumé succinct des mémoires qui ont été lus, et des questions qui ont été agitées dans nos séances.

§ 2. Les premières ayant été consacrées à des travaux d'organisation, c'est seulement du 9 février 1853 que datent nos travaux scientifiques.

M. Maillot en a ouvert la série en exposant les procédés opératoires de la percussion qu'il réduit à leur expression la plus simple. Je me borne à énoncer ici le titre de ce mémoire, dont l'exposition exige absolument le secours de certaines figures. Au surplus, Messieurs, la société n'y perdra pas, le travail de M. Maillot devant nécessairement paraître *in extenso* dans le *Moniteur des hôpitaux*.

Cette première lecture a été suivie d'observations de notre confrère sur les maladies du cœur. Ces observations ont eu pour point de départ un travail de M. Beau lu à l'Académie impériale de Médecine, et intitulé : *Considérations sur l'hypertrophie du cœur*. L'auteur distingué de ce mémoire considère l'hypertrophie du cœur comme le résultat d'une exagération consécutive dans l'action de ses fibres musculaires. Cette théorie, résumée et exposée par M. Maillot, a soulevé quelques objections au sein de la société, et on l'a combattue d'après ce fait bien connu, que la substance musculaire des cœurs hypertrophiés est pâle et évidemment transformée et défigurée.

Cette objection a été résolue par notre confrère, M. le docteur Maubec. Il a rappelé des observations récentes qui ont montré que chez les hommes de peine, les premiers muscles qui s'atrophient ou se transforment sont précisément ceux qui ont le plus agi. L'état anormal de la substance du cœur pourrait donc être un dernier effet et le terme d'un exercice immodéré.

M. Gratiolet a essayé de faire voir que cette proposition que donne

mortes d'un accident ou d'une maladie intercurrente pendant leur grossesse, celui-ci a été trouvé très-fortement uni à l'utérus, excepté quand la femme était presque à terme. Presque toujours on ne pouvait le séparer qu'avec le scalpel, ou bien en déchirant les organes. Au contraire, chez les femmes mortes en couche, ou bien à la suite d'un avortement, l'adhérence intime est rare et constitue presque un état pathologique. C'est que la muqueuse utérine devant, après chaque parturition, être renouvelée dans sa totalité, le placenta maternel n'a plus de raison d'être, aussitôt que le produit de la conception a cessé de vivre ou bien a été expulsé. Alors une muqueuse de nouvelle formation se place entre lui et le tissu propre de l'utérus.

A mesure que celle-ci s'organise, elle décolle insensiblement toutes les lamelles encore adhérentes de la vieille muqueuse, les refoule en quelque sorte, et lorsque le délivre est expulsé, on les retrouve à sa face convexe, où elles ont l'apparence d'une membranule feutrée. Cette membranule, parfaitement décrite par MM. Velpeau, Jacquemier, Caezaux et la plupart des accoucheurs, est très-facile à soulever sous la pointe d'un scalpel; elle adhère assez fortement aux bosselures du placenta qu'elle réunit, et pénètre dans les scissures inter-lobaires à moins qu'elles ne soient trop profondes. Elle paraît aréolaire lorsque, tenant encore à l'utérus, on la tiraille un peu en écartant le placenta, ou bien lorsqu'on insuffle de l'air dans les interstices. Les vaisseaux inter-utéro-placentaires la traversent de toutes parts, mais ne paraissent pas s'y arrêter. Les vacuoles qu'elle forme peuvent, en raison de diverses circonstances, être plus ou moins gorgées de sang extravasé et ce sont probablement ces vacuoles qui ont été prises pour les sinus utérins, décrits minutieusement par les uns et niés par les autres. Quoiqu'il en soit, la couche cellulo-muqueuse qu'on trouve sur la face utérine du placenta se continue sans ligne de démarcation sensible avec la membrane épichoriale, ainsi que l'a fait observer M. Jacquemier, qui, à l'exemple de M. Jugleby et autres, pense que le placenta est compris entre deux lames de la caduque. Selon M. Cazeaux, cette couche mince serait à peu près tout ce qui reste du placenta maternel au moment de l'accouchement. « Au moment de la chûte de l'œuf, dit-il, le placenta maternel est entraîné par le placenta fœtal, et présente sur la face convexe des cotylédons, une couche de deux à trois millimètres d'épaisseur, mais plus considérable dans leurs interstices. Ainsi, malgré le rôle très-actif qu'a joué pendant la grossesse cette partie de la muqueuse, elle n'en partage pas moins le sort de la caduque pariétale et est expulsée avec le délivre au moment de l'accouchement »

Dans les cas d'avortement, le décollement de la muqueuse se fait quelquefois avec une grande promptitude, et dans les deux premiers mois de la gestation, il n'est pas sans exemple de voir l'utérus se débarrasser en même temps, de l'embryon et de la caduque toute entière. Lorsque j'écris ces lignes, j'ai sous les yeux une pièce anatomique de ce genre qui vient de m'être remise par mon père.

L'œuf est sorti enveloppé d'une membrane épaisse qui a exactement la forme de la cavité utérine. Cette membrane n'est autre que la caduque pariétale. Elle est flottante et n'existe pas en entier dans le tiers supérieur de l'œuf; on en voit seulement des lambeaux. Dans les deux tiers inférieurs, au contraire, elle est intacte et son épaisseur est de 2 à 3 millimètres. Dans toute l'étendue qui correspond à la cavité du col, elle forme un cylindre creux rempli par un caillot. Ce caillot ayant été détaché par le lavage, après que j'eus incisé la caduque, j'ai vu que la poche des eaux append à un point plus épaissi, c'est évidemment là le placenta. Toute la surface externe de la membrane qui enveloppe l'œuf est tomenteuse et mamelonnale. Sa surface interne ou libre est également mamelonnée, mais lisse. Je ferai remarquer de suite que les aspérités qu'on remarque sur la surface adhérente de la caduque sont en faveur de l'opinion qui soutient que cette membrane est la muqueuse utérine elle-même, car ces aspérités n'existeraient pas, si la membrane en question ne s'était moulée sur une surface inégale, présentant elle-même des anfractuosités. Or, ces anfractuosités ne peuvent être formées que par l'entrecroisement des fibres musculaires de l'utérus, devenues très-apparentes par l'effet de la gestation. Si la membrane sortie est comme tomenteuse, c'est qu'elle envoyait des prolongements dans les espaces inter-fibrillaires. Elle serait lisse si elle eut été accolée à la muqueuse utérine, dont la surface concave est lisse. Dès lors que la membrane caduque dont je fais la description ne peut être regardée comme ayant été concentrique à la muqueuse à cause de sa structure tomenteuse, il faut qu'elle soit cette muqueuse elle-même ou tout au moins une partie d'elle.

La longueur totale de la pièce que j'ai sous les yeux est de 11 centimètres, sa largeur moyenne de 4 centimètres.

Lorsqu'on soulève la caduque pariétale on voit qu'elle est appliquée sans adhérences aucunes sur la caduque réfléchie. Les deux surfaces de contact sont parfaitement lisses. La seconde membrane manque aussi dans la portion supérieure de l'œuf, mais dans une étendue moins grande que la caduque pariétale. Elle paraît dans cet endroit comme en partie résorbée, et offre des lacunes qui sont formées par des ponts membraneux très-minces, entre lesquels la membrane choriale fait hernie. L'épaisseur de la caduque réfléchie est très-variable, ce qui tient à ce que cette membrane est partout doublée par les villosités du chorion qui ne sont pas encore uniformément atrophiées et forment comme des ilots irréguliers, au niveau desquels l'épaisseur a souvent jusqu'à 1 ou 2 millimètres. Dans les parties les plus amincies, entre ces ilots, cette membrane ressemble assez à une peau de baudruche, et laisse voir l'embryon par transparence. Les villosités choriales sont d'autant plus épaisses que l'on s'approche davantage du col, et au niveau du placenta il n'y a pas de ligne de démarcation entre les deux caduques. J'ai dit que la surface libre de la caduque réfléchie était lisse, il fau

---

l'exercice comme une cause d'atrophie, a en soi quelque chose de paradoxal, car il est aussi parfaitement démontré par l'exemple des gymnastes, que l'exercice fortifie les muscles. De ces deux propositiont contraires laquelle sera donc la vraie, ou plutôt jusqu'à quel point seront-elles vraies l'une et l'autre?

Afin de résoudre cette difficulté, M. Gratiolet a pris pour titre l'exemple vulgaire d'un homme jeune auquel on fait faire une course. Après cette course, de deux choses l'une; on lui donnera à manger ou on le laissera sans aliments. Dans le premier cas, il sera après le repos plus fort qu'auparavant, dans le second, il sera plus faible d'une quantité plus ou moins appréciable, mais qui le deviendra rapidement si l'expérience est assez longtemps coutinuée.

Cette remarque, applicable à tous les exercices possibles, suffit pour montrer que l'exercice peut avoir, suivant des cas divers, des conséquences absolument différentes. Il est certain que, dans un cas donné, un animal, et dans cet animal, chaque muscle n'a qu'une certaine puissance fort limitée et qui s'épuise rapidement. Cet épuisement, si nous prenons l'exemple des animaux surmenés, correspond évidement à une certaine perte, à une altération déterminée dans les muscles qui ont agi. De là un double besoin : 1° besoin du repos; 2° besoin d'aliments, c'est-à-dire besoin de réparation. Or, ce besoin de repos et de réparation sera d'autant plus prolongé, que l'épuisement aura été plus grand, ou que les forces digestives seront plus débiles. Ainsi, l'exercice, pour se concilier avec la santé, doit-il être proportionné, en général, à l'énergie totale de l'organisme et des organes digestifs; en particulier, à l'énergie des forces vitales actuelles dans chaque muscle exercé.

Voilà pourquoi sans doute la gymnastique, qui permet et ménage des intermédiaires de repos prolongé, développe mieux les forces que le travail; pourquoi dans la jeunesse, où la puissance nerveuse est plus vive, où les forces assimilatrices sont plus actives, l'exercice des muscles peut être poussé beaucoup plus loin que dans la vieillesse, où toutes les puissances vitales tendent au sommeil.

Ainsi, d'une manière absolue, selon M. Gratiolet, tout exercice qui n'est point mesuré, en raison composé de la santé actuelle de l'âge et du régime, doit, par son excès, amener l'épuisement. Mais un exercice modéré augmente les forces en accélérant chez un homme doué d'une force assimilatrice suffisante, les échanges moléculaires d'où la nutrition des parties résulte. Cet effet favorable sera obtenu, l'exercice du muscle sera *hypertrophiant*, tant que les limites de la force réparatrice n'auront point été dépassées. Il sera *atrophiant* quand ces limites auront été forcées. Ce qui revient à cet axiôme, que dans un commerce quelconque, pour n'être point ruiné, il faut que le gain soit au moins égal à la dépense.

M. Verjus a présenté à la Société plusieurs remarques intéressantes sur une observation qu'il a recueillie et dont voici le résumé :

Un malade âgé de 40 à 45 ans avait été atteint autrefois d'accidents syphilitiques, il y a quelques années un iritis se développa, et céda à l'emploi de préparations mercurielles.

Cependant au bout de quelque temps la maladie se reproduisit,

ajouter qu'elle semble mamelonnée, à cause des paquets de villosités choriales qui sont au dessous. Cette membrane peut être séparée du chorion par traction, alors sa surface adhérente paraît lisse aussi. Les villosités s'en détachent et se présentent sous forme de petits pinceaux déliés, flottants et fixés au chorion par un pédicule grêle et unique.

La poche choriale, ouverte avec précaution, contient un liquide un peu visqueux et brunâtre. Cette poche assez épaisse et résistante, fait hernie partout où manque la caduque secondaire. Elle est presque uniformément couverte par les houppes choriales qui ont toutes l'aspect ci-dessus décrit. Cependant dans quelques points elle en est complétement dépourvue et paraît lisse.

Il s'en faut que la poche amnios, très-mince et très-transparente, occupe toute la cavité choriale. Son pédicule plissé et flottant remonte jusqu'au col. Le petit embryon se voit très-bien au travers de l'amnios, il est gros comme un petit haricot. Son plan antérieur regarde vers le col. Le ventre n'est pas entièrement fermé, pas assez ouvert pourtant, pour qu'on puisse apercevoir convenablement les organes internes. Le cordon paraît très-grêle. Les yeux sont saillants, les vestiges des membres paraissent à peine.

Quant au placenta, il occupe non-seulement l'orifice du col, ainsi que je l'ai dit, mais encore une grande partie de sa cavité dans laquelle il ne pouvait se développer convenablement. C'est à cette insertion vicieuse qu'on doit de toute évidence rapporter l'avortement qui s'est fait à 5 ou 6 semaines de grossesse et à la suite d'une promenade en voiture. Le placenta forme un demi-cylindre qui a un centimètre et demi environ d'épaisseur sur près de 3 de long. En usant de précautions j'ai pu décoller tout autour la caduque réfléchie et arriver jusqu'à l'insertion du cordon. J'ai alors incisé sur la face fœtale et j'ai trouvé dans son épaisseur un petit caillot.

Cette pièce très-curieuse, au moins à cause de son intégrité, a été fournie par une jeune femme qui s'est parfaitement rétablie. Quelques mois avant elle était accouchée pour la première fois d'un enfant à terme et très-viable.

Les auteurs parlent de poches membraneuses rendues par les femmes lorsqu'elles avortent; mais le fait me paraît encore assez rare et assez peu connu, pour mériter d'être consigné chaque fois qu'il est observé de nouveau. C'est par cette raison que j'ai intercalé celui-ci dans ce travail, au sujet duquel il ne se rattache que par un point, c'est qu'il peut servir à démontrer que le placenta se forme dans l'épaisseur de la caduque et aux dépens de cette membrane; que celle-ci n'est autre chose qu'une transformation de la muqueuse utérine, et qu'il met hors de doute la facilité avec laquelle l'utérus peut, dans un cas d'avortement, rompre les adhérences de la muqueuse pour reproduire cette membrane. Il est, en effet, impossible, après ce qui a été dit, de comprendre que la membrane caduque puisse être expulsée, si une membrane de nouvelle formation ne se place entre elle et le tissu propre de l'utérus.

C'est en partie la présence de cette nouvelle membrane qui s'oppose à l'hémorragie lors du décollement du placenta, car elle ferme les bouches des vaisseaux utéro-placentaires à mesure que ceux-ci se rompent. L'hémorragie est, au contraire, imminente chaque fois que le décollement du placenta est prématuré, car la muqueuse de remplacement n'existant pas encore, les vaisseaux utérins restent béants à la surface interne de la matrice.

La distinction du placenta en portion fœtale et portion maternelle, la détermination de la nature des adhérences normales du placenta à l'utérus, fournissent une première application au mécanisme des adhérences morbides ou plutôt anormales de cet organe. Le placenta fœtal vit de la vie du fœtus, il est nécessairement mort quand le fœtus a cessé de vivre, ou bien quand, après la naissance de l'enfant, le cordon ombilical a été coupé. Devenu corps étranger dans l'utérus, dès que le part s'est effectué, le placenta fœtal doit en cette qualité être expulsé peu de temps après le produit. Il n'en est pas de même du placenta maternel. Celui-ci vit de la vie de la mère; il est nécessaire au maintien de l'existence du fœtus, comme l'air, comme l'aliment est nécessaire au maintien de l'existence de la mère; mais il vit indépendamment du fœtus, et son activité plastique lui vient d'un autre centre. Si le placenta maternel meurt après l'accouchement, s'il est rejeté au dehors avec le placenta fœtal, c'est parce qu'il obéit à cette grande loi de la nature, qui veut que les êtres se désagrègent quands ils ont accompli la mission à laquelle ils étaient destinés. Le placenta maternel n'a plus de raison d'être après l'enfantement, et voilà pourquoi l'economie de la mère repousse cette partie d'elle-même devenue inutile; voilà pourquoi elle est entraînée avec les dépendances de l'enfant. Mais il n'est pas indispensable qu'il en soit ainsi, et la preuve, c'est que cela n'est pas chez plusieurs espèces. Ce qui est chez celles-ci l'état ordinaire, peut devenir chez la femme l'état exceptionnel. Aucune loi physiologique ne s'oppose au moins à cette manière d'envisager la production de certaines adhérences trop intimes du placenta.

Ceci provisoirement admis, les adhérences placentaires sont définitives ou temporaires, totales ou partielles, intimes ou légères.

Les adhérences définitives sont nécessairement intimes. Elles peuvent être, du reste, totales ou partielles. Dans l'une et l'autre circonstance, elles donnent lieu aux mêmes considérations. Il faut seulement observer que dans les adhérences partielles, la portion détachée doit être éliminée par le secours de l'art ou bien par un travail naturel qui en amène, soit la putréfaction, soit la résorption. L'autre portion se comporte comme si l'adhérence était totale. Or, dans ces cas, rien ne s'oppose à la circula-

---

comme on soupçonnait toujours une cause syphilitique, M. Verjus soumit le malade à un traitement rationnel, qui en son absence fut surveillé par notre confrère M. Maillot. Ce traitement n'amena aucun résultat. Au retour de M. Verjus, malgré les soins éclairés qu'avait reçu le malade, les accidents subsistaient encore.

Quelques indices vinrent alors modifier les idées de notre confrère; il se demanda s'il n'y avait point aux symptômes qu'il combattait une cause rhumatismale; guidé par ces vues nouvelles, il cessa l'emploi des moyens antisyphilitiques, et le mal fut attaqué par d'autres voies. Des sudorifiques sous toutes les formes furent prescrits; on eut recours aux bains de vapeur sèche. Au bout de 15 jours l'iritis était dissipé.

Le malade dès-lors parut guéri, et depuis deux ans et demi sa santé n'avait subi aucune atteinte appréciable, quand au commencement d'avril 1852 survinrent des douleurs céphaliques semblables à des douleurs ostéocopes. La maladie de l'œil reparait alors tout à coup et les douleurs cessent à l'instant; mais en abandonnant le crâne, le mal semble envahir d'autres régions; les intestins deviennent le siége d'épreintes continuelles, et si douloureuses que le malade pense être atteint du choléra. Les parois abdominales étaient rétractées et les urines supprimées, mais il n'y avait point de garde-robes.

On crut alors à une entérite; des purgatifs furent administrés, ils demeurèrent sans effet. Le pouls était serré, petit et fréquent.

Dans un cas aussi embarrassant, il fallait tenir compte des moindres circonstances. En interrogeant avec soin la chaîne des faits antérieurs, M. Verjus apprit que, dans l'intervalle des accidents que nous avons racontés d'après lui, le malade avait ressenti quelques douleurs articulaires qu'il avait passées sous silence. Cette indication fut saisie aussitôt. M. Verjus avait vu M. Archambault combattre des accidens analogues par l'application d'un emplâtre vésicatoire au genou. Il eût voulu appliquer cette méthode et se conduire d'après les mêmes règles; ayant rencontré dans un de ses confrères une opposition très-vive, il fut obligé de renoncer à cette idée, mais il essaya d'y suppléer par de nouveaux bains de vapeur sèche. La transpiration fut heureusement rappelée, et soudain, les fonctions intestinales reprirent leurs cours; chaque nouveau bain de vapeur amenait dans l'ensemble des symptômes une atténuation évidente. Ils disparurent enfin, mais l'articulation d'un gros orteil avec son métatarsien demeura le siége d'un œdème apparent.

M. Verjus a déduit de cette observation curieuse une proposition immédiate, savoir : que *le rhumatisme peut suspendre les secrétions.* M. Ricard de Morgny ajoutant à la communication de M. Verjus quelques remarques personnelles, l'appuie du résultat de ses observations. Il a vu, dit-il, dans certains cas analogues des constipations opiniâtres, rebelles à l'emploi des purgatifs, être vaincues par l'administration de l'opium.

Ces observations ramenaient directement la discussion sur la théorie fameuse des métastases; M. Archambault, en appliquant sa méthode, a recueilli plusieurs observations parfaitement significatives à ce sujet. MM. Maubec et Maillot ont appuyé cette théorie par des observations

tion dans le placenta maternel, et dès lors il continue de vivre. Aucune force nouvelle ne vient rompre ses connexions avec la matrice, et dès lors il n'a pas tendance à le faire de lui-même. Mais le placenta fœtal, quoique bien mort, ne peut néanmoins se détacher tout d'une pièce, à cause des prolongements très-ramifiés qu'il envoie dans les parties maternelles; aussi c'est le plus souvent un travail de putréfaction qui produit son élimination. Travail presque toujours annoncé par l'abondance, la couleur et la fœtidité des lochies, et par des symptômes généraux plus ou moins alarmants. On comprend également que dans quelques circonstances tout exceptionnelles, et qu'il n'est pas possible de déterminer dans l'état actuel de la science, celui-ci puisse devenir le siége d'un travail de résorption. La science possède nombre de faits analogues ou même plus inconcevables encore et que personne ne songe à contester. « Dans les grossesses extra-utérines qui se terminent heureusement, dit M. Velpeau, quoique l'œuf soit resté à l'intérieur des organes, on a souvent trouvé le fœtus réduit à des tissus solides et complétement dépourvus de parties molles. La même chose a été observée dans la matrice même. T. Bartholin l'a mentionné pour des vaches, Jœger en a été témoin sur une biche, M. Carus, M. Huzard surtout a prouvé qu'on le rencontre assez souvent chez les brebis. D'un autre côté, des expériences faites par M. Bretonneau et que j'ai répétées plusieurs fois, prouvent que des tissus animaux déposés au fond d'un abcès, par exemple, s'y décomposent d'une manière rapide et y sont parfois digérés comme dans l'estomac. » Devant de tels faits, les raisons alléguées par madame Boivin pour réfuter les cas de résorption placentaires observés par Nœgelé ne sauraient tenir. Sans doute, il est difficile de concevoir la résorption d'une masse vasculaire aussi abondante, ce tissu étant par sa nature peu susceptible d'absorption; sans doute, le placenta peut s'en aller en détritus, sans qu'on s'en aperçoive, et c'est même le cas le plus général, j'en suis convaincu; mais tout cela n'implique point la valeur des faits bien observés, et sans être nombreux, ils sont précis.

Nœgelé a le premier appelé l'attention sur cette étrange terminaison. Son mémoire en contient plusieurs exemples rapportés avec un luxe de détails qui commande en quelque sorte la conviction. Depuis, des faits antérieurs passés inaperçus ont été exhumés, et des faits nouveaux ont été observés avec la plus grande attention.

J'emprunte à M. Velpeau, la nomenclature des observations qui ont été publiées jusqu'en 1835, et qui méritent toute créance, à raison de l'autorité des personnes qui les ont recueillies.

Le premier fait appartient à Guillemeau, qui parle d'une femme qui redevint enceinte au bout de quatre mois, sans avoir été délivrée.

Planque raconte aussi l'histoire d'une femme du Berry qui ne fut point délivrée.

Viennent ensuite les mémoires de MM. Nœgelé et Salomon, qui relatent plusieurs observations tirées de leur pratique ou de celle de quelques autres accoucheurs,

M. Ingleby parle de l'absorption de portions peu étendues du placenta.

M. Gobillot, MM. Glover et Porcher, rapportent chacun un exemple de cette résorption placentaire après un accouchement à terme.

Morlanne en a aussi fait connaître un.

M. Deubel en a rapporté plusieurs dans sa thèse, qu'il doit à l'obligeance de MM. Burger, Beck et Stolz, de Strasbourg.

Enfin, M. Velpeau, dans quatre cas d'avortement, effectués en 1833 et 1834, a rencontré tout ce qui caractérise la résorption du placenta. Les deux derniers qu'il rapporte avec détail ne semblent pas laisser aucun doute sur la réalité de cette résorption.

A cette liste déjà longue, il faut ajouter quelques-uns des faits recueillis depuis 1835, époque à laquelle M. Velpeau a publié son *Traité des accouchements.* Ainsi :

En mai 1836, M. Maslieurat-Lagémard publia un mémoire sur la possibilité de l'absorption du placenta et aux faits déjà connus, il en a joint un très-probant qu'il a observé à la clinique de P. Dubois (*Archives gén. de médec.*) Le voici en substance :

Première observation. — Il s'agit d'une femme qui, après un accouchement naturel ne put être délivrée. Le placenta était tellement adhérent au fond de l'utérus, qu'on dut en abandonner le quart environ dans la matrice. Une hémorragie se déclara, et l'on renouvela les tentatives d'extraction, mais il fallut bien y renoncer. Cependant il ne survint aucun accident et la malade sortit sans avoir rendu aucune portion du placenta.

Deuxième observation. — Le fait suivant a été extrait d'un journal américain : le docteur Harvey Lindly de Washington, fut appelé près d'une femme de 16 ans et demie, qui eut un accouchement naturel, mais la délivrance fut impossible. On se borna à des injections. Le lendemain on voulut encore introduire la main, mais les douleurs qu'on détermina forcèrent d'y renoncer. Le ventre se ballonna, la fièvre survint et la malade fut quelques jours en danger. Mais tous les accidents cédèrent à un traitement rationel, et la malade put quitter la chambre après 3 ou 4 semaines (*Journ. de Méd. et de chir. prat.*, art. 1510).

En juillet 1837, M. Villeneuve, dans un travail sur ce sujet, rapporta huit observations. Six appartiennent à des auteurs déjà nommés : le professeur Nœgelé, le docteur Salomon, de Leyde, M. Gobillot de Lyon et M. Maslieurat. Les deux autres, enfin

---

nouvelles, en sorte que dans l'opinion de la société cette question paraît aujourd'hui résolue.

Il y a donc des métastases; les causes morbides envahissent l'économie, n'abandonnant un point que pour porter ailleurs leurs ravages. Que d'accidents terribles, que de guérisons inopinées dépendent de ces déplacements? Voilà sans doute ce qu'un médecin ne devrait jamais oublier. Malheureusement, les faits sont plus souvent constatés qu'expliqués. Les causes demeurent cachées pour le physiologiste, et se manifestent comme un Protée insaisissable, sous les apparences les plus trompeuses. De là, des problèmes incessants dans la pratique, problèmes dont la solution exige l'emploi de l'analyse la plus subtile. Mais celui-là, sans doute, n'est pas médecin, qui n'est pas en même temps philosophe.

Nous devons à M. J. Lemaire un travail étendu sur l'emploi thérapeutique du bicarbonate de soude, dans le traitement des phlegmasies qui ont pour siége les membranes cutanées ou muqueuses, dans celles surtout qu'une tendance marquée à la production de fausses membranes, caractérise.

C'est ainsi qu'il en a obtenu les plus heureux effets, dans le traitement des pneumonies aiguës, de l'angine couenneuse et du croup. M. Lemaire administre ce moyen sous la forme suivante :

Eau commune..............	350 grammes.
Bicarbonate de soude.......	8 »
Sirop de fleurs d'orangers....	30 »

Avant d'administrer cette potion, on doit débarasser l'estomac, soit par un purgatif, soit par un vomitif, des acides qu'il peut contenir. Elle doit être prise par cuillerées à soupe de quart d'heure en quart d'heure; pour les enfants, la dose de bicarbonate, varie de 3 à 6 grammes. Telle est la formule à laquelle notre confrère s'est arrêté, après des tâtonnements nombreux. Si certains obstacles s'opposent à une déglutition facile si même elle est complètement empêchée, M. Lemaire substitue avec succès à l'emploi de la potion l'usage des bains ainsi composés :

Bain antiphlogistique.

Eau......................	200 litres.
Bicarbonate de soude.......	400 grammes.

Ainsi le bicarbonate peut être administré avec avantage par la méthode endermique.

Maintenant, messieurs, quelles idées ont dirigé M. Lemaire? On sait par les recherches de MM. Andral et Gavarret, que la quantité de fibrine que le sang contient, est toujours augmentée dans les phlegmasies aiguës. Quelle que soit la signification de ce fait, que l'augmentation de fibrine dans les phlegmasies soit effet ou cause, il n'en était pas moins interessant de rechercher quels seraient les effets de moyens capables de rendre la fibrine du sang plus soluble; de là une indication nouvelle que M. Lemaire s'est proposé de suivre, à savoir : « trouver un agent ou une méthode de thérapeutique capable de soustraire l'excès de la fibrine du sang dans les phelgmasies aiguës. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

appartiennent en propre à M. Villeneuve. La dernière est la plus importante (*Gazette méd.*).

Troisième observation. — Le sujet est une femme de 25 ans et enceinte pour la seconde fois. Au sixième mois de sa grossesse, elle accoucha en quelques heures de 3 filles qui moururent peu d'heures après. Les placentas des deux derniers enfants sortirent d'eux-mêmes, mais le placenta du premier enfant ne put être extrait, et le cordon qui était le plus gros des trois tut cassé. M. Villeneuve pratiqua le toucher et reconnut que le placenta était implanté à la partie antérieure, moyenne et latérale droite de la face interne de l'utérus, et qu'aucun point de sa circonférence n'était décollé. Il se borna à prescrire des cataplasmes et des injections de mauve et de camomille. La malade fut guérie le onzième jour, sans que le placenta ait été extrait, et sans qu'il ait pu être entraîné par les lochies, car celles-ci n'ont jamais été fœtides et ont été moins abondantes que de coutume. — Il y eut bien évidemment absorption du placenta du premier enfant, car l'auteur constate son existence, et d'ailleurs la rougeur de la langue, la lenteur du pouls, son intermittence et la douleur utérine notée les premiers jours après l'accouchement, lui ont paru une preuve suffisante du travail d'absorption qui s'opérait. De plus, cette femme s'étant promptement livrée à des actes sexuels, fut 20 jours après sa sortie de l'hospice prise d'une hémorragie qui dura 8 jours et qui eut le caractère de règles abondantes, mais elle ne rendit aucun corps fibreux ni fibrineux, et le 31me jour, l'utérus très-mobile et très-léger ne se sentait plus à travers les parois de l'abdomen.

En novembre 1846, M. Gourier, de Carcassonne, communiqua un fait des plus remarquables. (*Gazette des hôpitaux.*)

Quatrième observation. — Il l'observa chez une primipare de 28 ans, qui n'avait offert que quelque accidents de pléthore pendant sa grossesse, et dont le travail fut long et terminé par le seigle ergoté.

Après l'accouchement, le médecin attendit en vain que de nouvelles contractions vinsent décoller le placenta. L'utérus était dans un état d'atonie qui ne put être vaincu par les frictions hypogastriques, par la malaxation de l'utérus à travers les parois de l'abdomen, ni par les tractions opérées méthodiquement sur le cordon. (Ergot, 1 gr. 50 cent.) — La femme perdait, s'affaiblissait, le médecin fit prendre un peu de bouillon et conseilla le repos. Le soir, la forme globuleuse de la matrice, sa dureté et quelques contractions firent penser qu'elle travaillait à l'expulsion du délivre; la résistance de celui-ci ne laissait pas de doutes sur son adhérence. — Le lendemain nouvelles tractions qui rompirent le cordon. — On essaya alors la décortication, mais elle fut impossible et trop douloureuse. La patiente eut une sycope grave, du hoquet, etc. — On renonça à retirer le délivre en entier et l'on combattit les accidents de métrite par les moyens ordinaires (sinapismes aux extrémités; sangsues au bas-ventre, cataplasmes, boissons délayantes, injections émollientes et narcotiques dans le vagin, etc. — On avait arraché par les manœuvres le quart du placenta environ; sous l'influence des autres moyens il n'en sortit que quelques petits fragments. Néanmoins, la malade se rétablit très-promptement et allaita son enfant. *Les trois quarts environ du placenta restèrent dans l'utérus.* Cette femme redevenue grosse accoucha bien et fut délivrée heureusement. Mais dans une troisième grossesse, le placenta fut encore adhérent et elle mourut victime, soit des manœuvres faites pour l'extraire, soit d'une résorption purulente.

En avril 1848, une nouvelle observation de résorption du placenta fut publiée par M. Ovalide (*Gaz. méd.*). Celle-ci est surtout digne d'intérêt à cause de la facilité qu'on a pendant longtemps conservée, durant le cours de cette résorption, de constater directement par le toucher la diminution graduelle du placenta.

Cinquième observation. — La malade de M. Ovalide, âgée de 36 ans et très-robuste, eut une couche heureuse et très-prompte; mais le délivre ne sortant pas, il fut le chercher et le trouva adhérent au fond de l'utérus. Il ne put l'entraîner, et comme il n'y avait pas de métrorrhagie, il y renonça. Les tractions renouvelées les jours suivants et l'administration du seigle ergote (4 gr.) ne firent rien. Après avoir attendu 6 jours, M. Ovalide renouvela le toucher, trouva le placenta toujours adhérent et le perfora à son centre; mais ne pouvant encore l'extraire il prit le parti de s'en remettre à la nature. Les jours suivants, on administra l'ergot à plus haute dose, on fit des frictions sur le ventre, on y mit même un sinapisme. Malgré ces moyens l'utérus ne se contracta que lentement et l'orifice resta longtemps dilaté. Il sortit une fois par la vulve un caillot membraniforme du volume d'une figue, et dont on ne put reconnaître la nature. Deux fois aussi la malade rendit 45 gr. environ d'une liqueur noire, épaisse, très-fétide; du reste on sentait toujours la tumeur formée par le placenta, et ce ne fut que le 22me jour qu'on reconnut qu'elle avait disparu. A partir de ce moment les accidents généraux cessèrent, et 8 jours plus tard on put considérer la malade comme guérie.

En septembre 1849, la science s'est encore enrichie d'un fait analogue, observé par M. Delpierre (*Journal des conn. méd. chir.*).

Sixième observation. — Il s'agit d'une femme de 30 ans, accouchant pour la quatrième fois. Les couches précédentes avaient été laborieuses, et toujours l'enfant était venu mort. Cette fois la parturition fut moins douloureuse et moins longue, mais le placenta ne put être extrait par la *femme hardie* qui avait assisté la malade. Cette femme rompit le cordon et occasionna une grave hémorragie. M. Delpierre trouva la malade presque mourante, il porta la main dans l'utérus et vit que le placenta était adhérent et comme enchatonné. Il décolla et enleva un morceau de la grosseur d'un œuf de poule dinde, et laissa le reste ne pouvant l'avoir. Il prescrivit l'ergot, des frictions excitantes et mercurielles sur le ventre, des injections émollientes et détersives, des potions et des tisanes toniques et antiseptiques. Sous l'influence de ces moyens, la femme guérit assez vite, et il ne sortit aucune nouvelle portion du placenta.

On pourrait facilement grossir le nombre de ces faits; ainsi, il faut certainement y rattacher plusieurs des cas malheureux où la femme est morte victime des manœuvres infructueuses faites pour la délivrer. Dans ceux-ci, on a presque toujours trouvé le placenta uni à l'utérus d'une manière si ferme, que les adhérences ne pouvaient être rompues que par le scalpel, et les portions arrachées par tractions avaient emporté avec elles la couche la plus superficielle du tissu utérin. Desormeaux dit avoir observé deux cas semblables; un d'adhérence totale, un d'adhérence partielle, et il cite l'observation empruntée à Rœderer, « d'une femme morte d'hémorragie utérine après avoir été délivrée avec violence. La surface interne de l'utérus fut trouvée déchirée de manière que les fibres charnues étaient mises à nu dans une grande étendue. « — Les observations suivantes doivent aussi trouver place ici.

Septième observation. — Une femme de 33 ans accoucha, à la suite d'un effort, vers le 7me ou le 8me mois; la délivrance ne se fit pas. Il survint les jours suivants de la fièvre, du frisson, de l'oppression, etc. Il sortit par les parties naturelles une matière fétide, mais aucun morceau du délivre. Cette femme fut enfin prise de convulsion et de hoquet, et mourut le 11me jour. Une portion du placenta pendait dans le col, l'autre partie adhérait si fort à l'utérus qu'elle ne put être séparée que par le scalpel. Cette portion était transformée en un corps dur et sentait très-mauvais. Le point de l'utérus auquel elle tenait était fort enflammé, et toute la surface de l'utérus offrait même des traces légères d'inflammation (*Morgagni, de sed. et caus. épist.* 48. art. 28).

Huitième observation. — Une femme déjà mère de plusieurs enfants, éprouva tant de peine d'avoir eu une fille au lieu d'un garçon qu'elle espérait, que son pouls s'affaissa tout à coup et qu'elle fut à l'instant prise d'un frisson. La délivrance ne se fit pas et la sage-femme n'essaya pas de l'effectuer. Cette femme eut une perte abondante et mourut au bout d'une heure et demie, sans que le pouls se fût relevé. — Le placenta fut trouvé en partie adhérent au fond de l'utérus. Les orifices vasculaires étaient contractés dans la portion de l'utérus qui ne conservait plus de rapports avec le placenta; ils étaient béants partout où le placenta n'était pas encore détaché (*Morgagni, loco cit.*, art. 44).—Bien que le placenta ait été trouvé adhérent au fond de l'utérus, je crois qu'il faut voir là un exemple d'atonie utérine plutôt qu'une véritable adhérence. Cette observation eut peut être pu se placer à un autre endroit de ce travail.

Neuvième observation. — Chez une jeune femme primipare, qui eut un travail long et pénible, l'arrière-fait trop adhérent à la matrice, résista à tout les efforts du chirurgien. Celui-ci, après avoir rompu le cordon se détermina à introduire la main dans la matrice, et se saisit de ce qu'il put prendre d'abord. Après quoi, il tira par secousses avec violence et longtemps, malgré les cris de l'accouchée, jusqu'à ce qu'il eut ce qu'il avait empoigné..... Après quoi la malade mourut aussitôt. (De la Motte, *obs.* 389.)

Dixième observation. — Le sujet est une femme accouchée à la chirurgie de Lauverjat, « qui a succombé à la suite des manœuvres employées successivement par le maître et ses disciples les plus distingués, pour opérer la décortication du placenta. Il fut amené par morceaux, mais l'irritation trop longtemps continuée sur des parties qui commandent les plus grands ménagements, détermina promptement

une inflammation gangreneuse de la matrice (de Saint-Amand, *Pertes de sang.*)

Onzième observation. — Femme de 34 ans, ayant eu déjà trois couches heureuses; elle meurt d'hémorragie à la quatrième. Entre autres lésions, on trouva le placenta si fortement adhérent à l'utérus qu'on ne put l'arracher qu'avec un scalpel. Le fond de l'utérus très-épaissi, présentait des déchirures d'un quart de pouce de profondeur, qui avaient causé l'hémorragie. L'utérus avait aussi contracté des adhérents avec plusieurs des organes du ventre (*Journ. des conn. méd. chir.*, 1838).

Le docteur Hubert de Zurich, qui a recueilli cette observation, ne dit pas s'il fut fait des efforts pour délivrer la femme, mais on sait que les déchirures de l'utérus sont bien souvent le résultat de manœuvres imprudentes.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mousieur le rédacteur,

Mon mémoire sur le chancroïde syphilitique n'a pas seulement pour but, comme le dit notre honorable confrère M. le docteur Cullerier, « d'établir qu'il existe deux variétés de chancres syphilitiques primitifs, » ce que tous les syphiliographes savent et admettent, mais surtout de démontrer que chacune de ces variétés se transmet comme espèce pathologique, et que l'une d'elles, le chancre simple, est un produit hybride analogue à la varioloïde et à la fausse vaccine.

A l'appui de ces opinions, que M. Cullorier nous fait l'honneur d'appeler une théorie, j'ai cité 17 faits. Les 13 premiers toutefois, à cette partie de notre travail, qui a pour objet la transmission du chancre dans sa variété. Ils peuvent se résumer en cette simple proposition : un malade qui n'a pas eu la syphilis constitutionnelle, a un chancre infectant ou un chancre simple, non à cause d'une prédisposition inconnue, mais parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même espèce.

Cette interprétation des faits, qui est la négation de l'identité du virus syphilitique dans le chancre simple et dans le chancre induré, est, nous le savons, contraire aux idées de M. Cullerier. Nous pensons donc qu'un jour, comme il vous le fait espérer, il *pourra et voudra* bien discuter notre théorie. En attendant, et comme infiniment plus simple, M. Cullerier nous donne *l'observation entière* de la malade de son service dont j'ai parlé dans mon 13me fait, comme pouvant suffire pour mettre à néant ce que j'ai avancé, puisque cette observation serait, suivant lui, un très-bel exemple de chancres infectants communiqués par un malade n'ayant que des chancres simples.

Pourquoi notre honorable contradicteur veut-il ajouter à la valeur de ce fait, en disant que sa malade a, en outre, communiqué des chancres simples à un autre individu sain?

Où M. Cullerier voit-il cela dans mon observation? Il suffit, pour éliminer du débat cette assertion, de rappeler en quelques mots cette observation treizième :

Un malade se présente à notre dispensaire avec des chancres non infectants, pris il ne sait où. Pendant leur durée il a des rapports sexuels avec une femme qui nous est restée inconnue;

Cette femme cohabite avec un ami de ce premier malade et lui communique sept chancres non infectants;

Ce second malade, malgré ses sept chancres du prépuce et du gland, voit une autre femme, la nommée Elise P., couturière, et nous apprend plus tard, que cette malade est à Lourcine, salle Saint-Louis n° 5;

Nous trouvons sur cette femme des chancres multiples, non indurés, et nous en concluons que *très-probablement* (ce sont nos expressions) ils lui ont été communiqués par notre malade.

Voilà toute l'observation. Y trouvez-vous, monsieur le rédacteur, un troisième malade qui aurait contracté des chancres non infectants avec cette même Elise P., atteinte de chancres infectants, comme le veut M. Cullerier?

Examinons donc si, tel qu'il reste, le fait de cette malade de Lourcine est aussi probant que paraît le croire M. Cullerier.

Une chose m'étonne profondément, monsieur le rédacteur, c'est l'assurance, et pourquoi ne le dirai-je pas, le laisser-aller, avec lequel M. Cullerier donne cette observation de sa malade, « comme prouvant précisément le contraire de ce que j'ai avancé. » M. Cullerier croit-il donc que pour vous et vos lecteurs, son autorité en syphilis peut suppléer à l'insuffisance des preuves. Qu'ai-je avancé? Que le chancre se transmettait dans sa variété. Que m'oppose M. Cullerier? Une observation d'où il résulterait qu'un malade, porteur de chancres non infectants, aurait communiqué à une malade des chancres infectants.

Mais pour donner quelque valeur à cette observation, il fallait, ce me semble, établir : 1° que les chancres de la malade, qui est le sujet de l'observation, procédaient des chancres de notre malade;

2° Que les chancres de cette même malade étaient bien des chancres infectants c'est-à-dire des chancres d'une autre variété que ceux dont ils provenaient.

Où sont les preuves que les chancres d'Elise P... lui avaient été communiqués par notre malade? Est-ce parce qu'il a eû des rapports sexuels avec elle? M. Cullerier s'est-il donc assuré que cette femme n'a pas cohabité avec d'autres individus, supposition qui n'aurait rien d'offensant, je crois, pour une cliente de Lourcine?

La preuve scientifique de l'origine des chancres d'Elise P... manque donc complètement.

Sur le second point, celui de la nature de ces chancres, M. Cullerier ne vous paraît-il pas conclure un peu trop facilement « que ces cinq ulcérations rangées en forme de croissant, siégeant sur de petites élevures mamelonnées, » non indurées, étaient des chancres infectants? Plus d'un syphiliographe trouverait dans ces ulcérations les caractères du chancre non infectant. Mais ils ont été suivis d'accidents constitutionnels? M. Cullerier s'est-il assuré, par les antécédents de la malade, que ces chancres étaient les premiers accidents primitifs de cette femme? Est-il donc si rare de voir une femme avoir plusieurs fois des chancres dans l'espace de quelque mois, et surtout de voir des accidents constitutionnels qui ne sont pas rapportés à leur véritable origine?

Je borne là ma réponse, M. le rédacteur, ne voulant lui donner ni la forme ni l'étendue d'une discussion, et je vous laisse, après ces quelques réflexions sur l'observation de M. Cullerier, le soin de juger si elle « prouve précisément le con traire de ce que j'ai avancé. »

Recevez, etc.,

F. Clerc.

1er janvier 1855.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Mort et Funérailles de M. le professeur Requin.

Nos lecteurs comprendront sans peine que les renseignements que nous leur avons le premier donnés sur l'état de M. le professeur Requin n'aient pas éé confirmés par l'événement. La crainte que nos paroles ne tombâssent sous les yeux du malade, qui, nous le savions, demandait chaque jour à lire ses journaux, nous empêchait de dire notre véritable pensée sur la gravité de sa position. En réalité, le fatal événement qui a eu lieu avait été parfaitement prévu et nous a attristé sans nous surprendre.

Les funérailles du savant professeur ont eu lieu aujourd'hui avec une solennité qui a laissé beaucoup à désirer, et qui, pour cette raison, exigera que nous revenions sur ce triste sujet. Il y a là-dessus à dire des choses que beaucoup de personnes pensent et qu'il faut que tout le monde sache.

Des paroles dignes et bien senties ont été prononcées sur la tombe par M. Fr. Dubois, au nom de l'Académie de médecine, par M. le professeur Grisolle, au nom de la Faculté, et par M. Roger, au nom de la Société médicale des hôpitaux.

— Des difficultés imprévues, causées par les fêtes du 1er de l'an, ont empêché le *Moniteur des hôpitaux* de paraître hier, mais il paraîtra samedi un numéro double, de façon à ce que nos lecteurs ne perdent rien à cet accident.

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire hygiénique de France (année 1855), contenant les renseignements théoriques et pratiques nécessaires pour conserver la santé, préparer et administrer les premiers secours en attendant l'arrivée du médecin, par le docteur Halmagrand, 1 vol. in-8, prix : 50 cent. — Orléans, chez Coignet-Darnault, et chez les principaux libraires de France.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 2. 3me ANNÉE. Samedi 6 Janvier 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Séance de l'Académie de Médecine.

DISCUSSION DU CANCER.

2e *session*, 1re *séance*.

Il n'y a plus de raison, désormais, pour que la discussion du cancer s'arrête. Bien des gens croyaient que l'Académie, en entrant dans une nouvelle année, avec un nouveau président et un nouveau secrétaire, allait s'engager aussi dans de nouvelles voies; — que dix séances consacrées à un seul débat, chose sans exemple jusqu'ici, avaient dû épuiser l'éloquence des uns et fatiguer l'attention des autres, — qu'enfin, l'influence narcotique de trois séances d'élections et d'administration intérieure avaient dû produire une sédation suffisante, et calmer la fougue des orateurs.

Ces prévisions ne se sont pas réalisées. La discussion du cancer est tellement vivace que les opérations électorales n'ont pu l'empêcher de récidiver, plus active et plus brillante que jamais. C'est en vain qu'on a renouvelé le bureau de l'Académie et les commissions permanentes, en vain qu'on a changé jusqu'au fauteuil du président, la discussion continue en 1855 comme en 1854, sous le ministère nouveau comme sous le ministère ancien. Qui aurait pu prévoir un pareil résultat le jour où l'Académie entendit, au mois de septembre dernier, le rapport de M. Jobert (de Lamballe), sur les deux faits de M. Pamard (d'Avignon)!

Un discours écrit de M. Hervez de Chégoin a ouvert la séance assez froidement, et s'il n'a pas obtenu l'attention qu'il méritait sans aucun doute, c'est parce que M. Hervez, n'ayant pu le lire lui-même, avait chargé de ce soin M. le secrétaire perpétuel. Celui-ci, qui possède à un si haut point l'art de débiter ses propres discours, n'a pu faire ressortir autant qu'il l'aurait voulu l'œuvre de son collègue. Arrêté à chaque pas par des difficultés graphiques, il a lutté sans avantage contre le bruit des conversations particulières, et, chose à laquelle il n'est guère habitué, il a vu les bancs se dégarnir à sa voix d'une manière sensible.

Il nous est difficile, on le conçoit, d'apprécier le mérite d'un discours que nous n'avons pu entendre qu'incomplétement, et dont le manuscrit ne nous est pas encore parvenu. Nous nous bornerons à parler des idées qui nous ont paru occuper le premier plan dans la pensée de l'écrivain. Contrairement à l'opinion généralement reçue, M. Hervez de Chégoin pense que le cancer est d'autant plus curable qu'il est moins rapproché de son début. N'ayant presque jamais vu cette affection guérir après une seule ablation, connaissant, au contraire, plusieurs cas où le mal, après avoir récidivé jusqu'à cinq et six fois, a fini par disparaître sans retour, à la suite d'une dernière opération, l'honorable académicien se demande si la récidive ne serait pas une condition indispensable pour arriver à la cure définitive. Nous doutons que cette opinion, entièrement nouvelle, trouve beaucoup d'écho à l'Académie.

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société des Sciences médicales de Paris, pendant l'année 1853-1854

Par M. PIERRE GRATIOLET, secrétaire général de la Société.

(Suite. Voir n° 1.)

Déjà Mascagni avait proposé l'emploi du carbonate neutre de potasse. Mais ces essais avaient été abandonnés sans doute par suite de quelques inconvénients qu'on peut imaginer. M. Lemaire a eu l'idée de substituer aux carbonates neutres de potasse le bicarbonate de soude. Non-seulement cette substance peut être administrée à une dose plus forte que le carbonate neutre de potasse; mais une considération plus importante encore la fait préférer. Les sels de soude existent en grande abondance dans le sang, ils sont normaux dans l'organisme et sont, en conséquence, plus facilement supportés. Ajoutons que les bicarbonates perdant plus difficilement leur eau de cristallisation, devaient *a priori* être préférés aux carbonates neutres, le même poids représentant plus invariablement la même dose d'action. Enfin M. Lemaire était, en outre, sollicité à cet essai par le souvenir de certaines guérisons d'engorgements viscéraux réputés incurables, obtenues par l'emploi prolongé des eaux alcalines de Vichy.

Le succès a dépassé son attente. Les malades soumis à sa médication éprouvent un prompt soulagement. Les sécrétions se rétablissent, L'expectoration devient immédiatement plus facile, enfin les malades guérissent d'une manière inespérée. Ces heureux effets ont été surtout remarquables dans le traitement du croup, et M. Clerc a pu les constater à son tour dans plusieurs cas des plus graves.

M. Lemaire, en proposant sa méthode, n'a point follement poursuivi le hasard; il avoue avoir suivi des indications théoriques; mais il livre sa théorie à la discussion, et n'affirme que les résultats. Voilà, messieurs, une méthode honnête et sage; envisagée de cette façon, l'hypothèse peut véritablement être appelée la mère de la vérité.

Le temps presse, et je passe malgré moi une foule d'observations qu'a soulevées la lecture du travail de M. Lemaire. C'est le propre des travaux bien faits, d'éveiller la pensée, et de donner du mouvement aux idées, mais je ne puis toucher ici qu'aux faits principaux.

M. Gratiolet a communiqué à la société le résumé de trois mémoires; l'un sur l'arc veineux hepato-nephretique des vertèbres ovipares, le second sur le sens du toucher, le troisième sur les circonvolutions cérébrales et sur l'importance relative de leurs différents groupes. Dans le premier de ces mémoires, il fait voir que le foie et le rein se suppléent réciproquement, et séparent du sang certaines matières oxydables chez les animaux dont l'énergie respiratoire est bornée. Ainsi la quantité du combustible est mesurée à la puissance du foyer comburateur. Aussi le rôle de ces organes diminue-t-il, quand celui du poumon s'accroît. Il se passe alors des changements singuliers dans l'organisme, et ces changements portent surtout sur la composition de l'urine qui

Tous les auteurs présents ou passés ont proclamé que les chances de la guérison radicale étaient d'autant moindres que la tumeur était plus ancienne et qu'elle avait récidivé plus souvent; il en résulte que beaucoup de chirurgiens, partisans de l'opération, y renoncent, quoiqu'elle soit encore praticable, lorsque le mal s'est reproduit une ou deux fois. Nous croyons, pour notre part, que les tumeurs dues à des récidives doivent être enlevées au même titre que les cancers primitifs, parce que, dans l'un et l'autre cas, l'opération a pour résultat de prolonger les jours d'un grand nombre de malades. Nous acceptons donc sans arrière-pensée les conséquences pratiques de la doctrine de M. Hervez de Chégoin, seulement nous ne partageons pas encore les convictions qu'il a émises sur la curabilité radicale du cancer par suite de ces opérations successives. Nous connaissons un assez bon nombre d'exemples, où des tumeurs réputées cancéreuses, ont finalement guéri après plusieurs opérations, et où l'opiniâtreté de la médecine opératoire a triomphé de l'opiniâtreté des récidives. Mais toutes les fois que les cas de ce genre ont été étudiés complétement, le microscope et l'examen à l'œil nu ont prouvé qu'il s'agissait de tumeurs non cancéreuses, et, le plus souvent, de tumeurs fibro-plastiques. Pour pouvoir dire si les faits sur lesquels M. Hervez de Chégoin fait reposer sa doctrine consolante, rentrent dans cette catégorie ou s'ils se rapportent au véritable cancer, il serait indispensable d'en avoir sous les yeux les observations détaillées. Or, l'honorable académicien n'a cru devoir citer aucun cas particulier; il s'est borné à dire qu'il avait vu la guérison se produire nombre de fois dans de pareilles conditions. En un mot, il a émis une assertion et point de preuves, ce qui nous met dans l'impossibilité de discuter méthodiquement avec lui.

Nous ne serions pas étonné que l'auteur eût été conduit à cette doctrine par des idées théoriques, plutôt que par l'observation rigoureuse des faits. Pour lui, en effet, comme pour nous, du reste, et comme pour la plupart des pathologistes, les tumeurs cancéreuses ne sont que la manifestation locale d'une maladie générale ou diathèse qui persiste après l'opération, et qui produit les récidives par le même mécanisme inconnu qui a présidé à l'apparition du cancer primitif. Ainsi que M. Hervez de Chégoin l'a fort bien établi, cette hypothèse, — car ce n'est qu'une hypothèse, — est la seule manière d'expliquer, sinon la constance, du moins la fréquence excessive des récidives, soit sur place, soit à distance. Mais l'auteur est allé plus loin que ceux qui ont admis avant lui l'existence de la diathèse cancéreuse. Suivant lui, cette diathèse insaisissable qu'on ne peut combattre directement par aucun moyen connu, a la propriété de s'épuiser graduellement par ses localisations successives, et le moment arrive enfin où une dernière récidive aboutit à l'extinction de la diathèse. Trop heureux s'il en était ainsi! Mais nous nageons ici en pleine théorie, et les faits prouvent précisément qu'en général le cancer récidive d'autant plus vite, et avec d'autant plus de gravité qu'il a déjà récidivé un plus grand nombre de fois.

D'après ce qui précède, on conçoit que M. Hervez ait été conduit à rompre une lance contre M. Velpeau, à propos de l'influence des causes locales sur la production du cancer. On sait que l'éminent professeur considère le cancer comme étant presque toujours un mal primitivement local. Pour renverser cette opinion, M. Hervez montre d'une part qu'elle est incompatible avec la fréquence au moins excessive des récidives, et d'une autre part, il prouve par un grand nombre de faits, que les causes locales sont incapables de produire le véritable cancer, ainsi qu'il l'a établi l'année dernière dans un travail présenté par lui à la société de chirurgie, à l'appui de sa candidature.

En terminant, M. Hervez a dit quelques mots sur le microscope. Il nous a paru qu'il était disposé à se ranger sous la bannière de M. Delafond, et à considérer la cellule cancéreuse comme une simple modification de la cellule normale ou hygique. Le lecteur ne s'attend sans doute pas à trouver ici une nouvelle réfutation d'une doctrine que nous avons déjà eu l'occasion de combattre dans deux de nos précédents articles. D'ailleurs M. Robert s'est chargé, séance tenante, de démolir l'échafaudage unitaire, sous lequel M. Hervez était venu s'abriter quelques instants auparavant.

C'était la troisième fois que M. Robert montait à la tribune depuis le commencement de la discussion, et son nouveau discours nous a paru plus remarquable encore que les deux premiers. C'était toujours la même pureté de langage, la même clarté d'exposition; mais il était clair que les convictions de l'orateur étaient devenues plus profondes, et qu'à la prudente réserve d'un homme qui parle d'après le témoignage des autres, avait succédé en lui la ferme assurance d'un homme qui a tout examiné par lui-même, et qui ne dit rien dont il ne puisse fournir immédiatement la preuve. C'est qu'en effet, pendant que l'académie faisait ses élections et renouvelait son bureau, M. Robert s'occupait activement d'études microscopiques, examinait les tissus normaux et les tissus pathologiques et arrivait à cette conviction que les éléments cancéreux sont entièrement spécifiques; aussi lui a-t-il été facile de réfuter les assertions de M. Delafond sur l'unité histologique. Repoussant son adversaire avec ses propres armes, M. Robert a fait passer sous les yeux de l'assemblée, un grand nombre de dessins gigantesques dus à l'habile crayon de M. Lackerbauer, et représentant les éléments histologiques des principales espèces de tumeurs. Il a fait remarquer les différences qui existent entre les diverses cellules et n'a pas eu de peine à dévoiler l'artifice dont M. Delafond s'était servi en représentant sur ses dessins les formes anormales au lieu des formes normales des éléments microscopiques.

Nous craindrions d'atténuer, dans une analyse, la force de l'argumentation de M. Robert; nous renvoyons donc le lecteur au compte rendu de la séance où ce discours est textuellement reproduit. Nous

---

chargée d'acide urique lorsqu'elle est tirée d'un sang noir, contient principalement de l'urée quand elle est séparée d'un sang qui a déjà subi l'action de l'oxygène dans un organe respiratoire. On peut donc considérer la production de l'acide urique dans les maladies comme le symptôme d'une diminution de la force respiratrice, que cette force réside dans le système nerveux ou dans le sang. Ces idées ont été appuyées sur un grand nombre de faits observés dans le domaine de l'anatomie comparée.

— Dans le second mémoire, M. Gratiolet a soutenu la doctrine de la multiplicité des sens du toucher. Cette doctrine enseignée autrefois par Aristote et depuis par Cardan, avait été depuis longtemps oubliée; après avoir rappelé des observations curieuses de M. Micheau, et un mémoire fort intéressant de M. Landry, M. Gratiolet expose des expériences qui l'obligent d'admettre un sens musculaire distinct des sens cutanés, et paraissent en démontrer l'existence. Il insiste en outre sur la nécessité de distinguer dans la peau, deux touchers, l'un qui s'exerce par sa face superficielle, l'autre par sa face profonde. Cette distinction sur laquelle on ne paraît point avoir suffisamment insisté, est établie sur des expériences précises et semble jeter une vive lumière sur l'histoire de quelques sensations tactiles; partout où le toucher intelligent se développe, la face profonde de la peau est soustraite aux pressions dominantes, par son rapport avec des coussinets graineux de forme conique et jusqu'à un certain point élastiques. Les sensations périphériques, celles qui viennent du monde extérieur dominent alors et peuvent être distinguées dans un degré presque merveilleux. La disposition de ces appareils à la face palmaire des phalanges onguéales de l'homme a des conséquences non moins remarquables. Quand les impressions sont légères, elles n'altèrent point la forme du cône tactile et sont exactement localisées; mais si les pressions sont plus fortes, les coussinets sont aplatis, leur substance est refoulée sur les côtés et vers la face dorsale de la phalange, en sorte que la peau de cette région est plus ou moins pressée contre la lame cornée qui la recouvre. Si on analyse avec attention les sensations multiples qu'on éprouve alors, on peut constater que la plus distincte, est celle que M. Gratiolet propose d'appeler la *sensation sous onguéale*, du développement de cette sensation à l'extrémité d'un doigt résulte en partie de l'idée de pression.

L'auteur du mémoire que nous analysons, attache une grande importance à la disposition des papilles en spires enroulées autour d'un centre dominateur, il montre en se fondant sur des observations remarquables de M. le docteur Guitton de Dieppe, que cette disposition est de toutes la plus favorable; mais surtout quand elle coïncide avec une forme convenable de l'ongle. Aussi justifie-t-il complétement Platon et Galien, d'avoir attaché une grande importance à la toilette des ongles, au point de déterminer la longueur à laquelle on doit les maintenir en les taillant.

Dans le troisième mémoire, M. Gratiolet comparant le cerveau de l'homme à celui des animaux qui réalisent le même type d'organisation cérébrale, c'est-à-dire des songes, a montré que tous les lobes et tous les plis n'ont point dans le cerveau humain, la même importance relative. Les circonvolutions qui se développent le plus, sont avec celles

ppelons surtout l'attention sur le passage relatif à la valeur du caractère de la bénignité et de la malignité. Nous signalerons encore le passage consacré à la réfutation des observations sur lesquelles M. Velpeau a tant insisté. Plusieurs de ces observations avaient déjà été commentées dans la presse : il était nécessaire qu'elles le fussent aussi à la tribune de l'Académie. Nous croyons que M. Robert s'est acquitté de cette tâche avec succès.

MM. Velpeau et Delafond ont immédiatement demandé la parole. Ainsi voilà maintenant le feu rallumé sur toute la ligne, et la seconde session de la discussion du cancer, promet d'être aussi remplie et aussi brillante que la première.

PAUL BROCA.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

De la gastrite chronique, de la gastralgie et de la dyspepsie.

(*Suite. Voir* tome II, nos 145, 153.)

« Le mot de *dyspepsie*, dit Henoch, est un mot insignifiant par « lequel on désigne une foule de dérangements de la digestion. »

Il serait difficile, en effet, de trouver dans le vocabulaire médical un mot dont le sens soit aussi mal déterminé, et auquel on ait donné autant d'acceptions différentes.

Cullen donne le nom de *dyspepsie* à un ensemble de symptômes très-complexe : défaut d'appétit, dégoût, vomissements, distensions subites et passagères de l'estomac, rapports de différents genres, chaleur brûlante vers le cœur, douleurs épigastriques, constipation. « Ces symptômes, ajoute Cullen, se rencontrent souvent chez la même personne, et l'on peut, en conséquence, *présumer qu'ils dépendent d'une seule et même cause prochaine.* »

Pour Pinel, la *dyspepsie* est une digestion lente, souvent pénible et quelquefois même douloureuse, une affection nerveuse ou symptomatique, dont les causes sont *extrêmement multipliées*, et parmi ces causes, Pinel indique la débilité de l'estomac, les flatuosités, l'excès des aliments, la leucorrhée, la suppression d'évacuations habituelles, l'excès dans les plaisirs de l'amour.

Bouchet, de Lyon, comprend sous le nom de *dyspepsie* tous les troubles qui peuvent survenir pendant le travail de la chymification.

Barras n'applique le nom de *dyspepsie* qu'à une exaltation de sensibilité sans douleur des organes digestifs, constituant le premier degré de plusieurs névroses gastro-intestinales.

Enfin, la plupart des praticiens de notre époque emploient indifféremment les mots de *gastralgie et de dyspepsie* pour désigner tous les troubles digestifs dont la cause organique, matérielle, statique, échappe à leur investigation ; ces mots, comme celui de *névrose*, ne servant, le plus souvent, qu'à déguiser l'absence d'un diagnostic précis.

C'est en vue de cet état de choses qu'en 1839 nous disions, M. Monneret et moi, dans le *Compendium :* « En présence de significations si variées d'un même terme, que doit faire le médecin jaloux de rendre quelque précision aux mots dont se compose la langue dont il se sert ! Il doit, ou l'effacer entièrement, ou lui assigner une valeur bien déterminée, si toutefois il y a nécessité pour lui à le conserver dans le vocabulaire médical. Envisagé sous l'un et l'autre de ces points de vue, le mot *dyspepsie* ne nous paraît plus avoir aucune espèce d'utilité, et comme il ne doit plus exprimer, aujourd'hui, qu'une simple lenteur ou difficulté de la digestion, pourquoi ne pas se servir de ces expressions pour désigner un symptôme qui se présente dans une foule de maladies? »

Dans ces dernières années plusieurs médecins se sont efforcés de constituer, sous le nom de *dyspepsie*, une individualité morbide distincte, et de la différencier de la gastralgie. — Voyons quels ont été les résultats de leurs efforts. — Le premier en date est M. Beau, commençons par lui.

« *Nous appelons dyspepsie*, dit M. Beau, *tout dérangement des fonctions digestives*, QUEL QU'IL SOIT. »

Après ce début et cette définition, le lecteur s'attend à un chapitre de séméiologie. Il n'en est rien. — La dyspepsie est une maladie qui a *ses symptômes*, et « les symptômes de la dyspepsie doivent être divisés en symptômes primitifs, secondaires et tertiaires, » absolument comme ceux de la syphilis.

Suit la description de la dyspepsie et de ses trois ordres de symptômes.

Les *symptômes primitifs* se passent pendant la digestion ou en dehors de la digestion.

Aux premiers appartiennent la gêne, la pesanteur à l'épigastre, le gonflement, la douleur, les éructations, les nausées, les vomissements, la soif, les borborymes, la constipation.

Aux seconds, les perversions de l'appétit, la boulimie, l'*horreur de l'appétit*, (M. Beau veut dire, sans doute, l'horreur des aliments,) le goût pâteux, amer ou acide avant les repas, la soif, les nausées, les vomissements, la douleur.

Les seconds ne diffèrent donc des premiers que par l'époque de leur apparition, mais lorsque ces deux espèces de symptômes primitifs existent simultanément, comment fait M. Beau pour les distinguer les uns des autres?

Aux symptômes primitifs se rattachent encore des *symptômes*

---

de l'étage supérieur du lobe frontal, le lobule du deuxième pli ascendant, et le pli supérieur de passage. Or ces circonvolutions occupent deux longues bandes qui s'étendent du frontal à l'occipital, de chaque côté de la ligne sagittale. Dans la pensée de l'auteur, des observations de ce genre sont la base de toutes les théories qu'on pourra proposer plus tard sur le rôle des différentes régions des couches certicales.

— M. Costa a lu à la société une observation ayant pour titre : « Observation curieuse d'un homme qui tombe d'un troisième étage, présente, entre autres lésions remarquables, *une fracture composée du sternum, produit par contre coup.* »

M. Costa pense, après une analyse très-détaillée des éléments de son observation, que le malheureux dont il s'agit, avait touché le sol au moment d'une inspiration excessive, et que sous l'influence du poids du corps entraîné par un mouvement accéléré, le thorax rempli d'air avait éclaté pour ainsi dire. De là, sans doute, les déchirures du poumon, les fractures du sternum, et les autres lésions exceptionnelles qu'il a observées.

— Notre confrère, M. Archambault, a communiqué un mémoire important sur la monomanie homicide. Ce mémoire remarquable au double point de vue de la psychologie et de la thérapeutique l'est davantage encore au point de vue de certaines considérations sociales.

Le célèbre Esquirol a porté sur les fous aux tendances homicides, un jugement terrible. Son arrêt est absolu ; quand ils ont tué, dit-il, ils sont incurables. Jusque-là leur guérison peut être espérée. Ainsi les lycanthropes arcadiens reprenaient, dit-on, leur première forme au bout de neuf ans, si pendant cette épreuve, ils n'avaient point goûté de sang humain.

Les trois malades dont M. Archambault a raconté l'histoire avaient tué, cependant ils ont guéri. Cette conséquence inattendue fait luire sur les malheureux atteints de monomanie homicide un nouveau rayon d'espérance. Ils peuvent guérir. Contradiction heureuse à la parole du maître et qu'Esquirol lui-même eût bénie !

Les deux dernières observations de M. Archambault se ressemblent en un point qu'il est impossible de passer sous silence. Il s'agit de deux mères que le chagrin pousse au suicide, et que ce sentiment conduit au meurtre de leurs enfants. Logique horrible ! mais cette logique est celle de l'amour. Une mère peut vouloir mourir, mais elle ne peut consentir à se séparer de son enfant, que fera-t-elle? elle le tuera pour l'emporter avec elle dans la mort. Vous avez aussi remarqué dans la peinture saisissante de M. Archambault, cette sorte d'esclavage et de contrainte au mal, où se trouve pour un temps l'esprit des malades, comme si leur volonté était alors sous la domination d'une volonté étrangère et ennemie. Ce phénomène psychologique que Psellus a merveilleusement décrit, et dont le père Surin, l'un des exorcistes de Loudun, fut un déplorable exemple, est digne de toute l'attention des physiologistes. Autrefois la superstition voyait là des faits de possession, et dans sa haine pour le démon, elle a souvent brûlé l'homme. Mais la médecine au moins n'abandonnera pas le malheureux ; elle ne désespérera pas de lui, et pour le ramener à la lumière de la raison elle se penche aux bords de cet abîme ! N'est-ce pas là, Messieurs, le

de voisinage : la névralgie intercostale, l'aura gastro-glottique ou boule hystérique, la toux, la dyspnée.

Les *symptômes secondaires* ne se trouvent plus limités, comme les symptômes primitifs, au tube digestif, ils ont leur siége « *partout!* »

Ici se place l'anémie, subdivisée elle-même en chlorose, en anémie globulaire de la grossesse et de l'état puerpéral, en anémie vraie, en anémie fibrineuse, en anémie albumineuse et en anémie *en général* (moins toutes les anémies précédentes probablement), l'amaigrissement, le marasme, les névropathies; les paralysies comprenant la paralysie musculaire, l'analgésie, l'anesthésie et la paralysie des sens spéciaux; les névralgies, les viscéralgies, les névropathies, les convulsions, les symptômes cérébraux comprenant les vertiges, le coma, la somnolence, la céphalalgie, l'affaiblissement de la mémoire, l'exaltation de l'imagination, l'hypocondrie, la nosomanie, la mélancolie, le délire et enfin l'aliénation mentale.

Les symptômes tertiaires ne sont pas des symptômes, *mais des maladies qui viennent s'implanter sur la dyspepsie*. Ces symptômes, qui n'en sont pas, comprennent les maladies contagieuses épidémiques, les maladies inflammatoires, les diathèses, la pellagre.

Indépendamment des maladies qui s'implantent sur la dyspepsie, il existe encore d'autres maladies dans cette maladie; ce sont quelques *symptômes secondaires* qui, eux, *constituent des maladies*.

Les symptômes-maladies sont la pseudo-dothinentérie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'aliénation, l'amaurose, le priapisme, l'impuissance, la dysphagie hypochondriaque, la dysurie, l'incontinence d'urine, l'incontinence de la salive, la spermatorrhée, les sueurs, la leucorrhée.

Mais la *dyspepsie* ne présente pas seulement des symptômes primitifs, secondaires et tertiaires, des symptômes de voisinage, des symptômes-symptômes, des symptômes-non-symptômes et des symptômes-maladies; elle revêt encore plusieurs formes. Elle est *apyrétique* ou *fébrile*, *patente*, *latente* ou *larvée*, *directe* ou *indirecte*, *idiopathique* ou *symptomatique*.

Les *causes* de la dyspepsie « *sont nombreuses* » comme bien vous le pensez. Les plus communes sont toutes les infractions aux *choses non naturelles* de l'hygiène : les *ingesta*, les *circumfusa*, les *applicata*, les *excreta*, les *gesta* et les *percepta*; les causes mécaniques : coups, contusions, chocs répétés, *la chute du haut d'un arbre;* la présence de la bile dans l'estomac; l'inflammation, le cancer, l'ulcération simple de l'estomac, les vers intestinaux, les affections de l'utérus; enfin, *toutes les maladies sérieuses*[1] (sic).

M. Beau a voulu, sans doute, faire un cours complet de pathologie à propos de la *dyspepsie*, dépasser Sauvage, et prouver, après Jacotot, que *tout est dans tout*. Nous ne savons pas ce que la nosographie et le diagnostic peuvent gagner à de semblables descriptions, et nous ne nous y arrêterions pas, si la *clinique* ne s'y trouvait intéressée. Mais au point de vue de la *pratique médicale*, les résultats d'un pareil enseignement sont désastreux.

Par cette incroyable confusion des effets et des causes, par cet ensemble hétérogène constituée à l'état d'entité morbide sous le nom de *dyspepsie*, M. Beau, très-certainement sans le vouloir, ne tend à rien moins qu'à éloigner la jeune génération de l'étude des organopathies, à saper la base fondamentale du diagnostic et à jeter la thérapeutique dans une voie déplorable.

Si la *dyspepsie* représente la pathologie tout entière, le traitement *anti-dyspeptique* renferme toute la thérapeutique.

Nous pensons bien que M. Beau ne suit pas de semblables errements dans sa pratique, mais nous savons aussi qu'il y pousse les jeunes gens que séduit la facilité de cette doctrine.

Voyez d'ailleurs! — La pente est si glissante que M. Beau, lui-même, n'y résiste pas complètement.

La première indication consiste, d'après M. Beau, à combattre *la cause* de la dyspepsie, mais pourquoi, dans l'énumération des causes, ne trouve-t-on indiqués que les vers intestinaux, l'abus du café, du thé, du tabac, des boissons alcooliques, des tisanes et même de l'eau fraîche? — Pas un mot des *causes pathologiques*, des *maladies* dont la dyspepsie n'est qu'un épiphénomène, qu'un effet. — Pas un mot des affections du foie et de la rate, de la goutte, etc. — Pas un mot de la leucorrhée, de l'hystérie, de la spermatorrhée, et M. Beau n'est que conséquent avec lui-même, puisque, selon lui, il s'agit, ici, non des causes mais des symptômes secondaires de la dyspepsie.

M. Beau, qui place l'hydrothérapie au nombre des médications antidyspestiques *extraordinaires*, déclare que *la plupart des maladies* que guérit si bien l'hydrothérapie *sont des prédominances de la dyspepsie!!* — Pour lui, les eaux thermales, *qu'elles soient acides, alcalines, sulfureuses ou ferrugineuses*, ne guérissent les maladies contre lesquelles on les emploie qu'en guérissant une dyspepsie, patente, latente ou larvée, directe ou indirecte.

Plus loin, M. Beau, qui a la bonté de me citer, écrit ces mots : « D'après M. Fleury, le phimosis congénital donnerait souvent lieu à des symptômes *que nous n'hésitons pas à rattacher à un dé-*

1. Beau, *De la Dyspepsie*. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1853, t. I, p. 589, 641, 657, 682, 705, 731, 756.

---

plus magnifique problème que puisse se proposer un homme d'intelligence et un homme de bien?

— Je regrette, Messieurs, de ne pouvoir vous entretenir ici de plusieurs travaux lus par un botaniste éminent, M. Trécul, sur le développement des végétaux; mais un devoir de discrétion nous empêche, à notre grand regret, de les rappeler ici. M. Trécul ayant par une modestie que nous croyons exagérée, jugé ces observations trop bornées pour être publiées avec fruit.

Une des communications qui nous ont le plus intéressé, est celle que notre confrère, M. le docteur Clerc, a faite verbalement à la société, et dans laquelle il a résumé les principaux résultats de ses longues recherches sur la nature et sur la transmission des chancres vénériens. M. Clerc établit entre la syphilis et le virus variolique, une sorte d'analogie. Il les compare, et cette analogie le guidant, il arrive à des conséquences du plus haut intérêt.

On sait, dit M. Clerc, que l'inoculation du vaccin modifie l'économie de telle sorte que dès lors elle ne présente plus les conditions nécessaires au développement de la variole. S'il y a des causes d'infection, elles demeurent sans effet, ou ne produisent qu'une variole amoindrie, une fausse variole.

L'histoire de la syphilis présente des faits analogues. Le virus d'un chancre vénérien communique à une nature vierge un véritable chancre, et l'infecte. Mais l'inoculation du même virus ne déterminerait chez un homme auparavant infecté, qu'un chancre non infectant, un chancroïde, c'est-à-dire une affection toute locale.

M. Clerc a déduit cette proposition d'un nombre véritablement immense d'observations positives. Or, des observations parallèles lui permettent d'affirmer que l'inoculation de pus d'un chancroïde ne peut produire qu'un chancroïde chez des individus vierges de toute infection antérieure. Ces remarques peuvent être résumées ainsi. Le pus du chancroïde ne peut absolument communiquer qu'un chancroïde. Le virus d'un chancre produit un chancre, mais seulement dans les organisations vierges. Chez un individu préalablement infecté, il ne produit qu'un chancroïde.

Ces conclusions se confirmeront-elles? résisteront-elles à des observations nouvelles que M. Clerc sollicite? S'il en était ainsi, il y aurait là une découverte utile et que l'administration pourrait un jour exploiter comme celle de la vaccine. Certains réglements de police pourraient, au bout d'un certain temps, substituer complétement le chancroïde au chancre infectant, et peu à peu cet autre fléau disparaîtrait du monde.

M. Alix a communiqué à la société le résultat de ses observations sur le développement des plumes. Ses recherches paraissent avoir très-heureusement simplifié la formule à l'aide de laquelle on représente la composition d'une plume développée. M. Alin considère en premier lieu le tuyau. C'est comme on sait un cylindre ouvert à ses deux extrémités; son ouverture inférieure a reçu le nom d'ombilic inférieur, la supérieure est large et taillée obliquement à la manière d'un cure-dent dont le bec serait singuliérement prolongé. Ce prolongement fortifie la face dorsale de la plume et se continue jusqu'à son extrémité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

rangement des fonctions digestives. » Mais j'ai démontré précisément que ces symptômes résistent à toutes les médications qui ne s'adressent qu'aux organes digestifs, et à l'hydrothérapie ellemême, et M. Beau qui ajoute : « *Ces symptômes, qui avaient résisté à tous les moyens ordinaires, disparaissent seulement après l'opération de la circoncision,* » comment n'a-t-il pas compris qu'en reproduisant, *sans protester*, cette assertion, il jetait bas son édifice de ses propres mains.

Nous ne sommes pas au bout. — En outre de toutes les espèces de *dyspepsie* précitées, M. Beau en a créé une, *la dyspepsie flatulente*, à laquelle, sous le nom d'*hypochondrie*, il a fait les honneurs d'un travail spécial. Suivons-le sur ce nouveau terrain.

L'hypochondrie, ou pour mieux dire, la *nosomanie*, telle que la comprennent aujourd'hui tous les nosographes, telle que la décrivent MM. Andral, Bouillaud, Brachet, Dubois, d'Amiens, Falret, Piorry, Rostan, etc., est, chacun le sait, une névrose cérébrale qui, ainsi que la plupart des affections de ce genre, est tantôt primitive et idiopathique, tantôt secondaire et symptomatique ou sympathique. Or, comment divers phénomènes morbides peuvent se manifester et s'enchaîner entre eux de différentes manières dans chacune de ces formes de la nosomanie, chacun le sait aussi.

La nosomanie idiopathique et primitive peut, pendant un temps plus ou moins long, constituer la maladie toute entière et n'être accompagnée d'aucun autre trouble fonctionnel, mais si elle se prolonge, elle finit presque toujours par réagir, au moyen du système nerveux, sur les principaux organes de l'économie et par altérer les fonctions de la digestion, de la respiration, de la circulation, de la génération, par modifier la composition du sang, etc.

La nosomanie secondaire peut avoir été *précédée* de divers troubles digestifs, et il en est ainsi lorsqu'elle se rattache à une maladie du tube digestif, à la gastralgie, à une affection du foie, etc; elle peut être *suivie* de divers troubles digestifs, ceux-ci étant produits par elle, comme dans le cas de nosomanie idiopathique et primitive, ou bien étant le résultat de la maladie dont la nosomanie secondaire n'est elle-même qu'un effet; enfin, la nosomanie secondaire peut se développer, exister et disparaître, les fonctions digestives ayant conservé un parfait état d'intégrité. Il en est ainsi dans certains cas de nosomanie consécutive aux affections de la moelle, à la spermatorrhée, aux maladies des voies urinaires, etc.

Est-il besoin d'ajouter que le traitement repose tout entier sur l'appréciation et la détermination exacte de ces diverses conditions pathoghéniques. Si la nosomanie est idiopathique, il faut lui opposer le traitement moral, les moyens à l'aide desquels on combat les vésanies analogues, les distractions, les voyages, etc., et lorsque l'état mental est redevenu satisfaisant, on voit disparaître rapidement, lorsqu'ils existent, tous les troubles de la digestion, de la circulation, etc. Si la nosomanie est consécutive à une affection du tube digestif ou du foie, c'est celle-ci qu'il faut combattre, et à mesure que l'estomac, que les intestins, que le foie reviennent à l'état normal, on voit diminuer et enfin s'évanouir complétement les accidents dyspepsiques, l'anémie, la nosomanie, etc. Enfin, si la nosomanie et la dyspepsie sont toutes deux secondaires et le résultat d'une affection de la moelle, d'un rétrécissement de l'urètre, etc., c'est contre la maladie primitive qu'il faut agir, sans se préoccuper, jusqu'à nouvel ordre, des organes digestifs, de la dyspepsie et de la nosomanie.

Tout cela est élémentaire et ne sera contesté, je le pense, par aucun praticien, car cela ressort de l'observation journalière. Or, tout cela est renversé par la doctrine de M. Beau.

Pour M. Beau, l'hypochondrie idiopathique, primitive et *simple*, n'est pas l'une des formes de l'hypochondrie; c'est une maladie qu'il importe de distinguer soigneusement de l'hypochondrie, et à laquelle on doit donner le nom de *nosomanie*. — Jusqu'ici rien de mieux, et nous ne soulèverons pas une dispute de mots.

Mais pour M. Beau, et ici nous sommes obligé de nous séparer de notre honorable collègue, pour M. Beau toutes les autres formes d'hypochondrie, secondaires et compliquées, symptomatiques ou sympathiques, sont *des effets de la dyspepsie flatulente et d'une altération du sang produite elle-même par cette dyspepsie.*

A la vérité M. Beau ne considère point « *le travers morbide de l'intelligence* » comme le phénomène caractéristique de l'hypochondrie; pour lui, cette dernière est essentiellement représentée 1° par une série initiale de symptômes gastro-intestinaux; les gaz, la douleur d'estomac, les vomissements, la constipation; 2° par une double série de symptômes dépendants de l'état du sang, qui est tout à la fois privé de ses globules (d'une partie probablement) et surabondant dans sa masse; 3° par une série de symptômes purement nerveux. Mais à la vérité aussi, M. Beau n'en définit pas moins *son* hypochondrie « *une dyspepsie flatulente qui se lie nécessairement à l'existence des bruits artériels* et qui s'accompagne assez ordinairement de nosomanie [1]. »

A la vérité encore, la dyspepsie *flatulente*, l'hypochondrie et la nosomanie de 1846, ne sont plus, en 1853, que des symptômes, — maladies secondaires de la dyspepsie, — *tout court!* — en compagnie de l'anémie, de la chlorose, de l'hystérie, de la paralysie, de l'aliénation mentale, du marasme, etc., etc.

Nous le répétons : que peuvent gagner la nosographie et le diagnostic à de semblables descriptions?

Quant à la thérapeutique, voici ce qu'elle devient aux mains des élèves les plus instruits et les plus intelligents de M. Beau.

« *Voulez-vous guérir l'hypochondrie? Appliquez vos remèdes à*
« *la guérison des fonctions digestives altérées, combattez la dyspep-*
« *sie flatulente, excitez l'appétit de toutes les manières, tonifiez*
« *l'estomac, afin que remplissant bien ses fonctions il fasse subir*
« *aux aliments une élaboration convenable et les rende capables de*
« *reconstituer un sang réparateur. Telle est l'indication générale que*
« *doit remplir* TOUT TRAITEMENT *contre l'hypochondrie, s'il veut*
« *avoir chance de réussite* [2]. »

On comprend qu'après une pareille formule, M. Tartivel exalte « *la séduisante simplicité des doctrines de M. Beau.* » Quant à nous, qui préférons le vrai au simple, nous aurons bientôt l'occasion de montrer quels sont les beaux résultats de ce traitement, dirigé contre l'hypochondrie liée à une congestion chronique du foie, à une spermatorrhée inflammatoire, etc.

Plus que jamais nous pensons, comme en 1839, que le mot *dyspepsie* doit disparaître du vocabulaire médical, en raison des déplorables abus qui en ont été faits, des significations multipliées et si différentes qui lui ont été données; en raison des idées fausses et dangereuses qu'il a propagées touchant la pathogénie, le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'états morbides.

Si l'on appelle *dyspepsie* « tout dérangement des fonctions digestives, quel qu'il soit, » il n'y a aucun intérêt à conserver ce mot; si l'on réserve le nom de *dyspepsie* pour un trouble stomacal idiopathique, nerveux, résultant d'une modification des sécrétions gastriques, ne fait-il pas double emploi avec celui de *gastralgie*, et ne vaut-il pas mieux employer ce dernier? — Ceci nous conduit naturellement à discuter les opinions émises sur ce sujet par M. Durand-Fardel.

1. Beau. *De l'Hypochondrie. In Arch. générales de médecine*, 1846, t. X, p. 281-306.
2. Tartier. *De l'Hypochondrie. Th. inaug. de Paris*, 1852, n° 524, p. 33.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 2 janvier 1855.

Presidence de M. Jobert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Note sur l'efficacité du valérianote de zinc contre le choléra, par M. le docteur Ourgaud (de Pamiers);

2° Plusieurs échantillons et formules de remèdes secrets contre le choléra, les maladies contagieuses et toute espèce de fièvre;

3° Demande d'autorisation d'une fabrique d'eaux minérales;

4° Rapports de MM. les docteurs Goupil, Donon, Dufour et Houzelot sur les moyens qu'ils ont mis en usage contre le choléra, dans le département de Seine-et-Marne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Cancer.

M. Rémy, à Chatillon (Marne), adresse des remarques sur la curabilité du cancer.

Philosophie.

M. Coinze, agronome à Morhange, adresse de nouvelles explications supplémentaires à son Mémoire *sur les Lois de la nature.*

Monomanie.

M. Lionet, de Corbeil, adresse une observation de monomanie, suivie de considérations médico-légales sur cette maladie.

M. le PRÉSIDENT prononce l'allocution suivante :

Je remercie l'Académie de l'honneur qu'elle a bien voulu me faire en m'appelant au fauteuil de la présidence. Si je ne puis me flatter de mettre à son service autant d'habileté, ni de déployer dans ce poste éminent autant de talent que mon illustre prédécesseur, je m'engage au moins à ne rien négliger pour me rendre aussi digne qu'il sera en moi de cette honorable fonction, qui m'a été confiée par vos suffrages. Je réclame donc de la savante compagnie toute son indulgence, et je la prie de me continuer toute la bienveillance qu'elle m'a déjà accordée en me conférant l'insigne honneur de la présider.

Je propose de voter des remerciements à l'honorable collègue, au savant professeur à qui je succède dans ce fauteuil, pour le zèle et l'exactitude qu'il a déployés pendant l'année qui vient de se terminer.

Je propose également de voter des remerciements à M. Gibert, pour le talent et l'activité dont il a fait preuve pendant le long exercice de ses pénibles fonctions de secrétaire annuel de l'Académie.

Enfin, je dois vous rendre compte, Messieurs, de la réception qui a été faite aux nouveaux membres de votre bureau, par Sa Majesté l'Empereur. Vous savez assez avec quel empressement Sa Majesté s'intéresse à tout ce qui a rapport au bien de l'humanité souffrante, et vous ne doutez pas de la bienveillance avec laquelle elle accueille tout ce qui est relatif à l'objet de ses préoccupations constantes : aussi, dois-je vous dire que nous avons été de la part de l'Empereur l'objet de la réception la plus cordiale et la plus sympathique.

Il en a été de même de M. le Ministre qui nous a reçus ce matin, et qui nous a témoigné tout l'intérêt qu'il porte à l'objet de nos études.

J'ai la douleur de vous annoncer la mort de notre collègue, M. Requin, dont les obsèques doivent avoir lieu demain à 10 heures, et celle de M. Rigolot, membre correspondant de l'Académie, à Amiens.

M. le SECRETAIRE ANNUEL prend à son tour la parole et s'exprime ainsi :

Messieurs et très-honorés collègues,

Avant de prendre possession des fonctions que je dois à vos bienveillants suffrages, j'éprouve le besoin de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait, et de vous dire que s'il suffisait, pour le reconnaître, d'un zèle sans bornes et du désir sincère de me placer à la hauteur de la mission que vous m'avez confiée, je serais sûr de m'acquitter envers vous; mais je ne puis oublier que l'éminent collègue auquel je succède, vous avait depuis longtemps habitués à une précision et à une netteté de rédaction qu'il me sera difficile d'égaler. Mon inexpérience a donc besoin de compter sur votre bienveillance, et j'aime à croire qu'elle ne me fera pas défaut.

Discussion sur le diagnostic et la curabilité du cancer.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

M. PIORRY. — La question si intéressante du cancer qui occupe l'Académie depuis déjà un grand nombre de séances, menace de se prolonger longtemps encore. Je crois, Messieurs, qu'il serait utile, pour ne pas fatiguer votre attention d'interrompre momentanément ce sujet pour le reprendre dans quelques séances : et je propose d'occuper cet intervalle par une lecture que j'ai à faire sur le traitement de la variole. Si quelqu'un avait quelque chose à répondre aux idées que je dois émettre dans ce travail, cela pourrait devenir la matière de nos occupations pendant quelques séances. Cette mesure aurait, je crois, pour avantage de donner le temps à ceux de nos collègues qui prennent part à la discussion sur le cancer, de se préparer à reprendre plus tard ce débat intéressant.

La proposition de M. Piorry est mise aux voix et rejetée.

La parole est à M. Hervez de Chégoin (M. Dubois d'Amiens donne lecture du travail de M. Hervez. Ayant reçu trop tard la copie de ce discours, nous sommes obligés de le remettre au prochain numéro).

M. ROBERT. — Je prie l'Académie de vouloir bien m'excuser d'avoir pris de nouveau la parole dans cette discussion. Mais il s'agit ici d'une question nouvelle et qui n'avait pas été encore solennellement discutée, d'une question qui intéresse au plus haut degré la chirurgie pratique. Il s'agit de juger des travaux consciencieux et persévérants, de leur donner une impulsion nouvelle, ou de les condamner peut être à un fâcheux discrédit. Je croirais donc manquer à mon devoir si je ne venais réfuter diverses assertions émises à cette tribune, et vous soumettre quelques éléments nouveaux d'appréciation. Veuillez d'abord vous rassurer, Messieurs, sur la longueur future de ces débats : la discussion, qui, au début, s'était montrée timide et incertaine, s'est aujourd'hui concentrée sur un petit nombre de points doctrinaux qui paraissent les dominer; de telle sorte que je pourrais à la fois ménager vos instants et atteindre mon but, en me bornant à l'examen de ces questions fondamentales.

Une des premières est assurément celle de savoir si, au point de vue anatomique, les éléments cancéreux admis par les micrographes sont doués de caractères spécifiques, et j'entends par là des caractères de formes, de structure et de composition chimique, qui les distinguent des autres éléments, normaux ou pathologiques.

Au nombre des adversaires de cette spédiofiction, se trouve, eu première ligne, M. Delafond, dont les arguments spécieux et présentés avec art, ont produits dans notre enceinte une sensation marquée; c'est donc de son discours que je vais tout d'abord m'occuper.

Notre collègue est partisan de la doctrine de Schwan sur la cellule unitaire, bien que cette doctrine ait été victorieusement combattue et que, suivant l'expression même de M. Velpeau (*Bulletin de l'Académie*, p. 160), *elle menace de disparaître de la science sérieuse.* Donc, suivant lui, toute l'organisation procède d'un seul et même élément, la cellule; et celle-ci se ressemble partout à elle-même. La seule différence qui la distingue dans les divers tissus, tient à la nature de la substance qu'elle contient, substance qu'elle a puisée dans ce blastême ou liquide amorphe qui l'environne.

D'après cette théorie, M. Delafond cherche à établir que la cellule dite cancéreuse n'a rien de spécifique dans ses attributs extérieurs; mais comme, en définitive, il ne peut contester la spécificité du cancer, il avance que cette cellule ne doit ses propriétés qu'au liquide ou suc cancéreux qu'elle renferme. De ces deux propositions, la dernière est une simple vue de l'esprit, sans démonstration, et dont je laisserai la responsabilité à notre collègue; quant à la première, je vais la combattre en me plaçant sur le terrain même que notre adversaire a choisi.

D'après M. Delafond, la forme de la cellule n'a rien de spécial et de constant; elle tient aux conditions diverses auxquelles elle est soumise de la part des tissus qui l'environnent. Ainsi, qu'elle se développe dans une trame organique molle et non comprimée par les tissus voisins, elle aura la forme sphérique ou ovoïde; qu'elle se trouve dans des conditions opposées, elle s'alongera plus ou moins et prendra l'aspect d'un corps fusiforme, d'une fibre; ou bien elle s'aplatira et se convertira en une lame très-mince.

Cette hypothèse, Messieurs, peut séduire au premier abord, mais, à coup sûr, elle ne saurait soutenir le contrôle des faits. Qu'il me suffise de vous rappeler que, dans le squirrhe le plus dense, on trouve souvent la cellule cancéreuse avec la forme type, c'est-à-dire ovoïde ou sphérique, tandis que, dans l'encéphaloïde ramolli et même ulcéré, il n'est pas rare de voir des cellules allongées; dans les tumeurs épithéliales libres de toute espèce d'entrave, telles qu'on les voit aux lèvres ou au col du l'utérus, on trouve des cellules aplaties; enfin dans des tumeurs fibro-plastiques, sous-cutanées et exemptes de compression, on voit des corps fusiformes.

Tous ces faits sont évidents, incontestés; ils sont connus de tous les micrographes; et je ne conçois pas que M. Delafond ait pu n'en pas tenir compte.

Notre collègue prétend aussi que le volume des cellules varie suivant les phases de leur développement, et qu'on ne saurait, par conséquent, l'invoquer pour caractériser les diverses espèces de produits pathologiques. Or, voulez-vous savoir jusqu'où peut conduire cette théorie, du reste, entièrement dénuée de preuves? Tous les micrographes savent que les globules de pus sont beaucoup plus petits que les cellules de cancer : M. Delafond le reconnaît aussi. Mais comme, d'après lui, ces deux éléments doivent présenter la même organisation, il admet tout simplement que la cellule de pus *n'a pas eu le temps de se développer!*

Notre honorable collègue a fait passer sous vos yeux une série de desseins représentant des cellules cancéreuses, fibro-plastiques, et des globules de pus; puis, par un artifice que j'expliquerai tout à l'heure, il vous a démontré l'analogie de ces divers produits. Je ne réfuterai pas en détail cette partie de son argumentation; mais je vous présenterai à mon tour divers dessins où sont représentées les formes types des éléments cancéreux, fibro-plastiques, épithéliaux et les globules de pus. Ces desseins exécutés par M. Lackerbaer, sous l'habile direction de M. Robin, sont l'expression la plus exacte de la vérité.

Je commence par les noyaux libres du cancer, c'est là, en effet, l'élément le plus constant de ce produit pathologique. A eux seuls, ces noyaux constituent un assez grand nombre de tumeurs, désignées, à cause de cela, sous le nom de cancers nucléaires; les cellules, quand elle existent, sont toujours associées à une plus ou moins grande proportion de noyaux libres. Ils sont volumineux, ovoïdes, constamment pourvus de un à trois nucléoles, larges et brillants, quand on les étudie avec grossissement de 5 ou 600 diamètres.

2° A côté des noyaux cancéreux, je vous montre les noyaux fibro-plastiques. Ceux-ci sont plus allongés, moins volumineux, rarement ils sont pourvus de nucléoles; on les rencontre moins souvent à l'état libre que les noyaux du cancer.

3° Voici maintenant la cellule cancéreuse. Elle est caractérisée par son grand volume, par sa forme obronde, et surtout parcequ'elle contient toujours, au moins un noyau volumineux, pourvu, lui-même, de un à trois nucléoles.

4° Veuillez lui comparer la cellule fibro-plastique que je lui mets en regard. Celle-ci n'en diffère-t-elle pas, de la manière la plus évidente, par son petit volume, par sa forme très-allongée, renflé en fuseau à sa partie moyenne, terminée en pointes fines à ses deux extrémités, et enfin par la petitesse et la forme allongée de ses noyaux?

5° Jettez les yeux sur la cellule épithélale que M. Delafond a, je ne sais pourquoi, passée sous silence. Celle-ci n'est-elle pas facile à reconnaître à sa forme polygonale, et à la petitesse de son noyau, dont l'existence n'est même pas constante?

6° Enfin voici les globules de pus, caractérisés par leur petit volume, leur forme globuleuse, leur aspect chagriné, leurs noyaux volumineux, et l'absence de nucléoles. Voici les globules de pyoïdes, dépourvus de noyaux, que fournit le pus des surface séreuses. Voici deux desseins destinés à montrer l'action de l'acide acétique sur les globules de pus, elle est tout à fait caractéristique, cet agent chimique faisant pâlir la cellule, met les noyaux en évidence. Après ce rapide examen, supposez toutes les cellules placées à la fois sur l'objectif d'un microscope, et veuillez me dire s'il est posible de les méconnaître.

Mais, Messieurs, les êtres organisés ne sont pas assujettis à des formes constantes. Si, parmi ces dernières, il en est qu'ils affectent le plus souveut, il en est aussi d'exceptionnelles. Cette loi de variabilité des formes se trouve non-seulement dans les grandes divisions des espèces animales, mais encore dans chaque être en particulier; elle se retrouve dans sa conformation extérieure, aussi bien que dans ses éléments les plus intimes. Aussi les naturalistes qui étudient ces corps, ont-ils pour principe de rechercher d'abord les formes les plus constantes qu'ils prennent pour types; puis ils placent les autres au second rang et les considèrent comme des anomalies ou des aberrations.

Or, que penseriez-vous d'un anatomiste qui, voulant vous initier à la connaissance de l'organisation de l'homme, négligerait complètement les formes types et ne s'occuperait que des anomalies?

C'est cependant ce qu'a fait M. Delafond; et c'est au moyen de cet artifice qu'il a cru pouvoir établir l'identité des cellules cancéreuses et fibro-plastiques, voire même des globules de pus.

Du reste, ce mode singulier de démonstration, loin de porter atteinte à la spécificité de la cellule du cancer, ne fait au contraire que la confirmer d'avantage. Si l'on étudie, en effet, cette cellule, dans les conditions même où M. Delafond l'a supposée, on y trouvera encore, soit dans la forme, soit dans la structure, des caractères spéciaux qui, pour des yeux exercés, ne permettront pas de la méconnaître.

Pour vous convaincre à cet égard je vais faire passer devant vous divers dessins représentant la cellule du cancer sous des formes insolites.

Voici des cellules très-allongées; l'une d'elle est fusiforme, à un seul noyau; celle-ci contient deux noyaux; cette autre est irrégulièrement bifurquée. Et cependant est-il possible d'assimiler aucune d'elles à la cellule fibro-plastique? Sa vraie nature ne vous est-elle pas révélée par le volume des cellules et la proportion relative de leurs noyaux?

Voyez maintenant une cellule de cancer contenant un assez grand nombre de noyaux (ou plaque à noyaux multiples), une cellule mère qui emboite une autre cellule, deux cellules se comprimant l'une l'autre, enfin une vieille cellule infiltrée de graisse. Voyez aussi des cellules de cancer ou d'épithélium que le hasard a fait présenter de face et de profil sur le champ du microscope, et jugez par vous-même s'il est possible de ne pas les reconnaître.

Mais j'admets que, dans un cas donné, quelques cellules de cancer aient présenté des caractères douteux ou équivoques; ira-t-on pour cela contester à cet élément la spécificité de sa forme? A-t-on jamais avancé que l'examen isolé d'une cellule pût suffire au diagnostic d'une tumeur? Si l'on rencontre de prime abord des formes insolites, il faut multiplier les recherches, examiner la pièce pathologique dans tous les points de son étendne, et, à coup sûr, on découvrira des formes types qui mettront en évidence la nature vraie de l'altération.

J'arrive maintenant, messieurs, à l'objection la plus sérieuse qu'on ait adressé à la spécificité anatomique des éléments du cancer. On a dit que, dans plusieurs tissus normaux de l'économie, il se trouve des cellules ayant, avec celles du cancer, la plus grande analogie, si ce n'est une similitude complète. Produit d'abord par M. Virchow, cet argument jouit d'une certaine faveur en Allemagne. On le retrouve dans le manuel d'anatomie pathologique de M. Forster, dans le traité d'histologie pathologique publié très-récemment par M. Weld (*Grundzüge der pathologischen histologie von Carl Weld*; Vien., 1854). Enfin il a été reproduit dans le cours de cette discussion par MM. Delafond et Velpeau. Suivant M. Virchow, les épitholium pavimenteux de la membrane muqueuse des bassinets, de la vessie, des poumons, de la conjonctive, etc... ressembleraient beaucoup à la cellule du cancer; et il y a un an à peine, M. Michel (de Strasbourg) adressait à la Société de chirurgie un travail où il disait avoir trouvé la même analogie aux cellules de la moëlle des os chez les jeunes enfants.

Ces faits m'ont d'abord paru graves, et j'ai eu à cœur de les vérifier tous, par moi-même, afin d'en apprécier plus exactement la valeur. J'ai donc eu recours à l'obligeance bien connue de nos micrographes, et j'ai pu ainsi étudier, avec eux, un très-grand nombre de préparations.

Je ne veux pas entrer ici dans les détails minutieux de ce diagnostic anatomique. Je me bornerai à dire qu'après avoir examiné comparativement et à plusieurs reprises, des éléments recueillis sur des tumeurs cancéreuses et sur les organes sains mentionnés plus haut, je n'ai pu conserver aucun doute sur la possibilité de les distinguer. Je reconnais, il est vrai, que si, dans cet examen, on se borne à constater les différences de *forme* on peut quelquefois rester incertain; mais si l'on prend aussi en considération le volume, la structure et les caractères chimiques, il est très-rare que l'on ne parvienne pas à une détermination précise et rigoureuse.

Après ce travail, je me suis demandé comment il se fait que des savants distingués, que des hommes versés dans les études histologiques, soient parvenus à des résultats si différents de ceux qu'on a signalés dans notre pays.

Cela ne tiendrait-t-il pas à la différence même des instruments qu'ils emploient et à la faiblesse de leurs grossissemen s? N'est-il pas évident qu'un puissant microscope peut nous faire saisir des détails importants quoique très-délicats qui échapperont à des grossissements moins considérables? Et, pour ne pas nous éloigner du cancer, qui n'a pu constater une différence très-notable dans l'aspect des cellules étudiées à 300 ou 500 diamètres?

Je conclus donc, et je dis que les objections élevées contre la spécificité anatomique des éléments du cancer, sont moins fondées que spécieuses; et que, dans l'état actuel de la science, et pour des yeux exercés, ils peuvent toujours être distingués des autres éléments de l'organisation, soit normaux, soit pathologiques.

M. Velpeau, dans sa brillante improvisation, n'a que faiblement contesté ce point, mais il n'en a pas agi de même à l'égard de la spécificité de ces mêmes éléments, au point de vue de la pathologie et de la clinique; c'est de ce côté qu'il a le plus spécialement dirigé son attaque. La grande autorité dont jouit, à bon droit, notre savant collègue, me fait un devoir d'examiner avec détail cette partie de son argumentation.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE.

CHANCROÏDE SYPHILITIQUE.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Le Mémoire sur le chancre infectant dont M. le docteur Clerc a commencé la publication dans votre n° 153, me semble d'une portée morale telle que, après en avoir pris connaissance, j'ai cru devoir vous faire part des idées que cette lecture a soulevées chez moi.

Sans vouloir en aucune sorte attaquer l'intention qui a dirigé les sa vantes recherches de M. le docteur Clerc, je crois cependant utile de vous signaler les fâcheux résultats qui pourraient naître de l'adoption des idées que semble professer notre honorable confaère, car il me paraît par trop extraordinaire d'admettre qu'un individu, par cela même qu'il a été atteint d'une syphilis constitutionnelle devienne, non pas inapte à la contracter de nouveau, sujet qui a tant occupé la presse médicale; mais quelque chose de bien plus étrange, qu'il devienne inhabile à

produire chez un autre cette affection constitutionnelle par un chancre dont il est porteur après une nouvelle souillure, parce qu'il n'est plus apte, par le fait de sa première contamination, à contracter, même au contact d'un chancre type induré, infectant, rien autre chose qu'un chancroïde ou chancre non-infectant.

Cette opinion, en tant que bornée au monde médical, pourrait bien ne porter aucun mauvais fruit, mais je ne pense pas qu'il en puisse être de même, si elle venait à tomber dans le domaine public. On recule devant la syphilisation, parce qu'on espère éviter le mal, mais une fois atteint, si l'on se voit inapte après guérison à contracter un mal qui se propage, oh! alors le lien sacré du mariage n'arrêtera même pas ceux qui auront été souillés de rechef.

D'autre part, dans ma vie nomade d'autrefois, je me suis trouvé en position d'observer la syphilis dans les pays d'où l'on prétend qu'elle nous est arrivée, et partout je l'ai rencontrée la même, abstraction faite des lieux. Chez le Brésilien et l'indigène du Chili, au Pérou et dans la Bolivie, sur les plages mexicaines et dans les îles de l'Océan-Pacifique! je l'ai vue avec son cortége de symptômes effrayants.

Or, si cette immunité dont parle M. le docteur Clerc était réelle, tout d'abord la syphilis s'éteindrait peu à peu, car chaque personne infectée une fois guérie, ne pourrait plus la reproduire, n'étant plus apte elle-même qu'à contracter un chancre non infectant et ne pouvant plus donner qu'une affection bénigne par une sorte de connubium pathologique resté inconnu jusqu'ici.

J'admets depuis de longues années, car j'en ai la preuve, que celui qui a eu la syphilis constitutionnelle est moins apte à être infecté qu'un autre non encore contaminé. Les matelots de toute nation disent, dans leur énergique et pittoresque langage, de ces gens-là, qu'*ils sont doublés de cuivre*, et certes ce n'est pas à la clinique du savant professeur Ricord qu'ils ont acquis cette idée.

Mais je ne peux admettre que, parceque l'on a été infecté de la syphilis constitutionnelle, on soit, après avoir été guéri, inapte à contracter un chancre infectant, et inhabile surtout à le déterminer chez un autre.

M. le docteur Clerc base sa théorie sur l'analogie qu'il croit reconnaître entre la variole, la vaccine et la syphilis sous le point de vue de l'unicité d'infection; il va même jusqu'à admettre qu'il peut y avoir des exceptions : la lettre contenue dans votre n° 155 en est peut-être un exemple.

En thérapeutique, l'analogie conduit à l'empirisme; dans la question qui nous occupe, le raisonnement par analogie pourrait bien conduire à l'erreur : or, c'est parce qu'une pareille théorie vraie ou erronée ne peut amener que des résultats funestes par l'inaction dans laquelle elle ferait rester nombre de personnes qui ne demandent pas mieux qu'à s'endormir sur la foi d'autrui, que j'ai pris la liberté de vous faire part de mes réflexions.

Que mon honorable et savant confrère, M. le docteur Clerc ne voie là, du reste, aucune intention mauvaise, car le devoir du médecin est avant tout, de signaler ce qui lui paraît fautif à lui, quitte à revenir plus tard sur ce qu'il a pu dire, s'il est tombé dans l'erreur.

Veuillez Monsieur et très-honoré confrère, agréer l'assurance de mon dévouement.

MERVILLER fils, D. m. m.

Fontaine-Chalendray, 2 janvier 1855.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le cortége du professeur Requin, le cortége des professeurs et des académiciens.

Nos lecteurs savent que nous n'avons pas dit l'exacte vérité touchant la maladie de M. le professeur; ils savent aussi le motif de l'inexactitude volontaire que nous avons commise, et nous ne doutons pas que ce motif ne nous ait valu leur complète absolution; mais il ne peut être utile à personne que nous dissimulions la vérité sur la manière dont on a rendu les derniers devoirs aux restes d'un homme dont il serait actuellement hors de propos d'apprécier les œuvres, mais qui était membre de l'académie impériale de médecine et de la première Faculté du monde. Disons-le donc sans détour, la Faculté, l'académie, l'école étaient très-incomplètement représentées au convoi de M. le professeur Requin, et son cortége a été un des plus mesquins que nous ayons vus.

Que le philosophe se garde de juger la valeur et l'honorabilité d'un mort à l'étendue et à l'éclat de son cortége, ce n'est pas nous qui l'en blâmerons; nos quelques mots récents d'appréciation sur Capuron peuvent édifier nos lecteurs à cet égard; aussi est-ce à tout autre point de vue qu'au point de vue philosophique que nous envisageons le triste sujet dont il s'agit ici.

Le corps médical tient-il à la considération publique? Oui. — Se plaint (et à juste titre suivant nous) que celle dont il jouit n'est pas celle qu'il devrait avoir? Oui. Est-ce en s'honorant soi-même qu'on se fait honorer des autres? Oui. — Honore-t-on, aux yeux du monde, la mémoire d'un des siens lorsqu'on lui rend les derniers devoirs avec toute la pompe que comporte la position sociale qu'il occupait? Oui. — Si tout cela est incontestable, une Faculté, une académie, une corporation s'honorent-elles en honorant, par leur présence, la mémoire d'un de leurs membres les plus éminents? Poser cette question c'est y répondre.

Pourquoi donc les robes de la Faculté étaient-elles si rares au convoi de M. Requin? Voilà ce qu'il faut avoir le courage de demander d'abord, et se dire ensuite si l'on parvient à le découvrir; car pour conquérir la position morale à laquelle il aspire, il faut que le corps médical se regarde lui-même autant qu'il regarde autour de lui; et qu'à l'exemple des sages, ose sonder ses propres plaies. Eh bien! quelques-unes des causes de la rareté des robes professorales au cortége de M. Requin sont de véritables plaies qu'il faut guérir; mais pour les guérir, il faut d'abord les voir.

Lorsqu'un membre de la Faculté vient à décéder, une députation est tirée au sort pour accompagner ses restes mortels à leur dernière demeure; voilà qui est bien, mais voici qui l'est moins : La Faculté s'étant convaincue sans doute par expérience que tous les membres ne mettaient pas le même scrupule à remplir leur mission, a arrêté qu'une amende de 30 fr. serait appliquée à celui qui ne remplirait pas un devoir que le plus élémentaire sentiment des convenances devrait suffire pour rendre sacré; première plaie. Pour que cette députation ne traîne pas ses robes dans la boue des rues, l'administration de la Faculté vote une certaine somme pour lui payer quelques voitures; mais le nombre de ces voitures est fort juste, et si la députation était trop nombreuse, ou bien elle serait obligée d'aller à pied. ou bien elle courrait risque d'être obligée de payer une partie des frais de transport! C'est là ce qui a fait dire à un officier de l'administration parlant à des agrégés du convoi de M. Requin : « Messieurs, surtout ne soyez pas trop nombreux; on a été trop nombreux au convoi de M. Roux; moins vous serez, mieux cela vaudra. » Ainsi, pour ne pas payer 5 ou 6 fr. de voiture, on s'abstiendra d'accompagner un collègue à la tombe; deuxième plaie, bien plus grave encore que la première. A l'académie, il n'y a pas de pénalité possible, aussi n'inflige-t-on pas d'amende au membre absent d'une députation; mais, en revanche, on a cru remplir le même but en lui allouant un jeton de présence de 15 fr., quand il est exact. Se faire payer 15 fr. pour conduire au tombeau la dépouille mortelle d'un collègue! troisième et effroyable plaie.

Voilà pourtant, sinon toute la vérité, dumoins une partie de la vérité; nous ne la sonderons pas plus avant pour aujourd'hui. Mais on nous permettra de dire pour conclusion, qu'avant de nous plaindre, comme nous le faisons de l'ingratitude du public, il faut d'abord tarir dans notre propre sein ces sources d'abaissement et de déconsidération. — Voilà un premier pansement à nos plaies; au premier convoi, s'il nous est réservé de le voir, nous dirons s'il en est résulté quelque effet.

— Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

OFFICIERS : MM. *Malgaigne*, professeur à la Faculté de médecine de Paris; *Scoutetten*, médecin principal de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient; *Dufour*, second chirurgien en chef de la marine, président du conseil de santé de Cherbourg; *Dutroulau*, premier médecin en chef de la marine, à la Guadeloupe; *De Laporte*, chirurgien de la marine de 1re classe, sur la frégate *La Forte*.

CHEVALIERS ; MM. *Béving*, médecin-major de 1re classe au 2e régiment du génie; *Berthemot*, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Marseille; *Tourny*, médecin-major de 1re classe au 25e de ligne; *Herbin*, médecin-major de 2e classe au 3e régiment de chasseurs; *Bolinger*, médecin-major de 2e classe au 10e léger (en mission au Maroc); *Choulette*, pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine; *Bonnemaison*, sergent infirmier-major à l'hôpital militaire de Toulon; *Jossic*, médecin-professeur de la marine; *Besnou*, pharmacien de la marine de 1re classe; *Douzy*, chirurgien aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine; *Hubac*, ancien chirurgien de 2e classe de la marine, *Poumeau*, chirurgien de 2e classe de la marine; *Simonin*, directeur de l'école préparatoire de médecine de Mancy; *Paulin*, médecin de l'Ecole normale supérieure; *Duchesne-Duparc* et *Aubin-Desfougerais*, docteurs en médecine.

— Notre numéro supplémentaire ne pourra paraître que lundi prochain.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 3. 3me ANNÉE. Lundi 8 Janvier 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Recherches sur les Affections morbides et anormales du Placenta

(Mémoire couronné par la société de médecine de Gand, dans sa séance du 10 janvier 1854),

Par le docteur AMBROISE MORDRET (du Mans),

Professeur d'accouchements, lauréat de l'Académie de chirurgie de Madrid, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

« Le mot adhérent extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare. »
BAUDELOQUE.

Ne pas confondre un état physiologique avec un état pathologique.

(Voir les nos 156 et 1.)

Tout porte à croire que ces cas n'eussent pas été tous aussi malheureux, si la délivrance eut été abandonnée aux forces de la nature, comme le conseillent plusieurs accoucheurs; et je suis convaincu que dans plusieurs d'entre eux la malade eût guéri par la résorption du placenta.

Les cas de rétention définitive du délivre sont les plus rares. Dans ceux-ci, en un mot, il se passe anormalement chez la femme ce qui a normalement lieu chez plusieurs espèces animales voisines de la nôtre. Le placenta maternel subit un mouvement de retrait, d'atrophie semblable en tout à celui dont l'utérus lui-même est le siége après l'accouchement, et le part a lieu sans lésion de la matrice. Quant au placenta fœtal, il est peu à peu entraîné par les lochies, qui d'ordinaire coulent alors longtemps, sont sanieuses et ont une odeur putride. Ou bien dans des cas plus rares, il est, comme on vient de le voir, résorbé lui-même, sans qu'il soit possible de dire comment. Mais cette terminaison doit être au moins excessivement rare, et l'observateur peut être induit en erreur à ce sujet.

Je ne suis pas éloigné de croire que les adhérences définitives ne reconnaissent jamais d'autre cause que celle sur laquelle je viens d'appeler l'attention. Mais il n'en est pas de même des adhérences temporaires. Les premières, en effet, se terminent toujours par la résorption ou par la mort. Or, la résorption ne peut être physiologiquement admise, s'il y a inflammation, carcinôme, ossification, ou toute autre dégénérescence de la surface de l'utérus contiguë au placenta ou du placenta lui-même, ce qui serait à peu près la même chose. Des surfaces enflammées sécrètent plus qu'elles n'absorbent; l'absorption ne pourrait donc tout au plus commencer que lorsque la lésion finirait, et à cette époque le placenta n'étant plus retenu se détacherait de lui-même. Les cas terminés par la mort ne peuvent infirmer ce raisonnement, bien qu'on ait quelquefois trouvé des traces d'inflammations sur les

FEUILLETON.

Compte-rendu des travaux de la Société des Sciences médicales de Paris, pendant l'année 1853-1854

Par M. PIERRE GRATIOLET, secrétaire général de la Société.

(Suite et fin. Voir no 1 et 2.)

Notre auteur considère en second lieu la tige, c'est-à-dire cette partie de la plume qui porte les barbes. Sa composition est fort remarquable; une enveloppe cornée, enfermant une moelle très-semblable par ses cellules à la moelle des végétaux, la constitue. Cette enveloppe est rayée dans toute sa longueur par des sillons longitudinaux. L'un de ses sillons, plus masqué que les autres, divise en deux moitiés symétriques la face inférieure de sa tige; sa profondeur est d'autant plus grande qu'on se rapproche davantage de la base de la plume. Son fond est en général dilaté et simule un canal qui règne quelquefois dans toute l'étendue de sa tige. Au sommet de la plume, ce canal, entouré de toutes parts par la substance médullaire, est parfaitement isolé; mais, vers la base, il se dilate, se rapproche de la paroi dorsale de l'enveloppe, et finit par se confondre intimement avec elle.

Quant aux faces latérales de la tige, elles sont planes et ont la forme de bandes. Les barbes de la plume sont régulièrement implantées sur elles.

Telle est en général la composition de la tige; quels seront ses rapports avec le tuyau? Grâce à l'heureuse formule de M. Alix, rien n'est plus facile à dire.

Comparons le tuyau à un fourreau. La tige de la plume, appliquée au prolongement dorsal de ce fourreau, s'engage dans son ouverture supérieure et se prolonge dans son intérieur. Mais à partir de ce point, leurs parois se confondent, et le tube intérieur de la tige tapisse intimement le tube extérieur du tuyau.

En d'autres termes, et dans cet état de choses, on peut ainsi représenter la plume. Le tuyau est composé de deux lames dont l'une circonscrit l'autre. La lame externe forme un canal assez court, mais la lame interne se prolonge jusqu'au sommet de la plume et constitue la tige que fortifie seulement à son côté dorsal une bande émanée de la lame propre du tyau.

Tel est, messieurs, selon M. Alix, le corps de la plume. Pour compléter cette description générale, il suffit de rappeler que la tige porte de petites tiges rudementaires très-régulièrement ordonnées sur elle et qu'on désigne sous le nom de barbes. Les barbes portent des séries de cellules articulées, qu'on connaît sous le nom de barbules, enfin ces cellules portant le plus souvent de petits prolongements latéraux, la barbulle elle-même peut être dans son ensemble comparée à une petite plume réduite à son expression la plus simple, et rudementaire dans ses éléments comme dans son ensemble.

Voici la plume dans son plus haut degré de composition. Mais ce degré n'est pas toujours atteint. Certaines plumes ont une tige et des

points de l'utérus correspondants aux attaches placentaires. Telle est l'observation de Morgani (n° 6); car on ne sait si, en cas de guérison, le placenta se fût détaché ou s'il eût été résorbé.

Lorsque l'adhérence placentaire n'est que temporaire, et presque toujours il en est ainsi, le mode de production me paraît devoir être souvent le même. Alors, en effet, il y a simplement retard dans l'exhalation plastique qui doit constituer la nouvelle muqueuse utérine. Au moment donné et sous une influence inconnue, cette exhalation se fait enfin, tantôt vite, tantôt lentement. Dans le premier cas, les adhérences du placenta cèdent tout d'un coup; celui-ci apparaît à l'orifice du col sans y être attendu et est expulsé tout d'une fois. Dans le second, le placenta se détache par parties, et les injections qu'on a l'habitude de faire dans ces circonstances en emportent des fragments plus ou moins volumineux, et dans un état de putréfaction plus ou moins avancé. Mais je suis loin de contester dans ces circonstances l'influence des autres causes signalées par les auteurs, c'est-à-dire l'inflammation, les dégénérescences diverses, et surtout l'épanchement d'une nappe mince de sang, entre les surfaces contiguës du placenta et de l'utérus.

Les adhérences temporaires peuvent être intimes ou légères, totales ou partielles.

Il serait facile de réunir ici un grand nombre d'observations. Les anciens auteurs en fourmillent. Smellie, Mauriceau, Levret, de la Motte, etc. Mais on ne peut tirer un grand avantage des faits qu'ils ont publiés, parce que la plupart d'entre eux sont rapportés si sommairement, qu'on ne sait pas souvent s'il y avait adhérence du délivre ou bien rétention par toute autre cause.

Les adhérences légères ne persistent jamais bien longtemps, elles se terminent d'ordinaire sans le secours de l'art et ne peuvent embarrasser que le praticien peu expérimenté. C'est d'elles que Desormeaux a pu dire : « Souvent on prononce que le placenta est adhérent contre nature lorsqu'il n'est retenu que parce qu'on n'a pas laissé à l'utérus le temps de se contracter et de résoudre l'adhérence naturelle de ce corps. Il n'est pas de praticien qui n'ait été souvent appelé pour faire l'extraction d'un délivre jugé adhérent, et qu'à son arrivée il a trouvé dans le vagin et quelquefois même entre les cuisses de la femme. » Les causes les plus fréquentes et les plus probables de ces adhérences sont la stupeur de l'accouchée, l'inertie de l utérus, quelque mince coagulum sanguin passé à l'état fibrineux et interposé aux surfaces contiguës du placenta et de l'utérus, dans quelques circonstances aussi une légère inflammation, etc. Toujours alors la délivrance se fait naturellement quand l'accoucheur a la patience de l'attendre.

Les adhérences intimes peuvent durer fort longtemps et se rapprocher ainsi des adhérences définitives. On a vu des placentas ne se détacher qu'au bout de trois mois et même davantage. Tantôt alors le délivre était atrophié, privé de sucs, dur, ratatiné sur lui-même et très-difficile à reconnaître. Plus souvent il était en partie putréfié. Quelquefois aussi, il a pu, malgré son séjour prolongé daus l'utérus, y conserver tous ses caractères. « En examinant le placenta, dit M. Cazeaux, on voit qu'il n'est nullement altéré, qu'il n'offre aucune mauvaise odeur, et que bien qu'il ait séjourné plusieurs jours, plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois dans la cavité utérine, après l'expulsion de l'enfant, il est aussi frais que si l'enfant venait de naître. *L'intégrité de ses connexions vasculaires avait maintenu la vie*, et explique l'innocuité de la rétention prolongée. » C'est ordinairement le lendemain de l'accouchement, ou bien dans les premiers jours qui le suivent, que se fait l'expulsion du placenta quand elle n'a pas eu lieu à son heure ordinaire. J'ai rapporté plus loin quelques exemples de ces expulsions tardives. (Voir les *obs.* 12 et 13). Je n'ai rien à ajouter ici à ce que j'ai dit des causes probables des adhérences intimes.

Il est fort rare que l'adhérence du placenta soit totale, et celle-ci est presque toujours intime, et souvent même définitive. L'adhérence partielle, sans être commune, est la plus fréquente; elle est aussi moins forte que la première. Cette adhérence partielle offre plusieurs variétés. Le placenta peut être décollé à son centre et continuer de tenir à l'utérus par toute sa circonférence. Alors, il se fait ordinairement une hémorragie inter-utéro-placentaire, et le sang étant emprisonné à cause de l'adhérence circulaire, le placenta fait saillie dans la cavité utérine à la manière d'une bourse. Dans ces circonstances, il est assez ordinaire que le sang, en continuant de s'épancher, finisse par rompre les adhérences. On peut aussi, surtout quand l'hémorrhagie n'est pas très abondante, croire à une adhérence totale. Lorsque l'adhérence n'occupe qu'un côté du placenta, la portion détachée est comme suspendue au fond de l'utérus, si l'insertion se fait au sommet de sa cavité. Si, au contraire, l'insertion se fait près du col et que la partie supérieure de l'arrière-faix soit la seule détachée, le placenta se retourne sur lui-même, se roule plus ou moins en oubli ou en cornet, et son bord libre vient souvent s'engager dans le col. M. Négrier cite un cas de ce genre : « Le travail était énergique; la malade venait de perdre environ 200 gr. de sang; l'orifice était dilaté à moitié. On distinguait parfaitement une portion flottante de la circonférence du placenta venant aborder le limbe de l'orifice inférieur. Cette portion était pincée plus haut, entre la tête et le bourrelet du détroit supérieur. » (*Loc. cit.*) Il peut encore arriver que l'adhérence ait lieu sur plusieurs points disséminés des surfaces de contact. Mais je ne pense pas qu'il soit

---

barbes mais ne portent pas de barbules. Ces plumes abondent sous les grandes plumes du tronc des oiseaux. D'autres, qu'on observe dans certains brevipennes, sont réduites à un corps qui ne porte ni barbules ni barbes, si bien que dans son état de composition le plus simple, la plume n'est plus qu'un cône allongé rempli de moelle à son extrémité supérieure, c'est-à-dire, Messieurs, un véritable poil en tout comparable aux piquants des hérissons, des porcs-épic et des échidnés. Aussi, pour M. Alin, comme pour son maître, M. de Blainville, la plume simple est elle un poil, et conséquemment la plume composée est complète, peut être définie un poil composé.

Il est impossible de ne pas voir dans cette exposition nouvelle des parties qui composent la plume, un véritable progrès dont l'importance est surtout sensible lorsqu'on essaye de découvrir dans les conditions primordiales de l'organe producteur, les raisons qui déterminent l'organisation de la partie produite. Ici, M. Alin, mettant à profit certaines observations de Poupart, de Dutrochet et de Meckel, les discute, les rectifie et les complète par des observations nouvelles. Il fait voir comment le cylindre gélatineux de Poupart est l'échafaudage autour duquel toutes les parties de la plume se disposent; mais il reconnaît avec Dutrochet que ce cylindre n'en est point l'organe producteur. Cet organe est un bourrelet annulaire qui entoure obliquement la base du cylindre. Au début des choses, cet anneau porte à son bord supérieur une multitude de petites papilles ordonnées de la façon la plus régulière. Ces papilles produisent de la moelle par leur sommet, et des cellules cornées par leur base, et du développement simultané de ces deux éléments résultent les barbes qui de toutes les parties de la plume apparaissent les premières, et trouvent dans le cylindre gélatineux de Poupart un soutien temporaire. Quant aux barbelles et à leurs appendices latérales, M. Alin pense qu'elles n'ont point pour cause un organe spécial, et qu'elles résultent d'une force végétative inhérente aux cellules cornées de l'enveloppe des barbes pendant l'état primordial.

Les barbes une fois constituées, les papilles qui les ont produites s'atrophient et s'effacent. Mais alors de la partie la plus élevée de l'anneau pousse une petite papille qui produit un cône de matière cornée. A mesure que cette petite papille sécrète, elle s'atrophie par son sommet, et s'allonge par sa base, en sorte que se détruisant par une de ses extrémités elle pousse par l'autre. Cette papille produit la tige qui entraîne les barbes dans son développement, et les élève graduellement au-dessus du cylindre gélatineux qui leur servait d'abord de soutien. Enfin quand la tige est complète la papille entièrement épuisée s'atrophie à son tour, et le rôle actif passe en dernier lieu à la partie basilaire de l'anneau qui sécrète le tuyau corné qui servira de base à ce merveilleux appareil. La plume est enfin terminée; dès lors l'organe producteur tout entier rentre dans son repos original, et se retire à l'intérieur du tuyau en abandonnant successivement des calottes cornées, derniers vestiges de son activité plastique, comme si la turgescence vasculaire ne pouvait se résoudre que par une sécrétion. Cette observation si éloignée en apparence des faits que la médecine considère [illegible]nt, d'une manière inattendue, en aide aux théories qui ont dirigé n[illegible]e confrère, M. Lemaire, dans ses recherches sur le traitement des go[illegible]lements inflammatoires périphériques. Y a-t-il une meilleure preuve que rien n'est indifférent en physiologie, que les choses les plus éloignées se touchent, et que pour découvrir les voies de l'intelligence créatrice, il faut poursuivre religieusement ses traces dans l'immensité de la nature?

Mais le temps me presse, Messieurs, et je passerai par conséquent

utile d'insister davantage sur ces variétés qu'on peut supposer aussi nombreuses qu'on le voudra, et de la production desquelles il est toujours facile de se rendre compte avec un peu de réflexion. Les principales d'entre elles peuvent donner lieu à quelques considérations pratiques dont il sera fait mention plus tard.

Une dernière réflexion pour terminer ce chapitre. Dans les observations de résorptions placentaires que j'ai rapportées, il n'est pas fait mention que le délivre ait jamais offert quelques modification dans sa texture. C'est qu'en effet il en doit être ainsi si ces adhérences sont physiologiques. Si, au contraire, le placenta offre quelque dureté, quelque dégénérescence, il y a tout lieu de croire que l'adhérence est morbide, et partant qu'elle sera temporaire. En cela, du moins, la théorie que j'ai présentée est parfaitement d'accord avec les faits.

§ II. — *Symptômes.* — *Diagnostic.* — *Pronostic.* — *Complications, etc.*

Il serait sans doute très-important de pouvoir, pendant la grossesse, reconnaître à quelques signes si la délivrance se fera naturellement, ou bien si elle sera entravée par des accidents de telle ou telle nature. Peut-être alors qu'il serait possible d'empêcher qu'ils n'eussent lieu. Par malheur nous ne savons rien à cet égard, et pour parler plus spécialement des adhérences contre nature du placenta, je dirai qu'il est de toute impossibilité de les prévoir. Au moins les recherches que j'ai faites pour y parvenir ne m'ont-elles donné que des résultats négatifs. Il n'en pouvait être autrement; car, dans la plupart des observations publiées sur les adhérences placentaires, on ne tient pas beaucoup compte des phénomènes qui ont accompagné l'accouchement, et moins encore de ceux qu'on eût pu observer dans le cours de la gestation.

Tantôt l'adherence est survenue à la suite d'un travail prompt et facile; tantôt elle a été observée à la suite d'un travail pénible et long, mais sans qu'on puisse établir aucun rapport entre ces deux circonstances. Le plus souvent il n'a été fait mention d'aucun accident pendant le cours de la grossesse; si quelquefois on l'a signalée comme ayant été difficile, cette remarque est trop vague pour qu'on n'ait rien pu en conclure. J'ai voulu savoir si les récidives de cet accident étaient fréquentes, et il m'a semblé non pas qu'une première adhérence prédisposât à une seconde, mais que quelques-unes des femmes qui, une première fois, avaient éprouvé des accidents par le placenta, restaient comme vouées à ces sortes d'accidents. J'ai trouvé quatre exemples de ce genre. Le plus remarquable est celui qui est fourni par l'observation qu'a publiée M. Gourier et que j'ai analysée (voy. *obs.* 4). Le second, non moins intéressant, appartient à M. Godefroy, professeur d'accouchements à l'école de Rennes.

Douzième observation. — Deux fois successivement, la même femme a offert à M. Godefroy le phénomène de l'adhérence du placenta (*obs.* 4 et 5 de son mémoire). La première fois, le travail fut long et l'accouchement se fit par le forceps; la seconde fois, le travail fut facile. Les moyens ordinaires furent mis en usage pour aider la délivrance qui ne se faisait pas. Mais comme il y avait dans l'un et l'autre cas une perte inquiétante, M. Godefroy se décida promptement à porter la main dans l'utérus. La première fois il trouva le placenta aux trois quarts décollé, la seconde fois, à moitié seulement. Dans tous les deux, il acheva le décollement en saisissant à pleines mains la portion libre de l'organe et lui imprimant un mouvement de torsion. Le premier de ces placentas « présentait trois cotylédons indurés, durs, élastiques, d'un blanc jaunâtre, c'était par eux que le placenta adhérait à l'utérus. » Dans le second, « le tissu placentaire était dans une étendue de 8 à 10 centimètres carrés transformé en une masse dure, friable, criant sous le scalpel e d'un blanc jaunâtre; cette transformation occupait toute l'épaisseur de cette partie du placenta. » A une troisième et dernière grossesse, M. Godefroy fut obligé « d'accoucher la même femme à sept mois pour une insertion du placenta sur le col qui détermina une hémorragie très-abondante. »

Le troisième cas est extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (Art. 1510).

Treizième observation. — Il s'agit d'une femme chez laquelle il fallut introduire la main dans l'utérus pour extraire le placenta et il s'en suivit des accidents assez graves. A une autre couche, les mêmes difficultés se présentèrent, on laissa la femme se reposer jusqu'au lendemain et la délivrance se fit alors naturellement.

Quatorzième observation. — Le quatrième fait est extrait d'un journal américain et appartient au docteur Lindsly. — Une femme robuste ayant eu un travail pénible et long, ne put être délivrée que par l'introduction de la main. Elle eut ensuite des accidents graves. A un second accouchement, la délivrance se fit alors naturellement. Mais à un troisième, le placenta fut encore adhérent. Cette fois on abandonna son extraction à la nature, et elle eut lieu le lendemain.

Un cinquième exemple n'est pas relatif aux adhérences du placenta. Il a été communiqué par le docteur Heugel (*Journal des conn. méd. chir.* 1848). Il s'agit d'une femme qui, à deux couches successives, offrit des accidents auxquels l'auteur donne le nom de placentite. Mais ces accidents semblent plutôt caractéristiques d'une hémorragie placentaire que d'une inflammation du placenta. Le docteur Henstis, dans un mémoire sur l'incorporation du placenta au tissu même de la matrice (novembre 1854, *Journ. améric. de méd.*), pense que l'adhérence du placenta à la matrice est une particularité qui, chez certaines femmes, se reproduit à chaque grossesse.

J'ai recherché si l'adhérence était plus fréquente chez les pri-

---

sous silence des observations poursuivies par M. Alin dans un détail presque infini, sur le développement des éléments historiques des plumes. Son mémoire doit être un jour publié, et nous craindrons de défigurer ici le résultat de ses recherches en essayant d'expliquer ici une multitude de détails précieux, mais qui, sans le secours de figures, demeureraient inintelligibles.

L'extrême rareté des travaux de la société, nous conduit à analyser maintenant un travail d'un ordre tout différent et qui semble au premier abord toucher de plus près à la métaphysique qu'à la physiologie; mais la tendance de l'époque actuelle est de ramener ces deux sciences l'une à l'autre, et de faire cesser une division malheureuse.

M. Gratiolet a lu, dans votre dernière séance, un résumé d'un long mémoire encore inédit, sur la mécanique des mouvements d'expression. Il divise dans ce travail les mouvements qui sont les éléments du langage d'expression, en trois catégories principales. Savoir :

1° Mouvements organiques qui se passent dans les trames vasculaires;

2° Mouvements actifs ou musculaires;

3° Mouvements passifs aboutissant à des attitudes passives.

Il a plus particulièrement insisté dans sa communication sur la partie de son travail qui a pour objet les mouvements actifs ou musculaires.

Ces mouvements sont rangés, par M. Gratiolet, en quatre groupes déterminés.

Dans un premier cas, en effet, l'action de l'organe a un but direct extérieur, et par conséquent elle trouve dans ce rapport une explication immédiate. Ces mouvements reçoivent le nom de mouvements directs ou *prosboliques*.

Dans un second cas, un organe se meut, non dans un but direct, mais par suite d'une corrélation naturelle avec un organe mu par un mouvement prosbolique, et sous l'influence d'un principe que M. Gratiolet formule ainsi : Localisation des *sensations*, généralisation des *sentiments* qui se développent à la suite de ces sensations. Ces mouvements sont nommés *mouvements sympathiques*. Leur production est le résultat d'une réaction homogène et générale.

Dans sa troisième catégorie, M. Gratiolet range une classe de mouvements qui n'ont point pour cause une volonté complète et pour but un objet extérieur, mais qui se produisent à l'occasion des mouvements de l'imagination, et traduisent à notre insu ces mouvements en indices plus ou moins appréciables. Ces mouvements curieux sur l'histoire desquels les beaux travaux de M. Cherseul ont jeté une si vive lumière, sont désignés sous le nom de *mouvements symboliques*. Ces mouvements, disons-nous, se produisent automatiquement à l'occasion des mouvements de l'imagination et leur sont corrélatifs.

Enfin une quatrième catégorie comprend une classe de mouvements entrevue par Diderot et par le célèbre Engel. Ce sont les *mouvements* métaphoriques. Il méritent ce nom parce qu'ils sont employés dans tous les cas où la pensée occupée de relations immatérielles, ne peut trouver dans le geste et dans l'action corporelle une expression adéquate. Dans ce cas, l'expression se développe cependant, mais par voie d'analogie; elle n'est plus directe, mais tropique, et, chose remarquable, bien que spontanément et automatiquement produit, ce trope du geste est constamment identique aux tropes du langage.

mipares que chez les femmes ayant déjà eu des enfants, mais je n'ai pu me former aucune opinion sur ce point. L'âge de la femme ne m'a pas semblé avoir une influence plus appréciable sur la production de ces sortes d'accidents. Il en est de même de sa constitution, des grossesses simples ou multiples, etc.

Je ne puis rapporter tous les faits qui m'ont servi à formuler les jugements qui précèdent, mais il suffit de jeter les yeux sur les observations que j'ai déjà analysées et sur celles qui le seront un peu plus loin, pour se convaincre que j'ai mis la plus grande réserve dans mes assertions. J'ajouterai seulement que sur cinquante-quatre observations d'adhérence contre nature du placenta, bien constatées et rapportées par leurs auteurs avec des détails circonstanciés, j'ai trouvé qu'on avait signalé:

7 fois, la constitution comme bonne.

3 fois, une constitution pléthorique sanguine et qui avait occasionné quelques accidents pendant la grossesse.

2 fois, une constitution nerveuse et délicate.

1 fois, une constitution rendue mauvaise par une affection du cœur et anasarque.

1 fois, une constitution affaiblie par onze grossesses antérieures, on ne fait pas mention s'il y avait eu des accidents du côté du placenta dans quelques-unes de ces grossesses.

6 fois seulement, des accidents de diverse nature et peu importants dans le cours de la gestation.

3 fois des hémorragies plus ou moins graves sont survenues dans les derniers temps de la grossesse; mais il faut observer qu'elles tenaient, non pas à l'adhérence du placenta, mais à son insertion plus ou moins étendue sur le col utérin.

(*La suite au prochain numéro.*)

Académie Impériale de Médecine.

Addition à la séance du 2 janvier 1855.

Présidence de M. Jobert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. Velpeau dit qu'on a trouvé la cellule cancéreuse dans des tumeurs qui n'étaient pas du cancer, et dont l'ablation a été suivie de la guérison sans récidive. J'ai objecté à notre collègue que puisqu'il admet la curabilité du cancer vrai, par l'opération, l'absence de récidive ne prouve pas que les tumeurs en question ne soient pas cancéreuses, aussi a-t-il répliqué que ce n'est point sur l'absence de récidive qu'il a fondé son diagnostic, mais bien sur la physionomie de la maladie, prise dans son ensemble.

Je réponds, à mon tour, que, si l'on analyse un à un tous les symptômes assignés par les cliniciens aux tumeurs cancéreuses, il n'en est pas un seul qui soit pathognomonique, pas un seul qui ne puisse tromper, surtout lorsque la cachexie manque et que la généralisation ne s'est point encore manifestée. Les recherches microscopiques modernes, en nous apprenant à mieux distinguer la nature des tumeurs qu'on ne le faisait il y a douze ou quinze ans, nous montrent chaque jour que des symptômes réputés comme caractéristiques du cancer, ne doivent plus être considérés comme tels, et qu'on les rencontre parfois dans des productions d'une toute autre nature.

Je vais vous en citer deux exemples des plus frappants. On a dit, de temps immémorial, et tous les praticiens l'ont admis, que la rétraction du mamelon dans les tumeurs du sein, est un signe pathognoniomique de l'existence du squirrhe. Or, voici que M. Robin a décrit récemment une forme d'hypertrophie de la mamelle, dans laquelle cette rétraction du mamelon est très-marquée, et qui consiste dans le développement exagéré des culs-de-sacs glandulaires avec atropie des conduits excréteurs ce qui rend bien compte de l'aspect que prend alors la glande malade. Deux faits de cette nature, constatés en peu de temps, feraient supposer que cette variété n'est pas très-rare.

Autre exemple : Lorsqu'une tumeur du sein est largement ulcérée, que les bords en sont fongueux, végétants, que le fonds en est grisâtre, sanieux, la suppuration abondante, fétide, et qu'enfin elle s'accompagne d'hémorragies des plus graves. Or, à ma connaissance, une pareille réunion de symptômes alarmants s'est rencontrée dans deux cas où il ne s'agissait que de tumeurs hypertrophiques; un de ces cas m'est personnel : j'en ai déjà parlé à l'académie. J'enlevai la tumeur sans beaucoup d'espoir et pensant n'obtenir qu'une cure palliative.

Mais, le microscope consulté me rassura ; et, en effet, la malade rétablie des suites de cette grave opération vit, depuis cinq ans, dans la santé la plus parfaite.

Je tiens le second d'une source qui m'inspire toute confiance : une dame portait une tumeur de la mamelle d'une physionomie aussi sinistre que la précédente.

Une de nos célébrités chirurgicales résolut d'enlever, non pas tout le mal, mais les parties exubérantes seulement, opération également palliative. Un de nos micrographes les plus distingués examina les portions retranchées et n'y trouva que les tissus d'une hypertrophie mammaire. Le chirurgien, revenant alors sur son diagnostic primitif, tenta une seconde opération et enleva toute la tumeur. La guérison a été radicale et se maintient depuis plusieurs années.

Je n'insisterai pas d'avantage sur ces faits, dont il me serait facile de grossir le nombre. Si je les ai cités, c'est qu'ils sont singulièrement aptes à faire réfléchir les cliniciens sur l'incertitude trop commune des symptômes propres aux tumeurs.

M. Velpeau ne s'est pas arrêté là : dans une seconde proposition opposée à la spécificité clinique des éléments cancéreux, il a avancé que ces derniers n'avaient point été trouvés dans des tumeurs réellement cancéreuses; il a cité des faits que nous devons discuter.

Ces mouvements prosboliques, sympathiques, symboliques ou métaphoriques, sont les éléments les plus habituels du langage d'expression. M. Gratiolet n'a pu entrer dans le développement presque infini des preuves que cette proposition semble exiger. Il a dû se borner à quelques exemples que je rappellerai ici en peu de mots.

Les mouvements *prosboliques* sont connus de tout le monde. Je veux saisir un objet et je le saisis; je veux voir et je regarde; tout le monde devine l'intention. Bien que ces mouvements aient une grande importance, la nécessité de les étudier ici paraîtra moins urgente, parce que les observations qu'on pourrait présenter ici sont en quelque sorte du domaine public.

Les mouvements *sympathiques* n'ont point été suffisamment signalés, on veut obliger un homme d'avaler un breuvage qu'il refuse. Ses lèvres et ses dents se serrent, et c'est là un mouvement prosbolique, mais en même temps que la bouche oppose à l'introduction du breuvage toutes ses barrières, les narines refusent, les yeux se ferment avec effort, la tête s'enfonçant entre les épaules semble chercher la surdité. En même temps les bras ou les jambes repoussent les objets les plus indifférents qui sont à leur portée, en sorte qu'il y a dans tous les appareils de l'organisme un mouvement de refus prosbolique dans un seul appareil sympathique dans tous les autres.

Quant au mouvement *symbolique*, les exemples qu'on en peut fournir sont innombrables. Il est impossible, je ne dis pas de vouloir, mais de supposer une action quelconque, sans exécuter un indice de mouvements corrélatifs à cette action. — L'homme altéré qui désire un breuvage l'appelle de ses lèvres, celui qui imagine des formes visibles regarde dans le vide. Un autre, attentif à des sons imaginaires, semble écouter. Ainsi, lors même qu'une action est idéale, le corps trahit cette action et la raconte.

C'est à cette catégorie de mouvements qui se produisent en nous, non sans cause, mais à notre insu, qu'il faut rapporter tous ces prétendus miracles du pendule oscillateur, de la baguette devinatoire, des tables tournantes et des esprits frappeurs. La pensée qu'un mouvement va se produire, la foi à ce mouvement entraînent *symboliquement* le corps; et à l'insu de l'âme, le corps aide au mouvement qu'elle a supposé. Dans ces cas l'homme agit; mais ignorant qu'il a agi, il attribue à des causes occultes le mouvement qu'il a produit, et prête une âme à son ombre. Tant l'homme est caché pour lui-même! tant il se *pipe!* pour parler comme Montaigne.

M. Gratiolet s'est appuyé dans cette exposition sur les travaux de M. Faraday, mais il a rappelé surtout les observations antérieures de M. Chevreul et ses admirables expériences. Grâce aux travaux de ce philosophe, le rêve de Wolf est désormais réalisé, et la psycologie a pris rang parmi les sciences expérimentales.

Quoi qu'il en soit, messieurs, ces mouvements ont, comme les mouvements prosboliques une signification précise, à cette différence près que la connaissance du but révèle l'intention du mouvement presbolique, tandis que c'est le mouvement symbolique qui révèle le but caché, c'est-à-dire l'idée dont l'âme est occupée. D'ailleurs l'objet idéal étant une source de sentiments, les mouvements symboliques, semblables en ceci aux mouvements directs, peuvent amener aussi des mouvements sympathiques.

Passons à la quatrième catégorie de mouvements. On propose à un homme honnête une action inique et dont il a horreur. Comment le

Je trouve en premier lieu cette fameuse tumeur du sein, examinée par cinq micrographes, dans laquelle on n'a point trouvé d'éléments cancéreux, et qui cependant s'est comportée comme un cancer véritable. Mais quelle était donc la structure de cette tumeur? Quelle était la structure des tumeurs secondaires, s'il y en avait? Cela méritait bien d'être mentionné, et je cherche en vain, dans le livre et dans les discours de M. Velpeau, ces renseignements indispensables.

Notre savant collègue dit qu'il possède encore quatre faits tout semblables. Pourquoi donc dans une question si importante, ne les publie-t-il pas avec tous les détails; la chose en vaudrait bien la peine, une indication aussi sommaire ne peut entrer en ligne de compte.

M. Velpeau s'attache également à démontrer que des tumeurs qui primitivement ne renfermaient pas des cellules cancéreuses ont récidivé après l'opération, et que les tumeurs secondaires étaient abondamment fournies de ces cellules. Il cite des faits de M. Mayer, de Genève, et c'est sans doute par mégarde, car il s'agit dans la thèse de ce jeune confrère (1846, n° 8, p. 48 et suiv.) de tumeurs de la verge ou des lèvres qui ont récidivé et amené la mort. On a trouvé des cellules cancéreuses dans les tumeurs secondaires; mais les tumeurs primitives qui avaient été enlevées pendant la vie n'avaient pas été examinées; par conséquent, rien ne prouve qu'elles n'étaient pas cancéreuses elles-mêmes. Du reste, l'auteur le reconnaît aussi, car il dit expressément (p. 50) que ce n'est que par induction qu'il admet que le cancer vrai est loin d'être rare, soit à la levre inférieure, soit au gland.

M. Velpeau rapporte plus loin une observation de M. Richet, qui lui paraît très-concluante: c'est celle d'un marchand de bois, affecté d'une tumeur des fosses nasales. Pour ma part, je la trouve si incomplète, que mes convictions n'en sont nullement ébranlées. Un fragment *superficiel* de la tumeur ayant été examiné ne renfermait pas de cellules cancéreuses; on opère; la maladie récidive et se comporte comme un véritable cancer. Quelle était la structure de la tumeur enlevée? On l'ignore; M. Velpeau dit seulement que les tumeurs nasales examinées se trouvaient remplies d'éléments cancéreux.

Notre éminent collègue réserve pour la fin une observation qui lui semble la plus désicive. C'est celle de la double tumeur des mamelles, cancéreuse d'un côté, non cancéreuse de l'autre. Le récit s'en trouve à la fois dans le second discours de M. Velpeau et dans son *Traité des maladies du sein*, auquel il nous renvoie. Mais il y a des différences si notables entre les deux versions de ce fait, que, sans l'affirmation de l'auteur, on aurait vraiment de la peine à croire qu'il s'agit du même. Et, d'ailleurs, y trouve-t-on la preuve de ce que M. Velpeau avance? On y voit: 1° au sein gauche une tumeur que notre collègue a regardée comme non cancéreuse, et qui, examinée après la mort, contenait des éléments de cancer; 2° au sein droit, au contraire, une tumeur qu'il regardait comme squirrheuse et qu'on a trouvée libre de tout élément cancéreux. Mais, en vérité, qu'est-ce que cela prouve, si ce n'est l'incertitude des enseignements fournis par la seule observation clinique?

Jusqu'ici, messieurs, j'ai fait porter uniquement mon argumentation sur le double terrain de l'anatomie et de la clinique: j'ai combattu des faits anatomiques inexacts ou mal interprétés; j'ai examiné, comme elles devaient l'être, c'est-à-dire sérieusement, peut-être même sévèrement, quelques observations trop discutables pour tenir en échec toutes les recherches modernes. J'abandonne ce sujet sans l'avoir épuisé certainement, mais pour aborder des questions plus immédiatement applicables à la pratique, but final de tous nos efforts.

Je vais faire intervenir deux mots que je n'ai pas encore prononcés et qui constituent le point culminant de cette discussion; je veux parler de la bénignité et de la malignité des tumeurs.

La détermination de ces deux manières d'être, aidée par les notions de structure intime et d'histologie ne leur est point rigoureusement subordonnée, et, d'une autre part, elle domine de si haut la pratique, qu'on aurait bien vite à se demander si, au lieu de chercher à classes les productions morbides très-scientifiquement et suivant les principes de la méthode naturelle, il ne vaudrait pas mieux les distinguer tout simplement en bénignes et malignes, c'est-à-dire à se préoccuper beaucoup plus de leur évolution et de leur pronostic que de leur structure.

Si j'étais mis en demeure de choisir entre ces deux manières d'envisager les faits qui nous occupent, je pourrais regretter assurément la classification anatomique; mais j'accepterais sans hésiter la base clinique. Vous me verriez me rallier franchement à la division proposée par notre savant collègue, M. Malgaigne, et, à l'exemple de M. Velpeau, chercher mon salut dans l'examen au lit du malade.

Par bonheur, une telle alternative n'est rien moins que nécessaire, à la condition expresse qu'on introduise dans les mots et dans leur emploi une réforme impérieusement commandée. Il ne faut plus associer, comme l'ont fait, jusqu'à ce jour, partisans et adversaires du microscope, il ne faut plus associer, dis-je, les idées de bénignité et d'homéomorphisme, de malignité et d'hétéromorphisme.

Je l'affirme, c'est là que la source de la confusion, la barrière malencontreuse qui sépare les anatomistes et les cliniciens, barrière qui s'est élevée, sans doute, par le fait d'une observation prématurée de la part des micrographes; mais que les chirurgiens ont laissé se consolider, en adoptant aussi de leur côté la même synonymie vicieuse.

On ne saurait trop le répéter; toutes les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes relativement. Un squirrhe vrai qui reste huit ou dix ans et plus sans s'ulcérer, sans engorger les ganglions, sans causer ni douleurs ni cachexie, qui, après avoir été enlevé, ne reparaît plus ou ne récidive qu'après plusieurs années, est extérieurement bénin; si on le compare à certain encéphaloïde qui parcourt toutes ses phases, et fait périr le malade en moins d'une année.

Le même raisonnement est applicable aux tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, et à d'autres tumeurs peut-être encore peu connues, qui jouissent du funeste privilége de repulluler après l'ablation. Un *noli me tangere* de la joue ou de l'aile du nez est cent fois plus bénin qu'un épithélioma de la lèvre inférieure, du rectum, du col de l'utérus.

Je vais plus loin; un squirrhe, tel que je viens de le décrire, est

---

geste et la physionomie traduiront-ils cet état de l'âme? D'une manière bien simple. Chaque organe exprimera à sa manière une horreur métaphorique, la bouche semblera vomir, les viscères se soulèveront, les narines sembleront repousser une odeur infecte, les yeux se détourneront avec effort, le corps entier se rejettera en arrière et le mains crispées paraîtront fuir quelque contact impur.

De même le mépris s'éloigne, crache des lèvres ou de la gorge, détourne les yeux. Un homme est-il l'objet d'une résistance fatigante? En même temps que les yeux et la bouche se ferment, les épaules semblent secouer un joug. Y a-t-il contrainte plus vive? Le corps rassemble ses forces, et les poings violemment serrés, semblent déchirer des liens invisibles.

L'orgueil indifférent à tout ce qui n'est pas lui, ferme à demi les yeux, il se redresse par un sentiment intérieur de sa force, et l'appareil oral par des mouvements de déglutition satisfaite, exprime un contentement égoïste. En un mot l'orgueilleux se déguste lui-même, ou, en d'autres termes, se rengorge. Ces deux expressions sont synonymes.

Autre exemple. Supposons un lettré fin connaisseur: ce lettré est attentif à une lecture qui le charme. Il s'enveloppe dans l'attitude d'un contentement égoïste. Sa tête légèrement inclinée repose paresseusement sur sa poitrine, ses yeux à demi-fermés se recueillent, ses narines semblent flairer une odeur suave et sa bouche sourit. Mais c'est surtout l'expression de cette bouche qu'il faut examiner. Voyez ces lèvres légèrement serrées sur les arcades dentaires exécuter de petits mouvements de dégustation satisfaite; portez votre attention sur ces petites fossettes qui se dessinent sur des joues de gourmet; saisissez bien cette attitude générale de déglutition voluptueuse, et vous demeurerez convaincus que ce lettré, tout en s'occupant de l'idée fondamentale, est surtout attentif à la saveur du style, aux ingrédients de la phrase, aux parfums de l'expression. En un mot, cet homme déguste, et vous dites de lui, c'est un homme de goût. Voici une preuve entre mille que ces tropes du geste sont parallèles aux tropes du langage.

Le temps me manque, Messieurs, pour tout dire, et je dois me borner à donner une idée de ces recherches. Elles ont eu pour but de démontrer que la mécanique des mouvements d'expression a des règles simples; qu'il n'y a point là de mystères et de relations occultes, et enfin, que la connaissance de ce langage primitif, commun à tous les êtres vivants, pourrait fournir à l'histoire philosophique du langage humain des éléments précieux, et peut être indispensables.

J'ai, Messieurs, essayé de donner dans ce résumé rapide, une idée des travaux de votre société, de leur variété et de leur étendue. Quelques-uns d'entre eux auraient demandé un plus digne interprète; mais je dirai avec le poëte:

> Da veniam scriptis quorum non gloria nobis,
> Sed nessecitas officiumque fuit.

Maintenant, Messieurs, il me reste un dernier devoir à remplir. Notre association existe. Toutes les difficultés qui s'opposaient à sa réalisation ont été aplanies. La société n'oubliera jamais ce qu'elle a du en cette circonstance au zèle infatigable de M. J. Lemaire, et à la protection éclairée de M. Collet-Meygret. Aussi, Messieurs, avant de nous séparer aujourd'hui, nous unirons-nous dans l'expression d'une commune reconnaissance.

FIN.

beaucoup moins malin, sans contredit, qu'une simple tumeur adénoïde, d'un volume considérable, ulcérée et fournissant une suppuration abondante et fétide.

Ainsi donc, si les caractères tirés de la structure sont stables et faciles à constater dans la majorité des cas, rien n'est au contraire plus variable et incertain que la notion puisée dans la seule évolution des produits morbides; et chaque jour nous recevons des démentis quand nous cherchons à prévoir si une tumeur sera bénigne ou maligne, guérissable ou mortelle.

Nous devons donc toujours poser deux problèmes, résoudre deux questions : la structure, le pronostic.

N'allez pas croire qu'il y ait antagonisme entre ces deux solutions importantes, et que la première exclue la seconde. A mon avis, on ne serait nullement excusable de n'en chercher qu'une. Faut-il davantage se préoccuper de savoir celle qui doit avoir la suppréмatie sur l'autre, s'énorgueillir de ce qu'on aura plus facilement démêlé la composition élémentaire, que prévu l'issue ultérieure, ou réciproquement? Point du tout. Il ne s'agit pas d'établir la prééminence, mais uniquement la priorité à l'une de ces deux idées dans la série d'actes intellectuels que suscite l'observation d'une maladie. Or, Messieurs, il ne saurait y avoir doute à cet égard, la science du présent doit passer avant celle du futur, le diagnostic anatomique avant le pronostic. Cette manière de voir, que j'expose ici en toute assurance, parce qu'elle me paraît vraiment scientifique et pratique tout à la fois, me rallie d'une part aux anatomistes, dont je défends la cause à cette tribune, et aux cliniciens, dans les rangs desquels je crois devoir toujours être compté. Et d'ailleurs, quel que soit le point de départ que l'on ait adopté, que l'on soit partisan du microscope, ou que l'on en soit le contempteur, où aboutissent, en définitive, les efforts de l'anatomiste ou du clinicien? Que font-ils, l'un et l'autre au lit du malade? la même chose ou à peu près.

Le premier divise les tumeurs en cancéreuses, épithéliales, fibro-plastiques, vasculaires, glandulaires, etc., etc. Instruit par de patientes études et appréciant mieux que personne des caractères délicats, longtemps inaperçus, il cherche à reconnaître à quelle variété de tumeur il a affaire, et souvent il établit son diagnostic avec bonheur. Il sait que telle production peut impunément rester longtemps en place sans porter aucune atteinte grave à l'organisation, que telle autre ne peut point guérir spontanément; que la première est généralement plus bénigne que la seconde, etc., etc. Il constitue mentalement ainsi toute l'histoire de la maladie, pose les chances bonnes ou mauvaises, puis, en définitive, quand vient le moment de prendre un parti, il opère ou s'abstient.

Que fait donc de plus le clinicien pur? En quoi pose-t-il mieux les indications? Son jugement est-il par hazard mieux assis sur des conditions d'une valeur douteuse et sur l'empirisme, qu'il ne le serait sur des notions plus complètes, plus exactes? Mais en demeure de traiter une tumeur, s'il lui trouve un mauvais aspect, une sorte de physionomie sinistre, il l'enlève tout comme l'anatomiste. Mais tandis que ce dernier cherche avec le scalpel et le microscope à confirmer ou à infirmer son jugement primitif, à affermir sa pratique s'il a eu raison, à la modifier s'il s'est trompé, le premier limitant le cercle de ses recherches, laisse le diagnostic sans contrôle et le pronostic incertain.

On a reproché aux travaux modernes d'avoir engendré les idées les plus décourageantes sur le cancer et sur sa curabilité. D'abord, si le fait d'incurabilité existait, il faudrait bien l'accepter; j'aime à croire qu'il en est autrement. Mais, d'ailleurs, où a-t-on vu que les micrographes aient jamais proscrit et les soins et les opérations de tout genre? Le précepte de ne pas toucher au cancer, n'est-ce pas dans les anciens, dans Hippocrate, dans Celse, que vous le voyez poindre? puis, n'est-ce pas Boyer, Marjolin, et la plupart de ceux qui ont été nos maîtres, qui, dans leur vieillesse, l'ont sanctionné?

En résumé : choisir pour base de la classification des tumeurs, la composition anatomique et la structure est à la fois plus philosophique et conforme à la vraie science.

Ce point de départ est plus propre, en certains cas, à éclairer le pronostic et à guider la pratique. Dans les cas douteux, il n'entraîne avec lui aucun inconvénient et ne saurait jamais conduire dans une voie périlleuse.

Si, pour la plupart d'entre nous, le microscope a détruit bien des illusions sur la curabilité du cancer vrai, il nous a révélé la possibilité de guérir des maladies que souvent, autrefois, on abandonnait à leu marche funeste.

Le microscope, pas plus que l'anatomie pathologique en général, ne peut trancher toujours la question de la bénignité ou de la malignité possibles d'une production morbide; mais il nous en fait, mieux que l'examen clinique seul, prévoir la terminaison. Il nous prescrit, dans certains cas, une réserve motivée, dans d'autres, une hardiesse qui semblerait téméraire.

Les recherches faites au moyen de cet instrument ont réalisé un immense progrès dans l'étude des productions accidentelles; et si la lumière doit, un jour, devenir complète sur ce point si important, une grande part de gloire en reviendra à ceux qui ont apporté, à ces travaux difficiles, une louable ardeur et une persévérance dignes d'encouragement.

M. HERVEZ DE CHÉGOING.

La discussion sur la curabilité du cancer et sur l'utilité du microscope a dû nécessairement, par les dissidences qu'elle a mises au jour, jeter du vague et de l'incertitude dans l'esprit de ceux qui en ont été témoins, dans l'esprit de ceux surtout qui n'avaient point fait déjà de cette maladie l'objet de leurs méditations. Cette incertitude doit nécessairement aussi rejaillir sur la thérapeutique, dernier point de mire de tous nos travaux. Sans avoir la prétention de dissiper toute cette incertitude, peut-être me sera-t-il possible de trouver, dans les considérations mêmes qui vous ont été soumises et dans les faits qui ont été rapportés, le moyen d'asseoir sur des bases raisonnables la conduite que l'on doit tenir dans le traitement chirurgical du cancer. Je ne veux point aborder ici largement la question de l'opportunité de l'opération dans les affections cancéreuses, ce qui a été pour moi l'objet d'un travail particulier. Je ne veux point non plus examiner à fond la question du caractère primitivement local ou général du cancer, mais jeter seulement quelques aperçus qui ne feront point dévier la question en litige de son but principal.

Nous sommes si accoutumés à considérer le cancer comme incurable que toutes les observations de guérison nous paraissent douteuses, pour ne pas dire erronnées. Il est bien vrai que cette opinion est celle des hommes de l'art les plus éminents qui nous ont précédés, et le grand chirurgien, que j'ai si souvent assisté dans ses opérations, regardait comme non-cancéreuses, ainsi qu'on l'a déjà dit à cette tribune, les tumeurs de nature incertaines qu'il avait enlevées, quand elles ne récidivaient pas. Il est malheureux qu'à cette époque le microscope n'ait pu être appliqué à l'examen de ces tumeurs, car il m'avait été donné de suivre pendant plus de trente ans quelques malades opérés de tumeurs considérées comme cancéreuses et qui n'ont point récidivé. Tel est le cas d'un malade qui a succombé récemment à une maladie étrangère à celle pour laquelle il avait subi l'ablation du testicule. Bien des fois, depuis cette époque, j'ai fait la ponction de la tunique vaginale du côté opposé, mais l'organe, quoique plus volumineux que dans l'état naturel, n'a jamais offert d'apparence cancéreuse.

Mais puisque la récidive est le caractère essentiel du cancer, que dire de son incurabilité, quand après cette récidive, plus ou moins répétée, elle finit par ne plus se renouveler. Or, c'est précisément ce qui a eu lieu dans les cas rapportés par M. Velpeau, et j'insiste sur cette particularité remarquable, que les cas de guérison cités par l'auteur que je viens de nommer, ont eu lieu précisément après des récidives multipliées, après la quatrième, la cinquième et la sixième opération. Est-ce que, par hasard, cette récidive serait une condition indispensable pour arriver à une cure définitive? Cette idée, au premier abord, peut paraître extraordinaire, mais elle conduit à des conséquences qui me semblent justes, et que je ne pensais pas que M. Velpeau eut repoussées si complétement, puisque les cancers qui ont guéri définitivement, dans les cas rapportés par M. Velpeau, après la quatrième ou la cinquième opération, étaient nécessairement plus anciens que lorsqu'ils avaient été opérés pour la première fois. J'ai donc été surpris de l'entendre dire : « Il y a certains cancers à l'aspect desquels je suis sûr de la récidive et que je ne veux pas opérer. » Pourquoi cette prévision du retour de la maladie arrête-t-elle M. Velpeau? quand c'est lui-même qui nous dit : « Ce sont les cancers qui ont repullulé jusqu'à cinq et six fois qui ont guéri radicalement. » Cette remarque sur l'opinion de M. Velpeau n'est point l'indice que je suis opposé à sa manière de voir, je la partage au contraire. Il y a longtemps déjà que j'ai rapporté des faits semblables qui ont servi de bases à des propositions qu'on a pu trouver singulières, parce qu'elles sont opposées aux idées reçues. En effet, messieurs, il y a des formules générales, toujours adoptées, parce qu'elles ont été répétées depuis des siècles et qu'en effet elles sont justes dans le plus grand nombre de cas, mais qui, dans les cas particuliers, conduisent à l'erreur. Quoi de plus rationnel que cette maxime : « *Principiis obsta*, » à laquelle on s'empresse de se conformer. Cependant, messieurs, la maladie attaquée à son début n'a pas été arrêtée. Il a fallu que la maladie se renouvelât plusieurs fois, pour qu'une dernière opération devint efficace; il a fallu qu'elle fut attaquée loin de son début pour être complétement détruite. N'y a-t-il pas là un enseignement précieux dont je craindrais que les développements ne fussent pas à leur place aujourd'hui; c'est pourquoi je ne veux point rappeler tout ce que j'ai dit à ce sujet dans la discussion de 1844. J'avais bien trouvé aussi la statistique de Hill extraordinaire, je n'avais point pu cependant ne pas remarquer ce nombre considérable de cancers an-

ciens et ulcérés qu'il prétend avoir guéris, lorsque ces cures extraordinaires, révoquées en doute aujourd'hui, cadraient avec des faits dont j'avais été témoin; avec celui de M. Roux entre autres, qui après avoir opéré cinq fois une tumeur cancéreuse de la cuisse, avait vu cette dernière opération suivie d'un succès durable, ce qui me fit dire alors qu'il eut été rationnel de commencer toutes ces operations par la dernière. Quand je voyais aussi un homme à qui j'enlevais à contre cœur une tumeur cancéreuse ancienne, ulcérée et adhérente aux côtes, en annonçant aux parents l'insuccès probable de cette opération, quand je vis, dis-je, cet homme, longtemps après, guéri complétement. Je cherche même, dans mes souvenirs et dans les cas rapportés ici, des exemples de guérisonss quej'appellerai d'*emblée*, c'est-à-dire de cancers commençants, opérés une *seule* fois et guéris, et je trouve que ces guérisons sont plus rares que celles des cancers déjà opérés. Mais, je le répète, je ne veux point insister ici sur ce sujet, qui sera traité ailleurs plus longuement. Je veux seulement répondre quelques mots à M. Velpeau sur l'origine du cancer, qu'il considère comme locale. Sans doute il ne faut point rejeter comme impossible ce qui dépasse les limites de notre intelligence, on serait démenti à chaque instant par les faits de tout genre; mais quand, entre deux opinions, l'une se présente plus facile à comprendre, c'est vers celle-là qu'on incline plus volontiers. Je cherche vainement à concevoir comment une maladie primitivement locale, bornée, circonscrite, consistant dans une tumeur qu'on enlève complétement et au-delà, comment cette tumeur, qu'on saisit à son point d'origine, peut se reproduire à une distance très-grande ou dans les organes profonds, si elle ne tient point à une cause générale.

Je comprends moins encore, s'il est possible, comment une lésion extérieure, une contusion, par exemple, peut produire le cancer, c'est-à-dire une maladie qui tend incessamment à se reproduire plus ou moins loin du point d'action qui n'a été qu'une cause bénigne, une lésion extérieure en un mot. M. Velpeau, pour appuyer son opinion, a passé en revue les différents organes qui sont le plus souvent affectés de cancer, et il a montré que c'était précisément ceux qui étaient le plus souvent aussi exposés à quelques violences de causes mécaniques, comme les seins, le pharynx, le pylore, le colon et le rectum souvent en contact en effet avec des matières qui par leur consistance ou leur composition peuvent devenir, pour les organes, une cause répétée d'irritation. Mais on peut tirer des remarques de M. Velpeau, des conclusions bien différentes des siennes. Y a-t-il par exemple un organe plus tiraillé, plus distendu que le sein d'une nourrice qui a allaité cinq ou six enfants? le cancer du sein cependant n'est point plus fréquent chez les femmes qui ont nourri, que chez celles qui n'ont jamais conçu; et dans un travail assez étendu, et d'une date déjà éloignée, dont M. Michon a bien voulu présenter un résumé à la société de chirurgie, les observations qui en sont le texte, conduisent justement à des conclusions qui font regarder les causes extérieures comme inhabiles à produire le cancer. J'ai rapporté des observations de seins contus, meurtris de toutes les manières et toujours avec impunité. Je suis même arrivé à tranquilliser complètement les femmes effrayées qui viennent me consulter pour des contusions des mamelles, tout en leur annonçant qu'elles pourront conserver pendant longtemps, jusqu'à dix ans peut-être, dans le point contusionné, des douleurs qui n'entraîneront jamais d'accidents graves. La persistance si prolongée de ces douleurs, sans conséquences sérieuses, avait déjà été signalée par Pouteau, pour les contusions en général et celles de la tête en particulier. J'ai rapporté l'exemple d'une femme, dont le sein contus par une clef tombée d'un troisième étage sur cet organe, éprouva pendant plus de dix ans, une douleur assez vive, pour la préoccuper constamment, et chez laquelle cependant il n'est survenu aucune dégénérescence.

Quant aux cancers des organes digestifs dont M. Velpeau a remarqué la fréquence dans certains points qui sont plus que les autres exposés à des irritations répétées, soit par la nature, soit par la consistance des substances alimentaires qui les traversent, comme le pharynx, le pylore, etc., etc. Il existe une cause d'erreur que j'ai indiquée dans un rapport sur l'ouvrage de M. Duparc, qui admet aussi des affections cancéreuses succédant à des causes bénignes. C'est l'hypertrophie des fibres musculaires plus abondante dans certaines régions et qui simulent le squirrhe. Combien de rétrécissements du pylore, du colon et du rectum, ne sont dus qu'à cette hypertrophie des fibres musculaires, sur lesquels M. Amussat a également insisté.

Je sais bien que l'opinion qui admet une cause générale, rencontre aussi des objections. On se demande comment une cause générale, une cause de si mauvaise nature, si délétère, puisqu'elle doit entraîner la mort tôt ou tard, peut se borner ainsi à un point de l'économie, laissant tout le reste pour un temps au moins dans une parfaite intégrité. Combien de fois, en effet, n'avons-nous pas été surpris de rencontrer chez des femmes atteintes de cancer au sein, tous les signes d'une santé florissante, au début de la maladie. Comment admettre alors qu'un liquide mortel circule avec le sang, parcourt tous les organes et ne se dépose que sur un seul. Sans prétendre donner ici une solution suffisante de ce phénomène, pourquoi le rejeter, si d'autres maladies dans lesquelles ce mode d'action est indubitable, nous présente des analogies qui satisfont notre raison, est-ce que dans certaines affections primitivement générales, comme les scrofules, il n'arrive pas souvent que les symptômes disséminés sur les différentes parties du corps se limitent et se concentrent sur un seul, où ils produisent une désorganisation qui nécessite l'ablation de la partie malade, tandis que le reste du corps est depuis longtemps étranger à l'affection primitive, et l'expérience a si bien démontré cette vérité, qu'on base le succès de l'opération sur l'indépendance actuelle de l'état local et de l'état général. Le virus vénérien lui-même, après avoir affecté toute l'économie, ne finit-il pas souvent par se borner à une seule partie du corps, les malades jouissant du reste de tous les attributs de la santé. Combien de femmes sont remarquables par leur fraîcheur, avec des ulcères à la gorge. Combien de personnes ont une dartre de celles dont la cause est générale, bornée à un seul point et conservant dans toute l'économie les signes d'une parfaite santé, pourquoi n'en serait-il pas de même de la cause cancéreuse qui vient, comme nous l'avons dit, se déposer sur une seule partie du corps, s'y renouvelant jusqu'à ce qu'elle soit épuisée. Je dis la cause qui vient se déposer, parce que je ne crois pas à la formation d'un tissu nouveau, à une cellule de nouvelle création, mais à la modification des cellules naturelles dans leurs conditions physiques, par l'accumulation d'une substance de consistance et d'aspect divers qui constituent les différentes formes de cancer. J'ai vu avec satisfaction que ces idées que j'avais communiquées à M. Delafond, avant de connaître les siennes, se sont trouvées en harmonie avec le résultat de ses recherches microscopiques et les inductions qu'il en a tirées.

Mais l'ignorance où nous sommes du temps nécessaire à l'épuisement de cette cause, nous laisse dans l'incertitude du succès d'une première et seconde opération, et autorise ainsi à les multiplier quand l'état local le permet et que l'état général le comporte également, en ayant bien soin de distinguer la véritable diathèse cancéreuse d'avec la cachexie qui peut exister chez un cancéreux, sans être cancéreuse elle-même. J'ai donné ailleurs de plus grands développements à ces propositions de thérapeutique chirurgicale dans le traitement local du cancer qui, comme d'autres maladies générales, peut quelquefois, quoique trop rarement, se localiser, et, soit dit en passant, le chapitre de la localisation définitive des maladies primitivement ou secondairement générales n'est pas un des moins intéressants des études médicales.

D'après ces considérations, le microscope, dont on ne peut révoquer en doute les grands avantages, en général, puisqu'il nous fait voir ce que nous ne verrions pas sans lui, puisqu'un fait quelconque, alors même qu'il n'a point d'application actuelle, est toujours utile à connaître. Le microscope appliqué à l'examen du cancer est-il actuellement d'une utilité réelle, en servant de guide à la pratique chirurgicale?

En examinant cette question avec une logique sévère, on arrive forcément aux conclusions suivantes :

Si le cancer que l'on doit enlever ne peut être soumis au microscope avant l'opération, il est clair qu'il n'y a pas lieu encore à en tirer un parti quelconque.

Si cet examen antérieur est possible, quelle indication pratique pourra-t-on conclure de sa décision positive ou négative?

Négative? Il donne la confiance au chirurgien, le fixe dans son incertitude; il donne aussi aux malades et à ceux qui s'y intéresssent une satisfaction qui n'est pas à dédaigner. Quand il se tromperait quelquefois, ses erreurs sont moins nombreuses que ses vérités.

Positive? Cette décision terrible doit-elle s'opposer à l'opération? Non encore, puisque des faits démontrent que l'opération réussit quelquefois, malgré la nature bien évidente de la maladie. C'est donc une chance dont il ne faut point priver les malades, et, soit dit ici sans malice, on pourra, si l'on veut, conserver l'arrière-pensée d'une erreur qui ne sera nuisible à personne.

Mais, puisque le microscope ne modifie en rien la conduite du chirurgien, quelle est donc son utilité quand il apprend le caractère grave de la maladie?

Tout à l'heure il donnait de la satisfaction et du courage aux malades. Dans la décision *positive*, il permet au chirurgien de porter un pronostic malheureusement trop souvent réalisé, mais avec quelques restrictions, et en cas d'erreur, on accepte volontiers un démenti contre lequel on s'est prémuni, et dont les personnes intéressées sont loin de se plaindre et de vous en vouloir.

Je suis donc conduit à conclure de tout ce qui précède :

1° Que le cancer n'est pas constamment incurable;

2° Que le microscope, si précieux pour quelques sciences, sans être indispensable au chirurgien pour lui servir de guide, présente cependant quelques avantages dont il ne faut point se priver.

PRÉSENTATIONS.

M. Maisonneuve présente un cas de *Kytes maxillaires*. Une jeune fille qui, il y a peu de jours encore, avait le visage horriblement déformé par une tumeur considérée, par d'éminents praticiens et un micrographe des plus justement renommés, comme un cancer encéphaloïde incurable est en ce moment opérée et guérie.

Nivet (Victorine-Eléonore), âgée de vingt et un ans, bergère, née à Montmirail, s'aperçut, il y a un an, d'un léger gonflement de la joue du côté droit; cette tuméfaction fit des progrès rapides et s'accompagna bientôt de violentes douleurs de tête. L'ouverture spontanée d'un petit abcès qui s'était formé vers l'angle interne de l'œil, la soulagea momentanément; mais la tumeur principale n'en continua pas moins ses progrès jusqu'au 3 novembre 1854, où elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier.

A cette époque, le côté droit de la face était le siége d'une tuméfaction énorme qui envahissait le nez, toute la région maxillaire supérieure et la partie interne de l'orbite. La narine droite était distendue et complètement obstruée par une tumeur élastique et saignante. Les os du nez étaient refoulés et en partie détruits; l'œil était repoussé en dehors. La peau qui recouvrait la tumeur était amincie et luisante; elle était le siége de deux ulcérations profondes situées, l'une près de l'angle interne de l'œil, l'autre sur la partie la plus saillante de la tuméfaction. De violentes douleurs s'irradiaient dans tout le côté droit de la face et ne laissaient à la malade aucun repos.

En présence de ces symptômes, on ne pouvait guère douter qu'on eut affaire à un cancer encéphaloïde des plus graves. Tel fut en effet le diagnostic de M. le professeur Laugier, tel fut aussi celui d'un savant micrographe, à l'examen duquel on crut devoir soumettre une portion de la tumeur qu'on excisa dans ce but.

Pendant six semaines que la malade resta dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu, où elle fut soumise à des examens multipliés, rien ne vint infirmer le diagnostic; et le mal, dont les progrès étaient incessants, parut tellement au-dessus des ressources de l'art, que l'on ne crut pas même devoir tenter l'opération. C'est dans ces conditions désespérées que la malade vint à l'hôpital de la Pitié, se confier à mes soins.

En présence de cette affection si grave, au moins en apparence, je pus me défendre d'un moment d'hésitation; mais en voyant cette jeune fille pleine de vie et de courage, je ne pus me résoudre à l'abandonner à une mort horrible sans tenter quelque chose pour la guérison.

Déjà, tout en explorant la tumeur, je commençais à combiner dans ma pensée le plan d'une opération terrible, quand, après vingt minutes environ de l'examen le plus minutieux et le plus approfondi, dans le but autant peut-être de déterminer les limites exactes du mal que d'en apprécier la nature, je déclarai que ce prétendu cancer encéphaloïde pourrait bien n'être qu'un kyste butireux du sinus maxillaire, auquel cas la malade serait guérie en peu de jours.

Ce diagnostic m'avait été suggéré pendant mon exploration, par cette circonstance que la pression de ses doigts faisait soudre de la narine une matière butyreuse analogue à celle que l'on voit dans certains kystes sébacés du cuir chevelu.

Heureux de cette découverte si inattendue, je fis immédiatement par la narine une ponction qui pénétrait jusqu'au centre de la tumeur; et, combinant à la fois les pressions et les injections, je parvins à extraire de cet énorme kyste, gros comme les deux poings environ d'une matière suifeuse blanche.

Aucun accident ne suivit cette opération. Pendant cinq ou six jours, je me contentai de faire dans l'intérieur du kyste des injections détersives, sous l'influence desquelles la tumeur revint sur elle-même, et les traits du visage ne tardèrent pas à reprendre leur forme naturelle.

Quinze jours à peine se sont écoulés depuis cette heureuse opération, et la malade qui, naguère hideuse et difforme, semblait vouée à une mort prochaine, a recouvré aujourd'hui toute la régularité de ses traits et semble toute disposée à parcourir une longue existence.

M. Bonnafont a présenté à l'académie un malade qui était atteint, depuis cinq ans, d'une tumeur lacrymale, laquelle, après avoir résistée à plusieurs traitements mis en usage, a été guérie par un appareil fort simple que M. Bonnafont a imaginé, qui consiste à exercer une compression directe sur la tumeur. Cet appareil se compose : 1° d'un frontan en tôle garni à sa partie interne d'un petit coussin qui s'applique sur le front.

Du milieu de la face externe de ce frontan, par une pince en fil de fer dont les mors, qui se tiennent fermés par l'effet de la forme donnée à la pince, descendent jusqu'au niveau de la tumeur qu'on veut comprimer; 2° d'un compresseur formé d'une petite tige en bois ayant 8 centimètres de long et 5 millimètres à peu près d'épaisseur, garnie, à une extrémité, d'une olive creuse en gomme élastique et présentant le long de la tige 1 ou 6 petits crans. Le frontan étant fixé à l'aide d'une bande qui fait trois ou quatre fois le tour de la tête, l'olive du compresseur est appliquée sur la tumeur lacrymale et la tige engagée par un de ses crans entre les mors de la pince; la compression, d'abord légère, peut être augmentée progressivement par le malade lui-même, au fur et à mesure que les tumeurs, moins sensibles, s'habituent à la compression. Nous avons vu cet appareil appliqué et nous croyons ce que M. Bonnafont a constaté, à savoir que son maintien si facile au dire du malade, si supportable, qu'il a pu lire, se promener et passer souvent des nuits sans en être incommodé, en un mot comme l'a dit M. Bonnafont, la compression étant parfaitement limitée sur la tumeur, le mouvement des paupières pas plus que ceux du globe de l'œil n'en sont nullement dérangés. Quand au degré de pression qu'il est nécessaire d'exercer, au bout de trois ou quatre jours les malades la règle eux-mêmes, car ils sentent et ils comprennent très-bien lorsque l'appareil comprime trop ou pas assez.

M. Bonnafont avait commencé, pour exercer la compression, de se servir d'un tampon de charpie qu'il remplaça plus tard par de petites rondelles d'agaric taillées en forme de cône, mais ces moyens étant trop durs, M. Bonnafont eût l'idée de les remplacer par les tampons de caoutchouc. Comme il n'en existait pas de tout faits il en parla au docteur Gariel dont le génie inventif ne fait jamais défaut quand il s'agit de donner à cette matière les formes exigées pour les applications chirurgicales.

Les deux malades que M. Bonnafont a traité avec l'olive creuse en caoutchouc n'ont plus éprouvé aucune douleur et la compression s'est faite si méthodiquement que la guérison n'a pas tardée à en être la conséquence. Quelques confrères, ajoute M. Bonnafont, qui ont été à même, soit à Arras soit à Paris, de voir cet appareil appliqué, ont craint qu'il n'eût pour conséquence, en produisant l'adhésion des surfaces intérieures du sac, d'oblitérer entièrement le canal nasal; mais on sait qu'anatomiquement parlant cela n'est pas possible puisque le bord antérieur de la gouttière de la tumeur lacrymale est assez saillant pour mettre à l'abri de la compression, si non la totalité, du moins une grande partie de ce conduit.

Bien que ce mode de traitement ait guéri deux malades sans le secours d'aucun autre moyen, M. Bonnafont a été obligé, sur les quatre autres qu'il a traité, d'y faire concourir ces injections, d'abord avec de l'eau tiède, par le procédé Davel, renouvelé tous les trois jours, puis rendue un peu résolutive, soit en employant une légère infusion de sureau seul ou avec addition d'un peu d'acétate de plomb; chez l'un d'eux, il y avait même une fistule complète avec une ouverture qui laissait suinter une assez grande quantité de matière, et, malgré cette complication, la guérison a été obtenue au bout de deux mois et demi de traitement.

En résumé, sur six malades atteints de tumeurs lacrymales dont cinq au 2e degré de gravité et un au 6e, toutes anciennes et rebelles à d'autres médications, M. Bonnafont les a guéri par l'usage de son appareil compresseur lacrymal seul ou secondé par des injections.

Un succès aussi constant est digne d'une sérieuse attention de la part des praticiens qui s'occupent plus spécialement d'oculistique. M. Bonnafont pense que, si de nouveaux succès viennent corroborer ceux qu'il a déjà obtenus, les opérations, qui se pratiquent pour ces sortes de maladies, seront plus rarement indiquées.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Par décret du 3 janvier, ont été promus dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de second chirurgien en chef, M. Arlaud, chirurgien professeur;

Au grade de chirurgien principal, M. Reynaud, chirurgien de 1re classe.

Erratum. — L'auteur de la lettre insérée dans notre dernier numéro, est M. le docteur *Merveilleux* et non *Merviller*, comme on l'a imprimé par erreur.

H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 4. 3me ANNÉE. Mardi 9 Janvier 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Réflexions sur le bec-de-lièvre, simple ou compliqué et sur quelques-unes des opérations pratiquées dans les voies aériennes,

Par J. APOSTOLIDES.

« Nos instruments et nos appareils, disait Boyer, sont devenus d'un usage plus commode, à mesure qu'ils ont été simplifiés davantage, et s'il nous reste quelque chose à faire sous ce dernier rapport, si nous pouvons espérer de perfectionner encore notre art, c'est moins en imaginant de nouveaux instruments qu'en en réformant d'inutiles. »

Tout en approuvant ce précepte de Boyer, et malgré le respect que nous devons à ce grand homme, nous croyons que la science n'a pas encore dit son dernier mot sur le nombre des instruments utiles à la chirurgie et sur les modifications à apporter à ceux que nous possédons.

Nous avons tenté quelques-unes de ces modifications sur quelques-uns des instruments les plus employés en chirurgie, tels que la serre-fine et le porte-éponge, et c'est dans l'espérance que nos perfectionnements, si minimes qu'ils soient, pourront sinon faire faire un pas à la science, au moins rendre service à l'humanité, que nous nous décidons à les publier.

DU BEC-DE-LIÈVRE, SIMPLE OU COMPLIQUÉ.

Les difficultés qui se présentent dans cette opération si délicate de la médecine opératoire peuvent se diviser en deux grandes catégories :

1° Difficultés pendant l'opération, ou, pour mieux dire, pendant l'exécution des divers procédés sur les parties molles ou dures : *premier temps*.

2° Difficultés pendant le pansement ou la réunion de la plaie : *second temps*.

Ces difficultées sont d'autant plus prononcées que les complications sont plus grandes et que la difformité est double, etc.

Les différents modes opératoires, ainsi que le pansement, ont le même but : c'est le succès. Mais lequel des deux influe davantage sur ce succès ? Je suis porté à croire que, non-seulement ici, mais presque dans toutes les opérations, le pansement joue le plus grand rôle sur le succès des opérations. L'esprit chirurgical cependant s'est plus exercé à l'invention sur le premier point que sur le second. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le nombre des méthodes opératoires d'une part, et sur les moyens que nous possédons pour le pansement, d'autre part, et on y verra, en effet, que les travaux sont infiniment plus nombreux dans ce second temps de l'opération du bec-de-lièvre et le succès est encore à rechercher, car nous avons beaucoup de peine à contrebalancer les accidents d'un pansement malheureux. Pour ma part, j'ai fait fabriquer, dans ce but six espèces d'instruments et un nombre double de modifications, sans être satisfait.

Détailler tous ces essais serait inutile. J'avais surtout pour but d'éviter la gangrène et la déchirure des points de suture, que les fils et les aiguilles ou épingles produisaient. J'ai employé tour à tour et séparément le caoutchouc vulcanisé l'ivoire et les métaux diversement disposés :

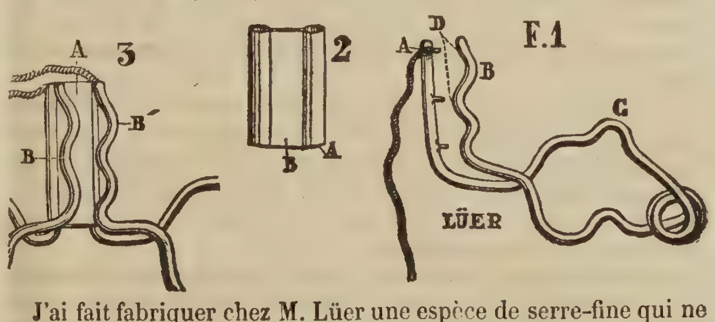
Le caoutchouc, en une espèce de bandage unissant, décrit dans le *Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 772. Mais les expériences m'ont prouvé que rien ne résistait au glissement causé par le sang. Ce bandage pourra cependant être d'une application fort avantageuse dans le cas de réunion secondaire pourvu que la machoire soit bien conformée ;

L'ivoire, en trois plaques fenêtrées, et trouées pour qu'elles soient maintenues par la suture entortillée, le fil pressant sur l'ivoire et non sur les ligaments ;

Le métal, en plaques fenêtrées, maintenues par des vis à pression, etc., etc.

Mais j'ai trouvé plus de chances de succès dans l'emploi combiné du métal avec le caoutchouc vulcanisé, J'ai donc fait fabriquer une espèce d'appareil très-simple dont voici la description :

Cet appareil consiste en deux serre-fines (*fig*, 3, BB'), unies par des caoutchouc. (*fig*. 2).



J'ai fait fabriquer chez M. Lüer une espèce de serre-fine qui ne diffère des serre-fines ordinaires qu'en ce que les branches AB (*fig*. 1) qui doivent pincer, sont plus ou moins longues et coudées à angle droit, de manière à ce que la spirale se trouve placée vers la commissure des lèvres, et pour que l'enfant ne soit pas gêné pour prendre sa nourriture ou le mamelon de la mère. Mais ces branches, dont l'une inférieure A, l'autre supérieure B (*fig*. 1), se touchent dans trois points indiqués, sur la branche inférieure par des stylets ou pointes de 2 millimètres de hauteur, et sur la branche supérieure, par les convexités D que fournit la forme en serpent de cette branche supérieure B, lesquelles convexités sont fendues inférieurement pour éviter le glissement des lambeaux. Il en résulte que lorsqu'on presse la serre-fine en C, ses branches s'ouvrent, et qu'un lambeau étant mis entre les deux branches sera fortement pincé dans trois points, si l'on cesse la pression.

Mais ce que nous venons de dire, c'est seulement pour un lambeau; il faut une autre serre-fine pour le lambeau opposé; ces deux serre-fines placées, on rapproche les deux lambeaux. Pour cela j'ai choisi le caoutchouc comme étant très-utile dans de pareilles circonstances, et j'ai profité encore de sa propriété merveilleuse, l'élasticité, pour diminuer la douleur occasionnée par la pression des trois stylets sur les téguments de la lèvre d'enfant. En effet, en recouvrant les branches inférieures par du caoutchouc en tube simple ou double, et réuni par une lame de la même substance plus ou moins étroite (*fig.* 2), non-seulement les lèvres de la plaie restent toujours collées et minces, mais la douleur est sensiblement diminuée.

Ces branches doivent avoir une longueur proportionnée à l'âge de l'opéré; toutefois on peut employer encore des serre-fines grandes; mais alors il y aura un peu de gène, car ce seront deux stylets qui toucheront de chaque côté.

Manuel opératoire. — Nous supposons l'opération déjà faite avec un des procédés connus. Nous n'avons rien à ajouter; seulement, nous considérons le procédé de M. le professeur Malgaigne, modifié par M. le professeur Nétaton, comme indispensable pour éviter, autant qu'il sera possible, toute espèce de difformité. Nous ne toucherons pas non plus cette question si importante de l'opportunité de l'opération, elle a été assez discutée dans le sein de l'Académie, ni de l'importance de l'opération, et nous considérons qu'outre la difformité, tout le reste du succès doit être attribué à ce temps de l'opération, qui consiste à réunir la plaie d'une manière convenable pour prévenir les accidents.

Le malade est tenu exactement, comme dans le commencement de l'opération. Le chirurgien qui doit l'opérer, saisit avec le pouce et l'index de la main gauche le lambeau gauche de la plaie, en tirant légèrement en haut, à gauche, et vers soi, tandis qu'un aide presse le lambeau opposé pour empêcher l'hémorragie. Le chirurgien, avec la main droite, saisit l'une des serre-fines (fig. 3), comme à l'ordinaire, l'autre serre-fine est attachée maintenant au moyen de manchons à la première. L'opérateur presse donc sur la première, engage le lambeau entre ces deux branches, et il cesse la pression en abandonnant la serre-fine à elle-même, sans rien craindre; il ne reste que l'application de la seconde serre-fine. Mais ici le chirurgien doit agir par dessus la tête de l'opéré, s'il ne veut pas changer de main; alors l'opérateur procède de la même manière. Si, cependant, il tient à ne pas changer de place, alors il doit changer de main. C'est donc avec la main droite qu'il faut alors saisir le lambeau droit, et, avec la gauche, son instrument. Ceci étant fait, on laisse les deux serre-fines se rapprocher, au moyen du caouchouc A (fig. 3), où on ne voit plus que les deux branches supérieures BB' qui pressent sur la peau.

Accidents : 1° Il peut se faire que la résistance des lambeaux soit tellement grande, qu'un écartement se produise; c'est donc contre cet accident que nous avons pris la précaution d'attacher à chaque extrémité A (fig. 1) un fil pour les lier ensemble et augmenter ainsi à volonté le rapprochement des serre-fines, et, par conséquent, des lambeaux.

Cette ligature se fait ainsi qu'il suit : On fait d'abord un nœud avec les deux fils (fig. 3) au-dessous de la lèvre; on rabat les deux chefs vers soi, on les fait rouler autour des deux angles des serre-fines, et l'on termine par faire un nœud double avec une boucle pour qu'on puisse le défaire à volonté.

2° Il peut se faire encore que malgré toutes ces précautions, la gangrène puisse se manifester; elle a pour cause alors la pression que les stylets exercent; mais il suffit de reculer l'appareil ou d'en placer d'autres un peu plus loin pour faire rétrograder le mal.

Pour cela, il faut avoir d'abord un aide intelligent pour tenir les joues du malade; ensuite, le chirurgien enlève l'appareil au moyen d'ablutions avec de l'eau tiède, et, une fois que ce dernier est décollé, il procède de la même manière que s'il s'agissait de le placer pour la première fois, et un peu en dehors des premiers points. Mais il pourra se faire que le caoutchouc ne cède pas dans les points où il tire trop; alors, il faut en appliquer un autre avec du caoutchouc plus large, ou remplacer le caoutchouc et garder les serre-fines. Dans tous les cas, les fils seront toujours très-utiles : il faut donc les garder, car l'écartement pourrait se manifester quelquefois, sinon constamment. Toutefois, un écartement n'est pas très-grave ici, vu les moyens préservatifs que notre procédé nous permet de mettre en usage.

3° Si l'on craint un décollement de la plaie après la cicatrice, alors il serait bon d'employer le bandage en caoutchouc, dont j'ai parlé au commencement. Pour cela, deux conditions sont indispensables : l'une, que l'enfant soit surveillé souvent et que le bandage soit solidement fixé de tous les côtés; l'autre, que la mâchoire supérieure fournisse un point d'appui suffisant. Si ces conditions n'existent pas, il faut coutinuer le même appareil pendant quelques jours encore; le rendre plus ou moins doux en employant du caoutchouc moins résistant ou plus large, et ce serait alors le meilleur moyen préservatif. Dans tous les cas, même lorsqu'on ne craint pas un décollement de la cicatrice, il serait toujours utile de retenir la lèvre par un bandage simple et bien fixé.

4° Un écartement très-superficiel pourrait avoir lieu à cause des pressions latérales que les courbures exercent sur la peau; cet écartement est facile à prévenir en passant au-dessous les arcades que la forme en serpent des serre-fines supérieures décrit, en passant, dis-je, un petit stylet ou un rouleau de diachylum transversalement sur la plaie; du reste, le gonflement peut le faire disparaître le plus souvent.

S'il s'agissait d'un bec de lièvre double, je n'hésiterais pas à appliquer les deux serres-fines sur les deux lambeaux internes, et avec des petits stylets passés sous les arcades, à fixer le lambeau du milieu. M. Gersant et d'autres préfèrent opérer le bec de lièvre double en deux temps, c'est-à-dire opérer un côté, et après la cicatrice prendre l'autre. Cette difficulté vient de l'insuffisance des moyens, et je crois que même si le moyen que j'ai indiqué n'était pas suffisant, on pourrait encore, pourvu que les lambeaux externes soient bien fixés, y obvier soit avec des petites serres-fines ordinaires, soit avec la suture entortillée. Toutefois on peut faire l'opération en deux temps, et on aura alors le droit d'employer pour la première fois la suture ordinaire, et la seconde fois le procédé avec l'appareil que je viens de décrire.

Durée. — La durée de l'application de mon appareil ne doit pas dépasser celle de la suture entortillée. Cependant, elle peut être un peu plus prolongée pour prévenir le décollement secondaire, grâce à la propriété qu'a l'appareil de produire très-rarement les accidents qu'on observe dans les autres moyens employés jusqu'à présent.

Avantages. — 1° De tout ce qu'il précède, il résulte que les lèvres de la plaie sont rapprochées sans qu'il y ait introduction d'aucun corps étranger dans les tissus.

2° Les moyens offrent assez de résistance, et en même temps le caoutchouc cèdera contre un effort du malade, contre une tumé faction considérable.

3° La douleur sera amoindrie par l'intervention du caoutchouc entre les stylets et les téguments.

4° S'il y a des accidents, ils peuvent être prévenus facilement.

5° La réunion de la plaie, sa cicatrice même est plus facile, car il n'y a pas d'étranglement; la circulation n'est nullement gênée.

6° Mais ce qui est très-important, c'est la simplicité d'une part et l'action prophylactique des mêmes moyens d'autre part.

7° Enfin, la résistance que le caoutchouc fournit en dessous empêchera les bourgeons charnus de se développer; cette résistance est de la plus grande importance contre la division du voile du palais. Ajoutons l'absence de cette douleur insupportable que cause l'introduction lente des épingles ou des grosses aiguilles, douleur qui seule mériterait notre attention dans une opération ou la chloroformisation n'est pas possible; et finalement la facilité de prévenir l'hémorragie, si dangereuse dans l'enfance, et nous verrons que ces instruments si simples doivent exciter l'intérêt

des chirurgiens, et les engager à se livrer à des recherches qui pourront, j'en suis sûr, être utiles à l'humanité.

Je crois inutile d'insister particulièrement sur les avantages des serres-fines, avantages généralement connus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Recherches sur les Affections morbides et anormales du Placenta

(Mémoire couronné par la société de médecine de Gand, dans sa séanee du 10 janvier 1854),

Par le docteur Ambroise MORDRET (du Mans),

Professeur d'accouchements, lauréat de l'Académie de chirurgie de Madrid, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

« Le mot adhérent extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare. »
Baudeloque.

Ne pas confondre un état physiologique avec un état pathologique.

(Voir les nos 156, 1 et 3.)

Sauf ces trois cas, la position anatomique du placenta dans l'utérus ne m'a pas paru notée avec assez de précision pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte.

19 fois seulement, l'âge est indiqué : 3 femmes n'avaient que 18 ans; une seule avait 39 ans, deux 36 ans; l'âge moyen est de 27 à 35 ans.

9 fois on fait remarquer que les femmes étaient primipares; 16 fois qu'elles étaient multipares. Une avait eu déjà six enfants et une autre accouchait pour la treizième fois.

5 fois, la grossesse a été multiple; 4 fois gémellaire et 1 fois triple.

12 fois on a remarqué que le travail avait été facile et prompt; 11 fois qu'il avait été difficile et long. Il s'est terminé deux fois par une application de forceps, une fois par une version podalique. Plusieurs fois, on donna le seigle ergoté pour suspendre l'hémorragie ou réveiller les douleurs.

5 fois l'adhérence a eu lieu à la suite d'un avortement, une fois à 7 mois, 1 fois à 4, et 3 fois à 5 mois.

2 fois l'adhérence a paru résulter d'une forte contusion du ventre.

Enfin, 4 fois on a constaté une fâcheuse prédisposition aux adhérences placentaires.

Il n'existe donc véritablement aucun signe qui puisse, pendan la gestation, indiquer que le placenta sera ou ne sera pas adhérent. M. Velpeau, reproduisant l'idée de Désormeaux, semble admettre que, dans un certain nombre de cas, on pourra prévoir cet accident; « par exemple, dit-il, quand à la suite d'un coup porté sur le ventre, on voit une douleur sourde et de la chaleur se maintenir pendant quelques semaines dans le point correspondant de la matrice — et les adhérences du placenta exister à l'époque de l'accouchement. » Mais M. Velpeau n'a sans doute point vu cela, car il n'en parle pas, et loin de citer un fait à l'appui de cette opinion, il ajoute « que souvent ces phénomènes persistent pendant tout le cours de la grossesse, sans qu'il survienne d'adhérences. » Mieux servi que lui, nous avons déjà vu que M. Negrier avait rencontré deux cas de ce genre, et véritablement il est, dans ce cas, difficile de récuser l'influence de la chute sur le ventre, comme cause de l'adhérence. Mais ce résultat doit être bien rare, car on sait qu'un grand nombre de femmes ne prennent nulles précautions pendant leur grossesse, et combien la proéminence du ventre dans l'état de gestation le rend accessible aux violences extérieures. C'est qu'en effet, l'inflammation des muqueuses est rarement adhésive, et ce serait une exception bien extraordinaire à cette loi, si, d'ordinaire, l'inflammation utéro-placentaire était, comme on l'a admis dans ces derniers temps, suivie d'un épanchement plus ou moins abondant de lymphe coagulable. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici que, dans l'ignorance où nous sommes des causes qui produisent les diverses maladies de l'œuf, on est, en général, trop enclin à faire jouer à l'inflammation un rôle plus important que celui qu'elle y prend réellement.

Ce n'est pas sans intention qu'après avoir laborieusement recherché suivant quel mécanisme habituel se font les adhérences dites morbides du placenta, j'ai longuement exposé le résultat de ces recherches. Car si je suis parvenu à entrevoir un coin de la vérité, il s'en suit qu'il devient à peu près inutile de chercher, dans les phénomènes qui accompagnent la grossesse, des signes indicateurs de ces adhérences; ceux-ci ne pouvant exister qu'autant que les adhérences reconnaissent véritablement une cause morbide. Si dans la grande majorité des cas, il n'en est pas ainsi, il ne faut alors y voir que la conséquence d'une disposition particulière de l'utérus. Disposition tout à fait en dehors de la pathologie de la grossesse et qui, dès-lors, ne peut être accusée par aucun symptôme morbide. Cette disposition inhérente à l'utérus a un caractère purement physiologique et constitue une simple anomalie chez la femme. Il serait curieux maintenant de rechercher jusqu'à quel point on peut invoquer à l'aide de mon opinion, la tendance qu'ont certaines femmes à reproduire l'adhérence du placenta, lorsqu'elles ont présenté ce phénomène une première fois. Si cette tendance signalée déjà venait à être un fait avéré, on conçoit qu'il serait une forte preuve en ma faveur. Mais c'est une question que le temps et de nouvelles observations peuvent seuls éclairer.

L'adhérence anormale du placenta peut-elle au moins être facilement reconnue après l'accouchement?

Désormeaux dit qn'on *reconnaît*, et M. Velpeau dit qu'on *soupçonne* ou qu'on est en droit de *soupçonner* une adhérence morbide du délivre, lorsqu'un certain temps après l'accouchement, on sent la matrice se contracter fortement et devenir dure et globuleuse, circonstances qui indiquent que la nature travaille à l'expulsion de l'arrière-faix, sans que celui-ci vienne se présenter au col ou cède aux tractions convenablement exercées sur le cordon. D'après une note de M. Cazeaux, John Ramsbotham aurait remarqué que lorsque le placenta est adhérent, « il y a une légère altération dans la forme de l'utérus; son globe n'est pas aussi régulier et offre quelquefois dans le fond une certaine conicité. » Je ne sais jusqu'à quel point l'observation ultérieure ratifiera la valeur de ce caractère, très-fugace d'ailleurs; mais *à priori*, il me semble devoir au moins convenir tout autant à certains cas de châtonnement qu'à ceux d'adhérence. Les auteurs ont encore parlé de quelques autres signes; ils ont dit, par exemple, « que pendant la contraction, le globe utérin se raffermit et diminue de volume; mais qu'après la contraction, il revient à son premier état, beaucoup plus promptement et plus complètement que dans les autres cas (Cazeaux). » — Ils ont dit que lorsqu'on tire le cordon, celui-ci se tend fortement et descend un peu, de sorte que le placenta semble céder et se détacher, mais ensuite le cordon remonte dès qu'on cesse les tractions. Ils ont dit encore « que les tiraillements du cordon causent des douleurs sans être suivies d'hémorragie, qu'enfin si l'on fait de trop fortes tractions, le cordon se rompt » (*Dict. des sciences méd.*).

Il est aisé de voir que tous ces signes ne peuvent donner qu'une certitude bien incomplète, car la plupart d'entre eux seront observés quelle que soit la cause de la rétention du délivre. Introduire la main dans l'utérus et constater *de tactu* la nature de l'obstacle qui s'oppose à la délivrance, est le seul moyen d'arriver à un diagnostic précis.

Il est surtout difficile de distinguer le chatonnement de l'adhérence, et cela d'autant plus que le premier de ces accidents complique assez souvent le second, s'il faut s'en rapporter à l'opinion de Douglas; ce qui, tout au contraire, n'aurait pas souvent lieu d'après Ramsbotham et Dewies. Je n'ai point d'opinion personnelle à ce sujet, mais en tenant compte de la rareté des adhérences placentaires, il me paraît plus naturel de se rapprocher de la première manière de voir. Appelé de grand matin par une sage-femme, dans un cas de rétention du délivre, je reconnus

un chatonnement. Je prescrivis une potion antispasmodique, des quarts de lavements opiacés d'heure en heure, des cataplasmes sur le ventre et des embrocations belladonées au pourtour de l'orifice du chatonnement. Le soir il me sembla temps d'opérer la délivrance qui ne me paraissait pas devoir s'effectuer seule, et j'en chargeai la sage-femme, que je savais adroite et intelligente, parce qu'ayant la main très-petite, je pensai qu'elle pénétrerait plus facilement que moi dans l'utérus, et qu'elle causerait moins de douleur à la patiente. La sage-femme ramena le délivre bien entier. Elle me dit qu'elle avait franchi sans trop de difficultés l'orifice interne du col, mais qu'elle n'avait pénétré qu'avec beaucoup de peine dans la poche supérieure qui contenait le placenta. Elle ne me parla pas qu'elle l'eût trouvé adhérent, ce qu'elle n'eut sans doute pas manqué de faire s il l'eut été.

M. Velpeau a trouvé « sur une femme morte à l'hospice de l'école, l'utérus tellement moulé sur le placenta, que sa cavité était comme divisée en cinq cellules peu profondes, qui dépendaient évidemment de la saillie formée par les cotylédons placentaires correspondants. « Les auteurs contiennent plusieurs faits analogues. Or, on conçoit qu'il est dans ce cas bien facile, je dirai même à peu près impossible de ne pas croire que l'adhérence complique le chatonnement. Cependant, il faut convenir que le chatonnement peut seul exister et doit même exister seul le plus souvent.

Le resserrement spasmodique du col et surtout de son orifice interne, peut aussi faire croire à une adhérence qui n'existe point. Mais ce n'est là qu'une espèce de chatonnement, et elle donne lieu aux mêmes considérations.

Quelquefois aussi la délivrance est retardée par l'inertie utérine. Dans ce cas, le placenta reste plus ou moins longtemps attaché à l'utérus, bien qu'il n'y ait point d'adhérences extraordinaires, et l'on sait qu'il faut alors se garder de faire des tractions imprudentes qui amèneraient une hémorragie grave si l'arrière-faix se détachait, ou bien un renversement de l'utérus s'il résistait.

Avec un peu d'attention, on ne confondra pas non plus, avec l'adhérence, les cas où la délivrance n'est que retardée par le volume excessif du placenta. Toujours alors celui-ci peut être atteint par le doigt porté dans le col; parfois même une portion du délivre s'y engage plus ou moins. On se rappelle que dans certains cas d'adhérence partielle, le même phénomène pourrait se présenter, mais alors, l'engagement au lieu de se faire par le centre, se fait par le bord.

Enfin, il n'est pas permis de supposer qu'un accoucheur, même inexpérimenté, puisse aujourd'hui prendre pour le placenta une portion de la matrice relâchée qui faisait saillie dans la cavité de cet organe, et l'arracher ainsi que le rapporte Girard dans son mémoire sur les contractions de la matrice (*Journ. gén. de méd.*, t. XLVIII, p. 272). On sait trop maintenant comment se produit ce phénomène qui n'a rien d'insolite et qui tient simplement à ce que la portion de la surface utérine sur laquelle s'implante le délivre, se rétracte moins vite que le reste, et conserve assez longtemps une grande mollesse; de sorte qu'elle forme une tumeur inégale et fongueuse reconnue déjà par Désormeaux et M. Velpeaux, et qui ne saurait être confondue avec le placenta depuis que le mécanisme de sa formation a été bien décrit par MM. Colin et Jacquemier. On ne prendra pas davantage pour le placenta la lèvre antérieure du col utérin, ainsi que le fit une sage-femme mal habile (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, art. 1155); cette lèvre étant très-boursoufflée ainsi que cela se voit quelquefois lorsqu'elle a été très-comprimée et très-allongée pendant le travail.

L'adhérence du placenta peut être simple ou se compliquer d'accidents. Les deux plus redoutables sont les convulsions et l'hémorragie. Je n'ai rien à dire ici des convulsions dont les causes sont encore mal déterminées malgré les nombreux travaux faits sur ce sujet, si ce n'est que je ne pense pas qu'il puisse exister entre l'adhérence du placenta et l'éclampsie aucun rapport de causalité. Quand l'éclampsie disparaît après l'expulsion du délivre, on peut bien admettre qu'elle était occasionnée par sa rétention, mais l'adhérence de celui-ci n'en est pas moins hors de cause. L'éclampsie est du reste très-rare dans ces circonstances puisque je ne l'ai trouvée mentionnée qu'une seule fois dans les nombreuses observations dont j'ai fait le relevé. (Négrier, *hémorr. uter.*, p. 72).

L'hémorragie donne lieu à des considérations plus importantes. Elle est non-seulement un accident grave qui doit commander la conduite de l'accoucheur, mais elle est encore un signe précieux de diagnostic.

Lorsque le placenta est adhérent dans toute son étendue et lorsque l'adhérence est intime, il n'y a pas d'hémorragie du tout. D'après ce que j'ai dit, du mécanisme de ces adhérences, on ne concevrait pas qu'il en pût être autrement.

Si l'adhérence est totale et légère, l'hémorragie n'aura pas lieu d'abord, mais lorsque les connexions utéro-placentaires commenceront à se relâcher, il s'écoulera un peu de sang. Cette hémorragie sera rarement considérable, parce que le placenta cédant peu à peu et l'utérus revenant en même temps sur lui-même, il n'y aura d'ordinaire qu'un petit nombre de vaisseaux béants à la fois.

Si l'adhérence est partielle, l'écoulement du sang sera d'autant plus considérable, qu'une plus grande portion du placenta sera décollée, et que les contractions utérines seront moins vives. La perte peut quelquefois alors être foudroyante. Dans tous les cas, elle demande un prompt secours. Les contractions de la matrice peuvent arrêter l'hémorragie momentanément et celle-ci se reproduire par intermittence, jusqu'à ce que tout l'arrière-faix soit détaché et expulsé. Les accidents cessent alors parce que l'utérus cesse d'être soumis à des alternatives de contraction et d'expansion.

Lorsque l'adhérence se fait par la circonférence du placenta, toute la partie centrale étant décollée, le sang est retenu. Mais s'il continue de couler on voit bientôt survenir tous les signes d'une perte interne. Presque toujours, il sera donc facile, même au début, de distinguer ces cas de ceux où il y a adhérence intime et totale.

Ainsi donc, l'hémorragie accompagne presque toujours l'adhérence du placenta. Elle en est en quelque sorte au symptôme et lorsqu'elle n'existe pas, il faut la craindre. Tant que l'accouchée n'est pas délivrée, elle demeure sous le coup d'une perte, même lorsque l'adhérence du placenta est intime et totale, car nous n'avons point de signes précis qui puissent nous faire reconnaître qu'une adhérence sera définitive ou temporaire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

OBSERVATION DE TÉTANOS, SUITE DE CASTRATION CHEZ L'HOMME. — NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE CETTE MALADIE.

Par M. le Dr H. Texier (de Villefugnan).

Le tétanos n'est point une maladie extrêmement rare, il est peu de praticiens qui n'en ait observé quelques cas; cependant, son histoire est encore fort obscure, son étiologie surtout laisse beaucoup à désirer : les auteurs se sont bornés à consigner autant que possible les diverses conditions où se trouvaient les malades au moment où cette affection s'est déclarée, l'état des plaies, la nature de l'instrument qui les a produites, leur siége, etc. Mais si l'on veut pénétrer un peu plus profondément dans le sujet et chercher le *modus faciendi* de la cause, on ne trouve rien de bien satisfaisant. J'espère donc qu'à ce double point de vue (siége de la blessure et *modus faciendi*), l'observation que je publie aujourd'hui et la note qui l'accompagne, pourront offrir quelque intérêt aux lecteurs du *Moniteur des hôpitaux*.

§ 1. *Observation.* — Le nommé Bireau, cultivateur, âgé de 40 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution vigoureuse, demeurant à Tessé, a toujours été considéré dans son village comme un homme peu intelligent; il n'a jamais eu la moindre inclination pour

les femmes, il les fuit plutôt qu'il ne les recherche. En raison de cela, il se voit souvent exposé aux railleries de ses voisins et même des enfants. Si une jeune fille du voisinage devient enceinte, on ne manque pas de lui dire par ironie que c'est là son œuvre. Il souffre sans trop se plaindre, mais quelquefois pourtant il se fâche sérieusement. Il rêve au moyen de se soustraire à tous ces quolibets, et un beau matin il essaie de pratiquer sur lui la castration, mais il réussit seulement à se rendre malade pendant quelques jours et à déterminer une tuméfaction assez considérable des bourses. Les plaisanteries continuant, il n'abandonne point ses projets, et 5 ou 6 ans plus tard, ayant vu faire la castration sur un jeune cheval, il examine bien le procédé et le met bientôt à exécution. Ainsi, le 6 ou le 7 mars 1853, il aiguise un petit bout de faulx dont il se servait habituellement pour couper des herbes dans les champs, puis, saisissant le scrotum, il fait de chaque côté du raphé médian une incision qui pénètre à travers toutes les enveloppes du testicule, il presse fortement sur cet organe et le fait sortir au dehors, il fend alors un morceau de bois, en forme un casseau dont il saupoudre les branches avec du sulfate de cuivre qui se trouvait chez lui pour traiter des moutons, il saisit le cordon testiculaire entre les branches de cet instrument et fait sur chaque bout une compression très-forte à l'aide d'une ficelle. Son opération, ainsi pratiquée des deux côtés, il fait le pansement avec une poignée de foin, puis il s'en va travailler dans les champs et revient dîner le soir comme d'habitude; il continue de cette façon pendant près de 15 jours, et, pour me servir de son expression, pendant tout ce temps il ne perd pas un seul coup de dent ni un seul coup de pioche. On ne devine qu'à sa marche ce qui lui est arrivé. Au bout de 5 jours, un de ses testicules tombe: le second tombe le lendemain.

Jusqu'ici Bireau n'a pas éprouvé la moindre douleur, il ne s'est plaint de rien, les plaies du scrotum vont bien, la suppuration n'est pas très-abondante, et tout porte à croire que cette singulière opération va être couronnée de succès.

Le 20 mars, 13 ou 14 jours après l'opération, Bireau va se faire faire la barbe à un kilomètre de chez lui et paraît bien portant; mais le lendemain, il se manifeste un peu de raideur dans les muscles de la région postérieure du cou, puis un peu de difficulté à écarter les mâchoires et à avaler; mais il n'y fait pas encore beaucoup attention; cependant ces phénomènes s'aggravent, bientôt tous les muscles du tronc sont contracturés, il ne peut plus rien avaler et souffre horriblement. On patiente encore un peu et on ne m'envoie chercher que le 24 à 11 heures du matin. Je trouve le malade atteint d'opisthotonos: contraction permanente des muscles de la région postérieure du tronc, surtout du côté gauche; la poitrine est saillante en avant, la respiration est gênée, la face anxieuse, les lèvres sont écartées, les mâchoires le sont aussi un peu (on pourrait passer entre elles une plume à écrire), mais leurs muscles sont contracturés et il ne serait possible, ni de les écarter ni de les rapprocher. La déglutition est presque impossible, si l'on met de l'eau dans la bouche du malade elle sort presque toute de chaque côté, et c'est à peine s'il en peut entrer quelques gouttes. Les muscles des membres, surtout des supérieurs, ne participent presque pas à la contracture. Les douleurs supportées par le malade sont atroces; il pousse des cris déchirants et demande que je lui ouvre la poitrine pour le débarrasser de ce qui le fait tant souffrir et l'étouffe. Le pouls est petit et fréquent.

Quant aux plaies du scrotum, elles n'offrent rien de bien particulier: leur suppuration est peu abondante et paraît de bonne nature; elles sont situées à un centimètre et demi environ du raphé et lui sont parallèles; elles ont à peu près deux centimètres de longueur; leurs bords sont un peu épaissis et si rapprochés qu'elles paraissent à peine. Le cordon n'est point douloureux, si ce n'est à son extrémité où il est fortement engorgé, surtout du côté droit où l'on croirait toucher l'épididyme, quoi qu'il n'y soit probablement pas.

Prescription. — Me trouvant éloigné de toute pharmacie, je dûs commencer par ordonner ce que j'avais sous la main; ainsi, tous les quarts d'heure, alternativement, une pilule de cynoglosse de 0,15 centigrammes et une cuillerée à bouche de la potion suivante:

℞ Eau commune.	125	grammes.
Laudanum de Sydenham . . .	30	gouttes.
Ether sulfurique.	20	—

J'ordonnai en même temps les inhalations de chloroforme, mais il me fallut envoyer à la pharmacie voisine, à 8 kilomètres. Je me retirai un moment pour les exigences de ma clientèle, et quand le chloroforme fut arrivé, on vint me dire que le malade n'existait plus.

Les exemples de mutilation analogues à celui que je viens de rapporter ne sont point rares dans les annales de la science; il n'est point rare non plus de voir chez les aliénés cette insensibilité à la douleur qui frappe dans mon observation; mais ce qui est plus rare, c'est le tétanos, suite de castration chez l'homme. Je vais, dans la note suivante, essayer d'expliquer son mode de développement.

§ 11. — *Note pour servir à l'histoire du tétanos.*

Je n'entreprendrai point de faire ici l'histoire complète du tétanos, je serais par là entraîné dans des développements que ne comporte point une simple note. Je ne m'arrêterai qu'à l'étiologie de cette maladie et la cause du tétanos une fois mise en évidence, j'essaierai d'en tirer quelques déductions thérapeutiques pour son traitement.

Les auteurs ont divisé le tétanos en traumatique et en spontané.

Les causes de ces deux variétés de tétanos sont prédisposantes ou occasionnelles.

Les causes prédisposantes sont les mêmes pour les deux, ce sont: le tempérament nerveux; nervoso-sanguin et lymphatique; l'âge, ainsi dans nos climats, les adultes y sont plus exposés que les enfants et les vieillards (dans les pays chauds, les enfants en sont souvent atteints peu de jours après la naissance); le sexe, les hommes plus que les femmes; les localités, les contrées basses et marécageuses; les climats, les pays chauds où il y a des variations brusques de température; les saisons, l'été plutôt que l'hiver, etc.

Les causes occasionnelles du tétanos spontané sont souvent fort obscures; cependant on cite l'impression du froid et plus particulièrement du froid humide, surtout quand le corps est en transpiration; les substances irritantes portées sur le tube digestif, ainsi les aliments indigestes, les boissons alcooliques, les purgatifs drastiques, les vers intestinaux, les impressions morales, vives, les excès de toute sorte, surtout les excès vénériens, la répercussion d'un exanthème, de la goutte, etc., etc.

Les causes occasionnelles du tétanos traumatique paraissent consister surtout dans les courants d'air froid et humide, à la suite des plaies de toute espèce, grandes ou petites, plaies par instruments piquants, tranchants ou contondants, mais des plaies contuses surtout. Quant au siége on a remarqué que les blessures des extrémités y prédisposent un peu plus que les autres, ainsi que les blessures des nerfs, des tendons et des aponévroses, surtout quand il y a dilacération des fibres nerveuses.

Je n'ai point besoin de m'appesantir davantage sur les variétés de plaies qui peuvent donner naissance au tétanos. Ce que je viens d'en dire, les embrassant toutes; cependant, relativement au siége, je dois signaler encore certaines plaies dont ne parle point les ouvrages de médecine humaine et qui jouent pourtant un grand rôle dans le développement du tétanos chez les animaux et plus particulièrement chez le cheval; je veux parler des plaies du cordon testiculaire à la suite de la castration. L'observation précédente prouve qu'elles peuvent produire chez l'homme le même accident que chez les animaux.

Les ouvrages de médecine vétérinaire considèrent la castration comme l'une des causes les plus fréquentes du tétanos chez le cheval; ainsi, dans un dépôt de remonte qui fut momentanément établi au Bec (Eure), on fit le même jour cette opération à 24 chevaux et sous l'influence de bains froids et de boissons froides, 16 périrent du tétanos du dixième au quinzième jour. (1). Ainsi, chez ces 16 chevaux le tétanos s'est déclaré à peu près à la même époque que chez le sujet de mon observation.

Je me suis demandé comment on pouvait expliquer ce terrible accident à une période où l'on considère les malades comme hors de danger. MM. Hurtrel d'Arboval (2) et Gellé (3) considérant

(1) Hurtrel d'Arboval, *Dict. de méd., de chir. et d'hyg. vétér.*, t. VI, p. 62, 2e édit.

(2) *Op. cit.*, t. VI.

(3) *Pathologie bovine*, t. III.

cette maladie comme une inflammation du système cérébro-spinal avec ramollissement de la moelle, expliquent son développement dans ce cas par une métastase d'irritation due au refoulement (*sic*) de la matière sécrétée par la plaie, et dans le cas où le tétanos arrive peu de temps après l'accident, par une irritation qui, partant de la partie lésée, suivrait les cordons nerveux et joindrait la moelle épinière.

Mais l'opinion de ces honorables vétérinaires qui est aussi, dit M. Gellé, celle de MM. les docteurs Boisseau, Bégin, Lepelletier, Jean Franck, Chiappi, etc., et de MM. les vétérinaires Lebranc, Roche-Lubin, etc., n'est pas l'opinion généralement admise aujourd'hui; ainsi, l'immense majorité des auteurs considèrent le tétanos comme une simple névrose et ils s'appuient sur ce que les lésions trouvées à l'autopsie sont loin d'être constantes : le plus souvent, en effet, on n'a rien trouvé du côté de l'encephale et de la moelle, et d'ailleurs le tétanos est caractérisé par une augmentation de la contraction musculaire, trandis que les maladies qui se caractérisent anatomiquement par un ramollissement de la moelle épinière sont caractérisées par une diminution de cette contraction, par la paralysie. Il est peu probable, en effet, qu'une mêm lésion anatomique puisse produire deux effets pathologiques si différents. Il faut donc ou que le ramollissement de la moelle n'existe pas dans le tétanos et qu'alors les observateurs se soient trompés, ne connaissant pas assez le degré de consistance de cet organe, ou bien que le ramollissement, s'il existe, ne soit nullement en rapport avec le tétanos.

Si le tétanos ne peut pas se rattacher à une lésion de la moelle épinière, on ne peut pourtant pas non plus le considérer comme une inflammation des nerfs, car ce qui domine dans les névrites c'est la douleur, et dans le tétanos c'est la contraction musculaire.

Mais si le tétanos est une névrose, comment expliquera-t-on son développement? On ne pourra plus invoquer l'irritation se communiquant par continuité de la partie lésée au centre cérébro-spinal, ni la métastase d'irritation. Il suffira alors de se rappeler que tous nos mouvements, toutes nos sécrétions sont sous la dépendance des nerfs, de l'influx nerveux, et voici comment on pourra se rendre compte du développement de la maladie. Prenons d'abord le cas le plus embarrassant, celui ou le tétanos se déclare au moment où la plaie marche à la cicatrisation et où l'on se croit à l'abri de tout accident : par suite de la blessure, et sous l'influence d'un courant d'air froid ou de toute autre cause, l'influx nerveux s'accumule sur les nerfs qui arrivent à la partie lésée, il ne circule plus, et quand il se trouve là en excès, il fait défaut sur le reste du système nerveux, les nerfs ne peuvent plus, dès lors, obéir à la volonté, ils ne peuvent plus commander aux muscles; de là une perturbation générale, de là la contraction.

On peut invoquer à l'appui de cette théorie les faits suivants : le tétanos ne se développe guère et peut-être même ne se développe-t-il jamais à la suite de la castration chez les jeunes poulains à qui l'on fait subir cette opération avant qu'ils soient aptes à la reproduction. Cela tient à ce que la sécrétion spermatique n'existant pas encore, l'influx nerveux ne se porte guère du côté du testicule et ne peut pas s'y accumuler après l'opération.

On ne voit pas non plus le tétanos à la suite de l'ablation d'un testicule malade chez l'homme, ou même des deux (quand des erreurs de diagnostic ont fait enlever deux testicules syphilitiques); c'est que l'économie est préparée à la perte de ces organes par la maladie et que l'influx nerveux ne se porte plus de ce côté, la sécrétion spermatique étant supprimée.

C'est pour des raisons analogues que le tétanos se voit beaucoup moins souvent à la suite des grandes opérations sur les sujets qui sont préparés à la perte d'un membre, par exemple, par une longue maladie que chez les sujets blessés sur le champ de bataille ou ailleurs et à qui l'on est obligé de faire l'amputation. Je sais bien qu'on peut me répondre à cela que ces derniers sont plus exposés aux courants d'air, au froid, à l'humidité, qu'ils ne sont pas toujours dans de bonnes conditions hygiéniques et morales, que la commotion produite sur le système nerveux par le projectile est très-forte, etc., etc., et que ce sont là les motifs pour lesquels le tétanos se développe et non pas par suite de l'accumulation de l'influx nerveux sur un point et de l'arrêt de sa circulation dans le reste de l'économie ; que d'un autre côté nos chirurgiens de l'armée d'Orient n'ont pas encore perdu par le tétanos un seul de leurs opérés. — Je ne nie pas l'influence de toutes ces causes, je l'invoque même pour ma théorie, et si nos chirurgiens de l'armée d'Orient n'ont pas encore vu périr par le tétanos un seul de leurs blessés, cela prouve uniquement que s'il y a certaines causes qui favorisent l'accumulation de l'influx nerveux sur une partie du corps à la suite des opérations, il y en a d'autres toujours fort obscures qui les contre-balancent. Il est donc inutile de m'arrêter plus longtemps sur ce point.

Avec cette théorie nous pouvons nous rendre compte de tous les cas de tétanos : quand il se déclare peu de temps après la blessure, nous expliquons la contraction musculaire par l'arrêt presque immédiat de la circulation de l'influx nerveux. Chez les sujets où il éclate spontanément, sans cause appréciable, par l'arrêt de cette même circulation sous l'influence d'une cause que nous ne pouvons pas toujours démêler. Qand on pourra invoquer un courant d'air froid, une irritation intestinale, etc., on le fera; ce sera la cause pour laquelle l'influx nerveux se sera porté du côté de l'intestin, de la peau, etc.

Si ces idées théoriques sont justes, elles seront fécondes en résultats pratiques; en effet, si c'est un excès de l'influx nerveux sur un point du corps et l'arrêt de sa circulation dans le reste de l'économie qui produit le développement du tétanos, en l'appelant sur une autre partie, on rétablira sa circulation et on mettra fin aux accidents tétaniques.

Voyons si les faits ne viennent pas à notre appui. C'est encore la médecine comparée que nous sommes obligés de consulter pour cela : Nous y trouvons, en effet, qu'en 1830 M. Taffanel pratiqua la castration chez un cheval atteint de tétanos depuis 15 jours et que le malade guérit. Le sujet de cette opération était un cheval extrêmement porté aux plaisirs sexuels et auquel il arrivait souvent d'éjaculer quand il se trouvait à proximité des juments. L'opération avait été conseillée par un ancien élève de l'école d'Alfort, M. Dumont, qui avait déjà, par ce moyen, guéri le tétanos chez un cheval vigoureux atteint de pollutions. Le but de MM. Dumont et Taffanel était d'énerver l'animal et de faire cesser chez lui la cause à laquelle ils rapportaient le tétanos (1).

La castration a bien pu agir utilement par l'énervation qu'elle a produite chez le cheval, mais elle a aussi agi, à n'en pas douter, comme moyen révulsif.

Depuis cette époque, la castration a été plusieurs fois pratiquée avec succès sur le cheval pour le guérir du tétanos, et en 1847, M. Valtat vétérinaire à Paris, trouvant que ce mode de traitement n'était pas assez vulgarisé, a adressé à la Société centrale de médecine vétérinaire, une observation ayant pour titre : *De la castration, comme moyen curatif du tétanos spontané chez le cheval.* Dans sa note, M. Valtat émet l'opinion, que la castration agit plutôt par la douleur révulsive que par l'énervation. Enfin j'ai trouvé là, sans m'y attendre, une opinion parfaitement en harmonie avec les idées que j'émets ici : « Il serait curieux, dit M. Valtat, de constater sur l'homme atteint du tétanos les effets de la compression même momentanée du cordon testiculaire d'un seul côté, et sur les animaux tétaniques, le résultat de la compression ou de la section d'un nerf des membres par exemple » (2).

M. Vatel chargé de faire un rapport sur la communication de M. Valtat, émet une opinion favorable à la castration comme moyen curatif du tétanos; mais il réserve la question de la révulsion, parce que, dit-il, « on ne connait pas encore bien en quoi consiste la modification de l'économie dans le tétanos; comment dès lors, prouver que cette maladie a cédé plutôt à une révulsion qu'à une énervation ou à toute autre modification thérapeutique occulte encore inconnue » (3).

(1) *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, 3e série, t. IV, 1847.
(2) *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, 3e série, t. IV, p. 1008.
(3) *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, 3e série, t. IV, p. 1010.

Pour quiconque admettra que le tétanos est dû à un arrêt de la circulation de l'influx nerveux, le doute de M. Vatel n'est plus permis.

J'ignore si depuis la communication de M. Valtat, la médecine vétérinaire a essayé la compression ou la section des nerfs des membres comme moyens curatifs du tétanos chez les animaux ; mais ce qu'il y a de sûr, c'est que les faits favorables à la castration chez le cheval se sont multipliés et que cette opération est aujourd'hui généralement conseillée à l'École d'Alfort dans le but que lui assignait M. Valtat.

Quant à la compression du cordon testiculaire chez l'homme, je ne sache pas qu'elle ait jamais été tentée. La seule chose qui ait été tentée à ma connaissance, c'est l'amputation de la partie lésée : Larrey l'a conseillée comme moyen préventif du tétanos et l'a pratiquée comme moyen curatif ; mais le tétanos n'est jamais assez sûr dans nos pays, pour qu'on puisse se permettre de pratiquer l'amputation pour le prévenir ; on ne pourrait y être autorisé que par la nature de la plaie. D'un autre côté, Larrey a perdu ses malades à la suite de l'amputation employée comme moyen curatif ; ce qui serait probablement arrivé sans cela. De sorte que les opérations faites sur l'homme, n'ont jusqu'ici rien de bien édifiant pour la cure du tétanos. Cela se conçoit du reste facilement, car l'influx nerveux s'accumule non-seulement sur la partie blessée, mais encore sur tout le trajet des nerfs qui y aboutissent. En enlevant la partie malade, on laisse encore au tétanos sa raison d'être, le trajet des nerfs sur lesquels se porte plus particulièrement l'influx nerveux.

La seule chose à faire est donc, comme je le disais précédemment, d'appeler l'influx nerveux sur une partie du corps éloignée du siége de la blessure, pour cela il n'y aura qu'à irriter vivement un nerf, à pratiquer sur le malade une petite opération. La trachéotomie conseillée par M. Marshall-Hall trouvera naturellement sa place ici ; elle aura un double effet, et d'empêcher l'asphyxie et de favoriser le retour de l'influx nerveux. Il est vrai de dire pourtant que c'est un bien faible moyen de révulsion et qu'il est fort douteux qu'elle puisse empêcher l'asphyxie.

La première chose à faire en arrivant auprès d'un tétanique, est donc de voir s'il n'est pas atteint de quelque infirmité qui nécessite une opération ; s'il était dans ce cas, on profiterait de l'occasion pour opérer immédiatement ; s'il n'y a rien à opérer, c'est alors qu'on pourra aller à la recherche d'un nerf et l'irriter momentanément soit par la torsion, la ligature, l'incision partielle. On pourra même recourir à des moyens moins violents, mais par cela même moins sûrs, tels que les larges vésicatoires, les cautères et de préférence les sétons. Disons en passant que plus le moyen que l'on emploiera se rapprochera de ceux qui déterminent habituellement le tétanos, plus on aura de chance de réussite.

J'engage fortement mes confrères, surtout mes confrères de l'armée, à essayer des moyens que je leur propose ici. Ce n'est point *a priori* que je les conseille : les cas de castration chez le cheval pourraient m'y autoriser seuls, mais j'ai d'autres faits à l'appui de mes opinions.

Ainsi M. Olivier obtint la guérison d'un âne atteint de tétanos général, en lui faisant l'amputation de la queue et en lui pratiquant seize mouchetures d'un pouce de longueur et une ligne de profondeur de chaque côté de la colonne vertébrale et en plaçant dans chacune de ces incisions un petit morceau de camphre comme irritant.

Il guérit de même par l'amputation de la queue, les bains de vapeurs, etc., un mulet tétanique.

M. Prévost a guéri le tétanos chez un cheval par les sétons au poitrail, les ventouses sur la tête, etc.

M. Philippe a guéri deux chevaux tétaniques par les sétons animés avec l'onguent vésicatoire au poitrail et aux fesses, les lavements émollients, etc.

M. Hygon a vu un cheval chez lequel le tétanos avait paru après la cicatrisation d'une plaie située à la pointe de l'épaule gauche, se rétablir par l'apparition d'une tumeur à l'épaule droite.

L'école d'Alfort a obtenu la guérison d'un cheval atteint de tétanos sans trismus, par les vésicatoires placés aux parties latérales et postérieures des cuisses et la cautérisation d'une fistule de l'un des cordons testiculaires dont il était affecté (1).

Mais dans tous les cas que je rapporte ici, les moyens révulsifs n'ont pas été employés seuls. On y a joint presque toujours l'administration des narcotiques ou des antispasmodiques unis aux émollients ; souvent même on a employé le tout à la fois ; seulement il ne me semble pas qu'on ait assez tenu compte de la part due aux révulsifs dans le succès.

Nota. Tout en conseillant l'emploi des révulsifs je ne crois pas qu'on doive s'abstenir complètement des autres moyens jusqu'ici employés, je pense qu'on pourra toujours leur adjoindre avec avantage les émollients, les narcotiques, les antispasmodiques et parmi ces derniers surtout les anestésiques.

Conclusions. Il résulte de cette note que le tétanos est une névrose qui trouve sa raison d'être dans une perturbation apportée au système nerveux par une accumulation de l'influx nerveux sur une partie du corps au détriment des autres (par suite de l'action du froid sur une blessure, d'un arrêt de la transpiration, d'une irritation du tube digestif, de la disparition d'un exanthème, etc.), et que le traitement rationnel de cette maladie consiste dans l'emploi de tous les moyens capables d'appeler l'influx nerveux sur une autre partie du corps, de le remettre en circulation, sans toutefois négliger tout ce qui peut amener la sédation du système nerveux.

(1) Hurtrel d'Arboval, *op. cit.*, t. VI, p. 74, 75.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

CÉPHALALGIE. — CHLORYDRATE DE MORPHINE DISSOUS DANS L'INFUSION DE CAFÉ.

M. le docteur Boileau de Castelnau (de Nîmes), assure s'être bien trouvé de l'administration de ce remède dans plusieurs cas où il l'a employé. Voici quel est le *modius faciendi* de ce praticien tel qu'il l'indique dans la *Revue thérap. méd. chirurg.*

Nous commençons communément à la dose d'un centigramme pour un adulte ; la dose est moindre si le tempérament ou l'âge nous l'indiquent. Si le malade s'habitue au remède, nous augmentons par fractions de centigramme. Nous n'avons pas dépassé 2 centigrammes.

Le malade continue l'usage de cette combinaison aussi souvent que la céphalalgie se présente.

Nous en prescrivons l'administration lorsque la digestion est terminée, ou du moins quand il s'est écoulé 6 à 8 heures depuis le dernier repas, et nous en avons toujours agi ainsi. — Lorsque l'administration de ce mélange est plus rapprochée du repas précédent, il survient quelques symptômes congestifs, avec tension de l'estomac.

Quelques instants après avoir avalé ce mélange de sel de morphine et de café, le malade sent ses douleurs cesser ; il est animé d'une gaîté insolite ; son intelligence est plus active, et il se livre à ses occupations sans le moindre embarras psychique ou gastrique.

SALIVATION MERCURIELLE, GARGARISME IODURÉ.

Ce gargarisme, dont M. Norman Chevers ne revendique point la priorité, est recommandé par lui, non-seulement pour tous les cas où la salivation existe déjà mais encore pour ceux où la nécessité d'administrer un traitement mercuriel fait craindre l'invasion de cette grave complication.

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles on voit des salivations très-graves, provoquées par des doses de calomel considérables, être arrêtées en deux jours au moyen d'un gargarisme ioduré composé comme il suit :

Pr. Eau distillée.	250 gr.
Teinture d'iode	8

(*The Indian Ann. of Med. Sc.*)

DIABÈTE DANS SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES CÉRÉBRALES.

Il résulte d'un travail de M. Richard Goolden sur ce sujet : 1° que dans la plupart des maladies encéphaliques et nerveuses on trouve du sucre dans les urines, sans que pour cela il y ait augmentation dans la diurèse.

La présence du sucre est surtout remarquable chez les enfants qui présentent des symptômes cérébraux par suite de la dentition, ainsi que dans la chorée, l'épilepsie, les névralgies de la face et du nerf sciatique, les affections paralytiques. Lorsque ces manifestations morbides cessent, le sucre cesse également de se montrer dans l'urine; 2° dans un cas de commotion cérébrale occasionnée par un coup donné sur un côté de la tête, il survint un diabète sucré très-prononcé; des purgatifs et un vésicatoire sur la tête ayant fait cesser le trouble fonctionnel, le sucre disparut également de l'urine; 3° dans d'autres cas même très-anciens de diabète, les évacuants, les révulsifs ont mis fin à la sécrétion saccharine, ou s'ils ne sont pas parvenus à amener la guérison, ils ont du moins notablement amendé la maladie.

S'appuyant sur ces faits, l'auteur se croit autorisé à conclure que le diabète prend sa source dans une altération quelconque de la matière cérébrale, primitivement dans les lésions externes, et secondairement dans des altérations organiques. Ces conclusions, on le voit, justifient de tout point la théorie pathologique de M. Claude Bernard.

(*The Lancet*; *Annales méd. de la Flandre occid.*)

TRAITEMENT DE LA MYDRIASE.

Le traitement rationnel de la mydriase doit évidemment être dirigé de manière à employer comme agent thé rapeutique l'impulsion naturelle qui produit le rétrécissement de la pupille, et cela après avoir essayé plus intimement cette influence dans chaque cas morbide tou particulier.

La contraction de la pupille a lieu : 1° par l'excitation de la lumière et nous voyons ici qu'il s'agit d'une impulsion qui part de la rétine, se réfléchit dans le cerveau et est transmise aux nerfs du sphincter de la pupille. Cette action réflexe n'est que d'une faible utilité thérapeutique, car la pupille mydriatique n'est pas susceptible, même sous l'influence d'une lumière intense, de se contracter dans l'œil affecté ou dans l'œil sain, ou bien cette contraction n'est que très-incomplète, et puis il faut faire attention que l'emploi d'une lumière concentrée n'est pas sans danger pour la rétine. 2° La pupille se contracte dans l'accommodation de l'œil pour les objets rapprochés; par conséquent l'exercice de l'accommodation pour les courtes distances est un puissant anti-mydriatique. C'est ainsi qu'il y a des patients qui, après avoir lu pendant longtemps et à une distance aussi rapprochée que possible avec des verres convexes, gagnent peu à peu pendant cet exercice un étrécissement prononcé de la pupille, et alors, si on observe cet effet, il est à supposer qu'avec cet état paralytique de l'accommodation, on verra aussi disparaître la mydriase. 3° La pupille se contracte sous l'influence de l'excitation des nerfs sensitifs qui se ramifient dans l'œil. C'est ici évidemment qu'il faut ranger l'action, recommandée de plusieurs côtés, qui est la suite de la cautérisation de la conjonctive tous autour de la cornée. C'est à ce moyen, dont l'action est passagère, que j'ai recours; je fais dans ce but instiller quelques gouttes de teinture d'opium, respirer de l'ammoniaque, après avoir essayé toutefois l'influence que ces applications exercent sur la pupille mydriatique. 4° La pupille se contracte sous l'influence du mouvement qui lui est communiqué lors des contractions des muscles de l'œil. C'est un fait connu depuis longtemps que la contraction du muscle droit interne s'accompagne du rétrécissement de la pupille.

Mais ce qui est moins connu et qui se passe d'une manière plus énergique, *c'est le rétrécissement de la pupille dans le mouvement qui produit le rapprochement intense des paupières.* C'est pourquoi l'exercice qui consiste à ouvrir et à fermer avec force les paupières et qui sera souvent renouvelé, pourra concourir puissamment au traitement de la mydriase.

La contraction de la pupille qui survient par suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse, est un phénomène trop fugitif pour être employé comme moyen thérapeutique. Les essais que j'ai tentés avec la paracenthèse, chez plusieurs malades atteints de mydriase, n'ont par conséquent pu être suivis d'aucun résultat avantageux. (*Archiv. für ophthalmologie et Annales d'oculeitrique.*)

DE LA CAMOMILLE ROMAINE A HAUTE DOSE DANS LES NEVRALGIES FACIALES.

par M. le docteur LECOINTE.

Les névralgies faciales présentent souvent une résistance opiniâtre aux médications les plus actives, aux traitements les plus rationnels; aussi regardons-nous comme précieux tout moyen, ancien ou nouveau, qui peut rendre un service efficace contre ces sortes d'affections. Au nombre des fébrifuges et des amers, les anciens comptaient la camomille au premier rang; et il fallut la découverte du quinquina pour enlever à cette plante son titre d'antipériodique par excellence. Cependant on trouve encore des partisans de la camomille qui la mettent bien au-dessus des préparations de l'écorce du Pérou, et MM. Trousseau et Pidoux, dans leur *Traité de thérapeutique*, la préconisent dans les fièvres intermittentes contractées dans les grandes villes, loin des influences paludéennes.

Dans certains cas, disons-nous, de névralgies faciales, à type périodique ou non périodique, nous avons eu lieu d'employer la camomille en poudre et en infusion concentrée, après l'essai infructueux d'autres médications préconisées; et nous en avons retiré des avantages tels que nous croyons devoir communiquer quelques-uns de nos résultats les plus remarquables.

Première observation. — M. B., âgé de soixante ans, d'un tempérament sec, d'une constitution nerveuse, est pris subitement d'une névralgie qui s'étend rapidement dans toute la mâchoire supérieure, s'irradiant vers la tempe; elle semble prendre naissance vers une dent cassée que le malade ne veut pas se faire arracher; la dent est remplie d'un bourdonnet imbibé de benjoin, et, quoique insensible au toucher des instruments d'acier, elle n'en paraît pas moins le point de départ de la névralgie; trois nuits se passent sans sommeil. Je suis appelé, et je constate, non-seulement l'état précédent, mais aussi que la journée est troublée par des douleurs atroces qui apparaissent régulièrement vers deux heures de l'après-midi pour cesser vers quatre heures. J'attaque le mal, sans succès, par le sulfate de quinine; enfin, après avoir cessé toute médication pendant vingt-quatre heures, je prescris la poudre de camomille à la dose de quatre grammes divisés en quatre bols à prendre à trois heures d'intervalle avant l'accès; dès le premier jour, notable diminution dans les douleurs.

Le second jour, même dose; la douleur est presque nulle.

Le troisième jour, le malade se croit guéri et demande la suppression du médicament; abstention le quatrième jour, et réapparition de la douleur. Je prescris de nouveau la poudre de camomille à la dose de trois grammes d'abord, puis de deux le lendemain; enfin, un seul gramme pendant quatre jours. La névralgie n'a plus reparu, et, quinze jours plus tard, le malade fit plomber sa dent. La guérison se maintient depuis deux ans.

L'auteur rapporte encore trois autres observations, après lesquelles il ajoute :

Je pourrais multiplier les exemples; mais ce serait sortir du cadre d'une simple note.

La camomille est un médicament précieux : produit indigène, elle est d'un prix plus modeste et peut, dans certains cas, suppléer avantageusement l'écorce du Pérou; elle lui est même préférable dans les affections névralgiques qui ne reconnaissent pas pour principe une fièvre paludéenne. Mais, pour en obtenir les effets, il faut la prescrire en poudre, au moins à la dose de quatre grammes, ou bien en infusion concentrée; et ne pas gorger les malades d'une eau chaude à peine aromatisée par quelques fleurs parcimonieusement déposées au fond d'une théière.

Si j'avais eu l'intention de faire une étude spéciale de l'originalité d'action de cette substance, j'aurais eu à passer en revue bien des modalités pathologiques du système nerveux à caractère hyposthénique, et j'en eusse tiré facilement la conclusion que la camomille a électivité sur le système nerveux, et qu'elle est hypersthénisante.

(*Bulletin gén. de thérap.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences a tenu aujourd'hui sa séance annuelle. On a prononcé l'éloge du physicien Manus, composé par Arago, et que l'illustre secrétaire n'a pas eu la satisfaction de pouvoir prononcer, ni peut-être même d'achever complètement, car on n'a pas trouvé dans celui-ci toutes les qualités qu'on était habitué à admirer dans les éloges précédents. Nous ferons connaître plus tard les noms des lauréats de l'Académie.

H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 5. 3me ANNÉE. Jeudi 11 Janvier 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Recherches sur les Affections morbides et anormales du Placenta

(Mémoire couronné par la société de médecine de Gand, dans sa séance du 10 janvier 1854),

Par le docteur AMBROISE MORDRET (du Mans),

Professeur d'accouchements, lauréat de l'Académie de chirurgie de Madrid, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

« Le mot adhérent extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare. »
BAUDELOQUE.

Ne pas confondre un état physiologique avec un état pathologique.

(Voir les nos 156, 1, 3 et 4.)

Le pronostic des adhérences morbides du placenta varie beaucoup suivant la nature même de ces adhérences. Toutes choses égales d'ailleurs, les adhérences totales et intimes me semblent devoir être les moins graves ; il en est du moins ainsi lorsqu'elles sont définitives. M. Villeneuve, dans son excellent mémoire sur l'absorption du placenta, professe « que l'adhérence totale n'est peut-être jamais mortelle. Les cas de mort, dit-il, n'appartiennent qu'à l'adhérence partielle, soit alors que l'hémorragie nécessite l'introduction fréquente de la main ; que la perte de sang soit entretenue par l'inertie utérine, ou par la présence de fragments de placenta détachés ; soit que l'absorption putride ait été favorisée par l'introduction de l'air et l'irritation de l'utérus ; soit enfin que les manœuvres aient développé une utéro-péritonite. » L'absence complète de l'hémorragie est une des principales raisons qui font que l'adhérence totale est moins grave que l'adhérence partielle. On n'a pas non plus à redouter autant les accidents consécutifs à la putréfaction du placenta, car celui-ci ne devient corps étranger et par conséquent corps putrescible qu'autant que son décollement le met hors de l'influence vitale.

Par les raisons contraires à celles qui viennent d'être exposées, le pronostic est plus grave quand l'adhérence du placenta n'est que partielle. La partie détachée, quelque petite qu'elle soit, devient corps étranger, elle excite le point de l'utérus avec lequel elle est en contact, et devient ainsi une cause incessante d'hémorragie. De plus, cette partie se putréfie facilement, et sa présence dans l'utérus expose la femme à toutes les chances d'une métrite, d'une résorption purulente, d'une fièvre hectique, etc. Il existe un grand nombre d'exemples où la rétention du délivre a causé la mort de la femme. Le docteur Kok de Bruxelles en rapporte plusieurs dans sa savante dissertation sur le danger qui

FEUILLETON.

Quarante années de pratique chirurgicale ;

Par Ph. J. ROUX, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur de clinique chirurgicale, membre de l'Académie des sciences, etc.

Par la nouveauté de son titre, ce livre est déjà fait pour intéresser le corps médical. Combien peu de chirurgiens ont assez vécu ou vivront assez, pour écrire les résultats d'une pratique aussi longue ! Le professeur Roux a dû à ses éminentes qualités de parvenir jeune, de se placer de bonne heure et de se maintenir toujours au premier rang. La providence a voulu qu'il arrivât sans affaiblissement intellectuel ou physique, et qu'il pût satisfaire son ardent amour pour la science, à un âge où tant d'autres ont besoin de repos. D'un autre côté, l'aménité et la droiture de son caractère ont attiré vers Roux un grand nombre de malades qui ont tenus à conserver avec lui des relations amicales ; on comprend dès lors que non-seulement beaucoup de faits importants ont dû passer sous ses yeux, mais que ces faits sont précieux, parce qu'ils ont été observés et suivis tout le temps nécessaire. Pourquoi faut-il que les occupations de l'auteur ne lui aient pas permis de commencer l'ouvrage où devaient être consignés tant de résultats importants, assez tôt pour le mener lui-même à bonne fin, pourquoi faut-il que la mort soit venue le surprendre au moment où, après plusieurs années de travail, il approchait du terme qu'il avait tant désiré, la publication de ses trois premiers volumes ? Celui que nous avons sous les yeux était imprimé en grande partie, lorsque Roux a été enlevé à la science et à sa famille, et l'on sait que la société de chirurgie a sollicité et obtenu l'honneur de diriger et de mener à bonne fin la publication commencée. La commission qu'elle a nommée à cet effet a remis à M. Broca, dont le talent et le zèle sont connus de tous, le soin de revoir les épreuves et de coordonner définitivement les derniers matériaux.

Ce premier volume comprend un des sujets de prédilection de Roux, la chirurgie réparatrice. Tous ceux qui ont écouté les leçons de cet illustre maître, savent avec quel plaisir il entretenait ses auditeurs de ces questions, combien il aimait à réunir, dans le même groupe, en les reliant par des aperçus ingénieux, toutes les opérations qui ont pour but la restauration des parties molles. Quand un bec-de-lièvre se présentait dans ses salles, avec quelle abondance et quelle verve il en parlait ? Quand c'était une division du voile du palais ou une déchirure du périnée, avec quelle complaisance il disputait sur ces maladies, et leur traitement chirurgical ? Sa grande expérience rendait ses leçons et ses conversations des plus instructives pour les jeunes chirurgiens. Il le sentait, et désirant faire passer dans leurs esprits, tout ce qu'il

peut résulter du séjour trop prolongé du délivre dans la matrice. De La Motte, Lauverjat, Barbaut, White, Perfect, etc., ont tous recueilli des observations semblables, et en ont rapporté quelques-unes. Les accoucheurs modernes, paraissent aussi redouter beaucoup la rétention du délivre. Cependant, il ne faudrait pas croire que tous les cas soient malheureux. A part même les exemples de résorption déjà cités, on a vu des placentas rester plusieurs jours et même plusieurs mois dans l'utérus sans y causer d'accidents, ou tout au moins, la femme se tirer fort bien de ceux qu'elle éprouva. Guillemeau, Smellie, Pasta, en ont rapporté des exemples; Moriceau est plein de faits de ce genre; Deuman, Osiander, ont vu le placenta sortir fort bien conservé et sans avoir occasionné d'accidents, le premier, quinze jours après l'accouchement, le second, soixante-cinq jours après un avortement.

Quinzième observation. — Prost a communiqué à la Société de médecine de Paris (19 mai 1826) deux observations curieuses de séjour prolongé des placentas dans l'utérus.

L'un fut expulsé 8 mois après un avortement de 4 mois; le placenta ayant conservé son mode d'union avec l'utérus avait augmenté de volume et était devenu la base d'une mole. Lorsqu'il fut expulsé, la malade fut prise de douleurs comme pour l'accouchement. Elle avait depuis plus de quinze jours une hémorragie assez grave qui augmentait beaucoup. Elle se rétablit du reste fort bien.

L'autre sortit 103 jours après un avortement de 5 mois. Depuis son accident, la femme qui fait le sujet de l'observation, avait toujours perdu un peu en rouge et d'autant plus abondamment qu'elle se livrait à des travaux pénibles ou qu'elle soulevait quelque chose de pesant. Elle fut à peine malade lorsque le placenta fut expulsé et sa convalescence fut très-heureuse (*Journ. gén. de méd.*, t. CIII, p. 27).

Parmi les faits plus nouvellement observés, j'en pourrais citer un grand nombre où la délivrance qui n'avait pu être opérée après l'accouchement, ni par les tractions du cordon, ni même par l'introduction de la main dans l'utérus, se fit naturellement le deuxième ou le troisième jour. Mais j'aime mieux choisir quelques exemples d'une rétention bien plus prolongée.

Seizième observation. — Une femme de la campagne, ayant 30 ans et mère de deux enfants, était accouchée depuis trois mois. Depuis lors, elle avait constamment des pertes utérines légères. Le docteur Dazio Olivi, assisté du professeur Malagodi, trouva au toucher que l'utérus était un peu dur et résistant, comme s'il y avait eu au dedans de lui un corps étranger. Il apprit alors que l'accoucheuse n'ayant pu délivrer la femme avait abandonné l'expulsion du placenta aux seules forces de la nature. Comme il n'était plus possible d'introduire la main, on prescrivit l'ergot, et bientôt la matrice fut prise de fortes contractions qui expulsèrent le placenta. C'était une masse charnue, compacte, rougeâtre, et présentant la forme de la cavité utérine (*Journ. des conn. méd. chir.*, octobre 1845).

Dix-septième observation. — Une femme de 28 ans était accouchée à terme depuis 3 jours, après un travail qui n'avait duré que 5 heures. Le docteur Luigi Ruomaldi fut alors appelé près d'elle. Il trouva le placenta très-adhérent aux surfaces d'implantation et ne crut pas convenable de chercher à l'arracher. Il prescrivit l'ergot et une injection acidulée le long de la veine ombilicale. Le placenta ne se détacha pas, mais au bout de deux jours, il survint une métro-péritonite dont on se rendit maître par les antiphlogistiques. Le cordon se putréfia ainsi que le délivre. L'on fit des injections utérines avec une décoction de mauve, le troisième jour, le placenta commença à sortir par fragments, mais son expulsion ne fut complète que le 38ᵉ jour. Pour combattre les accidents généraux et soutenir les forces, on employa la digitale, le sulfate de fer et le quinquina.

Mais il faut convenir que, le plus souvent, les choses ne se passent pas aussi simplement. Le placenta, après être resté quelques jours dans l'utérus, en totalité ou en partie, sans y déterminer d'accidents sérieux, devient tout à coup la cause d'une perte foudroyante qu'on ne peut faire cesser qu'en délivrant la femme au plus vite. D'autres fois cette perte est peu abondante mais continue, ou si elle est intermittente, elle se renouvelle fréquemment. La malade s'en inquiète peu d'abord, mais ses forces s'épuisent et elle arrive tout doucement au tombeau. Ses jours ne peuvent être sauvés que par une délivrance entière qu'il est alors plus difficile d'effectuer qu'aussitôt après l'accouchement, à cause du retrait de l'utérus. Les deux observations suivantes, extraites du mémoire de M. Godefroy, viennent confirmer ces réflexions.

Dix-huitième observation.— Il s'agit d'une femme de 39 ans, d'une santé détériorée par douze grossesses antérieures, accouchée naturellement depuis 10 jours, et qui, depuis lors, avait toujours perdu un peu de sang. Le globe utérin était dur, peu sensible, plus développé qu'il ne devait l'être. La malade était pâle, bouffie, froide, avait des éblouissements, des tintements d'oreilles, des demi-syncopes, etc. M. Godefroy, soupçonna sur quelques renseignements, que la délivrance n'avait pas été complète. Touchant la malade, il trouva le col largement ouvert, pénétra de suite jusqu'au fond de l'utérus où il saisit à pleines mains une portion du placenta restée adhérente et qu'il détacha par quelques mouvements de torsion. La manœuvre fut très-douloureuse, ce qui n'empêcha point la malade de se rétablir promptement. « La masse extraite avait le volume d'un œuf de dinde, elle était formée par deux ou trois cotylédons indurés, elle n'avait point d'odeur et la portion où le placenta avait conservé son tissu normal était d'un beau rose. »

Dix-neuvième observation. — Ici une portion du placenta fut retenue

---

avait dans le sien de positif, il en parlait avec feu, longuement et finissait toujours, en exprimant le regret de n'avoir pas eu le temps de tout dire.

Tel nous avons connu Roux à l'hôpital, tel nous le retrouvons dans cet ouvrage; plein de goût et d'ardeur pour son sujet; le développant avec charme et habileté jusque dans ses plus petits détails, insistant sur les points que sa longue pratique, qui avait appris à mieux connaître son intention, n'a pas été de faire un livre didactique comprenant toutes les maladies chirurgicales et l'exposé des opinions d'autrui. Il a voulu seulement, à l'exemple des grands maîtres, faire connaître ses propres idées, ses découvertes, ses impressions cliniques; et, pour que le lecteur ne se méprit pas à cet égard, il a choisi la forme épistolaire, celle qui, en effet, permet le mieux à l'auteur de développer ses propres pensées, sans faire intervenir celles des autres. Les lettres, au nombre de onze, que renferme ce volume, sont toutes adressées à M. Lawrence, l'un des plus illustres chirurgiens de l'Angleterre.

La première et la seconde comprennent des généralités sur les restaurations et l'autoplastie. L'auteur, après avoir fait ressortir la difficulté de limiter son sujet, et la nécessité où il est d'éliminer l'orthopédie et les opérations que l'on fait pour les cicatrices vicieuses, établit entre les autoplasties des distinctions suivant qu'elles sont faites par rapprochement, par débridement, par granulation, par dédoublement ou par emprunt; à cette dernière se rattachent les méthodes française, indienne et italienne. Il donne ensuite les règles générales applicables à toutes les méthodes, examine, à ce propos, les divers procédés de suture, et insiste, à l'occasion de la suture entortillée, sur la préférence qu'il faut accorder aux petites épingles. Elles ont, en effet, l'avantage de ne pas donner une ulcération trop étendue des trajets qu'elles parcourent et de ne pas exposer autant que les grosses à la mortification des parties placés au-devant d'elles.

La troisième lettre est consacrée à la restauration du pavillon de l'oreille et à celle des paupières et du nez. Roux a plusieurs fois pratiqué l'autoraphie pour des plaies dont les bords s'étaient cicatrisés isolément, mais il n'a pas eu l'occasion de remettre en place des fragments d'oreille entièrement séparés. Pour la blépharoplastie, il passe en revue les principaux procédés qui conviennent à l'ectropien et établit une différence essentiellement pratique entre l'ectropien partiel et l'ectropien complet. Dans le premier et surtout lorsque la lésion occupe la partie moyenne de la paupière, il donnerait volontiers la préférence au procédé qu'il attribue à Riberi de Turin et que nous avons l'habitude, dans nos livres classiques, de rapporter à Jones. Il est curieux, en effet, que cette opération ingénieuse ait été imaginée simultanément par plusieurs chirurgiens à l'époque où l'autoplastie commença à se vulgariser, que, par exemple, Sauson et A. Bérard en aient été considérés

pendant 22 jours. La femme, déjà mère de 6 enfants et âgée de 38 ans était accouchée heureusement de deux jumeaux qui ne vécurent pas. Elle ne se souvenait pas que la délivrance eût rien présenté d'extraordinaire. Cette femme, habituée à se rétablir très-vite, pouvait à peine se lever le dixième jour. Les lochies avaient coulé rouges jusque-là; il lui restait des coliques et des douleurs lombaires, plus fortes surtout après le repas. Le 12e jour, la malade eut une perte qui céda au repos et à des applications froides, mais qui revint les jours suivants. Le 19e jour, M. Godefroy trouva la malade affaiblie et inquiète, le sang coulait toujours, malgré un tampon de linge qui comprimait les parties génitales externes. Le col était assez ouvert, la cavité utérine développée comme à trois mois de grossesse; elle contenait quelques caillots. A sa partie antérieure et latérale était une tumeur assez dure, du volume d'un œuf, que M. Godefroy reconnut être une portion du placenta restée adhérente. Mais il ne put l'extraire immédiatement à cause du peu d'espace qu'il avait pour manœuvrer et parce que le col agacé s'était resserré. Cependant le sang coulait assez fort, le tampon fut appliqué. Il prescrivit ensuite 6 grammes d'ergot et la limonade sulfurique. Le lendemain, le tampon fut levé, la perte avait cessé. Le 3e jour, M. Godefroy fit faire une injection d'eau de graine de lin, le 4e jour, nouvelle perte très-abondante, mais cette fois il fut possible d'introduire deux doigts dans l'utérus, « de détacher la tumeur en la repoussant fortement en haut, puis de l'extraire. C'était une petite portion du placenta induré. La substance était blanche, friable, traversée de lamelles fibreuses; sa partie inférieure présentait deux petits caillots noirâtres; elle n'avait aucune odeur désagréable et celle du sang était la seule qu'elle exhalât. »

Toutes les observations terminées par la guérison ressemblent à celles-là. Il en a été publié plusieurs de la clinique de M. P. Dubois. Il est inutile de parler ici des cas malheureux.

D'une manière générale, on peut dire que la rétention du délivre est toujours un accident fort grave quelque soit la cause à laquelle il convienne de le rapporter. Mais cependant la rétention est moins dangereuse quand elle dépend d'une adhérence contre nature, que dans toute autre circonstance, et le pronostic doit être d'autant moins sévère que l'union est plus intime et plus totale. C'est qu'alors en effet on peut espérer la résorption totale ou partielle du délivre; résorption qui se fait sans hémorragie dans le premier cas et avec une perte plus ou moins inquiétante dans le second. Cette terminaison est au contraire impossible, si le placenta n'est uni à l'utérus par des adhérences organiques, ainsi que l'a observé M. Villeneuve, et dans ces cas la putréfaction du délivre est à peu près la seule terminaison possible; putréfaction qui traîne à sa suite le cortége effrayant des symptômes qui caractérisent la résorption purulente.

En résumé, le pronostic des adhérences placentaires est ordinairement peu grave, chaque fois que celles-ci peuvent être facilement rompues et l'arrière-faix amené à l'extérieur quelques heures après l'accouchement. Il est au contraire presque toujours fort grave, chaque fois qu'il y a rétention plus ou moins prolongée du délivre. Alors même il peut varier beaucoup suivant la nature des accidents qui surviennent. Dans tous ces cas, il est donc prudent d'attendre avant que de se prononcer.

§ III. Traitement.

Il n'y a que deux partis possibles en face d'une adhérence du placenta. Il faut la rompre et extraire l'arrière-faix, ou bien il faut attendre et s'en remettre aux efforts de la nature pour opérer la délivrance.

Si l'adhérence est faible, il n'y a pas à hésiter et les accoucheurs de tous les temps donnent unanimement le conseil de délivrer la femme. Pour cela faire, on exerce des tractions modérées sur le cordon en ayant, autant que possible, le soin de se conformer au précepte tracé par Levret, c'est-à-dire en tirant le plus qu'on peut, perpendiculairement à la surface d'insertion. Saisir le cordon d'une main, en même temps qu'on se sert de deux ou trois doigts de l'autre main pour constituer une poulie de renvoi, diriger les tractions dans un sens ou dans l'autre et se donner un point d'appui; tel est le moyen généralement employé, parfaitement connu et qu'il est dès-lors inutile de décrire plus au long. Il faut seulement remarquer que MM. Velpeau et Guillemot pensent que de quelque manière qu'on dispose les doigts qui forment poulie, on ne peut jamais exercer les tractions perpendiculairement aux surfaces d'insertion, par la raison très-simple que l'utérus revenu sur lui-même est appliqué sur la face fœtale du placenta et maintient le cordon parallèle à cette face. J'adopterais volontiers ce point de doctrine, mais je n'en crois pas moins la poulie de renvoi fort utile. Elle permet d'agir sur un point plus rapproché de l'insertion du cordon, et par suite de diriger mieux les tractions qui peuvent alors être exercées dans le sens de l'axe de l'utérus et non plus seulement dans le sens de la vulve. Elle décompose la puissance employée, et peut ajouter ainsi à la résistance qu'offre le cordon. Enfin les doigts portés suffisamment haut, protègent la lèvre supérieure du col contre la pression du cordon qui est souvent fort douloureuse, occasionne des tiraillements, et peut faire croire, suivant la remarque de M. Velpeau, à des adhérences qui n'existent pas.

Les tractions ne doivent jamais aller jusqu'à rompre le cordon, ce qui n'empêche pas que lorsque celui-ci est fort résistant, elles peuvent être poussées assez loin pour détruire des adhérences légères. Les anciens accoucheurs conseillaient comme adjuvant l'emploi des sternutatoires, ils disaient à la femme de pousser,

---

l'un et l'autre comme les inventeurs, quoiqu'ils l'aient pratiquée après le chirurgien anglais. Il n'est pas impossible que M. Riberi l'ait créée de son côté, sans savoir qu'elle avait été faite en Angleterre et en France, et qu'en conséquence Roux ait cru pouvoir lui en rapporter l'honneur. L'auteur n'a d'ailleurs, eu recours, que très-rarement à l'opération dont il s'agit, l'acide que dix-sept fois il a mis en usage, le procédé d'Adacus, dont il a obtenu, le plus souvent, un bon résultat. Vient ensuite la restauration du nez, à l'occasion de laquelle Roux établit encore une grande différence entre la rhinoplastie complète et la rhinoplastie partielle. Il n'a pratiqué la première que deux fois, et les résultats ont été peu avantageux; l'un des malades, revu au bout de quelques semaines, n'avait plus qu'un monticule assez informe. Ces faits et la plupart de ceux qui ont été publiés par les autres chirurgiens autorisent l'auteur, sinon à blâmer ou a rejeter, au moins à ne recommander que très-médiocrement cette opération. Il n'en est pas de même de la rhinoplastie partielle; celle-ci lui a donné de beaux succès et on lira avec intérêt la relation des deux cas dans lesquels il l'a mise en usage.

La quatrième lettre traite de la génoplastie et de la chicloplastie. Ces restaurations sont du nombre de celles qu'on peut le moins régulariser, et qui varient, de toute nécessité, pour chaque individu. L'intérêt de cette lettre est donc dans les observations que l'auteur rapporte avec l'élégance et le bon goût qui lui sont propres. Les deux premières offrent ceci de particulier que, pour remédier à une destruction étendue de la lèvre inférieure, et faciliter le rapprochement, il a résigné la portion médiane du maxillaire.

Rien de plus instructif et de plus curieux que les deux observations du bec-de-lièvre et les réflexions pratiques et ingénieuses qui les accompagnent dans les cinquième et sixième lettres. Dans un cas, il s'agissait d'un nouveau-né, la mort faillit arriver pendant l'opération par une sorte de syncope que n'expliquait pas la quantité du sang perdu; par une de ces inspirations, comme en ont les grands chirurgiens, Roux porte son doigt au fond de la bouche et ramène un caillot volumineux qui, sans doute, obstruait le larynx et arrêtait la respiration. Dans une autre cas, l'opération échoue une première fois mais réussit une seconde. Deux fois Roux a exécuté le procédé de MM. Clémot et Malgaigne, et il émet l'opinion que cette modificafion, très-utile quand on opère un bec-de-lièvre uni-latéral. Dans une autre observation où il s'agit encore d'un nouveau-né, la suture paraît échouer, la désunion s'opère au quatrième jour; mais une réunion secondaire s'établit et amène une restauration suffisante de la lèvre. Cette opération du bec-de-lièvre, chez le nouveau-né, soulève plusieurs questions importantes : est-il indifférent de la pratiquer dès les premiers jours ou quelques mois après la naissance? Y a-t-il avantage à changer le fil tous les

de souffler dans ses doigts, dans une bouteille, sur un grain de sel, etc. Ces moyens dont l'action était toute mécanique sont depuis longtemps jugés; ils sont toujours puérils et souvent dangereux. Pour seconder les tractions faites sur le cordon, on doit se borner à quelques frictions sur le ventre.

Jusqu'ici tout le monde est parfaitement d'accord, mais si le cordon a été rompu, ou si les adhérences ne cèdent pas aux frictions méthodiques, que convient-il de faire?

Les uns vivement préoccupés des accidents graves que peut occasionner la présence du placenta dans l'utérus, pertes abondantes et continuelles, inflammation de la matrice, phlébite utérine, résorption de la sanie à laquelle donne lieu la décomposition du delivre, accidents nerveux, douleurs de toute sorte, pensent que le chirurgien ne doit jamais quitter la femme qu'il a accouchée avant qu'elle ne soit délivrée. Coûte que coûte, il faut extraire le placenta, dût-on l'arracher par morceaux. Cette opinion s'appuie des noms de Celse, Deventer, de Lamotte, Kok, Lauverjat, etc. D'autres, au contraire, partisans exagérés de l'expectation, redoutent infiniment moins les conséquences du séjour prolongé du placenta dans l'utérus, que celles des manœuvres violentes ou intempestives employées pour en faire l'extraction. Cette seconde opinion se recommande par les noms de Paul d'Égine, Morgagni, Van-Swieten, Ruysch, Pasta, etc. Les uns et les autres ne manquent point de faits pour justifier leur pratique. Aussi depuis longtemps déjà les hommes spéciaux rejetant ce que ces deux manières de voir ont de trop exclusif, se sont rattachés à une moyenne plus sage. Mauriceau dit positivement « que lorsque l'arrière-faix est resté dans la matrice, le danger est moins grand d'en commettre l'expulsion à la nature que de faire trop de violence pour le tirer. » Smellie veut, quand le placenta adhère d'une manière si intime que ce corps spongieux ne peut être détaché sans déchirer la matrice, qu'on abandonne la délivrance à la nature. Instruit par sa propre expérience après qu'il eut vu une femme succomber promptement aux violences exercées pour détruire les adhérences d'une portion de placenta qui était squirrheuse, il a, dans un cas semblable, laissé ces portions dans la matrice et s'en est bien trouvé. « Si les adhérences du placenta étaient pourtant assez étroites, dit Baudeloque, pour qu'il ne formât en quelque sorte qu'un seul et même corps avec la matrice, il faudrait abandonner pour un temps la délivrance aux efforts de la nature. L'union du placenta se relâchera et se détruira et il viendra s'offrir comme de lui-même à la main de l'accoucheur. » Levret, Gardien, Desormeaux, formulent tous le même précepte, et les accoucheurs modernes ainsi qu'eux s'y conforment généralement.

« Adhérent ou non dit M. Velpeau, le placenta ne doit être laissé ni en totalité ni en partie dans l'utérus que s'il n'est pas possible de l'extraire. » Puis, après avoir cité plusieurs exemples de femmes mortes pour n'avoir pas été délivrées immédiatement, il ajoute : « La meilleure pratique selon moi, est donc celle qui consiste à porter la main dans la matrice, plutôt que d'y laisser des portions de délivre, et, dans tous les cas, à retirer ces portions le plus tôt possible... D'ailleurs il ne s'agit pas d'arracher, de détruire, bon gré, mal gré, des adhérences intimes, de *décortiquer* le placenta comme faisaient les anciens, mais bien seulement de le séparer avec précaution et de l'extraire toutes les fois qu'on le peut sans dilacérer la matrice. » J'ai entendu M. Paul Dubois s'exprimer à peu près dans les mêmes termes à sa clinique. Cet habile accoucheur a coutume d'aider la délivrance par de légères tractions sur le cordon, si celles-ci sont insuffisantes, il attend une heure environ. Alors, si le placenta n'est pas détaché, il va le chercher jusqu'au fond de l'utérus. Quand le placenta est retenu dans la matrice, il faut l'en extraire, nous disait-il, il le faut à tout prix, et ne jamais l'y abandonner, à moins pourtant qu'on ne dût pour l'enlever, déchirer la matrice et causer des désordres plus grands que ceux qui pourraient résulter de sa décomposition dans cet organe. Inutile d'ajouter que MM. Chailly, Cazeaux, etc., ont fidèlement reproduit la leçon du maître.

Malgré ces préceptes si nettement tracés et depuis longtemps par les hommes les plus spéciaux, il est quelques praticiens qui justement effrayés des inconvénients qu'il peut y avoir à porter trop librement la main dans l'utérus, et de l'insuccès fréquent des manœuvres que nécessite l'extraction forcée du placenta, ont essayé d'introduire dans la pratique d'autres moyens pour opérer la délivrance; réservant l'extraction manuelle comme une ressource extrême. Plusieurs de ces moyens étaient en usage du temps de Mauriceau, qui recommande aux jeunes médecins de se tenir en garde contre eux. « Il vaut mieux, dit-il, préférer l'extraction de l'arrière-faix par l'opération de la main, autant qu'elle est possible sans aucune violence, que d'en exciter l'expulsion par des remèdes purgatifs et diurétiques. » Ces remèdes en effet, n'ont d'action qu'en stimulant l'utérus, et par conséquent, ils sont de nature à déterminer l'inflammation de cet organe. D'un autre côté, je comprends parfaitement que les contractions de la matrice puissent expulser le placenta lorsqu'il est libre et faiblement retenu par le resserrement du col, mais je ne sais pas trop ce qu'on peut attendre de ces contractions, pour rompre des adhérences qui ont résisté aux contractions bien plus violentes de l'accouchement et aux tractions faites sur le cordon. D'ailleurs, on sait que c'est presque toujours dans l'intervalle des contrac-

---

jours, comme le conseille M. Dubois? Vaut-il mieux, après l'opération, que les enfants prennent le sein ou boivent à la cuillère? Quels sont les principaux accidents à redouter? Roux examine incidemment plusieurs de ces questions et fournit pour les autres des documents qui seront mis à profit par ceux qui voudraient fixer définitivement les idées des praticiens sur ce sujet délicat.

Les septième, huitième et neuvième lettres sont consacrées à la staphyloraphie, cette opération à laquelle Roux a attaché son nom, et qu'il a pratiquée près de deux cents fois. Il expose dans des pages intéressantes, où l'élégance du style le dispute à l'élévation de la pensée, l'historique de cette méthode, les essais que Grœfe faisait à Berlin, pendant que lui-même s'en occupait à Paris, les détails de sa première opération, qui fut pratiquée sur un jeune médecin, le docteur Stephensen, et plusieurs autres observations, au milieu desquelles sont disséminés bon nombre de préceptes. L'utilité de ces derniers ne sera contestée par aucun de ceux qui, appelés à faire une staphyloraphie, auront eu la bonne pensée de consulter préalablement cet ouvrage.

Les deux dernières lettres ont pour sujet la périnéoraphie, cette autre innovation chirurgicale qui ne contribuera pas moins que la précédente à immortaliser le nom de Roux. C'est encore dans une relation attachante des faits que l'auteur consigne les règles dont la bonne exécution permet d'obtenir un succès. Il ne sera permis désormais à personne d'entreprendre la suture du périnée sans avoir pris connaissance des préceptes dictés par l'expérience au chirurgien qui l'a imaginée et l'a exécutéa un si grand nombre de fois. On doit savoir gré à M. Broca d'avoir placé comme appendice à ces lettres, un tableau des dix-sept observations rapportées par l'auteur, avec un résumé succinct de chacune d'elles.

Arrivé à la fin de ce volume, nous sommes heureux de reconnaître que l'auteur a rendu à la chirurgie un dernier service, en consignant ici les résultats de sa vaste expérience sur les sujets qu'il avait si longtemps élaborés. Nous qui l'avons suivi assidûment, et qui conservons principalement le souvenir de la bienveillance qu'il nous a témoignée, nous pouvons attester que ce livre exprime fidèlement les pensées et les préceptes que nous avons souvent entendus développer par le célèbre professeur, et nous n'hésitons pas à déclarer qu'en lisant et consultant ce volume et ceux qui vont suivre, les chirurgiens retrouveront le maître qu'ils ont aimé et les leçons qu'ils ont appréciées.

FIN.

tions que le décollement s'opère et non quand elles sont dans toute leur énergie. C'est donc tout au plus dans un cas d'inertie que les contractions pourraient produire l'effet qu'on en espère. Mais lorsque l'utérus est revenu sur lui-même et globuleux, si le placenta a, sans se détacher, subi le plissement auquel l'oblige le retrait de sa surface d'implantation, il n'y a véritablement pas lieu de compter sur l'efficacité de quelques contractions de plus. Aussi je crois très-sage le conseil de Mauriceau, et je pense que l'ergot de seigle qui de nos jours est dans ces circonstances, souvent employé d'une manière un peu banale, doit être réservé pour remplir des indications que j'essayerai de préciser.

Les anciens accoucheurs recommandaient de couper le cordon entre deux ligatures; ils avaient pour cela deux raisons. D'abord, ils craignaient que la femme n'eût une hémorragie par le cordon, ensuite ils pensaient que le placenta restant gorgé de sang, devait se détacher plus facilement. Il est aisé de voir que cette pratique repose sur une erreur anatomique. L'hémorragie par le cordon n'est pas possible, à moins d'une communication insolite entre les vaisseaux de la mère et ceux de l'enfant, et si le sang retenu dans le placenta facilite son décollement, c'est seulement en augmentant son poids. Il n'y a pas fort longtemps que cette opinion s'est reproduite sous une forme plus scientifique. M. Mojon de Gênes voulant arrêter une perte assez grave en délivrant promptement la femme, eut le premier l'idée d'injecter de l'eau froide et acidulée dans la veine ombilicale. La perte s'arrêta et le placenta sortit peu de temps après. M. Mojon publia le fait et bientôt il trouva des commentateurs.

Le docteur Legros fit sur l'injection du placenta un mémoire intéressant et appuyé de trois observations qu'il communiqua à la société de médecine de Paris. M. Gendrin, qui fut ensuite chargé par la société de rédiger un rapport sur ce mémoire, compléta par ses recherches l'étude commencée par M. Legros; et de ce double travail, on peut conclure : que l'injection d'une certaine quantité d'eau froide ou acidulée dans la veine ombilicale accélère la délivrance, d'abord en produisant l'engorgement mécanique du placenta, engorgement analogue à celui qu'on obtient en liant le cordon du côté de la mère, et même plus considérable; mais que cette injection agit surtout par l'abaissement de température qu'elle produit dans l'utérus et par ses propriétés acidules et stiptiques. Elle réveille la sensibilité utérine dans les cas d'inertie et cette simple stimulation suffit pour arrêter une hémorragie et faciliter le décollement du placenta. Il va sans dire que si le procédé de M. Mojon peut rendre des services dans les cas de perte légère et d'adhérences faibles, il est sans effet dans l'adhérence intime, et qu'il serait imprudent de s'en fier à lui dans un cas d'hémorragie grave. Je n'en adopte pas moins la conclusion du docteur Legros et je pense comme lui « que de quelque manière qu'on considère ce procédé, on ne peut disconvenir que c'est un moyen à ajouter à ceux que possède déjà la science des accouchements; son exécution est facile, nullement hasardeuse pour l'opérateur et sans dangers aucuns pour la femme. »

L'injection de la veine ombilicale peut aider le décollement d'un placenta qui n'est retenu que par l'inertie de l'utérus. Mais si l'utérus se contracte parfaitement, s'il y a même un peu d'éréthisme, de spasme, ce moyen ne pourra qu'augmenter les accidents. Alors, il me paraît parfaitement indiqué de faire une injection émolliente et même légèrement narcotique dans l'utérus. Cela a du moins parfaitement réussi dans l'observation suivante :

Vingtième observation. — Une femme de trente-trois ans, nerveuse, bien accouchée antérieurement, accoucha le 4 mars 1850 de deux jumeaux. D'abord, il fallut perforer les membranes. Le fœtus expulsé semblant très-petit, en raison du volume du ventre; la sage-femme reconnut un second enfant. Elle lia le cordon du côté de la mère et frictionna le ventre. Il y avait un peu de stupeur utérine, l'accoucheur fut appelé; il prescrivit cinquante centigrammes d'ergot et fit faire des frictions avec un liniment volatif. Cinq heures après cette prescription, le second enfant vint au monde; mais la délivrance ne se fit pas, l'un des cordons était grêle, l'autre était gros. Les tractions exercées sur eux étaient douloureuses et comme brûlantes, on ne sentait pas les placentas au col; enfin, l'utérus était inégal et raboteux. L'accoucheur soupçonnant l'adhérence des placentas, s'en assura par le toucher, et reconnut de plus qu'il y avait un peu de chatonnement. Il fit alors faire des injections dans l'utérus avec de l'eau tiède et émolliente; il survint une légère hémorrhagie qui fut ensuite domptée par l'eau froide. Le grandes injections tièdes furent alors reprises et continuées de cinq en cinq minutes pendant quatre jours. Les troisième et quatrième jour, il sortit quelques portions des placentas décomposés. Le soir du quatrième jour, le tout sortit, et la femme se rétablit bien.

L'auteur de cette observation, M. Vulliamoz-Blanc (de Lausanne), ne manque pas de faire aux grandes injections, l'honneur du décollement des placentas, et cela d'autant moins qu'il se croit l'inventeur de ce moyen, dont il avait déjà développé les avantages dans un Mémoire communiqué à l'Académie de médecine une dizaine d'années auparavant. Alors même, M. Capuron, rapporteur, avait pris cette conclusion, que le nouveau procédé pouvait rendre parfois service, mais qu'il était, en tout cas, inférieur à celui de M. Mojon (de Gênes).

Pour moi, ces deux moyens ne peuvent se suppléer, et doivent être réservés pour des indications qui ne sont pas les mêmes, ainsi que je viens de le dire. Dans l'observation qui précède, il y a tout lieu de croire que les adhérences des placentas ont cessé indépendamment des injections, mais je crois que celles-ci ont été très-utiles, tant pour faire cesser le chatonnement qui eût pu retenir les placentas encore longtemps, quoique libres de toute adhérence, que pour empêcher les accidents que la putridité de ceux-ci n'eût pas manqué d'amener, si on n'eût pas eu le soin de faire aussi fréquemment des injections détersives.

Pour m'en tenir au fait seul de l'adhérence, je le regarde comme se rangeant naturellement dans les cas où la poussée de la nouvelle muqueuse utérine tarde à se faire. Retard qui peut durer bien plus de quatre jours.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Chassaignac.

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP.

L'indication de recourir à la trachéotomie dans le croup n'est pas chose nouvelle, ainsi que le pensent quelques médecins. Dans le cours du XVIIIe siècle, plusieurs auteurs l'avaient déjà conseillée de la manière la plus formelle et en précisant que c'était bien pour la véritable affection croupale, puisque c'est dans une monographie sur le croup, due à Francis Home, (*an inquiry into the nature, cause aud cure of the croup. Edimb.* 1765) que se trouvent à la fois et la description de la maladie et l'indication positive de recourir à l'ouverture des voies aériennes. En 1771, Cranfort conseille cette opération d'une manière non moins formelle, lorsque les paroxysmes se succèdent avec violence et qu'il y a imminence de suffocation. (*Dissert. de Cynanche Scridulâ. Edimb.* 1771.)

En 1778, Michaëlis donna également le conseil d'y recourir, mais seulement dans la deuxième période de la maladie (*Dissert. de Augina Polyposa seu membranosa. Gattingæ* 1778.)

Il est incontestable aujourd'hui que la première opération de trachéotomie faite avec succès dans un cas de croup pseudo membraneux a été pratiquée à Londres avant 1775. — Andrée, chirurgien de Londres, exécuta cette opération de la manière suivante :

Il commença par diviser les téguments à l'aide d'une section longitudinale étendue de la glande thyroïde au sommet du sternum et d'une longueur d'environ trois travers de doigt. La tranchée ayant été ensuite habilement découverte, il coupa transversalement la membrane qui unit le 2e et le 3e anneau de ce conduit et pratiqua une autre incision semblable entre le 4e et 5e anneau; de sorte que deux anneaux se trouvaient compris entre les deux

incisions transversales. Au moyen de deux autres incisions latérales, partant des deux premières, il enleva un morceau quadrangulaire de la tranchée. Il résulta de là une ouverture propre non-seulement à l'accomplissement de l'acte respiratoire, mais à l'expulsion des concrétions membraneuses qui déterminaient la suffocation. Par cette ouverture il sortit aussitôt une grande quantité de pus, mais pas de fausses membranes. Deux jours après un lambeau de fausse membrane s'échappa de lui-même par l'hiatus artificiel, et ce qu'il en restait dans le conduit put être extrait avec les doigts.

En 1808, Caron, dans son traité du croup et dans son examen du recueil des faits publiés par l'École de médecine, démontra l'utilité de la trachéotomie dans le croup.

En 1825, M. Bretonneau, après six opérations infructueuses, en vit une septième couronnée de succès. Encouragé par ce résultat, il pratiqua nombre de fois la trachéotomie et fut imité plus tard par MM. Trousseau, Guersant et un si grand nombre de praticiens, qu'aujourd'hui l'indication d'opérer dans le croup est entrée dans le domaine de la pratique générale.

A la vérité, nous devons faire remarquer que parmi les cas cités comme exemple de succès de la trachéotomie dans le croup, il en est un certain nombre qui se rapportent à tout autre chose qu'à des laryngites pseudo-membraneuses. Ainsi la relation de certains faits ne permet pas de douter qu'on ait eu affaire à des laryngites striduleuses, à des amygdalites couenneuses dans lesquelles la pseudo-membrane ne s'était point encore étendue dans la cavité du larynx, à des angines œdémateuses, etc. Nous n'admettons, comme cas de succès de la trachéotomie dans le croup, que ceux dans lesquels il est bien établi par une description suffisamment détaillée que des pseudo-membranes laryngées, trachéales ou bronchiques ont été expulsées par la plaie de l'opération ou par la canule.

Ceci nous conduit à discuter la question d'opportunité de l'opération en égard aux diverses périodes de la maladie.

Pour nous, voici quelle est la règle de conduite. Du moment que coïncidemment à l'existence de pseudo-membranes visibles par l'examen du fond de la gorge il y a une gêne croissante de la respiration, nous n'hésitons pas à pratiquer la trachéotomie.

Attendre que les symptômes de suffocation et d'asphyxie soient portés à un degré tel que la mort est imminente, attendre par conséquent que des altérations anatomiques aient eu le temps de s'établir d'une manière peut-être irrévocable dans le tissu du poumon, nous paraît une expectation très-peu rationnelle. C'est la gêne de la respiration coïncidant avec l'existence non douteuse de pseudo-membranes pharyngiennes qui nous sert de critérium pour l'opération. Car nous n'avons jamais opéré sur la seule indication de l'existence de pseudo-membranes pharyngées, toutes les fois que la liberté de la respiration n'était pas sérieusement menacée. Nous avons vu un trop grand nombre de cas dans lesquels il a suffi de simples attouchements avec la solution à 5 grammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée, dans le but de faire justice d'angines couenneuses, pour ne pas regarder comme prématurée et même superflue toute trachéotomie, qui serait faite avant qu'un embarras spécial de la respiration n'indiquât d'une manière positive que cette fonction est menacée. Ce serait un moyen trop facile d'entasser des cas de succès presque assurés.

A l'égard de la dose à laquelle nous employons la solution de nitrate d'argent, que nous préférons à tout autre caustique, ce en quoi nous sommes tout à fait d'accord avec M. Blache, nous ferons remarquer que dans notre opinion les cautérisations plus énergiques nous paraissent avoir de très-graves inconvénients.

Elles ajoutent le danger des escharres à celui des pseudo-membranes, elles déterminent des empoisonnements, et nous sommes certains pour avoir constaté de visu l'état de la gorge chez des sujets soumis à ces cautérisations exagérées que, si les cautérisations pharyngiennes ont sauvé les malades dans certains cas ; il en est d'autres où elles ont concouru à causer la mort.

L'observation suivante est un bel exemple de guérison du croup dans un cas où les pseudo-membranes envahissaient non-seulement le larynx, mais encore la trachée jusqu'à sa bifurcation et très-sûrement aussi les grosses bronches jusqu'à une profondeur qu'on ne peut pas déterminer.

Du moins savons-nous que des tubes membraneux qui n'avaient pu être formés que dans les bronches dont ils représentaient le calibre par leur dimension, ont été expulsés à travers la canule.

OBSERVATION.

Trachéotomie à la période ultime d'un croup pseudo-membraneux avec prolongation des fausses membranes dans la trachée et dans les divisions bronchiques. Guérison.

Joucklet (Joséphine), âgée de dix ans, rue de la Muette n° 1, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 février 1853, salle Sainte-Marthe n° 15.

Cette enfant, douée d'une physionomie très-intelligente, de tempérament lymphatique et portant dans sa constitution chétive la trace des privations, a été prise, il y a trois jours, de tous les symptômes du croup; mais c'est seulement dans la nuit du 7 au 8 février qu'elle fut en proie à une dyspnée qui survint vers deux heures du matin et se continua jusqu'à l'heure où on l'apporta à l'hôpital. (Huit heures du soir.)

A son arrivée, face anxieuse pâle, regard languissant et morne, presque éteint, pupille dilatée, les yeux se portent souvent vers la partie supérieure et interne de l'orbite, paupières à demi-fermées semblant ne plus avoir la force ni de s'ouvrir ni de se clore complétement; état général de torpeur et de demi-somnolence, par instant les narines font effort pour se dilater, la bouche est du reste constamment fermée et la respiration exclusivement nasale. Langue blanche, humide, rougeur arborescente de l'arrière-gorge, on y remarque quelques points blanchâtres entourés d'une auréole opaline légèrement transparente, le centre est plus élevé, plus blanc, plus opaque. Sur les parties latérales de la luette qui est légèrement tuméfiée, se voient deux couches pseudo-membraneuses formant bordures latérales en avant, où elles sont séparées, tandis qu'en arrière la concrétion couenneuse est tout d'une pièce.

La peau est couverte d'une sueur perlée, froide, occupant surtout les sillons de la face. Extrémités froides. La petite malade sembla éprouver à la trachée une gêne qui lui fait porter souvent la main à la région antérieure du cou comme pour ôter un corps étranger. Respiration à 39. Pouls irrégulier, petit, à 118. L'inspiration, sensiblement plus courte que l'expiration, est rauque et voilée; cette dernière est sifflante.

L'enfant, antérieurement à son entrée à l'hôpital, avait rendu un fragment de pseudo-membrane. La toux est rauque et amène parfois l'expectoration de mucosités filantes ; l'aphonie est complète; parfois on entend un bruit de gloussement quand l'inspiration est plus difficile. A la percussion, la poitrine résonne mal et offre une sorte de matité diffuse ; nous insistons sur ce point, parce qu'après l'opération, la percussion, répétée de nouveau, a donné un timbre beaucoup plus clair. C'est, si l'on veut, une nuance, mais cette nuance nous a paru nettement accusée.

A l'auscultation, il se produit une sensation de frottement rude dans le larynx et la trachée ; il n'y a nulle part de murmure vésiculaire ; on n'entend plus que de gros râles humides qui semblent avoir pour siége les premières divisions bronchiques. Par moment, l'enfant se cramponne aux draps comme cherchant à y prendre un point d'appui pour mieux respirer. Les muscles du cou se contractent spasmodiquement. Enfin, il y a déjà émission involontaire des urines, ce qui, joint à l'état des pupilles, indique le collapsus précurseur d'une asphyxie complète.

Lorsque l'enfant eut été couchée et réchauffée vers les neuf heures, il y eut un semblant d'amélioration qui ne dura pas longtemps. A dix heures, la dyspnée redevint violente, l'aphonie complète, l'asphyxie imminente. Sinapismes, frictions irritantes, un gramme d'ipéca; l'enfant ne vomit point malgré le soin qu'on a de titiller la luette.

M. Chassaignac fut mandé à onze heures et demie du soir, et, malgré le peu de chance de succès que parut offrir l'opération, il se décida à la pratiquer. Après avoir attentivement observé la ré-

gion antérieure du cou, il implanta d'emblée à travers la peau un ténaculum qui pénétra immédiatement au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde. A ce premier instrument il substitua sur le champ le ténaculum cricoïdien; après s'être assuré que la trachée était solidement saisie, il y plongea directement un bistouri aigu et agrandit aussitôt avec le bistouri boutonné la ponction qui venait d'être faite. Après cela, il introduisit sans difficulté un dilatateur coudé, et à ce moment fut lancé au dehors un large lambeau de pseudo-membrane, puis la canule fut placée.

De nouvelles pseudo-membranes sortirent encore; bientôt l'enfant respira; les pupilles se contractèrent presque immédiatement. L'expansion vésiculaire redevint perceptible, s'accompagnant de râles humides; la matité diffuse dont nous avons parlé diminua sensiblement. Le pouls descendit à 96 et la respiration à 32; puis l'enfant s'endormit après avoir pris un peu de vin sucré et de bouillon. Frictions aromatiques chaudes sur tout le corps.

Parmi les fausses membranes expulsées, deux étaient manifestement tubulées ainsi qu'on le démontra par l'introduction d'un stylet, l'une d'elles, large de 4 centimètres, longue de 6 à 7, était striée longitudinalement, jaunâtre et recouverte d'un peu de sang; la seconde, beaucoup plus petite, bifide à l'une de ses extrémités semblait appartenir à des divisions bronchiques secondaires. La nuit fut calme.

Le 9 février, de nouvelles fausses membranes sont expulsées à travers la canule; elles ont une face striée, l'autre tomenteuse, elles sont plus blanches que les premières mucosités abondantes. Respiration bonne, plus de matité, le soir un peu de fièvre.

Le 10, l'amélioration continue. Looch blanc avec 20 centigr. de kermès.

Le 14, crochets rouillés. Les frictions aromatiques, qui avaient été continuées jusque là, sont remplacées par des frictions avec de la teinture de quinquina.

Le 16, la respiration devient un peu plus difficile; il y a toujours un peu de fièvre le soir.

Le 17, un peu de matité à droite. Ventouses sèches.

Le 18, un peu d'amélioration. Même traitement. Abondance de mucosités purulentes avec des parcelles pseudo-membraneuses de plus en plus minces.

Le 20, les mucosités diminuent et deviennent catarrhales.

Le 24, l'enfant va mieux. Elle est toujours pâle, sans appétit. La canule est retirée. Dans l'après-midi, la voix revient, les lèvres de la plaie tendent à se juxtaposer. Après l'enlèvement de la canule, les mucosités deviennent moins abondantes. Huile de foie de morue, iodure de fer.

Le 28, l'air ne passe plus par la pluie.

Un mois après, dans les premiers jours d'avril, l'enfant qui était restée pendant une quinzaine de jours pâle et triste, a repris de l'embonpoint, de la gaieté, de l'animation. Elle est donc aujourd'hui parfaitement guérie de sa maladie, de l'opération et de ses suites.

Cette observation prouve que, quelle que soit la gravité des accidents au moment de l'opération, il ne faut point renoncer à l'espoir de sauver un enfant arrivé à la période ultime du croup. Cette petite malade était assurément de tous les jeunes sujets opérés par nous, celle qui paraissait avait le moins de chances en sa faveur, et cependant l'opération a été couronnée d'un plein succès.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

CROUP PSEUDO-MEMBRANEUX TRAITÉ PAR LE TARTRE STIBIÉ A DOSE VOMITIVE, LES FRICTIONS MERCURIELLES ET LES INSUFFLATIONS D'ALUN.—GUÉRISON.

Par le Dr A. MAYER.

Dans les premiers jours de décembre 1854, je fus appelé, avec M. le docteur Dreyfus, à voir l'enfant de M. M..., rue Corbeau, 18. Cet enfant du sexe féminin, âgé de 2 ans et demi, est malade, nous dit-on, depuis 4 jours. Nous le trouvons dans l'état suivant :

Porté sur les bras de sa mère, il est en proie à une excessive anxiété. Sa face est pâle; sa tête inclinée sur le côté droit et légèrement rejetée en arrière. Le pouls est petit et très-fréquent. La peau n'est pas chaude. Point d'altération de la voix ni de tout caractéristique. La respiration paraît embarrassée; ce qui nous porte à explorer la gorge et les parties latérales du cou. Nous constatons à droite et en dedans de l'amygdale une fausse membrane assez épaisse et blanchâtre, de la dimension d'une pièce de un franc, entourée de plusieurs points offrant le même aspect. L'isthme du gosier est d'un rouge vif dans toute son étendue. Les glandes cervicales correspondantes sont fortement engorgées. Nous diagnostiquons, sans hésiter, un vrai croup, et nous prescrivons en conséquence une potion avec :

Eau de tilleul.	60 gramm.
Tartre stibié.	10 centigr.
Sirop d'ipéca.	30 gramm.

M. une cuillerée à café tous les quarts d'heure jusqu'à quatre vomissements. Reprendre deux heures après. — Sinapismes aux extrémités inférieures. — Boissons délayantes en abondance. — Insufflations d'alun dans la gorge. — Frictions avec l'onguent mercuriel sur le cou, répétées toutes les deux heures jusqu'à ce qu'on en ait épuisé 16 grammes.

Notre diagnostic occasionne un grand émoi dans la famille, qui ne soupçonnait pas la gravité de la maladie. Il s'agit d'ailleurs d'un enfant unique, l'idole de ses parents.

On nous fait l'aveu qu'un médecin avait déjà donné des soins à la petite malade et qu'il avait considéré son indisposition comme insignifiante en la qualifiant de grippe. Cette révélation nous imposait le devoir d'exiger que le confrère en question fût rappelé pour notre visite du lendemain, ce qui nous fut promis. Il était alors une heure avancée de la soirée.

Le lendemain nous trouvâmes notre petite malade à peu près dans le même état quant à la dyspnée. Il y avait eu 26 vomissements, mais la pseudo-membrane commençait à se détacher sur ses bords. Elle ne s'était d'ailleurs pas étendue en surface. Continuation des mêmes moyens prescrits la veille.

Le confrère dont nous avions réclamé la présence n'avait point été appelé. Nous ne pûmes vaincre la résistance des parents à cet égard.

Le soir même, quelques fragments de fausses membranes avaient été déjà expulsés par les vomissements. Il reste encore cependant une grande partie de la plaque que nous avions vue le jour précédent, seulement elle est détachée et flottante sur presque tous les points de son pourtour.

La respiration est plus facile et le pouls moins fréquent.

Prescription *ut suprà* moins les sinapismes.

Le troisième jour l'enfant va très-bien. Il respire avec facilité, son facies est épanoui, et il a repris sa gaieté ordinaire.

Des flocons pseudo-membraneux ont encore été rendus avec les matières vomies, et il ne reste plus de trace d'exsudation plastique dans la gorge.

Depuis ce moment la guérison ne s'est pas démentie.

Réflexions. Cette observation ne mériterait pas assurément les honneurs de la publicité s'il ne s'agissait que du traitement mis en usage, qui ne se distingue en rien de la pratique journalière. Cependant il y a dans ce fait, banal en apparence, quelques détails qui prêtent à des considérations d'une certaine importance.

1° Exemple assez rare de croup vrai angine diphtéritique guéri par une médication simple mais remplissant simultanément toutes les indications rationnelles (action mécanique du vomissement, action altérante du mercure, action styptique de l'alun sur la production morbide, etc.);

2° Abstention des déplétions sanguines dont nous avons indiqué ailleurs les funestes résultats;

3° Preuve nouvelle de la nécessité d'explorer la gorge chez les enfants qui présentent en temps d'épidémies catarrhales quelques symptômes pathologiques du côté des voies aériennes;

4° Cause d'erreur possible par l'absence de la toux croupale et de l'altération du timbre de la voix;

5° Constatation de l'engorgement des glandes cervicales et sous maxillaires, constituant un des signes les plus constants du croup pseudo-membraneux.

(*Presse méd.*)

MALADIES CHRONIQUES DE LA PEAU; ORTIE COMMUNE.

Témoin chez un enfant affecté d'un *lichen agrius* invétéré, des bons effets d'une infusion d'ortie (*urtica dioica*) prescrite comme remède do-

mestique, alors que son propre traitement avait entièrement échoué, le docteur Bullar fut conduit à essayer cette plante dans le traitement des maladies chroniques de la peau. Une expérience ultérieure lui a appris que celles-ci cèdent avec la plus grande rapidité, surtout lorsqu'elles sont compliquées d'un état cachectique, à l'usage, tant de la décoction que de l'exrait d'ortie.

A l'appui de ses assertions, M. Bullar rapporte plusieurs observations analysées, d'après l'*Association medical Journal* (10 nov. 1854), dans l'*Union médicale* (25 nov. 1854). Qu'il nous suffise de dire qu'elles ont trait à des cas de *psoriasis diffusa*, d'eczéma chronique, de *lichen*, *agrius*, de *lepra vulgaris*, d'*eczema impetigenodes*, etc.; que le remède est particulièrement indiqué dans les éruptions papuleuses chroniques et invétérées (le lichen), et dans diverses formes de maladies vésiculeuses et squammeuses (eczéma, *lepra* et *psoriasis*). Le docteur Bullar recommande en même temps l'emploi d'un régime convenable et de lotions quotidiennes sur tout le corps avec du savon et de l'eau. Si la langue est chargée, on fera précéder l'emploi de l'ortie par les mercuriaux et les purgatifs doux.

La décoction d'ortie se prépare en faisant bouillir une once de feuilles et de tiges dans une pinte et demie d'eau, que l'on réduit par l'ébullition à une pinte. Le malade en prend, par jour, un quart de pinte à une demi-pinte comme boisson ordinaire.

L'extrait d'ortie possède les mêmes vertus que la décoction et l'emporte sur elle, en ce qu'il est plus agréable, plus commode à prendre et plus facile à rencontrer que la plante elle-même dans les grandes villes. On l'administre à la dose de dix à vingt grains par jour.

(*Annales méd. de la Flandre occid.*)

NOUVELLES.

M. le docteur Auzoux, auteur de l'*Anatomie classique*, commencera son cours d'anatomie humaine et comparée, le dimanche 14 janvier à une heure, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Les jeudis à la même heure : — 1° Conférences sur la leçon du dimanche;

2° Expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient;

3° Considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques. — *Des places seront réservées pour les dames et les personnes qui en feront la demande.*

M. le professeur Piorry commencera mercredi 17, un cours de plessimétrisme et le continuera les mercredis suivants.

A partir du mercredi 17 courant, M. le professeur Piorry consacrera sa leçon clinique du mercredi à l'étude spéciale du plessimétrisme. La leçon commencera à 8 heures et demie du matin, à l'hôpital de la Charité.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous apprenons que la ville de Marseille est en rumeur; nous entendons la partie féminine de Marseille et le corps médical; or, en dehors de ces deux parties de l'humanité existe-t-il réellement quelque chose qui mérite qu'on s'en occupe. Marseille, donc, est en rumeur, et M. Chargé, dit-on, en est la cause, ce qui n'étonnera personne, puisqu'il paraît que M. Chargé est un fort bel homme et de plus homœopathe, deux qualités, la première surtout, naturellement fort précieuse aux yeux des dames (1). Par malheur, M. le docteur Cruchet en a été moins touché que les belles phocéennes, et ce sont principalement les merveilleuses cures de M. Chargé, annoncées dans le *Courrier de l'Isère*, dans le *Courrier de la Gironde*, et, paraît-il, dans ou par beaucoup d'autres courriers, qui ont captivé les regards de M. le docteur Cruchet. Or, les cures de M. Chargé, en tant que merveilleuses, ne veulent pas être vues de trop près; les regards indiscrets les dissipent, comme le soleil de juillet dissipe les vapeurs du matin; aussi quand M. Cruchet a voulu pénétrer jusqu'au fond du sac, a-t-il été étonné de le trouver vide et percé à jour. Malheureusement pour lui, il ne s'est pas contenté de son étonnement, il a voulu faire jouir de sa découverte le public médical, et dans ce but, il a composé une brochure que M. Chargé se propose, dit-on, de faire juger en police correctionnelle. Ici la chose devient sérieuse et doit être traitée sérieusement; mais entre médecins ou savants, elle est sérieuse, surtout pour l'accusateur ; que dans un libelle diffamatoire, conçu dans le but évident et exclusif de porter atteinte à l'honneur d'un citoyen, le diffamé ait recours à la protection des tribunaux, rien de mieux, et tout le monde l'approuvera; mais que dans un travail, dans un article dont le fond, dont toutes les pages et presque toutes les lignes sont consacrées à une discussion scientifique sérieuse, on aille s'attacher à quelques écarts de rédaction, où une plume peu docile aura mal rendu les intentions de l'auteur et dépassé les limites d'une stricte légalité ce n'est point là une besogne de savant ni de médecin.

Sans doute plusieurs des passages de la brochure de M. Cruchet trahissent une certaine inexpérience d'écrivain ; mais nous avouons que sans le retentissement qu'on leur a donné, ces passages ne nous auraient nullement frappé. Mais ce qui nous aurait vivement frappé, au contraire, c'est le passage suivant d'une lettre de M. Chargé, dans laquelle, hélas ! l'écrivain et le savant se montrent à la même hauteur :

« 4° Dans une ambulance destinée à recevoir les ouvriers des ponts et chaussées et dirigée par le docteur Gillet, homœopathe, sur QUATRE-VINGTS cholériques, PAS UN DÉCÈS ! »

Voilà où se trouverait la véritable diffamation pour un médecin, si quelqu'un lui attribuait de semblables paroles; mais lorsque c'est lui-même qui les a écrites, voilà ce dont il faut qu'il se justifie à tout prix, s'il veut conserver quelque considération scientifique parmi les hommes sérieux. L'annonce de 80 succès dans 80 cas de choléra, si elle s'adresse aux médecins, trahit une ignorance qu'on peut à peine concevoir, et, par conséquent, expliquer; si elle s'adresse au public... oh ! alors, elle explique surabondamment toutes les vivacités de M. le docteur Cruchet.

Notre respect pour toutes les convictions loyales nous a fait accepter et publier récemment des travaux où perçaient des tendances homœopatiques, mais dont la forme comme les noms des auteurs nous avaient paru irréprochables; la couronne que l'Académie de médecine vient de décerner à l'un de ces auteurs, M. le docteur Imbert-Gourbeyre, prouverait, s'il en était besoin, que nous ne nous étions point trompé. Néanmoins, pour accomplir cet acte de tolérance, nous avons dû blesser des susceptibilités excessives sans doute, mais dont nous n'avons pu méconnaître le mobile honorable. Ce témoignage d'impartialité, cette fidélité au programme que nous avions formulé dans le premier numéro de notre publication, nous donne peut-être quelques droits à hasarder un conseil même à un homœopathe. Nous userons de ce droit pour dire à M. Chargé.

Vous avez émis des assertions qui ont dû compromettre gravement, aux yeux de tous les hommes instruits, votre caractère de savant et de médecin. Un de ces hommes a cru devoir prendre la plume pour le dire? pour le démontrer à ses confrères. Il est possible que, dans son inexpérience, et en s'abandonnant aux inspirations toujours un peu hasardeuses de la composition, cet homme ait laissé glisser sa plume hors des bornes de la prudence et d'un droit rigoureux. Il est même possible que vous parveniez à le lui prouver judiciairement; c'est là chose peu importante pour vous, pour lui, et surtout pour la science.

Ce qui vous importe, c'est de justifier les étranges affirmations que vous avez produites, ou plutôt de les faire oublier par des travaux sérieux et véritablement scientifiques, si, comme j'en suis convaincu, les justifier est impossible.

Ce qui vous importe, c'est d'éviter au corps médical les scandales d'une lutte judiciaire entre deux de ses membres ; car, suivant la véridique et conciliante parole d'un de vos coréligionnaires, de qui vous pourriez apprendre l'art d'écrire scientifiquement, de M. le docteur Davasse, *avant d'être allopathe ou homœopathe on est médecin*, et lorsque deux médecins se font mutuellement et publiquement dénigrer, ce n'est pas aux dépens de l'allopathie ni de l'homœopathie, mais aux dépens du corps médical que l'on rit.

H. DE CASTELNAU.

1. La brochure Cruchet se vend au profit de l'œuvre des orphelins du choléra. Il paraît que les dames patronesses de cette œuvre ont refusé l'offrande de M. Cruchet, ou plutôt de la Société de médecine de Marseille, qui a adopté la cause de Monsieur leur honorable confrère. On voit que ces dames n'accordent pas à tout le monde le droit à la bienfaisance; elles devraient bien dire alors quelles sont les conditions physiques ou morales nécessaires pour l'obtenir.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 6. 3me ANNÉE. Samedi 13 Janvier 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

NOTE SUR UNE VARIÉTÉ NON DÉCRITE DU CANCER DU SEIN.

Nous avons pu observer une maladie rare, à ce qu'il paraît, et d'un diagnostic difficile ; nous n'en avons trouvé la description dans aucun ouvrage récent ou moderne ; nous ne doutons point cependant que cette maladie n'ait été observée de tout temps, mais son véritable caractère a pu être méconnu et sa rareté même l'a fait sans doute échapper à l'attention des auteurs.

Nous donnons ici l'observation du fait qui a passé sous nos yeux et dont nous avons essayé de tirer tout le parti qu'on en peut tirer à notre époque ; c'est dire que nous avons accordé une place assez grande à l'anatomie pathologique et que nous avons donné comme très-importants (et ils le sont en effet) les résultats fournis par l'examen micrographique. On verra par cette observation que le microscope n'est pas condamné à n'être admis qu'après les opérations chirurgicales, comme moyen de pronostic, mais qu'il peut et *doit* être, dans certains cas, employé comme un précieux moyen de diagnostic.

Le 26 décembre 1854, est entré, dans le service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, une femme de 68 ans, atteinte d'une maladie du sein. Cette femme a une santé habituellement bonne ; elle n'est point débilitée et n'offre aucun des signes de la cachexie ; ce ne sont point de vives douleurs, ni un malaise habituel qui l'ont amenée à l'hôpital ; c'est la peur de succomber à son mal, que des médecins lui ont dit être un cancer. La maladie siége au sein gauche, elle présente un aspect inusité et non décrit. On aperçoit d'abord une surface rose de 0,08 sur 0,05 de diamètre qui occupe le milieu de la mamelle et ressemble à une plaie de vésicatoire traitée par la pommade épispastique. Le mamelon n'existe pas et l'on ne voit pas non plus trace de l'auréole ; la malade nous apprend que le mamelon n'a jamais fait saillie, qu'il a toujours été rentré, qu'il n'a donc pas disparu par le fait de la maladie. Il y a 6 ans, nous dit-elle, une petite plaie se forma au niveau du mamelon, elle n'avait alors que l'étendue d'une pièce de 50 cent. et elle conserva ces dimensions pendant plusieurs mois ; puis, elle s'étendit progressivement avec une extrême lenteur, puisque en 6 ans elle n'a atteint que l'étendue de 0,08 sur 0,05. Cette petite plaie causait de vives démangeaisons qui ont persisté ; la malade dit ne pas connaître la cause qui a produit cette plaie ; elle n'a imaginé aucune explication ; elle n'a jamais éprouvé, antérieurement à la date qu'elle indique comme le début de sa maladie, aucune lésion du sein. Elle a été mère plusieurs fois, mais elle n'a jamais allaité. Les médecins qu'elle a consultés ont appelé *dartre* cette maladie de la peau ; des pommades et un vésicatoire, furent appliqués sans succès sur cette surface malade ; il n'y eut jamais en ce point ni hémorragie ni suppuration abondante, la malade n'éprouvait d'autre inconvénient qu'une démangeaison insupportable ; elle nie qu'il y ait jamais eu sur cette surface de petites vésicules contenant un liquide qui, par la dessication, aurait formé des croûtes ou des squammes. Cette plaie a toujours été parfaitement limitée, et les contours en sont nets comme ceux d'une plaie artificielle ; l'idée d'un eczéma a été rejetée tout d'abord. Il y a deux ans seulement qu'une tumeur se forma dans le sein lui-même ; cette tumeur a acquis, depuis cette époque, le volume d'une grosse noix ; depuis deux mois seulement, des ganglions se sont indurés et hypertrophiés sous l'aisselle gauche. Cette tumeur du sein donne lieu, surtout depuis quelque temps, à des douleurs lancinantes assez vives.

La présence d'une semblable tumeur compliquée d'engorgement des ganglions voisins, l'âge de la malade, la marche de la maladie, firent penser à M. Nélaton que cette tumeur était cancéreuse et il résolut d'en faire l'ablation. La surface rouge semblable à une plaie, était plus difficile à caractériser ; cependant, se fondant sur deux faits analogues précédemment observés par lui, M. Nélaton pensa que cette lésion pouvait aussi être cancéreuse ; elle était limitée exactement, nulle transition n'existant entre la peau saine et le tissu morbide ; elle n'était point excavée et ne formait point de relief appréciable au-dessus des téguments, si un nom en rapport avec les apparences de cette lésion, pouvait lui être donné, le nom de *cancer vésicant* serait peut-être celui qui conviendrait le mieux. L'ablation de toutes les parties malades, c'est-à-dire de la mamelle presque tout entière et des ganglions axillaires, fut pratiquée par M. Nélaton le vendredi 29 décembre 1854. L'examen de cette pièce anatomique pratiqué le jour même par M. Nélaton et par M. C. Robin, a donné, sur la nature intime de cette production morbide, les renseignements suivants :

La peau, dans une étendue de 0,08 sur 0,05, a une teinte rosée due à des vaisseaux nombreux très-fins formant une sorte de piqueté extrêmement serré. Cette portion ne présente ni saillie ni dépression par rapport au reste de la peau ; le bord de cette portion rougeâtre est ondulé ; mais la ligne de jonction avec la peau saine est nettement délimitée, en sorte qu'on passe brusquement et de la manière la plus tranchée, de la surface malade rosée à la portion blanche de la peau saine. La coupe du tissu laisse apercevoir le derme complètement sain ; mais entre lui et la mince couche d'épiderme qui recouvre la portion malade, on aperçoit une mince couche demi-transparente, grisâtre épaisse de 1/2 à 1 millimètre, elle occupe toute l'étendue de la partie malade et cesse brusquement vers la ligne de jonction de la peau saine et de la peau affectée. Cette couche grisâtre est même plus épaisse vers le point de jonction, où elle cesse brusquement, que dans le milieu de la région malade. Cette région ainsi affectée a présenté

les particularités suivantes de structure : 1° la surface rougeâtre est recouverte d'une couche épithéliale épaisse de 1 à 2 dixièmes de millimètre dans les portions les plus minces et offrant le double de cette épaisseur environ en d'autres points ; elle peut se détacher par de légères tractions à l'aide des pinces. Portée sous le microscope, elle présente des cellules d'épithélium adhérentes les unes aux autres, minces, aplaties, généralement peu granuleuses, toutes dépourvues de noyaux dans les cellules superficielles, cependant quelques unes des plus profondes offrent encore le noyau petit et ovale sans nucléole qu'on trouve habituellement dans les cellules de la couche de Malpighi ; ce sont là tous les caractères de l'épiderme tel qu'on le trouve dans les régions de la peau où il offre peu d'épaisseur, telles que l'auréole du mamelon et la peau des paupières ; 2° au-dessus de cet épiderme très-mince, se trouve immédiatement la couche grisâtre demi-transparente signalée plus haut ; celle-ci est formée presque entièrement d'éléments cancéreux, savoir : des noyaux libres, volumineux, peu granuleux, pourvus de 1 à 3 gros nucléoles brillants ; il existe aussi des cellules plus nombreuses que les noyaux libres, tantôt se détachant facilement, tantôt entassées sans ordre. Ces cellules sont uniformément granuleuses ; quelques-unes sont arrondies, d'autres polyédriques ; ces dernières, conservent, lorsqu'elles sont détachées, sous forme de dépressions ou d'excavations, la trace des cellules voisines qui s'y implantaient en quelque sorte, et les déprimaient, il en résulte, pour ces cellules, un aspect des plus singuliers. Ces cellules renferment de 1 à 3 et même 4 noyaux semblables aux noyaux libres. Quelques-unes présentent, en outre, des excavations vésiculiformes remplies ou non de granulations moléculaires telles qu'on les rencontre assez souvent dans les cellules cancéreuses. Le diamètre de ces noyaux est de 12 à 15 millièmes de millimètre, le nucléole a de 1 à 3 millièmes et même sur quelques-unes, atteint le volume énorme de 5 millièmes de millimètre. Les cellules aussi variables de volume que de forme nous ont offert des diamètres oscillant entre 2 et 7 centièmes de millimètre, quelques-unes même dépassaient ce dernier diamètre.

Outre ces éléments qui, dans cette couche grisâtre sont plus abondants que tous les autres, on rencontre une matière amorphe finement granuleuse, des globules de pus, des cytoblastions et des vaisseaux capillaires. Telle est la structure de la couche qui caractérise essentiellement ici la lésion de la peau. 3° au-dessous, et se continuant presque insensiblement avec la couche précédente, se retrouve le derme un peu plus épais en ce point que dans les parties saines ; il ne présente aucune altération dans sa trame ; mais au lieu d'y retrouver la couche papillaire telle qu'on l'observe dans les parties non malades, il est facile de constater que cette couche est entièrement remplacée par la mince lame de tissu cancéreux décrite, et même cette lame empiète un peu dans la profondeur du derme qui s'est épaissi pathologiquement dans sa partie adhérente. La lésion ne se borne point là. Du côté du sternum, vers la limite de jonction de la partie saine et de la partie malade de la peau, se trouve une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de pigeon ; elle est placée au-dessous du derme, et est séparée de la partie malade de la peau par l'épaisseur du derme qui là est sain comme ailleurs, quoique un peu aminci. Dans le reste de son étendue cette tumeur adhère un peu à la face profonde du derme sans l'avoir envahi. Du côté opposé elle adhère au muscle grand pectoral dont on a dû enlever une petite portion, mais pourtant le muscle n'est pas encore envahi par le produit morbide. Le reste de la périphérie de la tumeur se trouve plongé dans du tissu adipeux normal. La masse de la tumeur est grisâtre uniformément, ne renferme presque pas de vaisseaux (et ce sont des capillaires), elle est dure, friable, donne une pulpe plutôt que du suc et exige pour cela l'action de racler, la pression seule étant insuffisante ; ce tissu offre la composition suivante : 1° des cellules cancéreuses semblables à celles qui existent sur la peau, si ce n'est que leurs noyaux sont généralement finement granuleux et que quelques-uns sont dépourvus de nucléoles, la plupart pourtant de ces noyaux sont très considérables et offrent aussi un nucléole volumineux ; même caractère du reste de volume, de forme, etc. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de noter des noyaux qui atteigneut, dans les grandes cellules, les dimensions exceptionnelles de vingt à vingt-cinq millièmes de millimètre. Le reste de la substance est de la matière amorphe granuleuse assez consistante, mais peu abondante relativement à la quantité de cellules qui s'y rencontrent. Elle contient aussi quelques rares éléments fibro-plastiques surtout à la surface de la tumeur. Au niveau du milieu de la portion de peau malade s'observe une légère dépression à peine perceptible, qui semble être la trace du mamelon (lequel a toujours manqué comme on sait), et ce qui porte à croire que c'est là sa situation, c'est que de ce point se détache un faisceau de canaux galactophores qui, après un trajet de trois centimètres, aboutissent à une tumeur du volume d'une noisette offrant le même aspect que la précédente et aussi la même structure ; de la périphérie de cette petite tumeur se détachent des faisceaux de tissus fibreux qui se perdent en s'irradiant dans le tissu adipeux abondant de cette région. Bien qu'il ne renferme plus de tissu mammaire, il est incontestable que ce sont là les restes de la glande dont une portion a été envahie par la petite masse cancéreuse qui vient d'être décrite.

Les ganglions axillaires enlevés n'ont aucun lien de continuité avec les tumeurs mammaires ; voici le résultat de l'examen de ces ganglions : l'un est gros comme une noisette, les deux autres comme des pois. De ces trois ganglions, le plus volumineux seul présente l'aspect offert par le reste de la tumeur ; lui seul renferme les noyaux et cellules du cancer ; les autres n'offrent que les éléments normaux des ganglions, sans trace d'éléments hétéromorphes.

Cette observation semblera peut-être digne d'intérêt à plus d'un titre. On voit là une forme nouvelle, non décrite, du cancer de la peau de la mamelle. Ce qui nous a le plus frappés, c'est la lenteur du développement de la maladie, le peu de désordres causés par ce cancer déposé à la surface du derme, sous l'épiderme resté intact, faisant à peine saillie, ne s'étendant ni dans la profondeur de la peau ni à sa surface, ne végétant pas, et très-différent, dans ses manifestations, de la forme généralement décrite. En outre, on voit qu'il n'y avait nulle communication, qu'il n'y avait nulle part continuité entre le cancer de la peau et le cancer de la mamelle, celui-ci n'étant apparu que lorsque depuis quatre ans déjà existait seul le cancer de la peau. Enfin, le point de départ de la maladie a été la surface du mamelon. Nous noterons ici que, dans un fait analogue observé par M. Nélaton, antérieurement, c'est aussi sur le mamelon qu'avait débuté la maladie.

En présence d'une maladie non décrite, et pour ainsi dire inconnue, le diagnostic était difficile, mais quel parti n'aurait-on pas tiré ici du microscope, si, prenant à la surface de ce sein une parcelle du tissu malade, on l'eût soumise à l'observation micrographique? on eût aussitôt assuré le diagnostic. Le mot de dartre n'eût pas été prononcé, si cet examen eût été pratiqué au début de la maladie ; on n'eût pas attendu si longtemps avant de pratiquer l'extirpation de la partie malade. Donc, ce que l'expérience a pu deviner, le microscope se substituant à l'expérience personnelle, le faisait savoir avec toute certitude et sans qu'on fût obligé de passer par les longues hésitations qui ont été quelquefois fatales aux malades. La malade, entrée le 26 décembre dans le service de M. Nélaton, a été opérée par lui le 29, c'est-à-dire trois jours après, mais la maladie avait duré six ans. Nous ne pouvons nous empêcher de donner le fait présent comme démontrant de la façon la plus évidente l'utilité du microscope intervenant, non pas seulement après l'opération, comme un moyen de pronostic, mais même avant l'opération, comme moyen de diagnostic, alors que les yeux seuls, même les plus exercés, ne pourraient discerner la nature intime du mal.

P. Lorain.

Académie impériale de Médecine.

Séance du 2 janvier 1855. (Suite.)

Presidence de M. JOBERT.

M. DELAFOND. — Messieurs, lorsque j'ai pris la parole pour faire connaître ce que l'observation m'avait appris en pathologie comparée, sur l'organisation microscopique du cancer et sur la spécifité de la cellule, dite cancéreuse, je m'attendais bien à rencontrer une vive opposition, non-seulement dans cette savante assemblée, mais encore parmi les médecins et les micrographes distingués, dont notre honorable collègue, M. Robert s'est fait le très-habile interprète et défenseur. Que sais-je toutes les récriminations que mes idées ont soulevées? Pour les unes, je suis un confusioniste radical; pour le autres, un unitaire arriéré; pour celui-ci, j'ai créé de toutes pièces une cellule romantique, et pour notre honorable et très-spirituel collègue, M. Bouillaud, la cellule qu'il veut bien m'attribuer est plus *philosophale* que *philosophiqne.*

J'attendais donc avec impatience, pour ne pas dire avec anxiété, la réfutation de mes recherches et de mes opinions par M. Robert. Je croyais rencontrer dans l'œuvre de notre collègue de nouveaux arguments tendant à démontrer d'une manière positive et bien définitive, que la cellule cancéreuse était l'élément constant et spécifique du cancer. J'avoue que je me serais humilié, et que, mettant tout amour-propre de côté, je me serais empressé d'en témoigner ma vive satisfaction à l'Académie. Je m'attendais donc que M. Robert allait nous démontrer; sans réplique, que, par sa forme, sa structure, son contenu et l'emploi de certains réactifs chimiques, il ne serait plus possible de confondre la cellule cancéreuse avec toute autre cellule, et notamment avec les cellules épithéliale et fibro-plastique.

J'ai donc écouté avec la plus religieuse attention le discours que nous a fait notre savant collègue, mais j'avoue que ma surprise a été grande lorsque j'ai entendu répéter à cette tribune tout ce que j'avais déjà lu dans les ouvrages micrographiques publiés sur les tumeurs fibro-plastiques épithéliales et cancéreuses, et que je me suis aperçu que tous les faits, les recherches pratiques, les arguments dont je m'étais servi pour chercher à démontrer que la présence de la cellule, dite cancéreuse, telle qu'on l'a caractérisée, n'était point l'élément spécial du cancer, n'avaient pas été victorieusement réfutés.

Le discours de M. Robert a donc eu le mérite de fortifier la conviction que je m'étais faite, sur la non-spécificité de la cellule du cancer.

M. Robert vous a dit que j'étais partisan de la doctrine de Schwann sur la cellule unitaire, bien que cette doctrine ait été victorieusement combattue, et que, suivant l'expression même de M. Velpeau, elle était menacée de disparaître de la science sérieuse. Selon lui, j'ai donc eu tort de vouloir rajeunir une idée vieille et usée, pour chercher à prouver que la cellule cancéreuse n'avait rien de spécial dans ses attributs.

Malgré toute l'admiration que je professe pour les travaux micrographiques modernes; malgré aussi tout le respect que m'inspire le sentiment de M. Velpeau sur la doctrine unitaire des cellules présidant à la formation primordiale des tissus; et bien que je doive admettre que cette doctrine mérite d'être modifiée, en ce qui regarde la formation primitive de certains tissus fibreux et étendus en membranes, je n'en persiste pas moins à dire qu'une cellule organisatrice préside à la formation primordiale du plus grand nombre des tissus qui entrent dans la composition de l'organisation végétale et animale.

Croyez-le bien, Messieurs, la doctrine cellulaire qui repose en définitive sur l'observation des faits incontestables, et qui a été proclamée comme vraie par les plus savants botanistes contemporains, tels que Dutrochet, Brown, Kiéser, Mirbel, Amici, Dujardin, Mohl, Richard, etc., etc., et adoptée, confirmée par les anatomistes, les physiologistes et les micrographes les plus renommés de notre époque, tels que Purkinje, Turpin, Valentin, Schluttz, Vagner, Bischoff, Martin Barry, Guttemborg, Vogel, J. Muller, Henle et autres, n'est pas menacée, quoiqu'on l'ait dit, d'être de sitôt rayée de la science sérieuse.

Si la doctrine que je soutiens, de ma bien faible autorité assurément, avec les hommes éminents dont je viens de rappeler les noms est fausse, c'est à notre collègue M. Robert à le prouver beaucoup mieux qu'il ne l'a fait à l'Académie, et dans le cas où il parviendrait à démontrer qu'elle est positivement erronée, je dirais alors que je me suis trompé avec les micrographes les plus renommés de notre époque.

Pour chercher à convaincre que la doctrine des cellules primordiales n'est pas encore rayée de la science moderne, veuillez me permettre, Messieurs, de vous lire un court passage du livre d'un des plus savants physiologistes de notre époque, de notre très-honorable collègue M. Bérard. Voici ce passage : « Pour démontrer que la théorie cellulaire a pour point de départ *des faits bien avérés* et des *observations nombreuses*, je vais débuter par une sorte d'inventaire de ce qui *est acquis à la science* sur cette matière. » Poursuivant, notre collègue ajoute : « Il ne faut confondre dans le même septicisme la *théorie cellulaire* et les *faits d'anatomie* qui s'y rapportent. L'existence des cellules à noyau, *dans un grand nombre de parties, ne peut être contestée.* Les doutes ne peuvent naître que relativement à leur évolution ultérieure. C'est ce que n'ont pas compris ceux qui ont frappé du même discrédit et la théorie cellulaire et les faits d'hystologie que le microscope nous a révélés.

Plus loin, M. Bérard dit en poursuivant : « L'application du microscope à l'étude des produits pathologiques a donné une importance nouvelle et inattendue à la théorie cellulaire. Les tissus de nouvelle formation, dont quelques-uns subissent une évolution si fâcheuse pour l'économie, peuvent être considérés comme des embryons qui prennent naissance au sein d'un autre corps plus ou moins avancé en âge. Ne serait-il pas digne de constater que comme les embryons normaux, ils débutent par des cellules? Or cela est *parfaitement démontré aujourd'hui*, il y a seulement cette différence que, dans le développement des animaux, l'état cellulaire est transitoire, les cellules étant remplacées par les différents tissus, tandis que les cellules persistent, en général, dans les tissus pathologiques dont l'accroissement se fait par une production incessante de nouvelles cellules » (Bérard, *Cours de physiologie*, t. I, p. 207, 209 et 210).

L'Académie désire-t-elle connaître aussi l'opinion d'un des micrographes habiles de notre époque, d'un des lauréats de l'Académie et l'un de mes plus ardents adversaires en dehors de cette enceinte. Je veux parler de M. Broca. Que dit en effet M. Broca dans son traité anatomique du cancer (*Mémoires de l'Académie*, t. XVI, p. 473, 1852). « Il est incontestable, dit ce médecin micrographe, qu'à une certaine époque de la vie embryonaire, le blastoderme tout entier est composé de cellules à noyaux; il est incontestable encore que divers tissus s'y développent ensuite en prenant la place des cellules, et que parfois celles-ci disparaissent complétement.

Puis, après avoir fait connaître comment ces cellules se transforment en fibres normales ou pathologiques, ou bien en *restant constamment cellules normales* ou *anormales*, M. Broca termine par les conclusions très-remarquables que voici :

« 1° Tous les tissus de l'économie succèdent aux cellules em-
« bryonaires.

« 2° Les surfaces libres de l'économie conservent à toutes les épo-
« ques la propriété de sécréter des cellules à noyaux.

« 3° Les productions accidentelles dont la structure est analogue
« à celle des tissus normaux, sont souvent, comme eux, précédées de
« formations cellulaires. »

Henle et M. Mandl ont apporté à la doctrine des cellules quelques restrictions en ce qui touche le développement de certaines fibres et de quelques tissus étalés en lames minces; mais je ferai remarquer à l'Académie que ce mode de développement, qui n'est peut-être que secondaire à la formation de la cellule primitive, n'est pas encore positivement démontré dans la science.

Pour moi donc, la doctrine cellulaire que notre honorable adversaire, M. Robert, a dédaigné de combattre, existe réellement comme démontrée dans la science par les plus célèbres micrographes, et même par ceux d'entre eux qui admettent la spécificité de la cellule cancéreuse.

M. Velpeau avait allégué, et après lui j'avais dit aussi que certains tissus normaux conservent leur forme cellulaire, même chez les adultes.

Parmi ces cellules, je puis citer aujourd'hui les épithéliums de beaucoup de surfaces libres : les cellules pigmentaires, les cellules simples et surtout les cellules mères des cartilages, décrites et figurées par Henle; les cellules de la moelle des os dans le jeune âge, les cellules de la partie antérieure du cristallin, les corpuscules ganglionnaires et même les cellules blanches de la lymphe et du sang. Et nous avons ajouté, pour démontrer le peu de spécificité de la cellule cancéreuse, que certaines cellules normales avaient une analogie si parfaite avec la cellule cancéreuse, qu'il devenait impossible de les distinguer.

Ces faits ont paru graves à M. Robert, et, ainsi qu'il le déclare, il a eu à cœur de les vérifier tous par lui-même, afin d'en apprécier la valeur. Pour cela, notre collègue dit avoir eu recours à l'obligeance bien connue de micrographes fameux de la capitale, avec lesquels il a pu étudier un très-grand nombre de préparations. Or, dit M. Robert, d'après l'examen comparatif que j'ai fait, à plusieurs reprises, des éléments recueillis sur des tumeurs cancéreuses et sur des cellules normales, je n'ai pu conserver aucun doute sur la possibilité de les distinguer des cellules cancéreuses.

J'ai assurément la plus grande confianc e en l'habileté des graphes qui ont bien voulu éclairer notre collègue sur la grave question dont il s'agit; mais qu'il me soit cependant permis de dire à l'Académie que les résultats de son examen se trouvent dans un désaccord complet avec les études approfondies qui ont été faites à ce sujet par les hommes les plus compétents pour juger cette question.

Voyons d'abord ce que dit Vogel qui, avec juste raison, est considéré comme un des meilleurs pathologistes micrographes de l'Allemagne, et dont les travaux sur le cancer sont très-estimés.

« Les cellules cancéreuses proprement dites, dit Vogel (*Anatom. patholog.*, 1847, p. 267-269), varient à l'infini depuis la forme de simples cystoblastes, jusqu'à celle de cellule parfaite, en passant par la plupart des modifications dont celle-ci est susceptible. Cependant, ces différences dépendent en grande partie du degré de développement qu'acquièrent les *cellules primaires*, de *sorte qu'elles représentent des états dont les uns sont purement transitoires* et *les autres fixes ou permanents*. Il ajoute : les formes primaires de ces cellules n'offrent rien de particulier, les noyaux ont 1/450e à 1/250e de lignes de diamètre, sont *munis* ou *dépourvus* de nucléoles et ne se dissolvent pas dans l'acide acétique. Les cellules arrondies ou ovales ont un diamètre de 1/300e à 1/100e de ligne. L'acide acétique les fait disparaître, à l'exception des noyaux, et les alcalis caustiques les dissolvent complètement (p. 267-268). »

Après avoir fait connaître et décrit les différentes configurations des cellules, Vogel ajoute :

« Ces diverses formes de cellules passent de l'une à l'autre par un grand nombre de transitions, *de sorte qu'on doit les considérer comme des degrés de développement des cellules primaires.* » Puis il ajoute : « Il résulte de là que le nom de *cellule cancéreuse ne peut être appliqué à une forme déterminée différente de toutes les autres, et qu'en contemplant une cellule au microscope on ne pourrait généralement dire si elle appartient ou non à un cancer.* »

Wirchow, professeur à l'Université de Vurtzbourg, considéré par M. Lebert lui-même, comme le premier anatomo-pathologiste actuel de l'Allemagne, combat la *valeur des mesuses micrométriques des cellules et des noyaux cancéreux*. « Il y a, dit Wirchow, *des cellules normales qui ont une ressemblance frappante avec celles du cancer*, et il cite les éléments de l'épiderme et des épithéliums. » Il combat ensuite *la valeur de la particularité des cellules mères* comme existant aussi dans le cartilage. Quant aux cellules cancéreuses pigmentées, il leur trouve l'analogie la plus positive avec les cellules pigmentées de la chroroïde et des poumons. D'où il résulte, dit Wirchow, que *les cellules cancéreuses n'offrent aucun élément de spécificité*. (Wirchow, *Archv. fur pathologis, etc.; Anatomie méd. physiologie*, t. III.)

Ces opinions, fondées sur l'observation et l'expérience, on les retrouve encore très-nettement exprimées, ainsi que s'en est convaincu d'ailleurs M. Robert, dans le *Manuel d'anatomie* de M. Forster, et dans le très-bon *Traité d'histologie-pathologique*, publié en 1854 par M. Weld. (*Grudzüge der pathologischen histologie*; Vienne, 1854.)

Müller lui-même, le grand Müller, l'auteur de la découverte des cellules dites cancéreuses, *n'admettrait pas*, au dire de M. Velpeau, *la spécificité de la cellule dont il s'agit.*

M. Robert est donc, Messieurs, en complète contradiction avec les célèbres pathologistes-micrographes que je viens de citer. Or, dans cette situation très-embarrassante, notre collègue s'étant demandé comment il se faisait que des hommes versés dans les études histologiques, soient parvenus à des résultats si différents que ceux qui ont été signalés par les micrographes de l'école de M. Lebert. Voici comment il s'en retire : ce passage de l'argumentation de M. Robert mérite, assurément, d'être remarqué.

« Si, dit M. Robert, dans l'examen comparatif des cellules naturelles et des cellules cancéreuses on se borne à constater les différences de forme, on peut *quelquefois rester incertain*; mais si l'on prend aussi en considération le *volume*, la *structure* et les *caractères chimiques*, il *est très-rare* que l'on ne parvienne pas à une détermination précise et rigoureuse. »

Mais, circonstance remarquable, et après avoir ainsi énoncé cette proposition, M. Robert ne fait point connaître ces différences fondamentales de volume, de structure et de réaction chimique. Je le demande à M. Robert, pourquoi dans une discussion aussi importante et aussi palpitante d'intérêt et d'actualité que celle qui se débat au sein de l'Académie; pourquoi lorsqu'on a été éclairé par des rayons de lumière aussi puissants et aussi purs que ceux auxquels a eu recours notre collègue; pourquoi M. Robert n'a-t-il pas démontré d'une manière nette et irrécusable, que les micrographes les plus experts de l'Allemagne se sont trompés; pourquoi enfin ne pas chercher à me convaincre, moi qui serais heureux, *dans l'intérêt de la science*, de reconnaître mon erreur, si erreur il y a; moi qui serait le premier à m'humilier et à applaudir aux succès mérités de notre collègue. Voilà ce que M. Robert aurait dû faire pour convaincre l'Académie, puisque jusqu'à ce jour, aucun micrographe n'a pu trancher la question en litige d'une manière complète, définitive.

Pourtant M. Robert, armé selon lui de puissants moyens d'attaque, a fait quelques pas en avant, mais tout en se tenant sur une défensive douteuse, il vous dit : « Mais cette dissidence ne tiendrait-elle pas à la *différence même des microscopes, que les adversaires de la spécificité de la cellule cancéreuse emploient, et à la faiblesse de leurs grossissements. N'est-il pas évident qu'un puissant microscope peut nous faire saisir des détails importants quoique très-délicats qui échappent à des grossissements moins considérables?* Et, pour ne pas nous éloigner du cancer, qui n'a pu constater une différence très-notable dans l'aspect des cellules étudiées à 300 ou à 500 diamètres? »

Certes, j'étais loin de m'attendre à voir ainsi réfuter les si beaux travaux de Wirchow et de Vogel. Eh quoi, les habiles et très-expérimentés micrographes que je viens de citer, se seraient servis d'instruments non convenables pour faire leurs recherches, et ils auraient négligé de grossir les objets jusqu'à 500 diamètres? Non, cela n'est pas possible.

M. Robert n'a pas réfléchi au reproche bien immérité, assurément qu'il adresse aux micrographes d'outre-Rhin.

Mais ce ne serait pas seulement les Allemands qui se seraient servis d'instruments différents, et d'un plus faible grossissement que ceux dont disposent les microcraphes qui ont éclairé M. Robert; ce seraient aussi les micrographes Anglais et Français.

Veuillez donc me permettre, Messieurs, de vous rapporter le sentiment de Bennett, micrographe anglais, auteur d'un des plus beaux travaux qui aient été produits sur le cancer et les cancroïdes, et publié à Édimbourg en 1849 (p. 148 et 149.)

Ainsi que le célèbre professeur de Vurtzbourg, Bennett repousse la *spécificité de la cellule cancéreuse*, il ne trouve pas de différence *entre les cellules du cancer et celles de la formation épithéliale cartilagineux, et cellules embryonales.*

Lorsque le cancer existe dans le foie, dit ce judicieux observateur, on est en droit de demander *si les cellules morbides ne sont pas les cellules normales du foie simplement altérées.* Telle est l'opinion bien positivement exprimée de Bennett, et ici, je prie bien l'Académie de remarquer que les conclusions du célèbre auteur anglais, sont appuyées sur la description des caractères particuliers et comparatifs des cellules cancéreuses et des cellules normales.

Paget, autre pathologiste et micrographe habile, dont le travail a été consulté par M. Velpeau, professerait la même opinion que M. Bennett sur la non-spécificité de la cellule du cancer.

Les deux pathologistes micrographes anglais que je viens de nommer, qui ont ainsi nettement formulé leur opinion sur la valeur de la spécificité de la cellule cancéreuse, se seraient-ils donc servis, eux aussi, d'un instrument différent de celui de M. Robert, ou de ceux des micrographes qui ont bien voulu lui prêter leur obligeant concours.

On serait tenté de croire, d'après M. Robert, que notre spirituel collègue M. Bouillaud, a eu tort de n'accuser que les micrographes sur la cause de leur dissidence et qu'il faudrait encore y joindre les très-innocents instruments microscopiques allemands et anglais.

Mais ce n'est pas tout, voici venir il y a un an à peine, M. Michel de Strasbourg, qui s'avise d'adresser à la société de chirurgie, et c'est M. Robert lui-même qui l'a dit à l'Académie, un travail dans lequel il démontre que la cellule naturelle de la moelle des os des jeunes enfants, est analogue à la cellule cancéreuse. M. Michel s'est-il donc lui aussi servi d'un microscope différent des autres, et a-t-il donc fait des recherches comparatives à un faible grossissement? Non, encore une fois non, Messieurs, la supposition de M. Robert est entièrement gratuite.

Enfin, Messieurs, pour en finir sur ce point avec l'argumentation de notre collègue, veuillez me permettre de vous citer un passage, d'une autorité imposante, du maître de la jeune école micrographe française, de l'homme dont les travaux micrographiques sont très-justement appréciés, comme ils méritent de l'être, de M. Lebert.

Voici comment il s'exprime dans l'introduction de son très-remarquable traité sur les maladies cancéreuses, publié en 1851 :

« Je me suis bien gardé de dire, dit M. Lebert, que les cellules cancéreuses avaient des caractères chimiques, physiques ou autres, tels qu'on ne pourrait les rencontrer nulle part dans la nature ailleurs que dans le cancer. Loin de mon esprit cette étrange hyperbole. Mais ce que je puis dire et affirmer, c'est qu'un produit morbide étant donné, le pathologiste clinicien suffisamment versé dans les études microscopiques, peut, dans la grande majorité des cas, déterminer d'après l'examen au microscope, s'il s'agit d'un cancer ou non. »

Les élèves de M. Lebert auraient-ils donc surpassé leur maître dans

l'étude comparative des cellules naturelles et de la cellule cancéreuse? M. Lebert se serait-il donc servi jusqu'en l'année 1851, d'un microscope différent, et aurait-il employé des grossissements plus faibles que MM. les micrographes dont M. Robert se fait l'interprète.

Je termine ici ces citations pour dire à l'Académie, et à mon grand regret assurément, que M. Robert, contrairement aux opinions de Wirchow, de Vogel, de Forster, de Weld, de Bennett, de Michel, de M. Velpeau, et de la mienne, si je puis me nommer, bien que d'un très-faible poids dans la balance, *ne nous a rien appris de positif, touchant les caractères distinctifs de dissemblance entre les cellules normales et la cellule cancéreuse.*

Cette première et grave question élucidée, voyons si M. Robert a été plus heureux en ce qui touche les attributs différentiels existant, selon lui, entre les trois cellules épithéliales et fibro-plastiques, qui n'appartiendraient point au tissu cancéreux, et la véritable cellule du cancer.

C'était là un point capital diversement attaqué à armes égales depuis plusieurs années et sur lequel M. Robert devait pointer toutes ses batteries afin de raser les défenses de la place et de l'emporter d'assaut. Placé en première ligne sur la brèche, le feu devait s'ouvrir sur moi et bientôt je devais disparaître avec mon unique et ma philosophale cellule.

M. Robert a cherché à démontrer que, contrairement à ce que j'ai eu l'honneur de dire à l'académie la cellule fibro-plastique, et les cellules cancéreuses simples et multiples offraient des *différences tranchées*, en ce qui touche la *forme*, la *structure*, les *noyaux*, les *nucléoles*, et les *réactions chimiques*, qui ne pouvaient les faire méconnaître. Et pour mieux atteindre son but, et à mon imitation, notre collègue a eu recours à des dessins.

Permettez-moi donc, messieurs, en raison de l'importance de la question, de vous dire si les observations de M. Robert ont le mérite de la nouveauté, si elles sont fondées et justifient complètement ses assertions.

J'ai dit à l'Académie, en cherchant à élucider la question de savoir où et comment naissent les cellules purulente, épithéliale, fibro-plastique et cancéreuse, que j'admettais, quant à présent, avec M. Lebert et beaucoup d'autres micrographes distingués, que la cellule morbide se formait comme la cellule primitive au sein d'un liquide amorphe ou dans un blastême; mais avec cette différence fondamentale que ce liquide amorphe ou blastême était de nature morbide.

Dans ce blastême, en effet, se montrent de fines granulations moléculaires, et des noyaux, puis ces noyaux s'entourent d'une enveloppe ou cellule, cellule d'abord très-petite, qui ne tarde pas à s'accroître en se pénétrant par endosmose et par exosmose des principes organiques du blastême anormal; puis, ai-je dit, la cellule grandit et subit diverses modifications, selon la nature du blastême où elle se produit et l'organisation de la matière pathologique où elle se développe.

A cette occasion, j'ai cherché à prouver que la cellule fibro-plastique, la cellule épithéliale et la cellule cancéreuse affectaient une forme arrondie ou très-légèrement ovale peu de temps après leur formation, et que toutes ces cellules offraient souvent aussi une enveloppe, un noyau et même un ou plusieurs muléoles. C'est là un fait exact que j'ai vérifié et que je donne comme incontestable. Or, c'est précisément la ressemblance de ces cellules qui peut les faire prendre les unes pour les autres et faire commettre des erreurs de diagnostic.

Voilà ce que j'ai dit, ce que je maintiens comme important, et ce que M. Robert s'est bien gardé de contester.

J'ai avancé que, selon les conditions d'organisation fibreuse, dense, dure, molle ou pulpense, la cellule dite cancéreuse pouvait offrir, selon qu'elle absorbait par endosmose ou exosmose, plus ou moins de suc ou d'eau, des formes et un volume différents.

Notre collègue, M. Robert *prétend que ceci est une* HYPOTHÈSE *qui peut séduire au premier abord, mais qui, à coup sûr, ne saurait soutenir le contrôle des faits.* Or, je crains bien que notre estimable collègue n'ait point cherché à faire contrôler ce fait, que j'affirme être exact, et qui peut être vérifié par une expérience bien facile à répéter. Que M. Robert veuille bien placer sur la lentille grossissante plusieurs *jeunes cellules* prises dans une tumeur fibro-plastique affectant une forme allongée et presque fusiforme et les baigner avec de l'eau distillée tiède pendant quinze à vingt minutes, et il ne tardera pas à s'apercevoir que l'enveloppe et le noyau allongé de ces cellules, ne tarderont pas à prendre la forme ovalaire allongée, puis complètement ovalaire et enfin ronde.

Or, les mêmes effets seront produits, si l'on opère sur des cellules cancéreuses affectant une forme allongée, comme on en voit si souvent dans le cancer squirrheux. Les cellules cancéreuses, dit M. Lebert, se gonflent par l'eau et acquièrent un diamètre trois à quatre fois plus grand que le noyau (*Traité de phys. pathologique*, t. II, p. 307). Que l'on consulte d'ailleurs les dessins de Henle, de M. Lebert et de ses élèves, MM. Broca et Verneuil, et l'on restera convaincu que, dans leurs premiers degrés de formation, les formes qu'affectent les cellules épithéliale, fibro-plastique et cancéreuse, ne peuvent être facilement distinguées.

Mais à un âge plus avancé de ces trois cellules est-il possible et facile de les reconnaître les unes des autres d'une manière bien certaine, ainsi que l'on prétend le démontrer par des descriptions et des dessins? J'ai cherché à prouver à l'Académie par des raisons anatomiques, des faits et des figures, que la structure ferme ou molle, fibreuse ou pulpeuse, l'abondance ou la rareté du suc cancéreux et surtout la quantité de sérosité ou d'eau que peut renfermer ce suc, déterminaient, dans l'immense majorité des cas, des différences de formes et de volume chez les cellules fibro-plastiques et cancéreuses, et que c'était à ces formes et à ce volume, si variables, que devaient, sans doute, être rattachées les nombreuses erreurs de diagnostic commises par les micrographes dans l'inspection des tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses, qui ne sont réellement, en définitive, que deux formes différentes qu'affecte le cancer.

Pour M. Robert « *ceci est une hypothèse qui peut séduire au premier abord, qui, à coup sûr, ne peut soutenir le contrôle des faits, et qui, d'ailleurs, est dénuée de preuves.* »

***TABLEAU** comparatif des mesures micrométriques moyennes des cellules simples et multiples des tumeurs fibro-plastique, squirrheuse et encéphaloïde de l'homme et des animaux domestiques.*

ALTÉRATIONS.	CELLULES simples ou multiples.	HOMMES. — DIAMÈTRE DES CELLULES.	HOMMES. — DIAMÈTRE DES NOYAUX.	HOMMES. — DIAMÈTRE DES NUCLÉOLES.	ANIMAUX. — DIAMÈTRE. DES CELLULES.	ANIMAUX. — DIAMÈTRE. DES NOYAUX.	ANIMAUX. — DIAMÈTRE. DES NUCLÉOLES.
Fibro-plastique. . .	Simples. . . .	0mm,01	0mm,004	0mm,001.2	0mm,01 à 02	0mm,004	0mm,001 à 001.5
Cancer squirrheux. .	Id.	0 .01 à 02	0 .005	0 .001	0 .01 à 03	0 .004.5	0 .001.9
Cancer encéphaloïde.	Id.	0 .03 à 04	0 .006	0 .002.5	0 .02 à 04	0 .011	0 .002.5
Fibro-plastique. . .	Multiples ou mères.	0 .05 à 06	0 .001 à 005	0 .001.2 à 0.001.5	0 .04 à 05	0 .001 à 006	0 .001.5 à 0.002
Cancer.	Id.	0 .04 à 05	0 .001 à 004	0 .002.3 à 0.002.5	0 .04 à 06	0 .002 à 004	0 .002.4 à 0.002.6

Bien que j'aie dit à l'Académie que j'avais mesuré des cellules appartenant au cancer fibro-plastique, au cancer dit squirrheux et au

cancer encéphaloïde des animaux, et que j'avais généralement rencontré des différences très-grandes dans le volume et la forme des cellules; bien que j'aie montré des dessins copiés d'après nature pour étayer mon opinion, M. Robert, je le dis avec regret, n'a pas daigné en tenir compte. Je me vois donc forcé aujourd'hui de combattre son argumentation par de nouveaux faits, et cette fois, afin que M. Robert ait plus de confiance en mes assertions, je lui fournirai des preuves puisées dans les ouvrages de M. Lebert. L'Académie voudra donc bien me permettre de lui faire connaître les mesures moyennes et comparatives prises chez l'homme et les animaux, de la cellule simple et multiple, du noyau et des nucléoles des produits fibro-plastiques, squirrheux et encéphaloïdes, et de chercher à lui démontrer, à l'aide de ces mesures, que la texture de ces deux produits cancéreux, apporte des modifications dans leur diamètre de leurs cellules. Ces mesures comparatives, je les ai réunies et mises en regard dans le tableau ci-contre.

Les mesures nucrométriques comparatives inscrites dans ce tableau démontrent donc d'une manière indéniable que, chez l'homme aussi bien que chez les animaux, les enveloppes, les noyaux et les nucléoles des cellules ordinaires du tissu fibro-plastique, qui n'est autre chose, je le répète, qu'un cancer fibreux, ont donc un diamètre moins considérable que celles du cancer squirrheux, dont la texture est un peu moins fibreuse et dure que le cancer fibro-plastique, et que, à leur tour, les cellules de ce dernier cancer, leurs noyaux et leurs nucléoles ont un diamètre moins grand que les enveloppes, les noyaux et les nucléoles du cancer encéphaloïde, dont la structure est molle, pulpeuse et pénétrée d'un suc contenant une plus grande proportion de sérosité ou d'eau.

Contrairement aux assertions de M. Robert, la texture plus ou moins fibreuse et surtout dure, influe donc d'une manière incontestable sur la forme et le diamètre des éléments cancéreux, et, par conséquent, sur leur évolution morbide, et leurs attributs pathologiques.

M. Robert a beaucoup insisté sur l'existence au sein des tumeurs de noyaux libres et nageant dans le blastème cancéreux, comme étant un des éléments les plus constants du cancer. A eux seuls, dit-il, ces noyaux constituent un assez grand nombre de tumeurs désignées, à cause de cela, sous le nom de *cancers nucléaires*. Ces noyaux sont *volumineux, ovoïdes, constamment pourvus de un à trois nucléoles larges et brillants*, lorsqu'on les étudie avec un grossissement de 500 à 600 diamètres.

Est-il donc facile, et surtout lorsque les cancers sont très-jeunes, de bien pouvoir constater ces noyaux libres dans le suc ou blastème cancéreux? J'ai examiné un grand nombre de jeunes cancers nucléaires chez les animaux, mais il m'a toujours été très-difficile, à cause du très-petit diamètre de ces noyaux, de les constater aisément et de pouvoir les distinguer parfaitement des nombreuses granulations qui se montrent toujours dans le blastème cancéreux.

Beaucoup d'autres micrographes ont éprouvé le même embarras, et si l'Académie veut bien me le permettre, je lui rappellerai ce que lui a dit M. Mandl à cet égard, dans une lettre qu'il lui a écrite le 14 novembre dernier. M. Robert ne reprochera pas, sans doute, à ce micrographe distingué de ne s'être pas servi d'un bon microscope et de n'avoir pas employé un grossissement assez considérable, pour faire l'étude des noyaux cancéreux.

« Suivant M. Lebert (*Traité des malad. cancér.*, p. 30), dit M. Mandl, le noyau de la cellule cancéreuse offre partout un diamètre moyen caractéristique de 10 à 15 millièmes de millimètre. Cependant, dans les tumeurs encéphaloïdes, souvent les noyaux ne dépassent guère 5 à 8 millièmes, et dans ce cas, *il est impossible de les distinguer d'autres noyaux de tissus anormaux. Le caractère des nucléoles fait même quelquefois défaut.*

On trouve dans l'ouvrage de M. Lebert, ajoute M. Mandl, de nombreux exemples de ces dimensions inférieures dans les cancers des os, de l'estomac (Lebert, *Traité cité*, p. 20, 422, 480, 717.), etc. Aussi bien des observateurs, et des meilleurs encore, croient-ils nécessaire de considérer l'ensemble des éléments, et de connaître l'histoire de la maladie pour se permettre d'énoncer un jugement. Cela ne veut-il pas dire, ajoute M. Mandl, *que la cellule* et *ses attributs ne sont pas suffisamment caractéristiques.* »

Ainsi, pour M. Mandl, comme d'ailleurs pour beaucoup d'autres micrographes, comme pour moi, les jeunes cellules d'un très-petit diamètre et la présence de noyaux libres dans le suc cancéreux ne sont pas des signes suffisants pour faire reconnaître d'une manière certaine la nature du cancer.

Quant aux caractères différentiels des tissus fibro-plastique et cancéreux fournis par les noyaux et les nucléoles, M. Robert assure que ces corpuscules sont *ovoïdes* et constamment pourvus de un à trois nucléoles *larges* et *brillants* dans ce cancer; tandis qu'ils sont allongés, moins volumineux et rarement pourvus des nucléoles dans le tissu-fibroplastique. On les rencontre aussi *moins souvent* à l'état libre. M. Robert vous a exhibé, Messieurs, des dessins démontrant qu'il en était ainsi.

L'Académie voudra bien me permettre de ne plus l'entretenir des opinions que j'ai soumis à son jugement sur l'importance des caractères dont il s'agit. Je préfère que les remarques de M. Robert soient jugées par MM. Lebert et Broca.

Que dit M. Lebert, page 20, de son remarquable *Traité sur le cancer:* « Le type prédominant du noyau est *ovoïde* ou *elliptique*, » et plus loin , « il va sans dire que lorsque ce corps est elliptique, il est en moyenne d'un tiers à un quart plus long que large. » Quant au nucléole qui frappe les observateurs les moins attentifs, il est *grand*, TERNE et *homogène.* » (*Phys. path.*, t. II, p. 257.)

Que disait M. Broca, autre micrographe non moins distingué et lauréat de l'Académie, en 1852: « Les *noyaux sont arrondis ou elliptiques.* » (*Mém. de l'Acad.*, t. XVI.) En 1854, M. Broca se borne à dire : « Les noyaux sont remarquables par *leur uniformité et la largeur de leur nucléole.* » (*Monit. des Hôp.*, 9 décembre, p. 1163.)

En 1852, M. Broca avait avancé « que le nucléole *était large* et BRILLANT. (*Mém. cités*, p. 479). En 1854 il ne dit pas un mot de ces importants caractères. (*Monit. cité*, p. 1163.)

Comme vous le voyez, messieurs, M. Robert, M. Lebert, M. Broca et bien d'autres encore que je pourrais citer, sont en *désaccord complet* sur les caractères distinctifs d'une grande valeur que peuvent offrir les *noyaux* et les *nucléoles cancéreux.* Et pourtant, je le ferai bien remarquer, c'est sur l'ensemble des signes aussi peu tranchés, donnés par ces très-petits corps, que notre collègue M. Robert s'est appuyé pour venir déclarer, au nom des micrographes dont il s'est fait l'interprète, que l'on pouvait constater qu'une tumeur est cancéreuse ou fibro-plastique, qu'elle récidivera ou qu'elle guérira sans retour.

M. Robert a donc bien fait d'abord de vous déclarer, Messieurs, qu'il avait peu manié le microscope, car s'il avait eu plus l'habitude de cet instrument, il aurait su, bien certainement, que par une lumière plus ou moins claire, l'éloignement ou le rapprochement du noyau de la lentille objective, il est possible de rendre les nucléoles ternes ou brillants, et il n'aurait pas eu autant de confiance dans les caractères qu'il a rattachés à ces très-petits corps.

J'arrive, Messieurs, à un autre argument de M. Robert et qui me paraît adressé personnellement. Mon honorable adversaire a allégué, Messieurs, que *c'est au moyen d'un* ARTIFICE ADROIT que j'ai voulu établir l'identité des cellules cancéreuse et fibro-plastique. Selon M. Robert, et contrairement à tout ce qui se fait en histoire naturelle, j'aurais négligé des formes constantes, des formes types, des cellules cancéreuses, pour ne m'occuper que des anomalies.

J'en demande bien pardon à M. Robert; mais je dois lui rappeler que dans mon discours j'ai commencé précisément par faire connaître ce que les micrographes ont nommé la cellule type simple et la cellule type mère, et que j'en ai décrit les principaux caractères. Il y a plus, j'ai montré des figures de ces deux cellules; j'ai dû ensuite passer en revue les anomalies.

Ici je dois l'avouer, j'ai longuement insisté sur les formes exceptionnelles des cellules jeunes, adultes, vieilles, vierges ou mères, rondes, ovales, elliptiques, allongées, comme aussi sur les cellules gonflées, aplaties, ridées, unies, ponctuées, lisses, granulées, graisseuses, pigmentaires, concentriques, endogènes, bicornes, unicornes, unipares, multipares, sans noyaux ou avec noyaux, et, dans ce dernier cas, avec un, deux, trois, quatre noyaux, ovales, elliptiques, irréguliers, avec ou sans nucléoles, grands ou petits, ternes ou brillants; que sais-je encore? formes toutes irrégulières, incomparables les unes aux autres, que M. Robert a fait aussi passer à son tour sous les yeux de l'Académie et que l'on voit figurer d'ailleurs, depuis Müller, dans tous les traités qui traitent des caractères microscopiques du cancer.

A cette occasion j'ai déjà dit à l'Académie, et je le répète encore, que ces très-nombreuses exceptions ou anomalies, comparées à la rareté des formes types, s'opposent à la possibilité d'attribuer des caractères spécifiques à la cellule que l'on a appelée cancéreuse, bien à tort, assurément.

Or ce sont, précisément, ces très-nombreuses formes insolites qui font planer la plus grande incertitude sur le diagnostic microscopique du cancer et le rendent erroné, même par les micrographes les plus expérimentés.

Je n'ai donc point, comme vous le voyez, Messieurs, *employé d'artifice* pour démontrer que la cellule dite cancéreuse, en raison de l'inconstance, de l'irrégularité de ses formes, de son diamètre, de ses noyaux, pouvait être confondue, dans un grand nombre de cas, avec les formes assez fréquemment diversifiées, le diamètre et le contenu de la cellule fibro-plastique et de la cellule épithéliale de certaines surfaces libres. En ceci, j'ai vu les choses comme elles sont et les ai

appréciées comme elles devaient l'être au point de vue pratique, but auquel doivent tendre tous les efforts du pathologiste observateur, ami de la vérité et jaloux de concourir aux progrès de la science.

M. Robert avait annoncé dans son argumentation, qu'il démontrerait par des réactions chimiques, la possibilité de distinguer la cellule fibro-plastique de la cellule épithéliale, et celle-ci de la vraie cellule cancéreuse.

J'attendais pour mon compte avec la plus vive impatience cette démonstration, puisque j'avais avancé que les micrographes ne possédaient point encore de réactifs capables de faire distinguer les trois fameuses cellules qui ont amené cette longue discussion; mais à mon grand étonnement, M. Robert a négligé entièrement de traiter cet important sujet.

Puisque notre collègue ne nous a rien dit à cet égard, permettez-moi, Messieurs, de vous entretenir des travaux de MM. Broca et Lebert sur ce point.

M. Broca a fait réagir sur les cellules du cancer, l'eau, l'alcool, la teinture d'iode, l'acide acétique, l'acide nitrique, la potasse, l'ammoniaque, l'éther, etc., etc., et l'action de tous ces agents chimiques l'a conduit à savoir : « Que les parois des cellules n'ont pas la même composition que le noyau » (*Mém. de l'Acad.*, t. XVI, p. 489).

Eh bien, Messieurs, je puis vous déclarer que l'on arrive aux mêmes conclusions, si l'on fait agir les mêmes réactifs sur les cellules purulente, épithéliale, fibro-plastique et cancéreuse.

M. Lebert, lui aussi, a essayé un très-grand nombre de réactifs et il vous paraîtra sans doute intéressant de connaître son opinion, sur ce mode d'interroger la nature des cellules qui nous occupent. Voici donc ce que dit ce grand maître en micrographie pathologique.

« *Nous ne pouvons tirer de conclusions, des réactions chimiques que nous avons essayées.* Nous ne les donnons que comme de simples faits d'observation qui, entre les mains de quelqu'un qui s'occuperait spécialement de chimie pathologique, pourraient acquérir par la suite quelque valeur » (*Traité du cancer*, p. 27, 1852).

J'étais donc dans le vrai, Messieurs, lorsque je vous disais que, contrairement à l'énoncé affirmatif de M. Robert, les réactifs chimiques s'étaient montrés impuissants jusqu'à présent, à faire reconnaître et distinguer entre elles, les trois cellules fibro-plastique, épithéliale et cancéreuse.

L'Académie voudra bien me permettre de lui dire maintenant en terminant, qu'un grand fait, dominant le débat, vient prouver d'une manière indéniable la non-spécificité de la cellule cancéreuse : je veux parler de l'existence du cancer, en l'absence de cette cellule. M. Leblanc, M. Mandl, en ont rapporté des exemples que M. Robert n'a pas commentés. J'en ai, pour ma part, cité plusieurs faits que je crois remarquables et que notre collègue n'a pas contestés. Le savant pathologiste Vogel (1) et le célèbre professeur Wirchow (2) n'ont-ils pas aussi consignés des faits semblables dans leurs très-remarquables travaux sur le cancer.

Que dit par exemple Vogel, autorité très-compétente à cet égard? le voici : « une difficulté de diagnostic survient pour la distinction d'une tumeur véritablement cancéreuse, dit ce très habile micrographe pathologique, c'est principalement lorsque la tumeur est composée encore de cystoblastème solide et amorphe. Celui-ci ne se distingue pas du cystoblastème solide de toute autre tumeur bénigne et l'on ne réussit à établir un diagnostic certain que quand une portion de la tumeur a déjà pris l'aspect d'un squirrhe bien caractérisé. D'où il résulte, ajoute Vogel, que décider si une tumeur est ou non de nature squirrheuse, présente parfois de grandes difficultés et que, même avec les meilleurs secours, on ne peut arriver qu'à de simples conjectures, ou se trouver dans *l'impossibilité absolue de prendre un parti quelconque.* » (Page 300).

D'un autre côté M. Velpeau n'est-il pas venu déclarer, que quatre tumeurs dans lesquelles MM. Robin, Follin et Lebert avaient constaté d'une manière positive et par écrit, la non-existence de cancer et promis une guérison positive, ces tumeurs après avoir été complètement extirpées, s'étaient multipliées, étendues, ulcérées et comportées à la manière de véritables cancers (3). Je suis profondément convaincu que des faits semblables à ceux-ci se multiplieront de plus en plus.

D'ailleurs les récidives, les répullulations sur place dans les voisinages, les environs et même au loin des tumeurs fibro-plastiques ; la reproduction des tumeurs épithéliales *dans l'épaisseur de la peau, des muscles, du corps du pénis et même dans le centre des os*; leur manifestation dans les ganglions lymphatiques voisins et les *ganglions intérieurs*, les viscères importants à la vie tels que les *poumons*, le *foie*, le *cœur* même, faits des plus curieux et des plus importants, recueillis par des micrographes sérieux, tels que MM. Paget, Rositanski, Wirchow et autres, ne démontrent-ils pas déjà, jusqu'à l'évidence, que cette altération est cancéreuse.

(1) Vogel. *Traité d'anat. pathol.*, p. 266.
(2) Wirchow. *Archiv. fur pathol. anat. und physiol.*, p. 116.
(3) Velpeau, *Discours bullet. de l'Acad.*, t. XX, p. 163 et 164.

Tous ces faits, messieurs, qui ne manqueront pas de se multiplier, j'en suis persuadé, prouvent donc bien positivement que la cellule dite cancéreuse n'est pas d'une manière exclusive le caractere spécial ou toujours vrai du cancer.

Je suis donc profondément convaincu qu'en dehors des cellules fibro-plastiques, épithéliale et les cellules que l'on a improprement appelées cancéreuses, existe un principe, un blastème, un liquide cancéreux amorphe, encore insaisissable à nos moyens d'investigation, et que c'est ce principe morbide qui constitue le cancer.

Des considérations nouvelles dans lesquelles je viens d'entrer et de la réfutation que je viens de faire des objections et observations de M. Robert, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe dans l'organisme, indépendamment des cellules primaires embryonaires, des cellules normales ayant une si parfaite analogie dans leurs caractères microscopiques avec les cellules que l'on a nommées cancéreuses, qu'il n'est pas possible de distinguer d'une manière positive ces deux espèces de cellules les unes des autres, en se servant des microscopes les mieux perfectionnés et portant les grossissements jusqu'à 500 et 600 diamètres;

2° Dans l'origine de leur formation primordiale, les trois cellules fibro-plastiques, épithéliale et cancéreuse n'offrent aucune dissemblance tranchée quant à leurs formes, leurs noyaux, leurs nucléoles et leurs caractères chimiques;

3° Si plus tard ces trois cellules, et notamment la cellule fibro-plastique et la cellule cancéreuse, offrent des différences dans leur forme, leur volume, leurs noyaux et leurs nucléoles, ces anomalies se rattachent à la nature plus ou moins dense, fibreuse, molle ou pulpeuse des tumeurs. Les mesures micrométriques des cellules fibro-plastique, squirrheuse et encéphaloïde démontrent d'une manière irréfutable qu'il en est véritablement ainsi;

4° L'état libre ou inclus, la forme, le volume, les réactions chimiques et les attributs variables, inconstants des noyaux et des nucléoles de la cellule dite cancéreuse, ne sont point des caractères tranchés capables de faire reconnaître cette cellule d'une manière positive de a cellule fibro-plastique;

5° La grande diversité de volume, de forme, de contenant et de contenu des cellules cancéreuses, comparée à la rareté des cellules types, s'oppose à ce que l'on puisse reconnaître à cette cellule des caractères propres ou spéciaux à l'aide desquels il soit possible de pouvoir diagnostiquer d'une manière facile et précise la présence ou l'absence du cancer;

6° Les réactifs chimiques se montrent impuissants à faire constater d'une manière certaine si la cellule mise en contact avec eux est épithéliale fibro-plastique ou cancéreuse.

7° Des faits, déjà nombreux, recueillis par des micrographes habiles et des chirurgiens très-expérimentés, démontrent que des cancers véritables n'ont point offert la cellule du cancer, tandis que des tumeurs positivement non cancéreuses ont présenté des cellules;

8° Des faits, également indéniables et déjà nombreux, ont appris que les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques sont de vrais cancers capables de repulluler sur place, au loin, dans les ganglions lymphatiques externes, les ganglions internes, la peau, les muscles, le corps du pénis, les os, les poumons, le foie, le cœur même;

9° Ces faits démontrent que le blastème, le principe morbide du cancer, réside dans un principe amorphe insaisissable par les moyens d'investigations que nous possédons aujourd'hui et indépendant des cellules fibro-plastique épithéliale et de la cellule improprement nommée cancéreuse.

Séance du 9 janvier 1855.

Présidence de M. Jobert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Remède secret contre les engelures et les membres *gelés*, qui sont guéris en *deux heures*.

2° Echantillon de l'eau Brocchieri.

3° Deux autres remèdes secrets contre diverses maladies.

4° Note sur un iodure de Gluten, contre les scrofules, par Gagnage.

5° Rapport sur une épidémie de variole par M. Lebon, officier de santé à Conflans (Moselle).

6° Échantillon de l'eau minérale de Saxon (Suisse), avec demande d'autorisation de la vendre en France.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Dubois donne lecture de quelques paroles pleines de chaleur et de douloureuse dignité qu'il a prononcées sur la tombe de M. Requin.

Cancer.

M. le docteur Elie envoie quelques considérations sur la discussion pendante devant l'Académie.

Sangsues.

M. le docteur Ridreau, détaché à l'armée d'Orient, adresse un mémoire intitulé : « Des sangsues considérées comme corps étranger vivant dans les voies aériennes et en particulier dans le larynx. »

Discussion sur le diagnostic et la curabilité du cancer.

M. Leblanc. Avant d'aborder la question du cancer, notre honorable collègue, M. Delafond, vous a exposé quels avaient été ses nombreux travaux sur divers points de la science; il vous a dit les circonstances favorables qui lui avaient fourni l'occasion, comme médecin et comme chirurgien, d'observer un très-grand nombre de malades parmi toutes les espèces d'animaux domestiques, et même dans l'espèce humaine. Il vous a énuméré ces espèces; il vous a cité le cheval, le mulet, l'âne, le bœuf, le mouton, le cochon, le chien, le chat, les oiseaux domestiques et le perroquet. Il voulait consolider d'avance la base sur laquelle il allait appuyer les arguments scientifiques qu'il allait vous communiquer, et vous faire entendre que ceux qui avaient moins examiné que lui, que ceux qui avaient vu moins de malades des diverses espèces d'animaux domestiques, avaient pu commettre des erreurs, parce que les moyens d'études leur avaient manqué.

C'est ainsi, par exemple, qu'il a cherché à expliquer la dissidence qu'il a tout d'abord dit exister entre lui et moi sur deux questions capitales, relatives aux maladies cancéreuses des animaux.

J'avais énoncé, dans une précédente séance, que le cancer était beaucoup plus fréquent chez les carnivores que chez les herbivores, et que le régime végétal, combiné avec le régime animal, était un moyen préventif contre le développement du cancer chez les chiens et chez les chats. Les premiers mots de M. Delafond ont été prononcés pour combattre ces opinions. Il a cherché, avant tout, à expliquer mon erreur, en avançant qu'ayant eu l'occasion d'examiner beaucoup plus d'animaux carnivores que d'animaux herbivores, j'avais dû constater une plus grande fréquence du cancer chez les carnivores. C'était une simple supposition de la part de M. Delafond qui a commis à son tour dans cette circonstance une grave erreur. Depuis que je professe la médecine vétérinaire, j'ai vu bien plus d'herbivores que de carnivores, la différence est au moins comme 40 est à 1. Et, parmi les herbivores, j'ai eu de nombreuses occasions d'observer toutes les espèces et beaucoup de variétés : le cheval, le mulet, l'âne, le bœuf, le mouton, la chèvre et les oiseaux. M. Delafond a dit notamment que je n'avais guère pu comparer la fréquence du cancer chez les carnivores et chez le bœuf, le mulet, l'âne, le mouton, le cochon, parce que ces derniers animaux sont rares à Paris, où j'exerce ma profession.

Ce qui m'avait fait penser aussi que le régime, en grande partie végétal, était un moyen préventif pour le chien, c'était parce que j'avais observé une bien plus grande fréquence du cancer chez les chiens des gens riches qui peuvent nourrir abondamment leurs animaux avec de la viande, que chez les chiens de la campagne qui ne mangent guère que de très-mauvais pain ou des pommes de terre.

Je le répète, je maintiens ma proposition et je conserverai mon opinion jusqu'à ce que M. Delafond m'ait prouvé, par des faits nombreux et bien circonstanciés, qu'elle n'est pas fondée. Sa position, comme professeur à l'École d'Alfort, pourra lui être d'un grand secours pour résoudre ce problème dont les éléments sont infailliblement tout prêts. Il ne s'agirait que de consulter les registres des hôpitaux d'Alfort et des autres écoles vétérinaires pour savoir dans quelle proportion on a trouvé le cancer et chez les herbivores et chez les carnivores. De fréquents examens, faits au clos d'équarrissage où se trouvent tous les jours tant de chevaux, de chiens et de chats, pourraient aussi facilement résoudre la question. On élaguerait les cas douteux, bien entendu; on élaguerait surtout les engorgements testiculaires et certaines tumeurs chez la jument, l'ânesse et la truie, qui, je le crains du moins, ont été confondues par M. Delafond avec des tumeurs cancéreuses. J'ai bien souvent rencontré de ces tumeurs, mais elles étaient en tout semblables aux tumeurs adénoïdes de M. Velpeau. Je ne les voyais jamais récidiver quand je les opérais complétement : elles étaient formées en grande partie par le tissu de la mamelle hypertrophiée.

Les dispositions au cancer sont tellement grandes chez le chien et chez le chat que, chez ces animaux, les tumeurs hypertrophiques que je viens de rappeler sont assez souvent mixtes, c'est-à-dire qu'elles sont à la fois hypertrophiques et cancéreuses. Là, non-seulement l'observation clinique l'indique par la manière dont se comporte ces tumeurs, qui récidivent presque toujours, quand elles sont volumineuses surtout, qui se répètent et se généralisent; mais les recherches microscopiques viennent encore confirmer ce que l'examen ordinaire avait fait présumer.

J'avais préparé une réponse à l'opinion hypothétique développée par M. Delafond sur l'histologie du cancer; mais vous comprendrez, Messieurs, que je me donnerai bien de garde de traiter de nouveau une question qui a été si bien élucidée par notre honorable collègue, M. Robert.

Je ferai les mêmes observations pour la plupart des tumeurs testiculaires des chevaux, que M. Delafond dit être si souvent cancéreuses. Les tumeurs, quelquefois de volume énorme, des enveloppes testiculaires, rarement du testicule et du cordon testiculaire, sont très-peu souvent cancéreuses chez les herbivores. Ce sont simplement des indurations de tissus des diverses régions dont je viens de parler. Quand on les excise complétement, elles guérissent toujours radicalement; elles guérissent même quelquefois lorsque l'excision n'est pas complète. Ce dernier caractère suffirait aussi, à lui seul, pour les faire différencier du cancer. Il arrive à cet égard pour elles ce que l'on observe dans le cas de ces indurations cellulaires végétatives des cordons testiculaires que les vétérinaires appellent *champignons*, et qui se développent à la suite de l'opération de la castration par l'excision des testicules ou par l'étranglement des cordons testiculaires.

Avec ces engorgements non cancéreux, et qui sont toujours dus à des violences extérieures, on observe très-fréquemment le gonflement des organes testiculaires, enveloppes et glande, que j'appellerai morveux, parce qu'il est une manifestation de cette maladie. Ce ne sont point encore là des lésions cancéreuses.

Je ne nie pas pour cela le cancer du testicule chez les herbivores; je dis seulement qu'il est très-rare. Il y a des caractères cliniques particuliers dont un des principaux est une disposition en bosselures, une limitation assez marquée dans un point du testicule. Ce n'est pas le lieu de m'étendre ici plus longuement sur les diverses nuances de ces caractères différentiels.

Les tumeurs des mamelles sont beaucoup plus rares chez la jument et l'ânesse que chez la chienne; j'ai constaté qu'elles étaient le plus souvent bénignes, c'est-à-dire hypertrophiques.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *École de médecine de Nantes.* — A l'exemple des Facultés, l'École de médecine de Nantes, ville où la science est cultivée avec zèle, a voulu avoir sa solennité. Elle l'a eue, en effet, et elle mériterait d'être longuement mentionnée, si l'importante discussion sur le cancer ne nous encombrait pas depuis quelque temps, et si nous ne tenions pas à continuer *in extenso* la publication de tous les documents qui se sont produits sur cette discussion que le *Moniteur* a seul publiée d'une manière complète. Nous devons donc nous borner à dire que MM. de Laforest, inspecteur de l'Académie, et Thibeaud, professeur de clinique médicale, ont prononcé, le premier, une courte allocution fort bien pensée, et le second, un discours remarquable.

Les prix suivants ont été décernés dans cette séance :

Première classe. — *Élèves ayant quatre inscriptions.*

1er *Prix.* Joüon (François);
2e *Prix.* Dufil (Auguste) ;
Accessit. Bertin (Georges);
Mention honorable. Filaudeau (Paul-Émile).

Deuxième classe. — *Élèves ayant huit inscriptions.*

1er *Prix.* Ricordeau (Chrysostôme);
Accessit. Chauvin (Louis).

Troisième classe. — *Élèves ayant douze inscriptions.*

1er *Prix.* Meslier (Adolphe);
2e *Prix.* Viaud-Grand-Marais (Ambroise);
Accessit. Gilot (Pierre).

Clinique.

1er *Prix.* Vignard (Edmond);
2e *Prix.* Écorchard (André).

H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 7. 3me ANNÉE. Mardi 16 Janvier 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Séance de l'Académie de Médecine.

DISCUSSION DU CANCER.

12e *Séance.*

Trois orateurs, déjà nommés, se sont partagé cette séance, où nous avons successivement entendu le *troisième* discours de M. Leblanc, le *troisième* discours de M. Delafond et le *troisième* discours de M. Velpeau. M. Leblanc a présenté *trois* remarques, M. Delafond a développé ses *trois* théories, et M. Velpeau a reproduit ses *trois* arguments. Le discours de M. Delafond est *trois* fois plus long que celui de M. Leblanc; le discours de M. Velpeau promet d'être *trois* fois plus étendu que celui de M. Delafond. Tel est le bilan de cette 12e séance qui termine le *troisième* mois de la discussion. — Le nombre *trois* se multiplie ici avec une ténacité remarquable. On appellera cela si on veut de la superstition mais nous ne pensons pas empêcher de croire un peu à l'influence triangulaire de ce nombre sacramentel; nous en concluons que la discussion du cancer touche à sa crise suprême, et si elle se prolonge encore pendant plus d'une séance, nous renonçons pour jamais à la philosophie néo-platonicienne.

Les trois remarques de M. Leblanc ont eu pour but de répondre à quelques assertions de M. Delafond et de prouver : 1° que le cancer est beaucoup plus fréquent chez les carnivores que chez les herbivores ; 2° que chez ces derniers la plupart des tumeurs considérées, par M. Delafond, comme cancéreuses sont simplement fibro-plastiques et guérissent toujours radicalement par l'opération ; 3° que les tumeurs mammaires de l'ânesse et de la jument sont le plus souvent de simples hypertrophies, et ne diffèrent pas des hypertrophies glandulaires des mamelles si, communes dans l'espèce canine.

Les trois théories de M. Delafond peuvent s'énoncer ainsi : 1° il n'y a pas de cellules spéciques, attendu que *la cellule* est la même dans tous les tissus normaux ou pathologiques; 2° les formes particulières que la cellule revêt dans les diverses tumeurs, lui sont imposées par les conditions mécaniques au sein desquelles elle se développe ; 3° le cancer n'étant pas caractérisé par sa cellule, ne peut l'être que par la partie liquide du suc qu'il renferme.

Quant aux trois arguments de M. Velpeau, il sont trop connus du lecteur pour qu'il soit nécessaire de les énoncer ici.

L'espace nous manquerait si nous devions passer successivement en revue et discuter isolément toutes ces remarques, toutes ces théories, et tous ces arguments, dont les échos de l'Académie ont retenti pendant plus de deux heures, et dont la reproduction a rempli à peu près complétement deux numéros de notre journal. Aussi bien, le lecteur connaît déjà notre appréciation sur la plupart de ces questions qui ont, depuis longtemps, perdu leur virginité académique.

Pour leur prêter de nouveaux charmes et leur assurer l'attention de l'auditoire, il n'a fallu rien moins que le talent bien connu des orateurs. Quant à nous, nous craindrions de nous exposer à des répétitions monotones, si nous reprenions une à une toutes les objections qui viennent de récidiver pour la cinquième ou sixième fois depuis le commencement de la discussion.

L'argumentation de M. Velpeau n'étant pas encore terminée, nous attendons pour en parler qu'il ait prononcé son quatrième discours qui sera sans doute le dernier.

Nous sommes trop peu versés dans la pathologie vétérinaire pour juger le différend qui s'est élevé entre MM. Leblanc et Delafond sur la répartition des cancers et des pseudo-cancers parmi les diverses espèces d'animaux domestiques. Il nous semble toutefois que les faits invoqués par M. Leblanc seront difficiles à réfuter; nous les tiendrons pour exacts jusqu'à ce que M. Delafont y ait répondu, ce qu'il n'a pu faire séance tenante, puisque son discours était écrit à l'avance.

Nous nous bornerons donc aujourd'hui à examiner ce dernier discours et les théories que M. Delafont y a présentées avec une clarté et une habileté que nous sommes heureux de reconnaître.

La situation de l'orateur était plus difficile encore peut-être que la dernière fois. Son second discours avait été la réfutation du premier et il fallait que le troisième fût la réfutation du second. Des oscillations aussi rapprochées té-

moignent d'un esprit impartial qui cherche la vérité, mais elles rendent épineuses la tâche de celui qui les exécute. M. Delafond l'a senti. C'est ce qui l'a décidé sans doute à se méfier des hasards de l'improvisation, et à confier au papier le résultat de ses méditations nouvelles.

Il y a plus de joie, dans le royaume des cieux, pour un pécheur qui se repent que pour quatre-vingt-dix-neuf justes qui l'ont toujours été. C'est pourquoi M. Delafond a été fêté par nos adversaires avec bien plus d'enthousiasme que s'il n'eût jamais prononcé son second discours. Nous devons dire, du reste, en faisant abstraction des idées qu'il a défendues, que son triomphe était pleinement mérité. Son style parfaitement académique et son érudition ont droit à nos éloges, et nous constatons avec plaisir qu'à l'exemple de plusieurs des orateurs qui l'ont précédé il a bien voulu tenir compte du rôle que la presse a joué dans cette importante discussion.

Nous rendons hommage au talent et à l'urbanité de M. Delafond ; mais cela ne nous engage pas à adopter ses théories. C'est pouquoi nous prendrons la permission de revenir sur quelques points qui nous paraissent sujets à controverse.

L'auteur, comme on vient de voir, a trois théories : sur ce nombre, deux seulement lui appartiennent en propre ; quant à la troisième, ou pour mieux dire la première par ordre d'importance, il n'a fait que lui prêter l'appui de son autorité attendu qu'elle existait depuis seize ans sous le nom de *Théorie cellulaire*. Celle-ci tient les deux autres sous sa dépendance ; aussi M. Delafont, comprenant que c'était là le nœud de la question, a-t-il consacré une bonne partie de son discours à la défense de cette théorie fondamentale, bien déchue aujourd'hui de son ancienne splendeur et sur le compte de laquelle M. Velpeau s'est exprimé d'une façon assez peu respectueuse.

Nous avons écouté avec beaucoup d'attention le plaidoyer de M. Delafond ; il nous semblait qu'un micrographe aussi pratique que lui, allait puiser ses arguments dans ses propres observations. Au lieu de cela, au lieu d'invoquer la grande autorité des faits, il s'est contenté d'invoquer la petite autorité des hommes. Une erreur commise en bonne et nombreuse compagnie, n'en est pas moins une erreur, et la longue liste des auteurs énumérés par M. Delafond devant l'Académie, ne prouverait absolument rien, lors même que tous ces auteurs seraient restés fidèles à la théorie cellulaire, ce dont il est permis de douter, au moins pour la plupart d'entre eux.

D'ailleurs il nous semble que M. Delafond a commis ici une légère méprise. Il a cru démontrer l'exactitude de la théorie cellulaire, parce qu'il démontrait l'existence des cellules. C'est pourquoi laissant de côté et le blastème et la force métabolique, et la génération et les métamorphoses des noyaux et des cellules, il s'est attaché à établir la réalité des cellules primordiales. C'est absolument comme si un physiologiste, pour démontrer l'exactitude d'une théorie quelconque sur les fonctions de la rate, se bornait à prouver que cet organe existe et qu'il a même été vu par une foule d'auteurs. A ce compte, nous commençons à ne plus nous étonner que M. Delafond ait réussi à dresser une si formidable des auteurs dont il croit l'autorité favorable à la théorie cellulaire. Il aurait pu grossir indéfiniment cette liste et y joindre le nom de tous ceux quelconques qui ont trois fois dans leur vie jeté l'œil dans un microscope.

Il aurait pu y ajouter le nom de M. Velpeau qui n'a jamais nié l'existence des cellules embryonnaires, ni des cellules des productions accidentelles, quoiqu'il ne considère pas la théorie cellulaire comme sérieuse.

Il aurait pu ranger encore M. Robert au nombre de ses autorités, car M. Robert a dit quelque part dans ses discours, que les tissus normaux et probablement aussi la plupart des tissus pathologiques succédaient à des formations cellulaires.

M. Delafond a si peu compris la différence qu'il y a entre les cellules et la théorie cellulaire, qu'au nombre des autorités favorables à la thèse qu'il soutient, il a cité M. Bérard. Il a même reproduit textuellement quelques phrases du *Cours de physiologie* de ce professeur, entre autres celles-ci : « It ne faut pas confondre la théorie cellulaire » avec les faits d'anatomie qui s'y rapportent. *L'existence* » des cellules à noyau dans un grand nombre de parties » ne peut être contestée ; les doutes ne peuvent naître que » relativement à leur *évolution ultérieure* (1). »

Il est évident que l'intention de M. Bérard dans ce passage, est de mettre ses élèves en garde contre les séductions de la théorie cellulaire. C'est comme s'il disait : les cellules existent, nous devons y croire ; quant à la théorie, vous pouvez en douter !

Telle est la valeur du témoignage que M. Delafond croit favorable à la théorie cellulaire. Il faut avouer qu'en ceci, il ne se montre guère difficile.

Mais quoi ! M. Delafond est allé plus loin encore, et, dirigeant contre nous un *argumentum ad hominem*, il nous a prouvé, de par nos propres phrases que nous, oui, nous-même, nous avions déposé victorieusement en faveur de la théorie cellulaire. En effet, n'avons-nous pas dit que *tous les tissus normaux de l'économie* SUCCÈDENT *aux cellules embryonnaires ?* et n'avons-nous pas ajouté *que les productions accidentelles sont* SOUVENT *comme eux*, PRÉCÉDÉES *de formation cellulaire ?* Ainsi, nous voilà pris en flagrant délit ; nous sommes atteint et convaincu d'avoir sacrifié à la théorie cellulaire.

Avec un peu plus de sang-froid, M. Delafond eut cependant pu reconnaître dans ces propositions le soin particulier avec lequel nous en avons écarté tout ce qui aurait pu être interprété en faveur de sa théorie. Nous disons : les tissus *succèdent* aux cellules ; nous ne disons pas : les tissus sont dus aux transformations des cellules. De même, dans la seconde phrase, nous disons que des cellules *précèdent*, non pas toujours, mais *souvent*, l'apparition des tissus accidentels. Ainsi nous avons employé des verbes qui indiquent simplement la succession de deux phénomènes, en évitant d'établir entre eux aucune relation de cause à effet. Voilà ce que M. Delafond présente comme un aveu favorable à la théorie cellulaire !

Mais, puisque notre éminent adversaire a bien voulu nous faire l'honneur de lire et de citer notre *Mémoire sur*

(1) Bérard, *Cours de physiologie*, t. I, p. 207, Paris, 1848, in-8°.

l'anatomie pathologique du cancer, (1) il aurait bien dû se souvenir du jugement que nous avons porté, à la page 470, sur cette théorie cellulaire en faveur de laquelle il fait appel à notre témoignage. Sans méconnaître les services rendus par cette théorie, qui, en faisant briller aux yeux des Allemands, toujours chercheurs de l'unité, la perspective d'une généralisation prochaine, les a poussés dans l'heureuse voie des études microscopiques, et a soutenu leur courage dans ces recherches fastidieuses et difficiles, nous avons rejeté de toutes nos forces ce rêve de l'imagination germanique, et nous avons ajouté :

« Ne soyons donc pas trop sévère à l'égard de la théorie cellulaire; sans elle, peut-être, l'histologie ne fût pas devenue une science. Ce *rêve* s'est évanoui, mais il est resté une riche moisson de faits. »

Si M. Delafond consultait l'un après l'autre tous les auteurs dont il a invoqué les noms devant l'Académie, beaucoup d'entre eux, sans doute, lui feraient une réponse analogue.

Nous serons bref sur le reste du discours de M. Delafond. L'honorable académicien a reproduit sa théorie du liquide cancéreux, théorie que nous avons déjà réfutée, et sur laquelle nous jugeons inutile de revenir. Il en est de même de sa théorie sur les conditions mécaniques qui imposent à la cellule pathologique les différentes formes qu'il revêt.

Quant aux arguments que l'auteur a fait valoir pour prouver que toutes les cellules se ressemblent, que celles du cancer par exemple ne diffèrent pas de celles du tissu fibro-plastique, nous croyons qu'ils se trouvent suffisamment refutés par son précédent discours. Le lecteur n'ignore pas que dans ce discours, l'ancien académicien exposa les différentes tranchées qui existent entre les diverses formations cellulaires et qu'il renvoya même pour plus ample informé aux *excellents* (sic) dessins de M. Lebert.

Il ne s'agit pas de savoir si les théories de M. Delafond sont compatibles ou non avec la spécificité des cellules; il s'agit simplement de savoir si on peut oui ou non distinguer ces cellules les unes des autres.

Or, nous terminons en faisant une seule question à M. Delafond : Si on disposait sous trois microscopes une préparation d'épithélium, une préparation de cancer et une préparation de tissu fibro-plastique, saurait-il oui ou non distinguer ces trois préparations l'une de l'autre?

Nous ne lui faisons pas l'injure de croire qu'il puisse répondre : non!

PAUL BROCA.

(1) *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XVI, p. 470. Paris, 1851, in-4°.

CLINIQUE CIVILE.

INERTIE DE LA MATRICE ; — SEIGLE ERGOTÉ ET FORCEPS,

par le docteur LÉON SORBETS, d'Aire (Landes).

Une des questions les plus importantes de l'obstétrique est d'établir d'une manière certaine les cas qui réclament l'administration du seigle ergoté et l'application du forceps.

En dehors des vices de conformation du bassin, on fait l'application du forceps, en général, pour amener la tête de l'enfant qui est volumineuse, dans des cas où le périnée oppose une résistance assez forte; ou bien encore, lorsqu'il y a procidence du cordon et prolongation du travail, enfin inertie de la matrice.

Mais l'inertie de la matrice, survenant pendant l'accouchement, doit être combattue, suivant l'état du col, par le forceps ou par l'ergot de seigle.

Si l'administration du seigle ergoté était sans danger, on pourrait, dans une foule de circonstances, hasarder cette substance. Mais il n'en est pas ainsi, puisque cet agent exerce son action sur la mère aussi bien que sur le fœtus.

Du côté de la mère, il peut produire des effets graves, l'ergotisme gangréneux, par exemple, et la rupture de l'utérus, fait déjà observé, mais heureusement très-rare.

C'est surtout sur l'enfant que l'ergot de seigle exerce une influence fâcheuse. Il ne tend à rien moins qu'à déterminer la mort par asphyxie, car tous les accoucheurs savent que cette substance a pour effet de substituer aux contractions intermittentes de l'état normal, des contractions utérines permanentes, ou, en d'autres termes, une contraction tétanique continue de l'utérus. Il en résulte que le sang est arrêté, qu'il n'afflue plus dans la matrice, et qu'il y a là, par conséquent, un danger imminent pour la vie du fœtus. Si la tête du fœtus a franchi le col, la compression plus ou moins forte du col de l'utérus en contraction sur les veines jugulaires ou sur le cordon ombilical, amène la mort par asphyxie.

Malgré les accidents qn'il peut produire, l'ergot de seigle est un des plus précieux agents thérapeutiques, quand il est employé avec discernement, et lorsque certaines conditions se trouvent réunies, telles que : dilatation complète du col, présentation normale du fœtus, et enfin bonne conformation du bassin.

Tous les accoucheurs n'ont pas les mêmes idées sur le mode d'agir et l'action qu'exerce le seigle ergoté sur l'utérus.

Le docteur Samuel Hardy, de Dublin, attribue le ralentissement de la circulation du fœtus, non pas aux contractions de l'utérus, mais bien aux propriétés toxiques de l'ergot. Pour le docteur Godquin, au contraire, l'ergot exerce une influence sur les organes de la circulation, en général, et ce n'est que de cette manière qu'il a une action spéciale sur la matrice.

Le seigle ergoté est, par excellence, l'agent excitateur de l'utérus. Cette opinion se trouve diamétralement opposée à celle de l'école italienne qui le regarde comme un agent hyposthénisant. Pour nous, adoptant la première opinion, nous l'emploierons donc dans des cas d'inertie de la matrice excédée de fatigue, tombant dans un état d'impuissance complète, qui ne lui permet pas de réagir suffisamment sur le corps à expulser.

L'inertie de la matrice, qu'elle qu'en soit la cause, réclame, en général, le seigle ergoté. Cependant, il est des cas où le forceps doit être exclusivement appliqué ; et c'est précisément dans la détermination de ces cas que gît toute la difficulté. Cette question, très-importante sous le point de vue pratique, divise encore les accoucheurs, et jette, par cela même, les praticiens dans un très-grand embarras. Cependant, il nous semble que c'est l'état du col de l'utérus qui doit seul guider, soit pour administrer l'ergot de seigle, soit pour appliquer le forceps. En effet, si l'inertie de la matrice survient lorsque la dilatation est complète, la tête n'ayant pas encore franchi le col, l'ergot de seigle devra être employé, parce qu'alors cette substance, réveillant les contractions utérines, pourra terminer le travail. Mais si la tête a déjà franchi le col, il serait dangereux d'administrer cette substance, le forceps pouvant, dans ce cas, terminer l'accouchement d'une manière bien plus certaine.

Les accoucheurs ne paraissent pas avoir tenu assez compte généralement de cette distinction, tirée de l'état du col. Sans exposer les diverses opinions émises sur ce sujet, nous dirons seulement que le docteur Goupil, comme il l'a exprimé dans un des numéros du *Bulletin de thérapeutique*, pense que c'est dans l'inertie de l'utérus seulement que le seigle ergoté lui semble, non-seulement sans danger, mais manifestement utile. Cette proposition ne peut pas être acceptée d'une manière absolue ; car, si le travail a commencé depuis quelques heures, si la tête est descendue dans le petit bassin, c'est le forceps seul qui doit être

employé, l'ergot de seigle pouvant, dans ce cas, faire courir un danger réel à l'enfant.

Dans le même recueil, le docteur Villeneuve, conseille d'administrer le seigle ergoté dans des cas graves où la nature ne se suffit pas à elle-même dans le travail de l'accouchement, et dans lesquels les secours de la main pourraient être inapplicables ou dangereux. Nous croyons avec peine que le seigle ergoté pût triompher de certaines difficultés devant lesquelles le forceps resterait impuissant ou serait d'une application impossible.

M. le professeur Depaul, dont le nom est pour nous d'une grande autorité en semblable matière, conseille de donner le seigle ergoté, si l'on croit qu'après son administration, l'accouchement sera rapide, et si la femme a eu des enfants.

Si, au contraire, la femme est primipare, il préfère le forceps et avec raison. Car il faut toujours avoir présente à l'esprit cette vérité, que l'enfant peut mourir par les troubles de la circulation, déterminés par la constriction utérine. Dans tous les cas, il donne l'avis de surveiller avec soin les battements du cœur du fœtus, d'après les règles posées dans son excellent traité d'auscultation obstétricale.

Ce sont ces principes qui doivent, à notre avis, guider les praticiens, et l'on verra, par l'observation suivante, que le forceps a terminé un accouchement dans lequel le seigle ergoté avait été impuissant.

Mme Louise L..., jeune femme de vingt ans, appartenant à l'une des familles les plus honorables des environs de Pau (Basses-Pyrénées), grande, bien constituée, ayant toujours joui d'une santé parfaite, est enceinte pour la première fois, et arrivée au terme de sa grossesse.

Le jeudi 2 novembre, à midi, elle commence à éprouver des douleurs lombaires ayant un caractère intermittent. Ces douleurs, d'une durée de quelques secondes, reparaissent toutes les cinq minutes. — Elles cessent vers 7 heures du soir. — La nuit est assez bonne.

Le vendredit 3, à midi également, les douleurs intermittentes reparaissent. Mais cette fois, leur durée est de 2 à 3 minutes. Elles se reproduisent assez souvent. Couchée pendant qu'elles se taisent, Mme L... est obligée de se promener dans son appartement quand elles se font sentir. La fin de ces douleurs était annoncée par un bâillement. — Envies fréquentes d'uriner.

Appelé près de cette dame vers 6 heures du soir, je constatai, par le toucher vaginal, un commencement de dilatation du col, et à travers l'ouverture du col, je pus arriver jusque sur une surface arrondie, sphéroïdale, qui n'était autre chose que la tête du fœtus.

Cependant les douleurs continuent. Franchement intermittentes, elles sont assez fréquentes et assez prolongées. Il est impossible à la malade de rester couchée. Elle est obligée de se promener ou de s'asseoir, cherchant ainsi par des positions diverses un soulagement à ses douleurs.

Je pratique le toucher de temps en temps. A un moment donné, la dilatation est complète. La tête se présente au col. Vers neuf heures les douleurs cessent. Mme L... fatiguée, est vaincue par le sommeil.

Elle se réveille vers minuit; les douleurs n'ont pas reparu. Il y a inertie complète de l'utérus. Cette inertie, survenant pendant le cours du travail de l'enfantement, reconnaissait évidemment pour cause la fatigue des fibres utérines, dont les contractions longtemps répétées, avaient en vain lutté contre un obstacle qu'elles n'avaient pu vaincre.

Jugeant que le travail ne pourrait pas se terminer sans de nouvelles contractions utérines, je résolus d'administrer le seigle ergoté. Mme L... se trouvait pour cela dans d'excellentes conditions. En effet, il y avait dilatation du col, excellente conformation du bassin, et inertie complète de la matrice.

Je fis immédiatement diviser en 4 paquets 1 gram. 50 centig. d'ergot de seigle. J'en donnai un paquet toutes les 20 minutes. Ce médicament ne détermina aucune espèce de douleur accusée par la femme.

Le seigle ergoté que je mis en usage était réduit en poudre depuis longtemps; par conséquent, il pouvait être altéré par la dessication. Le temps pouvait aussi, comme cela est reconnu, lui avoir fait perdre ses propriétés.

Voulant qu'il possédât toutes les qualités requises, je fis pulvériser, en ma présence, 2 grammes de seigle ergoté, récolté dans l'année. Doué d'une forte odeur ammoniacale, ce médicament paraissait offrir toutes les conditions favorables à une bonne administration. Ces 2 grammes furent divisés en 6 paquets. Chaque paquet administré toutes les 20 minutes, dans un peu d'eau sucrée.

Les résultats furent négatifs. Ce médicament ne détermina aucune espèce de contraction expultrice.

J'avais passé la nuit près de la malade. Il était alors 9 heures du matin, samedi 4 novembre.

Ne voulant pas seul assumer la responsabilité de cet accouchement, je priai la famille d'appeler un de mes confrères. Comme certains phénomènes inflammatoires s'étaient déclarés, chaleur de la peau, pouls fort, fréquent, céphalalgie, face animée, nous fûmes d'avis de pratiquer une saignée. Il arrive en effet, quelquefois, qu'un état pléthorique général ou local, est la cause de l'inertie de l'utérus. Il suffit presque toujours dans ce cas de pratiquer une saignée pour voir cesser cet obstacle au progrès du travail. Nous espérions que ce moyen ou quelques heures de plus apporteraient un changement favorable à l'état de la malade. Nous devions toutefois avoir recours plus tard au forceps, si l'inertie de la matrice ne venait pas à cesser.

Je pratique une saignée de 400 grammes. Elle ne change rien à l'état des choses. Les douleurs ne reparaissent pas. Cependant, la malade faisant quelques efforts, voit perdre sous elle sans douleur, une partie des eaux de l'ermnios. Il arrive quelquefois que l'intégrité des membranes peut être la cause de l'affaiblissement des contractions, et par conséquent un obstacle au progrès du travail. Ici encore, la rupture des membranes ne réveillait pas les contractions utérines.

Il était midi : Mme L..., douée d'une énergie peu commune, prétendait qu'elle n'accoucherait jamais, si on ne l'aidait pas avec les fers. C'étaient là ses propres expressions. Depuis quelques instants, elle réclamait le forceps à grands cris. Sa mère seule s'y opposait. Cependant, comme nous faisions entrevoir à cette dernière l'urgence et la nécessité de terminer le travail. (Les douleurs ayant cessé depuis 15 heures, et la tête se trouvant alors en première position au détroit inférieur, l'application du forceps fut acceptée.)

J'introduisis sans peine la branche mâle. L'introduction de la seconde branche présenta quelque difficulté. Cependant, à l'aide de quelques tractions et mouvements combinés, je pus sans effort amener la tête au dehors, et terminer ainsi l'accouchement.

L'enfant qui était énorme, avait beaucoup souffert au passage. Il était bleuâtre, presque asphyxié. Evidemment, le seigle ergoté avait déterminé ces accidents, par les troubles apportés à la circulation fœtale. Après la section du cordon, je laisse couler le sang pendant quelques instants. L'enfant fit plusieurs inspirations. Il était sauvé.

Rien de particulier pour la délivrance. Aucun accident n'est survenu du côté de la mère. Elle s'est rétablie parfaitement.

Ainsi donc, d'après cette observation, c'est l'état du col qui devra guider, soit dans l'administration du seigle ergoté ou l'application du forceps.

Si l'inertie est récente, avec dilatation complète du col, la tête n'ayant pas encore franchi le col, il faut savoir attendre, ou administrer dans ce cas le seigle ergoté.

Si, au contraire, l'inertie dure depuis quelques heures, que la tête ait franchi le col et que la femme soit primipare, il faudra appliquer le forceps et se hâter de terminer l'accouchement. Malgré l'effroi qu'il inspire généralement, le forceps n'amène jamais d'accidents, quand il est tenu et conduit avec prudence.

Académie impériale de Médecine.

Présidence de M. Jobert.

Addition à la séance du 9 janvier.

Je ne nie pas davantage le cancer chez les herbivores autres que le cheval. J'en ai observé, comme M. Delafond, chez le mulet, l'âne, le cochon, le mouton et les oiseaux. J'ai même décrit et publié peut-être le seul fait de cancer chez le cochon, qui se trouve dans les *Annales vétérinaires*. C'était un encéphaloïde énorme trouvé dans les poumons. J'ai trouvé des cancers épithéliaux chez les poules et chez les perroquets; j'en ai opéré; ils ont récidivé assez souvent, mais je dois faire remarquer qu'il est très-difficile de les exciser complétement, parce qu'ils existent ordinairement aux yeux, aux paupières, autour des oreilles, et que les grandes plaies se cicatrisent difficilement chez ces animaux, qui ne secrètent pas ou du moins presque pas de pus. J'ai enfin rencontré de vrais cancers et des cancers fibro-plastiques dans diverses régions des différents herbivores; je l'ai dit dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire, il y a deux ans, à l'Académie de méde-

cine; mais j'ai constaté qu'il y avait une différence énorme entre leur fréquence et celle des cancers des carnivores, du chien et du chat domestique.

M. Delafond ignore sans doute que j'ai pratiqué la médecine vétérinaire pendant quatre années dans le Poitou; que là les bœufs, les mulets, les ânes, les moutons, les cochons pullulent. Donc, sans crainte de me tromper, je puis dire que j'ai examiné, et suivi surtout, autant d'animaux herbivores que M. Delafond en a observé. Par contre, je suis convaincu qu'il a eu l'occasion d'étudier moins de chiens et de chats que moi. Tout bien considéré, je ne trouve pas fondé le motif allégué par M. Delafond. Je continue donc à soutenir ma proposition comme vraie.

Ce qu'il y a d'assez singulier dans les objections faites à cette proposition par M. Delafond, c'est qu'il a fini par admettre mon opinion, un peu mitigée, il est vrai. Il pense que la plus grande fréquence que j'avais dit exister chez les carnivores est réelle, mais qu'elle est moins grande que je ne l'avais annoncé. La manière dont il a présenté sa réfutation a été la cause de fausses interprétations de la part de quelques personnes qui m'ont dit après la séance dans laquelle M. Delafond a prononcé son discours : Mais il n'est donc pas bien démontré que le cancer est plus fréquent chez les carnivores que chez les herbivores, puisque M. Delafond a constaté le contraire? Evidemment ces personnes n'avaient pas entendu les conclusions de M. Delafond. Comme l'honorable professeur doit être très-logique, il ne peut nécessairement pas s'empêcher de recommander une modification de régime telle que les végétaux devront entrer en grande proportion dans la nourriture des carnivores cancéreux.

D'après les développements dans lesquels est entré M. Delafond, sur le cancer des herbivores, je suis convaincu qu'il a regardé comme lésions cancéreuses des maladies qui n'ont certainement pas les caractères que M. Velpeau avait considérés comme appartenant au cancer, et qui n'ont pas, non plus, ceux admis par les micrographes. Je ne parle pas, bien entendu, des micrographes de l'école de M. Delafond.

Je citerai, entre autres lésions, ces tumeurs si fréquentes qui surviennent aux mâchoires des bœufs, appelées par le vulgaire des noms de suros, d'os de graisse, etc., etc., et désignées par les vétérinaires sous les dénominations de sarcôme, carcicôme, ostéo-sarcôme, etc. J'ai observé et excisé un grand nombre de ces tumeurs. Je les ai décrites; j'en ai même fait le sujet d'un mémoire alors que j'habitais le Poitou, mémoire que j'ai communiqué à la société impériale et centrale d'agriculture. J'ai même vu de ces lésions depuis que je suis à Paris. Je les ai étudiées avec le docteur Trousseau, il y a vingt-cinq ans, et tout récemment avec le docteur Follin, qui n'y a trouvé que du tissu fibro-plastique et de la graisse. Ce n'est pas parce que je n'y ai vu que du tissu fibro-plastique que je dis qu'elles ne sont pas cancéreuses (on sait que dans le groupe générique des affections cancéreuses j'admets des espèces sans la cellule cancéreuse type), mais bien parce que ces tumeurs ne se généralisent jamais, qu'elles coexistent pendant très-longtemps avec un état de santé général parfait, avec un embonpoint tel qu'on trouve assez souvent de ces tumeurs chez les bœufs gras de boucherie amenés à Paris. Si elles repullulent, ce n'est que sur place, à la manière de beaucoup de tumeurs qu'il n'est venu à l'idée de personne de considérer comme des cancers, à la manière des lipômes, des indurations cellulaires, des poireaux, des polypes, des végétations hypertrophiques, des eaux-aux-jambes, des crapauds, etc. L'extrême fréquence, seule, des ostéo-sarcômes des mâchoires du bœuf devrait, d'ailleurs, exclure l'idée du cancer qui, fort heureusement, ne court pas les rues, pas plus chez le bœuf que chez les autres espèces d'animaux. Ces tumeurs sont produites par les coups de sabots et d'aiguillons, seuls moyens qu'emploient les bouviers pour faire reculer leurs bœufs pendant le travail.

M. Velpeau : Cette discussion, messieurs, se prolonge beaucoup; je crains qu'elle ne finisse par ennuyer. Cependant elle touche à des questions si importantes que l'Académie ne veut pas, je crois, l'abandonner sans que le sujet soit ou paraisse épuisé.

Il s'est dit bien des choses depuis le commencement. Il s'est dit des choses qui touchent au cœur même de la question, et d'autres qui lui sont à peu près complétement étrangères. Il serait important, je pense, d'élaguer tout ce qui est étranger à la question et de rentrer franchement dans le sujet même.

Ce que vient de dire M. Delafond abrégera beaucoup ce qui me concerne. Il m'eut été d'ailleurs impossible de traiter aussi bien qu'il l'a fait la partie micrographique du sujet. Étant micrographe lui-même il était plus compétent qu'aucun autre pour traiter cette question de la valeur caractéristique de la cellule cancéreuse; et vous avez vu par quels puissants arguments il a détruit toute l'importance qu'on avait voulu attribuer à l'existence et aux caractères de cette cellule.

Je dois dire encore en commençant qu'on a tout à fait oublié, et M. Robert surtout me paraît avoir oublié le point de départ de cette discussion dans laquelle je suis attaqué comme si j'en avais été le provocateur. J'en demande bien pardon à M. Robert, mais ceci n'est pas exact. Le provocateur, et il n'y a pas lieu d'ailleurs de s'en défendre, je rappelle seulement ceci pour rétablir l'exactitude des faits, le provocateur, dis-je, a été M. Robert lui-même. Voici en effet ce qui est arrivé. Je venais de publier un livre dans lequel, traitant du cancer, je m'étais cru obligé de discuter les questions qui s'agitent actuellement ici. J'avais dit, par exemple, que certains cancers peuvent être définitivement guéris par l'opération et j'en citais des exemples. J'avais dit encore que bon nombre de tumeurs peuvent être très-exactement diagnostiqués sans l'intervention du microscope, et que par conséquent le microscope n'est pas indispensable au diagnostic. Quand j'ai entendu M. Robert venir nier ces deux propositions, disant que l'opération ne guérit jamais le cancer et que jamais le diagnostic ne peut être affirmatif sans l'intervention du microscope, quand je l'ai entendu révoquer en doute les observations de M. Pamard, sous prétexte que le microscope n'ayant pas prononcé on ne pouvait pas savoir à quel genre de tumeurs ce chirurgien avait eu affaire, dès lors j'ai dû prendre ceci pour une attaqne, et j'ai cru qu'il m'importait de venir défendre ces propositions que je croyais et que je crois encore vraies.

J'ai donc dit que sans le microscope il est possible de distinguer certains cancers qui présentent une physionomie bien tranchée, ce qui ne veut pas dire sans doute que le microscope soit un instrument inutile. J'ai dit en second lieu que certains cancers avaient été complétement guéris par l'opération, et voilà tout. Jamais, je crois, je ne suis allé au delà; jamais il n'est entré dans mon esprit de déprécier ni les hommes ni les travaux qui tendent à propager les recherches microscopiques.

(La suite à un prochain numéro.)

Le 11 juillet dernier, un quidam nous adressa une lettre fort hétéroclite que nous refusâmes d'insérer. Mais cette lettre ayant paru dans un autre journal, nous dûmes, à notre tour, la reproduire, en la faisant précéder de quelques observations propres à montrer à nos lecteurs que, si nous avions manqué à nos habitudes, c'était uniquement dans l'intérêt d'un membre de deux corps qui ont droit à toutes nos sympathies. A peine la lettre et notre justification eurent-elles paru que notre quidam nous adressa une lettre nouvelle, mais cette fois avec injonction de l'insérer. Pensant qu'un rédacteur en chef n'est pas obligé, même aux termes rigoureux de la loi du 25 mars 1822, d'insérer la lettre d une personne désignée dans son journal, lorsque la désignation n'a eu lieu que dans une réponse à une première lettre de cette même personne, nous refusâmes l'insertion de la seconde lettre, voulant, dans l'intérêt de la presse, faire décider la question judiciairement. Le tribunal en a statué contrairement à notre manière de voir, et, sans considérer la question comme définitivement jugée, puisque nous n'avons pas épuisé tous les degrés de juridiction, nous croyons devoir exécuter dès aujourd'hui le jugement dont la teneur suit, lequel, et nous disons ceci autant pour notre justification que pour l'édification du ministère public, nous a été signifié, non pas le *douze* janvier, comme le porte l'exploit de M. l'huissier, mais bien le *treize*, et en parlant, non pas à un homme à notre service, comme le porte encore l'exploit dudit huissier, mais au concierge de la maison. — « Le tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi faisant droit, attendu que toute personne nommée ou désignée dans un journal a droit de faire insérer sa réponse dans ledit journal, attendu qu'il résulte des documents produits aux débats que de Castelnau, rédacteur en chef du journal *le Moniteur des Hôpitaux*, ayant nommé Gallard dans un article du numéro du 20 juillet 1854 de son journal, a refusé d'insérer sa réponse audit article qui lui était adressée par Gallard, qu'il a ainsi contrevenu aux dispositions de l'art. 11 de la loi du 25 mars 1822; vu ledit article dont il a été donné lecture par le président et qui est ainsi conçu : les propriétaires ou éditeurs de tout journal ou écrit périodique seront tenus d'insérer dans les trois jours de la réception ou dans le plus prochain numéro, s'il n'en était pas publié avant l'expiration des trois jours, la réponse de toute personne nommée ou désignée dans le journal ou écrit périodique, sous peine d'une amende de 50 fr. à 500 fr., sans préjudice des autres peines et dommages-intérêts auxquels l'article incriminé pourrait donner lieu. Cette insertion sera gratuite, et la réponse pourra avoir le double de la longueur de l'article auquel elle sera faite; condamne de Castelnau à 100 fr. d'amende; attendu que la réponse adressée par Gallard à de Castelnau n'excède pas la mesure polémique convenable et n'a rien dans ses termes qui s'oppose à son insertion intégrale, condamne de Castelnau à insérer, dans le plus prochain numéro du journal *le Moniteur des Hôpitaux*, la réponse de Gallard, sinon le condamne à payer à Gallard la somme de 100 fr. par chaque jour de retard, et statuant sur les dommages-intérêts; attendu

que par suite du refus d'insertion dont il s'agit, Gallard a éprouvé un dommage dont il lui est dû réparation que la somme de 150 fr. par lui réclamée à titre de dommages-intérêts n'est point exagéré, condamne de Castelnau à payer à Gallard, à titre de dommages-intérêts la somme de 150 fr., dit qu'il n'y a lieu de donner l'insertion du présent jugement et la réponse de Gallard dans d'autres journaux que le journal *le Moniteur des Hôpitaux*, condamne de Castelnau aux dépens, lesquels dépens, avancés par la partie civile, sont liquidés à la somme de 5 fr. p. ceux faits jusqu'à ce jour, le tout par corps, fixe à six mois la durée de la contrainte, condamne Gallard aux dépens envers le trésor, sauf son recours contre de Castelnau; fait et jugé en l'audience publique de police correctionnelle de la 6e chambre du tribunal de 1re instance, département de la Seine, séant au Palais-de-Justice, à Paris, par MM. Martel, vice-président, de Boutin, Destran et Dupaty, juges, en présence de M. Pinard, l'un des substituts de M. le procureur impérial, assistés de Me Galop Bouquet, greffier de la 6e chambre, le mercredi, 6 décembre 1854. — « A M. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*. Monsieur, dans le numéro du vingt juillet de votre Journal, vous m'avez violemment attaqué. Ce jour même, je vous priais, amiablement, de publier ma réponse; votre silence m'y obligeant, j'eus l'honneur, le vingt-cinq juillet, de vous faire sommer par huissier, d'avoir à insérer cette même réponse. Je pensais que vous vous décideriez à un acte dont la loi vous fait un devoir, et ayant peu de goût pour les procès. J'ai attendu, mais en vain. Je viens aujourd'hui vous avertir une dernière fois, que je me verrais obligé de saisir immédiatement les tribunaux, si le plus prochain numéro de votre journal ne contient pas ma lettre, dont je vous envoie copie. Paris, 21 août 1854. Signé : T. Gallard. » — « Monsieur, on peut être fier, et à bon droit, d'être le subalterne des Blandin, des Gerdy, des Valleix, des Voillemier, des Fabret, des Gillette, des Jobert de Lamballe, des Huguier, etc., tous maîtres éminents, et dont le nom est si avantageusement connu dans le monde médical. Mais il est d'autres personnes *sous les ordres desquelles* on ne peut consentir à se laisser, même hypothétiquement, placer. Vis-à-vis de vous, je n'accepte donc, en aucune façon, cette dénomination, qui deviendrait en effet *injurieuse* pour celui à qui elle serait adressée; quoique vous paraissiez avoir la prétention de vous élever jusqu'à M. Vallier, en vous identifiant, en quelque sorte, avec ce médecin distingué, lorsque vous dites : *par suite d'une habitude* QUE NOUS AVONS, LUI ET MOI, etc., et que vous osiez même entreprendre de donner des leçons à M. le professeur *Velpeau*. Je conçois que vous avez dû être très-peu satisfait d'avoir à reproduire ma première lettre dans votre Journal, mais il faut savoir subir les conséquences de tous ses actes; si vous n'aimez pas les rectifications, ne dénaturez pas les textes, et vous ne serez pas exposé à faire des réponses dans lesquelles il y a beaucoup de méchanceté et pas du tout d'esprit à des personnes qui, selon vous, *font beaucoup de malice et un peu d'esprit. Je ne me donnerai pas la peine* de vous suivre plus longtemps dans cette discussion. Je vous demanderai seulement : à quelle ligne de mon observation est-il dit *que la menstruation était très-régulière* ou *d'une extrême régularité* (expressions que vous avez soulignées de manière à faire croire qu'elles sont textuelles)? A quelle ligne encore est-il dit que la quatrième application du redresseur a été faite le *sept décembre*. Quant à vos chiffres et à vos calculs, au milieu *desquels* on se perd, et que je déclare complètement faux, ils sont à côté des miens et peuvent être rapprochés de l'observation, vos lecteurs, plus médecins que vous, jugeront, et c'est probablement à vous qu'ils conseilleront d'aller *apprendre l'addition d'abord, ensuite l'histoire de la menstruation* et peut-être d'autres choses encore. J'ai hâte d'en finir et de vous annoncer que vous avez le champ libre pour de nouvelles attaques, car elles resteront sans réponse. Puisque vous n'avez pas eu l'extrême complaisance de publier cette dernière lettre, qui vous a été adressée il y a cinq jours, je me vois, à regret, forcé d'avoir recours aux moyens légaux pour vous y contraindre, car je ne veux pas demander à un journal sérieux comme l'*Union Médicale* qu'il s'occupe plus longtemps de deux personnalités *telles que la vôtre* et la mienne, les seules qui soient en cause dans ce débat. — Paris, 25 juillet 1854. Signé : T. Gallard. »

— Nous n'avons pas l'intention, on le pense bien, d'insister sur la partie de la correspondance de M. Théophile Gallard qui paraît avoir quelques prétentions scientifiques; les remarques que nous avons publiées dans notre numéro du 20 juillet satisferont complétement les lecteurs qui voudraient s'occuper encore de la ridicule observation dont ce singulier observateur a jugé à propos de prendre la responsabilité. Nous pousserons seulement l'obligeance jusqu'à donner une nouvelle leçon d'arithmétique élémentaire à cet intelligent correspondant pour lui prouver que sa nouvelle lettre ne nous avait nullement indisposé contre lui, et que, si elle ne nous avait point été agréable, c'était par un tout autre motif que celui qu'il a pu supposer : c'est qu'une niaiserie qui vous amuse un instant devient fort ennuyeuse quand elle se met à récidiver. — M. Théophile Gallard me défie belliqueusement de lui citer à quelle ligne il a dit que les règles étaient *très-régulières*. Il se serait bien gardé d'un tel défi, s'il n'avait pas oublié qu'il y a dans le discours des propositions qui ont des conséquences : « Les règles apparurent *en avance de trois jours*. » Voilà la proposition textuelle de M. Théophile Gallard. Or, les gens qui connaissent un peu la menstruation, et qui n'ont point oublié les règles élémentaires de la logique, ont fait le syllogisme suivant : Pour pouvoir constater dans l'apparition des règles une avance ou un retard de trois jours, il faut, de toute nécessité que les règles soient très-régulières; M. Théophile Gallard a ou dit avoir constaté une avance de trois jours; donc les règle de sa malade étaient *très-régulières*. C'est bien dur de se voir l'objet d'un défi guerrier pour avoir fait un aussi innocent syllogisme; mais peut-être M. Théophile Gallard ne l'avait-il pas compris; cette supposition n'a rien de bien improbable, puisque ledit Théophile Gallard dit s'être perdu dans mes calculs. Tachons donc de le retrouver : — Les règles *très-régulières* avaient donc paru le 16, le 18 ou le 19 octobre (on n'a jamais bien pu savoir la date exacte); d'où les lecteurs avaient dû conclure qu'elles devaient être attendues pour le 22 novembre : point du tout, c'est le 2 décembre que, suivant les calculs et la logique de M. Théophile Gallard, elle devaient être attendues! On comprend sans peine que, pratiquant une telle arithmétique, M. Théophile Gallard se soit perdu dans nos calculs; mais on peut s'amender à toute âge et, à plus forte raison, au sien; c'est pourquoi nous lui donnons le bon conseil de revenir à l'arithmétique de feu Bezout. C'est la seule vengeance que nous voulions tirer des injures qu'il a tenté de semer dans sa nouvelle lettre, mais qui, grâce à la position respective du signataire et du récipiendaire, restent de plates niaiseries, comme les titres d'*éminence*, qu'il prodigue dans cette même lettre, restent de plates flagorneries.

H. de Castelnau.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

SPÉCIFIQUE DE LA FIÈVRE JAUNE. — LA VERVEINE.

La Revista de Lisboa nous apprend que le spécifique de la fièvre jaune a été enfin découvert au Brésil. Les premiers essais de ce médicament ont eu lieu dans la Bolivie, d'où il a été expédié à l'empereur avec la relation des effets obtenus pendant la dernière période de la maladie, alors que les médecins se déclaraient à bout de ressources pour la combattre.

Ce spécifique (qui s'en serait jamais douté!) n'est autre que l'infusion de verveine qui agirait tout à la fois comme moyen curatif et comme prophylactique de la fièvre jaune! Ses effets ont paru si prompts, son efficacité si manifeste, que le gouvernement brésilien a cru devoir ordonner une enquête sur cette découverte.

La verveine était, comme on sait, mentionnée déjà dans les ouvrages de médecine de tout temps et dans tous les pays. Hippocrate lui attribuait une infinité de vertus thérapeutiques, dont cependant aucune n'a été sanctionnée par l'expérience. Des Grecs avaient fort souvent recours à cette plante, qui était aussi un objet de vénération pour les Juifs et pour les peuples de la Syrie. Les druides en faisaient des couronnes pour leurs prêtresses, en ornaient leurs autels, rendaient, en un mot, à ce végétal tous les honneurs imaginables. C'est de là probablement que lui est venu le surnom populaire d'herbe sacrée, ce qui ne l'empêcha pas d'être reléguée dans un oubli complet pendant plusieurs siècles. Aujourd'hui cependant elle reparaît sur la scène, grâce aux sauvages du nouveau monde, qui lui reconnaissent en ce moment une efficacité aussi grande contre la fièvre jaune, que celle qu'ils avaient découverte jadis dans l'écorce du quinquina contre les fièvres paludéennes.

(*Presse médicale Belge.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

DU SERVICE MÉDICAL DE LA SOCIÉTÉ PHILANTROPIQUE DE PARIS ET DES SOCIÉTÉS PHILANTROPIQUES EN GÉNÉRAL.

Nous avons reçu d'un honorable médecin de la Société philantropique de Paris la copie d'une lettre qu'il a adressée à l'administrateur de cette institution de bienfaisance, pour lui exposer

les motifs de sa retraite. La lettre de M. le docteur de Laffore, quoique relative à la Société philantropique de Paris, nous paraissant renfermer des vues utiles au service médical de tous les établissements du même genre, que ce service soit envisagé au point de vue de l'intérêt des médecins ou de l'intérêt des malades, nous avons jugé utile de la soumettre à l'appréciation de nos lecteurs. Nous croyons seulement devoir la faire précéder, pour qu'on en puisse bien saisir la portée, de quelques détails sur le but et l'organisation de la Société philantropique, Société dont il serait désirable de voir en France de plus nombreuses imitations, au moins quant à l'excellent esprit de charité qui l'anime.

La Société philantropique de Paris, fondée depuis près de trois quarts de siècle, reconnue, en 1839, comme établissement d'utilité publique, et présidée aujourd'hui par M. le duc de Larochefoucauld, est composée de souscripteurs parmi lesquels figurent les noms les plus illustres; la cotisation annuelle est de 30 francs. En échange de cette somme, le souscripteur reçoit une carte au moyen de laquelle il a droit à recevoir gratuitement les soins d'un médecin, soit à son domicile, soit dans des cabinets de consultations institués par la Société. Comme on le comprend bien, ce ne sont pas les souscripteurs qui se servent de leurs cartes; ils ont la faculté de les céder ou plutôt de les prêter à des malades nécessiteux; c'est à l'aide de ces cartes que les malades ont droit aux soins des médecins de la Société et à des médicaments. Quand la maladie est terminée, la carte peut servir à un autre malade, en sorte qu'en 1853, avec 1,012 cartes, la Société a fait donner des soins à 3,176 malades et fait accoucher 56 femmes indigentes. Elle a, en outre, fait distribuer dans ses cabinets de consultations, 3,028 consultations écrites (1). La Société confie le service médical à 24 médecins et à 24 chirurgiens, dont 12 (médecins et chirurgiens titulaires) reçoivent une indemnité annuelle de 600 francs; 12 (premiers adjoints) une indemnité de 150 francs et 24 (seconds et troisièmes adjoints) ne reçoivent aucune indemnité. Chacun d'eux reste en fonctions pendant 4 ans; en sorte qu'en suivant l'ordre régulier d'avancement, le médecin de la Société, au moment où il est nommé, a la perspective de recevoir, après la 8e année de service révolue, 150 francs par an pendant 4 ans, et, après la 12e révolue, 600 francs pendant 4 autres années, après il cesse de faire porter des pensaires. Le nombre des malades soignés, des accouchements faits et des consultations délivrées, prouve surabondamment que le service des médecins de la Société, dits médecins des *dispensaires* (c'est le nom donné aux locaux où se délivrent les consultations et les médicaments), est loin d'être une sinécure.

C'est cette organisation que M. de Laffore propose, dans sa lettre, d'améliorer, et nous croyons que sa proposition contient au fond une pensée d'amélioration, de même d'ailleurs que tous les projets qui, dans quelque ordre d'administration que ce soit, substituent les fonctions salariées aux fonctions gratuites. Mais ne voulant point faire un projet à côté de celui de notre très-honorable correspondant, nous lui laissons la parole, qu'il mérite à tous égards. — H. DE C.

(1) La Société a fondé, depuis quelque temps, sous le nom de *fourneaux*, 13 établissements dans lesquels elle donne ou vend à prix réduit, du bouillon et des aliments. Pendant les trois mois et demi de la saison rigoureuse, en 1853, elle n'a pas distribué moins de 2,140 portions d'aliments. Cette partie du service, ne nous intéressant pas spécialement, nous ne faisons que la mentionner ici.

Monsieur l'Administrateur,

Je vous prie de vouloir bien accepter ma démission de 3e chirurgien du 4e dispensaire.

Les bontés que vous avez toujours eues pour moi me font un devoir de ne pas quitter l'emploi que je devais à votre bienveillante intervention, sans vous expliquer ma conduite dans cette circonstance; j'ai à cœur de ne rien faire que vous puissiez désapprouver.

Il est des sacrifices que l'homme, même le mieux intentionné, a la douleur de ne pouvoir faire; au nombre de ces sacrifices, presque tous les médecins sont obligés de mettre la dépense du temps. Souvent, vous le savez, ils n'ont pas d'autre avoir que leurs heures de travail; leur demander de donner gratuitement un grand nombre de ces heures, c'est leur enlever les moyens de vivre, et de nourrir leur famille.

Cependant, mus par des sentiments d'humanité, et d'ailleurs séduits par le mirage offert du marchepied d'une clientèle à venir, ces médecins, sans suffisante réflexion, sans assez compter sur leurs besoins, acceptent des fonctions gratuites qui les feraient mourir de faim s'ils les accomplissaient jusqu'au bout. Bientôt ils s'aperçoivent qu'ils ont promis plus qu'ils ne pouvaient tenir; alors ils établissent entre le besoin et le devoir, entre l'intérêt personnel et le malade, une côte mal taillée qui n'améliore rien, et laisse tout en péril; les ressources du médecin n'augmentent pas; les souffrances du patient ne diminuent point. Ayant des motifs de plaintes réciproques, ils ne manquent jamais de s'adresser des reproches respectifs, et d'initier le public à leur légitime mauvaise humeur, ce qui est loin d'être un élément de succès pour le médecin et de soulagement pour le malade. Tout va mal, tout périclite, non à cause des hommes, mais à cause des intérêts mis en présence sans être réunis par des liens mutuels. Le médecin voit un créancier dans le malade, et celui-ci, un bourreau dans le médecin; quel fruit les deux conjoints peuvent-ils tirer d'un pareil ménage? beaucoup de bile noire pour l'un et pour l'autre, voilà tout ce qui peut sortir de cette vicieuse combinaison. L'expérience de tous les jours démontre cette triste vérité.

Celui qui souffre a une patience d'autant plus limitée, que la cotisation annuelle, exactement soldée par lui, ou pour lui, devait lui assurer les visites assidues d'un médecin attentif. Il ne saurait admettre de ne pas être soigné avec zèle, quand il paie, ou fait payer pour lui, une rétribution pour indemniser l'homme de l'art. C'est ainsi qu'il interprète les situations.

Le médecin supporte longtemps les cruelles angoisses que font naître la conscience d'un devoir mal rempli, l'impossibilité de l'accomplir, et les récriminations exagérées auxquelles il est en butte. Enfin, la longanimité a son terme, et après beaucoup d'hésitations, il prend un parti décisif : reconnaissant, en principe, qu'il ne peut remplir son devoir, et qu'il ne saurait, sans porter atteinte à sa santé, éprouver des troubles continuels pour les nombreuses plaintes dont il est l'objet, il se résout à fermer son cœur et ses oreilles; ou bien, comme je le fais aujourd'hui, il demande à poser son lourd fardeau sur les épaules d'un confrère.

La priorité, en ce genre, est loin de m'appartenir. Beaucoup de collègues avaient dû me donner l'exemple, et depuis deux années, trois ont déjà quitté le cabinet que je vais laisser vacant. Comme il y a, dans Paris, 48 cabinets du même genre, je laisse à penser si, sous ce rapport, j'ai eu des devanciers, et si je suis destiné à avoir des successeurs! S'il m'était permis d'exprimer un désir devant ces derniers..... possibles, ce serait celui de ne pas les voir suivre l'exemple de leurs aînés, en se retirant sans formuler, officiellement, les véritables motifs de leur retraite. La société philantropique, ses malades et ses médecins, gagneraient, je le crois, à ce qu'il en fut ainsi; c'est pour ces diverses raisons que je désirerais voir adopter cet usage.

Après vous avoir, ce me semble, fait toucher la plaie du doigt (car c'est une plaie sociale que de voir des médecins abandonner trop longtemps ou tout-à-fait leurs malades, et ceux-ci, maltraiter les personnes dont ils attendent la santé) je vous prie, monsieur l'administrateur, de vouloir bien me permettre d'essayer d'indiquer un remède souverain pour la cure radicale d'un mal aussi grave.

Pour donner du zèle au médecin, des soins efficaces au malade, enfin, satisfaction à tout le monde, dans ce cas-ci, il y a deux conditions à remplir : 1° Allouer un traitement à chacun des médecins des dispensaires; 2° trouver dans la société philantropique, sans en troubler le rouage, les ressources suffisantes pour faire face à ce surcroît d'indispensables dépenses.

Je dirai d'abord quels fonds cette amélioration exigerait, j'indiquerai ensuite comment la société pourrait trouver ces fonds dans son propre sein.

Pour qu'un médecin ne se nuisit pas trop en employant d'assez longues heures au traitement consciencieux de ses malades du dispensaire, il devrait recevoir une annuité de *quatre cents francs*, au moins. Les médecins des six dispensaires étant au nombre de 48, cela porterait à 19,200 fr. le chiffre total de leurs honoraires.

Voyons comment la société philantropique pourrait arriver à couvrir cette dépense.

Déjà elle inscrit à son budget 9,000 fr. pour les honoraires de MM. les médecins payés : 12 à 600 fr., 12 à 150 fr. Il resterait donc à trouver pour arriver au chiffre de 19,200 fr., 10,200 fr.

La Société philantropique, qui a un budget de près de 100,000 fr., dépense 40,000 fr. de remèdes. Dans ce chiffre, le sirop de gomme figure, je ne crains pas de l'affirmer, pour plus d'un tiers, c'est-à-dire

pour 12 ou 15 000 fr. environ. Or, il est positif que le sirop de gomme est un objet de luxe qui peut, sans inconvénients, être remplacé par la gomme, le miel, la réglisse, etc., substances qui coûtent dix fois moins cher que lui. On peut, par conséquent, sans aucun préjudice pour le malade, supprimer le sirop en nature, qui flatte le goût, mais dont l'action n'est pas plus salutaire que celle des médicaments que je viens de nommer.

Cette mesure économique produirait un résultat plus économique encore, c'est celui d'éloigner des dispensaires toute la classe des maladies simulées, qui ne se dit malade que pour se procurer, en deux fois, une livre de sirop de gomme chaque semaine. Cette classe, il est pénible de l'avouer, forme les deux tiers, pour ne pas dire les trois quarts du personnel habituel des consultations. Le médecin qui, une première fois, trompé par des semblants d'une maladie chaleureusement racontée, a écrit sur son ordonnance, 250 grammes de sirop de gomme, est trop embarrassé pour refuser plus tard ce qu'il avait accordé trois jours auparavant. Il copie la première ordonnance pour éviter des plaintes, de fâcheuses récriminations, un dangereux mécontentement. Il lui est si aisé d'accorder, et si nuisible de refuser! Excellent médecin, dans le premier cas, il devient un ignorant imbécile dans le second. Comment hésiter alors, comment résister surtout? L'éloge est si doux à l'oreille, et l'insulte si difficilement supportable! Quelques traits de plume font dire dans le public, devant ses clients, qu'il est un grand homme, il donne du sirop pour adoucir le gosier qui chante ses louanges, mais il grève inutilement le budget de la Société philantropique.

Cette petite scène d'égoïsme se joue deux fois par semaine, et durant tout le cours de l'année; la société paie les violons, qui lui coûtent, je vais le prouver, plus de 25 000 francs par an. Il vaudrait mieux, à mon sens, pour les vrais malades et pour la grande œuvre philantropique, employer cet argent à payer des médecins.

Nul doute que si l'on supprimait l'usage du sirop en nature, on ne fît, sans nuire aux malades, d'immenses économies, par l'emploi de substances d'un prix moins élevé, et la diminution très-sensible du personnel des consultations. Les bonnes sœurs du bureau de bienfaisance auquel je suis attaché, ont observé, très-judicieusement, que ceux de nous qui ne donnent jamais de sirop en nature, ont, à leur consultation, deux fois moins de monde que leurs collègues. La suppression du sirop de gomme guérit, à l'instant même, la moitié du personnel consultant. Pourquoi donc le rendre malade puisqu'il est si facile de lui conserver une parfaite santé?

Dans son compte administratif, pour l'année 1854, monsieur le secrétaire de la société vous a dit, que les fournitures de bains et de médicaments s'étaient élevées à la somme de 35 868 francs.

Si le personnel des malades eut été plus faible de moitié, ce chiffre de dépenses, diminuant aussi de moitié, n'eut été que 18 000, vous auriez, par conséquent, fait déjà une économie de 18 000 francs.

D'un autre côté, la substitution de la gomme, miel, réglisse, etc. Au sirop de gomme, aurait fait transformer le chiffre de 12 000 en celui de 2 000, au plus, en tenant d'ailleurs compte de la diminution survenue dans le nombre des malades. Ceci eut encore amené une économie de 10 000 fr. sur la matière édulcorante.

18 000 plus 10 000 font 28 000 francs d'économie, ce qui eut réduit à 8 000 francs la dépense en remèdes, qui a été, en réalité, de près de 36 000 francs.

Les économies faites sur le sirop de gomme, et par suite de la disparition de ce sirop, fourniraient donc, et bien au delà, les 10 200 francs que nous cherchions pour compléter la somme de 19 200 francs destinée à payer les honoraires proposés pour tous les médecins des dispensaires. On aurait, de la sorte, pris une mesure juste, salutaire et profitable à tous, sans qu'il en résultât de sérieux inconvénients pour personne. On donnerait à la société philantropique un personnel médical plus zélé, plus maniable, plus adhésif, et des malades plus justement reconnaissants. On consoliderait le rouage de cette société en en perfectionnant les ressorts.

Je m'estimerais heureux, monsieur l'administrateur, si je pouvais vous faire partager mes opinions sur ce point, et apprendre que vous avez bien voulu soumettre ma lettre à l'examen du conseil supérieur, qui statuerait sur la question de savoir si elle contient quelque chose de fondé et de pratiquable; dans cette dernière hypothèse, rien ne me serait plus agréable que de continuer mes fonctions de chirurgien du 4e dispensaire. Dans tous les cas, j'éprouverai la satisfaction d'avoir cru ouvrir un bon avis, et saisi cette circonstance pour vous remercier des formes amicales avec lesquelles vous me faites l'honneur de me traiter dans toutes les occasions, ce qui me pénètre de reconnaissance.

Votre respectueux et très-dévoué serviteur,

L. de Laffore.
7, quai de la Tournelle.

Paris, le 8 janvier 1855.

— Par décret impérial, en date du 31 décembre, M. le docteur Tenain, médecin par quartier de S. M. l'Empereur, a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— M. Routier, ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Douai, vient de mourir au château d'Auby, dans sa 77e année.

Le grrrand concours de 1854.

Nous avons enfin le mot de l'énigme et nous savons pourquoi l'*Estafette* a qualifié de *grand* le concours des prix des hôpitaux de cette année : il a voulu parler du concours de Pékin, lequel a fourni l'occasion d'une petite et gaie chanson, ce qui suffit en Chine pour transformer en *grand* un événement ordinaire. Les internes de Paris et de France ne seront sans doute pas fâchés de trouver ici cette petite chanson qui nous est parvenue par une voie inconnue.

Air : *Brigadier répondit Pandore.*

Le chef de service et l'interne
Faisaient leur visite un matin;
Ce dernier, humble *subalterne*,
Tenait sa calotte à la main;
Le premier dit : « Rien n'est utile
Comme un redresseur de simpson.
— Professeur, réplique Pamphile,
— Professeur, vous avez raison! »

Un agrégé qu'immortalise
Un petit livre obstétrical
Disait : « Je veux qu'on syphilise,
Mais redresser est immoral,
L'Académie est versatile,
Mais je la mène à ma façon.
— Professeur, répondit Pamphile,
— Professeur, vous avez raison! »

A l'Hôtel-Dieu, dans sa clinique,
Un grand chirurgien pesait
Chaque méthode autoplastique,
Puis au *subalterne* disait :
« Mon procédé seul est habile
A rendre au vagin sa cloison.
— Professeur, répondait Pamphile,
— Professeur, vous avez raison! »

A son concours de fin d'année
Pour juges l'interne eut ses chefs,
La copie apparut ornée
De discours obscurs et peu brefs.
Mais dans ce fatras inutile
On sentait poindre une oraison :
— Professeurs, répétait Pamphile,
— Professeurs, vous avez raison! »

Vous, pour obtenir la médaille,
Qui cherchez le plus sûr moyen,
En vain chacun de vous travaille;
L'honneur, amis, ne mène à rien,
La science est chose futile;
Que faut-il savoir? Ma chanson.
Il faut chanter comme Pamphile :
— Professeurs, vous avez raison!

Erratum. — Une erreur typographique a fait donner deux dates différentes à la séance de l'Académie de médecine du 9. Cette erreur explique la transposition qui a eu lieu dans notre dernier numéro.

H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 8. 3me ANNÉE. Jeudi 18 Janvier 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 11. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. MALGAIGNE.

LEÇONS SUR LES HERNIES;

(25e *leçon.*)

Messieurs,

Dans la dernière séance, vous avez vu quels sont les agents de l'étranglement, vous avez vu l'état de souffrance des parties étranglées, vous avez encore à voir maintenant ce que le chirurgien a à faire.

La hernie est étranglée; si au premier moment on peut faire rentrer la hernie, les effets sont supprimés; la réduction a calmé tous les accidents : donc la réduction à tout prix, voilà la grande indication.

La réduction a été essayée de plusieurs manières ; c'est le plus souvent par le taxis; cependant on a tenté aussi souvent de l'obtenir par la position; d'une façon générale, on veut se servir de la position déclive qui puisse faire tomber les intestins qui sont dans le ventre, de manière à attirer ceux qui sont dans la hernie; on élève donc le bassin : Ambr. Paré disait : « *la tête en bas, les fesses en haut.* » On faisait suspendre le malade les pieds en haut, dans l'espérance que par des secousses l'intestin retomberait de la hernie dans le ventre, ou bien on faisait porter le hernieux par un autre homme qui lui imprimait de fortes secousses dans le but de forcer l'intestin à descendre.

Winslow faisait pencher le malade sur les coudes et les genoux, et il disait qu'au bout d'un quart d'heure les intestins rentraient. Dalesme faisait coucher le malade sur le côté opposé à la hernie, de manière à attirer également les intestins dans la cavité abdominale. Ce sont là de bien pauvres ressources, l'expérience les a fait rejeter par tous les chirurgiens; pour ma part, je n'y ai jamais eu recours.

Il y a d'autres conditions; quand le malade est couché sur le dos, on est dans de meilleures circonstances pour pratiquer le taxis, mais ici la position n'est employée que comme adjacente. Nous y reviendrons.

On a essayé la compression avec un fer à repasser ou un large plomb, ou, ce qui était le plus ingénieux, une vessie de mercure. M. Velpeau a fait un bandage compressif avec des bandes de toile, et il a réussi. Cette compression peut être utile quand on n'a obtenu qu'un résultat incomplet et peut contribuer à rendre la réduction parfaite. Mais c'est encore peu de chose.

On a aussi appliqué de larges ventouses sur le ventre, afin d'attirer les intestins qui étaient dans la hernie : c'est comme ceux qui ont appliqué des ventouses sur les côtes cassées pour retirer de la poitrine les fragments qui avaient pénétré dans l'intérieur de cette cavité. On a appliqué aussi les ventouses sur la hernie même, de façon qu'au lieu de faire rentrer la hernie on l'augmentait encore!

Wise raconte qu'il a vu aux Indes des empiriques serrer le ventre de leurs *patients* avec une ceinture que des aides tiraient de manière à attirer le ventre du côté de la tête et forcer ainsi la hernie à rentrer dans le ventre. Il dit avoir vu obtenir de bons résultats!

Passons au taxis. Le taxis se fait de diverses façons, d'après certaines règles générales et particulières.

Mais avant tout, je désire vous montrer certains faits sous un jour spécial. Examinons d'abord quels sont les obstacles à la rentrée de la hernie : 1° l'étroitesse de l'orifice, 2° la hernie est ratatinée en boule, 3° l'intestin se tasse contre l'orifice.

On a un orifice très-étroit, mais si l'intestin ne se gonflait pas sur les côtés, on pourrait le faire rentrer. Mais les tuniques de l'intestin se gonflent, et puis il y a des gaz, ceci est connu de tout le monde. Or, voici ce que j'ai pu voir : dans les cas où la hernie est grosse comme un petit œuf de poule, il est sorti un peu de mésentère qui se gonfle d'une façon extraordinaire. Cela n'a été noté par personne, ce sont mes autopsies qui m'ont appris le fait.

Enfin, ajoutez à cela la résistance des muscles de l'abdomen qui, par leurs contractions, s'opposent à la rentrée de la hernie. Contre cette résistance musculaire, nous avons aujourd'hui un excellent moyen, le chloroforme. Je vous ai dit qu'il avait réussi dans les mains de plusieurs chirurgiens; quant à moi, je n'en ai pas encore eu de bons résultats.

Quand le ventre est très-distendu, il faut avoir soin de faire uriner le malade de manière à faire de la place dans la cavité abdominale. Si l'on ne chloroforme pas le malade, il faut bien lui recommander de ne pas faire d'efforts.

On recommande d'exercer une pression douce, de façon à pouvoir l'augmenter progressivement et qu'elle soit supportable. Voilà une règle que j'ai transcrite dans mon manuel opératoire; elle dit qu'il faut faire rentrer les premières les parties qui sont sorties les dernières. Cette règle a quelque chose de bon en soi, car le plus souvent la hernie, en sortant, va poussant toujours les parties qui sont au-devant d'elle ; les parties qui sont au fond du scrotum sont donc sorties les premières. Mais quelquefois il n'en est pas ainsi, la hernie se fait, mais pendant qu'elle se développe, la portion d'intestin qui est sortie la première s'arrête au voisinage de l'anneau, et les nouvelles portions d'intestin continuent à descendre. La véritable règle est donc de faire rentrer les premières les parties qui sont situées près de l'anneau.

Deuxième précepte : il faut faire suivre à l'intestin hernié la même voie qu'il a suivie pour sortir du ventre; cela est tellement simple, qu'il n'y avait guère besoin d'en parler. Il faut, dit-on, pousser l'intestin d'abord dans un sens, puis dans tel autre, etc. Tout cela est faux, la règle est de pousser l'intestin perpendiculairement à l'aire de l'anneau. Or, on peut faire deux choses : ou bien

relever la hernie et la comprimer directement contre l'anneau, ou bien, en relevant très-peu l'intestin sans qu'il soit tout à fait dans une position horizontale, agir sur le pédicule que l'on fera rentrer perpendiculairement à l'anneau.

Voilà les préceptes généraux.

Mais comment faut-il placer le malade? Toutes les positions dont nous avons parlé ont été adoptées puis rejetées par les chirurgiens. Cependant, quelques-uns veulent encore faire relever un peu le bassin, abaisser un peu la tête, d'autres font coucher le malade sur le côté sain, etc. Tout cela ne signifie pas grand chose, et quand le taxis doit réussir, il réussit parfaitement sans cela; tout dépend de la manière de faire le taxis.

Quelle attitude faut-il donner aux membres inférieurs? A. Cooper veut que les cuisses soient fléchies à angle droit et les genoux rapprochés, position qui doit être très-incommode pour le chirurgien. M. Amussat veut aussi que, pour relâcher les anneaux, les malades fléchissent les cuisses. Mais A. Cooper avait tort de penser qu'en faisant rapprocher les genoux il relâchait encore plus l'anneau; la flexion des cuisses relâche un peu l'anneau, mais le rapprochement des genoux le rétrécit au contraire, fléchissez les cuisses et écartez-les fortement, voilà le meilleur moyen de relâcher l'anneau, et c'est cette position que je vous ai indiquée pour vous assurer si un bandage contient bien une hernie. En effet, pour qu'un bandage soit bon, il faut qu'il maintienne bien la hernie lorsque l'anneau est le plus grand possible, or, il n'est jamais autant dilaté que dans *la position du coin du bois*. Qui a raison de nous deux? Ce soir, en vous couchant, essayez sur vous-mêmes, et vous verrez que ce n'est pas A. Cooper. Il est, du reste, très-facile à comprendre que les deux piliers seront écartés si j'écarte les cuisses; l'arcade aurale étant tendue et attirant le plis inférieur, l'anneau est donc un peu plus large. Du reste, ce point n'est vraiment utile que pour les hernies étranglées où il n'y a pas de collet, car dans ce dernier cas, il importe peu que l'anneau soit un peu plus ou un peu moins large.

Mais, comment agira-t-on sur la hernie même? Si c'est une hernie inguinale, si elle descend dans les bourses, beaucoup de chirurgiens empoignent la hernie, tâchent d'effiler le pédicule avec les doigts et de le refouler dans l'anneau avec une seule main. Agir avec une seule main, c'est trop de besogne, il y a des chirurgiens qui la prennent avec les deux mains. Mais il y en a qui, ne réussissant pas avec les deux mains, se livrent à la gymnastique la plus effrénée; ils proposent de malaxer la hernie, ils la poussent, la tirent à droite, à gauche. « Ah! tu ne veux pas rentrer! » Mais que leur a fait cette malheureuse hernie pour la traiter de cette façon? Et ces messieurs ont érigé en précepte une pareille horreur!

Le meilleur précepte a été donné par Richter : c'est de saisir le pédicule avec les doigts, de l'effiler, et puis de le pousser dans l'anneau. A la sortie de l'anneau, la hernie tout d'un coup se renfle, si l'on veut la pousser contre l'anneau dans cette position, on n'y arrivera pas; il faut donc transformer le sac en une sorte d'entonnoir, si vous y arrivez, toute la hernie suivra. Il faut donc prendre la hernie et la presser très-fortement; quand le pédicule ainsi comprimé aura repris un calibre proportionné à l'ouverture, il pourra la traverser; cette portion qui est située près de l'anneau rentre alors et peut attirer après elle le reste de la hernie. Il faut donc presser d'abord la partie la plus voisine de l'anneau avec une main, amincir le pédicule le plus possible, et avec l'autre main on allonge un peu la hernie et on la pousse dans l'entonnoir formé par le sac.

La malaxation que l'on pratiquait autrefois de la hernie avait bien un autre but, d'écraser les crotins; comme nous les avons écrasés dans leur théorie, nous n'avons plus besoin d'en parler maintenant.

Faites le taxis de la main droite ou de la main gauche, comme vous voudrez; effilez d'abord la hernie de sorte que le pédicule devienne de taille à franchir l'anneau; effilez le pédicule, voilà la loi, voilà la règle, voilà comment vous arriverez à réduire la hernie? mais peut-être il est utile de presser sur la totalité de la hernie, oui certainement, c'est quand la hernie est sonore et renferme une grande quantité de gaz; prenez alors la hernie dans la main, pressez fortement de façon à tâcher d'en expulser les gaz le plus possible; en agissant de cette manière, il y a peu de contusion, une pression qui va en augmentant doucement, progressivement, ne produit pas d'accidents comme quand on serre violemment et par saccades.

Si la hernie est petite, relevez la tout droit de façon à la pousser directement contre l'anneau, mais n'allez pas la pousser obliquement de bas en haut; poussez bien perpendiculairement à l'anneau ou sans cela vous ferez du gâchis.

Dans un travail récent, M. Camille Bernard a essayé de graduer la force que l'on emploie dans le taxis; il publie l'histoire de 55 hernies étranglées dont il a pu, par ce procédé, en réduire 50. Il presse avec la main avec une force égale à 10, puis il presse comme 20, puis comme 30, comme 40...,; dans la chirurgie moderne cela s'appelle le *taxis forcé*. A part l'application pratique, c'est la résolution obstinée du chirurgien de faire rentrer la hernie; c'est un duel entre l'opérateur et la hernie, mais dans lequel le danger n'est pas pour le chirurgien.

Ce mot de *taxis forcé* a été inventé il y a une vingtaine d'années; M. Amussat, qui s'imaginait l'avoir créé, y attachait une grande importance : connaissant les dangers de l'opération de la hernie étranglée, il disait avoir soustrait par le taxis forcé un grand nombre de malades aux suites de cette opération meurtrière.

Une foule de chirurgiens ont été séduits par cette théorie : on ne voyait alors qu'une chose, un trou et des viscères qui ont passé par ce trou; ils ne peuvent y repasser; il faut cependant qu'ils y repassent, sinon c'est de la mauvaise volonté. J'ai souvent réduit de ces hernies étranglées et récentes, et le plus souvent par ce fait seul de la rentrée de l'intention les malades sont sauvés; mais à quel prix? J'ai pratiqué le taxis une demi-heure, 1 heure, 2, 3, 4 heures quelquefois et je n'obtenais rien : Je prescrivais alors à mon malade un bain prolongé, puis j'essayais de nouveau et, quand je ne réussissais pas à faire rentrer l'intestin, je donnais à mon malade des douleurs atroces, ou une péritonite très-grave.

Dernièrement, cédant aux vœux d'une famille, après avoir inutilement essayé de lui démontrer qu'il y avait plus de danger dans les tentatives du taxis que dans l'opération de la hernie étranglée, je pratiquai le taxis; au bout d'une demi-heure, le malade était épuisé; je fis l'opération et le malade succomba. J'étais dans le temps partisan du taxis forcé, mais aujourd'hui voici ce que je dis : quand, dans l'étranglement vrai, récent, le taxis n'a pas réussi après dix minutes, il faut opérer.

Plusieurs fois on a repris le taxis forcé, mais toujours on l'a abandonné à cause de ses mauvais résultats. J. L. Petit le jugeait bien au siècle dernier dans un passage que je le copierais volontiers tout entier; comme j'arrive après bien d'autres, je me contente de vous dire ce que j'ai vu; mais méditez bien J. L. Petit. Le taxis prolongé doit être appliqué aux hernies enflammées pendant les premières 24 heures, et alors il n'a pas besoin d'être forcé; mais le taxis forcé, dans le cas de ces petites hernies auxquelles J. L. Petit donne le nom si juste de hernies marronées, dures, grosses comme une noix, ne renfermant que du gaz, il faut bien se garder de le pratiquer; ce n'est pas le taxis qu'il faut employer ici, c'est à l'opération qu'il faut avoir recours. Outre les dangers que signale J. L. Petit, il y en a un étrange qui peut arriver; c'est un fait rapporté par M. Laugier : il s'agissait d'une petite hernie; la hernie cède au taxis, et le malade meurt. Que trouve-t-on à l'autopsie? On avait déchiré le collet, et la hernie était rentrée avec lui dans le ventre. Cela est heureusement assez rare; mais ce qui est beaucoup plus commun, c'est que l'on ne déchire pas le collet du sac, mais on le décolle, et l'on chasse dans le ventre la hernie toujours serrée par le collet.

Dans les petites hernies crurales marronées, si, en faisant le taxis avec toutes les précautions nécessaires, dix minutes ne suffisent pas pour réintégrer l'intestin dans la cavité abdominale, je m'abstiens. Rien ne dit qu'en continuant le taxis pendant dix

minutes de plus, on réussira ; je m'abstiens donc et j'aime mieux passer à l'opération. Cependant, sachez-le bien, Messieurs, je ne suis pas un des partisans effrénés de l'opération, car je suis un de ceux qui ont mis le plus en lumière les dangers qui l'accompagnent si souvent et la rendent si terrible.

Je vous ai déjà dit que quelques chirurgiens de la vieille école croyaient que l'opération de la hernie étranglée n'est pas très-redoutable. Pott croyait que sur 50 malades, on n'en perdait pas un seul; on serait vraiment tenté de croire que Pott n'avait jamais opéré de hernies étranglées. Pelletan reconnaissait que cette opération ne devait amener aucun accident; en effet, on coupait la peau; une ouverture d'abcès en fait autant; le sac, une poche membraneuse, ce n'est rien; le collet, un anneau fibreux, ce n'est rien non plus; quels accidents voulez-vous donc avoir?

Boyer, lui aussi, dit que l'opération n'est pas très-dangereuse, et nous avons vu que Dupuytren était si bien persuadé du peu de gravité de la chose, qu'il opérait sans savoir bien au juste si la hernie était étranglée.

Martin, chirurgien de Lyon, avait perdu 17 malades sur 17 opérés, et ses deux successeurs disent ne pas avoir mieux réussi.

Dans les hôpitaux de Paris, j'ai recueilli tous les cas de hernies étranglées qui se sont présentés pendant 6 ans : il y en a 37 par an, ou 220 cas pour cette période de temps; 120 chez la femme et 100 chez l'homme; et comme les hernies sont beaucoup plus nombreuses chez l'homme que chez la femme, l'étranglement est donc 5 fois plus fréquent pour le sexe féminin que pour le masculin. Sur ces 220 hernies étranglées, il y avait eu 133 morts, seulement 87 guérisons : ce qui fait, Messieurs, 60 morts sur 100 opérés.

On a réclamé contre cette statistique; quelques chirurgiens disent : J'en ai opéré 4, 5, 6, 7, et je n'en ai pas perdu un seul. C'est très-bien; mais il faut se méfier de ces petites hernies marronées, et si vous avez opéré 6 malades et que vous les ayez guéris tous les six, ne pouvez-vous, après cela, en perdre 1? c'est déjà 1/8e; si vous en perdez un second, c'est un quart; un troisième, c'est la moitié. En ville, les opérations réussissent 2 fois mieux que dans les hôpitaux; dernièrement, M. Vaucanut disait n'avoir eu que 5 morts sur 18 malades, c'est bien la proportion. Il y a, du reste, un grand inconnu dans les opérations : ainsi vous avez telle opération qui est faite dans les meilleures conditions et on perd le malade; telle autre opération, au contraire, dans les plus mauvaises circonstances, réussit parfaitement bien. En somme, dans la hernie étranglée, la mortalité est la même que dans les amputations de cuisse, ce qui est énorme.

Croyez-vous que j'avais tort quand je vous disais que j'avais peur du taxis prolongé dans les petites hernies marronnées? Mais non, car je me trouverais dans de déplorables conditions pour l'opération si je trouve un intestin contus, perforé ou gangréné.

Est-il préférable d'opérer de bonne heure? Les chirurgiens disent oui : M. Manec, qui n'a guère que de vieilles femmes à opérer, opère de suite, et il a eu d'excellentes séries. D'un autre côté, M. Flaubert (de Rouen), sur 34 malades opérés à l'Hôtel-Dieu de cette ville, a vu qu'il était très-mauvais de faire l'opération de bonne heure : sur 13 hernieux opérés dans les premières 24 heures, 8 sont morts; du 5e ou 6e jour, pas de mort; sur 4 opérations pratiquées du 9e au 11e jour, pas de mort; du 12e au 15e jour, 2 morts; et du 15e au 22e jour, 1 mort. Ainsi, sur 13 hernieux opérés le 1er jour, 8 morts, et sur 21 opérés du 5e au 22e jour, seulement 3 morts. Ceci semblerait faire croire qu'il y a moins de danger à opérer un peu plus tard.

Mais, si l'on a obtenu un pareil résultat, c'est que très-certainement on a opéré des hernies enflammées, et en effet, si l'on a de ces hernies à opérer, il vaut mieux le faire quand l'inflammation est en majeure partie tombée; voilà, je le suppose, pourquoi le chirurgien de Rouen a si bien réussi. Ces faits sont en contradiction avec ce que nous voyons chaque jour. Il y a toujours de l'inconnu dans les opérations; il faut avoir bien soin de vérifier si l'on a affaire à une hernie enflammée, à une hernie étranglée primitivement ou secondairement. Vous en comprenez toute l'importance.

Faut-il donc se hâter d'opérer? Je crois que, quand la hernie est vraiment et primitivement étranglée, il faut se hâter d'agir: essayez donc le taxis, mais seulement pendant 5 ou 10 minutes, et, si après ce temps vous n'avez pas réussi, passez de suite à l'opération : voilà pour les petites hernies, surtout les hernies marronées : mais les grosses hernies, messieurs, ne les opérez pas avant le 2e ou le 3e jour, elles ne sont pas étranglées. Mais y a-t-il toujours une inflammation simple ou un étranglement consécutif? J'attends jusqu'à 5, 6, 8 jours; si, après ce temps, la hernie se réduit, j'en suis enchanté; si, au contraire, les accidents ne cèdent pas, alors j'opère, et l'inflammation étant beaucoup diminuée, j'ai beaucoup plus de chances pour réussir.

Il y a donc deux indicatious bien distinctes : 1° les grosses hernies ne les opérez pas tout d'abord; 2° les petites hernies marronnées, opérez toujours de suite; enfin quand il y a de grandes difficultés à distinguer l'inflammation de l'étranglement comme dans les hernies moyennes, aidez-vous alors de tout ce que vous pouvez et si vous ne pouvez arriver à un diagnostic bien positif, soyez plus prudents et attendez.

Ceci dit, je passe à l'opération.

Doct. A. P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Du progrès dans l'observation des faits médicaux.

Sous le titre d'**Archives des sciences médicales** (Archiv. d. Wissensch. Heilk. Gottingen) ont paru dans l'espace d'une année une foule de travaux originaux, tendant aux progrès des sciences médicales et entrepris par une vaste association de médecine de tous les pays allemands, sous la direction des professeurs Vogel, Nasse et Beneke.

Dans la profession de foi que le professeur Vogel adresse à ses confrères (*was wir wollen?*) au nom des membres qui participent déjà à l'association, il rappelle que la médecine, considérée comme science et comme art, présente encore un grand nombre de problèmes à résoudre; que des faits rigoureux, observés et contrôlés doivent avoir cours en médecine comme dans les sciences dites exactes; que les connaissances médicales sont beaucoup trop vastes pour qu'un seul homme puisse les embrasser toutes; qu'en médecine, moins que dans les autres sciences, on ne peut multiplier les faits à volonté (l'un est frappé par un phénomène, l'autre par un phénomène, en apparence, tout opposé; ce n'est que l'observation complétée par d'autres qui vient démontrer, plus tard, leur liaison, leur enchaînement); que ce n'est, enfin, qu'en faisant converger vers un but commun, tous les travaux des hommes compétents dans les différentes sphères, qu'on peut contribuer aux progrès de la médecine. Pour atteindre un tel but une association devenait nécessaire; elle existe, elle s'est imposé surtout et a pris pour devise : *la confirmation des faits.* Elle demande à ses membres-collaborateurs, l'amour de la vérité et la conscience, laissant d'ailleurs libre de choisir un sujet ou de coopérer à une œuvre proposée par l'association.

Les avantages que la science tirera d'une pareille institution sont nombreux, et le savant professeur de Giessen ne manque pas de les signaler. Il n'est pas un membre digne d'une société quelconque qui, dès qu'il y entre, ne se sente emporté par une louable émulation; si, par lui-même, il est impuissant, inhabile ou défiant de sa propres forces, le stimulant de la société lui viendra en aide, lui indiquera la voie ouverte et la méthode à suivre. De là, on utilise bien des talents qui, en dehors de cette nouvelle sphère d'action, seraient restés incultes et ignorés; de là, des question soulevées, posées et traitées; de là, des faits compulsés, rapprochés et utilisés; de là, des méthodes nouvelles, plus précises et plus faciles que celles déjà tentées. La division du travail

est une condition de perfectionnement même; elle est d'ailleurs un besoin, une nécessité, dans l'état actuel de la science, pour tenter seulement la solution de n'importe quel problème en médecine. Les savants professeurs qui ont pris l'initiative dans cette association, fondée dans le but de travailler aux progrès des sciences médicales, veulent puiser à toutes les sources les éléments aussi nombreux que variés d'une synthèse exacte, vigoureuse et conséquente, rejetant les pures hypothèses, les systèmes et les vaines théories des écoles. Ils n'admettent qu'un ordre de faits : ceux que l'expérience peut renouveler et confirmer.

Il s'agissait donc, avant toutes choses, de tracer une méthode uniforme, unique, invariable pour tous les membres qui doivent concourir à élever, sur ce vaste plan, l'échafaudage à l'aide duquel on pourra, à une époque donnée, quoique bien éloignée encore, construire ce qu'on appellera alors une médecine exacte. C'est le docteur Beneke qui indique, dans un long article, l'ordre dans lequel les faits et leurs détails se succèdent et s'enchaînent pour constituer l'histoire d'une maladie. Cet article a pour titre :

De l'examen du malade et de l'observation.

Il est facile de se convaincre, en parcourant la plupart des ouvrages de médecine, du peu de soin avec lequel on recueille et l'on coordonne les phénomènes que les maladies présentent; les observations, en général, sont incomplètes, superficielles, insuffisantes et le plus souvent, elles ne peuvent nullement prouver ce que l'auteur avance. Le chirurgien ne voit dans la fracture qu'un os brisé, encore suit-il bien rarement les diverses phases de la réparation et de la consolidation; le médecin qui découvre, chez un malade, des ronchus, du râle sous-crépitant, de la bronchophonie, de la matité, une accélération du pouls, croit posséder tous les éléments nécessaires à une observation. Ces auteurs, des spécialistes de la pire espèce, réduisent l'homme à une fonction, à un appareil et même à un ou à plusieurs organes; non-seulement les faits ainsi recueillis n'ont aucune valeur, mais encore ils encombrent la science, égarent et faussent les esprits qui ne savent pas encore discerner. L'expérience, qui est le critérium de toutes nos connaissances physiques, a produit les plus grands travaux de biologie normale ou anormale; elle est pratiquée journellement par le plus humble praticien comme par le professeur de clinique; seulement, le plus souvent, ni l'un ni l'autre n'en tiennent compte; le temps manque à l'un, les moyens de tout genre, à l'autre; tous deux font preuve d'un bien faible amour pour la vérité. Ce que l'homme isolé ne peut, ne sait faire il le pourra quand il unira ses efforts à ceux des autres. C'est ainsi qu'ont pensé les professeurs Vogel, Nasse et Beneke en fondant leur association; c'est ainsi qu'a pensé, bien avant eux, notre honorable maître, le docteur Louis, quand il a créé la société médicale d'observation.

Les membres de l'association allemande ne borneront pas leur examen à l'inspection physique; ils se tiendront à la hauteur des sciences chimiques et physiologiques; ils seront ainsi amenés à une thérapeutique plus logique et plus efficace. Ce ne sont pas des idées vagues et générales qui doivent constituer les observations; celles-ci relateront des faits réels, exacts et les reproduiront dans le même ordre, d'après les mêmes principes, de manière à ce que la synthèse puisse, un jour, les utiliser pour écrire l'histoire de l'entité morbide. Le docteur Beneke entre dans tous les détails qu'exige la méthode rigoureuse pour recueillir une observation complète; nous ne pouvons l'y suivre à cause de l'étendue que nous serions obligé de donner à cet article; nous le regrettons bien sincèrement pour nos lecteurs; mais il ne nous sauront peut-être pas mauvais gré de leur présenter une vue schematique de la marche que suivent, dans leurs observations, les collaborateurs des professeurs Vogel, Nasse et Beneke et que s'efforceront de suivre les observateurs sérieux de tous les pays.

Schema de l'observation clinique.

I. Antécédents.

1° Renseignements les plus reculés, relativement aux grands parents, aux parents, aux frères et sœurs.

2° Renseignements antérieurs à la maladie actuelle : de la naissance; des premiers soins et de l'alimentation du jeune âge; des différents agents en rapport avec l'habitation, les habitudes, la profession, les relations sociales, le sommeil; des troubles de la santé, suivant leur nature, leur durée; des phénomènes qui ont accompagné les différentes périodes de la vie; des médications antérieures mises en usage.

3° Renseignements sur la maladie actuelle : du régime, surtout depuis les dernières 24 heures; des agents provocateurs (habitation, état atmosphérique, miasmes, contagion, influence physique, causes mécaniques, causes occasionnelles); des désordres présents, leur durée; des moyens employés.

II. État présent.

1° Relations extérieures : date, heure du jour, état de la température et de l'air atmosphérique.

2° Symptomatologie.

a) État extérieur de la taille, de la peau, des oreilles, du nez, de la bouche, du crâne, des os, de l'embonpoint; de l'habitude extérieure du malade; impression générale.

b) *Examen :* Du système nerveux, comprenant l'intelligence, la sensibilité, le sentiment, les délires, les paralysies, les contractures, les douleurs; de l'appareil respiratoire; système circulatoire; de l'appareil de la digestion; de l'appareil urinaire; de l'appareil sexuel.

c) *Recherches physiques.* Déterminer la taille et le poids du malade; prendre la température du corps, les dimensions du crâne, en préciser la forme ainsi que celle du rachis, explorer le trajet des nerfs; mesurer le thorax pendant les inspirations et les expirations, délimiter et examiner le poumon par la percussion et l'auscultation, déterminer le siége et l'étendue du cœur, ses battements ainsi que les bruits des gros vaisseaux, des artères et des veines; noter la qualité et le nombre des pulsations; explorer l'abdomen par la percussion et la palpation; indiquer le siége et l'étendue des viscères (foie et rate); déterminer le volume des reins, de la vessie, examiner les organes sexuels chez l'homme et la femme.

d) *Recherches chimiques :* De l'urine, en indiquer la quantité, la coloration, la transparence, le poids spécifique, les acides libres qu'elle contient, le sucre, l'albumine, l'acide phosphorique, le chlore, l'acide sulfurique, la potasse, l'ammoniaque, la chaux, la magnésie, l'urée, l'acide urique, l'époque de sa décomposition, la fermentation acide, l'examiner à l'aide du microscope; du sang; de l'exhalation pulmonaire; de la sueur; de la salive; des fèces.

e) *Diagnostic.*

III. Marche de la maladie.

Noter journellement : les variations extérieures; le régime du malade; son état extérieur, les variations qu'on découvre par l'examen, par les recherches physiques et chimiques; la médication prescrite et la dose des médicaments pris.

Schema de l'observation nécropsique.

I. Relations extérieures.

(Combien de temps après le décès.) Indiquer la date, l'heure du jour, l'état atmosphérique.

II. Examen extérieur du corps.

De sa température, de son embonpoint; de l'état des téguments; de la rigidité cadavérique; des dimensions de la tête; des traits; de la coloration du visage; des organes des sens; de la forme et des dimensions du thorax, de l'abdomen et du bassin; des membres.

III. Examen des parties constituantes.

Du cerveau, de la moelle, de l'état de leurs enveloppes; poids du cerveau et du cervelet; des ventricules; de la boîte cranienne; du cou et de la cavité thoracique; rapports du cœur avec le poumon gauche, recherches sur la nature des liquides, du péricarde, poids du cœur, cavités, orifices, valvules, caillots (les étudier à l'aide du microscope), de l'état graisseux du cœur; des artères coronaires; examen du sang; de l'aorte, de son calibre et de ses parois; de l'artère pulmonaire et des veines caves; du poumon, de son poids, de sa consistance, de sa couleur, de l'état des bronches et des cellules, de la plèvre, rechercher surtout la nature de son contenu; du thymus; de la trachée et du larynx; de la glande thyroïde; des organes de la digestion, la bouche, la langue, l'œsophage, le péritoine et les épanchements; de l'estomac et des intestins; du foie, son volume, son poids, sa coloration, sa consistance, sa vésicule; de la bile et de sa richesse en graisse et en sucre; de la rate, son volume, son poids, sa coloration et sa consistance; du pancréas; des veines, de leur structure; des uretères, de la vessie et de la muqueuse surtout; du canal de l'urètre; des organes génitaux et des lymphatiques.

Tracer sommairement ce vaste plan de travail, n'est-ce pas résumer les lacunes des connaissances médicales? N'est-ce pas poser les problèmes à la solution desquels doivent travailler les amis de la science, les observateurs qui veulent mériter ce nom? Il faut convenir toutefois que ces travailleurs ont besoin d'une grande patience, de solides connaissances, et avant tout, il faut qu'ils aient à leur disposition un service d'hôpital.

Nous nous proposons de revenir prochainement sur quelques points de ce plan d'observation, et d'indiquer, d'une manière précise, la méthode que recommandent les médecins allemands pour déterminer le siége et l'étendue des viscères thoraciques et abdominaux, ainsi que les procédés qu'ils emploient dans l'analyse médico-chimique des urines.

Dr SCHNEPF.

Académie impériale de Médecine.

Présidence de M. JOBERT.

Addition à la séance du 9 janvier.

M. Robert disait l'autre jour en commençant qu'il s'agissait d'un grand fait; qu'il s'agissait d'encourager des travaux consciencieux et persévérants, ou bien de jeter sur eux un discrédit définitif. Il ne s'agit nullement de cela. Il s'agit seulement de décider si, comme les micrographes le prétendent, il est impossible de diagnostiquer le cancer sans le microscope et si, en second lieu, on ne guérit jamais rien de ce qui contient la cellule spéciale, la cellule cancéreuse, ou bien si c'est le contraire qui est vrai, comme je le soutiens. Mais quand on leur aura démontré que la cellule n'est pas essentielle au cancer et que certains cancers ont été guéris, on n'aura pas dit pour cela que le microscope est un mauvais instrument, qu'il faut le briser et jeter au feu tout ce qu'il a produit. Je ne sais vraiment pas pourquoi cette erreur a été répétée et propagée principalement dans la presse. De ce qu'on aura constaté qu'un fait mis en avant par les micrographes est erroné, est-ce une raison pour renier tous leurs travaux et pour rejeter d'un seul coup tout ce qu'ils ont pu nous apprendre de bon? Serait-ce une raison, par exemple, parce que le stéthoscope aurait fait entendre je ne sais quel râle sur lequel on aurait diagnostiqué à tort une phthisie pour rejeter à tout jamais le stéthoscope sous prétexte que malgré ce râle le malade n'était pas le moins du monde phthisique et que le diagnostic a été faux? Non, Messieurs, il n'est nullement question de rejeter les travaux des micrographes; la discussion porte uniquement sur quelques points dont j'énonçais tout à l'heure les deux premiers.

Le premier point consiste en ce que certains cancers, dans des cas bien tranchés, peuvent être diagnostiqués sans l'aide du microscope; et il me semble que déjà cette première proposition ne rencontre plus guère de contestation.

Le second fait sur lequel on me paraît également tomber assez d'accord, c'est que certains cancers bien constatés ont été définitivement guéris par l'opération.

Mais il est un troisième point qui rencontre encore de l'opposition même parmi les micrographes, c'est la spécificité de la cellule cancéreuse que j'ai niée tout d'abord. Vous venez de voir par le discours de M. Delafond ce que devient cette spécificité entre les mains d'un homme habitué aux études micrographiques. Il ne m'aurait pas été possible de discuter à fond ce point de la question comme l'a fait notre savant collègue; je n'eusse pas d'ailleurs manqué de soulever mille récriminations contre mon incompétence. Il est vrai qu'il y a plus de vingt ans que je regarde dans le microscope, mais je suis loin de me flatter d'être devenu savant en micrographie, et sur ce point je ne puis assez admirer M. Robert qui, il n'y a que trois semaines encore, n'avait jamais jeté l'œil dans un microscope et qui, depuis ce temps, est devenu assez habile pour contrôler et juger les travaux des maîtres.

Voici donc cette spécificité de la cellule détruite par les micrographes eux-mêmes. Pour moi je ne l'avais attaquée que par la clinique, et comment cela? le voici: Comment ces messieurs ont-ils pu savoir qu'il y a dans le cancer une cellule? c'est parce que les chirurgiens, en leur montrant des tumeurs qu'ils venaient d'enlever, leur ont dit: Voici un cancer, lequel par conséquent avait été reconnu pour tel avant qu'il fût même question de cellule. Lorsqu'ensuite je les ai entendus affirmer qu'il y a des cellules d'une certaine espèce dans ce que je leur avais donné pour cancer, j'ai admis cela comme un fait intéressant, et comme pouvant devenir tôt ou tard de quelque utilité, car il n'est guère de fait bien constaté dans les sciences qui ne trouve tôt ou tard son application, son utilité. Mais quand j'ai vu plus tard que certaines tumeurs que je leur avais données pour des cancers, ne contenaient plus, selon eux, cette cellule, cela m'a paru singulier, car, pour moi, ces tumeurs me paraissaient être bien positivement du cancer. Et comme malheureusement le cancer a une marche trop bien connue, je ne pouvais renoncer à mon diagnostic, et dès-lors je commençai à douter de la constance de cette cellule dans le cancer. Cependant j'avoue que j'étais assez embarrassé; car, comme certains cancers, selon moi, ne repullulent pas, je ne savais trop si j'avais bien eu affaire dans ces cas à de vrais cancers. Mais je ne tardai pas à être convaincu par l'observation ultérieure: ces tumeurs que je donnais aux micrographes pour des cancers et dans lesquels ils ne trouvaient pas de cellules, repullulèrent à la façon des cancers reconnus par moi à leurs caractères cliniques et par eux aux caractères microscopiques. Vous comprenez que dès-lors je dus concevoir des doutes sérieux sur la valeur de la cellule des micrographes.

Ce n'est pas tout : j'eus occasion d'un autre côté de donner à ces messieurs des tumeurs dans lesquelles ils trouvèrent des cellules et qui cependant ne se comportaient nullement comme des cancers. A partir de ce moment, il me fut impossible de considérer la cellule comme un caractère essentiel du cancer.

J'ai étudié moi-même, j'ai vu la cellule sous le microscope, mais n'étant pas micrographe de profession, je me sentais incapable d'échapper aux difficultés de ces observations délicates, et je me suis dit : peut-être y a-t-il parmi les éléments microscopiques certaines nuances difficiles à apprécier qui ont trompé jusqu'à présent. Toutefois je demeurai convaincu qu'il est de vrais cancers dans lesquels on ne trouve pas la cellule, tandis que cette même cellule existe dans des tumeurs qui ne sont pas du tout des cancers. M. Delafond est venu compléter sur ce point le défaut de mon premier discours.

Les objections qui ont été faites à ces idées et que je croyais avoir déjà réfutées se trouvent en grande partie reproduites dans le dernier discours de M. Robert. Dans ce discours je trouve sous une forme brillante ce que j'avais déjà vu dans les journaux publiés par les micrographes les plus distingués : c'est-à-dire qu'on conteste la valeur des faits que j'ai avancés. Et d'abord on attaque mes faits de tumeurs non cancéreuses qui renfermaient cependant des cellules caractéristiques. Comment pouvez-vous savoir, me dit M. Robert, que ces tumeurs ne sont pas des cancers, puisque vous admettez des cancers qui ne récidivent pas, qui peuvent guérir? A cela j'ai déjà répondu que ce n'est pas sur le fait de la non-récidive que j'établis le diagnostic de ces tumeurs, mais sur l'ensemble de leur caractère, sur leur physionomie générale.

Ce n'est pas à dire toutefois que la non-récidive ne doive pas entrer cependant en ligne de compte, car elle constitue elle aussi une preuve, et une preuve concluante : voici comment. Lorsque j'ai parlé des cancers sans récidive, j'ai cité, sur plusieurs centaines de faits observés dans une période de trente années, vingt cas de guérison ou de non-récidive. Au contraire, j'ai cité quatre cas, et j'en aurais pu citer quatre ou cinq autres, de tumeurs qui contenaient des cellules, et qui, pour moi, ne sont pas des cancers. Dans ces huit cas, j'ai toujours dit d'avance : ceci n'est pas du cancer et ne repullulera pas. Admettez-vous, je vous le demande, que huit fois de suite j'aie pû tenir un pareil langage à des micrographes et que pas une seule fois je n'aie été démenti par l'événement sans que j'aie eu dans la physionomie même de la maladie quelques caractères précis et sûrs? Un pareil résultat est-il comparable à cette série de cancers que j'ai citée, et dans laquelle j'avais eu vingt guérisons sur plus de trois cents cas.

Voulez-vous que je reprenne en particulier chacun des faits que j'ai déjà apportés à cette tribune? les voici : Une jeune femme porte dans le sein une tumeur ronde, régulière, indolente, mobile, sans adhérences, tumeur qui s'est formée insensiblement, c'est-à-dire revêtant tous les caractères des tumeurs que j'appelle *adénoïdes*. Cette tumeur, assurément, n'eut été un cancer pour personne, pas même pour M. Robert. Je la donne à messieurs les micrographes et ils y trouvent la cellule qui, pour eux, est l'indice certain du cancer. Cependant il y a huit ou dix ans que cette tumeur a été enlevée : et jamais il n'est rien arrivé à la malade qui est devenue mère de plusieurs enfants, lesquels se portent tous également bien. J'ai cité dans mon livre soixante faits de ce genre : ce sont soixante cas de tumeurs adénoïdes, et par conséquent bénignes, reconnues avant l'opération, et sur ces soixante cas, vous ne trouvez pas une seule récidive. C'était donc bien là aussi une tumeur bénigne qui ne différait des autres qu'en ce qu'elle contenait des cellules.

J'ai cité en outre un malade qui portait une ulcération fongueuse du talon avec carie des os. Assurément, si le micrographe à qui j'ai donné ce fongus à examiner avait vu le malade, il ne lui serait jamais venu à l'idée de faire un cancer de cette fongosité qui était là comme par-

tout la conséquence de l'altération osseuse. Cependant cela a été examiné au microscope et reconnu cancéreux à cause de la cellule. Rien ne s'est reproduit après l'opération, comme il était aisé de le prévoir.

Pour cette tumeur hématique de la mâchoire, qui était formée par un dépôt kystique de sang et de fibrine, on a encore trouvé des cellules. Cependant j'avais annoncé que cela n'était pas du cancer, que la récidive n'aurait pas lieu, et, en effet, il ne s'est rien reproduit après l'opération.

J'ai cité des tumeurs des os qui sont considérées comme des cancers et qu'on appelle communément des ostéosarcômes hématodes. Parmi ces tumeurs osseuses, il faut établir deux catégories : les unes qui sont formées par une substance molle, pulpeuse, cérébroïde et mêlée de sang, se sont creusé une loge dans l'épaisseur même de l'os qu'elles ont distendu en forme de coque; les autres sont constituées par le tissu même de l'os qui s'est développé et est devenu vasculaire et fongueux. Eh bien! dans ces deux cas, on trouve la cellule cancéreuse. Cependant ces tumeurs guérissent très-bien par l'opération, et pour moi ne sont pas du tout des cancers. J'ai cité deux faits de ce genre : Pour le premier, qui est de 1839, on m'a objecté que le microscope alors n'avait pas encore constaté l'existence de la cellule caractéristique : je commence par dire que c'est là une erreur, puisque Müller l'avait vue en 1838 et que M. Gluge l'avait déjà fait connaître à cette époque. Mais dans le second cas, c'est M. Broca lui-même qui a constaté l'existence de la cellule : et cependant, je le répète, cette maladie ne se reproduit pas, ce n'est pas du cancer.

Je m'étonne, en vérité, que M. Robert se soit avancé si avant dans une question pareille, qu'il se soit déclaré le défenseur de doctrines que la clinique dément à chaque pas.

Vous voyez donc, Messieurs, que par ce seul fait de la non-récidive, les faits que j'ai avancés prouvent bien que des tumeurs qui contiennent des cellules, peuvent cependant n'être pas des cancers; mais j'ai dit que leur physionomie, que leurs caractères cliniques les différencient également du cancer. M. Robert dit que les caractères cliniques du cancer ne sont pas concluants, qu'on ne peut pas le diagnostiquer par ces symptômes au lit du malade, et pour démontrer cette manière de voir, j'avoue qu'il s'y est pris d'une singulière façon. Il a d'abord pris pour exemple le signe le plus anciennement et le plus généralement reconnu du cancer du sein, c'est-à-dire la rétraction du mamelon, et il a dit : cette rétraction qui depuis des siècles est considérée comme un caractère type, comme un signe fondamental du cancer, n'est pas un caractère propre au cancer; et la preuve, ajoute M. Robert, c'est qu'elle existe dans des tumeurs qui ne sont pas du tout des cancers, et cela même n'est pas très-rare, car depuis quelques mois on a observé deux cas, qui tous les deux ont été vérifiés par un micrographe extrêmement distingué, par le chef en second de la micrographie, par M. Robin lui-même. Il est donc constant qu'on a vu depuis quelques mois deux tumeurs avec rétraction du mamelon, lesquelles n'étaient pas des cancers, puisque M. Robin n'y a pas trouvé de cellules. Cette absence des cellules est pour M. Robert la seule raison qu'il ait de croire que ces tumeurs n'étaient pas des cancers, mais moi, Messieurs, j'ai de meilleures raisons pour croire le contraire; car l'un des faits rapportés par M. Robert lui appartient; mais l'autre a été observé par M. Robin dans mon propre service. Or, voici la note même de M. Robin relative à cette malade : elle porte pour titre : *Tumeur non cancéreuse décrite sous le nom de cancer*. Suit la description. Cette pauvre dame cependant en est déjà à la récidive au moment où je vous parle, et voilà comme quoi sa tumeur n'était pas un cancer, voilà comme quoi nous pouvons être en sureté, quand le microscope a prononcé qu'une tumeur ne renferme pas de cellules et que par conséquent nous pouvons être en parfaite tranquillité après l'opération. Pour le second fait, je ne sais ce que je dois en dire, je suis fort embarrassé. Il est relatif à une dame qui est à Paris et que je pourrais vous présenter; mais faut-il que cette malheureuse connaisse son sujet? faut-il lui donner occasion d'être éclaircie sur son malheureux état? Cependant je pourrais donner des preuves non équivoques, si quelqu'un doutait de mes assertions.

M. Robert dit que la rétraction du mamelon n'est pas une preuve du cancer; mais quand même ce signe à lui tout seul ne suffirait pas à caractériser le cancer, qu'est-ce que cela ferait à la question? Est-ce que jamais personne a prétendu que ce seul symptôme était suffisant pour faire reconnaître un cancer? M. Robert fait en ceci ce que déjà les micrographes, dont il est le mandataire, ont essayé de faire ailleurs : il prend un à un les signes du cancer, et, les discutant séparément, parvient aisément à en démontrer l'insuffisance. Une pareille manière de discuter n'a rien de sérieux, car vous en pourriez faire autant pour toutes les maladies. Personne de nous, par exemple, ne contestera l'importance de l'hémoptysie comme signe de la phthisie : eh bien! est-ce que jamais vous parviendriez à démontrer qu'un individu est phthisique à l'aide de ce seul signe! J'ai eu moi-même cette faiblesse autrefois, heureusement ce temps est à présent bien loin de moi; c'était dans un concours pour l'agrégation : je pris l'un après l'autre tous les signes de la phthisie, je m'amusai à les combattre tous un à un, et après avoir démontré successivement leur insuffisance, je parvins à établir qu'il est impossible de la diagnostiquer. Est-ce que cela était vrai? Mais si je prenais à présent la cellule elle-même, si je prenais l'un après l'autre chacun de ses caractères, sa forme, sa rondeur, la régularité de ses contours, si je prenais son enveloppe, son contenu, son noyau, etc., n'arriverais-je pas aussi à démontrer que chacun de ces caractères n'a rien de fixe et que son existence n'est même pas démontrable? Non, un caractère qui par lui-même est insuffisant, acquiert une grande importance quand il se joint à d'autres. Ainsi, pour en revenir à la réaction du mamelon, une tumeur ligneuse qui s'est développée lentement, qui s'accompagne de quelques douleurs et qui avec cela présente une peau rétractée, pointillée, collée sur la tumeur, je dis que c'est là un cancer. Aucun de ces signes ne suffirait sans doute à lui tout seul, mais leur réunion me permet d'être parfaitement affirmatif. Je le répète donc, cette manière de discuter, que M. Robert a voulu appliquer au diagnostic du cancer, ne saurait se soutenir.

M. Robert ajoute que les signes qui passent pour les plus propres au cancer, à l'encéphaloïde par exemple, se rencontrent dans certaines tumeurs qui, cependant, ne sont pas des cancers, et il cite à l'appui de cette proposition deux observations dont l'une lui est propre et dont l'autre appartient à quelqu'un que je connais bien.

Le premier de ces deux faits est relatif à une tumeur ulcérée, suppurante, donnant lieu à l'écoulement d'un liquide ichoreux, et formant un champignon pédiculé à bords renversés. Pour nous et pour tous les chirurgiens, dit M. Robert, c'est là du cancer bien évidemment; mais le microscope, parlant par la bouche du micrographe célèbre dont j'ai déjà cité le nom est venu dire : non, ce n'est pas là du cancer, car il n'y a pas de cellules. La malade, en effet, a été opérée et a guéri. Je ne connais pas cette malade ni son histoire; cependant M. Robert me permettra sans doute de lui faire une observation sur le diagnostic qu'il donne comme si bien justifié. Il s'étonne de la contradiction apportée à la clinique par le microscope et par l'issue de l'opération; cependant je ne partage pas pour mon compte cet étonnement, et M. Robert aurait été moins étonné, s'il avait tenu compte d'un caractère que je donne pour distinguer la nature de ces tumeurs fongueuses. Sans doute l'apparence du champignon en question avait bien quelque ressemblance avec un encéphaloïde, mais la consistance est bien différente dans l'encéphaloïde et dans certaines tumeurs bénignes qui peuvent bien aussi être fongueuses.

J'arrive au second fait de M. Robert, et je commence par dire qu'en général M. Robert n'est pas heureux quand il touche aux faits qui me sont propres. Déjà une première fois il avait contesté celles de mes observations qui remontent à 1848, sous prétexte qu'elles sont de dates trop récentes, argumentant lui-même sur des faits qui datent seulement de 1852. Il cite par exemple le cas d'une de mes malades qui était atteinte d'une tumeur prise par moi pour de l'encéphaloïde et dans laquelle le microscope n'aurait pas trouvé de cellules. Je suis bien fâché de dire que le récit que nous a fait notre collègue de ce fait n'est pas exact; et, comme il est consigné tout au long dans mon livre, je m'étonne que M. Robert ait préféré aller chercher ailleurs les renseignements qu'il nous a donnés à ce sujet. Voici l'histoire abrégée de la malade dont il s'agit. Cette femme portait une vaste tumeur qui occupait tout le côté droit de la poitrine : c'était un énorme champignon à bords plus larges que la racine qui s'épanouissait là sur un énorme pédicule. Déjà une fois j'avais essayé la destruction partielle de cette tumeur à l'aide du caustique, et je m'étais décidé à ne plus l'opérer, non parce que je croyais que c'était du cancer, mais bien parce que la malade, était tellement épuisée que je prévoyais une mort prochaine par suite de l'état de débilité extrême où elle état tombée. Cependant je finis par me laisser toucher par les instances de cette malheureuse malade qui dépérissait chaque jour davantage sous l'influence de la suppuration fétide à laquelle elle était en proie : il y avait pitié à la débarasser, au moins en partie, de cet horrible foyer d'infection. Je me décidai donc à une opération qui m'était si instamment demandée, tant pour accéder aux vœux de cette malheureuse que comme exemple à proposer d'une série d'opérations qui pourraient utilement être pratiquées dans un cas analogue, mais moins désavantageux. Le motif qui me décida à enlever une partie de cette tumeur ne fut donc nullement, comme dit M. Robert, de prendre un échantillon destiné à l'examen microscopique, mais bien d'opérer par parties une tumeur qu'il ne me paraissait pas prudent d'extirper d'un seul coup. Et la preuve c'est que je ne me contentai pas de réséquer seulement une fongosité exubé-

rante; mais que du même coup j'enlevai la moitié de cette énorme tumeur dont le pédicule, à lui tout seul, n'avait pas moins de la largeur de la paume de la main. Mais jamais je n'ai cru à la nature cancéreuse de cette tumeur : je n'ai pas attendu la sanction du microscope et toujours j'ai dit que c'était là une tumeur adénoïde. C'était seulement pour ménager les forces de la malade que je partageais l'opération : et lorsque j'ai vu qu'à la première opération elle avait perdu si peu de sang, je me décidai à l'achever quatre jours après en enlevant la seconde moitié. Voilà les faits que M. Robert croit pouvoir invoquer contre mes assertions.

M. Robert passe ensuite à un autre ordre de faits, c'est-à-dire aux cas que je considère comme des cancers, malgré que le microscope n'y ait pas trouvé de cellules : et ici il croit avoir réfuté mes observations en s'arrêtant sur quelques-uns de leurs détails. Il revient, par exemple, sur ce fait que je vous ai raconté d'une façon un peu plaisante, sans doute, bien que la chose soit extrêmement sérieuse, sur ce fait où cinq micrographes étaient intervenus simultanément. Cette observation, à ce qu'il paraît, a fait assez de bruit à cause de la manière dont je l'ai présentée. M. Robert se joint à ce propos à M. Malgaigne pour me demander quelle était la composition de cette tumeur qui, pour moi, était un cancer et qui, d'après les micrographes, ne contenait pas de cellules. Sans doute j'aurais moi-même désiré être plus explicite sur ce point; mais ces messieurs ne m'en avaient pas eux-mêmes donné une idée bien nette. Ils se sont accordés à dire que ce n'était pas du cancer; cependant l'un d'eux m'a dit que c'était une tumeur phymatoïque, fibro-plastique et épithéliale en même temps, une tumeur en un mot d'une texture extrêmement complexe. J'avoue que je n'attachais pas à ces renseignements une grande importance : il m'importait uniquement, à mon point de vue de savoir ce qu'elle n'était pas pour les micrographes. Or, quatre sur cinq m'avaient dit qu'elle ne contenait pas de cellules. Et je ne sais pas encore pourquoi maintenant on attache tant d'importance à ce fait. Il est arrivé dans le cancer en général et dans le cancer le mieux caractérisé. Voici, en effet, la fin de cette lamentable histoire : environ deux mois après l'opération, la cicatrice était presque complète, lorsqu'une bosselure s'éleva en dehors de cette cicatrice, et dans son voisinage, il s'en développa successivement plusieurs autres qui gagnèrent jusqu'au creux de l'aisselle. Plusieurs de ces bosselures se sont ensuite ulcérées, elles ont continué à se multiplier : à la fin il y en avait plus de cinquante. Pendant plus de six semaines cette malheureuse continua à venir à la consultation me demander un secours que je me refusais à lui donner. Elle finit par rentrer enfin à je ne sais quel hôpital, suffoquant sous cette cuirasse qui lui étraignait la poitrine. Je ne sais où elle est allée mourir; mais ce tableau suffit bien, je pense, pour affirmer que c'était là un véritable cancer.

M. Robert veut-il savoir au juste quel était l'état de cette pauvre malade? Qu'il se donne la peine de venir à présent même dans ma salle à l'hôpital, et il pourra voir au n° 31, une malade qu'il connaît déjà et qui lui offrira une image parfaitement exacte de ce triste état. C'est la même tumeur, c'est le même plastron qui étreint le thorax, un peu moins avancée peut-être. Si quelqu'un de l'Académie est curieux de voir cette malade, il sera fort bien reçu, car la malheureuse ne demande pas mieux que de se faire voir dans l'espérance de trouver quelque part un soulagement. Elle est très-désolée, et, pour un temps, elle voulait même se jeter à l'eau. Maintenant j'en appelle à la loyauté de M. Robert : quand il aura examiné cette malade, s'il ne reconnaît pas que c'est là bien manifestement du cancer, je refuse à l'avenir de discuter avec lui, car douter dans ce cas ce serait nier l'évidence. Il me dira lui-même s'il a besoin du microscope pour se prononcer dans un cas pareil.

Voilà, messieurs, ce que sont ces cancers sans cellules, ces cancers qui n'en sont pas pour messieurs les micrographes. Et ces faits, remarquez-le bien, ne sont pas extrêmement rares. J'en ai vu trois dans une année, et par conséquent j'en pourrais citer bien d'autres. On me demande pourquoi je n'apporte pas ici tous ces faits : mais vraiment il me faudrait apporter alors d'énormes liasses de papier. J'en ai vu, par exemple, encore un cas, il y a deux ans, que je ne voulais pas opérer, certain que j'étais de la récidive. Je finis cependant par me décider à l'opération, et le microscope ne trouva pas de cellules. Cependant la récidive est venue.

Si la repullulation dans ces cas était rare, exceptionnelle, on pourrait peut-être dire que c'est du fibro-plastique. Mais si ces cas sont relatifs à du fibro-plastique, il faut reconnaître alors que le fibroplastique récidive avec plus de tenacité qu'aucune autre tumeur; car ces cas ont été pris dans des formes où la repullulation est constante et indéfinie, dans des formes, je vous assure, où la diathèse ne va pas en s'altérant, comme le disait l'autre jour M. Hervez de Chégoin. Si je me décide à l'opération dans ces cas-là, ce n'est certes pas dans l'espoir de la guérison : j'y suis toujours poussé par d'autres motifs; le plus souvent ce n'est que dans le but de prolonger quelque peu la vie de ces pauvres malades. Depuis 25 ou 30 ans l'expérience m'a appris à ne les plus opérer, ou, si je m'y décide, ce n'est jamais qu'à mon corps défendant. J'avoue qu'autrefois je les opérais; mais cette affreuse maladie repousse avec tant de rapidité, qu'au lieu de prolonger la vie souvent l'opération ne contribue qu'à l'abréger. Et remarquez que ce que je dis là ne s'applique pas à des cas douteux ou obscurs; c'est dans les cas les plus clairs, les plus évidents, que les choses se passent ainsi; car en dehors de ces cas il y en a d'autres où il reste encore quelque chance de guérison, et c'est dans ces cas-là que j'opère en général.

C'est dans ces cas malheureux que la clinique, tout opposée qu'elle soit aux données du microscope, éclaire cependant la pratique d'une façon bien précieuse. Une jeune femme arrive dans mon service avec une tumeur du sein. Elle était fraîche et superbe. Pour beaucoup de personnes cela paraissait un cas simple. Cependant j'étais tellement convaincu de la malignité de ce cas, que j'en fis le sujet d'une leçon. Je disais alors : il est possible que l'opération guérisse, mais je n'y compte pas : c'est un cas perfide, c'est une tumeur d'une détestable espèce et qui repullulera. Cependant je l'opérai pour céder aux instances de la malade et des personnes qui m'entouraient. Les micrographes observaient avec moi : ils ne m'accuseront pas de leur avoir tendu de piége. Ils se sont partagé la tumeur après avoir assisté eux-mêmes à l'opération : ils l'ont divisée à leur guise : ils l'ont examinée, et tous sont revenus me dire : ce n'est pas du cancer. Il n'y avait pas de cellules. Vous le voyez, messieurs, de pareils faits se passaient en plein public. Pendant deux mois la malade a été gardée exprès dans mes salles : le succès était inespéré, la cicatrisation était complète : j'étais heureux de m'être trompé. Mais au bout de deux mois une petite tumeur apparut auprès de la cicatrice. Renvoyons cette malade au plus vite, dis-je aussitôt; car à partir de maintenant elle ne sera plus qu'un objet de tourment continuel pour nous. Je la congédiai, craignant bien qu'elle ne revînt nous demander des secours que nous étions impuissants à lui donner. Elle rentrait en effet un mois après; mais cette fois elle avait 7, 8 tumeurs au lieu d'une, et chaque jour elles se sont multipliées davantage. Voilà donc comment les faits que M. Robert essaie de récuser ne prouvent rien!

Il me semble, Messieurs, qu'il suffit de pareils faits pour démontrer sans réplique le défaut de spécificité de la cellule cancéreuse. Mais qu'ai-je besoin de chercher à démontrer un fait que notre savant collègue, M. Delafond, a fait connaître avec une compétence et une habileté que je ne possède pas. Ce n'est pas moi assurément qui aurais été reçu à venir combattre, comme l'a fait M. Delafond, la non-spécificité de la cellule dite cancéreuse; mais que répondre quand c'est un micrographe, et un micrographe aussi habile, qui se charge lui-même de la démonstration?

M. Robert m'a repris encore sur un autre point de mon argumentation : c'est à propos de ces cas dont j'ai parlé, dans lesquels une première fois on n'avait pas trouvé la cellule cancéreuse et où, plus tard, lors d'une seconde ou d'une troisième opération, le microscope a constaté la présence de cette cellule. Il rejette à peu près complétement tous ces faits. Et d'abord il commence par rejeter celui que j'ai emprunté à M. Mayor. Je reconnais tout de suite que, pour ce fait de M. Mayor, je me suis un peu trop avancé et que j'ai eu le tort de donner le témoignage de l'auteur pour une autorité micrographique. Je reconnais que M. Mayor n'a pas examiné la première tumeur, qu'il n'a pas affirmé qu'elle fut cancéreuse, qu'il a dit seulement que cela était probable; je laisse donc ce fait de côté. Mais j'en ai d'autres, et ceux-ci ne sont pas aussi faciles à contester.

Voici l'ouvrage de M. Lebert sur la physiologie pathologique : aux pages 26 et 29 de ce livre, je lis deux observations de tumeurs épithéliales enlevées précisément dans mon service à la Charité. Ces tumeurs, d'après M. Lebert, ne présentaient pas la moindre apparence cancéreuse. Chose singulière! il s'est trouvé, à la même époque, trois malades ayant occupé successivement le même lit, et ayant présenté la même maladie, c'est-à-dire un cancer épithélial de la lèvre. Le sujet de la première observation de M. Lebert fut opéré par moi, et il guérit. Un autre rentra immédiatement et fut également opéré, et un troisième lui succéda. Chez ces deux malades opérés pour la même maladie, la récidive eut lieu, chez le premier, dans la mâchoire et dans les ganglions sous-maxillaires; et chez le second, ce fut dans la région parotidienne que la récidive eut lieu, et cela au bout de 18 mois. Cette tumeur parotidienne, examinée au microscope, contenait des cellules cancéreuses : de même que le maxillaire du précédent en contenait aussi lorsque la récidive s'y produisit. Je sais bien qu'on pourrait à la rigueur contester que le cancer de la mâchoire chez

ce dernier malade fut une simple récidive de la maladie primitive de la lèvre, et qu'on pourrait objecter que chez le même malade, un cancer est survenu après une affection simplement épithéliale. Mais dans le cas où un engorgement parotidien se continuant jusqu'à la lèvre par un chapelet non-interrompu de ganglions, a succédé à l'ablation d'une tumeur de la lèvre; comment nier que l'affection parotidienne fut la continuation ou la récidive de la tumeur primitive?

Vient encore, après cela, le fait de M. Richet: M. Robert conteste également ce fait en disant: Mais qu'était-ce que ce fragment superficiel de tumeur qui a été envoyé aux micrographes? Je ne sais pas du tout pour ma part où M. Robert a pu voir que des fragments superficiels de la tumeur ont été envoyés aux micrographes. Il n'y a pas un mot de cela dans le récit que j'ai fait de cette observation. J'ai dit seulement qu'un morceau de la tumeur avait été donné à examiner. Une portion de la tumeur qui proéminait dans les fosses nasales a été extirpée par M. Richet, et cette portion de tumeur avait le volume du doigt. C'est là ce que M. Richet a fait examiner concurremment par M. Lebert et par M. Robin. Évidemment, ce ne pouvait pas être là un simple fragment de muqueuse: c'était bien une portion exubérante de la tumeur elle-même. Voici comment les choses se sont passées: Je voyais ce malade avec M. Richet, et nous étions l'un et l'autre d'accord qu'il ne fallait pas l'opérer parce que sa tumeur était un cancer à récidive et qu'il n'y avait pas de chance de succès. Cependant, M. Nélaton, M. Laugier, M. Jobert consultés, furent d'un avis contraire, c'est dans ce moment là qu'on saisit l'occasion qui se présentait de réséquer une portion de la tumeur qui se présentait dans les fosses nasales, afin de la soumettre à l'examen microscopique.

Le microscope n'y fit pas découvrir de cellules cancéreuses: Messieurs les micrographes répondirent: c'est du fibro-plastique; c'est une tumeur bénigne et que l'opération peut très-bien guérir. Beaucoup plus tard, on eut occasion d'examiner de nouveau la tumeur, et alors elle abondait en cellules.

M. Robert, ou plutôt ceux dont il est le mandataire, ajoutent encore que les cas que j'ai cités de repullulation et de généralisation des tumeurs épithéliales ne sont pas évidents: ils ont même été jusqu'à jeter du doute sur l'exposé que j'avais fait ici des opinions de M. Wirchow à ce sujet. M. Wirchow, vous le savez, Messieurs, est un des savants les plus distingués de l'Allemagne; de plus, il est extrêmement sensible aux critiques qui lui sont adressées quand il ne les trouve pas fondées: il n'aime pas être contredit sans preuves. Or, voici un paquet qu'il m'a tout récemment adressé, et dans lequel je trouve trois observations de tumeurs épithéliales généralisées. Il plaisante avec assez d'amertume ceux de nos micrographes qui ont tenté de rejeter ses observations sous prétexte que le microscope dont il se sert n'est pas bon. Je ne veux pas faire connaître ici les épithètes qu'il donne à ceux qui l'accusent de ne pas observer avec des grossissements suffisants. Voici, par exemple, une de ses observations: c'est une tumeur épithéliale de la lèvre, bien constatée. Cette tumeur est enlevée et repullule d'abord dans les ganglions sous-maxillaires, puis dans les ganglions parotidiens, puis dans la région des côtes et du dos, dans le foie, dans le cœur, dans les poumons, dans les ganglions profonds, partout enfin. M. Wirchow ne s'est pas contenté de cela, il a eu l'obligeance de joindre à cette observation les pièces anatomiques qui y sont relatives. Il a y là dans ce flacon quatre morceaux des tumeurs de ces divers organes destinés aux Saint-Thomas que de simples paroles ne satisferaient pas. Ces pièces sont concluantes; elles peuvent d'ailleurs être maintenant examinées.

Que voulez-vous de plus démonstratif? Il faut bien accepter ces faits, car autrement il n'y aurait plus de discussion possible. Que ces Messieurs ne s'y fient pas d'ailleurs; car nous pourrions, nous aussi, à notre tour, finir par examiner leurs propres faits au microscope, et M. Delafond leur a déjà fait voir qu'il n'y aurait pas avantage pour eux dans cette épreuve.

(*L'heure trop avancée force M. Velpeau à remettre la fin de son discours à la séance prochaine.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* a publié le 6 janvier un règlement sur la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sage-femmes de deuxième classe.

D'après ce règlement, les officiers de santé, les pharmaciens, herboristes et sage-femmes de deuxième classe qui, en exécution de l'art. 19 du décret du 22 août 1854, continuent à n'exercer leur profession que dans les départements *pour* lesquels(1) ils ont demandé à être examinés, sont reçus par la faculté de médecine, l'école supérieure de pharmacie ou à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie dans la circonscription de laquelle ils se proposent d'exercer.

(1) On sait que le décret a substitué la préposition *pour* à la préposition *dans*, inscrite dans la loi de ventôse an XI.

La circonscription des facultés de médecine, des écoles supérieures de pharmacie et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions d'officier de santé, de pharmacien, herboriste et sage-femme de deuxième classe, est réglée de la manière suivante:

Les circonscriptions des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, 1° de Marseille, 2° de Besançon, 3° de Bordeaux, 4° de Clermont, 5° de Dijon, 6° de Grenoble, 7° de Lyon, 8° de Montpellier, 9° de Nancy, 10° de Strasbourg, 11° de Toulouse, embrassant tous les départements compris dans les académies: 1° d'Aix, 2° de Besançon, 3° de Bordeaux, 4° de Clermont, 5° de Dijon, 6° de Grenoble, 7° de Lyon, 8° de Montpellier, 9° de Nancy, 10° de Strasbourg, 11° de Toulouse.

Les circonscriptions des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie 1° de Caen, 2° de Rouen, 3° de Lille, 4° d'Arras, 5° d'Amiens, 6° de Paris, 7° de Reims, 8° de Poitiers, 9° de Tours, 10° de Limoges, 11° de Rennes, 12° de Nantes, 13° d'Angers, embrassant, la première, les départements de l'Orne, de la Sarthe, du Calvados et de la Manche; la seconde, ceux de la Seine-Inférieure et de l'Eure; la troisième, ceux du Nord et des Ardennes; la quatrième le département du Pas-de-Calais; la cinquième, les départements de la Somme et de l'Aisne; la sixième, ceux de la Seine, de Seine-Inférieure, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Cher et du Loiret; la septième, les départements de la Marne, de Seine-et-Marne et de l'Oise; la huitième, ceux de la Vienne, des Deux-Sèvres et de la Vendée; la neuvième, ceux d'Indre-et-Loire et de l'Indre; la dixième, ceux de la Haute-Vienne, de la Charente-Inférieure et de la Charente; la onzième, les départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord et du Finistère; la douzième, ceux de la Loire-Inférieure et du Morbihan, et la treizième, les départements de Maine-et-Loire et de la Mayenne.

Par exception aux dispositions qui précèdent, et conformément aux art. 14 et 24 de la loi du 21 germinal an XI, aucun pharmacien de deuxième classe ne pourra être reçu pour les départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, qui sont les siéges d'une école supérieure de pharmacie.

Les sessions d'examen des écoles préparatoires de médecine et de pharmacies sont présidées:

Pour les écoles situées dans les académies de Paris, de Douai, de Rennes, de Poitiers et de Caen, par un professeur de l'école de médecine ou de l'école supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les écoles situées dans les académies de Montpellier, d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux, par un professeur de la faculté de médecine ou de l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Le président des sessions d'examen est désigné, chaque année, par le ministre de l'instruction publique, après avis des facultés.

Les aspirants au titre d'officier de santé ou de pharmacie de deuxième classe ne peuvent prendre leur première inscription avant l'âge de dix-sept ans révolus et sans justifier, devant un jury spécial composé de trois membres et formé par les soins du recteur de l'académie, des connaissances enseignées dans la division de grammaire des lycées. Les candidats pourvus du certificat délivré conformément aux prescriptions de l'art. 2 du décret du 10 avril 1852 sont dispensés de l'examen.

Les aspirants au titre d'officier de santé ne sont pas admis à subir leur dernier examen avant l'âge de vingt et un ans révolus.

Le premier examen d'officier de santé comprend l'anatomie et la physiologie; le second, la pathologie interne, la pathologie externe et les accouchements; le troisième, la clinique interne et externe, la matière médicale, la thérapeutique, et une composition écrite sur une question tirée au sort parmi un certain nombre de sujets arrêtés d'avance par le jury d'examen.

La durée de chaque examen oral est fixée à trois quarts d'heure.

Dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, le jury d'examen des officiers de santé et des sage-femmes se compose, outre le président, de deux professeurs titulaires ou adjoints.

Ce règlement est suivi d'un arrêté qui fixe les droits de présence des professeurs chargés d'examiner les candidats au titre d'officier de santé, de pharmacien et herboriste de deuxième classe.

Enfin la partie officielle se termine par une instruction ministérielle pour l'exécution du même règlemeut. Ces deux dernières parties intéressent peu nos lecteurs.

Pour toutes les Variétés: H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1e Série. Tome 3. — N° 9. 3me ANNÉE. Samedi 20 Janvier 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont Il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

KYSTE BUTYREUX DE LA FACE, SIMULANT UN POLYPE CANCÉREUX DES FOSSES NASALES.

Observation recueillie par M. Aug. Millard, interne de service.

L'histoire de cette jeune fille a déjà été publiée, mais d'une manière trop abrégée et avec quelques inexactitudes. Le désir d'expliquer, entre autres, l'erreur attribuée à un micrographe connu, erreur qui pourrait être invoquée dans le cours de la discussion actuelle sur le cancer, et surtout la singularité et l'intérêt incontestable du fait en lui-même m'engagent à le raconter dans ses moindres détails.

Victoire Nivet, âgée de 21 ans, domestique, née à Meeringes (Marne), près Montmirail, fait remonter à dix mois le début de sa maladie. D'une bonne santé habituelle, cette jeune fille a toujours vécu dans les champs, gardant les moutons ou se livrant aux autres travaux de la campagne.

Sa maladie a commencé à la fin du mois de janvier 1854, sans cause connue, *par une sorte d'érysipèle*, suivant son expression. Tout le côté droit de sa figure devint rouge, gonflé, douloureux et elle garda le lit trois semaines.

Pendant ce temps-là, un abcès se forma et s'ouvrit seul au niveau du sac lacrymal droit, immédiatement au-dessous de la commissure interne des paupières ; il ne s'est jamais refermé depuis et persiste encore à l'état de fistule. La joue droite et les parties voisines de ce côté du nez désenflèrent pour se tuméfier de nouveau à différents intervalles. La déformation du visage disparaissait quand il était sorti *de la matière* par la fistule. De temps en temps aussi, elle mouchait par la narine droite une matière *jaunâtre et épaisse*, ce qui la soulageait beaucoup et rendait sa respiration plus libre. Le médecin du pays cautérisa trois fois avec la pierre infernale les bords de la fistule qu'il prit sans doute pour une fistule lacrymale simple ; en effet, elle avait souvent du larmoiement, et la malade éprouve encore aujourd'hui ce symptôme.

Cependant l'altération des traits devint permanente et assez prononcée pour décider cette jeune fille à venir à Paris. Le 3 novembre 1854, elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle St-Charles, n° 1, dans le service de M. le professeur Laugier. A cette époque, d'après les renseignements que je dois à l'obligeance de mon collègue, M. Guyon, interne du service, et que je reproduis presque textuellement, la joue droite était très-gonflée et très-rouge depuis huit jours surtout; le bord droit du nez depuis sa racine était très-élargi et soulevé; sa pointe même était déviée à gauche. Le globe oculaire était repoussé en dehors et un peu en haut : les paupières ne pouvaient s'ouvrir complétement. Au niveau du sac lacrymal, on sentait une tumeur solide de la grosseur d'une petite noix qui ne s'affaissait nullement à la pression; la narine droite était légèrement béante, et à sa partie supérieure, on apercevait une tumeur semblable par son aspect aux polypes si communs de cette région. Le passage de l'air, qui avait commencé à s'interrompre de temps en temps par cette narine depuis le mois d'avril, était complétement supprimé depuis le mois d'octobre. Outre ce symptôme très-gênant, la malade accusait, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, des pesanteurs de tête habituelles, et des douleurs vives s'irradiant dans toute la moitié droite de la figure et dans les dents de ce côté. En même temps, l'os maxillaire supérieur droit paraissait sain au moins dans sa partie antérieure; il était facile de voir que la fosse canine était intacte, la voûte palatine ne présentait non plus aucun saillie, le bord alvéolaire, enfin, et les dents avaient leur disposition normale.

Par toutes ces raisons, M. le professeur Laugier pensa que la tumeur ne siégeait pas dans la cavité du sinus maxillaire, mais qu'elle avait pris naissance à la partie supérieure de la fosse nasale dans l'ethmoïde, qu'après avoir détruit l'os planum et l'unguis pour se développer dans l'orbite, elle était venue former sous la peau la saillie extérieure si apparente encore aujourd'hui. La physionomie générale et la marche de la tumeur, jointes à son accroissement rapide et aux douleurs vives qu'elle causait, donnèrent à penser qu'elle était de nature encéphaloïde. — Une fluctuation trompeuse perçue un peu au-dessus de l'aile du nez, engagea à faire dans ce point une ponction avec le bistouri; il ne s'écoula que du sang et même en assez grande abondance pour nécessiter une compression méthodique. Un tissu d'apparence fongueuse se montra bientôt entre les lèvres de cette ouverture qui, depuis, est restée fistuleuse.

Une petite portion de la tumeur qu'on apercevait dans la narine, fut excisée et portée à M. Robin pour être examinée au microscope. — Cette portion excisée n'avait pas partout le même aspect; un point qui était grisâtre et de consistance molle, fut regardé par M. Robin comme un point de tissu grangréné et ne fut pas porté immédiatement sous le microscope; le reste, au contraire, fut examiné très-rapidement en présence de M. Guyon, auquel le savant micrographe déclara que c'était du cancer. Mais le soir même, en examinant de nouveau à loisir dans son laboratoire, M. Robin réforma sa première opinion, ainsi qu'on peut le voir par la note suivante extraite textuellement de son registre et qu'il a bien voulu me communiquer :

« Service de M. Laugier (10 novembre). — Tumeur des fosses nasales, fragment enlevé pour l'examen avant l'opération, il se compose de deux parties : 1° l'une jaune, grisâtre, friable, fétide et composée de matière amorphe, granuleuse avec quantité de vibrions comme dans tous les tissus grangrénés et humides, et elle en offre tous les caractères. Elle contient en outre une assez grande quantité de globules de pus, pâles, peu granuleux; 2° l'autre portion continue avec la précédente, est rougeâtre, molle, pulpeuse, contient des vaisseaux et des fibres de tissu cellulaire non visibles dans le reste du fragment gangréné. — On y trouve en outre, beaucoup de globules de pus et des cellules épithéliales, cylindriques, avec quelques-unes sphériques ou polyédriques.

Un professeur éminent de la Faculté, fut prié à son tour d'examiner la malade; lui aussi déclara que la tumeur lui paraissait cancéreuse et tout à fait au-dessus des ressources de l'art. On se borna dès lors à un traitement palliatif, c'est-à-dire à l'application de cataplasmes émollients. La malade affirme que jamais on ne fit d'exploration avec le stylet, que jamais il n'est sorti de parcelles d'os, soit par la narine, soit par les fistules extérieures.

Une fois, elle rendit en se mouchant, une notable quantité de fragments dont les uns étaient filamenteux et grisâtres, et les autres mollasses et *s'écrasant comme du fromage mou.* Dans la dernière quinzaine de son séjour à l'Hôtel-Dieu, il survint un état aigu, suivi d'une collection purulente qui se vida par les deux fistules; c'est surtout pendant ce laps de temps que la tumeur prit un très-rapide accroissement et que la déformation des traits devint véritablement hideuse. En même

temps, la malade était accablée par une céphalalgie intense, s'exaspérant au moindre mouvement et qui fit craindre un instant l'apparition des symptômes cérébraux.

C'est dans ces circonstances que cette jeune fille quitte l'Hôtel-Dieu le 18 décembre 1854, pour entrer le même jour à la Pitié, salle Saint-Jean, n° 2, dans le service de M. Maisonneuve.—A la visite du soir, je suis frappé tout d'abord de l'altération remarquable de la physionomie, de la différence profonde que présentent les deux côtés de la figure. Toutes les parties molles qui forment et longent le côté droit du nez, toute la partie interne de la joue, sont gonflées, élargies, luisantes et tendues, mais régulièrement. — L'angle interne de l'œil droit avec la moitié correspondante de la racine du nez est comme étalé et soulevé. — Une première et très-petite fistule siége immédiatement au-dessous des points lacrymaux. C'est la fistule lacrymale qui existe dès le début de la maladie. — Un autre orifice beaucoup plus large, de mauvais aspect, à moitié fermé par des croûtes, se remarque un peu au-dessus du sillon qui circonscrit l'aile du nez. C'est la fistule nasale qui a succédé à la ponction faite à l'Hôtel-Dieu. Enfin, la pointe du nez est très-manifestement déviée à gauche; le globe oculaire est porté en dehors, et gêné dans ses mouvements ainsi que les paupières.

Malgré cet ensemble, je dois dire que ma première idée, à l'aspect de cette malade, sans doute à cause des ouvertures fistuleuses, fut qu'il s'agissait là d'une maladie de l'apophyse montante et probablement d'une nécrose. Je sondai immédiatement les deux fistules dans l'espoir de trouver des os à nu; mais j'eus beau enfoncer mon stylet, droit ou courbé, dans tous les sens, je ne rencontrai de dénudation nulle part. — Seulement des deux côtés, il pénétrait avec une très-grande facilité dans la direction des fosses nasales. Par la fistule inférieure surtout, il s'enfonçait directement d'avant en arrière dans presque toute sa longueur, c'est-à-dire à une profondeur de près de dix centimètres. — Il ne fournissait d'ailleurs aucune sensation de résistance; la masse qu'il traversait semblait molle comme du beurre. — L'examen des narines ne fit rien apercevoir de particulier; pas d'apparence de polype; mais l'air ne passait pas par la narine droite. — Pas de déformation de la voûte palatine, pas de saillie derrière le voile du palais, pas d'altération du bord alvéolaire; aucune tuméfaction au niveau de la fosse canine; la tumeur ne paraissait donc pas siéger dans le sinus. — En promenant avec soin les doigts sur la saillie de la partie interne de la joue, je fus frappé de la mollesse particulière, presque fluctuante, de cette partie. Alors, plaçant les deux pouces de chaque côté de la fistule inférieure, je les enfonçai brusquement dans la tumeur qui céda sous cette pression un peu énergique, et au même moment il s'échappa de tous les côtés, par les deux fistules et surtout par la narine droite, une grande quantité d'une matière jaune-pâle, très-onctueuse, tout à fait comparable à de la crême très-épaisse et que je pris au premier abord pour de la matière tuberculeuse ramollie. — La malade, stupéfaite, rendit quelques gouttes de sang par la narine, puis se moucha avec force pour expulser toute cette matière, et, pour la première fois depuis deux mois, elle eut la joie de sentir l'air passer de nouveau par sa narine. La tumeur s'était immédiatement affaissée d'une manière notable; car la quantité de matière qui fut expulsée ce soir-là peut être évaluée au volume d'une pomme. — Remettant au lendemain un examen plus complet, je quittai la malade avec la conviction qu'on avait affaire à une maladie tuberculeuse des os de la paroi externe des fosses nasales et nullement à une tumeur encéphaloïde. — J'étais à peine à quelques lits plus loin que la malade vint m'apporter une petite parcelle d'os très-mince qu'elle avait trouvée en écrasant la matière jaunâtre sortie de sa narine. — Cette circonstance me confirma encore dans ce diagnostic qui fut réformé, le lendemain matin, par M. Maisonneuve.

En effet, ce chirurgien, frappé de la déformation des traits qui était encore très-prononcée, examinait déjà la malade avec l'idée préconçue d'une tumeur cancéreuse du maxillaire supérieur et d'une ablation possible de cet os, lorsque son attention fut attirée par la présence de quelques parcelles de matière jaunâtre à l'entrée de la narine droite. Il en fit l'extraction avec des pinces à pansement, puis après celles-là, il en amena encore une certaine quantité. Enfin, il fit, à plusieurs reprises, moucher la malade qui, dans des efforts violents, expulsa une quantité vraiment énorme de la même matière que la veille.

En même temps, la joue s'affaissa complètement cette fois; la pointe du nez se redressa, les mouvements du globe oculaire et des paupières redevinrent beaucoup plus faciles : bref, la malade était devenue méconnaissable en quelques minutes, sans la moindre opération.

Quand toute la matière jaunâtre parut expulsée, on fit renouveler les efforts d'expiration à la malade en lui fermant les narines; il fut aisé de voir alors que l'air s'engouffrait largement des fosses nasales sous les parties molles de la partie interne de la joue, détachées et flottantes, et qu'il les soulevait et les étalait, comme le faisait auparavant la matière évacuée. Celle-ci paraissait donc s'être accumulée non pas dans le sinus, mais entre les os et la face profonde des parties molles, dans une cavité, dans une sorte de kyste en communication avec les fosses nasales. Cette substance n'a malheureusement été soumise ni à l'analyse chimique, ni à l'examen microscopique. Elle était jaune, comme du mastic, onctueuse, très-semblable au contenu de certaines tonnes et paraissait renfermer beaucoup de graisse. Il a été impossible d'en extraire depuis la moindre parcelle; la poche qui la contenait fut entièrement vidée dès le premier jour.

M. Maisonneuve diagnostiqua un kyste butireux de l'os maxillaire; séance tenante, il fit, avec une seringue introduite par la fistule inférieure, plusieurs injections d'eau tiède pour laver l'intérieur de la poche. Il annonça une guérison prochaine qu'il activerait au besoin par des injections d'eau alcoolisée ou de teinture d'iode. Ces injections d'eau simple, ou lavages, furent renouvelés les jours suivants, soir et matin. On les suspendit au bout de quelques jours, le 23 décembre, à cause d'une légère douleur dans l'oreille droite, avec un peu d'écoulement, dont se plaignit la malade. Sa physionomie était redevenue presque naturelle; les personnes qui vinrent la voir deux jours après son entrée à la Pitié, ne pouvaient croire à une amélioration si prompte et si complète. Plus de douleur de tête; plus d'enchifrènement; la narine droite reste libre et sécrète désormais un mucus normal; la malade a repris toutes les apparences d'une santé parfaite.

Jusqu'au 1er janvier 1855, époque à laquelle j'ai cessé de la voir, elle n'avait pas subi d'autre traitement que les lavages indiqués plus haut. A ce moment, malgré l'amélioration énorme de la physionomie, les deux moitiés de la figure n'étaient pas encore parfaitement semblables. Tout le grand angle de l'œil et la partie latérale droite du nez sont encore légèrement gonflés; les os sous-jacents de cette région paraissent comme épaissis au doigt qui les explore; il semble que l'unguis et les parties osseuses voisines soient détruites, que là l'orbite communique directement avec les fosses nasales. Le bord interne et antérieur de l'apophyse montante paraît également détruit partiellement en bas, ou du moins détaché du cartilage de l'aile droite du nez. Si, en effet, on introduit une sonde de femme ou mieux un stylet par la narine, on fait arriver très-aisément et saillir sous la peau de cette région le bec de l'instrument. Le décollement est moindre cependant; quand on fait souffler la malade, l'air ne soulève plus autant la partie interne de la joue; en même temps la fistule inférieure manifeste une grande tendance à se rétrécir et à s'oblitérer; la fistule supérieure ou lacrymale persiste au contraire sans changement.

Dans une leçon clinique faite au sujet de cette jeune fille, M. Maisonneuve a rapproché ce fait de ces kystes particuliers du sinus maxillaire qui ont été décrits par M. Giraldès dans les mémoires de la société de chirurgie (1853). Il a rappelé également deux cas analogues, dont il a été témoin, le premier est relatif à une tumeur polypiforme des fosses nasales, prise pour une tumeur encéphaloïde, et devant l'extirpation de laquelle plusieurs chirurgiens avaient reculé. M. Robert, assisté de M. Maisonneuve, entreprit l'opération, mais en essayant d'extraire la tumeur par arrachement, celle-ci se creva tout d'un coup, et laissa échapper une quantité énorme d'une matière butireuse tout à fait analogue à celle de cette jeune fille.

Le deuxième fait a été observé par M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin. Il s'agissait d'un enfant affligé d'une tumeur considérable de la partie supérieure des fosses nasales, avec exophthalmie et à laquelle M. Velpeau avait refusé de toucher. M. Maisonneuve se décida à faire l'opération et ne fut pas peu surpris de tomber sur un kyste butireux, développé cette fois, ou dans le sinus frontal ou dans les cellules éthmoïdales. L'enfant guérit très-bien.

Ici, quelle est au juste la nature de la matière butireuse qui distendait la peau, et surtout dans quel organe s'est-elle primitivement développée? Est-ce en dehors des fosses nasales? Est-ce dans leur intérieur comme dans les cas précédents? Ce sont là des questions très-importantes qu'il faudrait résoudre pour éclaircir l'histoire de ces tumeurs rares, peu connues et qui ne sont décrites nulle part. Voilà pourquoi j'ai cru devoir publier cette observation. Pour la compléter, je dois dire que j'ai revu la malade le 11 janvier 1855, jour où elle est sortie de la Pitié. Sa guérison paraît définitive; le léger gonflement de la partie interne et supérieure de la joue persiste encore, mais les parties molles paraissent recollées sur les os. La fistule inférieure ou nasale est fermée par une cicatrice déprimée, adhérente. La fistule lacrymale persiste

dans le même état. La jeune fille a encore des larmoiements, mais plus de maux de tête; elle a pris un notable embonpoint depuis un mois.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA PHOTOPHOBIE PAR LA TEINTURE D'IODE.

Voici une application de l'iode à laquelle M. Boinet lui-même n'aura peut-être pas songé :

La photophobie, dit M. Van Holsbeek, est une lésion essentiellement nerveuse. Ce qui le prouve d'une manière irrécusable, c'est que les malades non-seulement se dérobent à l'action de la lumière, mais exercent encore une certaine pression sur toute la région orbitaire; une contraction spasmodique des paupières accompagne ordinairement, constamment même, la photophobie, et ce blépharo-spasme tient à un sentiment instinctif qui nous porte à empêcher la pénétration de la lumière dans l'œil.

A l'opium, la belladone, la jusquiame, le camphre, l'auteur ajoute encore ce remède, infaillible selon lui, la teinture d'iode à l'extérieur. Pour cela il suffit d'imprégner de teinture d'iode un pinceau à miniature, et de le passer sur les régions orbiculaires et sourcillières des yeux atteints de photophobie. Cette opération se renouvelle une ou deux fois dans la journée; cependant presque toujours une seule peinture suffit.

(*Journal de médecine de Bruxelles.*)

NOTE SUR L'EFFICACITÉ D'UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE, PAR LE DOCTEUR LEVRAT-PERROTTON, ANCIEN MÉDECIN TITULAIRE DE L'HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE DE LYON, ETC.

Depuis plus de quarante ans que je fais de la médecine pratique, j'ai mis à contribution, tour à tour, toutes les recettes empiriques ou rationnelles, vantées dans le traitement de la gonorrhée, et, après cette longue période d'essais, j'ai enfin trouvé une formule à laquelle je me suis exclusivement arrêté parce qu'elle me réussit au moins dix fois sur douze.

Fidèle aux habitudes de toute ma vie et dans l'espoir d'être utile à mes semblables, je me fais un devoir de donner de la publicité à cette nouvelle médication d'une des variétés de la syphilis qui, soit dit en passant, se présente très-fréquemment dans nos cabinets et qui bien souvent est désespérante par sa durée, et, partant ennuyeuse autant pour le malade que pour le médecin appelé à la traiter.

Je n'irai pas fouiller de nouveau dans les auteurs anciens ou modernes tout ce qui a été dit sur la blennorrhagie depuis son apparition en Europe jusqu'à nos jours, envisagée sous le point de vue de son étiologie et de sa thérapeutique. Un travail pareil ne peut entrer dans le cadre d'une simple note; il m'entraînerait trop loin. Je me réserve d'y revenir plus tard, si Dieu m'en donne le temps et la force, dans un ouvrage que je compte publier sur la syphilis, et qui sera un recueil de faits pratiques sur cette maladie, si bizarre dans ses accidents consécutifs, par la variété des lésions morbides qui plus d'une fois en ont imposé à des hommes de l'art très-habiles. Si ce travail n'ajoute pas grand chose à la syphiliographie, il prouvera du moins mon amour pour ses progrès.

Aujourd'hui je me bornerai donc à soumettre à l'appréciation de mes confrères les quelques formules qui forment maintenant la base presque définitive de mon traitement de la gonorrhée :

1° Prendre trois bols le matin et autant le soir de ceux ci-après (ou bien encore deux le matin, deux à midi et deux le soir).

Copahu.	16 grammes.
Extrait alcoolique de cubèbe.	8 —
Camphre.	12 décigr.
Poudre de Cubèbe.	Q. S.

F. S. L. — 48 bols. Les rouler dans la magnésie afin d'empêcher leur agglomération. Ces bols peuvent être administrés à toutes les périodes de la maladie, même à l'état le plus aigu. Le malade ne change rien à son régime de vie habituel, seulement il convient qu'il boive peu pendant ce traitement. Quelquefois, au bout de deux ou trois jours, les douleurs, qui étaient excessives pendant l'émission de l'urine, cessent presque entièrement; il est bien rare qu'elles dépassent le huitième jour, et, dans la plupart des cas, l'écoulement a disparu complétement; et, si la blennorrhagie s'est présentée sans complication, la guérison ne se fait pas attendre plus de quinze jours.

Lorsque la gonorrhée se montre avec d'autres symptômes syphilitiques tels que : chancres ou bubons, je fais entrer dans la composition de mes bols 16 ou 24 et même 32 centigrammes, suivant l'indication et l'idiosyncrasie du malade, de protoiodure de mercure, de telle façon que le malade prendra ainsi chaque jour, 2, 3 ou 4 centigrammes de ce sel mercuriel; puis je fais boire par-dessus chaque prise de bols une verrée de tisane de salsepareille et de réglisse. Si ce sont des chancres qui se sont développés dans le cours de la blennorrhagie, je les fais panser avec une dissolution de 5 centigrammes d'azotate d'argent par gramme d'eau distillée d'abord, et, si ce topique échoue, je le remplace par le cérat mercuriel ou l'onguent napolitain. Dans les cas où des ganglions lymphatiques de l'aine se mettent de la partie, s'engorgent et deviennent douloureux, je les attaque par des frictions pratiquées quatre ou cinq fois par jour avec la pommade d'albano, composée de 44 grammes d'axonge lavée et 4 grammes de deutophosphate de mercure à laquelle j'associe, depuis quelque temps, et avec avantage, 2 grammes de phellandrine. Depuis que j'emploie ces frictions, je ne vois plus dans ma pratique de ces bubons énormes de l'aine qui soulèvent souvent une grande étendue des téguments de cette région. Lorsque je n'ai pu les résoudre complétement, je n'ai le plus ordinairement qu'une fort petite tumeur à ouvrir et qui guérit assez rapidement; c'est presque toujours avec le caustique de Vienne que je pratique cette opération, de manière à faire une escarre très-exiguë que je fends avec la pointe d'une lancette; de cette manière on n'a pas le désagrément de voir les lèvres de la plaie se recoller comme cela arrive quelquefois lorsqu'on a ouvert ces abcès avec une lancette ou un bistouri.

Aussitôt que la blennorrhagie a cessé de couler, j'abandonne les bols et poursuis le traitement spécifique de la vérole jusqu'à l'extinction de tous les symptômes qui s'étaient montrés dans le cours de la gonorrhée. Dans quelques cas, rares à la vérité, j'ai vu la blennorrhagie et ces mêmes symptômes s'évanouir simultanément.

Le traitement de la blennorrhagie est secondé par l'injection suivante, faite trois ou quatre fois par jour. Et, si parfois quelques malades refusent de s'y soumettre, et ne veulent prendre que les bols, ils guérissent également très-bien, mais moins promptement :

Eau distillée de roses.	250 grammes.
Sulfate de zinc	1 —
Laudanum liquide de Syd.	80 gouttes.
Extrait de saturne.	60 —

Mêlez.

Si des érections pénibles et douloureuses pendant la nuit fatiguent trop le malade, je lui prescris, à prendre au moment de se coucher, 4 pilules composées avec 75 centigrammes de lupuline, 3 centigrammes d'extrait gommeux d'opium et 5 centigrammes de camphre et un lavement d'eau presque froide s'il y a constipation.

Si contre mon attente, des symptômes inflammatoires, par trop intenses, se manifestaient sous l'influence de cette médication, chose que j'ai vue toutefois très-rarement survenir, il conviendrait alors de les combattre par l'emploi des boissons émollientes, la saignée du bras si le sujet est pléthorique, les sangsues au périnée, les injections mucilagineuses laudanisées, les bains domestiques et locaux, et, dans les cas où cet état se compliquerait d'orchite, faire sur les bourses des applications froides fréquemment renouvelées avec une compresse, pliée à plusieurs doubles, et imbibée du mélange suivant :

Eau de Goulard très-saturée	250 grammes.
Laudanum liquide de Syd.	30 —

Mêlez.

Ces applications faites au début de l'orchite calment toujours promptement les douleurs excessives auxquelles ce fâcheux accident de la blennorrhagie donne lieu. Puis lorsque ces douleurs ont à peu près disparu, je fais recouvrir le testicule malade d'un emplâtre de vigocum mercurio qui le ramène à son état normal; telle est en quelques mots la marche que j'ai suivie depuis plusieurs années dans le traitement de la blennorrhagie exempte de toute complication, et à laquelle je dois de nombreuses guérisons; mais si cette médication échoue et que la maladie traîne en longueur, il est prudent, alors, ainsi que je l'ai déjà dit, de s'adresser aux modificateurs spécifiques de la syphilis et appropriés aux symptômes si variés de cette maladie dont le point de départ a bien souvent été un chancre dans le canal de l'urètre, dont le diagnostic n'a pas démontré l'existence en temps opportun.

Un des grands avantages du traitement que je viens de faire connaître, est de pouvoir être fait clandestinement, attendu que le malade n'est pas obligé de suivre un régime particulier, surtout lorsqu'on a affaire à une simple gonorrhée.

Quand le moment viendra, ainsi que je l'ai dit plus haut, où je pourrai traiter cette importante question dans tous ses détails, je ferai ressortir aussi l'inutilité, sinon les inconvénients qu'il y a de faire boire

abondamment les malades atteints de blennorrhagie; les médecins qui donnent cette prescription oublient que les boissons rendant le volume des urines plus considérable, la fréquence de leur passage à travers le canal de l'urètre, devient un surcroît d'irritation, et, ici on doit se rappeler cette loi générale admise en pathologie, que le repos d'un organe malade est une des premières conditions du traitement auquel on l'a soumis.

Enfin, je termine en affirmant que pas un de mes malades traités d'après ma méthode ne m'a présenté de ces rétrécissements de l'urètre si fâcheux et qui réclament souvent des opérations qui n'ont pas toujours été sans danger pour les malades sur lesquels on les a pratiquées.

Je n'ai parlé que de la blennorrhagie chez l'homme. Cette maladie chez la femme a ordinairement son siége dans le vagin; mais il arrive néanmoins quelquefois que la muqueuse de l'urètre est simultanément prise. Lorsque la chose se passe ainsi, des douleurs assez vives en urinant se font sentir. Si au contraire le vagin seul est atteint, ce qui a lieu dans le plus grand nombre des cas, ces douleurs sont nulles ou peu intenses; c'est malheureusement à cause de l'absence de ces douleurs que cette affection, le plus souvent négligée et mal traitée chez la femme, passe à l'état chronique et devient l'origine d'une foule d'accidents : tels que ces hypersarcoses de l'utérus si rares dans nos campagnes et si communes dans nos grandes villes, auxquelles succombent tant de femmes, souvent aussi malheureusement après avoir donné le jour à des enfants chétifs et qui bientôt après leur naissance, présentent des stigmates de l'inconduite des auteurs de leurs jours.

Hors le cas d'urétrite, le copahu ainsi que tous les térébenthinés et le cubèbe lui-même n'ont pas ou presque pas de prise sur la gonorrhée chez la femme. Les boissons adoucissantes émulsionnées et nitrées, les injections émollientes laudanisées, ces dernières rendues progressivement astringentes par l'addition de l'extrait de saturne, du zinc, du tannin, de l'alun, etc., sont d'abord indiquées; si ces premiers moyens échouaient on aurait encore recours à une dissolution d'azotate d'argent à la dose de 25 à 50 centigrammes sur un litre d'eau administrée en injections ou bien portée à travers un spéculum, au fond du vagin, au moyen d'une petite éponge retenue par un fil.

Enfin si, sous l'influence de cette médication énergique et variée, la blennorrhagie ne guérissait pas et que des symptômes de la vérole se manifestassent, la conduite du médecin serait ici la même que chez l'homme, c'est-à-dire qu'il aurait alors recours aux spécifiques de cette maladie tels que les mercuriaux, l'iodure de potassium, suivant le degré de la maladie et la nature de ces symptômes. Il est des cas qui, rebelles aux médications hydrargyriques et iodurées, ont cédé ensuite à l'emploi de l'oxide d'or précipité par la potasse, à la dose de 3 à 5 centigrammes par jour, en frictions sur la langue. C'est surtout dans quelques cas d'hypersarcose de l'utérus, que feu J.-A. Chrestien (de Montpellier), a obtenu d'admirables succès de l'emploi de ce dernier médicament, peut être trop délaissé par les praticiens de nos jours.

Pour mon compte, j'avoue lui devoir quelques guérisons de syphilis constitutionnelles, devant lesquelles étaient venus échouer les mercuriaux, l'iodure de potassium et tous les dépuratifs possibles. Lorsque ces cas exceptionnels se présentent dans ma pratique, j'associe à l'usage de l'oxide d'or une décoction concentrée de racine d'astragale (*astragalus exscapus*) à la dose d'un litre par jour, décoction à laquelle j'accorde depuis longtemps une confiance très-grande, parce que je lui ai attribué des propriétés supérieures à celle de la salsepareille dans les affections chroniqnes de la vérole.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS L'INTOXICATION SATURNINE.

M. Malherbe s'est convaincu, par des expériences récentes, que l'élimination du plomb qui se fait naturellement par les voies urinaires, dans l'intoxication saturnine, probablement sous l'influence des chlorures alcalins contenus dans nos humeurs, comme l'indique la théorie de M. Mialhe, devient beaucoup plus active sous l'influence de l'iodure de potassium, en même temps que celle des phosphates qui retiennent la plus grande partie du plomb éliminé; l'iodure de potassium entraîne aussi le plomb par la sécrétion salivaire.

Voici, du reste, d'après M. Malherbe, comment, dans l'état actuel de nos connaissances, on pourrait poser les règles du traitement rationnel des maladies saturnines, en rangeant les agents thérapeutiques selon leur importance, et non dans l'ordre où ils doivent être administrés, ordre qui doit varier selon les cas particuliers : 1° éliminer le plomb contenu dans l'économie, au moyen de l'iodure de potassium administré méthodiquement et à des doses moyennes d'un gramme ou au-dessous, aussi longtemps que l'urine et la salive donnent les réactions du plomb; 2° nettoyer la surface cutanée au moyen des bains sulfureux et savonneux et les surfaces muqueuses par l'usage intérieur des préparations de soufre et par les purgatifs (ces derniers moyens, en provoquant d'abondantes évacuations bilieuses, éliminent, sans doute, une partie du plomb contenu dans le foie, mais ils ne peuvent atteindre celui qui est combiné avec le tissu des autres organes); 3° calmer l'hypéresthésie, et en général tous les symptômes nerveux (épilepsie, délire, convulsions, coma) par les narcotiques, et particulièrement par la belladone, qui, outre les propriétés sédatives, possède une action cathartique qui dispense quelquefois de l'emploi des purgatifs; 4° combattre les paralysies au moyen de l'électricité et de la strychnine.

(*Journ. de Soc. de la méd. de la Loire-Inf.*).

TRAITEMENT DE LA MENTAGRE.

Que cette affection soit aiguë ou chronique, deux indications se présentent; calmer l'irritation, ensuite employer un résolutif.

M. Richard, de Soissons, remplit la première indication en faisant laver, cinq ou six fois par jour, la partie malade avec une décoction tiède de cerfeuil et de feuilles de laurier cerise. On fait tomber les croûtes en les enduisant, le soir, avec de la crême fraîche ou le cérat simple. Après trois ou quatre jours, la première indication étant remplie, l'auteur fait lotionner cinq ou six fois le jour ces mêmes parties avec une éponge fine imbibée de la solution ci-après en recommandant de ne point les essuyer.

℞ Sulfate de zinc.	16	grammes.
— cuivre.	5	»
Eau distillée.	500	»
Dissolvez, filtrez et ajoutez :		
Eau distillée de laurier-cerise. .	15	»

En même temps, dans le but d'activer la perspiration cutanée, le malade boit tous les matins, avant déjeûner, deux grands verres d'eau, à la distance d'une heure; il fait des promenades le matin à jeun, fait tous les soirs des frictions sèches sur tout le corps. Bains alcalins, régime sobre non excitant, plus végétal qu'animal.

Afin d'éviter les récidives, M. Richard conseille de laisser pousser la barbe au moins trois ou quatre mois après la guérison, ou de la couper, non avec le rasoir, mais avec des ciseaux courbes.

(*Revue de thér. méd. chir.*)

DE LA POSITION A DONNER A LA FEMME PENDANT L'ACCOUCHEMENT, par M. HUBERT.

Nous ne reproduirons pas les raisons longuement déduites sur lesquelles l'auteur fait reposer les conseils qu'il donne sur la position qui convient le mieux dans certains cas d'accouchements. Ces conseils peuvent se résumer en peu de mots :

1° *Version.* Si pour arriver aux pieds, la main doit suivre la paroi postérieure de l'utérus, la femme doit être couchée sur le dos.

S'il faut longer la paroi antérieure ou latérale de l'utérus, une fois la main introduite dans sa cavité, la patiente doit être couchée sur le côté qui correspond aux pieds.

2° *Extraction.* Dans les présentations pelviennes, même les plus favorables, dès que le siége arrive au périnée, il faut placer la femme en travers de son lit.

Si la face est en avant et tarde à se dégager, il faut placer la femme sur le côté qui correspond à la face et au besoin la mettre sur les genoux et les coudes.

3° *Délivrance artificielle.* Le décubitus dorsal convient le plus souvent et suffit dans la majorité des cas. Il se peut cependant que le placenta étant inséré en avant ou de côté, le décollement en devienne plus facile en inclinant la femme sur l'un de ses flancs.

4° *Forceps.* La position sur le dos est préférable à toute autre pour l'application de l'instrument. Mais pour exercer des tractions suivant l'axe du détroit supérieur, on peut recourir, au besoin, à la position sur les genoux et les coudes, soit au décubitus latéral.

(*Annales médic. de la Flandre occid.* et *Gazette méd. de Paris.*)

DU TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ, par le professeur E. RICHTER.

Dans le commencement de l'incarnation de l'ongle, et même dans les cas anciens, avec excroissances charnues, M. Richter a recours au procédé suivant :

Il coupe aussi loin que possible le bord libre de l'ongle (qui est ordinairement celui du gros orteil), de manière qu'il soit concave en avant au lieu d'être convexe, et que les angles latéraux forment deux cornes qu'on ne doit pas enlever, comme on a l'habitude de le faire. De cette manière l'ongle ne peut pas devenir de plus en plus bombé, et ses bords ne tendent plus à l'emporter davantage dans les parties molles, ce qui ne manque jamais d'avoir lieu lorsqu'on enlève ces angles.

Après cela on ratisse l'ongle au moyen d'un morceau de verre dans le sens longitudinal et dans le tiers moyen de toute sa longueur, jusqu'à ce que son épaisseur ne soit plus que celle d'une carte à jouer et qu'il soit flexible dans sa partie moyenne.

L'effet de ce simple procédé peut être facilement saisi : en appuyant sur le sol, le doigt de pied s'aplatit et les angles de l'ongle n'éprouvant plus de résistance dans la partie moyenne de celui-ci, se portent en haut et se dégagent des chairs. Le soulagement du malade est instantané. Il convient aussi de conseiller une large chaussure.

(*Idem.*)

Académie impériale de Médecine.

Séance du 16 janvier 1855.

Présidence de M. Jobert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Mellez, médecin à Raon-l'Étape (Vosges);

2° Série de rapports sur le choléra, par plusieurs médecins et élèves envoyés en mission dans le département de la Haute-Saône ;

3° *Id.*, par M. Baudin père, médecin des épid. de l'arrondissement de Clermont (Oise);

4° *Id.*, par M. le docteur Niobey, médecin à Aubepierre (Haute-Marne);

5° *Id.*, par M. Boussaky, médecin de l'hôpital du Pirée, à Athènes;

6° Observations pratiques sur l'emploi du valérianate de zinc dans le choléra, par M. le docteur Ourgaud;

7° Pommade contre les maux d'yeux;

8° Divers autres remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

— M. le professeur Heyfelder, d'Erlangen, adresse une note sur le mouvement du choléra dans le royaume de Bavière.

M. Vacher de la Grave, chirurgien auxiliaire de la marine, adresse quelques remarques sur le choléra.

Emplâtres de zinc.

M. Ernest Barruel adresse un mémoire sur la substitution d'un emplâtre de savon de zinc aux emplâtres de plomb.

Cancer.

M. Leroy (d'Étiolles) donne quelques indications sur les points de l'histoire du cancer, qu'il a pu élucider à l'aide d'une immense statistique portant sur près de 3,000 cas de cancer.

Vaccine.

Envoi de deux états de vaccination.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

(*M. Robert* lit un rapport sur l'eau de Brocchieri dont les conclusions sont, que cette eau n'est pas plus efficace que toutès les eaux hémostatiques dont on se sert journellement, telles que celles de M. Deschamps, de M. Bouchardat, de Pagliari, de Tisserand, etc.)

M. Gerdy : Il y a sept ou huit ans que M. Brocchieri vint me demander avec instance d'expérimenter son eau hémostatique sur des animaux. Je ne me souciais nullement de faire ces expériences, mais poursuivi et obsédé par M. Brocchieri, je consentis enfin à faire avec lui à l'École pratique les expériences qu'il me demandait. Il arriva donc un jour avec deux magnifiques moutons qui devaient servir à la démonstration. Quant tout fut préparé, M. Brocchieri insista pour que je pratiquasse moi-même les opérations que je jugerais à propos pour l'essai de son topique. Je m'y refusai, disant que je m'en remettais complétement à lui et que je voulais seulement être témoin des expériences qu'il m'avait proposées. Il insista de nouveau et voulut enfin que les expériences fussent faites par un prosecteur : je refusai de nouveau cette proposition, le priant de faire lui-même tout ce qu'il jugerait propre à me convaincre. Il chercha donc péniblement à découvrir une artère carotide, et, comme il n'y parvenait pas, il fallut qu'un aide vînt à son secours. Cependant il coupa l'artère comme il l'entendit : mais à mesure qu'il versait son eau dans la plaie, le sang n'en coulait que de plus belle, jusqu'à ce qu'enfin le pauvre animal mourut d'hémorragie. M. Brocchieri ne manqua pas d'accuser les aides, mais comme j'avais exigé qu'il opérât lui-même à sa guise, je ne pus accepter ses raisons et je me convainquis que son topique était parfaitement impuissant à arrêter les hémorragies des artères. Comme il lui restait encore un très-beau mouton, je lui donnai le conseil de l'économiser, et nous nous séparâmes, la séance ayant été aussi démonstrative que possible. Voilà ce que j'avais à dire pour justifier les conclusions de M. Robert.

M. Londe : Je suis parfaitement de l'avis de la Commission et de M. Gerdy. Je demanderais seulement que M. le rapporteur, au lieu de terminer ses conclusions en disant que l'eau de Brocchieri n'est pas meilleure que celle de Messieurs tel et tel, dît seulement que cette eau n'a rien qui mérite de la faire préférer à toutes les eaux astringentes on hémostatiques journellement usitées et parfaitement connues. On éviterait ainsi les récriminations qui ne manqueraient pas de s'élever contre la décision de l'Académie. On ne manquerait pas de dire en effet, qu'il n'est pas étonnant que l'Académie rejette ce remède, puisqu'elle a à préconiser ceux de Monsieur un tel ou de Monsieur un tel qui sont ou de ses membres ou de ses privilégiés.

M. Robert fait remarquer que d'après les termes de son rapport, de pareilles récriminations ne seraient pas acceptables. Beaucoup de membres expriment à la fois le vœu de voir la modification proposée par M. Loude acceptée, et les conclusions modifiées dans ce sens.

M. Larrey : Je ferai remarquer à l'Académie que la proposition faite à sa majesté l'Empereur par M. Brocchieri avait pour but un moyen capable de rendre service à nos blessés de l'armée d'Orient. Eh bien! plus d'un officier de santé de l'armée s'est déjà occupé activement et avec succès, je dois le dire, de cette même question des agents hémostatiques et mon très-distingué collègue, M. Raoul Deslongchamps entre autre, a fait tout récemment une très-heureuse application du perchlorure de fer à la répression des hémorragies. Je demanderais donc, puisque le cabinet de sa Majesté nous consulte sur un moyen qu'on prétend capable de rendre service à notre armée d'Orient, qu'on signalât dans le rapport les moyens nombreux et efficaces que les officiers de santé de l'armée ont appliqués avec succès depuis longtemps daus les mêmes cas.

M. le Président fait observer à M. Larrey que la Commission n'a pas eu à s'occuper le moins du monde de la question des hémostatiques, mais seulement d'une réponse à faire sur l'eau de Brocchieri.

M. Bégin : Je crois que l'Académie doit tout simplement formuler son opinion sur le médicament qui lui est proposé. Jamais, d'ailleurs, le conseil de santé de l'armée n'a accepté de pareils remèdes. Il est donc inutile d'en faire l'objet ou l'occasion d'aucune recommandation spéciale.

M. le Président : Conformément au vœu exprimé par l'Académie, les conclusions du rapport sont adoptées avec la légère rectification demandée par M. Loude.

M. Robert lit un second rapport sur un remède proposé par M. Hartogs à sa Majesté, à l'usage des soldats de l'armée d'Orient, pour guérir les engelures et les *membres gelés.* Les conclusions de ce rapport sont, que les lésions occasionnées par le froid différant, par leur étendue, par leur intensité et par leur durée, ne sauraient être traitées par un moyen unique et que, par conséquent le remède proposé ne mérite pas d'être préféré aux moyens mis communément en usage contre ces lésions.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

La parole est à M. Velpeau.

M. Velpeau : Il me semble que mardi dernier nous en étions à un nouvel examen des faits que j'avais invoqués en faveur de mes propositions, et qui avaient été réfutés par M. Robert, et en particulier à l'examen des faits concernant les tumeurs où l'on avait trouvé la cellule en second lieu : c'est-à-dire dans lesquelles n'en ayant pas trouvé une première fois, on en avait rencontré plus tard dans des tumeurs en récidive. J'avais dit que dans certains cas de tumeurs cancéreuses, ou du moins regardées comme telles d'après leurs caractères cliniques, on n'avait d'abord pas trouvé de cellules, et que plus tard on en avait trouvé dans des tumeurs par récidive. Les preuves que j'avais invoquées à l'appui de cette proposition avaient été contestées, et j'ai dû chercher à rétablir les faits dans toute leur exactitude.

Si ces Messieurs de la micrographie voulaient bien ne pas aller trop vite et modérer leur empressement à conclure, je crois qu'ils pourraient eux-mêmes tirer parti de ces faits, car ils m'ont toujours paru dignes d'être étudiés : ils offrent un grand intérêt, quelque opinion qu'on se fasse de la question. Il me semble que ces Messieurs, avant de les nier, feraient bien mieux de les examiner. Car enfin, c'est à eux que je le demanderai, est-ce qu'il serait extraordinaire que cette cellule, quand même on la considérerait comme spécifique, est-ce qu'il serait extraordinaire, dis-je, que cette cellule n'existât pas dès le début de la maladie? qu'elle commençât par faire défaut dans une tumeur pour y apparaître plus tard, à une autre époque de son évolution? Toutes les tumeurs cancéreuses et autres ont dans leur marche et dans

leur évolution certaines phases diverses qui font que dans chacune d'elles on trouve à diverses époques des phénomènes différents. Aucune d'elles ne présente à son début les caractères de sa période ultime.

Si cette question était mieux étudiée, si les faits que j'avance étaient soumis à un examen sérieux de la part des micrographes, je comprendrais à merveille que certaines tumeurs peuvent bien ne pas présenter de cellules à leur début et en offrir plus tard au contraire. Je ne serais pas étonné, par exemple, si dans les tumeurs des lèvres commençantes on venait à ne pas constater la présence des cellules. Un pareil fait, loin de me surprendre, me satisferait beaucoup au contraire, parce qu'il m'expliquerait comment il se fait que parmi ces tumeurs l'opération en guérit un plus grand nombre que parmi celles de la langue et d'ailleurs, attendu que ces petites tumeurs de la lèvre sont celles qu'on se décide le plus vite à faire enlever. Les tumeurs du sein, des membres, du testicule, etc., ont le temps de se développer et même de vieillir avant qu'on se décide à les enlever ; mais celles de la lèvre sont très-souvent livrées au couteau très-peu de temps après leur apparition. Remarquez bien que c'est là une pure hypothèse, et que je ne prétends pas le moins du monde qu'il en soit ainsi ; mais c'est un point à étudier et qui mérite toute l'attention des micrographes. En tout cas, il leur serait toujours bien plus profitable de s'exercer à des recherches de ce genre que de contester et de nier les faits les plus avérés qui ne cadrent pas avec la manière de voir que leurs premières observations leur ont suggérée. Quant à moi, je ne trouve pas du tout impossible qu'une même tumeur étant donnée à deux périodes de son évolution, cette tumeur soit dépourvue de cellules à une époque et qu'elle en contienne à une autre.

Il ne faut donc pas épiloguer sur les faits que j'ai cités, il ne faut pas les récuser. J'en aurais pu rapporter un grand nombre ; mais j'ai mieux aimé commencer par en rappeler deux qui ont été parfaitement constatés par M. Lebert, et dans lesquels, après avoir constaté une première fois l'absence des cellules, on les a trouvées à une autre époque.

Il y a encore à côté de ce point un autre fait non moins intéressant que j'ai déjà indiqué et dont Messieurs les micrographes ont eu le tort de ne pas tenir plus de compte : c'est que des tumeurs qui contiennent des cellules peuvent bien, quand on les examine plus tard, n'en plus renfermer du tout. Ainsi une tumeur est enlevée et présente des cellules à l'examen microscopique. La maladie récidive, et, quand on fait une seconde opération, on n'en trouve plus une seule dans ces tumeurs secondaires. Cela me paraît à moi un sujet d'étude fort intéressant. Évidemment la lumière manque encore à ces faits singuliers, et ils me paraissent dignes de toute l'attention des jeunes observateurs.

J'ai rapporté plusieurs cas de ce genre : et parmi ces faits il en est un que j'avais donné comme très-remarquable. Il n'a pas paru l'être autant aux yeux de ces Messieurs : c'est pourquoi je me permettrai d'y revenir en peu de mots. C'est le fait de cette femme qui portait au côté gauche de la poitrine une tumeur d'un aspect douteux, et qui plus tard a présenté de l'autre côté une tumeur assez nettement caractérisée au contraire, et chez laquelle on a trouvé au microscope des cellules cancéreuses du côté douteux, tandis qu'on n'en a pas trouvé au contraire dans la tumeur de l'autre côté, bien qu'elle m'eût paru être évidemment du cancer. Je me disais : voilà une malade qui porte à gauche une tumeur d'un aspect singulier et dont la clinique ne rend pas bien compte, mais qui doit être du cancer, puisque le microscope en a trouvé les éléments ordinaires; mais d'un autre côté cette même malade porte évidemment à droite un cancer, d'après tous les signes cliniques dont elle est accompagnée, et cependant c'est justement dans cette même tumeur si bien caractérisée du côté droit que le microscope ne trouve pas les éléments cancéreux. Cette même malade porte en même temps dans le foie cinq ou six noyaux reconnus pour être du cancer par M. Robin : mais je n'avais pas besoin de cela pour affirmer que la tumeur du côté droit était du cancer, tant elle en avait la physionomie extérieure. Que conclure de là? sinon qu'il peut exister des tumeurs cancéreuses avec des cellules, et, plus tard, chez le même malade, d'autres tumeurs encore cancéreuses, mais manquant cette fois de cellules. On a constaté ce fait, et M. Robert lui-même, je ne sais pourquoi, a voulu le révoquer en doute. Je n'ai d'ailleurs pas été surpris de l'entendre apporter à cette tribune cette singulière fin de non-recevoir, car déjà je l'avais trouvée dans un journal. M. Robert est donc venu dire ici que la manière dont j'avais raconté ce fait à l'Académie différait tellement du récit imprimé dans mon livre, qu'il avait douté pour un instant que ce fût le même. J'avoue qu'un pareil langage m'a étonné de la part de notre confrère ; mais je prierai instamment M. Robert de me dire en quoi ma version de l'Académie diffère de ce que j'ai imprimé dans mon livre. M. Robert veut-il donc bien me signaler ces différences ?

M. Robert : Je n'ai pas dit que je ne savais pas si le fait que vous avez raconté ici était le même que celui qui se trouve dans votre ouvrage. J'ai dit seulement que les deux récits présentent des différences notables.

M. Velpeau : Veuillez donc me dire quelles sont ces différences.

M. Robert : La première différence, c'est que, dans la discussion, M. Velpeau a dit que, pour faire examiner la texture de la tumeur du sein gauche, il avait pris un des tubercules élevés sur la peau et qu'il l'avait envoyé aux micrographes, lesquels n'y avaient pas trouvé de cellules : ceci n'est pas dans le livre. En second lieu, il est dit dans le livre que cette malade est morte de pleurésie : dans l'édition de l'Académie, il est dit que la malade a succombé avec des cancers dans le foie. Ne sont-ce pas là des différences qui méritent des explications?

M. Velpeau : M. Robert n'a sans doute pas vu que l'observation dont il s'agit n'a pas été recueillie par moi, mais en partie par mon interne, M. Labbé, et en partie par M. Duménil, interne de l'hôpital Saint-Louis. J'ai d'ailleurs déclaré qu'aucune de mes observations n'était rédigée par moi-même, mais bien par mes internes. Et puis, quand même je n'aurais pas rapporté ici textuellement ce qui est imprimé dans mon livre, qu'est-ce que cela prouve? Pouvais-je avoir la prétention de reproduire textuellement une observation qui n'a pas moins de trois pages? Je l'ai seulement passée succinctement en revue, et je crois que cela est bien suffisant. Pour ce qui est du genre de mort de cette malade, j'ai dit qu'elle était morte avec du cancer dans le foie...

M. Robert : Vous avez dit dans votre livre qu'elle était morte de pleurésie.

M. Velpeau : Voici en deux mots l'histoire de cette malade : elle entre à l'hôpital de la Charité avec un cercle de petites tumeurs violacées, livides, occupant toute la surface du sein gauche. Cela, sans doute, permettait de penser à du cancer, mais c'était bien loin d'être évident. J'ai donc voulu qu'on prît quelques-unes des fongosités d'apparence érectile dont la tumeur était hérissée afin de les faire examiner, bien que je n'eusse aucune intention d'opérer cette malade. Une fois sortie de mon service, cette femme rentre à Saint-Louis où elle meurt de pleurésie, je le veux bien. Mais qu'est-ce que cela fait à la question qui nous occupe? il s'agit du cancer. La malade présente à l'autopsie des tumeurs dans le foie : ces tumeurs examinées par M. Robin contenaient des cellules, ne puis-je pas dire qu'elle est morte avec du cancer dans le foie? Et puis M. Robin trouve des cellules dans la plaque développée sur le sein gauche, c'est-à-dire là où la maladie avait débuté ; au contraire, il ne trouve pas de cellules du côté droit, là où se trouvaient réunis tous les signes cliniques du cancer le plus évident. Dès-lors, je dus me dire : voilà qui est bien singulier ; cette femme est morte avec des tumeurs cancéreuses dans le foie, la tumeur qui a paru la première est également cancéreuse, et celle du sein gauche, que tous les symptômes font d'ailleurs ressembler à du cancer n'en serait pas ! Il n'y avait dès-lors qu'une ressource : c'était d'admettre que certains cancers peuvent exister sans cellules, et que la tumeur du sein droit de ma malade était bien du cancer, malgré le résultat négatif de l'examen microscopique. Car enfin, Messieurs, je veux vous en rendre juges vous-mêmes; voici la description de la tumeur telle que je l'ai imprimée : « Le sein gauche avait acquis rapi- « dement, au début de la maladie, un volume considérable; le sein « droit se rétracta, au contraire, de prime-abord, au centre. Le mame- « lon et son auréole commencèrent à se déprimer, en même temps « qu'il devenait plus dur. Peu à peu l'induration et la rétraction s'é- « tendirent du centre à la circonférence; aujourd'hui le mal a envahi « non-seulement la totalité de la mamelle, mais encore les tissus qui « l'entourent dans une zône de plusieurs centimètres, suivant toutefois « une ligne très-régulière. Les téguments, le tissu cellulaire sous- cu- « tané, la glande, le tissu cellulaire profond, forment une seule masse « complètement immobile, intimement accolée à la paroi thoracique. « La peau est terne, sèche, comme flétrie, revenue sur elle-même, « d'une dureté presque ligneuse. Le mamelon est comme perdu au « centre de la tumeur. La pression n'éveille pas de douleurs; il n'y a « pas non plus de douleurs spontanées, pas de glandes oxillaires. » Et ce n'est pas là du cancer ! Chez une femme qui en a déjà un à gauche? je laisse à qui le veut la responsabilité d'une pareille appréciation. moi, je maintiens que jamais cancer ne fut plus évident que celui-là, et qu'il n'y a pas moyen de le contester. Au reste, si vous voulez raisonner, je le veux bien ; mais je vous assure que vos raisonnements sur de pareils sujets ne pourront pas mener le microscope bien loin.

Maintenant M. Robert m'impute d'avoir déclaré que chez cette malade, la tumeur primitive, celle du côté gauche, n'était pas cancéreuse ; je n'ai jamais dit cela : J'ai dit que son aspect était douteux, et que je ne pouvais pas me prononcer. D'ailleurs, j'ai perdu de vue cette maladie, et si j'ai pu en recueillir l'histoire, ç'a été grâce à l'obligeance

de M. Duménil, qui était alors interne à Saint-Louis, et qui a bien voulu continuer l'observation commencée par M. Labbé dans mon service. Tout ici est donc parfaitement authentique : aucun détail ne peut avoir été modifié pour les besoins de la cause. Quant aux détails d'anatomie pathologique, ils sont de la main de M. Robin lui-même : voici encore la note qu'il m'a remise en personne. Il n'y a donc pas moyen, je le répète, de contester ces faits-là. Il faut les accepter, les étudier, et chercher à en profiter, bien plutôt qu'à les récuser. Ils sont singuliers, je le sais bien; ils attestent des choses que nous ne comprenons pas : c'est évident. Il y a là un phénomène d'évolution que nous ignorons encore, et qu'il appartient peut-être au microscope d'éclaircir un jour. Dans tous les cas, il faut en tenir compte, bien qu'il ne cadre pas avec votre manière de voir.

Nous pouvons passer maintenant à ce cas où une première tumeur étant venue qui ne renfermait pas de cellules, une seconde lui succède qui en contient. Bien que les faits de cette espèce n'aient pas encore été signalés, ils n'en existent pas moins; et plus on ira, plus on en fera connaître, car ils existent bien positivement. En voici un, par exemple, qui nous vient d'Allemagne. Il appartient à Langenbeck; il se trouve dans *la Clinique allemande* : c'est un cas de cystosarcome (hypertrophie mammaire des Allemands). La femme qui portait cette tumeur fut opérée et guérie. Quelques mois plus tard, d'autres tumeurs apparurent ailleurs, et la malade succomba avec une multitude de tumeurs dans les viscères, lesquelles contenaient une masse de cellules cancéreuses. C'est évidemment là un fait d'une tumeur qui d'abord ne contenait pas de cellules et qui, ayant récidivé plus tard, en renfermait bien évidemment.

Vous ne pouvez donc pas encore nier ce second ordre de faits, pas plus que vous ne pouvez nier le premier. De même que des tumeurs sans cellules peuvent se développer à la suite des tumeurs à cellules, comme dans le fait de ma malade ; de même aussi qu'une tumeur sans cellules peut être remplacée, lors de la récidive, par une tumeur à cellules, comme cela est arrivé dans ce fait de Langenbeck.

Ainsi donc, il faut accepter ces faits-là et non pas les contester. Il faut les étudier et chercher à les expliquer, bien que cela soit plus difficile qu'une dénégation pure et simple. Pour mon compte, est-ce que j'ai à cela le moindre intérêt? Qu'est-ce que cela me fait à moi qu'il y ait des cellules ou non dans telle ou telle tumeur? Quand on me donne des preuves, je les accepte, si elles me paraissent valables; mais quand on m'apporte des explications qui sont contredites par la clinique, je les rejette. Je dis alors : Examinez davantage, cherchez d'autres preuves, s'il y en a; quand vous les aurez trouvées, nous les apprécierons.

Une autre difficulté maintenant est celle qui est relative aux tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, que ces messieurs veulent mettre en dehors de la classe des cancers. C'est là, j'ose le dire, une grande difficulté; mais cette difficulté, avec un peu de bonne volonté, nous parviendrons, j'espère, à la surmonter. Ces messieurs ont déjà fait plus d'un pas; ils se sont avancés passablement vers la conciliation, et j'ai tout lieu de croire que moyennant quelques petites concessions encore, qu'ils ne sont pas éloignés de faire, nous parviendrons finalement à nous entendre. Ainsi, à l'origine, ces tumeurs épithétiales et fibro-plastiques étaient toutes bénignes. Quelques-uns aujourd'hui s'en défendent et réclament vivement, en disant que jamais ils n'ont tenu ce langage. Soit, mais s'ils n'ont jamais considéré ces tumeurs comme bénignes, pourquoi donc les ont-ils séparées de ce qu'ils appellent les cancers? Pourquoi en ont-ils fait des groupes à part? Que voulait donc dire cette classification nouvelle, sinon que parmi les tumeurs réputées cancéreuses, les unes repullulent et les autres ne repullulent pas? Évidemment, en disant aujourd'hui que leur classification ne tend pas à séparer les tumeurs bénignes das tumeurs malignes, ils sortent du principe qu'ils avaient primitivement admis; ils usent d'une échappatoire qui peut être commode, mais qui n'est pas acceptable. Ils auraient bien mieux fait de sortir tout de suite et franchement de la situation équivoque dans laquelle les a jetés une théorie trop vite acceptée. D'abord ils ont vu que manifestement la récidive sur place est fréquente : ils ont dit alors que l'opération n'avait pas été bien faite, que des parties de la tumeur étaient restées dans la plaie.

Plus tard ils ont vu que la reproduction se ferait aussi dans les ganglions lymphatiques : il a bien fallu encore accepter cela. Ils en sont arrivés maintenant à nier la généralisation, et pour cela comment raisonnent-ils? le voici : M. Velpeau, disent-ils, est arrivé à réunir péniblement quatre ou cinq observations : et il n'en a certainement pas davantage, car il les aurait bien fait connaître. Aujourd'hui, Messieurs, ce n'est pas quatre ou cinq faits que je puis citer; j'en ai réuni onze, et si je me mettais à la recherche, il ne manquerait pas de m'en arriver bien d'autres encore. Non : au lieu de contester encore ces faits là, Messieurs les micrographes auraient bien mieux fait de les peser et d'en faire leur profit. J'en ai trouvé d'abord dans M. Chomel, de Bordeaux. En voici d'autres de M. Begnoli, de Florence. J'en ai là avec les détails les plus complets de ces observations de tumeurs épithétiales qui ont récidivé et qui ont fini par amener la mort avec une infection générale de l'économie. En voici dans Forster : voici, par exemple, l'histoire d'une malade qui, ayant eu une première tumeur de ce genre à la face, en eut une autre dans l'humérus, puis d'autres dans l'ovaire, dans le péritoine, etc. Chez un autre, c'est un cancroïde du rectum qui meurt avec des tumeurs semblables dans les reins. J'en trouve encore dans M. Alquié, de Montpellier. En un mot, je ne sais pas où je ne trouverais pas d'exemples pareils pour démontrer la généralisation des tumeurs épithéliales.

Pour le fibro-plastique, c'est encore la même chose. Bien que ces messieurs aient commencé par nier l'infection par les tumeurs fibro-plastiques, tous les jours on voit ces faits-là se multiplier. On m'accuse de prétendre que ces tumeurs ne guérissent pas par l'opération : il est vrai qu'au commencement de cette discussion je n'ai cité que des cas de récidive, et la raison en est bien simple; il ne s'agissait alors que de la repullulation; je n'avais pas besoin de parler d'autre chose; mais je suis le premier à reconnaître que souvent l'opération guérit ces tumeurs et c'est pourquoi je les classe au nombre des cancers que je considère comme moins malins, puisque j'ai déjà dit que parmi les cancers j'avais toujours cherché à établir des catégories basées sur le degré de malignité. Mais à côté de ces faits heureux il est impossible de ne pas reconnaître aussi que dans bon nombre de cas la reproduction arrive, puis l'infection générale et la mort absolument comme dans le cancer le mieux conditionné.

Messieurs les micrographes doivent encore avoir présent à la mémoire le fait si remarquable cité par M. Cruveilhier à je ne sais trop quelle société savante, à la société anatomique, je pense. Il s'agissait d'un jeune homme qui portait à la jambe une tumeur qui fut enlevée et reconnue pour être de nature fibro-plastique : et plus tard ce même malade en présentait de semblables à la tête, au cou, partout menaçant de succomber par le fait de cette généralisation de la maladie.

Voilà pour les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques; mais ce n'est sur ce point seulement que messieurs les micrographes refusent le nom de cancer à des tumeurs qui en sont pourtant évidemment.

Tout récemment encore, à ce qu'il paraît, une tumeur est examinée par eux et ils prononcent que c'est du bénin, que c'est de l'hypertrophie mammaire toute simple. Cette tumeur ne contient pas de cellules : bien évidemment elle ne récidivera pas si on l'enlève : la chose est sûre. La tumeur est enlevée, et personne ne doute de la guérison. Ici c'est M. Robin qui a prononcé; et, en général, il se prête avec beaucoup de complaisance à ces sortes d'examens; jamais il ne se fait tirer l'oreille pour donner sa note sur les tumeurs qu'on lui présente. Qu'arrive-t-il donc pour la malade en question? Sa tumeur ne tarde pas à se reproduire, et non-seulement sur place, mais encore au cou et ailleurs. Ce fait n'est pas de moi je le tiens de M. Bayle, le bibliothécaire de la Faculté.

S'il était possible d'aller puiser dans la pratique de chaque chirurgien ces faits se multiplieraient encore bien davantage. Et, ici, ce n'est pas du fibro-plastique ni de l'épithélial qu'il est question : c'est de la simple hypertrophie mammaire. C'est bien autre chose, comme je l'ai dit, pour l'épithélial et le fibro-plastique qui repullulent à la façon des véritables cancers.

Pourtant la question tend à réclamer tous les jours de plus en plus. On commence à m'accorder à présent que le fibro-plastique peut repulluler sur place, à distance, dans les ganglions superficiels et même profonds, et que même dans certains cas il peut aller jusqu'à se généraliser. Vous voyez que tous les jours on fait un pas de plus pour se rapprocher.

Il reste cependant encore une grande difficulté : elle est relative à l'épithélial. Ces messieurs ne veulent pas que cette production qui, une fois formée, s'étend, s'accroît et envahit jusqu'à entraîner la mort de l'individu, que cette production maligne au premier chef soit du cancer. Il y aurait encore à faire ce petit pas là pour que nous puissions faire enfin la paix, pour que nous puissions tous nous retrouver dans le giron de la clinique. Et les choses alors n'en iraient que mieux. Voulez-vous que nous appelions les cancers des cancers vrais, des cancers épithéliaux et des cancers fibro-plastique? Pour mon compte je n'y tiens pas, je ne demande pas mieux. Je suis le premier à admettre un effet que parmi les cancers il y a des nuances : et ces nuances j'ai toujours cherché à les faire connaître.

Voici maintenant une autre affaire à éclaircir. M. Robert parle de la malignité, et je suis tout surpris de la singulière interprétation qu'il nous donne de ce mot sur lequel je croyais pourtant que nous avions le bonheur de nous entendre. C'est que cette question de la malignité sert de base à la définition même du cancer, et qu'en reniant notre dé-

finition du cancer on se croit obligé de rejeter aussi ce caractère de la malignité, qui est pourtant aussi clairement établi qu'il est possible. Car enfin, qu'est-ce que c'est qu'une tumeur maligne, si non une tumeur qui, une fois née, se développe et envahit incessamment jusqu'à entraîner fatalement la mort de l'individu qui la porte? et quelles tumeurs autres que le cancer présentent ce caractère?

M. Robert est venu dire que la malignité n'appartient pas aux seules tumeurs hétéromorphes, que certaines productions homœomorphes sont plus malignes que certaines hétéromorphes, que dans tous les cas le fait de la malignité est une chose relative, et qu'il y a des squirrhes qui sont très-bénins relativement aux encéphaloïdes. D'après cette manière d'entendre la malignité, M. Robert aurait pu ajouter qu'il y a tels encéphaloïdes qui sont très-bénins relativement à d'autres encéphaloïdes. Continuant la même idée, il a dit encore qu'il y a des tumeurs non cancéreuses qui sont plus malignes que certains cancers, que parmi les tumeurs adénoïdes, par exemple, on en trouve qui sont plus malignes que de véritables cancers.

J'avais déjà vu ce raisonnement auparavant dans les journaux. Je l'avais trouvé dans la bouche d'un jeune champion qui prend à ce débat une part fort distinguée dans la presse, et qui discute en général avec beaucoup d'esprit : j'étais donc déjà au courant de cela avant que M. Robert ne s'en fût rendu l'interprète au sein de l'Académie. Ces messieurs ont donné à la malignité un sens général qui se rapproche de celui de gravité : et c'est ainsi qu'ils ont cru pouvoir dire, par exemple, qu'une loupe qui s'enflamme et suppure peut très-bien amener la mort et être, par conséquent, très-maligne.

Je ne sais si c'est de bonne foi qu'ils ont fait ce raisonnement. Mais est-ce qu'il a jamais été question d'entendre la chose dans ce sens-là? Est-ce que le cancer est malin parce qu'il fait mourir quand il est gros et ulcéré? et ne peut-on pas dire qu'un cancer, gros comme un noyau de cerise, est tout aussi malin qu'un encéphaloïde gros comme ma tête? Ce qui fait qu'un cancer est malin, ce n'est pas parce qu'il menace actuellement les jours d'un malade, mais bien parce qu'il se développera et se multipliera fatalement jusqu'à ce qu'enfin il ait entraîné la mort. C'est l'essence même de la tumeur qui en fait la malignité, et non pas tel ou tel accident possible de son évolution : elle est maligne par elle-même et non pas par les diverses complications qui peuvent se présenter dans les phases de son développement.

Telle est évidemment la seule manière d'entendre la vérité : et je dis qu'il n'y a que le cancer qui soit dans ce cas.

On a cité les tumeurs érectiles, les tumeurs hématiques et d'autres encore. Mais il est manifeste que ces tumeurs-là ne sont pas essentiellement malignes à leur origine. Sans doute elles peuvent entraîner tôt ou tard la mort des malades; mais est-il possible, à leur origine, de pronostiquer que certainement elles se développeront jusqu'au point d'entraîner forcément la mort des individus? Non : tout le monde sait qu'un bon nombre guérissent toutes seules, et que d'autres se maintiennent jusqu'à la mort sans entraîner jamais le moindre accident. Je le répète : il n'y a que les tumeurs de nature cancéreuse qui, dès leur origine, petites comme grosses, présentent constamment ce caractère de malignité, et dont la conséquence inévitable est la mort.

Maintenant il y a parmi les cancers des degrés différents de malignité; mais cela n'empêche nullement que la malignité soit le propre du cancer.

J'ajouterai que ce caractère de la malignité s'applique également au cancer à cellules, à l'épithélial et au fibro-plastique. Toutes ces tumeurs également sont malignes dès leur origine. Qu'on les prenne lorsqu'elles sont larges comme un centime ou lorsqu'elles ont envahi et détruit tout un organe, toujours on leur trouve également ce caractère de malignité; c'est-à-dire que si on ne les enlève elles finiront par entraîner fatalement la mort. Vous aurez beau faire, les unes comme les autres, en dehors du fer ou du feu, tueront, d'une façon assurée, l'individu qui les porte : heureux encore si leurs victimes échappent à cette fatale extrémité quand vous les aurez enlevées.

C'est là le caractère essentiel du cancer : c'est aussi le caractère essentiel du tissu fibro-plastique et de l'épithélial. Les uns comme les autres tuent fatalement en dehors des opérations de la chirurgie, la plupart tuent même encore malgré l'intervention du chirurgien : et de plus ils sont les seuls qui jouissent de cet affreux privilége de la malignité entendue dans ce sens, c'est-à-dire dans le sens où tout le monde l'a toujours entendue.

La malignité attribuée à autre chose qu'à l'hétéromorphisme est détournée de son véritable sens; car ce n'est pas une chose nouvelle que l'hétéromorphisme. Lorsqu'il a été introduit par Laënnec sous le nom d'*hétérologue*, c'est principalement au point de vue de la malignité qu'il a été donné : et par productions *hétérologues* c'est précisément le cancer que Laënnec entendait. Il y a, dit-il, des tumeurs *hétérologues* et des tumeurs *analogues* : les premières sont des cancers, et les secondes n'en sont pas. Cette distinction anatomique est fort bonne, mais c'était aller trop vite et trop loin que de dire : tout ce qui n'est pas hétérologue n'est pas du cancer. Quoiqu'il en soit nos modernes micrographes ont encore fait ce petit pas de plus de reconnaître que les tumeurs hétéromorphes ne sont pas les seules malignes. L'un d'eux avouait tout récemment, dans le journal, que l'homœomorphisme et l'hétéromorphisme sont de mauvaises choses, qu'ils posent entre les micrographes et les cliniciens une barrière d'autant plus fâcheuse qu'elle ne repose sur rien de juste.

Ils en sont aussi venus jusqu'à dire que le fibro-plastique et l'épithélial ne sont pas du tout homœomorphes, mais bien hétéromorphes. Eh bien ! si les productions épithéliales et fibro-plastiques sont hétéromorphes, pourquoi donc ne pas les ranger parmi les cancers? pourquoi ne pas faire une même classe de ces trois genres de tumeurs, qui, d'ailleurs, ont la même évolution, le même caractère de malignité, etc.? Allons donc! encore un pas, et nous finirons par nous donner la main, cliniciens et micrographes.

Ces dissidences nous ont menés bien loin : elles ont mené les micrographes à calomnier la clinique. Quand ils se sont imaginé avoir trouvé leur élément spécifique, ils ont dit : Voilà enfin la lumière faite, il faut maintenant rejeter toutes ces vieilleries des anciennes classifications, il faut mettre de l'ordre au milieu de ce cahos. La classification antique n'expliquait rien, il faut la renverser. Quel cahos, en effet, ont-ils dit, que cette classification qui met ensemble des tumeurs dures et des tumeurs molles, qui rapproche les unes des autres, des tumeurs blanches et des tumeurs rouges! C'était à merveille; mais voyons donc un peu qu'est-ce qu'a fait à la place de cela, le microscope avec cette lumière si vive, qu'elle menaçait d'embraser le monde pour ainsi dire.

Voyons un peu : j'enlève dans une même semaine une kéloïde, tumeur dure, cornée, indolente, qui jamais ne s'ulcère et jamais ne fait mourir personne. Qu'est-ce que c'est cela ? c'est du fibro-plastique me répond le microscope. J'enlève ensuite un ganglion lymphatique engorgé, tumeur essentiellement benigne assurément. Qu'est-ce que c'est? du fibro-plastique. J'opère un enchondrome ramolli : encore du fibro-plastique. J'opère au jarret une tumeur molle, de consistance gommeuse : c'était une masse qui ressemblait à une de ces concrétions fibrineuses qu'il n'est pas rare de trouver dans le cœur de certains cadavres. Qu'était-ce que cela? du fibro-plastique. Je prends de ces fongosités si communes autour des articulations malades. Toujours du fibro-plastique. Je leur demande enfin qu'est-ce que c'est que cette couche dure, ligneuse qui occupe la base de certains chancres vénériens? encore et toujours du fibro-plastique. Voyez cependant, Messieurs, comme tout cela se ressemble : parmi ces tumeurs, il y en a de molles et il y en a de dures; il y en a de passagères et il y en a de persistantes; il y en a qui ne se reproduisent jamais et il y en a qui récidivent au contraire avec la plus persévérante opiniâtreté. Mais, c'est le microscope qui l'a dit, tout cela forme un groupe excessivement naturel. Auparavant, nous étions dans le cahos : voici comment nous profitons maintenant de la lumière.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Beaucoup de personnes donnent à l'un de nos plus chers et surtout plus distingués collaborateurs le mérite d'avoir composé les couplets publiés dans notre avant-dernier numéro. Nous devons, pour lui comme pour tous les autres collaborateurs du *Moniteur*, décliner l'honneur de ce mérite, et c'en est véritablement un. Nous ignorons absolument le nom de l'auteur de ces couplets, que nous serions du reste fort heureux de connaître. Si cette faveur ne nous est pas réservée, nous le prions de vouloir bien agréer tous nos remercîments pour la délicate attention et toutes nos excuses pour la nécessité où nous nous sommes trouvé de gâter quelques-uns de ses vers.

— Dans sa dernière séance, la commission municipale de Paris a accepté la donation faite à l'Hôtel-Dieu par M. Devin, de Graville, d'une somme de 10,000 francs, à la charge par l'administration de pourvoir à l'entretien de la sépulture du donataire.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 10. 3me ANNÉE. Mardi 23 Janvier 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Séance de l'Académie de Médecine.

DISCUSSION DU CANCER.

13e et dernière Séance.

Après avoir entièrement rempli treize séances, — après avoir fait couler à flots l'éloquence des orateurs et l'encre des journalistes, suscité vingt-deux discours en règles, plusieurs allocutions moins étendues, et d'innombrables articles, — après avoir ému les uns, passionné les autres, intéressé tout le monde, et fixé pendant quatre mois entiers, sur l'Académie de médecine, l'attention de l'Europe scientifique, — la discussion du cancer vient enfin de se terminer. Il en était temps, du reste, car depuis quelques séances déjà tous les arguments, de part et d'autre, étaient épuisés.

Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, les principaux champions sont restés fidèles jusqu'à la fin au drapeau qu'ils avaient d'abord défendu. Nous n'en excepterons pas même M. Delafond, dont la défection n'a été que passagère, et qui a tenu à effacer le souvenir de ses premières hésitations. Un de nos confrères de la presse s'écriait l'autre jour en constatant, comme nous, ce résultat : A quoi bon de si longs débats, puisque chacun gardera son avis ? C'était perdre de vue le rôle et le but des discussions académiques. Ces grands tournois scientifiques ne sont nullement destinés à modifier les opinions de ceux qui y prennent part. Leur utilité est plus générale et plus élevée. Ils servent à constater, à un moment donné, l'état de la science sur certaines questions difficiles, ils vulgarisent les résultats des travaux contemporains, et mettent le public, qui juge les coups, en mesure de se faire une opinion sur des sujets abandonnés jusqu'alors aux recherches d'un petit nombre d'éclaireurs. Ils provoquent de nouvelles études, excitent le courage des travailleurs, raniment le zèle des indifférents. Enfin, ils restent dans l'histoire comme de précieux jalons qui marquent les étapes successives du progrès, — c'est-à-dire qu'ils sont utiles à la fois dans le présent et dans l'avenir.

Honneur donc à l'Académie qui vient de se couvrir d'une nouvelle gloire en prêtant sa tribune à cette éclatante discussion ! Honneur aux orateurs éminents qui ont soutenu avec tant de talent et de persévérance une lutte aussi difficile ! Quelle que soit la destinée des doctrines modernes, qu'elles soient appelées à résister à l'épreuve du temps, ou à s'effeuiller peu à peu comme celles qui les ont précédées ; que le cancroïde s'appelle désormais tumeur épithéliale ou cancer épithélial, on peut dire dès maintenant qu'un immense progrès est accompli. Le microscope n'est plus l'instrument des curieux, c'est l'instrument des savants. Il a reçu son baptême académique. Les cellules et les noyaux ont acquis droit de domicile, dans la science officielle, au même titre que les fibres et les membranes. C'est toute une révolution !

Mais n'oublions pas que nous avons pris la plume pour rendre compte de la treizième et dernière séance, ou ce qui revient au même, du quatrième et dernier discours de M. Velpeau, qui l'a remplie tout entière. S'il fallait discuter en détail toutes les propositions, toutes les assertions, et toutes les appréciations du célèbre professeur, notre tâche serait bien longue. Heureusement que nous avons déjà eu l'occasion de nous expliquer à plusieurs reprises sur les faits et les arguments que l'orateur a cru devoir reproduire aujourd'hui pour la troisième fois.

Nous distinguerons dans ce discours la forme et le fond. La forme, tantôt grave, tantôt légère, quelquefois amère, souvent railleuse, presque toujours personnelle, assaisonnée de plaisanteries qui ont fait rire plusieurs personnes, et ornée de citations littéraires empruntées, nous aimons à le croire, à des éditions incorrectes ; la forme, disons-nous, pourrait fournir matière à d'amples commentaires. Mais le respect que nous inspire un homme à qui la science doit tant de travaux utiles, nous fait un devoir de négliger ce facile jeu.

Le fond du discours se compose de deux parties, la défense et l'attaque. La première ne nous arrêtera pas longtemps. M. Robert avait discuté la valeur de plusieurs faits invoqués par M. Velpeau. Celui-ci a voulu réhabiliter ses observations contestées, s'il l'a fait avec quelque vivacité : il nous semble toutefois qu'il n'a pas détruit toutes les objections qui lui avaient été présentées.

Après avoir donné, sur les faits en litige, des explications plus ou moins satisfaisantes, M. Velpeau, passant de la défense à l'attaque, a dirigé le feu de ses batteries sur la doctrine de la spécificité des cellules.

Toute cette argumentation que l'Académie a entendue aujourd'hui pour la troisième fois repose, comme on sait, sur des considérations empruntées à la clinique. Quant aux caractères microscopiques qui distinguent, suivant nous, la cellule cancéreuse des autres éléments normaux ou pathologiques, M. Velpeau n'a point dit ce qu'il en pensait. « Je n'ai pas besoin d'y revenir, a-t-il dit en commençant ; le discours que vous venez d'entendre m'en dispense. M. Delafond a traité cette question anatomique beaucoup mieux que je n'aurais pu le faire moi-même. Il a suffisamment prouvé que la cellule cancéreuse n'est pas spécifique sous le rapport anatomique ; je vais vous montrer maintenant par trois arguments sans réplique qu'elle ne l'est pas davantage sous le point de vue clinique. »

En procédant ainsi, M. Velpeau a commencé par supposer démontré ce qui était en question ; il a donné en quelque sorte son discours comme la continuation de celui de M. Delafond ; en un mot, il a accepté la solidarité des raisonnements de son collègue. Nous ne nous attendions guère à cette alliance, après avoir entendu M. Velpeau dire dans son discours précédent que la théorie cellulaire *n'était pas sérieuse*. Or, M. Delafond n'a fait que donner une nouvelle édition revue et augmentée de cette théorie *qui n'est pas sérieuse*. C'est en s'appuyant sur elle, et sur elle seulement, qu'il a été conduit, d'une manière très-logique, à proclamer l'unité de la cellule pathologique. Comment se fait-il donc que M. Velpeau accepte comme sérieuses les conséquences directes d'une théorie qu'il ne trouve pas sérieuse? Il y a ici une contradiction que nous nous expliquons difficilement.

M. Velpeau a prononcé à l'Académie quatre discours qui ont duré au moins six heures, et que nous avons écoutés avec une scrupuleuse attention. Nous avons lu son livre avec soin d'un bout à l'autre et à plusieurs reprises. Enfin, nous avons eu avec lui quelques conversations particulières. — Après tout cela, nous serions fort embarrassé de répondre si on nous disait : « M. Velpeau admet-il, oui ou non, qu'il y ait quelque différence entre les éléments cancéreux, épithéliaux et fibro-plastiques? » D'une part, en effet, il proclame dans son livre qu'il y a entre ces éléments des différences *notables et faciles à saisir*. D'autre part, il se déclare satisfait des conclusions de M. Delafond ; il les adopte et les étaye de trois arguments tirés de la clinique. — Ici il dit : « Je diagnostique infailliblement les cancroïdes et je prédis toujours à l'avance ce que le microscope y trouvera. » — Ailleurs il ajoute : « Pourquoi défaire l'ancienne classification? A cause de votre cellule? Mais elle n'est nullement spécifique, votre cellule? » Aujourd'hui le pour, demain le contre. Est-ce prudence, est-ce incertitude? Est-ce l'une et l'autre à la fois?

On voit tout de suite ce que cette situation a d'avantageux pour celui qui a su la prendre. Supposons qu'un jour la spécificité anatomique des cellules vienne à triompher définitivement M. Velpeau pourra s'écrier : « Je l'avais bien dit! Dès 1854, j'ai imprimé dans mon livre qu'il y avait, entre les diverses cellules, des différences notables et faciles à saisir. J'ai même relu à dessein cette phrase à l'Académie.» — Supposons, au contraire, que la doctrine unitaire soit appelée à recevoir l'assentiment général, M. Velpeau pourra dire encore, avec une égale satisfaction : « Je l'avais bien prévu ! Le bulletin de l'Académie en fait foi, puisqu'on y lit cette phrase adressée aux microscopes de ce temps-là : « Elle n'est nullement spécifique, votre cellule! » Ainsi, quoi qu'il advienne, le navire de M. Velpeau se trouve à l'abri des orages. Bien peu de pilotes ont l'art de trouver un port aussi sûr.

M. Velpeau ayant cru pouvoir, pour la question de la spécificité anatomique, s'en rapporter à M. Delafond, et celui-ci ayant, dans son discours du 28 novembre, indiqué, décrit et démontré les différences matérielles qui existent entre les diverses variétés de cellules, nous nous sentons de plus en plus affermis dans cette idée qu'il y a un élément épithélial, un élément fibroplastique et un element cancéreux.

Reste la question de spécificité clinique. Le lecteur connait depuis longtemps les trois arguments de M. Velpeau. Ils peuvent se résumer ainsi : 1° la cellule cancéreuse manque dans certaines tumeurs qui sont pourtant des cancers; 2° elle existe dans certaines tumeurs qui ne sont cependant pas cancéreuses; 3° elle peut se montrer ultérieurement dans certaines tumeurs où elle manquait d'abord.

Déjà, plus d'une fois, nous avons eu l'occasion de nous expliquer sur ces trois arguments, dont les deux premières ne nous arrêteront pas longtemps ici.

La cellule, suivant M. Velpeau, existe dans des tumeurs qu'il juge n'être pas cancéreuses, et manque, au contraire, dans des tumeurs qu'il considère comme des cancers. Mais sur quoi base-t-il le jugement qui le conduit à cette double affirmation? Avant de se prononcer ainsi, il faudrait trouver, en dehors des caractères anatomiques, une définition rigoureuse de ce qui est et de ce qui n'est pas un cancer. Et le puis-je, dit M. Velpeau? Ne sait-on pas qu'il y a des choses qui se comprennent très-bien et qui ne se définissent pas? Par exemple, je connais parfaitement M. Robert, et je ne pourrais pas le définir. — Cette réponse évasive est simplement étrangère à la question. On ne peut pas définir les *individus*, mais on doit définir les *espèces*. Or, y a-t-il en histoire naturelle une seule espèce animale ou végétale qu'on ne puisse définir? Il n'y en a pas une seule, et, lorsqu'on veut établir, en nosographie, une classification scientifique, on doit commencer par préciser les caractères spéciaux propres à chacun des groupes qu'on admet.

Notons en passant qu'en citant des observations à l'appui de ses deux premiers arguments, M. Velpeau a paru faire de la récidive une sorte de pierre de touche du cancer. — Telle tumeur ne renfermait pas de cellules et pourtant elle a récidivé ; elle était donc cancéreuse. — Telle autre renfermait des cellules et pourtant elle n'était pas cancéreuse, puisque les malades n'ont eu aucune récidive. Ces deux idées de cancer et de récidive semblent donc parfaitement connexes dans l'esprit de l'orateur. Et cependant, sur 50 malades que M. Velpeau a pu guérir après les avoir opérées de tumeurs qu'il a considérées comme cancéreuses, il y en a eu 20 qui n'ont pas eu de récidive. Ainsi, d'une part, M. Velpeau s'efforce de prouver que le caractère de la récidive n'a aucune valeur, et, d'une autre part, il se sert de ce caractère pour prouver que le microscope est incapable de reconnaître le cancer. Nous ne faisons que signaler cette contradiction.

Reste le troisième argument. Il est beaucoup plus grave que les deux autres puisqu'il semble mettre le microscope en contradiction avec lui-même. Aussi nous proposons-nous de le discuter jusque dans ses moindres détails. Ce sera l'objet de notre dernier article.

Paul Broca.

Du tubercule comparé à quelques autres produits pathologiques,

Par M. le docteur Mandl.

(Lu à l'Académie de médecine le 26 décembre 1854.)

Nous publions aujourd'hui l'analyse complète que nous avons promise du travail de M. Mandl. Ayant mis jusqu'à présent sous les yeux de nos lecteurs tous les éléments de la grande discussion qui s'agite devant l'Académie, nous n'avons pas voulu que les opinions de M. Mandl fussent exposées incomplétement dans le *Moniteur*. Quoique les points qui sont en question devant l'Académie n'aient été traités que très-accessoirement dans le mémoire de M. Mandl. Mais ce que nous voulons avant tout, c'est que nos lecteurs puissent choisir d'après leur propre appréciation, entre les opinions de la rédaction et celles des auteurs dont nous reproduisons scrupuleusement tous les arguments.

H. de C.

M. Mandl se prononce, dès le début de son mémoire, contre l'existence d'un élément particulier, spécifique, qui caractériserait toujours et partout la maladie cancéreuse, comme l'acarus caractérise la gale, comme les champignons caractérisent le favus. Tout au contraire, il n'a vu dans les produits de la diathèse cancéreuse que des modifications du tissu normal, diverses, suivant la nature du tissu atteint par la maladie. Dans le mémoire

présenté à l'Académie, il examine la même question des éléments spécifiques, dans son application au tubercule. Pouvons-nous admettre pour le tubercule l'existence d'un élément spécifique, qui, toujours et partout, caractérise ce produit pathologique et qui doive le faire distinguer d'autres lésions anatomiques? Ce n'est pas l'opinion de l'auteur, ainsi que nous allons le voir. L'auteur rappelle d'abord ce que l'on entend sous le nom de corpuscules tuberculeux et l'influence qu'exerce, suivant lui, la préparation sur la production de ces éléments.

« C est une condition absolue dans l'examen histologique des tissus que la transparence parfaite des éléments soumis à l'observation microscopique. Aussi tous les micrographes en plaçant un tissu sous le microscope, prennent-ils la précaution de l'étaler en couches suffisamment minces pour que la lumière puisse traverser les éléments les plus déliés. Il s'en suit que lorsque le tissu est cohérent, on est obligé de le diviser, de le déchiqueter en fragments d'une grande ténuité, à l'aide d'instruments piquants ou tranchants. Alors il est arrivé que ces fragments, résultats accidentels de la préparation, ont été pris avec leur forme irrégulière, accidentelle, pour ainsi dire arbitraire, pour les éléments normaux, constants du tissu. Nous n'avons guère besoin d'ajouter que l'erreur relevée n'est nullement une illusion d'optique, inhérente au microscope, mais purement une erreur d'interprétation, due à l'observateur. Appliquons maintenant ces principes d'observation aux recherches sur le tubercule.

« Lorsqu'on examine sous le microscope du tubercule cru, on aperçoit une masse amorphe, solide, cohérente et finement moléculaire qui ne jouit point d'une transparence parfaite et qui est parsemée de granules graisseux excessivement petits (0,001 millim. et plus) et irrégulièrement dispersés. Cette substance tient emprisonnés les éléments normaux du tissu : elle les pénètre même et les prive de leur transparence naturelle. Quelques-uns de ces éléments sont détachés et avec eux se rencontrent des parcelles, des fragments de la substance amorphe, produits par la préparation. Leur forme est tantôt arrondie, tantôt anguleuse, mais toujours inconstante, fort irrégulière, ne se rattachant à aucun type déterminé. Leur diamètre surtout est très-variable. On en trouve qui n'ont que 0,005 millim., d'autres mesurent plusieurs centièmes de millim.; d'autres enfin ont l'aspect de véritables lambeaux irréguliers. Ce sont ces particules qui ont été désignées par certains micrographes sous le nom de corpuscules spécifiques du tubercule, dénomination qui a été plus particulièrement réservée aux plus petits de ces fragments, à ceux dont le diamètre varie entre 0,005 et 0,007 millim.

« Lorsque la substance amorphe qui constitue le tubercule se ramollit, comme je l'ai exposé ailleurs avec tous les détails nécessaires (*Arch. gén. de méd.* 1854), en subissant la dégénérescence graisseuse, le moindre écrasement la partage en parcelles et fragments identiques à ceux que produisent l'action d'aiguilles dans le tubercule cru. De même nous voyons des minéraux, qui tombent en efflorescence, présenter à l'observateur une poussière composée de parcelles analogues, quant à la forme, à celles que l'on obtient en grattant le minéral, non décomposé, à l'aide d'une pointe. Ces parcelles ne sont pas plus les éléments cristalisés du minéral, que les prétendus corpuscules ne sont les éléments organisés du tubercule. »

Telle est l'opinion de M. Mandl sur l'origine et le mode de développement des éléments microscopiques, désignés sous le nom de *corpuscules tuberculeux*. Mais, à côté de cette question histogénésique, s'en présente une autre histologique, bien plus importante, à savoir : les prétendus corpuscules tuberculeux sont-ils caractéristiques, sont-ils spécifiques? Pour l'auteur, ces éléments caractéristiques, spécifiques n'existent point; des produits pathologiques, autres que le tubercule, offrent ces mêmes parcelles, et, dès lors, il conteste l'existence du corpuscule tuberculeux caractéristique. « Sans doute, dit-il, ces parcelles, on peut les appeler corpuscules, puisque ce nom convient à tous les éléments d'une certaine forme, qu'ils soient organisés ou non, et que l'on parle aussi bien des corpuscules de la poussière que de ceux du sang. Mais si des corpuscules identiques se rencontrent aussi bien dans le tubercule que dans d'autres tissus, il n'est plus permis de dire : le corpuscule tuberculeux, parce qu'alors ces éléments cessent de caractériser le tubercule. » A l'appui de son opinion, l'auteur expose les résultats fournis par l'examen des produits pathologiques suivants :

Le cancer réticulaire est caractérisé par la présence d'une substance amorphe, le plus souvent jaunâtre, infiltrée sous forme de petits cylindres ou de filaments qui forment un réseau, le *réticulum*. Comme la substance tuberculeuse, comme tant d'autres produits pathologiques, cette substance amorphe subit, au bout d'un certain temps, en se ramollissant, la dégénérescence graisseuse. Les éléments cancéreux, infiltrés de cette substance, subissent cette même transformation graisseuse. Lorsque, pour l'examen microscopique, on prépare une parcelle du réticulum, on obtient une foule de fragments irréguliers, de forme indéterminée qui, par leur aspect, leurs dimensions variables, leur composition, ressemblent complétement aux particules décrites sous le nom de *corpuscules tuberculeux*. Le ramollissement fragmente et subdivise le réticulum en parcelles identiques à celles obtenues par la division artificielle, et qu'il est, par conséquent, également impossible de distinguer des particules de la substance tuberculeuse.

Il en est de même pour certains éléments que l'on trouve dans quelques produits de l'inflammation, surtout de l'inflammation chronique, tels que, par exemple, dans les fausses membranes, dans le pus concret, dans les poumons hépatisés (surtout dans les points non suppurés), etc. Que ces éléments soient des noyaux ou des cellules abortives, suivant les uns, ou les premiers vestiges des globules de pus, suivant les autres (globules pyoïdes de Lebert, plastic corpuscules de Bennett), ou enfin des parcelles d'une substance amorphe exsudée dans l'inflammation, comme le présume M. Mandl, ou peut-être encore un mélange de divers éléments provenant de sources diverses, toujours est-il, dit M. Mandl, que les meilleurs instruments, les grossissements les plus considérables, l'étude la plus patiente, n'ont pu lui faire connaître des caractères suffisamment tranchés pour distinguer ces éléments d'avec les particules ou corpuscules du tubercule ou du réticulum.

M. Mandl discute maintenant l'opinion de M. Lebert, qui décrit les éléments des produits inflammatoires sous le nom de *globules pyoïdes* et qui appelle le réticulum matière phymatoïde. Les caractères différentiels indiqués par M. Lebert sont, suivant M. Mandl, tout à fait insuffisants et ne justifient nullement sa manière de voir. Par contre, d'autres auteurs expriment une opinion conforme à celle de M. Mandl. Ainsi, Bennett affirme que le réticulum se compose de corpuscules qui ressemblent à ceux du tubercule. Paget dit « qu'il n'y a pas de signes à l'aide desquels on puisse distinguer, dans tous les cas, la lymphe et le pus dégénéré de la matière tuberculeuse ordinaire. Les mêmes difficultés peuvent exister pour le diagnostic entre la matière tuberculeuse et quelques cas de pneumonie chronique. »

On le voit donc, M. Mandl repousse l'existence de corpuscules particuliers, caractéristiques dans la substance tuberculeuse. « Cependant, dit-il en terminant, cette absence d'éléments caractéristiques dans le tubercule, bien plus, l'identité des éléments microscopiques de la substance tuberculeuse avec ceux d'autres produits pathologiques peut devenir la source d'erreurs fort graves, si dans l'examen des maladies on se laissait guider uniquement par la lésion anatomique et si, à cause de l'identité des éléments, on voudrait établir l'identité des maladies. Non, la présence, dans une production pathologique, d'éléments identiques à ceux que présente le tubercule, ne permet pas de parler de la diathèse tuberculeuse : non, l'identité des éléments histologiques n'indique pas, dans ce cas, l'identité des symptômes, de la marche et de la terminaison de la maladie, pas plus que dans l'affection cancéreuse la diversité des éléments ne s'oppose à l'identité de la diathèse. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

POUDRE D'OXIDE DE ZINC COMPOSÉ CONTRE LES AFFECTIONS CONVULSIVES.

Dans les affections convulsives du jeune âge, M. Blache recommande la formule suivante :

℞ Oxide de zinc.	8 grammes.
Calomel à la vapeur	4 »
Poudre de valériane	4 »

Mêlez et divisez en 70 doses. Un paquet matin et soir.

DU MUGUET ET DE SON TRAITEMENT; *par* M. TROUSSEAU.

Le service de M. Trousseau a présenté, dans ces derniers mois, plusieurs malades affectés de muguet. Parmi ces malades il y avait une jeune fille atteinte de phthisie galopante; les autres étaient de jeunes femmes convalescentes de diarrhée, de variole, de péritonite et d'érysipèle ambulant. Le muguet affectionne le jeune âge, et sauf les cas où l'adulte débilité par une cause quelconque rentre sous ce rapport dans les conditions de l'enfant, le muguet est une maladie des premières semaines et des premiers jours de la vie.

On sait aujourd'hui que cette production morbide n'a rien de commun avec la diphtérite, et qu'elle n'est point, ainsi qu'on le croyait autrefois, une sécrétion plastique se faisant en vertu d'une phlegmasie de la muqueuse sous-épithéliale comme la sécrétion du vésicatoire et de la brûlure. Les micrographes sont d'accord sur ce point, que le muguet est une production végétale analogue à la moisissure; et de même que la moisissure qui couvre un pot de confiture apparaît à la suite d'une fermentation acide qui s'est faite aux dépens du sucre et de l'alcool, de même on a remarqué que chez l'enfant qui va prendre le muguet, la salive devient acide et conserve cette propriété assez longtemps après l'apparition du produit morbide pour que le papier de tournesol le fasse distinguer de la diphthérite. La présence des acides ne s'observe pas seulement dans la bouche; on la constate aussi à l'anus, à la vulve et sur toutes les muqueuses où se montre le muguet. Il est présumable qu'elle se lie toujours à un état phlegmasique local, mais dans le muguet grave ou nosocomial, il faut tenir compte surtout des conditions générales qui constituent l'état dominant.

M. Trousseau attache, en effet, une haute importance à la distinction du muguet en *idiopathique* et *symptomatique*. Le premier n'est qu'une stomatite de forme spéciale. Un enfant, par exemple, naît viable; il tette avec vigueur, puis, au bout de quelques jours, il prend le sein avec moins de plaisir; il recule dès qu'il l'a saisi, ou bien il crie et refuse à le prendre de nouveau. On lui ouvre la bouche et l'on voit, sur la face interne des joues, des lèvres, sur la langue et la voûte du palais, de petits points blancs ayant la contexture des cryptogames. La luette est pendante et le tissu cellulaire sublingual gonflé aux environs du frein de la langue. Néanmoins, à cela près d'un peu de diarrhée, l'enfant se porte bien; mais le mal fait des progrès; la face interne des lèvres se couvre d'un produit blanc d'aspect crémeux, uni, qui quelquefois enveloppe ces parties comme un doigt de gant. A ce moment, l'enfant refuse absolument le sein, tant l'acte de la succion est douloureux, et il devient nécessaire de le faire boire avec la cuiller ou la timbale. Il peut résulter de là des accidents sérieux, soit en raison des difficultés que rencontre la préhension des aliments, soit à cause des vomissements que provoque l'inflammation de la gorge, ou, enfin, parce que la déglutition est pénible, et parfois même impossible. Ces cas malheureux sont d'ailleurs assez rares; il est plus ordinaire de voir le produit morbide se détacher et la membrane muqueuse, dépouillée de son épithélium, rester rouge. Alors, si la mère donne facilement son lait, l'enfant guérit au bout de sept à huit jours. Ce muguet se rencontre aussi à la vulve. En 1834, M. Trousseau eut l'occasion d'en observer une épidémie dans un pensionnat de demoiselles. Sur 80 jeunes filles, il y en eut 11 chez lesquelles, à la suite d'un état phlegmasique particulier des voies génitales, on vit le muguet s'implanter sur les grandes et les petites lèvres, et gagner le clytoris et son prépuce. Quel que soit au reste son siége le muguet *idiopathique* est rarement une affection sérieuse.

Il n'en est pas de même du muguet *symptomatique*, forme décrite par M. Valleix, et qui diffère à ce point de la première que, tandis que celle-ci donne seulement 1 décès sur 24, l'autre en compte 22 sur le même chiffre, d'après les statistiques de l'hôpital des Enfants-Trouvés. Les petits malades atteints de ce muguet ont une apparence de décrépitude, une figure vieillotte, les traits affaissés. Puis, en même temps qu'on trouve dans la bouche les altérations propres au muguet *idiopathique*, on remarque une rougeur très-vive des fesses, de l'anus et des parties génitales. Les talons et les malléoles sont également rouges et portent quelquefois des ulcérations comme par emporte-pièce. L'enfant pousse des cris faibles; il vomit des matières vertes et porracées. La diarrhée est violente, incessante; on compte dix, vingt, trente selles par jour, formées d'abord de matières bilieuses vertes, puis de résidu semblable à des épinards hachés. Le ventre est un peu gonflé, chaud. En un mot, le muguet n'est ici que l'expression d'une affection générale de l'économie.

Quoi qu'il en soit, il convient de le traiter comme le muguet *idiopathique*, et voici de quelle manière M. Trousseau a coutume de l'attaquer. Il commence par le borate de soude :

℞ Borax.	āā 10 gr.
Miel ou sirop.	

Réduisez le borax en poudre; mêlez le sirop et faites une mixture avec laquelle on badigeonne l'intérieur de la bouche cinq à six fois dans la journée. La guérison s'obtient du troisième au quatrième jour le plus ordinairement. Il est bon de joindre à ce topique quelques préparations alcalines pour neutraliser les acides sous l'influence desquels le muguet paraît se développer. On donne à cet effet aux petits malades, dans une certaine quantité de lait ou de bouillon de poulet, trois à quatre fois par jour :

1 à 3 cuillerées d'eau de Vichy,
1 à 20 centigr. de carbonate de magnésie,
1/4 de cuillerée à café d'eau de chaux.

Si le borax ne suffit pas, M. Trousseau essaie le collutoire aluné :

℞ Alun	4 grammes.
Miel blanc ou sirop. . .	30 —

Réduisez l'alun en poudre fine; broyez-le sur un porphyre, en ajoutant quelques gouttes d'eau, et employez cette mixture comme la précédente. Ou bien ce médecin a recours à l'acide chlorhydrique :

℞ Acide chlorhydrique.	1 gramme.
Miel rosat	25 —

Mêlez exactement.

Quand ces moyens font défaut, on peut s'adresser au nitrate d'argent; il ne manque jamais son effet, mais il a, pour M. Trousseau, un inconvénient qui, suivant lui, doit en faire ajourner le plus possible l'emploi : c'est de laisser un goût si désagréable que l'enfant refuse de téter pendant un jour. Néanmoins, s'il faut en venir là, la préparation que M. Trousseau préfère est celle-ci :

Azotate d'argent cristallisé.	1 gramme.
Eau distillée.	20 —

On trempe un pinceau dans cette solution et on le porte sur les parties malades; deux attouchements suffisent pour amener la guérison. Chez l'adulte il faut s'y prendre autrement; car le nitrate d'argent, mis en contact avec les dents, les gâte pour toute la vie; il vaut donc mieux, dans ce cas, se servir du crayon dont l'action est plus facile à limiter.

Dans le muguet des parties génitales chez les jeunes filles, M. Trousseau a retiré de bons effets des lotions suivantes :

℞ Borax.	50 grammes.
Eau.	500 —

Dissolvez. Quatre cuillerées à bouche de cette solution sont versées dans un litre d'eau chaude.

Maintenant, si l'on a affaire à un muguet *symptomatique*, le traitement de ce muguet sera le même que celui du muguet *idiopathique* mais, comme le premier n'est qu'un épiphomène, un symptôme, il est évident qu'il faudra, pour en empêcher la réapparition, attaquer le mal à sa source et triompher des accidents qu'on observe du côté des organes digestifs. Le phosphate de chaux, le sous-nitrate de bismuth, le laudanum à la dose d'un quart de goutte deux et trois fois par jour, le nitrate d'argent à l'intérieur, les lavements astringents et un allaitement bien dirigé sont, avec des soins de propreté et des bains toniques, les moyens les plus convenables pour atteindre ce but.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

DU BLANC D'ŒUF CONTRE LES BRULURES; *par* M. SAINT-MARTIN.

Une jeune fille se brûle au premier degré les bras et les mains avec de la vapeur d'eau bouillante. Éloignée de la ville de plusieurs kilomètres, nous n'avons que l'eau froide pour calmer ses souffrances, lorsque l'idée nous vient d'employer l'albumine de l'œuf, comme on le fait avec le collodion. Le succès fut complet : sept ou huit couches de cette substance formèrent, sur la partie endolorie, un vernis assez puissant pour l'isoler du contact de l'air. Si cette observation pratique est appréciée, nous souhaitons qu'elle trouve écho, car chaque jour et à toute heure elle pourra trouver son application dans les familles.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

FIÈVRES INTERMITTENTES. REMÈDES POPULAIRES EMPLOYÉS EN GRÈCE.

Le professeur Landerer fait connaître, dans le *Buchner's Neues Repertorium*, le fébrifuge suivant, très en vogue parmi le peuple grec, et auquel les médecins eux-mêmes ne dédaignent pas de recourir dans les cas rebelles à la quinine. Ce fébrifuge consiste dans un mélange d'une demi-cuillerée à bouche de poudre de café fraîchement torréfié avec le jus provenant d'un citron. Le mélange est pris immédiatement avant le moment de l'invasion probable du stade de froid; puis on emploie de suite les moyens connus pour faire entrer le malade en transpiration. Le plus souvent le stade de chaleur fait défaut, et le paroxysme fébrile n'a qu'une demi-heure de durée.

Un autre moyen employé avec succès, d'après Landerer, par un médecin d'Athènes qui s'est acquis, comme guérisseur de fièvres d'accès, une certaine renommée, consiste dans l'application sur l'échine d'un linge enduit d'une pâte composée d'amidon, de blanc d'œuf et de moutarde. Cette application se fait tous les jours; elle est continuée jusqu'à ce que la rubéfaction des téguments soit bien prononcée.

(*Revue de thérap. méd. chirurg.*)

SCIATIQUE. — TRAITEMENT.

Quand la sciatique est rebelle et ancienne, indépendamment des indications que peut révéler l'état constitutionnel du malade, indications auxquelles il faut répondre par des moyens appropriés, M. Lombard (de Liége), recommande d'appliquer localement sur le trajet des nerfs douloureux le liniment ci-dessous :

Huile d'olives.	250 gram.
Huile essent. de térébent.	60
Ammoniaque liquide.	40
Teinture de cantharides	15

Frictions deux fois par jour.

Dans la province de Liége, le vulgaire emploie, de temps immémorial, un autre liniment qui produit rapidement une éruption vésiculo-pustuleuse, laquelle malheureusement ne se borne pas toujours aux points où le remède a été appliqué :

Huile de térébent.	
Huile de brique.	Part. égal.
Huile de laurier.	

(*Gaz. méd. de Liége.*)

Académie impériale de Médecine.

Présidence de M. Jobert.

Addition à la séance du 16 janvier 1855.

Continuons : voici sur la lèvre une petite tumeur qui ne fait que de naître; cependant cette petite tumeur fera mourir inévitablement. Qu'est-ce que c'est? C'est de l'épithélial. Voici un oignon au pied : qu'est-ce que c'est? De l'épithélial. Et cette fongosité qui croît sur la muqueuse de l'anus? Encore de l'épithélial. Et cette petite concrétion qui soulève la conjonctive? Toujours de l'épithélial. Et sur cette langue, voici une tumeur qui va s'accroître jusqu'à faire périr le malade si on ne l'enlève, et qui, même après qu'on l'aura enlevée, récidivera presque certainement jusqu'à entraîner une mort assurée : c'est encore là une tumeur épithéliale. Et dans cet utérus, voilà une tumeur molle comme du fromage, et ailleurs voilà des tumeurs dures ou cornées : qu'est-ce que c'est que tout cela? De l'épithélium, toujours de l'épithélium. Voilà la lumière! Voila cette micrographie qui veut nous tirer du chaos pour nous jeter dans le gâchis!...

Pourquoi donc tout cela? Pourquoi voulez-vous absolument défaire une classification qui n'est pas merveilleuse, j'en conviens, mais qui nous suffit cependant jusqu'à ce que nous en ayons une meilleure? Pourquoi? parce que vous avez trouvé une certaine cellule dans une catégorie de tumeurs et que vous ne trouvez pas votre cellule dans l'autre? Mais cette cellule n'a rien de spécifique : cela a été surabondamment démontré, puisque vous ne la trouvez pas dans des tumeurs qui se comportent absolument de la même manière que celles où vous l'avez rencontrée, et que vous l'avez cherchée vainement dans d'autres qui, pour vous et pour tout le monde, sont évidemment de même espèce que celles où elle se trouve.

Je ne sais pas, mais je crois que l'Académie ne se fait pas une juste idée de ce que c'est que cette cellule. Mais c'est une chose énorme que la cellule micrographique : ce n'est rien moins qu'un levier, avec lequel, comme avec celui d'Archimède, on pourrait soulever le monde.

Vous prenez une parcelle d'un tissu qui n'est pas aussi grosse qu'une tête d'épingle; eh bien! dans cette parcelle, vous allez trouver la cellule cancéreuse, la cellule fibro-plastique, la cellule épithéliale, toutes sortes de fibriles, la cellule embryonnaire et d'autres encore. Vous en trouverez de toutes petites, ce sont des enfants qui viennent de naître et d'autres qui sont arrivées à un degré plus avancé de développement. Il y en a qui sont vierges encore, comme vous le disait M. Delafond : ce sont des sortes de jeunes filles qui ne font que de sortir de l'enfance; tandis que d'autres sont arrivées à l'âge adulte : elles sont saines, fortes, bien portantes. D'autres sont grosses, joufflues, bien renflées comme de bonnes grosses femmes. A côté de cela, il y en a qui sont maigres, décharnées. On en voit qui ont une grosse tête et dont la queue s'effile et se divise de la manière que dit Horace :

Desinat in piscem mulier formosa superne.

Puis il y en a qui ont perdu leur virginité : celles-ci sont devenues mères; elles contiennent dans leur sein une, deux, trois autres cellules et autant de noyaux. Mais toutes ne sont pas aussi heureuses : il y en a qui sont vieilles, ridées, flétries. On les voit tout ébarbées à l'extérieur : leur robe est déchirée, les malheureuses! Mais n'allez pas croire qu'elles soient toutes du sexe féminin : on trouve dans le nombre aussi des nucléoles, des noyaux : c'est une population sans fin. Et tout cela, entendez-vous, dans une parcelle grosse comme une tête d'épingle. Et c'est là ce que vous appelez la lumière! c'est là ce que vous proposez pour renverser le chaos antique! mais non, mille fois non, ce n'est pas possible!

N'y a-t-il pas d'ailleurs une première difficulté qui aurait dû arrêter ces Messieurs? Et cette difficulté est radicale, car elle ressort de la philosophie médidale même. Je n'aime pas beaucoup pour mon compte m'occuper de philosophie médicale. Nous avons déjà bien assez de peine à rester terre-à-terre, sans vouloir nous élever jusque dans les nuages. Cependant il faut bien que je m'occupe aussi de ce point.

Il s'est trouvé deux principes en présence : l'un qui veut qu'on parte du fait microscopique, ou pour mieux dire de l'anatomie pathologique pour arriver à la connaissance du phénomène clinique; l'autre qui veut à l'inverse, que, partant de la symptomatologie, on arrive à l'étude du fait anatomique. C'est là-dessus qu'est arrivé M. Bouillaud. Pour mon compte, j'ai à le remercier personnellement des éloges qu'il m'a faits : et j'avais d'abord cru, en entendant les belles choses qu'il disait de moi, qu'il était de notre bord. J'ai été bien étonné cependant, en lisant les journaux, de trouver qu'il se trouvait au contraire dans le camp opposé; absolument de la même manière qu'il avait été tout surpris lui-même de voir que mes discours avaient fait chanter des *te Deum* dans le camp de mes adversaires. Il m'avait attribué la puissance d'un magicien pour produire cet effet merveilleux : je ne sais pas si c'est par la même vertu que j'ai été si complétement trompé sur le sens de ses paroles; mais il n'y a pas longtemps encore que l'un de ces messieurs m'affirmait que M. Bouillaud avait fait cause commune avec eux. Peut-être bien à la vérité, ai-je pu me tromper sur le sens des paroles de notre savant collègue : toutefois j'avoue que je suis tout à fait de son opinion sur les principes qu'il a émis.

M. Bouillaud a dit qu'il fallait tenir compte de l'anatomie. Mais j'ai toute ma vie fait de l'anatomie : je suis anatomiste autant qu'il est possible de l'être. Seulement j'ai dit que, dans l'étude des maladies, il faut arriver à l'anatomie pathologique, et non pas en partir. Cela est bien simple : n'a-t-on pas fait de la médecine avant de faire de l'anatomie pathologique? Les anciens depuis Hippocrate ont étudié les maladies : ils connaissaient, comme nous, la fièvre typhoïde; nous la reconnaissons parfaitement dans les cas bien tranchés dont ils nous ont laissé la description. Toutes les maladies étaient étudiées alors bien qu'on ne s'occupât pas encore d'anatomie pathologique. Ce n'est que plus tard, lorsque les moyens d'observation se sont multipliés, lorsqu'il a été permis d'étudier les cadavres, qu'on s'est demandé quelles sont les lésions qui correspondent à telle ou telle maladie. On s'est dit : voilà un malade qui est mort avec telle maladie, voyons un peu quels sont les désordres auxquels cette maladie a donné lieu sur le cadavre? et dès lors on a tâché de mettre en rapport les lésions et les symptômes. Mais jamais il ne venait à l'esprit de personne, si une lésion manquait sur le cadavre, de dire que le symptôme devait manquer aussi.

Plus tard, on a pu raisonner moins juste, mais est-ce que, avec votre microscope, vous parviendrez jamais à dire qu'à telle lésion a correspondu tel symptôme? La lésion bien souvent n'est que l'effet de la maladie. Bien souvent, en effet, ce n'est pas la lésion qui débute : la maladie commence et elle entraîne après elle comme conséquence telle ou telle lésion. Il y a, par exemple, une foule de maladies générales qui donnent lieu à toutes sortes de phénomènes avant qu'aucune lésion ne soit produite. La lésion ne vient que plus tard : et alors il est impossible très-souvent de remonter aux symptômes qui ont eu lieu.

Pour le cancer, par exemple, voilà ce qui est arrivé. On a commencé

par noter, parmi les tumeurs, un certain ordre d'afflictions qui une fois établies, se développent indéfiniment jusqu'à ce qu'elles aient tué l'individu qui les portait. On a donné à cela le nom de *cancer* : cela est bien clair. Une tumeur étant donnée, vous ne pourrez empêcher qu'elle soit du cancer, que si vous empêchez qu'elle tue. Or, c'est ce que vous n'avez pas encore fait avec vos recherches anatomiques. Vous avez beau refuser le nom de cancer à telle ou telle tumeur : mais s'il est du propre de cette tumeur de se développer fatalement et de tuer, vos efforts sont inutiles : vous ne pouvez pas empêcher que cela soit du cancer.

Pour moi, je prends la clinique pour point de départ. Je cherche à diagnostiquer la maladie pendant la vie, et, si le malade meurt, j'examine la lésion et je cherche quelle est la lésion qui correspond bien aux symptômes. Si je trouve pour les mêmes symptômes des lésions différentes, je me dis : Sans doute il y a quelque autre chose que je n'aperçois pas encore; mais je me garde bien de conclure que les symptômes ont dû être différents parce que les lésions ne sont pas les mêmes.

Vous avez trouvé dans le cancer des lésions différentes : vous ne pouvez pas tirer de là une définition du cancer. Vous ne le pourrez que quand le cancer sera caractérisé par un élément fixe, invariable qui l'accompagne toujours et qui ne se trouve jamais en dehors de lui; mais cet élément vous ne l'avez pas encore trouvé. Si vous aviez trouvé cet élément qui ne manquât jamais dans le cancer, et qui, une fois qu'il existerait, ne manquât jamais de tuer, oh! alors, vous seriez en droit de donner une définition anatomique. Mais est-ce que vous connaissez la nature et l'essence du cancer? est-ce que vous pouvez nous dire en vertu de quoi une petite tumeur qui ne fait que de naître finira tôt ou tard par faire mourir, pendant qu'une grosse tumeur qui est à côté ne compromettra jamais l'existence?

J'admets donc tout ce que nous donne l'anatomie : j'accepte d'avance tout ce que nous fournira la micrographie, mais je ne la prends qu'en second, je ne veux pas qu'elle cherche à primer : je ne veux pas, en un mot, qu'elle prétende nous mener, comme elle en a eu le dessein. Il faut bien y prendre garde : La micrographie, dans le commencement, était douce et timide : je la favorisais, et elle m'en remerciait beaucoup. Qu'est-ce qu'elle fait aujourd'hui? elle veut me chasser de la maison. Vous ne pouvez pas diagnostiquer cela, me disent-ils : il n'y a que nous qui puissions le diagnostiquer. Voilà ce qu'ils ont fini par faire. Ils ressemblent à certaines gens qui d'abord font mine de ne pas vouloir entrer dans la maison, et qui, une fois qu'ils sont entrés, tirent la porte sur eux, et vous chassent dehors.

Cela me conduit à une autre question. Ces Messieurs se sont plaint, et même assez fort : ils ont crié bien haut, disant qu'on voulait détruire tout ce qu'ils ont fait, qu'on voulait briser leur microscope : c'est M. Robert lui-même qui a dit cela. Je ne sais pas si, en criant ainsi, ils n'ont pas fait comme ce personnage qui ne criait si fort que pour couvrir les cris de la victime qu'il assommait. Que disaient-ils en effet? Ils disaient que tout ce qui a été fait jusqu'à présent est inutile et qu'il faut faire table rase de toutes ces vieilleries : et ils le disaient d'une manière assez irrévérencieuse pour leurs devanciers. L'un d'eux qui fait, dans un journal, de fort bons articles sur la question, qui écrit avec beaucoup d'esprit et de talent, dit tout bonnement que « c'est le droit de la chose ancienne de résister, mais que c'est son destin de tomber. »

Vous le voyez, les micrographes nous reprochent de nous opposer à leur envahissement, et ils ne font pas attention que pour eux il ne s'agit que de travaux de quelques années, tandis que les nôtres remontent à des siècles. Pour ma part, il y a trente ans que j'étudie, que j'observe laborieusement, et ils trouvent tout simple que je jette au feu tout ce que j'ai appris, et cela pour prendre leur cellule.

Ils me disent d'un ton honnête : Vous feriez mieux d'en passer par-là. Il y a là un navire tout prêt à vous recevoir; mais jetez à la mer une partie de votre cargaison, car si vous ne sacrifiez une partie de votre bagage, le navire va sombrer tout entier. Mais moi qui suis un peu plus vieux qu'eux, je puis bien, ce me semble, leur donner un conseil. Je leur dirai donc : Votre navire est bien chargé, à la vérité, mais il renferme beaucoup d'alliage. Croyez-moi donc, jetez à la mer tout cet alliage, car autrement vous pourriez bien aussi chavirer.

Voulez-vous que je vous dire à présent comment est venue cette guerre entre les micrographes et moi? le voici : Dans le commencement j'ai moi-même appelé leur concours, et tant que ce qu'ils me disaient a été d'accord avec ce que j'observais, je l'ai admis. Tout allait bien jusque-là : ils ne s'appuyaient d'abord que sur la clinique. Pour savoir comment se comporte telle ou telle tumeur, ils ont commencé par le demander à la clinique. Plus tard les résultats auxquels ils arrivaient n'ont pas toujours concordé avec cette observation clinique : dès lors j'ai dû leur dire qu'ils se trompaient. Qu'est-ce qu'ils ont fait alors? ils se sont fâchés. C'était un assez mauvais moyen, et ils n'ont pas tardé à s'en apercevoir eux-mêmes. Ils ont donc commencé par faire des concessions; puis, revenant sur leurs pas, ils ont dit : mais nous n'avons jamais pensé autrement; c'est aussi notre avis. C'était à merveille, mais je les voyais venir de loin; quand ils sont arrivés j'ai commencé par hésiter, parce qu'ils me disaient des choses assez satisfaisantes pour commencer; mais j'ai vu percer l'erreur, j'ai dit : halte là, on ne passe pas. Et c'est depuis ce temps-là que nous disputons.

Je ne veux pas dire pour cela qu'ils n'ont vu rien de vrai. Ils ont vu, par exemple, que les tumeurs bénignes ne contiennent pas de tissu hétéromorphe : je ne demande pas mieux; mais la conclusion de ce fait a été pour eux que ce sont eux qui m'ont appris cela. Et je n'ai pas été peu surpris de voir un esprit aussi juste que celui de notre collègue M. Malgaigne partager avec eux cette erreur.

Je leur en demande bien pardon, mais en 1835, 36, 38, 39, je diagnostiquais déjà les tumeurs bénignes du sein, et cependant alors il n'était pas encore question du microscope. Je me suis perfectionné depuis ce temps-là, c'est vrai, mais c'est parce qu'il est dans la nature de l'homme de faire chaque jour de mieux en mieux ce qu'il fait, et pas du tout en raison de ce que le microscope m'a appris. Cela est si vrai que jamais ils ne m'ont démenti quand je leur ai dit : voilà une adénoïde, examinez-le. Jamais non plus je ne leur ai demandé leur avis avant de me prononcer sur la nature d'une tumeur de cette espèce. C'est moi-même et moi seul qui ai augmenté et perfectionné mes premières idées sur ce sujet. Et bien m'en a pris, car j'aurais été trompé par eux toutes les fois qu'ils étaient en désaccord avec moi, si je les avais écoutés. Combien de fois n'ont-ils pas déclaré cancéreuses des tumeurs purement adénoïdes, et combien de fois n'ont-ils pas regardé comme des adénoïdes les cancers les plus évidents, comme la suite l'a prouvé! Vous voyez donc que sous ce rapport ce sont eux qui me prennent des choses qui ne leur appartiennent pas le moins du monde.

Nos micrographes de Paris veulent constituer une école à part : et pour mon compte j'avais cru leur faire plaisir en les appelant la *jeune école de Paris*. Ils n'ont pas voulu, et peut-être avaient-ils raison, car enfin il n'y a pas là de quoi faire une nouvelle école. Mais ils se sont intitulés : *école clinico-micrographique*. Ils ne veulent pas surtout qu'on les confonde avec l'école allemande qu'ils appellent l'*école des micrographes purs*. Je ne puis pas m'empêcher de dire qu'il y a encore en cela de l'ingratitude; car enfin, qui est-ce qui a importé la cellule en France? C'est un Allemand, c'est un Suisse-Allemand, c'est M. Lebert : et M. Lebert n'a fait que nous faire connaître à nous la cellule qui après tout est allemande d'origine.

Mais celui qui nous a importé la cellule s'insurge contre ceux qui l'ont mise au monde : au lieu de les remercier il se révolte contre eux et il leur dit : Vous ne savez pas ce que vous dites; votre microscope est trop petit; vous ne connaissez même pas la vraie cellule. C'est nous seuls qui connaissons la vraie cellule, la cellule clinicienne.

Je ne veux rien dire ici de désobligeant sur le compte de Messieurs les micrographes, mais quand j'entends M. Lebert vouloir établir à Paris une école clinicienne, malgré toute la vénération que j'ai pour lui, est-ce que c'est un clinicien, M. Lebert? Et M. Robin, le très-savant et très-respectable M. Robin que j'aime et dont je loue le talent, est-ce que c'est un clinicien? Quant à nos deux jeunes micrographes dont le zèle et le mérite ne le cèdent en rien à ces deux maîtres, ils n'ont pas encore eu le temps de se fortifier beaucoup dans la clinique vers laquelle cependant il paraît que tendent tous leurs efforts. Il est vrai qu'il y en a un d'eux qui va vite, et qui paraît en quatre ans avoir plus fait que moi en trente; car une tumeur que j'appelle cancer, il dit, lui, que ce n'en est pas : il est vrai de dire qu'il ne l'a pas vue! Ainsi donc, à vrai dire, il n'y a pas d'école distincte : nous observons tous, avec des moyens différents, il est vrai, mais tendant toujours au même but.

Il ne faudrait pas croire toutefois que je sois aussi en colère que j'en ai l'air. Je ne voudrais pas dire le moindre mal de Messieurs les micrographes. Je les ai et les aurai toujours en très-grande estime, à condition qu'ils voudront bien rester dans leur rôle et qu'ils ne s'arrogeront pas la prétention de nous mener. Il n'ont qu'à accepter qu'il faut faire marcher la clinique avant le microscope, et, avec cette petite précaution, j'espère que nous arriverons bientôt à la conclusion. Puisqu'ils ont déjà fait plusieurs petits pas, pourquoi ne feraient-ils pas encore celui-ci dans l'intérêt de la paix?

Ils nous accordent que l'épithélial et le fibro-plastique repullulent comme le cancer; nous leur accordons à notre tour que ces tumeurs ne sont pas tout à fait la même chose que le cancer encéphaloïde. En cela j'avoue que je ne leur fais pas une grande concession, car personne n'a jamais dit que tous les cancers se comportassent de la même manière, et vous avez entendu M. Cloquet, entre autres, vous le répéter à cette tribune. Mais pourquoi n'iraient-ils pas jusqu'à reconnaître

que le cancer à cellules, c'est-à-dire celui dans lequel j'admets qu'on trouve ordinairement des cellules, sinon toujours, que le fibro-plastique dans lequel on trouve une autre espèce de cellules, et que l'épithélial enfin dans lequel on trouve une troisième espèce de cellules sont autant d'espèces de cancers?

Je ne vois as aussi loin que M. Delafond : et peut-être faudra-t-il que je devienne le défenseur du microscope contre les attaques de ce terrible micrographe; car il me semble que, dans le cancer, il y a en général des cellules qu'il est assez facile de distinguer jusqu'à plus ample informé, il me semble qu'on peut très-bien admettre cela sans rien compromettre. J'en ai assez vu, je crois, pour pouvoir en juger.

Voici donc une concession que je fais; mais il faudrait, à présent, que les micrographes consentissent de leur côté à faire rentrer le fibro-plastique et ce que nous appellerons l'*épithéliôme* dans la même classe que le cancer, car ils ne pourront jamais les séparer les uns des autres.

Il faudrait accorder ensuite que l'hétéromorphisme peut bien se rencontrer dans ces cancers-là, bien qu'on ne l'y ait pas encore trouvé. Dans tous les cas, il n'est pas possible de les laisser parmi les tumeurs bénignes, bien qu'on n'y trouve que des éléments homœomorphes.

Il faut que vous accordiez encore que le cancer ne guérit jamais spontanément, et qu'il tue si on ne l'enlève; qu'il repullule le plus souvent et que certains cancers se reproduisent plus fréquemment que d'autres. Mais il faudra admettre que ce caractère se retrouve dans toutes les classes de cancers : tant dans les cancers à cellules, que dans les épithéliômes et les fibro-plastiques.

Dans les cancers épithéliaux, par exemple, on reconnaîtra qu'il est possible d'établir plusieurs degrés sous le rapport de la repullulation : ainsi celui de la peau revient moins souvent que celui de la lèvre, et celui de la lèvre moins souvent que celui de la langue, ce dernier revenant plus souvent et plus sûrement que tous les autres.

De la même manière, nous établirons parmi les diverses tumeurs du sein, des catégories sous le rapport de la reproduction : c'est à cette distinction que j'ai employé tout mon temps depuis que j'observe.

Parmi toutes les tumeurs du sein, je suis parvenu à en séparer une catégorie qui maintenant s'élève à un quart environ : Ces tumeurs offrent des caractères cliniques tels qu'ils me permettent de les distinguer à coup sûr. Pendant longtemps elles peuvent demeurer inoffensives, et subir tout-à-coup des transformations fâcheuses. Quelquefois on parvient à les guérir par des médications diverses; mais, dans tous les cas, quand on les enlève elles ne repullulent pas : la guérison définitive est assurée. J'ai plus de 150 exemples de ces tumeurs que j'ai enlevées et dont aucune n'a récidivé. En un mot, si par hasard on en voit qui reviennent, on peut toujours dire, d'une manière générale, qu'il est rare de voir ces tumeurs-là récidiver, qu'il est rare de voir les autres être guéries sans retour par l'opération.

Une deuxième catégorie de tumeurs du sein conduit à la mort inévitablement. Si on les enlève elles se reproduisent ou bien sur place, ou bien dans les ganglions voisins, ou bien dans les viscères : et d'une façon comme de l'autre mènent fatalement à la mort. Parmi ces mêmes tumeurs l'observation m'a appris encore à établir des différences. Les unes repullulent toujours, quoiqu'on fasse : de ce genre sont le squirrhe que j'appelle ligneux, qui s'étend en plaques dures, qui rétracte la peau, etc. Puis l'encéphaloïde en masses diffuses et lardacées. De ces cancers-là je n'en ai jamais vu guérir un seul par l'opération, si bien que je me suis décidé, depuis plus de 20 ans, à n'en plus opérer un seul. Au contraire, il y a des encéphaloïdes et des squirrhes qui se présentent sous une forme régulièrement arrondie, globuleuse, adhérente ou non aux tissus voisins. Ces tumeurs peuvent s'accompagner ou non de ganglions engorgés dans le creux de l'aisselle, cela ne fait rien, on peut toujours en guérir un certain nombre par l'opération.

Voilà où m'a conduit la clinique Et j'avoue que des résultats si différents dans des affections dont les caractères cliniques et même anatomo-pathologiques sont les mêmes, sont loin de me satisfaire.

C'est à ce propos justement que j'ai appelé le microscope à mon aide : l'examen direct ne me rendant pas compte de ces différences de résultats j'eus recours aux micrographes, et je leur demandai de m'expliquer pourquoi des tumeurs, semblables en apparences, récidivent dans certains cas et ne récidivent pas dans d'autres; mais c'était toujours à la condition, bien entendu, que ce qu'ils diraient ne serait pas en contradiction avec ce qui était bien constaté, et qu'ils ne viendraient pas affirmer ce que l'observation dément.

Voici comment j'ai toujours agi avec les micrographes, et c'est, je le répète, parce qu'ils ont voulu élever leurs prétentions trop haut et à l'encontre des données de la clinique que nous sommes tombés en désaccord. Mais pour vous prouver que jamais je n'ai eu l'idée de leur faire la guerre quand même, je n'ai besoin que de vous lire les lignes suivantes que j'imprimais l'année dernière dans mon *Traité des maladies du sein :*

« Au fait, le microscope et la cellule cancéreuse n'ont donc encore « rien donné d'assez incontestable pour servir de base à la détermi- « nation du chirurgien, quand il s'agit d'extirper ou de respecter les « tumeurs de la mamelle. Ce qu'on peut accorder jusqu'ici, c'est que « la présence des cellules dites cancéreuses dans ma tumeur, qui offre « d'ailleurs les autres caractères du cancer, est de nature à augmen- « ter les craintes de la récidive après l'opération, comme leur absence « serait de nature à rassurer, si la tumeur enlevée se rapportait en « outre, par le reste de sa physionomie, à la classe des tumeurs bé- « nignes. »

Et dans la préface je disais :

« Reconnaissant (les micrographes) qu'ils se sont trop hâtés de con- « clure, ils se remettront à l'œuvre, sans perdre de vue les notions « que le microscope leur a fournies. Ils arriveront ainsi, j'en ai le « ferme espoir, à quelque autre découverte, à un résultat plus décisif « pour la détermination des cancers : personne plus que moi ne le dé- « sire assurément, et je saurai toujours gré qu'à MM. Lebert, Robin et « Follin, de l'empressement qu'ils ont mis à examiner les tumeurs que « je leur ai confiées dans ce but. »

Voilà quel est le fond de ma pensée, quel il était autrefois, et quel il est encore aujourd'hui. Malgré les attaques dirigées contre moi, malgré tout ce qu'on a pu dire je n'ai jamais changé d'idées à cet égard.

Si j'osais, je terminerais cette longue et solennelle discussion par cette apostrophe d'un poëte que vous connaissez aussi bien que moi : et mettant les paroles du poëte dans la bouche de la clinique, parlant à la micrographie, je lui ferais dire :

> Des dieux que nous servons connais la différence!
> Les tiens t'ont commandé le meurtre et la vengeance;
> Les miens, lorsque ta main *cherche à m'annihiler*
> M'ordonne de te plaindre et de te pardonner.

(De longs applaudissements succèdent à ce discours.)

RAPPORTS.

Morve aiguë.

M. Desprès, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, fait la communication suivante :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie de médecine une pièce pathologique ayant appartenu à un homme qui nous a été amené à la consultation externe de Bicêtre, le 10 de ce mois, à 10 heures du matin. Les personnes qui l'avaient conduit s'étant retirées immédiatement, il nous a été impossible d'obtenir des renseignements précis sur ses antécédents. Je le vis à 10 heures et demie; il était couché sur le lit de la consultation, et dans un état très-prononcé de prostration et de faiblesse; les extrémités étaient froides et le pouls si petit et si faible, qu'il a fallu, pour en constater la fréquence, recourir à l'exploration de la carotide.

La respiration était courte et très-accélérée (60 inspirations par minute); la joue gauche et les deux lèvres du même côté étaient le siége d'un gonflement considérable s'étendant en arrière jusqu'au devant du masséter et qui présentait çà et là des phlyctènes semblables à celles qu'on remarque ordinairement sur les surfaces érysipélateuses.

Les lèvres étaient enduites de croûtes brunes, desséchées et adhérentes; la surface muqueuse de celles-ci et de la joue était parsemée de petites plaques blanches irrégulières, environnées d'un petit liseré très rouge.

Ces petites plaques ressemblaient assez exactement aux eschares humides qu'on observe chez les enfants atteints de stomatite gangreneuses; au reste, le jour étant très-bas et la salle de consultation mal éclairée, il nous fut impossible de distinguer bien nettement la couleur des tissus enflammés.

Interrogé sur son domicile, son âge, sa profession et sur le commencement de sa maladie, nous n'avons pu distinguer au milieu de paroles mal articulées, à cause de l'état dans lequel se trouvaient les lèvres et la joue, et aussi à cause d'un commencement de délire auquel le malade nous a paru en proie, nous n'avons pu, dis-je, distinguer que ceci : qu'il avait 35 ans, qu'il était batteur en grange et demeurait à Choisy-le-Roi; qu'enfin, il n'était malade que depuis 4 jours et à la suite d'un bouton à la lèvre supérieure du côté gauche.

La gravité de l'état dans lequel se trouvait ce malheureux, me porta à demander son admission d'urgence à M. le directeur de l'établissement, qui y consentit.

A 11 heures, il était couché au n° 8 de la salle Saint-Victor. J'avais ordonné à l'interne de la salle de le voir aussitôt qu'il serait réchauffé et de lui pratiquer la cautérisation par le fer rouge; car je dois dire qu'au premier abord la maladie m'avait paru de nature charbonneuse.

La cautérisation ne fut pas pratiquée parce que l'interne n'avait pas cru possible de cerner complétement le mal.

A une heure, je me rendais à l'infirmerie pour l'examiner de nouveau, quand j'appris qu'il venait de succomber en vomissant un verre de tisane qu'il venait de prendre et en rendant par le nez une matière épaisse d'un blanc sale et d'une odeur très-fétide. Cette dernière circonstance et la rapidité avec laquelle la mort était survenue me firent penser que le malade venait de succomber à une atteinte de morve aiguë, malgré l'état sain des articulations.

Autopsie, 24 heures après la mort.

1° Tout le système veineux, ainsi que les cavités droites du cœur, sont remplies d'un sang noir et fluide.

2° Dans le ventricule droit existe un caillot volumineux, décoloré, entrelacé entre les colonnes charnues, adhérent l'endocarde et se prolongeant d'une part dans l'oreillette et de l'autre dans l'artère pulmonaire, jusqu'au delà de la bifurcation. Le caillot qui, très-probablement, s'était formé pendant la vie, obstruait ainsi en grande partie l'orifice auriculo-ventriculaire droit et l'orifice pulmonaire. Il existe un caillot semblable, mais beaucoup plus petit et moins adhérent que le précédent, au niveau de l'orifice aortique. Les orifices veineux et artériels, ainsi que les valvules, étaient à l'état normal.

3° Les poumons étaient gorgés de sang; ils présentaient à leur surface et surtout vers leur sommet de petites taches ecchymatiques de la largeur d'une lentille, et présentant dans leur centre un petit point blanchâtre qui nous a paru être du pus.

Plus profondément, et toujours vers le sommet, on trouve de petits foyers apoplectiques dont les plus gros présentent le volume d'une noisette; d'ailleurs, l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune trace de tubercule.

4° Dans l'épaisseur des lèvres et de la joue du côté malade, on trouve une foule de petits abcès isolés qui s'étendent jusqu'au niveau du masseter, d'une part, et du grand angle de l'œil de l'autre. Ces abcès, dont le plus gros ne dépasse pas le volume d'un poids, occupent non-seulement les interstices celluleux, mais encore l'épaisseur des muscles orbiculaires des lèvres, triangulaires et carrés du menton.

Chaque abcès est entouré d'une espèce de fausse membrane, ou mieux d'un kyste d'une coloration rouge des plus foncées; le contenu ne paraît être autre chose que du pus.

Les plaques blanchâtres observées pendant la vie sur la face interne des lèvres n'étaient elles-mêmes que de petites collections purulentes, occupant le tissu cellulaire sous-muqueux,

Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire est injecté, dense, et infiltré d'une sérosité sanguinolente; quant aux phlictènes de la peau, elles contiennent une sérosité citrine.

En examinant les fosses nasales au moyen d'un trait de scie antéro-postérieur, on constate une infection très-vive de la membrane muqueuse, surtout en arrière et du côté gauche où elle présente une coloration rouge livide, presque ecchymatique.

La portion nasale du pharynx présente la même coloration, surtout au niveau de la trompe d'Eustache.

Entre le méat moyen et inférieur des fosses nasales, on trouve une excroissance polypeuse d'ancienne date, qui récèle dans son intérieur plusieurs petits abcès de même volume que ceux des lèvres. On trouve encore des abcès semblables au pourtour de l'orifice du sinus maxillaire qui contient, ainsi que le sinus frontal et sphénoïdal du même côté, un liquide muco-purulent. La fosse nasale droite et les mêmes sinus de ce côté étaient légèrement injectés, mais vides. En somme, les lésions des fosses nasales sont beaucoup plus marquées du côté gauche que du côté droit, c'est-à-dire du côté de la face qui a été principalement et plus profondément atteint de la maladie.

Une portion de la lèvre a été remise à l'examen de M. Charles Robin, qui m'a fait remettre la note suivante :

« La matière jaunâtre est formée de globules de pus avec matière amorphe granuleuse demi-solide, qui existe aussi dans la partie rougeâtre; mais là il y a du tissu cellulaire et des vaisseaux qui manquent dans la portion jaune.

« Point de cancer ni de tubercule.

« S'il y a quelque chose de contagieux, c'est dans les fluides qu'on doit le chercher, mais non dans les éléments solides et figurés.

« Ch. Robin. »

J'ai vu depuis M. Robin qui m'a dit partager mon opinion sur la nature de la maladie, laquelle, pour lui, est aussi une morve aigüe.

Fracture spontanée. — Ostéite suppurante.

M. Chassaignac présente un malade dont il trace sommairement l'histoire en ces termes :

Fracture spontanée de la clavicule droite. Ostéite suppurante. Perforation des téguments. Résection des deux tiers internes de la clavicule. Conservation du périoste dans l'opération. Réformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement. Guérison.

La malade, âgée de 40 ans, syphilitique, a ressenti, il y a 4 ans, à la clavicule droite, en cherchant à mouvoir le levier d'une pompe, un craquement douloureux.

Trois ans après, douleur plus vive encore que la première.

On diagnostique une fracture. Une ulcération fistuleuse se forme, par laquelle sortent de petites parcelles d'os. En conséquence, on procède à la résection de la portion malade de la clavicule. On taille à son niveau et l'on dissèque un lambeau demi-circulaire à convexité inférieure. Ce lambeau relevé, une scie à chaîne est passée au-dessous de l'os et en fait la section. On saisit avec le davier à résection le fragment interne de la clavicule, et on le dissèque en ayant soin de le raser avec le bistouri pour conserver le périoste et éviter la lésion des organes sous-claviers et de la plèvre.

Cela fait, on reconnaît que l'altération se propage vers l'extrémité interne, ce qui oblige à pratiquer la désarticulation. On rabat ensuite le lambeau et on ferme la plaie par la suture à points séparés. Enfin, on panse par occlusion et l'on soutient le membre avec l'écharpe de Mayor.

A l'exception de quelques douleurs dans les mouvements et d'un empâtement douloureux, on ne constate aucun accident à la suite de cette opération, pas même de réaction fébrile. Au bout de trois mois la guérison était complète.

L'examen anatomique de la portion de clavicule réséquée a démontré l'altération de l'os par une ostéite suppurante.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— **Concours pour le prosectorat de la faculté de Paris.** — A la suite d'un concours où tous les candidats ont fait preuve des connaissances les plus solides, M. Rouget a été nommé prosecteur de la faculté. Ses compétiteurs, MM. Denussé et Trélat, se sont placés par leurs épreuves au même rang que l'élu. Des appréciations toutes personnelles sur des nuances ont seules pu décider le choix.

— Dans une réunion de médecins des hôpitaux et du bureau central, les mutations suivantes ont été arrêtées, sauf la sanction de l'administration :

M. Horteloup quitte l'hôpital Lariboisière pour passer à l'Hôtel-Dieu; M. Bourdon prend un service à Lariboisière; M. Gubler, un service à Beaujon; M. Oulmont, un service à Saint-Antoine; M. Bergeron, le service de l'hospice Larochefoucauld, et M. Moutard Martin, la direction du bureau des nourrices.

BIBLIOGRAPHIE.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Du Chancroïde syphilitique ou **Chancre non infectant**, par M. le docteur Clerc. — Prix : 1 fr. 50 c.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 11. 3me ANNÉE. Jeudi 25 Janvier 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Séance de l'Académie de Médecine.

DISCUSSION DU CANCER.

13e *et dernière Séance.*

Nous avons réservé pour aujourd'hui l'examen du troisième et dernier argument de M. Velpeau, argument beaucoup plus menaçant que les deux autres, puisqu'il est destiné à mettre le microscope en opposition avec le microscope. Si, en effet, cet instrument, consulté à une certaine époque, répond qu'il n'y a pas de cellules cancéreuses dans une certaine tumeur, et qu'à une époque ultérieure il y dévoile l'existence de ces cellules, n'est-on pas en droit d'en conclure qu'il a fourni des renseignements contradictoires?

Mais d'abord, ainsi que M. Velpeau l'a reconnu lui-même, les faits de ce genre, lors même qu'ils seraient bien avérés, prouveraient simplement que la structure d'une tumeur peut, dans quelques cas, subir, avec le temps, certaines modifications. S'il n'y a pas de cellules spécifiques à un moment donné, et si par la suite ces cellules se développent, cela veut dire que la tumeur, qui d'abord n'était pas cancéreuse, a fini par le devenir. Nous ne sommes pas disposé à admettre ces transformations dont on ne nous a pas encore fourni la preuve; mais elles n'ont rien de repoussant pour nous, et surtout elles sont parfaitement compatibles avec le reste de la doctrine que nous défendons.

Cet argument de M. Velpeau, qui veut confondre les éléments fibro-plastiques ou épithéliaux avec les éléments cancéreux, sous prétexte que ces diverses productions accidentelles peuvent se succéder dans une même tumeur, nous rappelle l'argument qu'on invoquait il y a 30 à 40 ans, pour prouver que les tubercules étaient de nature inflammatoire, et qu'on a reproduit plus tard, pour prouver que les scrofules et les tubercules ne sont qu'une seule et même maladie. Rien n'est commun comme de voir chez les scrofuleux des glandes lymphatiques engorgées, et rien n'est commun non plus comme de voir des dépôts tuberculeux s'effectuer ultérieurement dans ces tumeurs ganglionnaires, qui primitivement étaient entièrement exemptes de tubercules. C'est pourquoi beaucoup d'auteurs en ont conclu que la scrofule était de même nature que les tubercules, tandis que d'autres ont été conduits à considérer l'inflammation chronique des ganglions scrofuleux comme la cause directe de l'apparition des tubercules.

Tout le monde aujourd'hui a reconnu le vice de ce raisonnement, et quoique les tubercules coïncident souvent, très-souvent, peut-être même le plus souvent avec la scrofule il suffit qu'on ait quelquefois l'occasion d'étudier ces affections à l'état d'isolement complet pour qu'on ait cru devoir rejeter une confusion sinon légitime, du moins assez excusable.

Et lorsque des milliers et des millions de cas où ces deux maladies s'enchaînent dans leur évolution ne peuvent suffire pour en établir l'identité, on veut que trois ou quatre faits plus ou moins contestables suffisent pour faire confondre ensemble plusieurs ordres de tumeurs qui, 99 fois sur 100 au moins, de l'aveu de tout le monde, conservent, pendant toutes les phases de leur développement, une structure caractéristique!

Ainsi on a vu certaines tumeurs épithéliales récidiver un grand nombre de fois sur place, et gagner même les ganglions lymphatiques du voisinage. Toutes ces tumeurs secondaires, examinées au microscope, ont présenté les mêmes caractères que la tumeur primitive; partout on a trouvé d'innombrables cellules épithéliales sans la moindre trace de cancer : ce n'est pas 1 fois ni 10, ni 20, mais plusieurs centaines de fois peut-être que les faits de ce genre ont été observés. M. Velpeau, qui s'est bien gardé de le dire, l'ignore moins que personne.

Ainsi encore, les tumeurs fibro-plastiques peuvent, comme les tumeurs épithéliales, récidiver sur place un grand nombre de fois en conservant toujours, dans leurs réapparitions successives, la même structure que la première fois. Mais il y a plus encore : lorsque, par exception, dans des cas rares que les micrographes ont découvert et qu'ils ont bien voulu faire connaître aux cliniciens, lorsque, par exception, disons-nous, les tumeurs fibro-plastiques viennent à se généraliser dans l'organisme, toutes les productions accidentelles qui se développent dans le foie ou dans les poumons ont la structure fibro-plastique au même titre que la tumeur primitive..

Enfin il n'est pas d'écolier qui ne sache que les récidives du cancer, et les cancers ganglionnaires successifs, et les cancers secondaires par la propagation, et les cancers multiples par infection, quels que soient l'époque et le lieu de leur apparition, quelles que soient leurs connexions avec le cancer primitif, ont toujours invariablement la même structure que lui, renferment les mêmes cellules, présentent la même marche, sont en un mot de la même nature.

On sait tout cela; on reconnaît que dans la presque universalité des cas, plus de 9 fois sur 10, plus de 99 fois sur 100, ces trois affections, le cancroïde, le fibroïde et le cancer, naissent, se développent, se propagent, se multiplient et récidivent enfin, sans perdre et sans modifier un seul instant leurs caractères histologi-

ques; et parce que de loin en loin, de très-loin en très-loin, on aperçoit quelques faits qui semblent déposer en sens inverse on oublie tout le reste, et on s'empresse d'en conclure que ces faits, pour la plupart contestables d'ailleurs, renversent toutes les distinctions que le microscope a établies.

Mais il est temps d'aborder ces faits exceptionnels, de les passer en revue et de les réduire à leur juste valeur. M. Velpeau a cité successivement deux cas de cancroïde empruntés à M. Mayor, deux cas de cancroïde tirés de sa propre pratique, l'observation du marchand de bois opéré par M. Richet, et enfin celle d'une femme qui mourut à l'hôpital Saint-Louis, après avoir passé quelque temps à la Charité.

Ces faits ont été argumentés d'une manière pressante par M. Robert et M. Velpeau s'est efforcé de les réhabiliter dans son dernier discours. Il n'y a que très-incomplétement réussi.

Et d'abord, il a commencé par retirer les deux faits de M. Mayor, qu'il avait mis en avant sans en avoir pris une connaissance suffisante. M. Mayor, ayant examiné des tumeurs produites par la récidive et les ayant trouvées cancéreuses, se demanda quelle avait pu être la nature des tumeurs primitives. Alors, dominé par les idées qu'il s'était faites sur les productions épithéliales, il émit cette hypothèse indémontrable, que les anciennes tumeurs *avaient dû* être constituées par des cellules d'épithélium. Cette supposition donnée par M. Mayor comme une simple vue théorique, avait été acceptée par M. Velpeau comme ayant la valeur d'un fait démontré. En y regardant de plus près, sur l'invitation de M. Robert, M. Velpeau a fini par reconnaître qu'il avait lu trop rapidement le texte de M. Mayor, et il a déclaré à l'Académie qu'effectivement les deux faits de notre confrère ne prouvaient absolument rien.

Il nous est impossible d'argumenter les deux faits de cancroïde tirés de la pratique de M. Velpeau. Ils n'ont pas encore été publiés d'une manière complète, et tout le monde reconnaîtra que dans une question aussi débattue, on a le droit d'exiger des observations détaillées. Nous ne connaissons ces deux nouveaux faits que par l'impression qu'ils ont faite sur l'esprit de M. Velpeau. Feraient-ils la même impression sur le nôtre si nous en connaissions tous les détails? C'est ce qu'il nous est impossible de deviner.

Le fait du marchand de bois opéré par M. Richet n'est pas plus embarrassant. Une tumeur remplissait les fosses nasales. Un fragment de la tumeur fut extrait et placé sous le microscope : on n'y trouva pas de cancer. Alors on fit l'opération; *la tumeur ne fut pas examinée!* Plus tard, il y eut récidive, le malade mourut, et on trouva que les nouvelles tumeurs renfermaient des cellules cancéreuses.

En citant ce fait dans son deuxième discours (*Moniteur des Hôpitaux*, t. II, nº 134, p. 107, colonne 1), M. Velpeau avait reconnu lui-même qu'il n'était pas très-concluant : « On pourrait « peut-être objecter à ce sujet, avait-il dit, qu'une partie de la mu« queuse a été prise pour le tissu cancéreux, et a contribué à don« ner le change à l'observateur; mais voici un autre fait contre « lequel il n'y aura rien à dire, je l'espère. »

D'après ce passage et d'après l'alinéa précédent, où il est dit qu'un petit fragment avait été enlevé avant l'opération, il est clair qu'à la date du 7 novembre dernier, M. Velpeau pensait qu'on avait examiné seulement une parcelle de la tumeur. M. Robert avait objecté que cette parcelle, nécessairement très-superficielle, avait très-bien pu ne pas présenter la même structure que le reste de la tumeur. Alors M. Velpeau, en réfléchissant, s'est mieux souvenu, et il a dit dans son dernier discours que le fragment enlevé avant l'opération était gros comme le doigt. Ce nouveau renseignement changerait tout à fait la signification de l'observation; il est fâcheux qu'il ne s'accorde pas avec la première version présentée à l'Académie par M. Velpeau lui-même.

Mais dans le passage que nous venons de reproduire, M. Velpeau annonçait un autre fait, contre lequel il espérait qu'il n'y aurait rien à dire. Cette espérance ne s'est pas réalisée. M. Robert a dit bien des choses en effet, et des choses graves contre l'observation en question. Voici le fait en quelques mots :

Une femme qui portait au sein gauche des plaques d'un aspect très-singulier, entre à la Charité dans le service de M. Velpeau. Une des végétations qui surmontaient la tumeur s'étant accrue plus que les autres, M. Velpeau l'excisa; l'examen microscopique démontra qu'il n'y avait pas de cellules cancéreuses dans ce fragment. La malade ne fut pas opérée, et alla mourir à l'hôpital Saint-Louis. A l'autopsie, on trouva que la tumeur du sein gauche renfermait des éléments cancéreux en grand nombre. (*Moniteur des Hôpitaux*, t. II, p. 1071, col. 1 et 2.)

En analysant ce fait, M. Robert a trouvé, d'après quelques autres détails, qu'il ressemblait beaucoup à un autre fait publié dans le *Traité des maladies du sein*. Comparant alors les deux observations, il a fini par reconnaître qu'elles se rapportaient effectivement à la même malade. Il ne restait plus qu'une petite difficulté : c'est que dans l'observation, telle que M. Velpeau l'a publiée dans son livre, il n'est nullement question de l'excision pratiquée à la Charité et de l'examen microscopique dont cette excision aurait été suivie. Il a paru à M. Robert que cela diminuait singulièrement la valeur des détails présentés par M. Velpeau à l'Académie et il n'a pas manqué de demander à son collègue l'explication de cette petite difficulté.

M. Velpeau n'a pas nié la différence qui existe entre la version de l'Académie et celle du *Traité des maladies du sein*. Il l'a expliquée en disant que cette dernière version était due à des internes, lesquels avaient oublié de mentionner certains détails. Peut-être M. Velpeau aurait-il mieux fait de compléter son observation, lorsqu'il l'a publiée dans son livre. En tous cas, on s'explique aisément l'embarras de M. Robert et de tous ceux qui, comme lui, recourant directement aux sources, attachent plus d'importance à l'observation *princeps* qu'aux additions qu'on y peut faire après coup, d'après des souvenirs qui peuvent à la rigueur être inexacts.

Il nous semble donc que les faits invoqués par M. Velpeau à l'appui de son troisième argument, n'ont pas cette évidence qui lève tous les doutes. D'ailleurs ces faits, lors même qu'ils seraient sans réplique, lors même qu'ils seraient plus nombreux, ne porteraient aucune atteinte aux distinctions que le microscope a établies, ainsi que nous n'avons pas eu de peine à le démontrer plus haut.

Au moment de déposer la plume, nous éprouvons le besoin de dire à M. Velpeau que personne n'a cherché à l'*annihiler*, comme il l'a dit dans le quatrain qui lui a servi de péroraison. Il peut donc nous plaindre, s'il veut, mais il n'a rien à nous pardonner. Nous nous sommes défendus quand il nous a attaqués, et nous croyons l'avoir fait sans oublier les égards dus à la position éminente qu'il occupe et aux services qu'il a rendus à la science. Si le lecteur veut bien prendre la peine de comparer nos expressions à celles qui ont rendu si piquante la dernière improvisation de M. Velpeau, il reconnaîtra sans peine que ce n'est pas nous qui avons manqué de modération.

Nous serions plutôt en droit de dire que M. Velpeau a cherché à *annihiler* les micrographes en proclamant bien haut à la tribune qu'ils n'étaient pas cliniciens. Les uns sont trop jeunes pour mériter ce titre ; les autres n'ont pas de service d'hôpital. M. Lebert qui est aujourd'hui professeur de clinique à l'université de Zurich, n'est plus il est vrai, de première jeunesse ; mais on con-

viendra du moins qu'il était encore assez jeune il y a dix ans : donc les micrographes ne sont pas cliniciens. — Il ne s'agit plus dès lors que de définir le clinicien, mais nous craignons que cela ne soit aussi difficile que de définir le cancer.

Plus nous y réfléchissons, plus nous sommes disposé à croire que M. Velpeau n'a choisi le verbe *annihiler* que parce qu'il est composé de quatre pieds et parce qu'il rime, ou plutôt parce qu'il paraît rimer avec le verbe pardonner, qui a été le dernier mot de la discussion.

PAUL BROCA.
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Par M. L. FLEURY, *Agrégé de la Faculté.*

De la gastrite chronique, de la gastralgie et de la dyspepsie.

(Suite. Voir tome II, n° 145, 153, tome III, n° 2.)

Pour M. Durand-Fardel, la *dyspepsie est une maladie de l'estomac, non fébrile, continue, principalement caractérisée par des digestions lentes, pénibles, douloureuses, accompagnées du rejet ou des aliments ou des produits de sécrétion gastrique, de constipation, et d'un état général de langueur et de faiblesse, plus ou moins prononcé* (1).

Cette maladie « *doit être distinguée de la* gastralgie, *dont les caractères sont, pour la plupart, opposés aux siens.* »

Comment M. Durand-Fardel établit-il la légitimité, l'utilité de cette distinction entre la *gastralgie* et la maladie de l'estomac à laquelle il donne le nom de *dyspepsie ?*

La gastralgie, dit M. Durand-Fardel, est produite par des causes *stimulantes*, la dyspepsie par des causes *dépressives ;* de là, dans les symptômes, des différences que résume le tableau synoptique suivant :

DYSPEPSIE.	GASTRALGIE.
Digestion toujours lente, pénible, douloureuse.	Digestion quelquefois plus facile et plus prompte que dans l'état de santé.
Présence des aliments déterminant toujours quelque malaise.	Présence des aliments soulageant quelquefois les douleurs gastralgiques.
Appétit en général diminué ou perdu, jamais perverti.	Appétit souvent conservé, quelquefois augmenté, souvent perverti.
Douleurs cardialgiques point constantes;	Douleurs cardialgiques constantes;
toujours liées au travail de la digestion;	souvent indépendantes de la présence des aliments;
jamais très-aiguës;	souvent très-violentes;
presque toujours accompagnées de sensibilité à la pression;	presque jamais accompagnées de sensibilité à la pression;
point de sensations bizarres.	sensations bizarres dans l'estomac.
Vomissements ordinairement alimentaires.	Vomissements non alimentaires.
Éructations souvent aigres, quelquefois hydrosulfurées.	Eructations en général inodores et insipides.
Marche continue, sauf l'influence périodique de l'introduction des aliments.	Retour des accidents par accès.
Tous les accidents liés au fait même de la digestion devenue difficile.	Les accidents plus ou moins indépendants des digestions, qui peuvent s'exécuter normalement ou qui ne sont qu'accidentellement troublées.
Affaiblissement général de la nutrition.	La nutrition peut se faire d'une manière normale.

(1) Durand-Fardel, *Des Eaux de Vichy considérées sous les rapports clinique et thérapeutique*, etc. Paris, 1851, p. 52-106.

Mais tous les praticiens ne savent-ils pas que la gastralgie est, sinon plus, du moins aussi souvent produite par des causes dépressives que par des causes stimulantes? Les nosographes n'ont-ils pas établi deux formes de gastralgie? Une forme sthénique et une forme asthénique? M. Durand-Fardel, qui le sait bien, déclare que cette division « *n'est propre qu'à ajouter à la confusion introduite dans l'étude;* » mais cette division, il l'accepte, il la maintient, il la développe... en substituant le nom de *dyspepsie* à celui de *gastralgie asthénique.* Nous ne comprenons pas l'importance de cette simple substitution de mots qui, si la confusion existe, n'est propre qu'à l'augmenter et qui, si elle n'existe pas, est très-propre à la faire naître.

Est-il possible de prendre au sérieux le tableau synoptique tracé par M. Durand-Fardel? Qui ne connaît la diversité, la variabilité des symptômes de la gastralgie? Le gastralgique d'aujourd'hui ne peut-il pas être le dyspeptique de demain, et réciproquement? Si l'on transposait les deux noms placés au-dessus des colonnes synoptiques que nous venons de mettre sous les yeux du lecteur, quel est le praticien qui protesterait, sauf à réduire à leur juste valeur les mots *toujours* et *jamais*, qui ne figurent là que pour les besoins de la cause?

M. Durand-Fardel ne reconnaît-il pas implicitement la valeur de ces objections, en disant : « *Nous reconnaissons parfaitement que dans ce tableau nous avons pris les caractères les plus tranchés de ces deux maladies, pour les opposer l'un à l'autre. — Ce qui fait que l'on ne rencontre* pas toujours *des faits aussi tranchés c'est que* la dyspepsie et la gastralgie peuvent se surajouter l'une à l'autre, *soit qu'un estomac fatigué de souffrances nerveuses prolongées tombe dans l'atonie dyspeptique, soit, ce qui est plus rare, qu'un estomac dyspeptique devienne le siége de phénomènes nerveux particuliers.*

Est-il possible de pousser la *confusion* plus loin que ne le fait ici M. Durand-Fardel? Je veux, disait M. Purgon, que vous tombiez dans la bradypepsie, de la bradypepsie dans la dyspepsie, de la dyspepsie dans l'apepsie, de l'apepsie dans... La gastralgie n'est venue qu'après Molière.

Mais si l'étiologie et la symptomatologie sont inaptes à établir l'individualité de la *dyspepsie*, la pathogénie sera sans doute plus habile, et voici venir un paragraphe qui, pour le coup, rendra toute *confusion* impossible. M. Durand-Fardel nous dévoile *la nature de la dyspepsie.* — La dyspepsie est une *diacrise*, c'est-à-dire une *lésion de sécrétion*, une altération du suc gastrique — de là les éructations, souvent aigres et quelquefois hydrosulfurées, indiquées dans le tableau synoptique.

Après avoir fait cette découverte, M. Durand-Fardel ajoute : « La digestion est essentiellement un phénomène et nerveux et chimique.... Les auteurs qui ont rangé la dyspepsie parmi les gastralgies avaient certainement fait abstraction de la partie chimique de la digestion. »

Or, parmi ces auteurs, M. Durand-Fardel place, avec raison, ceux du *Compendium de médecine pratique.* — Ouvrons ce livre anti-chimique et cherchons l'article gastralgie.

« La *sécrétion* de la membrane muqueuse est modifiée comme les autres phénomènes dynamiques. Son augmentation est la cause de ces gastrorrhées qui amènent des vomissements fréquents de matières muqueuses. Si la sécrétion est pervertie, il en résulte des liquides alcalins ou très-acides (soda, pyrosis). Enfin, l'on est en droit d'admettre que certaines digestions lentes et difficiles (dyspepsies) reconnaissent pour cause une diminution trop grande des liquides fournis par la membrane interne de l'estomac et *nécessaires à la digestion.* (1) »

Nous n'avions donc pas oublié que la digestion est « un phénomène et nerveux et chimique » seulement nous nous étions souvenus également de l'influence exercée par l'élément nerveux sur l'élément chimique ; or, comme cette influence est proclamée par M. Durand-Fardel lui-même, il en résulte que la *dyspepsie* de cet auteur n'est autre chose que la *gastralgie asthénique avec modification des sécrétions gastriques*, modification qui ne

(1) *Compendium de méd. pratique*, t. IV, p. 261.

présente rien de constant, de caractéristique, qui, ainsi que la plupart des phénomènes gastralgiques, varie d'individu à individu et présente, chez le même malade, de nombreuses irrégularités de forme, d'intensité, de marche, de durée, existant aujourd'hui et disparaissant le lendemain pour se reproduire encore; accompagnant, d'ailleurs, aussi fréquemment la gastralgie sthénique par causes stimulantes, que la gastralgie asthénique par causes dépressives.

Enfin la thérapeutique justifie-t-elle la distinction établie par M. Durand-Fardel, mieux que ne l'ont fait l'étiologie, la symptomatologie et la pathogénie.

« *En principe, la base du traitement de la dyspepsie doit être l'emploi des toniques et des stimulants.* » Or, abstraction faite des eaux de Vichy, qui figurent au premier rang dans ce traitement *tonique et stimulant*, voici quels sont les moyens curatifs indiqués par M. Durand-Fardel.

Les amers (gentiane, rhubarbe, colombo), les stimulants (menthe, mélisse, etc.), les laxatifs, le genre de vie, le changement de climat, la vie active succédant au repos, les occupations de la campagne aux travaux du cabinet; les exercices violents, le retour à des habitudes régulières, la gymnastique, les bains de mer, l'hydrothérapie.

Si nous voulions transcrire ici quelques pages du *Compendium* consacrées au traitement de la gastralgie, on y retrouverait, avec plus de développements, les mêmes indications, les mêmes modificateurs hygiéniques et pharmaceutiques; mais ne serait-ce pas faire injure à la perspicacité, à l'expérience des praticiens?

Disons, pour rendre justice à qui de droit, que M. Durand-Fardel, contrairement à M. Beau, recommande d'interroger avec soin l'état général du sujet, les causes de la maladie, de saisir la moindre indication pour diriger, *ailleurs que sur l'estomac*, les agents thérapeutiques. « Nous ne parlerons pas, dit-il, des indications spéciales qui peuvent résulter de l'état diathésique ou de certaines circonstances sous l'influence desquelles la dyspepsie se sera développée : ainsi chlorose, hystérie, aménorrhée, leucorrhée, etc., *ce n'est pas alors la dyspepsie que l'on traite, c'est l'hystérie, la chlorose*, etc.

Pourquoi faut-il que M. Durand-Fardel ajoute : « C'est dans « les cas de ce genre que le traitement d'un gastralgique et d'un « dyspeptique pourra être identique, bien que le traitement de « la gastralgie et celui de la dyspepsie soient loin d'être les mê- « mes. Calmants de toutes sortes, narcotiques, antispasmodi- « ques : telle est la base du traitement des gastralgies. Que feront « à une dyspepsie l'opium, l'éther, les bains calmants et pro- « longés, c'est-à-dire les moyens les mieux indiqués dans le trai- « tement des gastralgies? Rien qu'empirer le mal; à moins tou- « tefois que l'intensité particulière d'un symptôme spécial, « comme la douleur par exemple, ne nécessite l'emploi, mais « toujours modéré, de l'opium, ainsi que les ferrugineux et les « amers conviennent dans certaines gastralgies. »

Tout le monde ne sait-il pas qu'un traitement dirigé contre une cause morbigène, ne doit être subordonné aux effets de cette cause que dans de très-étroites limites, et quelqu'un a-t-il jamais prétendu établir une identité entre le traitement de la gastralgie sthénique et celui de la gastralgie asthénique?

Nous n'en avons pas fini avec les partisans de la *dyspepsie*, et nous avons réservé, pour la fin, l'adversaire sinon le plus redoutable, du moins le plus prolixe, M. Gendrin, qui n'a pas consacré moins de un volume et demi à l'histoire des *dyspepsies*. .... A la vérité, l'auteur du *Traité philosophique de médecine pratique* décrit sous ce nom, *les états saburrhaux ou les embarras gastriques et intestinaux, muqueux et bilieux; la turgescence gastro-intestinale, pituiteuse ou bilieuse*, etc., des auteurs (dyspepsies muqueuses ou nidoreuses apyrétiques); *les fièvres gastriques, muqueuses ou pituiteuses; les fièvres bilieuses, les fièvres stomachales, les fièvres méningo-gastriques, les fièvres rémittentes, bilieuses, les fièvres mésentériques, les fièvres cholériques*, etc., des auteurs (dyspepsies pyrétiques, fièvres dyspepsiques ou assodes); *les cardialgies, les gastrodynies, les ardeurs d'estomac, la passion cardiaque, la crudité acide de l'estomac, les gastralgies, les gastro-entéralgies*, etc., des auteurs (dyspepsies ascescentes, flatulentes ou cardialgiques). — Ces *dyspepsies* sont *aiguës, chroniques* ou *réfractaires, pyrétiques* ou *apyrétiques, éphémères, rémittentes, continues, ataxiques, épidémiques, hypochondriaques*, etc., de telle sorte que nous retrouvons à peu près ici TOUTES LES MALADIES SÉRIEUSES, et que M. Beau et M. Gendrin se donnent la main, quoique s'étant placés à un point de vue très-différent. En effet, tandis que pour M. Beau la *dyspepsie* est la *cause* directe ou indirecte de toutes ces *maladies sérieuses*, elle n'est, pour M. Gendrin, qu'un *symptôme* commun à toutes ces maladies, mais un symptôme capital, car il est le résultat d'une *lésion primitive commune*, d'une *diacrise*, c'est-à-dire d'une altération survenue dans la sécrétion des produits muqueux, séreux ou gazeux fournis par la muqueuse gastro-intestinale ou par des organes glanduleux spéciaux. — A ce compte, M. Durand-Fardel n'est qu'un imitateur — honnête et modéré — de M. Gendrin!

En laissant de côté la médecine philosophique transcendante, en restant sur le terrain de la médecine pratique, de la clinique, on peut admettre avec M. Gendrin que les fonctions digestives sont toujours plus ou moins troublées dans les maladies ci-dessus énumérées, mais l'on doit se demander en même temps, quel avantage il y a à réunir sous une même dénomination des troubles si divers, si variables, et surtout à imposer cette dénomination à des maladies plus diverses encore que les troubles fonctionnels qui n'en sont que des phénomènes accessoires et secondaires! Faut-il donner le nom de *vésanies* à toutes les maladies dans lesquelles il peut survenir du délire?

Les doctrines de MM. Gendrin et Beau ne sont-elles pas une étrange anomalie au sein de l'école *positiviste* de Paris, en présence des Andral, des Bouillaud, des Piorry, des Rostan, dont les efforts tendent précisément à isoler les phénomènes symptomatiques, à les distinguer les uns des autres, pour les rattacher aux différents états organopathiques dont ils sont la manifestation.

Laissons donc ces vaines discussions, et maintenant que nous avons fait justice de toute cette logomachie, maintenant que nous avons déblayé le terrain et arraché les broussailles dyspepsiques qui auraient pu entraver notre marche, abordons l'étude si difficile de la *gastralgie*, au triple point de vue de son diagnostic et de ses causes, de ses symptômes et de son traitement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Recherches sur les Affections morbides et anormales du Placenta

(Mémoire couronné par la société de médecine de Gand, dans sa séance du 10 janvier 1854),

Par le docteur AMBROISE MORDRET (du Mans),

Professeur d'accouchements, lauréat de l'Académie de chirurgie de Madrid, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

> « Le mot adhérent extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare. »
> BAUDELOQUE.
>
> Ne pas confondre un état physiologique avec un état pathologique.

(Voir les nos 156, 1, 3, 4 et 5.)

Il s'agit maintenant d'examiner dans quelles circonstances il convient de faire des tentatives directes d'extraction, ou s'en abstenir, pour s'en remettre à l'un des moyens qui viennent d'être indiqués.

M. Godefroy, professeur d'accouchement à l'école de Rennes, me paraît avoir précisé, autant que possible, ce qu'il convient de faire, dans son Mémoire sur le traitement des adhérences intimes du placenta à l'utérus. L'auteur divise son travail en deux sections. Dans la première, il s'occupe des adhérences totales intimes. Ces adhérences, dit-il, sont faciles à reconnaître, car elles

ne sont point accompagnées d'hémorrhagie. La deuxième section est consacrée aux adhérences partielles et intimes, qui se distinguent des précédentes, en ce qu'elles sont, au contraire, toujours accompagnées d'hémorrhagies. M. Godefroy rapporte sept observations qui lui sont toutes personnelles. Les quatre dernières ont déjà été analysées (V. *Observ.* 12, 18, 19); voici le résumé des trois autres :

Vingt et unième observation.—Dans la première, dont le sujet est une primipare accouchée heureusement, les frictions sur le ventre, les tractions sur le cordon ne purent opérer la délivrance. L'auteur donna quatre gr. d'ergot en quatre doses de demi-heure en demi-heure et attendit. De nouvelles tractions faites sur le cordon furent aussi infructueuses que les premières; alors il injecta, sans plus de succès, un demi-litre d'eau froide dans la veine ombilicale. Voyant que l'utérus restait dur et globuleux, et qu'il n'y avait point d'hémorrhagie, il déclara qu'il y avait probablement adhérence totale du placenta au fond de l'utérus, et que le décollement artificiel serait plus dangereux que l'attente. La famille ne tint pas compte de ce conseil, un confrère fut appelé; celui-ci craignant la putréfaction du placenta fut d'avis de délivrer quand même. Il y procéda à trois reprises, amenant à chaque fois une poignée de lambeaux placentaires, après quoi il dit que la femme était parfaitement délivrée. M. Godefroy ne s'en assura point. Dès le soir, il survint une métro-péritonite, à laquelle la femme succomba promptement, malgré les moyens énergiques qui furent employés. L'autopsie ne fut pas faite.

Vingt-deuxième observation. — Le second cas fut observé sur une multipare qui eut aussi un accouchement heureux. Les tractions qu'on fait habituellement pour détacher le placenta quand il ne vient pas furent sans résultat. L'utérus était cependant dur et revenu sur lui-même. Les injections d'eau dans la veine ombilicale n'eurent d'autre effet que d'augmenter un peu les coliques. Quatre grammes d'ergot ne servirent à rien. Cependant il n'y avait pas d'hémorrhagie. On donna à la malade une infusion de tilleul, et comme l'écoulement vaginal, quoique très-faible, était un peu odorant, on fit des injections avec une décoction de graine de lin additionnée d'un peu de liqueur de Labarraque. Au bout de cinq jours, le placenta céda aux tractions renouvelées chaque jour sur le cordon et put être extrait. « Sa surface utérine était en partie convertie en une substance dure, élastique, d'un blanc jaunâtre et parsemée çà et là de petites concrétions ostéiformes. Le pourtour du placenta présentait une bandelette de cette substance jaunâtre et élastique, qui parut à l'auteur siéger dans la duplicature de la caduque. »

Vingt-troisième observation. — La troisième observation se rapproche beaucoup de la précédente. La personne qui en a fourni le sujet était primipare et accoucha spontanément. Tractions sur le cordon, injection de la veine ombilicale, ergot, tout fut employé, sans succès, pour extraire le placenta. On fit alors des injections vaginales comme ci-dessus, et le septième jour seulement le placenta céda aux tractions habituelles faites sur le cordon. (Le cordon s'insérait en raquette et le placenta n'offrait aucunes traces de décomposition. Sa surface utérine était presque en totalité convertie en une masse dure, élastique, d'un blanc jaunâtre et occupant dans plusieurs points les trois quarts de l'épaisseur du placenta. Dans les autres endroit, il n'y avait qu'une couche assez mince de cette substance. Il ne s'écoula que peu de sang après l'extraction; mais les lochies eurent longtemps une teinte rosée.) La malade s'est, du reste, parfaitement rétablie, quoiqu'elle ait pris peu de précautions.

Je n'ai pas à m'occuper ici de la nature des lésions placentaires que j'ai appréciées ailleurs. Je rappellerai pourtant combien il est extraordinaire que six fois sur sept M. Godefroy ait trouvé dans le placenta des transformations qui, d'après les meilleurs auteurs, s'accompagnent rarement d'adhérence. J'observerai encore que, dans la plupart de ces cas, l'adhérence fût peu intime, puisqu'elle céda au bout de quelques jours, ou bien de suite, aux tentatives d'extraction. La première observation me semble véritablement le seul cas d'adhérence intime.

De ces faits, M. Godefroy se croit autorisé à conclure que chaque fois qu'il n'y a point d'hémorrhagie, « il est plus prudent d'attendre le bénéfice de la nature que de se livrer à des manœuvres fort douloureuses et même dangereuses, auxquelles on est toujours à même de recourir, si quelque accident y forçait. »

Des quatre faits qui composent la seconde série (V. *Observ.* 12, 18, 19), il conclut que chaque fois qu'il existe une hémorrhagie, petite ou grande il faut le plus promptement possible effectuer la délivrance, car si le sang coule à flots, il n'y a pas de temps à perdre, et s'il coule peu, la malade s'affaiblit cependant promptement, et demeure jusqu'à complète délivrance sous le coup d'une hémorrhagie foudroyante. Il s'en faut de bien peu que je n'accepte ces conclusions; voici, du reste, comment je proposerai de formuler le traitement des adhérences placentaires.

Si l'adhérence est légère, qu'elle soit totale, qu'elle soit partielle, elle cédera aux moyens simples, généralement recommandés par tous les accoucheurs, et dont j'ai suffisamment parlé. Mais si l'adhérence est intime, l'introduction de la main me semble toujours indiquée, qu'il y ait ou non hémorrhagie. Alors, en effet, le point important est de reconnaître la puissance de l'adhérence, et la main seule peut apprendre quelque chose à ce sujet. Il faut introduire la main, non pas pour décortiquer, pour arracher le délivre quand même, mais pour établir le diagnostic et le pronostic.

Les craintes des accoucheurs qui n'osent porter la main dans la matrice de peur d'irriter cet organe sont puériles; Duchâteau et M. Velpeau l'ont parfaitement démontré. « A moins que l'accouchement ne soit terminé depuis longtemps, dit ce dernier, on aurait tort de croire que l'introduction de la main doive être très-douloureuse et irriter beaucoup la matrice. Est-il raisonnable de redouter le frottement modéré des doigts, de douces tractions exercées avec la main, sur un organe qui s'est contracté sans inconvénient pendant plusieurs heures et avec tant de violence auparavant? » A cela, j'ajouterai qu'il est presque inouï qu'une version, qu'une application de forceps bien conduites déterminent une irritation de la matrice. Celle-ci offre, pendant la durée de l'accouchement, une sorte de tolérance, d'insensibilité au contact, nécessaires à l'accomplissement de la fonction. Cette tolérance, qui ne peut disparaître subitement après le part, doit être utilisée par l'accoucheur quand il en est besoin. Mais autant l'introduction de la main est alors inoffensive, autant elle devient pénible et même dangereuse quand on attend trop. Ménard portait hardiment la main dans la matrice, et s'en trouvait bien. Jackson préfère même ce moyen aux tractions sur le cordon dans les cas les plus simples d'adhérence, et sans approuver cette manière de faire, je ne saurais pourtant la blâmer.

Une seule fois il m'est arrivé d'aller chercher un placenta légèrement adhérent. La femme était primipare et âgée de 22 ans; je l'avais accouchée à l'aide du forceps depuis trois quarts d'heure environ. Le globe utérin était formé, mais n'était pas très-dur malgré les frictions manuelles que j'avais fait faire. J'essayai quelques tractions sur le cordon, elles étaient très-douloureuses et le délivre ne vint pas. Il n'y avait du reste aucun accident, mais la femme était très-fatiguée d'un travail long et pénible et avait besoin de repos. C'était au début de ma pratique et je crus à une adhérence véritable. Je trouvais en effet le placenta au fond de l'utérus, il n'était encore détaché sur aucun point de sa surface, mais d'adhérence il n'y en avait point. Je fis très-facilement glisser ma main entre les membranes et l'utérus en observant scrupuleusement les règles de l'art. Je fis certainement moins de mal à la femme que lorsque j'avais tiré sur le cordon, et j'amenai le placenta bien entier à ma grande satisfaction comme à celle de la patiente qui put alors être lavée, changée et remise dans son lit où elle prit un repos dont elle avait grand besoin. Les suites de couches furent celles qu'on observe d'ordinaire après un accouchement laborieux. En réfléchissant depuis sur ma conduite en cette circonstance, je suis resté convaincu que le placenta fut sorti de lui-même quelques heures plus tard, ou peut-être le lendemain comme cela est souvent arrivé, mais je crois aussi que sa présence dans l'utérus pendant un temps que je ne pouvais déterminer, eut causé non pas des accidents sérieux, mais une gêne qui, en raison de sa durée, eût été plus pénible pour l'accouchée que la manœuvre que j'avais

faite. Aussi, dans un cas analogue, je n'hésiterais pas à agir de la même manière, bien que je ne crusse plus à l'adhérence du placenta.

Nous savons que s'il n'y a pas d'hémorrhagie l'adhérence est totale au moins le plus souvent; dans ce cas, la main une fois dans l'utérus doit agir avec prudence. Il faut, autant que possible, contourner les membranes, essayer de glisser entre les surfaces de contact, mais ne point user de violence; si le placenta n'est que légèrement adhérent, on viendra toujours à bout de le décoller ainsi. Si l'adhérence est plus intime on ne devra pas oublier qu'il est telles circonstances où le délivre ne doit pas tomber, telles autres où il ne doit être expulsé qu'après un temps assez long, et qu'alors il fait corps avec la matrice, que selon toute apparence l'arracher violemment serait arracher la muqueuse utérine elle-même, et que dans tous les cas le placenta est parfois uni à l'utérus par un tissu ferme et serré qui ne peut être divisé que par le scalpel. Si les adhérences sont formées par une dégénérescence quelconque de la face concave du placenta, comme dans les observations de M. Godefroy, ou bien par une légère exsudation inflammatoire, ou bien encore par un caillot de sang devenu fibrineux, il y aura toujours quelques points du gâteau placentaire qui seront restés sains et par lesquels on pourra commencer le décollement sans opérer de violence; alors agissant de proche en proche, on aura bientôt raison d'adhérences qui, dans ces circonstances, ne sont presque jamais très-solides.

Je crois qu'on peut agir avec moins de ménagements quand l'adhérence n'est que partielle, que quelquefois même on le doit. Alors en effet il y a une hémorrhagie plus ou moins inquiétante, ou bien si elle n'existe pas elle est imminente. Les portions décollées peuvent se putréfier promptement et il importe au moins de les extraire. Dans ces cas on essayera d'achever le décollement comme il vient d'être dit pour l'adhérence totale, mais si l'on n'y parvient pas, je crois qu'il faut déchirer et emporter tout ce qu'on peut emporter, puis laisser la portion trop intimement adhérente, il serait de la dernière imprudence de pousser plus loin ses efforts, telle était du reste la pratique de Smellie, de Livret, de Baudeloque, de Desormeaux, telle est celle de MM. Velpeau, P. Dubois, de tous les accoucheurs modernes en un mot, et l'on ne peut mieux faire que de se conformer à un conseil si unanime. Lorsqu'on est forcé d'abandonner dans la matrice une portion du placenta, celle-ci se comporte comme le ferait le placenta tout entier, c'est à dire qu'elle peut être résorbée, mais que le plus souvent elle tombe en putrilage et est entraînée par les lochies ou par les injections; ou bien après un séjour souvent fort long dans l'utérus, pendant la durée duquel elle peut subir diverses modifications dont j'ai déjà parlé, elle se détache et est expulsée.

Je n'ai que bien peu de chose à dire du manuel opératoire qu'il convient d'employer pour aller à la recherche du placenta, celui-ci a été suffisamment décrit par tous les auteurs. Si la tige ombilicale existe, elle sert de guide pour arriver jusqu'au placenta, si elle n'existe plus il est rarement difficile de reconnaître cet organe. Sa saillie dans l'utérus, sa consistance plus molle, les nervures de ses vaisseaux, la sensibilité moins grande qu'accuse la femme lorsqu'on touche le placenta que lorsqu'on touche la paroi de l'utérus, plus que tout cela peut-être les fragments de membranes qui l'entourent qu'on peut toujours trouver et suivre, sont autant de moyens qui ne permettent guère de se tromper.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

UVA URSI. SON EMPLOI DANS LES ACCOUCHEMENTS.

D'après M. Harris, l'uva ursi pourrait remplacer le seigle ergoté, dans le cas de contractions insuffisantes de l'organe utérin. Dans cinq cas de cette espèce avec épuisement nerveux, l'administration d'une forte décoction d'uva ursi fut suivie de fortes douleurs expultrices et de la sortie rapide du fœtus et du placenta. D'après M. Harris, l'uva ursi serait même préférable à l'ergot de seigle, parce que son emploi n'est pas accompagné de dangers, et parce qu'il ne produit pas ces contractions toniques si douloureuses pour la mère et si dangereuses pour la vie du fœtus. Si ces résultats étaient confirmés par de nouvelles recherches, il en résulterait que l'uva ursi possède une action spéciale, non-seulement sur l'appareil urinaire, mais aussi sur l'appareil génital de la femme. C'est là, du reste, une chose dont la vérification est si facile, que nous ne doutons pas que nos confrères soient bientôt fixés sur la valeur de cette assertion de M. Harris.

(*Bullet. de thérap.*)

DES BAINS DE GUANO DANS CERTAINES DOULEURS RUHMATISMALES, *par* M. ESCOLAR.

Les malades chez lesquels M. Escolar a eu recours à cette médication, sont au nombre de deux. Le premier, atteint de douleurs *rhumatico-vénériennes*, avait fait usage des préparations mercurielles et iodées, qui avaient procuré du soulagement, mais qui lui avaient été impuissantes à le guérir; neuf bains de guano suffirent pour le débarrasser de ses souffrances. Le second avait une arthrite chronique; la poudre de Dower, les adoucissants, les préparations iodées, l'azotate de potasse avaient été employés sans succès; les émissions sanguines locales avaient exaspéré le mal, les bains du guano amenèrent un grand soulagement, et la guérison fut obtenue par des applications d'eau froide sur les articulations malades. Le guano, dont s'est servi l'auteur, était du guano pur provenant du Pérou; la quantité employée pour chaque bain a été d'environ 250 grammes, que l'on faisait dissoudre dans l'eau du bain après l'avoir mis dans un sachet.

(*El Siglo medico.*)

CORRESPONDANCE.

SOCIÉTÉ PHILANTHROPIQUE DE PARIS.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

L'article sur la société philanthropique inséré dans le numéro du mardi 16 janvier comporte quelques mots de réplique et j'espère que vous les accueillerez avec une impartialité égale à celle que j'ai mise à les écrire.

Qu'un médecin qui a cru trouver dans la société « *le marche-pied* « *d'une clientèle à venir, et qui a trop présumé de ses forces et de son* « *zèle, qu'un médecin qui suppose que le sacrifice de temps qu'il fait à la* « *société lui enlève les moyens de vivre et de nourrir sa famille.* » (Je copie littéralement), que ce médecin donne sa démission, libre à lui, son exemple, quoi qu'il dise, ne sera pas contagieux, la société ne manquera pas de suppléants, et elle pourra se consoler de ses pertes en énumérant ceux qui lui restent fidèles; mais je cherche en vain quel a pû être le motif qui a déterminé M. Delaforre à rendre sa démission publique et à transformer ce qui devait être une retraite pure et simple en une protestation, une attaque, une véritable aggression.

Sans afficher ici un désintéressement qu'on pourrait taxer d'exagération, et tout en tenant compte de difficultés matérielles que je connais autant que personne, je déclare que tout d'abord j'ai été révolté de cette proposition qui résume toute la lettre et qui se formule ainsi : *Supprimez une grande part de ce que vous donnez à vos malades pour la donner à vos médecins !* A la vérité, M. de L. prétend que ce qu'il supprime est du superflu, mais tous nos médecins le démentent et protestent contre l'injurieuse explication qu'il donne de la dépense des sirops. A qui, par exemple, persuadera-t-on qu'il soit indifférent pour un malade atteint de pneumonie, de gastrite ou de fièvre typhoïde, pour un malheureux sujet atteint de cancer à l'estomac ou de phthisie pulmonaire que sa boisson soit édulcorée avec du sirop ou avec de la réglisse, car toute la réforme de M. de L. repose sur la suppression *du sirop de gomme* qu'il remplace par *la gomme* (substance peu sucrante que je sache), *par la réglisse, le miel*, etc. (L'etc. appartient à M. de L., et je crains qu'il ne soit ni plus sucré ni moins cher que la gomme), *toutes substances* (continue M. de L.), *dix fois moins cher que le sirop de gomme.* Ainsi, nous sommes prévenus que la gomme et le miel coûtent DIX FOIS moins cher que le sirop de gomme !

Le simple énoncé d'une semblable opinion tient lieu de réfutation. Une autre allégation, aussi solidement étayée, consiste à dire que le sirop *de gomme entre pour plus d'un tiers dans la dépense des médicaments.* Il eut été très-facile à M. de L. de constater que ce qu'il affirme pour une seule des substances édulcorantes est bien loin d'être vra

pour toutes les matières sucrantes ensemble. Mais les besoins de la cause pressaient, et pour les satisfaire, voici venir encore une autre statistique. C'est que *non pas seulement les 2/3 mais les 3/4 des malades qui viennent aux consultations ont des maladies simulées*, ce qui fournit à M. de L. l'occasion de formuler cette étrange accusation, qu'une première fois les médecins ne s'aperçoivent pas de la fraude, et que, dans les visites suivantes, ne voulant pas se déjuger, ils continuent indûment à donner le sirop qu'ils ont, sans discernement, accordé une première fois. Le signataire ajoute avec une convenance de langage qui sera remarquée que « *cette petite scène se joue deux fois par semaine et* « *que la société paie les violons, qui lui coûtent* 25,000 *fr. par an.* »

L'auteur ajoute naïvement qu'au bureau de bienfaisance les médecins qui ne donnent pas de sirop ont moitié moins de consultants que les autres, la chose fût-elle vraie, prouverait-elle que le sirop est inutile? essayez de ne rien donner du tout, il viendra encore moins de malades.

C'est pourtant après des appréciations faites aussi légèrement que M. de L. s'est décidé à faire du service médical des dispensaires un tableau dont je ne retracerai que l'esquisse; selon lui « *le médecin qui a* « *promis plus qu'il ne peut tenir, établit entre le besoin et le devoir, entre* « *l'intérêt personnel et le malade, une cote mal taillée qui laisse tout en* « *péril, les ressources du médecin n'augmentent pas, les souffrances du* « *patient ne diminuent pas. Tout va mal, tout périclite, le médecin voit* « *un créancier dans le malade et celui-ci* UN BOURREAU *dans le médecin.* « *Ce dernier, qui a la conscience d'un devoir mal rempli, se résout à fer-* « *mer son cœur et ses oreilles ou il imite M. de L.*, il donne sa démission. » J'en passe, et des meilleures, mais le courage a des bornes et le mien me manque pour transcrire des accusations semblables adressées à des hommes comme nos médecins!

Heureusement que ces appréciations de M. de L., comme ses statistiques, ne prouvent qu'une chose, c'est qu'il ne connaît pas la société qu'il se permet de juger, et, en effet, son service n'y a pas eu assez de durée pour que son nom figure sur un rapport ou sur le tableau de son dispensaire, il ne parle même pas notre langue! il adresse sa lettre à *un administrateur*, quand il n'y a pas à la société un seul fonctionnaire qui porte ce titre, il parle de 48 *cabinets* quand nous ne connaissons que 6 dispensaires, il veut que sa démission arrive à un *conseil supérieur* dont nul de nous n'a jamais entendu parler. Je ne sais s'il est possible *d'enseigner la lecture en quelques jours*, mais l'exemple de M. de L. prouve que l'homme le plus économe du temps d'autrui n'a point assez de quelques mois pour s'identifier avec l'esprit d'une institution comme la société philantropique.

La justice la plus élémentaire commandait à M. de L. d'étudier un peu le passé d'une société contre laquelle il lance un réquisitoire, de faire connaissance avec les hommes au sujet desquels il fait de si étranges révélations. Avant de se décider à écrire, que le sacrifice de temps qu'exige la Société enlève aux médecins les moyens de vivre et de nourrir leur famille, *et les ferait mourir de faim s'ils accomplissaient leur mission jusqu'au bout*, il aurait dû dresser pour les médecins des dispensaires le bilan de l'inanition, et signaler à nos regrets ceux de nos confrères que la faim a conduits au tombeau. Il lui était si facile de constater le temps de service de chaque médecin! Un simple coup d'œil sur la série de nos rapports lui aurait montré, au contraire, avec quelle persévérance, tous, ils avaient donné leurs concours; il aurait vu pendant de longues années les mêmes consultants, Corvisart, Boyer, Lassus, Jeanroy (Jeanroy! l'un des sept fondateurs de la Société, en 1780, et qu'on y retrouve en 1814, c'est-à-dire jusqu'à l'époque de sa mort!), Percy, Brasdor, Thouret, Pinel, Pelletan, Dubois, Hallé, Sabatier; il aurait pu compter les longues années d'exercice des premiers titulaires, L'herminier, Louyer-Villermay, Roux, Husson, Bayle, Ribes, Beclard, etc.; il aurait pu surtout faire son profit de la liste des adjoints, cette position gratuite qu'il trouve indigne de lui et que n'ont pas dédaignée Alard, Nysten, Itard, Fizeau, Renauldin, Coutanceau, Baffos, Marjolin, Maygrier, Laennec, Guilbert, Gondret, Legouas, Lisfranc, Delaroque, Sanson, Rochoux, Parent-Duchâtelet, Patissier, Rayer, Hervez de Chégoin, Lagnerre, Jadioux, Villermé, Dance, Blache, Guérard, Velpeau, Bricheteau, Devergie, Jobert, Bérard, Menière, Sandras, Requin, Cazenave, Leroy d'Étiolles, Lenoir et tant d'autres qui, après avoir gratuitement, activement et noblement fait leur temps d'adjonction, sont arrivés au titulariat qu'ils ont pour la plupart accompli jusqu'au bout. Est-ce que la plume ne serait pas tombée des mains de M. de L., s'il avait seulement parcouru cette liste abrégée, que j'ai transcrite, je l'avoue, avec un certain orgueil, et si, sur ces médecins, un très-petit nombre s'est arrêté dans le cours de sa carrière, c'est parce qu'ils atteignaient des positions qui ne leur permettaient plus de satisfaire aux exigences du service. C'est ainsi qu'à notre 6e dispensaire, nous avons perdu M. Guilbert, devenant professeur de la Faculté, M. Velpeau par le même motif, M. Guérard, parce qu'il entrait dans les hôpitaux, etc.

De bonne foi, mettez donc en face des noms que je viens de citer *et de tous les autres non moins honorables* les étranges appréciations de M. de L.!

Le remède, l'unique remède pour M. de L., c'est de payer tous les médecins, c'est de leur donner 400 fr. par an.

De bons esprits, des hommes instruits sur la matière ont pu sérieusement proposer de diminuer de beaucoup le nombre des médecins aux dispensaires et aux bureaux de bienfaisance en leur donnant des appointements suffisants, à la rigueur, pour les faire vivre; mais je voudrais bien comprendre comment une somme de 400 fr. par an, 1 fr. par jour, remédiera à ces difficultés radicales, profondes, dont M. de L. semble s'être complu à tracer le tableau imaginaire; comment elle rendra désintéressé ce praticien si préoccupé de ne pas mourir de faim, comment elle donnera de la conscience à ces docteurs qui achètent des éloges avec le sirop de la Société, comment elle suffira à rendre humains et zélés ces médecins qui ont fermé leurs cœurs et leurs oreilles; certes, si la somme de 400 fr. produit toutes ces merveilles, la conscience sur laquelle elle opère ces transformations est à bien bas prix! Le ciel préserve la Société de pareils dévouements!

Il est probable que M. de L. a cru nous faire connaître au vrai le service tel qu'il est rempli à son dispensaire, je doute que ses collègues s'y reconnaissent et s'applaudissent de la manière dont leur concours est apprécié, mais les médecins du 6e dispensaire en entendant la lecture de la lettre de M. de L. ont été *indignés*, et applaudissant au projet que j'avais formé de répondre, ils m'ont, non pas seulement autorisé à parler en leur nom, mais ils m'ont imposé l'obligation de protester de toutes leurs convictions contre le fonds et la forme de cet étrange manifeste.

En résumé, l'appréciation du service des dispensaires, tel qu'a cru le voir M. de L., est tout à fait erronée, pour ne rien dire de plus; l'importance de la dépense en sirops est beaucoup moins grande qu'il ne le *croit*; partant, les ressources qu'offrirait sa suppression s'élèveraient à un chiffre incomparablement moins considérable qu'il ne pense.

Heureusement que la nécessité urgente de payer tous les médecins dont M. de L. fait la condition *sine qua non* d'un bon service est beaucoup moins impérieuse qu'il ne paraît le penser. Le passé de la société répond de son avenir et le présent, pour tous ceux que n'aveuglent pas les considérations personnelles, n'est nullement inquiétant; il n'y a donc pas lieu de chercher à donner à la société *un personnel plus zélé*, il l'est suffisamment; *plus maniable*, des médecins qui savent vivre et qui ont la conscience de leurs devoirs, n'ont pas besoin d'être maniables; *plus adhésifs*, il faudrait savoir à quelle adhésion on fait allusion, Si c'est une adhésion à la manière de voir de M. de L., je crois et j'espère que le corps médical des dispensaires en a fort peu. Il est donc à croire que le comité (faisant office de *conseil supérieur*) n'exigera pas le sacrifice que M. de L. veut imposer aux malades et que la condition au prix de laquelle il consentirait à continuer son service ne sera pas accordée.

Complétement absorbé par la recherche des avantages matériels, directs, actuels, immédiats, que M. de L. voulait et voudrait trouver dans la société philanthropique, avantages qui ne s'y rencontrent pas, que n'y ont jamais cherché les médecins les plus dévoués qui ont bien compris son essence, uniquement occupé du médecin, tandis qu'à la société on s'occupe uniquement du malade; M. de L. n'a pas même entrevu les avantages réels mais très-secondaires que présentent les dispensaires.

De toute évidence le médecin qui veut se dévouer à la société philanthropique est un homme jeune encore et à qui il reste du loisir; dans ces conditions, il lui est avantageux de voir des malades, la société lui en procure; il pourrait, continuant à suivre les hôpitaux, grandir de même chaque jour en expérience; mais quelle différence d'un malade vu sans aucune responsabilité ou de celui dont la vie dépend de votre jugement, de votre assiduité, et puis la soumission obligée de l'hôpital ne donne aucune idée d'un des écueils de la pratique, je veux dire cette liberté que possède le malade de modifier les prescriptions, d'éluder les ordonnances les plus formelles, enfin d'hésiter plus ou moins dans sa confiance; sous le rapport de la nature des maladies, des habitudes, même de la position sociale, le client du dispensaire se rapproche tout à fait du client payant; il y a plus, c'est qu'il passe alternativement d'une classe dans l'autre, suivant l'état momentané de chômage ou d'occupations. Le dispensaire est donc un noviciat précieux qui rompt le médecin à ces soucis de la pratique, provenant du malade et de son entourage, plus encore que de la maladie, il trouve l'avantage que ne lui présenterait pas un client indigent qu'il soignerait bénévolement; car il a à sa disposition toutes les préparations utiles de

la pharmacie, et il n'a pas à se préoccuper de la bourse de son malade; enfin, s'il sacrifie gratuitement son temps et son instruction comme le fait la grande majorité des médecins, il a au moins le dédommagement de savoir qu'il lui en est tenu compte et s'il a eu l'occasion de se trouver en face d'un de ces cas graves, difficiles, où la mort paraissait inévitable, et dont il n'a triomphé qu'à force de science et de dévouement, ses collègues, au moins, les commissaires du dispensaire, connaîtront ce beau fait d'armes; et si, en outre, au point de vue de la science, cette observation offre de l'intérêt, le rapport annuel l'enregistrera, et il se trouvera acquis au domaine public. Donc, dans l'intérêt même des médecins, les dispensaires leur offrent une transition précieuse entre le temps d'hôpital et l'époque où tous les moments devront être consacrés à la clientèle privée ou à des fonctions non moins productives; et à mon point de vue, je dirai que si dans l'intérêt des malades les dispensaires n'existaient pas, il serait à désirer qu'ils fussent créés dans l'intérêt des médecins d'avenir, de ceux qui ne rompent pas avec la science, quand ils ont conquis leur diplôme; pour moi c'est tout à fait l'équivalent de ces causes gratuites qui forment le stage des jeunes avocats.

Et puis, n'est-ce donc rien que ces réunions bi-hebdomadaires où huit médecins contractent des relations qui survivent à leurs fonctions; n'est-ce rien que cette école mutuelle où, séance tenante, pour peu qu'un cas offre d'obscurité, il est à l'instant même soumis à l'examen de confrères toujours bienveillants, où souvent même les faits embarrassants de la clientèle privée fournissent la matière de communications instructives?

Je ne sais si ces précieux avantages se peuvent estimer en chiffres : j'en doute fort; le médecin, menacé de mourir de faim, aimerait mieux 400 francs par an; mais celui qui n'est pas dans ce cas préférera, sans nul doute, cette position momentanément gratuite à un simple profit d'argent.

Tous les médecins des dispensaires, je n'en doute pas, approuveront cette manière de voir : je n'en veux pour preuve que les regrets qu'ils témoignent, lorsqu'ils atteignent le terme de leur carrière philanthropique, que le besoin qu'ils éprouvent de revenir de temps en temps au milieu des séances visiter leurs anciens et nouveaux collègues.

Je tiens à déclarer en terminant qne mon intention n'a nullement été de défendre des médecins qui n'ont pas besoin d'être défendus, encore moins de faire l'éloge d'une institution dont l'éloge est dans tous les cœurs de ses obligés, et qui se venge, en faisant du bien, des détracteurs et des ingrats qu'elle peut rencontrer.

Les membres de la société, mes collègues, mes confrères, me pardonneront si je n'ai pas attendu qu'une main plus autorisée que la mienne prît la plume, mais j'ai cru qu'il était urgent de répondre à des attaques formulées dans un moment où les amis de la société philanthropique peuvent être, sinon inquiets, au moins préoccupés de la concurrence que les institutions de l'administration publique font aux institutions privées. — Ainsi les sociétés mutuelles fondées et subventionnées par l'état, l'extension donnée par l'assistance publique, aux secours à domicile, d'où résulte qu'une simple déclaration qui n'a de frein, de limites, que la pudeur du postulant, suffit pour être admis à un traitement gratuit, peuvent et doivent apporter chez les souscripteurs une certaine hésitation, chez les malades un certain partage; ce moment serait donc mal choisi, à supposer que les reproches que j'ai appréciés fussent fondés pour les produire en public, et pour conseiller à la société de s'imposer de nouvelles charges que le dévouement désintéressé de ses médecins ne rend pas nécessaires. La société doit rassembler toutes ses forces pour lutter de bienfaisance dans le présent, de prévoyance pour l'avenir; car, quoiqu'il en soit des institutions rivales la société philanthropique bien comprise s'adresse à une classe qui ne sollicite pas les secours publics; toute atteinte à la prospérité de cette noble institution serait une atteinte à la classe moyenne, et sa ruine serait un malheur public.

Docteur J.-F. Payen.
Chirurgien honoraire de la société philanthropique, auteur d'une *notice historique* sur cette société.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Incroyable superstition. Condamnation. — Nous disions dans l'un de nos derniers numéros que le bon sens était, pour le commun des hommes, une exception quand il s'agissait de raisonner sur les phénomènes de la vie. Nous apportons aujourd'hui un exemple récent de l'abrutissement de l'intelligence quand il est question de santé et de remèdes conseillés par des charlatans. Un de ces misérables prescrit à un malheureux paysan des environs de Romorantin de faire boire à son enfant épileptique de la décoction de tête humaine. Ce père crédule se rend avec un de ses amis dans le cimetière de son village, il exhume un cadavre enterré depuis deux ans, en détache la tête, la transporte chez lui, lui fait subir la préparation mystérieuse, et fait avaler à son fils cette abominable décoction.

Cet homme rend compte au tribunal de Romorantin, devant lequel il est sommé de comparaître, et de ses terreurs et de ses angoisses pendant qu'il commettait cet épouvantable sacrilége, et cependant il s'en applaudit encore, parce qu'il a la conviction que le remède est infaillible. Toute cette scène s'est passée il y a quelques mois seulement. — Caffe. — (*Journal des conn. méd., prat. et de pharm.*)

— *Hôtel-Dieu de Lyon.* — M. le docteur Vernay, médecin suppléant, a été nommé médecin titulaire par suite de la création d'une nouvelle place. Le service médical est actuellement composé de MM. Bouchet, Socquet, Gromier, L. Colrat, Girin, Vernay. MM. Devay et Teissier, professeurs de clinique interne conservent le titre de médecins titulaires. Les médecins suppléants sont MM. Garin, Frène, Pomiès et Rambaud.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— *Compte-rendu de l'administration des hospices civils de Lyon pour l'exercice* 1853. — Dans ce compte-rendu, dont nous avons omis d'annoncer plus tôt la publication, nous trouvons à mentionner les indications suivantes :

En 1853, l'Hôtel-Dieu a reçu 15 720 malades et 750 femmes en couches.

La mortalité a été en moyenne de 1 sur 8,07 pour les malades et de 1 sur 95,75 pour les femmes en couches.

La Charité a reçu 1091 filles mères; 1643 enfants de la naissance à un an, dont 947 étaient nés à la Charité, 180 enfants en dépôt et 1926 enfants malades de la ville.

La mortalité a été de 1 sur 34 76 pour les filles mères.
— — 1 sur 8,40 pour les enfants malades.

L'Antiquaille a reçu 2572 malades et vieillards.

L'hospice du Perron, qui ne compte malheureusement qu'un trop petit nombre de lits pour les incurables, moins de 130, n'en a reçu que 20 dans le cours de l'année.

On regrette dans ce compte-rendu, qui est presque entièrement rempli par des détails de chiffres, l'absence d'une notice médico-chirurgicale analogue à celle qu'on avait remarquée dans le précédent compte-rendu.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

—Avec un courage que nous n'avons pas eu et qui pourrait lui coûter cher si, aux opinions d'un homœopathe, M. Chargé joignait les mœurs d'un Pamphile, la *Gazette médicale de Montpellier* exprime un sentiment fort juste touchant le procès dont nous avons parlé le 11 de ce mois. Il est malheureux que ce sentiment ne puisse trouver aucun crédit où il serait le plus nécessaire qu'il en trouvât. Mais après tout ce qui importe à un médecin, c'est l'opinion des médecins. Voilà pourquoi les procès en diffamation lui sont peu redoutables, quand il a suivi le chemin de la bonne foi et de la vérité.

M. le docteur Lassaloy n'a pas déployé moins de courage dans les *Annales de clinique.* Nous ne pouvons que féliciter nos deux confrères et prier pour que le pamphilisme ne tombe pas sur la caisse de leur journal.

— Le concours pour l'agrégation de la section de médecine s'est terminé par la nomination de M. le docteur Girbal qui, au premier tour de scrutin, a obtenu 4 voix; M. Cavalier a obtenu 2 voix, et M. Farrat 1 voix. Cette décision a été généralement approuvée par ceux qui ont suivi cette lutte académique.

(*Ann. de cliniq. de Montpellier.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, par M. A. Richet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, etc., avec figures intercalées dans le texte; — 1 vol. in-8°, prix : 10 fr; — chez F. Chamerot, libraire, rue du Jardinet, 13.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 12. 3me ANNÉE. Samedi 27 Janvier 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Les faits doivent précéder les théories qui ne peuvent demeurer dans la science qu'à la condition d'être l'expression exacte de ceux-ci. Dans la question qui va nous occuper, nous allons chercher à démontrer que l'imagination a pris la place de l'observation directe et qu'elle s'est trouvée en désaccord avec elle.

Entéro-mésentérite (fièvre typhoïde) à marche lente, datant de douze à quinze jours « forme muqueuse de MM. Petit et Serres. » — Deux saignées générales de 3 palettes 1/2. Une saignée locale, même dose. Guérison vers le commencement du second septénaire. — Variole confluente : mort le huitième jour. — Autopsie faite vingt-cinq heures après la mort; lésions pathognomoniques de la fièvre typhoïde.

Le nommé Kieffer (Jean), âgé de 35 ans, journalier, né à Luxembourg, habitant Paris depuis plusieurs mois seulement, est entré à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 11, le 4 décembre 1854.

Le malade ne peut nous donner que des renseignements très-incomplets, sachant à peine quelques mots de français. Il nous dit avoir été vacciné, mais nous ne trouvons qu'une seule cicatrice sur le bras gauche, et de nature fort douteuse. Il est souffrant depuis douze à quinze jours, alité seulement depuis quatre ou cinq; aucun traitement n'a été fait. Le 5, à la visite du matin, nous constatons l'état suivant :

Constitution très-forte, membres bien développés; céphalalgie sus-orbitaire; expression d'abattement sans hébétude; l'ovale inférieur du visage est le siége d'une teinte bilieuse très-prononcée; les narines sont un peu pulvérulentes; la peau est sèche à 40° centigrades; la langue est recouverte à son centre d'une couche saburrale jaunâtre assez épaisse, rougeur de la pointe et des bords; il n'y a pas de fétidité notable de l'haleine; la soif est très-vive; le ventre est ballonné, principalement dans la zône sous-ombilicale; le malade n'accuse aucune douleur spontanée; gargouillement abondant de la fosse iliaque droite, quoiqu'il n'y ait pas eu de selles depuis deux jours; la rate a sensiblement son volume normal, ainsi que le foie; la respiration est pure à droite et à gauche : rien du côté du cœur; léger souffle à double courant dans la carotide droite; le pouls est très-nettement rédoublé : 92-96.

Pas de tache lenticulaire sur la peau.

P. — Saignée du bras de 3 p. 1/2; ventouses scarifiées sur le ventre, même dose; lavement émollient; cataplasmes sur l'abdomen.

Limonade citrique, trois pots; diète.

Le 6, à la visite du matin. — Peu de sommeil la nuit; la céphalalgie est presque nulle; le visage est moins abattu; la langue plus humide, moins rouge à sa pointe; l'état du ventre est sensiblement le même que la veille une selle, par le lavement; le pouls, toujours parfaitement redoublé, est à 88-92.

Le sang de la saignée générale présente un caillot un peu relevé sur ses bords, d'une consistance médiocre, surmonté d'une couenne mince; la sérosité est un peu apaline; les rondelles des ventouses ne sont pas prises en masse; leur consistance aussi est médiocre, leur coloration d'un brun foncé; la sérosité est teinte par la matière colorante du sang.

P. — Une nouvelle saignée du bras de 3 p. 1/2; pour le reste, *ut supra.*

Le 7. — L'état du malade est sensiblement mieux; il a eu, cette nuit, quelques heures de sommeil; la langue est molle, humide dans toute son étendue; le ventre est moins ballonné; le gargouillement de la fosse iliaque droite plus gazeux que liquide; deux selles; la température de la peau est sensiblement moins élevée; le pouls, présentant les mêmes caractères que la veille, est à 76-80.

Le caillot de la saignée est un peu relevé sur les bords, sa consistance est meilleure que celui de la saignée d'hier.

Même prescription, moins la saignée.

Le 8. — Le mieux se continue; le pouls est tombé à 70-74. On trouve à peine quelque trace de gargouillement dans le flanc droit.

P. — Un bouillon coupé; même prescription.

Depuis cette époque, jusqu'au 14, le mieux s'est maintenu; ce jour-là, il a pris deux bouillons et deux potages; le 16, il a mangé une portion; depuis, rien n'est venu enrayer la guérison; les jours suivants, il se levait quelques heures. Plusieurs fois nous avons compté son pouls, nous l'avons toujours trouvé entre 52 et 56; il a conservé assez longtemps son caractère redoublé.

Le malade se disposait à quitter l'hôpital prochainement, lorsque le 8 janvier il accusa un malaise général, quelques nausées, de la céphalalgie, un lombago. Le pouls était remonté à 80-84, la chaleur de la peau était en rapport avec cette accélération du pouls. L'examen le plus attentif ne nous fit découvrir aucune lésion locale qui pût expliquer cet état.

Le 9 et le 10 la fièvre persistait. Le soir à la visite nous avons constaté sur le visage du malade quelques papules varioliques.

Le 12, le pouls est à 88-92; les papules sont très-abondantes, elles commencent à apparaître sur le tronc et les membres; quatre selles diarrheiques.

Le 15, les pustules sont très-confluentes sur le visage et les membres; plusieurs d'entre elles commencent à s'ombiliquer. Pendant la nuit, le malade a eu du délire; plusieurs fois il a voulu se lever.

Le 16 et le 17 les pustules présentent à leur base une auréole d'un rouge vif avec un peu d'échymose entre elles. — Le délire continue; 8 à 10 garde-robes diarrheiques.

Le 18, le malade meurt dans la matinée.

Autopsie 25 heures après la mort.

Rigidité cadavérique très-grande.

Cerveau : Injection assez prononcée de l'arachnoïde, principalement au niveau du chiasma des nerfs optiques et près du bulbe. — La substance cérébrale est d'une assez bonne consistance présentant un peu de piqueté. Pas d'épanchement notable dans les ventricules.

Organes thoraciques :

Les deux poumons offrent un peu d'engouement à la base, les crépitent sous le doigt et sous le scalpel, principalement dans les lobes supérieurs. — Le cœur a son volume normal, l'orifice oriculo-ventriculaire droit est obstrué par un caillot fibrineux décoloré, assez résis-

tant, au point de supporter une traction assez forte sans se rompre. Il se prolonge dans le ventricule, où il est fortement intriqué entre les colonnes charnues. — La valvule tricuspide est sensiblement normale.

Les valvules sigmoïdes de l'aorte, ainsi que la valvule mitrale sont un peu épaissies et injectées. — Les orifices sont libres.

Organes digestifs :

L'estomac est assez fortement distendu par des gaz ainsi que la masse intestinale qui offrait à l'extérieur une décoloration assez prononcée. — La muqueuse stomacale présentait une teinte bilieuse, ainsi que le duodénum et tout l'intestin grêle.

Chez ce sujet, les valvules conniventes descendent très-bas, elles arrivent jusqu'à la valvule de Bohen. — Vers ce point on remarque 5 ou 6 plaques en voie de cicatrisation. — Les bords sont affaissés, la muqueuse semble avoir été enlevée avec un emporte-pièce; la plus large d'entre elles est placée sur la valvule même.

A 0m,25 ou 0,30 cent. au-dessus on trouve 12 ou 15 plaques complétement cicatrisées. Les ganglions mésentériques correspondants sont engorgés. Ils sont du volume d'une aveline et présentent à la section une couleur rougeâtre. — Rien à noter du côté du gros intestin.

La rate d'une bonne consistance présente 12 centim. de longueur sur 8 de largeur.

Rien à noter du côté des autres organes.

RÉFLEXIONS. — J'ai rapporté cette observation, pensant qu'elle pourrait être de quelque intérêt et aider à la solution de questions qu'il serait utile de résoudre.

Depuis plusieurs années deux hommes, dont l'un, complétement étranger à l'étude des sciences médicales, se préoccupent de l'incompatibilité qu'ils supposent exister entre la variole et la fièvre typhoïde ; suivant eux, la seconde de ces maladies aurait remplacé la première, et la découverte à jamais mémorable de l'immortel Jenner serait bien amoindrie. Ce qui n'était qu'un simple aperçu, qu'une pure hypothèse, a bientôt pris place dans la science, aux yeux de certains hommes, comme un fait acquis.

Un mathématicien a entassé statistiques sur statistiques pour arriver à la solution suivante : avant la découverte de la vaccine, la fièvre typhoïde était notablement moins fréquente qu'aujourd'hui où elle a remplacé la variole. Il n'y a donc pas eu, dit-il, bénéfice pour l'humanité à supprimer cette dernière, la fièvre typhoïde étant au moins aussi meurtrière.

Que d'objections ne soulève pas une semblable doctrine, étayée d'ailleurs sur quels matériaux?

Et d'abord, la fièvre typhoïde est-elle donc connue depuis si longtemps? Et, en supposant qu'on voulût en faire remonter la connaissance exacte à Rœderer et Wagler, où donc trouver, avant ces deux auteurs, des matériaux propres à une statistique exacte? Ceux-ci existeraient-ils qu'ils ne pourraient être examinés, rapprochés, discutés, analysés par un homme complétement étranger à la médecine. Il est surprenant qu'un esprit adonné à l'étude des sciences exactes ne se soit pas astreint à plus de rigueur dans la démonstration ; qu'à l'ombre du cabinet il ait pris des apparences pour des réalités, laissant courir sans direction la folle du logis.

Des observations de fièvre typhoïde chez des sujets atteints de variole ne sont pas extrêmement rares. Depuis le commencement de la clinique de M. le professeur Bouillaud nous en avons vu plusieurs.

Une jeune fille, couchée au n° 14 de la salle Sainte-Madeleine, entrée au commencement du mois de décembre 1854, était atteinte d'une entéro-mésenterite des mieux caractérisées (fièvre typhoïde). En l'interrogeant avec soin sur ses antécédents, elle nous raconte qu'elle a été traitée à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre éruptive ; c'était, lui a dit le médecin, une petite vérole dont elle porte trace sur deux ou trois points du visage.

Enfin, un jeune homme, couché au n° 26 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, sorti il y a 3 jours, est entré avec tous les signes locaux et généraux d'une entéro-mésentérite (fièvre typhoïde). Le lendemain de son entrée nous avons constaté une éruption variolique assez discrète, mais avec persistance des signes indiqués plus haut.

Balonnement du ventre, gargouillement, fièvre, etc. Ces phénomènes n'ont cédé qu'à deux saignées générales de 3 p. 1/2 et une application de ventouses, même dose.

Enfin, j'ai sous les yeux l'observation d'un malade entré l'année dernière dans le service de M. le professeur Nélaton pour être opéré d'un double ectropion développé à la suite d'une variole confluente. Peu de jours après l'opération, le malade fut pris d'une entéro-mésentérite (fièvre typhoïde) grave à laquelle il succomba.

L'autopsie fit voir les altérations *pathognomoniques* de la maladie dite fièvre typhoïde. En intervertissant la marche des choses, cette observation est le pendant de celle que nous venons de rapporter; elles ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit.

Des faits aussi concluants et bien observés feraient rapidement justice de doctrines erronées, dont l'influence funeste peut avoir d'incalculables conséquences.

J'ai vu, il y a quinze mois, un jeune enfant de huit ans qui a succombé à une variole confluente ; la mère, imbue de préjugés que rien n'a pu vaincre, s'était opiniâtrément refusée à laisser vacciner son fils.

L'erreur que nous cherchons à combattre n'intéresse donc pas seulement la science, mais l'humanité tout entière.

Dr E. AUBURTIN,
Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital de la Charité.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

—

DU DEGRÉ D'UTILITÉ DES ÉVACUATIONS SANGUINES DANS LE TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE GONORRHÉIQUE ; *par* M. GOUZÉE.

La maladie prise au début, la cautérisation suffit pour la faire avorter, ou pour l'empêcher de faire des progrès. Les saignées sont alors complétement inutiles.

Elles sont encore inutiles lorsque l'ophthalmie, parvenue à un degré plus avancé, est restée limitée à la muqueuse. Dans ce cas encore, la cautérisation suffit pour conjurer le danger et ramener la maladie à l'état de simple conjonctivite.

Mais il n'en est plus de même dans les cas où, à un écoulement abondant, plutôt sérieux que puriforme, à un gonflement, à une tension considérable des parties, se joignent des douleurs vives et continues dans la profondeur de l'œil, à la tête et au front. Les émissions sanguines copieuses, ou incessamment répétées, doivent être employées avec la cautérisation et les autres moyens dont la thérapeutique dispose; elles concourent souvent avec efficacité à vaincre les accidents propres à cette forme redoutable de la maladie.

M. Gouzée ne cite, à l'appui de son opinion, aucune observation particulière. Cette opinion résulte surtout de ce fait général, dont l'auteur a pu maintes fois se convaincre, à savoir que les émissions sanguines sont loin d'avoir les conséquences fâcheuses que l'auteur leur avait attribuées à une autre époque.

(*Archives belges de Méd. milit. et Gaz. Méd. de Paris.*)

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 23 janvier 1855.

Présidence de M. JOBERT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur Vingtrinier (de Rouen), médecin des épidémies, sur une épidémie de variole ;
2° Remède contre le choléra ;
3° Tableaux de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

Note sur l'épidémie cholérique de Clermont-Ferrand, par M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur à l'École de médecine de cette ville.

— M. Deleau envoie une note sur le choléra qui a régné dans l'île de Jersey.

Variole.

M. le professeur Tigri (de Sienne), adresse une note où il insiste sur l'utilité d'employer les moyens abortifs dans la variole, non-seulement pour s'opposer aux cicatrices, mais encore pour conserver la vie aux malades.

Épidémies.

M. Baduel, médecin des épidémies du canton de Sèvres, adresse une copie du rapport qu'il a présenté à M. le préfet de la Seine sur l'épidémie de 1844.

Corps étrangers du rectum.

M. Leprestre, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Caen, adresse une observation d'extraction de corps étrangers dans le rectum.

Rage.

M. le docteur Canange (ou Canang), de Laneuvile, adresse le résumé d'un écrit qu'il a publié sur la rage.

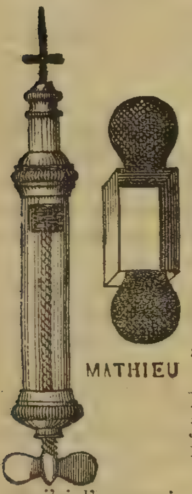
Sarcocèle.

M. le docteur Confévron (de Langres) adresse une observation de sarcocèle volumineux opéré avec succès.

Traitement des nœvi-materni.

M. le docteur Anselmier adresse la note suivante :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie l'appareil que j'emploie dans le traitement des nœvi-vasculaires pour faire les injections circonscrites de solutions irritantes, coagulantes ou caustiques suivant les cas. Il se compose :



1° Dune seringue de précision; la modification la plus importante que j'aie faite à l'instrument de M. Pravay porte sur la canule; elle est plus courte, plus mince, très-aiguë. Elle est, en outre, munie d'un arrêt à vis afin de déterminer la profondeur de la ponction.

2° D'un compresseur linéaire, ayant la forme d'un carré, pour limiter, lorsqu'il est appliqué, l'action de l'injection à la partie de la tumeur qu'il circonscrit.

Tandis qu'un aide le maintient en place, je fais lentement la ponction, plus lentement encore l'injection; pour ces deux temps, je me sers de la seringue toute chargée.

La simplicité du manuel opératoire et l'intention que j'ai d'y revenir en présentant à l'Académie mes études sur ce sujet, et cinq observations de nœvi traitées par ce moyen, me dispensent aujourd'hui d'une plus longue description.

RAPPORTS.

M. Robinet lit une suite de rapports sur des remèdes secrets dont la plupart sont préconisés comme des *spécifiques* contre le choléra. Les conclusions sont invariablement les mêmes, à savoir : qu'il s'agit de prétentions absurdes et qu'il n'y a nul cas à en faire.

LECTURES.

Arsenic dans les eaux minérales.

M. Chevallier lit un travail intitulé :

NOTICE HISTORIQUE SUR LA DÉCOUVERTE DE L'ARSENIC DANS LES EAUX MINÉRALES.

L'intérêt que l'Académie a témoigné lorsque je lui ai présenté le tableau que j'avais préparé sur la demande de la commission de l'*Annuaire des eaux de France*, tableau dans lequel j'avais réuni les tubes renfermant les anneaux d'arsenic que j'avais obtenus en traitant :

1° Les dépôts fournis par diverses eaux minérales ;

2° Les résidus de l'évaporation des eaux elles-mêmes, m'a donné l'idée de continuer ce travail et de présenter à l'Académie :

1° Un deuxième tableau qui compléterait les essais faits jusqu'ici ;

2° Une notice sur *la présence de l'arsenic dans certaines eaux minérales et particulièrement dans les eaux minérales les plus estimées, et sur l'époque de la découverte de l'arsenic dans ces eaux.*

C'est en 1839 que, pour la première fois, on signala d'une manière positive la présence de l'arsenic dans ces liquides; mais l'existence de ce principe actif dans les eaux minérales avait été prévue dès 1685; en effet, il y a plus de 158 ans que Robert Boyle, dans un de ses ouvrages publié en anglais par Samuel Smith, sous le titre de *Mémoires contenant l'histoire de quelques expériences sur les eaux minérales* (1), on trouve le passage suivant :

« L'arsenic peut aussi se rencontrer dans les eaux minérales, ce qui « n'est pas étonnant, car ce corps existe abondamment dans l'intérieur « de la terre d'où jaillissent ces eaux; il est très-difficile d'en constater « la présence, il n'est que faiblement soluble dans l'eau. » Boyle, dans ces essais, avait aussi indiqué l'emploi de l'ammoniaque pour reconnaître la présence du cuivre dans les eaux minérales.

L'assertion émise par Bayle touchant la présence de l'arsenic dans le sein de la terre et la possibilité de son existence dans les eaux minérales a été démontrée par les faits ; en effet, en 1846, M. Walchner, membre de la direction des usines du grand-duché de Bade, fit connaître par la publication de ses travaux, qu'il avait constaté l'existence de l'arsenic et du cuivre dans un très-grand nombre de minerais de fer, et *notamment dans les minerais qu'il regardait comme des dépôts formés par d'anciennes sources ferrugineuses.* Ayant opéré sur les dépôts ocreux laissés par les eaux minérales les plus renommées par leurs effets médicamenteux, il reconnut :

1° Que les résidus provenant des eaux acidulées ferrugineuses de Griesbach, de Ripoldsan, de Teissach, de Rothenfelds, de Cannstadt dans la Forêt-Noire, contenaient de l'arsenic ;

2° Que les eaux thermales de Wiesbaden, les eaux acidulées de Schwalbach, d'Ems, de Lamscheid, de la vallée de Brohl près d'Andernach, laissaient déposer des ocres dans lesquels il existait du cuivre et de l'arsenic ;

3° Que l'on rencontrait dans les dépôts laissés par les eaux de Wiesbaden, de l'antimoine ; les faits signalés par Walchner aux eaux de Wiesbaden furent contrôlés par MM. Figuier et Mialhe, et ils furent confirmés par des essais chimiques.

Plus tard, M. Daubrée, ingénieur des mines, publia un travail *sur la présence de l'arsenic et de l'antimoine dans les combustibles minéraux, dans diverses roches et dans l'eau de la mer.* Ce travail vient à l'appui des faits avancés par Boyle.

On a aussi constaté la présence de l'arsenic dans du charbon de tourbe, dans le terrain de cimetières éloignés des grandes villes, etc., etc. M. Villain fils, pharmacien à Reims, a reconnu la présence de l'arsenic dans des cendres provenant de la combustion du charbon de terre et dans la suie des cheminées dans lesquelles on brûle de ce combustible.

La découverte de l'arsenic dans les eaux minérales, comme nous l'avons déjà dit, remonte à 1839. En effet, dans la séance de l'Académie du 18 février, M. Tripier, pharmacien aide-major à Alger, adressait à cette savante compagnie une note intitulée : *Examen analytique des dépôts recueillis par M. Guyon aux sources thermales d'Hamman-Mez-Coutin* (*Bains maudits*). Il fit connaître à l'Académie que ces dépôts contenaient des carbonates de chaux, de strontiane, de magnésie, de l'oxyde de manganèse, du fluorure de calcium, du sulfate de chaux, *enfin de l'arsenic.* Plus tard, mais dans la même année, M. Tripier, dans la séance du 11 novembre, adressa une deuxième note intitulée : *Observations faites sur les eaux thermales d'Hamman-Berda et sur les eaux thermales d'Hamman-Mez-Coutin.* Dans ces observations, ce savant faisait connaître la composition chimique de ces eaux et signalait la présence de l'arsenic dans les eaux d'Hamman-Mez-Coutin. (2)

M. Tripier avait déterminé la quotité d'arsenic contenue dans ces eaux.

La découverte de l'arsenic dans les eaux de l'Algérie serait restée inaperçue si les résultats obtenus par M. Tripier n'avaient été contestés et considérés comme douteux. En effet, deux des membres de l'Acadé-

(1) Les travaux de Boyle sont immenses ; il fit connaître le moyen de recueillir le gaz ; il fit voir 1° que le bois fournit par la distillation des vinaigres et de l'alcool ; 2° il donna des procédés pour la rectification de l'alcool ; 3° il fit connaître comment on pourrait dorer le fer et comment on pouvait argenter sans employer le mercure ; 4° il publia un procédé pour la préparation de l'encre ; 5° il donna la formule d'un papier chimique sur lequel on pouvait écrire avec de l'eau remplaçant l'encre ; il fit connaître un procédé de gravure sur métaux au moyen des acides. Il s'occupa avec Wren de toxicologie, et fit des expériences sur des chiens.

(2) L'analyse de ces eaux a donné les résultats suivants pour un litre d'eau :

Chlorure de sodium.	0,41560
— de magnésium	0,07864
— de potassium.	0,01839
Sulfate anhydre de chaux	0,38086
— de magnésie.	0,17653
— de strontiane	0,00150
Arsenic dosé à l'état métallique. . .	0,00050
Silice.	0,07000
Matière organique, env.ron.	0,06000
Fluorures . . . . } Oxyde de fer. . . . . }	Des traces.

mie de médecine (*MM. Henry et Chevallier*) ayant reçu des dépôts qui leur avaient été remis comme provenant des eaux d'Hamman-Mez-Coutin, ils les soumirent à un examen chimique; mais les recherches qu'ils firent sur ces dépôts ne leur fournirent aucune trace d'arsenic, ils durent conclure de leurs expériences que le fait annoncé était au moins douteux.

M. Tripier, ayant eu connaissance des résultats de nos expériences, réclama contre ces résultats; l'un de nous profita de ce qui lui restait du dépôt qu'il avait reçu, et, ayant expérimenté de nouveau, 1° par le procédé de M. Tripier (1), 2° par le traitement de ces dépôts par l'acide sulfurique, la carbonisation, le traitement par l'eau et par l'appareil de Marsh, il ne put, malgré tous les soins apportés à ces opérations, obtenir de traces d'arsenic.

N'étant pas satisfait du résultat de nos expériences, nous écrivîmes de suite à des correspondants que nous avions en Algérie afin d'obtenir et des résidus de l'évaporation des eaux d'Hamman-Mez-Coutin et des dépôts laissés par ces eaux.

Plus tard, en 1845, les eaux et les dépôts étant parvenus à l'un de nous par l'entremise de M. E. Boudet, nous fîmes de nouvelles expériences; nous reconnûmes alors qu'il existait dans les produits qui nous avaient été transmis de petites quantités d'arsenic. M. Tripier avait donc annoncé un fait réel; le résultat de ces nouvelles expériences fut consigné dans une note qui a pour titre : *De l'existence d'un principe arsenical dans les eaux d'Hamman-Mez-Coutin en Algérie.* (Voir le *Journ. de Chimie médicale*, août 1845, p. 413.)

En 1846, M. Flandin, à qui l'on doit de nombreuses recherches de chimie médico-légale, s'occupa de la recherche du cuivre et de l'arsenic dans les eaux de Passy. Des opérations pratiquées sur six litres et demi de cette eau, lui démontrèrent que l'eau minérale ferrugineuse de Passy ne contenait ni cuivre, ni arsenic.

Dès le mois de novembre 1846, je m'étais occupé de la recherche de l'arsenic dans le dépôt abandonné par les eaux de Forges (Seine-Inférieure), et 93 grammes de dépôt sec ne m'avaient pas fourni de produits arsénieux, mais seulement des traces de cuivre.

A la fin de la même année, M. Chatin, notre collègue, ayant porté ses investigations sur une source ferrugineuse qui coule dans le parc de Versailles, il reconnut que cette eau contenait de l'arsenic et du cuivre. Ses expériences furent publiées en janvier 1847, dans le *Journal de Chimie médicale.*

En 1847, M. Liebig constata la présence de l'arséniate de fer dans les eaux de Liebenstein (Saxe).

En 1847, M. Charles Gerhardt, dans ses comptes rendus des sciences chimiques, fit connaître que Buchner jeune avait constaté :

1° Que le dépôt ocreux des sources de Ragoczè et de Pandour à Kissingen ne renfermait que des traces incertaines de cuivre, mais qu'il contenait des proportions sensibles d'arsenic;

2° Que le dépôt de la source ferrugineuse de Bruckenan contient beaucoup de cuivre et pas d'arsenic;

3° Que les eaux de Kissingen et de Bruckenan contiennent de l'étain.

En 1847, M. L. Figuier réfuta les expériences sur les eaux de Wiesbaden, dans le dépôt desquelles M. Walchner avait signalé la présence de l'arsenic, et ses expériences le conduisirent à confirmer le fait annoncé par ce savant étranger; en effet, il reconnut la présence de l'arsenic dans ces eaux, 1° en faisant évaporer ces liquides, dissolvant le résidu de l'évaporation dans de l'acide sulfurique bouillant, sursaturant l'acide par de la potasse pure en excès et introduisant le liquide dans un appareil de Marsh; en dissolvant les résidus dans de l'acide chlorhydrique et faisant passer dans la liqueur un courant d'acide sulfhydrique, M. Figuier a déterminé la quantité d'arsenic qui se trouvait dans la grande source de Wiesbaden, *la source de Kalsbrunem*, et il établit que cent litres de cette eau contiennent 45 milligrammes d'acide arsénieux, et que cet acide est combiné à la soude à l'état d'arsenite de soude ( ).

Dans la même année (avril 1847), M. Lemonier fit connaître les essais qu'il avait faits sur les dépôts de la source ferrugineuse de Bagnères de Bigorre, dépôts dans lesquels il reconnut la présence d'une petite quantité d'arsenic.

Le 17 août 1847, M. Ossian Henry, chef des travaux chimiques de l'Académie, nous annonçait qu'il avait constaté la présence de petites quantités d'arsenic dans les dépôts fournis par les eaux de Castel-Joux (Aveyron) et dans ces eaux elles-mêmes.

Dans la même année, le 8 septembre, en collaboration avec M. Schauefele, j'étudiai les eaux de Bussang dans le but de rechercher dans ces eaux le cuivre et l'arsenic; ces eaux furent prises à la source, examinées dans la même journée, et les opérations faites presque à la source firent reconnaître dans les eaux de Bussang la présence de l'arsenic en quantité notable; plus tard d'autres opérations démontrèrent que le cuivre existe aussi dans ces liquides, mais en minime quantité. De notre travail nous tirâmes les conclusions :

1° Que les eaux de Bussang contiennent un sel arsenical soluble dans l'eau (1);

2° Que ce sel qui est soluble au moment du puisement, devient en partie insoluble au bout d'un certain laps de temps et qu'il se dépose sur les parois des bouteilles d'où l'on peut l'enlever par les acides (2);

3° Que les dépôts pris aux sources, contiennent de l'arsenic et de minimes quantités de cuivre;

4° Que les quantités d'arsenic qu'on trouve dans ces eaux peuvent bien être considérées comme une des causes qui produisent les effets salutaires qu'on obtient de l'usage des eaux de Bussang;

5° Que la présence de ce sel arsenical ne peut inspirer le moindre sujet de crainte; en effet, nous avons bu de ces eaux en quantité sans avoir éprouvé le moindre accident; de plus, nous savons que diverses personnes en font un grand usage et que malgré cela on n'a signalé aucun accident, aucune indisposition produite par ces liquides.

M. Latour de Tric fit, dans la même année, connaître l'existence de l'arsenic dans les eaux de Bagnères de Bigorre.

Le 13 novembre 1847, M. Caventou, dans la séance de rentrée de l'école de pharmacie, faisait connaître qu'il avait constaté la présence de l'arsenic :

1° Dans les eaux de Bussang, prises aux sources *d'en bas et d'en haut;*

2° Dans la source d'eau ferrugineuse froide. Notre collègue publia sur cette découverte une note qui se trouve insérée dans le *Journal de Chimie médicale*, a. 1848, p. 33. Dans cette note il a fait connaître les faits qu'il a observés, les expériences qu'il a faites pour doser l'arsenic et ses idées sur l'état de l'arsenic dans ces eaux et sur les causes qui entraînent sa salubrité.

Dans ce travail, M. Caventou a fait pressentir la présence de l'arsenic dans la craie de Meudon (*blanc de Meudon*), dans diverses eaux, et il indiquait quelles seraient les recherches à faire pour obtenir des résultats positifs.

A la fin de la même année (29 décembre 1847), M. Audouard, fils aîné, pharmacien à Béziers, de concert avec MM. Fraisse et Bernard, constataient la présence de l'arsenic dans les eaux thermales ferrugineuses découvertes près de Villecelle Lamalou (Hérault), et dans les eaux de l'ancienne source ferrugineuse dite de *Capus*, près *Lamalou.*

En 1848, M. Menière, pharmacien à Angers, constata que le dépôt de l'eau de Martigné-Briant contenait de l'arsenic. Cette découverte n'avait point été publiée lorsque l'un des rédacteurs du *Journal de Chimie médicale*, qui avait reçu de M. le docteur Bigot, d'Angers, des dépôts de l'eau de Martigné-Briant, y reconnut la présence de l'arsenic; la constatation de l'arsenic dans ces eaux était donc faite par deux personnes qui ne s'étaient point communiqué leur observations.

Le même chimiste qui s'est occupé à diverses reprises des sources minérales du département de Maine-et-Loire, a fait connaître qu'il existait de l'arsenic dans les dépôts laissés :

1° Par l'eau de la fontaine ferrugineuse dite du *Rosseau;*

2° Par l'eau de la fontaine de la *Butte de Gohier;*

3° Par l'eau de la fontaine de *Dammeray;*

4° Par l'eau de la fontaine de *Beaupréau*, dans le parc de M. de Civrac;

5° Par l'eau de la fontaine *Saint-Remy-la-Varrenne;*

6° Par l'eau de l'une des fontaines d'*Écuillé;*

7° Par l'eau de la fontaine de *Chaumont;*

8° Par l'eau de la fontaine de *Varrenne*, dite : *Eau des miracles* (3);

9° Par l'eau de la fontaine de *Launaye;*

10° Par l'eau de la fontaine de *Courrière;*

11° Par l'eau de la fontaine de la *Chaprounière;*

12° Par l'eau de la *Savenière.*

A peu près à la même époque, M. Langlois, pharmacien en chef de

1. Ce procédé consiste à faire dissoudre les dépôts dans l'acide azotique, à précipiter la solution par l'ammoniaque, à recueillir le précipité et à le calciner jusqu'au rouge dans une petite cornue de verre après l'avoir mêlé à du charbon.

2. M. Louis Figuier dit, en parlant de la présence de l'arsenic dans les eaux de Wiesbaden, que cette dose d'arsenic est thérapeutique, et qu'en comparant la liqueur arsenicale de Boudin aux eaux de Wiesbaden, on voit que onze litres d'eau de Wiesbaden équivalent à une quantité de cette liqueur contenant 5 milligrammes d'acide arsénieux.

1. Nous avons dosé ce produit, mais nous nous proposions de répéter nos expériences sur les lieux mêmes.

2. Le résidu fourni par l'évaporation d'une bouteille d'eau prise par nous à Bussang, a fourni par l'appareil de Marsh, 119 *petites taches.*

3. Cette fontaine, il y a 40 ans, a été recouverte par les soins et aux frais des frères Piton, d'un cintre en pierre, sur lequel on lit cette inscription : *Grand Dieu, que ta main libérale nous démontre bien ta bonté, dans le don d'une eau minérale, qui peut nous rendre la santé.*

l'hôpital de Metz, signala la présence de traces d'arsenic dans les eaux d'une fontaine ferrugineuse dite la *Bonne fontaine*, située près du village de Larry (Moselle).

Le docteur Bayard, enlevé trop tôt aux sciences, reconnaissait la présence de l'arsenic dans les eaux de Pougues de Château-Gonthier.

M. Blondeau de Carroles, professeur à Rhodez, indiquait la présence de l'arsenic dans les eaux de Crausac (Aveyron).

Dans la séance du 28 mars de la même année, nous vous faisions connaître de concert avec M. Gobley qu'il existait de l'arsenic dans les eaux de Royat, de Jaude, de Saint-Mart (Puy-de-Dôme), d'Hermonville (Marne), d'Hauterive (Allier), de Provins (Seine-et-Marne), de Vichy (Allier), du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), de Plombières (Vosges), (1) de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), de Bains (Vosges), de Spa (Belgique).

En avril 1848, M. Menière, pharmacien à Angers, dont il a déjà été parlé plus haut, faisait connaître que le dépôt recueilli à la fontaine de Lépervière, à cinq kilomètres d'Angers, contenait de l'arsenic.

En juillet 1848, nous annoncions à l'Académie, en collaboration avec M. Schaeufèle, que les eaux de Chatenois (Bas-Rhin), de Soultzbach (Haut-Rhin), de Watweiller (Haut-Rhin), de Nierderbronn (Bas-Rhin) (2),

2° Que les dépôts fournis par ces eaux contenaient aussi de ce métal.

Dans la même année, M. Poumarède annonçait à MM. Mialhe et Figuier que les eaux de Balaruc (Hérault) contenaient de l'arsenic.

En 1848, M. Girardin, de Rouen, faisait des recherches sur les eaux ferrugineuses de Rouen (les eaux de la maréquerie de Saint-Paul), et il constatait que ces eaux ne contenaient pas d'arsenic.

Dans la même année, un pharmacien de Bourges (M. Pauvrhomme) publiait ses recherches sur l'eau et le dépôt de la source de Saint-Firmin. Dans cette ville, il établissait que ni l'eau, ni les dépôts ne contenaient d'arsenic.

En 1849, M. Lefort confirmait l'existence de l'arsenic dans les eaux de Vichy, prises à la fontaine des Célestins.

En 1849, en collaboration avec M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, nous avons tenté des essais :

1° Sur les proportions d'arsenic contenues dans les eaux minérales de Vichy, de Cusset et d'Hauterive;

2° Sur les dépôts recueillis aux mêmes sources;

3° Sur les urines et les matières fécales rendues par les malades. Ce travail a été inséré dans divers journaux de chimie et de médecine.

En juin 1849, nous fîmes connaître, de concert avec M. Barthez, que les eaux minérales de la fontaine des Dames, à Cusset, contenait de l'arsenic.

En septembre 1849, M. Legrip, pharmacien à Chambors (Creuse), constata la présence de l'arsenic dans l'eau minérale de Chaumeix, près Boussac (Creuse).

En 1849, M. Lassaigne, membre correspondant de l'Académie, faisait connaître les recherches qu'il avait faites pour déterminer l'état sous lequel l'arsenic se trouvait dans les dépôts fournis par les eaux minérales, et quelle est l'action qu'exercent ces dépôts sur l'économie animale; de ses expériences il concluait que, dans les dépôts des eaux ferrugineuses, l'arsenic s'y trouvait à l'état d'arséniate de fer, et que les propriétés vénéneuses de l'arsenic étaient annihilées par suite de cette combinaison.

En 1850, divers chimistes signalèrent la présence de l'arsenic dans les eaux minérales.

1° M. Maumené établissait qu'il existe à 13 kilomètres de Reims une source ferrugineuse arsénicale, et que cette source contenait 2 milligrammes d'arsenic par mètre cube d'eau (3);

2° M. Will indiquait la présence de l'acide arsénieux dans les eaux de Ripoldsan;

3° M. Ludwig signalait la présence du même acide dans les eaux minérales de Drisbourg et de Liebonstein;

4° M. Keller indiquait la présence de l'arsenic dans les dépôts laissés par les eaux minérales de Bavière, les eaux de Bakoczy et de Pandour à Kissingen.

5° M. Quentin, pharmacien, trouvait ce métal dans les eaux ferrugineuses et dans les dépôts des eaux de Coutances (Manche).

En 1851, MM. Bobierre et Maride, en faisant connaître les résultats de l'analyse de l'eau de Kirouars, dite de Prefailles (Loire-Inférieure), ont fait connaître que le dépôt laissé par cette eau contenait de l'arsenic.

En 1852, M. Lefort signala la présence des traces d'arsenic dans l'eau de Jenzot (Allier).

Malgré tous les travaux publiés jusqu'à cette époque, travaux qui démontrent la présence de l'arsenic dans les eaux, il y avait encore des auteurs qui ne voulaient pas croire à des résultats qui ne pouvaient être douteux : heureusement que depuis 1850 des expériences nombreuses sont venues confirmer les faits avancés précédemment (1).

Parmi les travaux qui ont démontré la présence de l'arsenic dans les eaux minérales, on doit placer ceux qui ont été exécutés par M. Ossian Henry dans le laboratoire de l'Académie impériale de médecine, sur la demande de M. le ministre du commerce et des travaux publics (2).

De ces travaux, il résulte qu'il existe de l'arsenic soit dans les dépôts, soit dans les eaux :

1° De Crausac (Aveyron);
2° De Cortel-Jaloux (Aveyron);
3° De Camarès (Aveyron);
4° D'Aubin (Aveyron);
5° De Bagnères de Bigorre (Hautes-Pyrénées) (eau ferr.);
6° De Neyrac (Drôme);
7° De Pont-de-Barret (Drôme);
8° De Valence (Drôme);
9° De Cusset, source Sainte-Marie-Élisabeth et des Dames (Allier);
10° De Saint-Christophe-en-Brionnais (Haute-Saône);
11° De Lac-Villers (Doubs);
12° De Wateveille (Bas-Rhin);
13° De Saint-Denis-les-Bois (Loir-et-Cher);
14° D'Auteuil (Seine);
15° De Château-Gonthier (Mayenne);
16° De Contrexeville (Vosges);
17° De Daulus (Ariége);
18° De Sailles, château Morand (Loire);
19° De Desaignes (Ardèche);
20° De Sermaise (Marne);
21° De Soultzbach (Bas-Rhin).

L'Académie de médecine ayant été chargée par M. Dumas, ministre de l'agriculture et du commerce, de concert avec une commission prise dans le sein de la Société centrale d'agriculture (3), de la publication

1. Les résultats communiqués à l'Académie n'ont sans doute pas été connus à Plombières; s'ils l'eussent été, ils n'auraient pas donné lieu à des publications et à des réclamations qui n'avaient rien de scientifique.

2. MM. Mialhe et Figuier ont confirmé l'existence de l'arsenic dans les eaux de Nierderbronn.

3. Dans la même année, on a cherché à doser l'arsenic contenu dans les eaux de Vichy, de Bussang et de Plombières; voici les chiffres donnés :

Eaux de Vichy.

Source Lucas, 33 litres 333 centilitres, ont donné : 0 gr. 01 d'arsenic.

Fontaine des Célestins,	100 lit.	0 —	01	id.
Id. de l'Hôpital,	10	0 —	01	id.
Id. des Acacias,	16	0 —	01	id.
Id. des Dames,	14 285 c.	0 —	01	id.

Les dépôts des eaux de Vichy ont fourni :

1° Fontaine de l'Hôpital,	1 k.	0 gr. 125	d'arsenic.
2° Id. du Clos.	1 k.	0 gr. 010	id.
3° Id. des Acacias	1 k.	0 gr. 070	id.
4° Id. d'Hauterive,	1 k.	0 gr. 500	id.

Eaux de Bussang.

27 litres 777 centilitres ont fourni : 0 gr. 100 id.

Eaux de Plombières.

26 litres d'eau de Plombières ont fourni : 0 gr. 010 id.

M. Bouquet, nous a-t-on dit, a fait des expériences sur les quantités d'arsenic qui se trouvent dans les eaux de Vichy; mais nous ne connaissons pas les résultats qu'il a obtenus de ses expériences. (a)

(1) On trouve dans un ouvrage sur les eaux minérales publié à Nancy en 1852 le passage suivant :

On a prétendu dernièrement que les eaux de Plombières contenaient aussi de l'arsenic; si MM. les chimistes veulent absolument le reconnaître dans toutes les eaux minérales, aimez-vous de l'arsenic, on en a mis partout!

On voit que l'écrivain n'était pas au courant des travaux faits sur les eaux minérales.

(2) Les recherches sur les eaux minérales, faites dans le laboratoire de l'Académie de médecine, sont immenses; mais, malheureusement, ces travaux ne font pas la réputation du chimiste qui les a faits; de plus, ils ne contribuent que pour une petite part à la gloire de l'Académie, sous le patronage de laquelle ils sont exécutés.

(3) Cette commission se composait de MM. Héricart de Thury, Orfila, Becquerel, Bouchardat, Boutron, Chevallier, O. Henry, Milne Edward, Patissier, Payen, Sainte-Claire-Deville, secrétaire.

(a) Nous croyons savoir que l'important travail de cet observateur sera prochainement livré à l'impression. Ce travail renfermera des faits d'une haute importance pour le thérapeutiste. (*Note du Rédacteur.*)

d'un *Annuaire des Eaux minérales de la France*, nous profitâmes de l'occasion qui nous fut offerte pour examiner :

1° Différents dépôts qui nous furent remis;

2° Des produits résultant de l'évaporation des eaux minérales.

Ces travaux nous conduisirent à constater la présence de l'arsenic :

1° Dans les eaux du mont Dore (Puy-de-Dôme);
2° De Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire);
3° D'Ussat (Ariége);
4° De Bagnols (Lozère);
5° De Lamotte (Isère);
6° De Chaudes-Aigues (Cantal);
7° De Luxeuil (Haute-Saône);
8° De Contrexeville (Vosges);
9° De Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées);
10° De Saint-Pardoux (Allier);
11° De Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure);
12° De Pougues (Nièvre);
13° De Vic-sur-Cère (Cantal);
14° De Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne);
15° De Bourbon-l'Archambault (Allier);
16° De Plombières (Vosges);
17° De la fontaine dite des Roches, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme);
18° De Royat (Puy-de-Dôme).

Un travail qui présente de l'intérêt, et qui se rattache au sujet que nous traitons, fait partie d'une thèse soutenue par M. Achille Pommier à l'École de pharmacie de Paris. Dans ce travail, M. Pommier fait connaître que les eaux du département des Vosges, les eaux

1° De Plombières,
2° De Bussang,
3° De Fontenay-le-Château,
4° De Saint-Dié,
5° De Circourt,
6° De Saint-Vallier,
7° D'Heucheloup,
8° De Gremois,
9° De La Velotte,
10° De Saint-Menge,
11° De Dolaincourt,
12° De Bulgueville, — contiennent de l'arsenic.

Depuis la publication de ce travail, ce jeune chimiste a encore trouvé ce principe actif dans les eaux de Vitel et des traces d'arsenic dans les eaux de Ligneville (1).

Il nous reste maintenant à parler des travaux faits en 1854.

Le premier, et le plus important, est dû à l'un des associés libres de l'Académie de médecine, à M. le baron Thénard, qui a profité de son séjour au Mont Dore pour faire l'analyse des eaux de cette localité et pour rechercher les principes actifs qui minéralisent ces eaux. Du travail de notre vénérable maître, il résulte :

1° Que les eaux du Mont Dore contiennent de l'arsenic;

2° Que ce principe actif s'y trouve à l'état d'arséniate neutre de soude;

3° Que la quantité d'arséniate de soude est un peu plus de 1 milligramme par litre d'eau.

M. Thénard se propose de continuer ses recherches sur les eaux minérales voisines, et il a émis l'idée que les eaux de Saint-Nectaire pourraient bien être arsénicales.

Le deuxième est dû à M. Rigout, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. Ce chimiste a publié un procédé de dosage de l'arsenic; il a pour cela pratiqué l'analyse des dépôts arsénicaux abandonnés par les eaux, et il a conclu de ses résultats, la quantité d'arsenic contenue dans les eaux, *en supposant que le rapport qui existe entre l'arsenic et le fer est le même dans le dépôt et dans l'eau minérale elle-même, et qu'on peut rapporter la quantité d'arsenic existante à la quantité de fer trouvée dans l'eau minérale elle-même.* M. Rigout a appliqué sa méthode de dosage à l'eau minérale de Scintein (Ariége), eau qui est ferrugineuse et arsénicale.

Le travail de M. Rigout a été fait dans le laboratoire de la Faculté de médecine de Paris et sous les yeux de M le professeur Würtz.

De tout ce qui précède, il résulte :

1° Que la présence de l'arsenic dans les eaux minérales prévue par Robert Boyle en 1685, il y a plus de cent cinquante-huit ans, a été constatée pour la première fois en 1839, par M. Tripier (2), puis confirmée par les travaux d'un grand nombre de chimistes, parmi lesquels on compte M. le baron Thénard, MM. Liebig, Buchner, Will, Fresénius, Figuier, Miahle, O. Henry, Schauefele, Gobley, etc., etc.;

2° Que la présence de l'arsenic a déjà été constatée soit dans les eaux, soit dans les dépôts laissés par les eaux minérales des divers départements de la France dans un nombre de cas qui s'élève à quatre-vingt-deux, réparties dans trente-deux départements, y compris l'Algérie;

3° Qu'il y a encore cinquante-cinq départements où l'on n'a pas constaté la présence d'eaux minérales arsénicales;

4° Que ce principe actif a été reconnu dans un certain nombre d'eaux minérales étrangères, les eaux de Spa, de Wiesbaden, de Schwalbach, d'Ems, de la Landscheid, de la vallée de Brohl, de Liebenstein, de Ripoldsan, de Dribourg, de Rakoczy;

5° Qu'il est probable que de nouvelles analyses démontreront que l'arsenic existe dans des eaux dans lesquelles aujourd'hui on n'a pas encore constaté sa présence, et que de nouvelles découvertes ne se feront pas longtemps attendre, l'attention des chimistes étant fixée sur ce point.

Nous ne terminerons pas ce travail sans faire connaître ce qui s'est passé lors de la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales de notre pays. A cette époque on disait qu'il ne fallait pas faire connaître ce fait, malgré qu'il eût de l'importance, parce qu'il y aurait à craindre que sa connaissance ne devînt un sujet de crainte pour quelques personnes, et une cause de ruine pour les eaux, parce que des personnes craintives ne voudraient plus faire usage des eaux. On ne suivit point ce conseil, et on voit qu'on s'en est bien trouvé. En effet, les eaux actives de France qui contiennent ce principe, il est vrai en petite quantité, n'ont pas été moins fréquentées depuis qu'on a pu apprendre qu'elles contenaient un principe toxique, mais qui, à de petites doses, peut être salutaire.

M. Walchner avait d'ailleurs traité la question, et il avait établi que *la présence de l'arsenic dans les eaux* minérales était peut-être la cause de l'effet salutaire de ces eaux, et qu'elle expliquait l'action du liquide qui jusque-là n'avait pas été bien comprise. Cette opinion est aussi celle de M. Thénard qui, en parlant des eaux du mont Dore, dit : *On ne saurait mettre en doute que ce ne soit à l'arséniate de soude qu'elles doivent leur puissante action sur l'économie animale.*

Nous nous rangerons à cette opinion en nous basant sur des faits. A plusieurs reprises nous avons fait usage des eaux arséniatées, et particulièrement de celles de Bussang, qui sont jusqu'ici pour nous les eaux qui contiennent le plus d'arsenic (environ 2 milligrammes par litre), et jamais ces liquides n'ont causé un sentiment d'âcreté à la gorge, sentiment qu'une solution arsénicale très-faible détermine dans le plus grand nombre de cas.

Nous déposons avec ce travail un tableau contenant le nom des eaux minérales arsénicales de notre pays, avec l'indication des départements dans lesquels elles se trouvent. Nous demandons en même temps pardon à l'Académie d'avoir été si long, mais nous avons été entraîné par l'idée qu'un grand nombre des travaux que nous avons relatés ont été faits sous le patronage de l'Académie (1).

Tableau des eaux minérales arséniatées qui se trouvent en France, classées par départements.

ALLIER. — Bourbon-l'Archambault, Cusset, Hauterive, Jenzat, Saint-Paidoux, Vichy.
ARDÈCHE. — Desaigne.
ARIÉGE. — Aulus, Scintein, Ussat.
AVEYRON. — Aubin, Camarès, Castel-Joux, Cransac.
CANTAL. — Chaudes-Aigues, Vic-sur-Serres.
CREUSE. — Chaumieux.
DRÔME. — Pont-de-Ravet, Neyrac, Valence.
HÉRAULT. — Balaruc, Source de Capas, Villecelle-l'Amalou.
ISÈRE. — Lamotte, Uriage.
LOIRE. — Sail-les Château-Morand.
LOIRE-INFÉRIEURE. — Virouars.
LOIR-ET-CHER. — Saint-Denis-les-Blois.
LOZÈRE. — Bagnols.
MAINE-ET-LOIRE. — Beaupréau, Chaumont, Chapronnière, Courvive, Daumuray, Écuillé, Lamotte-Gohier, Launay, Lépervière, Le Rousseau, Mestigné-Briant, Saint-Remy, Savinière, Voresme (La).
MANCHE. — Coutances.
MARNE. — Lamotteville, Reims, Sermaise.

(1) Nous joignons à ce rapport un tableau dans lequel se trouvent les anneaux faits avec l'arsenic, extrait de ces eaux minérales, pour être déposé dans le laboratoire de l'Académie.

2. Nous rappellerons que M. Walker avait, dès 1846, trouvé de l'arsenic dans les dépôts ocreux provenant des eaux minérales.

1. Nous avons fait tout ce qui nous a été possible de faire pour ne rien oublier dans ce résumé; il serait cependant possible que nous ayons fait quelques omissions; nous dirons que nous sommes d'avance prêts à les réparer lorsqu'elles nous seront signalées.

MARNE (HAUTE-). — Bourbonne-les-Bains.
MAYENNE. — Château-Gonthier.
MOSELLE. — Lorry.
NIÈVRE. — Pougues.
PUY-DE-DÔME. — L'Aude, Mont Dore, Fontaine des Coches, Royat, Saint-Allyre, Saint-Mort.
PYRÉNÉES (HAUTES-). — Bagnères-de-Bigorre.
RHIN (BAS-). — Chatenois, Niederbronn.
RHIN (HAUT-). — Soultzbach, Watweiller.
SAÔNE (HAUTE-). — Luxeuil, Saint-Christophe en Brionnais.
SAÔNE-ET-LOIRE. — Bourbon-Lancy.
SEINE. — Auteuil.
SEINE-ET-OISE. — Versailles.
SEINE-INFÉRIEURE. — Forges.
SEINE-ET-MARNE. — Provins.
VOSGES. — Baïas, Baqueville, Bussang, Circourt, Contrexeville, Dolanicour, Fontenay-le-Château, Grémois, Plombières, Saint-Dié, Saint-Monge, Saint-Vallier, Villette (La).
ALGÉRIE. — Hamman-Mez-Coutin.

Influence du système cellulaire pénitentiaire sur la santé des détenus.

M. le docteur Prosper de Pietra Santa, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur, a lu un second mémoire sur l'influence de l'emprisonnement cellulaire (prison Mazas à Paris), sur la santé des détenus. En voici le résumé :

M. de Pietra Santa rappelle les propositions qu'il avait émises dans un précédent travail.

On suit à Mazas le système français dans toute son acception, mais la lecture n'est une ressource que pour un nombre très-limité de prisonniers. La promenade de 3/4 d'heures au plus est insuffisante, le travail correctif obligé du mode de détention n'est pas assez généralisé, les visites ont une efficacité minime, l'effet moralisateur se traduit dans les meilleures conditions, par la possibilité pour le détenu de converser 47 minutes par mois avec les directeurs, aumôniers et médecins.

Au point de vue hygiénique, les trois résultats étaient :

1° Diminution dans le nombre des maladies et des décès, comparativement à la vieille Force.

2° Fréquence plus grande des aliénations mentales.

3° Augmentation très-considérable des suicides.

Une nouvelle expérience de deux années faite à Mazas, la prison cellulaire modèle, et aux Madelonnettes, maison d'arrêt en commun, ont permis au docteur de Pietra Santa de confirmer ses premières recherches.

Pendant la période 1850-52.

La mortalité a été à Mazas de 2,16 p. 0/0 malades, et aux Madelonnettes de 5,83 seulement. Il faudrait tenir compte de certaines circonstances accessoires : personnel de la population, mode de recrutement, nécessité des transfèrements.

En traitant la question de la folie, M. Pietra Santa combat les opinions de M. Lelut et s'exprime en ces termes :

« Si l'on prend en masse les chiffres des aliénés dans les prisons « cellulaires et les maisons en commun, nous trouvons que le nombre « des aliénations est à peu près le même, mais en interprétant les « chiffres, et les pendérant, en tenant compte du moment où s'est « montrée la première manifestation du trouble de l'intelligence, on « s'assure de la manière la plus formelle qu'à Mazas il y a des cas de « folie bien constatés nés dans la maison même, qu'aux Madelonnettes « les fous viennent du dehors. En effet, sur les 16 cas d'aliénation « constatés de 1852 à 1854, dans cette seconde prison, 10 ont été « transférés à Bicêtre les huit premiers jours de leur entrée, et les au- « tres peu de temps après. »

La proposition relative aux sciences est traitée par l'honorable auteur avec d'intéressants développements.

M. de Pietra Santa compare toujours ce qu'il a vu à Mazas, avec ce qui a eu lieu à la vieille Force, de 1830 à 1850 ; aux Madelonnettes de 1850 à 1854. Il y trouve là des éléments à peu près identiques : situation des prisons à Paris, même population, hommes adultes nés à Paris ou y vivant depuis assez longtemps, en ayant pris les vices, les habitudes.

Vieille Force : sur 37,397 détenus, 3 suicides, 4 tentatives.
Soit 1 suicide sur 12,465
1 tentative sur 9,000

Madelonnettes : sur 12,000 détenus, 1 suicide.
Soit 1 sur 12,000
Aucune tentative.

A Mazas, au contraire, de 1850 à 1854, sur 25,268 prisonniers, 26 suicides et 43 tentatives.

Soit : 1 suicide sur 971 détenus ;
1 tentative sur 765.

La proportion est donc près de treize fois plus considérable dans le système cellulaire.

Les renseignements pris sur tous ces malheureux accidents ont amené M. de Pietra Santa à constater les résultats suivants :

1° En général, les détenus qui se sont suicidés à Mazas n'étaient pas de la catégorie d'hommes pervers perdus de dettes et de crimes ;

2° La grande majorité était en prévention pour des délits qui les rendaient passibles de la police correctionnelle ;

3° L'impression première de la solitude a été si violente que la pensée de la destruction est née instantanément, avec une force extrême, dans leur esprit. Deux d'entre eux avaient cessé de vivre le lendemain même de leur arrestation ; 14 sur 26 n'avaient pas dépassé la huitaine ;

4° C'est dans la force de l'âge, chez les hommes qui ont déjà traversé la vie et ses péripéties que cette passion est la plus énergique.

Nous terminerons ce résumé en citant le passage suivant de l'auteur :

« Le moment où le détenu voit se fermer sur lui la porte de la cellule produit une impression profonde sur l'homme qui a reçu de l'éducation comme sur celui qui a toujours vécu dans l'ignorance ; sur le criminel comme sur l'innocent, sur le prévenu comme sur le condamné, cette solitude, l'aspect de ces murs, ce silence absolu l'effrayent et le confondent. S'il a de l'énergie, s'il possède une âme forte, bien trempée, il résiste, et, peu de temps après, il demande des livres, de l'occupation, du travail ; si c'est un être faible et pusillanime, il se laisse abattre : insensiblement il devient taciturne, triste, morose ; bientôt il refuse ses aliments, et, s'il ne peut occuper ses mains, il reste de longues heures immobile sur son escabeau, les bras appuyés sur la table, les yeux fixés sur elle ; quelques jours encore, et la promenade ne sera plus un besoin pour lui, et les visites des aumôniers ne le soulageront guère, et les paroles des médecins ne le tireront plus de ses rêveries ; selon les degrés de son intelligence, selon ses habitudes, sa manière d'être, son organisation morale, la monomanie prendra une forme érotique ou religieuse, gaie ou triste.

Les affections dépressives sont les plus ordinaires, mais à côté des mélancolies les mieux caractérisées, nous avons vu l'exaltation la plus complète.

... De pareils troubles de l'intelligence sont inhérents au système ; ils prennent naissance chez des individus qui jouissaient antérieurement d'une parfaite santé, qui n'avaient présenté aucune prédisposition héréditaire ou acquise, et de plus ils sont facilement modifiés par un traitement convenable.

Suette et choléra.

M. FOUCART donne lecture d'un travail intitulé : *Quelques considérations pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de* 1849 *et celle de* 1854. En voici les conclusions :

1° La suette, observée dans la Haute-Marne et dans la Haute-Garonne, en 1854, a été identiquement la même que celle observée en 1849 dans les départements du nord de la France sous le rapport de sa nature, de sa symptomatologie, de sa marche, de sa durée, des accidents qui en ont été la suite dans un petit nombre de cas.

2° Les différences que l'on a pu remarquer dans sa gravité ont tenu tout simplement à ce que, dès le début, une médication hygiénique rationnelle a été instituée (boissons froides, aération, découvrement.) Lorsque ces précautions n'ont pas été observées, la maladie a été aussi grave qu'en 1849.

3° Dans les cas qui ont offert quelque gravité, la médication vomi-purgative proposée par moi comme méthode générale, a parfaitement réussi, comme elle l'avait fait en 1849, à dissiper tous les accidents.

4° Dans les cas où le vomitif a été administré tout à fait au début, les accidents nerveux, si redoutables, ne se sont jamais manifestés ; la durée de la maladie a été moins longue et les convalescences plus franches et plus régulières.

5° Pas plus qu'en 1849, et dans les épidémies antérieures, la suette n'a revêtu le caractère intermittent. Dans quelques cas isolés et excessivement rares, les exacerbations ont semblé reparaître à peu près périodiques, mais cette apparence de périodicité tenait, ainsi que l'a démontré péremptoirement l'observation ultérieure, à cette circonstance qu'on n'avait pas mis en usage, au début, le traitement vomi-purgatif, véritable *régulateur* de la maladie.

6° Enfin, de l'analyse détaillée de cette épidémie et de son rapprochement avec les épidémies antérieures, il résulte, une fois de plus, que la suette est *une*, et que toutes les épidémies qui en ont été observées en France jusqu'à ce jour ont été *parfaitement identiques*.

Quant au choléra, je dirai :

1° Que quant à sa nature, à sa marche, à sa durée, à sa gravité, à sa symptomatologie, le choléra s'est montré le même en 1854, qu'en 1832 et en 1849, et le même dans les départements qu'à Paris.

2° Dans un certain nombre de cas, la symptomatologie a été moins complète, quelques phénomènes ont parfois manqué, ou ont été peu marqués, les crampes entre autres, ont été moins fortes et moins persistantes généralement; mais ces différences n'ont constitué que des variétés sans importance au point de vue du pronostic et du traitement.

3° Généralement aussi, la période algide et cyanique a duré moins longtemps, la réaction a été obtenue plus facilement; mais cette réaction s'est souvent accompagnée de phénomènes typhoïdes ou de phénomènes cérébraux qui sont devenus funestes.

4° La présence des vers intestinaux dans les matières des déjections et des vomissements de quelques cholériques, signalée comme un accident a été assez rare, complétement sans valeur, et n'a jamais coïncidé avec des formes plus ou moins graves du choléra. La présence de ces ascarides lombricoïdes n'a pas été plus fréquente pendant le choléra qu'elle ne l'est à l'état normal chez les habitants des campagnes qui se nourrissent mal ou suivent un régime plus spécialement végétal.

5° Le choléra a *toujours* été, cette année comme les autres, et dans toutes les localités, précédé de phénomènes assez remarqués et assez prolongés pour permettre d'instituer un traitement. La diarrhée est le plus constant de ces phénomènes prodromiques.

6° Le choléra *foudroyant*, c'est-à-dire survenant sans prodrômes chez un individu en bonne santé, *est un mythe*.

7° L'expérience a démontré que la suette et le choléra peuvent exister simultanément dans les mêmes localités et que, par conséquent, il n'y a pas antagonisme entre ces deux maladies.

8° Dans l'épidémie de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne de 1854, la suette a, la plupart du temps, précédé le choléra. L'affaiblissement résultant de l'existence de la suette a constitué une prédisposition qui a pu quelquefois favoriser l'évolution du choléra, rendre sa marche plus rapide et diminuer la durée de la période prodomique, au point de faire croire à l'observateur superficiel et peu expérimenté que cette période n'avait pas existé, tandis qu'elle avait été seulement de plus courte durée.

Dans la plupart des cas, cette transformation de la suette en cholérine, puis en choléra, s'est opérée sous l'influence d'écarts de régime et d'indigestions par excès de nourriture.

9° L'expérience de 1854 a démontré, aussi bien et mieux encore que celle de 1849, la transmissibilité du choléra d'individu à individu. L'analogie comme l'observation portent à penser que cette transmissibilité a lieu par infection atmosphérique de la même manière que celle des typhus, des fièvres éruptives.

10° Dans les cas excessivement rares, si tant est qu'il en existe, où le choléra n'est pas précédé de prodrômes, c'est par la transmission individuelle qu'il faut expliquer la rapidité de la marche de la maladie.

11° Dans le traitement de la cholérine ou plutôt dans celui des diarrhées, et, en général, dans tous les phénomènes morbides qui peuvent être rapportés à la première période du choléra, la médication vomi-purgative doit être employée tout d'abord et constitue en quelque sorte un spécifique. Nous n'avons jamais vu de cholérine, si grave fut-elle, traitée par cette méthode, se transformer en choléra.

Les opiacés ne sont qu'un simple palliatif, et il n'est jamais prudent de les mettre en usage avant de les avoir fait précéder des évacuants.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Nous avons reçu, en réponse à l'article de M. de Laffore, une lettre de MM. Martin-Magron, Poterin-Dumotel, Mallet, Besson, Ganneau, Vimon et Foissy, médecins du quatrième dispensaire. Cette lettre nous paraissant reproduire les arguments déjà formulés par notre savant confrère, M. Payen, nous pensons que les honorables signataires de la nouvelle lettre nous pardonneront de ne par la publier, et qu'il leur suffira que nous en annoncions la réception.

— L'administration des hospices civils de Toulouse vient de prendre une décision que nous désirerions voir se renouveler plus souvent dans les administrations hospitalières de province, et qui honore à un haut degré la mémoire de M. le docteur Viguerie, que la ville de Toulouse vient de perdre. Cette décision porte :

« Art. 1er. La maison annexe de l'Hôtel-Dieu commençant la rue des Tripiers, dite maison Viguerie, portera définitivement ce nom.

« Art. 2. Sur la porte d'entrée de ladite maison sera placé un marbre noir, avec cette inscription : ICI EST NÉ LE DOCTEUR VIGUERIE, NÉ LE 4 NOVEMBRE 1779.

« Art. 3. Le portrait de M. le docteur Viguerie sera placé dans l'endroit le plus apparent du service des blessés de l'Hôtel-Dieu.

« Art. 4. Il sera célébré un service solennel, en l'honneur de M. le docteur Viguerie, dans l'Église de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques.

« Art. 5. Une copie de la présente délibération sera remise, par l'administration des hospices, en corps, à la famille de M. le docteur Viguerie. »

— Dans sa leçon clinique du samedi 3 février, M. le professeur Bouillaud commencera des leçons spéciales sur les maladies du cœur. La visite des malades aura lieu à huit heures et la leçon orale à neuf heures. Les leçons sur le même sujet continueront les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, aux mêmes heures.

— Le *Giornale di Roma* nous annonce qu'à la suite d'expériences très-intéressantes d'électricité médicale faites par M. Breton devant plusieurs professeurs de l'Université de Rome, cet ingénieux fabricant a reçu une médaille d'or des mains même du Saint Père.

Pamphilisme. — Quiconque, le premier, fait usage d'un mot nouveau est tenu d'en déterminer la signification; nous trouvons donc fort légitimes les demandes d'explication qui nous ont été faites touchant le mot pamphilisme. A notre sens, ce mot peut remplacer à lui seul ceux de sottise, de fatuité, d'intrigue, de rapacité et de servilisme. Mais nous ne nous opposons pas à ce que l'usage lui donne une plus grande extension.

— Le *Recueil des Actes de la Préfecture du Bas-Rhin* publie un arrêté de M. le préfet, contenant un nouveau règlement relatif à l'institution des médecins cantonaux.

Ces médecins sont chargés :

1° Du traitement des malades indigents;

2° De la vaccination;

3° De l'hygiène publique et de la police médicale;

4° De fournir tous les documents et renseignements relatifs à l'exercice de leurs fonctions.

Quinze cantons, dont la circonscription est trop étendue pour un seul médecin, sont partagés en deux sections; l'une de ces sections est desservie par un médecin cantonal adjoint.

Le traitement des médecins cantonaux est fixé ainsi qu'il suit : 1,000 francs pour les cantons non divisés; 600 francs pour le médecin titulaire, et 400 francs pour le médecin adjoint, dans les cantons partagés en deux sections.

Un second arrêté préfectoral nomme médecins cantonaux adjoints, MM. les docteurs :

TRAUTMANN, pour le canton de Bouxwiller, avec résidence à Pfaffenhoffen.

LEBAS, pour le canton de Saar-Union, avec résidence à Saar-Union.

MENGUS, pour le canton de Saverne, avec résidence à Detwiller.

BIRCK, pour le canton de Marckolsheim, avec résidence à Sundhausen.

ZILLIOX, pour le canton de Brumath, avec résidence à Weyersheim.

FIESSINGER, pour le canton de Molsheim, avec résidence à Mutzig.

ROTH, pour le canton de Schiltigheim, avec résidence à Wolfisheim.

DIETZ, pour le canton de Wasselonne, avec résidence à Westhoffen.

VELING, pour le canton de Wissembourg, à la résidence de cette ville.

Il sera ultérieurement pourvu à la nomination des médecins cantonaux adjoints pour les cantons de Drulingen, de Hochfelden, de Bischwiller, de Niederbronn, de Seltz et de Soultz-sous-Forêts.

Un tableau imprimé à la suite de l'arrêté qui précède, indique les communes formant chaque circonscription cantonale.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, par M. A. Richet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, etc., avec figures intercalées dans le texte ; — 1 vol. in-8°, prix : 10 fr; — chez F. Chamerot, libraire, rue du Jardinet, 13.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 13. 3me ANNÉE. Mardi 30 Janvier 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

HOPITAL MILITAIRE DE LISBONNE.

Par M. Cent. Brandao de Castro,
Aide-major au 10e régiment d'infanterie légère.

CAS REMARQUABLE DE MORVE AIGUE CHEZ L'HOMME.

Antoine Du Costa, soldat au 2e régiment de lanciers, âgé de 20 ans, constitution forte, tempérament sanguin est admis le 17 octobre 1854 dans les salles de chirurgie de l'hôpital militaire. A son entrée à l'hôpital, on constate que la main gauche est le siége d'un gonflement violacé, beaucoup plus prononcé au doigt médius, et que les deux dernières phalanges sont froides. Les parties malades sont le siége de douleurs vives qui ne lui laissent pas de repos; le malade se plaint de céphalalgie; la langue est chargée, il a peu d'appétit. Les renseignements qu'il donne sur l'origine de son mal ne permettent pas d'expliquer son état; il n'a eu, dit-il, que des fièvres intermittentes et une amygdalite.

Le mal aurait commencé, il y a six jours, par l'extrémité palmaire des doigts, sans cause appréciable. On incise profondément le doigt enflammé et on couvre les parties avec des cataplasmes composés de farine de manioc, de miel, de camphre et de quinquina; tisane de guimauve pour boisson. Régime n° 2.

Le 19. — Douleurs moins vives; cependant l'inflammation fait des progrès, le pouls est moins fréquent que la veille, le malade est altéré; nouvelles excisions au niveau de la première phalange, on supprime les cataplasmes, on les remplace par des plumasseaux imbibés d'eau-de-vie camphrée. Régime n° 3.

Le 20. — La douleur a diminué, mais une inflammation érysipélateuse se développe sur le dos de la main, et la gangrène frappe les tissus qui étaient hier à peine enflammés; l'extrémité du doigt est près de se détacher au niveau de l'articulation de la seconde avec la troisième phalange, la fièvre n'a pas augmenté et le malade a de l'appétit; la langue est un peu chargée, il ne se plaint pas.

Cataplasmes émollients sur le dos de la main, le doigt est pansé avec des plumasseaux imbibés d'alcool; même boisson que la veille. Régime n° 4.

Le 21. — Une tache noire, de l'étendue d'une pièce de vingt sous, paraît sur la paume de la main, au niveau de l'articulation du médius avec le métacarpien; rougeur et gonflement plus marqués à la face dorsale de la main, accompagnés de douleurs très-fortes; le pouls est plus fréquent; céphalalgie, soif intense, langue plus chargée. On incise la tache gangréneuse; on lotionne les parties mortifiées avec du chlorure de chaux et on les panse avec du quinquina et du camphre en poudre. On prescrit 30 grammes d'huile de ricin et on diminue la quantité des aliments. Régime n° 2.

Le 22. — Le point gangréneux de la paume de la main a augmenté; on remarque un autre point à la partie interne du doigt annulaire; l'inflammation de la face dorsale de la main semble avoir diminué; fièvre, point d'appétit; le malade n'est pas altéré, quelques selles. Les médecins, réunis en consultation, sont d'avis de continuer le même traitement, d'insister surtout sur les purgatifs; on prescrit donc 30 grammes de sulfate de magnésie, même traitement local à l'exception de la poudre de quinquina; on continue l'application des plumasseaux imbibés dans de l'alcool camphré. Régime n° 2.

Le 23. — De nouvelles plaques gangréneuses se développent au doigt indicateur; la face dorsale de la main est d'un rouge érysipélateux, sans augmentation de douleurs; le pouls est petit, très-fréquent; le malade a de l'anxiété, la langue est sèche, la soif vive, il a de l'appétence, point de selles; huile de ricin, solution saline pour boisson; on supprime les applications d'alcool camphré pour revenir aux cataplasmes toniques employés d'abord, précédés de lotions avec du chlorure de chaux. Même régime.

Le 24. — La gangrène s'est étendue à une grande partie de la paume de la main, à presque toute l'étendue des doigts annulaire et indicateur; douleurs très-vives s'étendant de la main à l'avant bras; insomnie, pouls fréquent, de l'anxiété. On remarque, dans le bras droit l'existence d'un petit abcès sous-cutané, avec trois vésicules remplies d'une sérosité jaunâtre et entourées d'une auréole rougeâtre; même traitement : frictions sur le dos de la main et sur les parties non gangrenées avec une pommade composée avec 15 grammes de sulfate de fer pour 60 grammes de cérat.

Le 25. — La gangrène ne paraît pas vouloir se limiter; le doigt du milieu est presque détaché au niveau de la seconde phalange; l'état général est à peu près le même; le pouls n'est pas aussi fréquent, mais il est plus faible; la langue est très-chargée; le malade a dormi quelques heures, il est très-agité; point de céphalalgie; il a de l'appétit; le bras droit est le siége de vésicules plus volumineuses et plus rouges. Même traitement; diète.

Le 26. — Réaction très-grande; pouls très-fréquent; soif intense; langue sèche, rouge à sa pointe et sur les bords; céphalalgie; abattement accompagné d'agitation, d'anxiété et d'insomnie; l'appétit, néanmoins, persiste; il se fait sur la poitrine et sur les membres supérieurs et inférieurs une éruption de vésicules de forme irrégulière, remplies d'un liquide jaunâtre, ayant de la ressemblance avec les boutons de variole : ces vésicules sont entourées d'une auréole rougeâtre; à la face, elles sont confluentes; il y a, en outre, épiphora et coryza; les articulations de la main droite sont gonflées, rouges et sensibles au toucher; la face dorsale des pieds et le tour des malléoles offrent des taches rougeâtres très-douloureuses à la pression; la gan

grène de la main gauche s'étend vers l'avant-bras; l'abcès du bras présente une fluctuation évidente. Limonade sulfurique, *ad libitum;* toutes les deux heures, une pilule, composée avec

Sulfate de fer,
Extrait de quinquina, } àà 10 centigrades;
Camphre,

prendre également chaque fois 60 grammes de décoction de quinquina, avec addition de 2 grammes de camphre pour 500 grammes de décoction; couvrir la main droite avec une compresse imbibée d'un liniment de spermaceti et de jusquiame; lotionner la main gauche avec du chlorure de chaux et la panser ensuite avec du quinquina et du camphre en poudre, et la couvrir avec un cataplasme composé avec les mêmes substances; l'abcès du bras droit est ouvert; diète légère; le malade est placé dans un local séparé.

Le 27. — L'éruption augmente; elle devient plus confluente, surtout à la figure et sur la poitrine : dans ces régions, les vésicules ont le volume de bulles; la figure est rouge, onctueuse; l'épiphora est plus abondant; *écoulement par les narines d'une matière purulente, striée de sang*; *les ganglions sous-maxillaires du côté droit sont gonflés et douloureux;* le malade est très-abattu; la respiration est fréquente; le pouls serré; céphalalgie; langue sèche; soif vive; la gangrène s'étend presque à toute la main gauche; la main droite est rouge, gonflée, sensible; on remarque aussi l'existence de petits abcès dans les deux bras et des taches violacées sur les pieds. Même prescription que la veille; de plus, un lavement de sulfate de soude. Après de nouvelles interpellations, le malade avoue aujourd'hui qu'il avait couché dans l'infirmerie où se trouvaient quelques chevaux morveux; qu'il s'est blessé avec son sabre au doigt du milieu de la main gauche, et que, deux ou trois jours après, la blessure s'est enflammée, ce qui l'a obligé à rester au quartier et plus tard à venir à l'hôpital. Les médecins de l'hôpital, réunis en consultation, reconnaissent que le malade est atteint de morve aiguë, qu'il n'y a aucune chance de guérison, et conseillent de continuer le traitement qu'on avait suivi jusqu'alors.

Le 28. — Depuis hier, le malade a parfois du délire, alterné avec du coma; abattement très-marqué; il marmotte quelques paroles; l'éruption s'étend à tout le corps, elle est très-confluente, surtout à la face, qui est d'une couleur violacée et gonflée d'un aspect hideux; les paupières sont œdémateuses, couvertes de croûtes épaisses; la poitrine et les bras sont couverts de bulles ayant pour base des taches violacées; écoulement abondant par les narines; la main gauche se gangrène presque en totalité; la main droite commence à se mortifier; la respiration est anxieuse, rapide; toux; pouls à peine sensible; chaleur à la peau; selles involontaires et d'une odeur très-fétide. Mort le lendemain à 9 heures.

Autopsie.

Habitude extérieure. — Presque point de roideur cadavérique. La peau est partout parsemée de taches violacées, d'étendue variable, très-confluentes au tronc, à la face et aux extrémités supérieures; au tronc et à la face, quelques-unes de ces taches sont excoriées, et on voit le devant injecté en rouge; les autres points de la peau sont remplis de pustules et de bulles contenant une humeur purulente et sanieuse; le prépuce et le gland sont œdémateux et couverts de phlyctènes, la face est volumineuse, violacée, les narines et la lèvre supérieure sont remplies d'un mucus rougeâtre presque desséché. A la partie postérieure de l'avant-bras, on trouve un abcès d'un volume d'une noix rempli de pus, à son bord externe se rencontre un autre abcès moins volumineux. La peau de la paume de la main gauche est détachée presque complétement des tissus sous-jacents, les phalanges sont couvertes d'une couche pulpeuse, l'indicateur et l'annulaire sont noirs et volumineux.

Crâne. — Le cerveau paraît dans l'état normal; on y remarque seulement quelques taches rougeâtres.

Thorax. — Les poumons remplissent complétement la poitrine, ils adhèrent à ses parois par des brides celluleuses, ils sont parsemés de taches noirâtres comme s'ils avaient été aspergés avec de l'encre; ces taches sont constituées par du sang noir et fluide. La membrane muqueuse de la trachée, du larynx et des grosses bronches est épaisse, molle, d'une couleur rouge qui ne disparaît pas par le lavage; cette membrane se détache facilement dans quelques points de son trajet; le cœur est plus volumineux que dans l'état normal, le sang des gros vaisseaux est fluide.

Abdomen. — Les intestins sont distendus par du gaz, ils sont blancs, transparents, le foie est volumineux; d'une couleur vineuse, du sang noirâtre ruisselle par les incisions.

Fosses nasales. — La membrane pituitaire est plus rouge et plus épaisse que dans l'état normal; sur les deux côtés du vomer elle offre des ulcérations allongées, coupées à pic, d'un fond jaunâtre et dont les bords ont une couleur de fer chauffé au rouge; sur les cornets, il existait aussi deux petites ulcérations analogues aux précédentes, on en rencontrait aussi sur le plancher des fosses nasales; dans le reste de la membrane on trouve des petites élévations jaunâtres de la grosseur et analogues à des œufs de poisson, les unes sont isolées, d'autres, au contraire, forment des groupes de masses solides.

Les fosses nasales, les sinus frontaux renfermaient un mucus épais de couleur rosée.

La muqueuse buccale et pharyngienne ne présentait rien d'important, à l'exception d'un point gangréneux, d'un demi-pouce d'étendue placé au milieu de la voûte palatine.

(*O. escho liaste medico nov.* 1854.)

Quoique l'autopsie laisse quelque chose à désirer dans cette observation, elle n'en est pas moins importante par la netteté du point de départ de la maladie, l'inoculation de la plaie du doigt. Aujourd'hui que, malgré les faits les plus concluants, la contagion de la morve de cheval à l'homme est niée par quelques observateurs, le fait qu'on vient de lire fournira une nouvelle preuve et des plus convaincantes contre cette opinion. La marche de la maladie, dans ce cas, ne sera pas non plus sans utilité pour l'histoire générale de la morve chez l'homme.

G.

Recherches sur les Affections morbides et anormales du Placenta

(Mémoire couronné par la société de médecine de Gand, dans sa séance du 10 janvier 1854),

Par le docteur Ambroise MORDRET (du Mans),

Professeur d'accouchements, lauréat de l'Académie de chirurgie de Madrid, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

« Le mot adhérent extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare. »
Baudeloque.

Ne pas confondre un état physiologique avec un état pathologique.

(Suite et fin. — Voir les n°s 156, 1, 3, 4, 5 et 11.)

La situation du placenta une fois reconnue, si la cavité utérine est suffisamment grande pour permettre de manœuvrer, on cherche suivant le précepte de Levret à glisser la main entre les deux surfaces adjacentes du placenta et de l'utérus en ayant soin de ne pas employer les ongles. Ce moyen, chaque fois qu'il est praticable, me semble préférable à celui que conseille M. P. Dubois et qui consiste à empoigner à pleine main la portion décollée du placenta, et à tirer dessus dans le but de décoller le reste, ou bien à tordre la portion détachée et à lui imprimer un mouvement de rotation comme le fait M. Godefroy; ou bien encore, suivant le même accoucheur, « si l'on n'a affaire qu'à un lobe du placenta adhérent et laissé dans l'utérus après une délivrance par

tielle, à le détacher en poussant fortement dessus et alternativement dans quatre directions opposées. » Ces moyens entre des mains aussi habiles que celles des personnes qui les ont recommandées sont excellents, j'en suis convaincu, mais sous des mains moins exercées ils peuvent être brutaux et occasionner des déchirures. Ce malheur est même arrivé à Leroux de Dijon. Ce célèbre accoucheur tirant trop fort sur un lambeau du placenta détaché pour arracher le reste, a emporté une partie du plan fibreux de l'utérus. La femme eut une grave hémorrhagie qui ne put être arrêtée que par le tampon.

Le procédé d'Heister qui consiste à perforer le centre du placenta avec le doigt, et à décoller ensuite, en promenant ce doigt par derrière tout autour de l'ouverture, me paraît devoir être exclusivement réservé pour quelques cas spéciaux; par exemple, lorsque le placenta étant adhérent par toute sa circonférence, sa partie centrale est seule détachée, mécanisme de décollement sur lequel Albinus a, le premier, appelé l'attention. Alors il y a presque toujours du sang épanché entre les deux surfaces contiguës, mais cela ne fut-il pas, il y aurait encore tout bénéfice à opérer la délivrance, car selon une remarque déjà faite, on ne peut espérer l'innocuité de la présence du délivre ou d'un fragment de délivre dans l'utérus, qu'autant que les connexions naturelles de ces deux organes sont restées intactes.

Du reste l'observation rigoureuse des règles doit souvent fléchir devant les exigences de la pratique, et dans les manœuvres obstétricales surtout, on fait comme on peut plutôt que comme on veut. Il est bien certain, par exemple, que si la cavité utérine est très-petite, il sera difficile d'y manœuvrer, on ne pourra quelquefois introduire qu'un doigt ou deux. Si l'union du placenta est assez intime et que l'hémorrhagie soit foudroyante, on devra agir vite. Saisir le placenta, le tordre et l'arracher au risque de déchirer un peu l'utérus, est peut être alors le plus avantageux. Il n'y a que les fouillements minutieux destinés à enlever jusqu'à la moindre parcelle de délivre, de membranes, ou même de caillots, qui me semblent devoir toujours être défendus. Mais à part cette restriction l'accoucheur, dans une circonstance grave, doit prendre conseil du moment. Toujours de sang-froid, au milieu des plus vives alarmes, il doit avoir tous les préceptes qui ont été tracés présents à sa pensée afin de choisir.

D'après ce qui précède, on voit que j'accorde bien peu de confiance à l'injection de la veine ombilicale, c'est un moyen lent, très-infidèle dans les cas d'adhérence simple, tout-à-fait inefficace pour peu que l'adhérence ait quelque solidité; je conviens qu'il n'est pas dangereux, mais il peut faire perdre un temps précieux, car il ne faut pas oublier que l'introduction de la main sera d'autant moins douloureuse et d'autant plus inoffensive que l'on agira à une époque plus rapprochée de l'accouchement. Le procédé de Mojon de Gênes serait utile surtout lorsqu'il y a inertie, et dans ce cas même il sera bien moins efficace que l'agacement produit par la présence de la main dans l'utérus. L'emploi de ce moyen me paraît en conséquence devoir être restreint à quelques cas spéciaux, lorsque la femme est très-pusillanime, lorsqu'elle se refuse positivement à l'introduction de la main, ou plutôt lorsque la famille s'y refuse, encore dans cette dernière supposition, s'il n'y a pas de danger imminent, il est presque toujours de la dignité de l'accoucheur de se retirer.

Les injections à grande eau me paraissent, malgré l'avis contraire de Capuron, appelées à rendre plus de services que l'injection de la veine ombilicale. Je les crois parfaitement inutiles pour rompre les adhérences du placenta; mais lorsque celles-ci se compliquent de chatonnement, lorsqu'il y a un spasme de l'utérus, dans tous les cas en un mot où il est difficile ou impossible de pénétrer dans la cavité de cet organe, les grandes injections tièdes ou narcotiques doivent avoir de bons effets pour faire cesser l'ervétisme, ensuite l'on agit suivant les circonstances. La saignée générale, quand la constitution de la femme le permet, les quarts de lavements opiacés avec huit ou dix gouttes de laudanum, les bains sont aussi des moyens précieux qu'il ne faut pas négliger dans ces circonstances.

Il me reste à parler du seigle ergoté, médicament très-employé comme on a pu le voir par la plupart des observations que j'ai rapportées. Cependant, en étudiant celles-ci, je me suis demandé si la prescription de l'ergot n'avait pas souvent été plus empirique que rationnelle. Je me suis demandé s'il avait toujours été utile, et j'ai tout lieu de croire qu'il a dû parfois retarder l'époque de la délivrance. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler l'action physiologique du médicament. L'ergot détermine des contractions irrégulières de la matrice, contractions qui sont suivies du retrait de cet organe. Or, nous savons déjà que ce n'est point pendant les contractions que se détache le délivre. Le retrait de l'utérus peut y aider dans les cas simples, soit; mais il est très-insuffisant si l'adhérence a quelque solidité. Alors même son effet le plus constant est de chatonner le délivre. Dans tous les cas, la puissance de l'ergot est inférieure à celle de la main, et lorsque celle-ci a échoué on ne doit pas espérer mieux du médicament. Commencer par son emploi, c'est, en cas d'insuccès, se créer des difficultés parfois insurmontables, lorsqu'il faudra recourir à un moyen plus efficace. L'ergot de seigle peut au contraire rendre de très-grands services dans les cas d'atonie et surtout dans les cas d'hémorrhagie.

Lorsqu'on a dû laisser quelques parties du délivre dans l'utérus, on doit toujours craindre une perte si elle n'existe déjà. Dans ces circonstances, l'ergot, en déterminant la contraction de l'organe gestateur, est très-utile. J'ai vu plusieurs fois le sang couler peu abondamment, mais d'une manière continue, après un avortement survenu au commencement de la grossesse, et la perte ne s'arrêter que par l'administration de l'ergot à doses fractionnelles et réitérées plusieurs jours de suite. Je ne doute pas qu'il ne puisse en être de même après l'accouchement. Mais je crois que l'ergot n'aide en rien le décollement du placenta. Lorsque ce décollement s'est effectué de lui-même, il arrive assez souvent que l'utérus accoutumé à la présence du corps étranger contenu dans sa cavité, n'est point immédiatement sollicité à l'expulser. Le placenta ou les portions de placenta, qui ont ainsi perdu toute adhérence, ont tendance à se putréfier promptement : il est donc urgent de les faire sortir au plus vite. Si l'accoucheur parvient alors à établir son diagnostic, l'ergot sera indiqué de nouveau. Mais, avant que de déterminer la contraction utérine, il sera bon de s'assurer que l'ouverture du col peut donner issue au corps étranger. Dans le cas contraire, il faudrait avant tout essayer de se relâcher par la belladone, les injections émollientes, les bains, l'éponge préparée, etc. Dès que les portions de placenta s'engageront dans le col, dès qu'elles seront accessibles, il conviendra d'aider l'effort de la nature et de les saisir, soit avec les doigts, soit avec la pince à faux germe.

S'il me fallait parler ici des accidents auxquels peut donner lieu l'administration du seigle ergoté, je ne pourrais mieux faire que de renvoyer au mémoire de M. Danyan (rapport à l'Acad., 1er octobre 1850), qui a traité cette question avec une grande supériorité, bien qu'il me paraisse avoir exagéré un peu, et sans doute à dessein, les inconvénients de ce médicament.

Lorsqu'on a été forcé de laisser dans l'utérus le tout, ou partie du placenta, la femme doit être surveillée avec le plus grand soin. S'il survient quelque accident grave (perte, convulsions, etc.), on renouvellera de suite les tentatives d'extraction, si toutefois elles sont encore possibles; et dans ces circonstances, elles le sont ordinairement plusieurs jours après l'accouchement, parce que l'utérus est presque toujours distendu. Les adhérences qu'on n'avait pu rompre d'abord sont alors relâchées, le plus souvent même détruites, et l'on termine la délivrance. S'il faut encore renoncer à cet espoir et qu'il y ait une perte, le seigle ergoté, le tampon, les lavements opiacés, les réfrigérants, les ventouses sèches sur la poitrine, les boissons acidules, le repos le plus absolu, etc., tous les anti-hémorrhagiques seront maniés ensemble ou séparément, suivant l'indication à remplir et la sagacité de l'accoucheur.

Dans une perte abondante, il me semble que maintenant je n'hésiterais pas à faire bénéficier la femme de la découverte de

Pravas, et que j'essayerais contre la métrorrhagie la puissance des propriétés coagulantes du perchlorure de fer. Pour cela, il faudrait commencer par vider autant que possible l'utérus du sang et des caillots qu'il contiendrait, puis guider sur le doigt une seringue dont la canule serait terminée en olive, en ayant la précaution de fermer avec la pulpe du doigt le plus grand nombre possible des ouvertures; sans quoi, le sang se coagulant sur leurs lumières, rendrait l'injection impossible. Une fois la canulle en place, une quantité d'injection déterminée à l'avance serait poussée promptement. On pourrait aussi porter dans l'utérus une éponge imprégnée de la solution styptique, et l'exprimer en l'appliquant contre les parois de l'organe. On pourrait encore introduire dans le col un bout de sonde œsophagienne ou toute autre canule large au travers de laquelle on passerait à plusieurs reprises un pinceau qui irait chaque fois badigeonner la surface utérine. Je me borne à l'indication sommaire de ces moyens qui pourraient être modifiés de bien des manières par le génie du chirurgien, et dont l'appréciation ne saurait trouver place ici. La solution de perchlorure de fer ne devrait pas être concentrée, car il ne s'agit pas de former un caillot obturateur. Elle agirait de deux manières, comme hémostatique puissant et comme styptique non moins puissant peut-être. On pourrait lui substituer l'eau de Pagliari ou toute autre liqueur de ce genre. Il se formerait nécessairement un énorme caillot dans l'utérus, mais celui-ci, conservant une certaine mollesse, son extraction ne saurait être plus difficile que celle du placenta lui-même.

La valeur thérapeutique d'un moyen qui n'a pas encore été employé ne peut être jugée, mais tout porte au moins à croire que le perchlorure de fer rendrait d'immenses services, ne permît-il que de gagner du temps, en arrêtant une hémorrhagie foudroyante. L'agent hémostatique ne pénétrant pas dans l'intérieur des vaisseaux, il semble qu'on n'aurait à redouter aucun des accidents qui peuvent accompagner son emploi dans la cure des anévrismes. Il n'y aurait pas là un bouchon obturateur composé de deux substances, l'une organique, l'autre minérale, et qui ne peut être éliminé; car il est bien différent d'arrêter le cours du sang dans un vaisseau au milieu de son trajet ou de l'arrêter en déterminant la contraction des extrémités béantes des vaisseaux. L'accident le plus à craindre serait donc une métrite traumatique. Il va sans dire que l'emploi du perchlorure de fer n'exclurait en rien l'usage des moyens auxquels on a coutume de recourir dans ces tristes circonstances. Nommons comme autres ressources extrêmes la compression de l'aorte, la transfusion du sang. Le premier de ces moyens me semble avoir été très-judicieusement apprécié par M. Négrier (*Hémorrh. utérines*), et bien qu'il puisse revendiquer quelques succès, je ne me sens pas disposé à lui accorder plus de confiance que le professeur d'Angers; comme lui, je le crois plus dangereux qu'utile. J'aurais plus volontiers recours à la transfusion, bien que j'aie peine à croire que l'injection de quelques onces de sang puisse suffire pour ranimer une femme exsangue; mais ce n'est pas par sa quantité, c'est par son action dynamique qu'on peut comprendre alors, jusqu'à un certain point, l'action vivifiante d'un sang riche qui circule dans les vaisseaux d'un sujet débilité.

Si la présence d'un placenta qu'on n'a pu extraire détermine des convulsions, c'est à la médication de l'éclampsie qu'on doit avoir recours. On y ajoutera seulement des injections émollientes et narcotiques dans le but de faire cesser l'éréthisme et de rendre l'utérus plus tolérant.

Mais la putréfaction du placenta est, après l'hémorrhagie, ce qu'il y a le plus à redouter à cause des accidents qu'elle détermine. Pour empêcher les matières sanieuses de rester longtemps au contact des parois utérines, il faudra faire souvent des injections émollientes et détersives. Si les lochies prennent une odeur nauséeuse, on ajoutera dans les injections un peu de liqueur de Labaraque; le linge de la femme sera souvent changé; la plus rigoureuse propreté sera observée en tout. Grâce à ces moyens combinés avec un régime convenable, la putréfaction du placenta n'aura pas lieu ou sera sans conséquences graves; et la phlébite utérine, la métro-péritonite, la résorption purulente, etc., seront moins à craindre que si l'on eût, pour extraire un délivre trop adhérent, violemment irrité l'utérus par des manœuvres toujours indiscrètes et souvent malhabiles. Si quelqu'une des affections que je viens de nommer se déclarait, il faudrait la combattre par les moyens appropriés.

« Il ne faut pas oublier, dit M. Velpeau, que les adhérences sont le résultat d'une maladie, et qu'après leur destruction forcée, la surface interne de l'utérus reste nécessairement dans un état pathologique plus ou moins inquiétant; qu'elles laissent à leur suite une sorte de plaie suppurante qu'il importe de modifier et de cicatriser. » J'espère avoir démontré que le plus souvent les adhérences ne sont point le résultat d'une maladie, mais je conviens avec M. Velpeau que leur destruction forcée laisse sur la surface interne de l'utérus une plaie. C'est une plaie traumatique, qui peut suppurer quelquefois, qu'il importe toujours de guérir. Le fond de cette plaie est le plan fibreux de l'utérus, mis à nu par l'avulsion de la muqueuse qui le recouvrait. Quelquefois même les fibres sous-jacentes de l'utérus sont arrachées. La cicatrice qui doit fermer cette plaie, c'est une nouvelle membrane muqueuse.

Conclusions. — Ce travail peut se résumer dans quelques propositions négatives.

1° Les causes des adhérences insolites du placenta à l'utérus sont encore inconnues. Tout porte à croire qu'elles ne sont pas toujours le résultat d'un état pathologique.

2° Ces adhérences n'ont aucun symptôme pathognomonique. On soupçonne leur existence plutôt qu'on ne la reconnaît, jusqu'au moment où la main introduite dans l'utérus donne la certitude de cette existence. Jusqu'à ce jour, rien, absolument rien, n'a pu les faire prévoir dans le cours de la gestation.

3° Il faut détruire les adhérences faibles aussitôt après l'accouchement, respecter celles qui sont très-intimes. L'introduction de la main dans l'utérus est à la fois le moyen le plus sûr, le plus commode et le plus inoffensif, pour rompre les adhérences ou pour reconnaître le degré de leur solidité.

4° Me sera-t-il permis d'ajouter : le perchlorure de fer paraît appelé à rendre des services dans le traitement des hémorrhagies utérines.

Académie des Sciences.

Séance du 26 décembre 1855.

Présidence de M. Combes.

Sangsues.

M. Samsé adresse une relation d'expériences et études sur les fonctions et l'hygiène des sangsues.

Les *comptes rendus* ne donnent pas d'autres détails.

Electricité.

M. Billiard adresse une note dans laquelle il expose que les plantes possèdent une électricité propre, différente de celle des êtres du règne animal. L'expérimentation consiste à rapprocher une plante d'une aiguille en gomme laque librement suspendue par un fil sans torsion, et à voir dans quel sens elle se dévie.

Huile de foie de morue.

M. Deschamps (d'Avallon) signe un procédé de préparation d'huile de foie de morue que les *comptes rendus* ne font pas connaître.

Séance du 3 janvier 1855.

Présidence de M. Régnault.

Opium indigène.

M. Descharmes annonce qu'ayant analysé de l'opium indigène provenant de la récolte de 1854, il y a trouvé 16,00 pour 100 de morphine; celui de 1853 n'avait donné, par le même moyen, que 14,75.

« Nous avons pu, en outre, ajoute-t-il, constater la présence de la

codéine dans l'opium indigène, mais nous n'avons pu songer à la doser n'ayant pas eu à notre disposition une quantité suffisante d'opium.

« D'après les effets éprouvés par les fumeurs d'opium, il uous a paru intéressant, au point de vue physiologique comme au point de vue médical, de savoir si la morphine, le principe le plus actif de l'opium, se volatilisait pendant la combustion. Nous avons donc fait brûler, successivement à l'air libre, au milieu d'un large tube, quelques grammes d'opium indigène et d'opium exotique, en forçant, par une légère insufflation, les vapeurs et la fumée à traverser un autre tube de communication entouré d'un réfrigérant. Il s'est déposé là une certaine quantité d'eau colorée en jaune par des produits pyrogénés; liquide dans lequel nous avons pu facilement constater, à l'aide des réactifs ordinaires (acide iodique et amidon, acide azotique concentré, sels de peroxyde de fer), la présence de la morphine sublimée dans l'une et l'autre expérience. De la morphine brûlée à l'air dans une petite capsule en porcelaine nous a laissé, sur les parois du vase, des cristaux très-apparents du même alcaloïde.

« Ainsi, dans la combustion de l'opium ou de la morphine, il n'y a pas de décomposition complète de l'alcaloïde, mais sublimation partielle de cetfe substance. On peut, ce me semble, conclure de là que c'est la morphine qui agit sur le système nerveux lorsqu'on fume l'opium. »

Séance annuelle du 8 janvier 1855.

Dans cette séance on a prononcé un éloge posthume d'Arago dont nous avons le jour même, *Moniteur* du 9 janvier, fait une appréciation qui a été confirmée, et l'on a décerné les prix et encouragements que nous ferons connaître ultérieurement.

Séance du 15 janvier 1855.

Alimentation.

M. Ducaisne lit un rapport favorable sur la culture du *diascsrea Batatas*, nouvelle racine alimentaire.

Traitement des anévrismes et des varices par les injections coagulantes.

M. Le Roy d'Étiolles lit un mémoire sur ce sujet; il rappelle que Monteggia, professeur à Milan, a émis, dans une phrase de ses *Institutions chirurgicales*, l'idée de traiter l'anévrisme en ponctionnant la tumeur avec un trois-quart ordinaire, et y injectant une liqueur coagulante qu'il n'indique pas. M. Le Roy d'Étiolles fait observer que le trois-quarts ferait une plaie trop large et mettrait, le plus souvent, dans la nécessité de recourir immédiatement à l'opération des anciens, par l'ouverture du sac.

A cette proposition, peu susceptible d'application, M. Le Roy a substitué la ponction avec un tube capillaire, et il a démontré l'efficacité de ce procédé par des expériences sur les animaux, dont il a communiqué les résultats à l'Académie des Sciences, dans la séance du 23 mars 1835 : il s'était servi, dans ces expériences, d'alcool et de solutions alumineuses.

Pravaz a renouvelé, il y a deux ans, les expériences de M. Le Roy d'Étiolles. Il a, comme lui, agi sur une portion de sang isolée et stagnante entre deux points de compression, dans l'artère carotide d'un cheval; mais, au lieu de l'alcool et des sels d'alumine, il s'est servi d'une solution de perchlorure de fer, dont l'effet est plus puissant, mais qui produit une inflammation trop vive des parois de l'artère du sac anévrismal.

Lallemand, qui avait pris part aux expériences de Pravaz, en communiqua les résultats à l'Académie des Sciences, en disant que les injections coagulantes produiraient, dans le traitement de l'anévrisme, une révolution aussi complète, aussi importante que la lithotricie dans les affections calculeuses.

M. Le Roy d'Étiolles, tout en revendiquant devant l'Académie la part qui lui revient dans le traitement de l'anévrisme par la méthode des injections coagulantes, manifesta la crainte que l'exagération d'enthousiasme ne fût suivie d'une réprobation exagérée, si le succès ne répondait pas à une annonce aussi pompeuse : c'est ce qui est arrivé; les réussites des opérations pratiquées par M. Jobert, par M. Salles de Lyon, et par un autre chirurgien, ont été neutralisées par des insuccès plus nombreux, entre les mains de MM. Velpeau, Malgaigne, Lenoir, etc., et les injections coagulantes, comme méthode de traitement de l'anévrisme, tombèrent dans un discrédit non mérité.

M. Le Roy d'Étiolles examine les causes des accidents qui ont eu lieu et les moyens qui peuvent en assurer le succès. Il faut observer que, dans l'application sur l'homme, les chirurgiens se sont éloignés du procédé qui avait été employé dans les expériences sur les animaux; par lui et par les autres expérimentateurs, les injections avaient été faites dans l'artère sur une petite colonne de sang isolée et stagnante, tandis que sur l'homme on a toujours fait l'injection dans la tumeur anévrismale. Or, il semble que l'on ait perdu de vue l'étroitesse ordinaire de la communication entre l'artère et le sac anévrismal, qui avait été observée par Scarpa, et dont M. Le Roy d'Étiolles, donne un spécimen dans la figure ci-après :

En réfléchissant à cette étroite communication, on comprend qu'il a dû arriver que le liquide coagulant n'a agi que sur le sang contenu dans le sac anévrysmal, et non sur le sang contenu dans le tube artériel, en sorte que la circulation, tantôt n'a pas été suspendue, tantôt ne l'a été que momentanément. M. Le Roy d'Étiolles pense que l'on se placerait dans des conditions plus favorables, en opérant de la manière suivante :

Deux points de compression sont placés au-dessous et au-dessus de la tumeur; l'injection faite dans le tube artériel coagulerait sûrement le sang contenu dans sa cavité, et la portion de sang encore liquide du sac.

Sur les artères superficielles telles que la brachiale, M. Le Roy d'Étiolles voudrait que l'on suivît le procédé qu'il a mis en usage dans ses expériences sur les animaux, procédé qui est à la méthode des injections ce que le procédé d'Anel et de Hunter sont à la méthode de la ligature.

Enfin, pour les tumeurs qui sont développées sur les artères, près de leur entrée dans les cavités splanchniques, telles que la crurale et l'iliaque externe, la sous-clavière et le tronc brachio céphalique, M. Le Roy conseille l'injection dans l'artère au-dessous du sac, imitant la manière d'agir de Brasdor, pour la ligature.

Quant au liquide coagulant, M. Le Roy d'Étiolles dit que l'on a donné trop d'importance au perchlorure de fer. dans l'emploi duquel beaucoup d'opérateurs voient la méthode tout entière des injections; il pense que cette solution très-irritante est difficilement maniable, ainsi que l'ont prouvé les inflammations et même les gangrènes survenues après quelques opérations. Il y aurait moins de danger à employer les sels d'alumine, dont il avait fait usage dans ses expériences, le sulfate d'alumine neutralisé par l'ammoniaque et des lavages répétés; le liquide de Pagliari composé d'alun et de benjoin, le tannin, etc., ont une action suffisante, sans produire une inflammation excessive dans les parois de l'artère et dans celle du sac.

M. Le Roy d'Étiolles rappelle qu'il a encore coagulé le sang dans les artères. au moyen de l'électro-puncture, agissant sur une portion de ce liquide isolée et stagnante entre deux points de compression.

Anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus.

M. Laugier lit la deuxième partie (3e lecture) de ses recherches sur ce sujet :

« La pourriture d'hôpital est décrite comme une maladie des plaies exposées, quoiqu'elle envahisse aussi le tissu cellulaire commun, et celui des organes sous-jacents à la membrane des bourgeons charnus : c'est qu'en effet c'est par cette membrane qu'elle commence ordinairement. D'après le plan que je me suis tracé, j'ai donc à rechercher les altérations des granulations des plaies sous l'influence de la pourriture d'hôpital.

« On connaît deux formes principales de la pourriture d'hôpital, la forme ulcéreuse et la forme pulpeuse. Elles diffèrent par les caractères anatomiques au point qu'on serait tenté de croire qu'elles n'appartiennent point à la même maladie.

« Dans la forme ulcéreuse, les premiers effets de la pourriture portent évidemment sur les vaisseaux des bourgeons charnus. A chaque point attaqué, une sorte d'alvéole se forme et se remplit d'un ichor brunâtre et tenace; les bourgeons charnus d'hémisphériques sont devenus coniques, et beaucoup plus petits; leur sommet est ecchymosé, et cette ecchymose, contenue sous la pellicule superficielle des bourgeons, ne peut être enlevée par le lavage ou le frottement. Leur circulation et leur nutrition ont subi une altération profonde, mais il n'y a point là gangrène, et l'ulcération avec perte de substance admise par tous les auteurs ne me paraît pas même encore démontrée.

« En effet, un groupe de bourgeons ne peut diminuer de volume dans une plaie saine, sans qu'au siége qu'il occupe ne se montre une dépression alvéolaire. Chaque affaissement partiel des bourgeons charnus produira l'alvéole qui, dans la pourriture de l'hôpital, a été considérée comme une ulcération.

« Ce n'est qu'après la disparition complète des bourgeons que l'ulcération semble plus manifeste par l'extension de la pourriture d'hôpital dans le tissu cellulaire voisin. Encore je dis seulement qu'elle semble plus manifeste, car la destruction du tissu cellulaire a lieu ici comme dans le phlegmon diffus, c'est-à-dire par gangrène. Les organes mortifiés sont représentés par des escarres, et ce n'est pas à ce mode de destruction qu'on donne en pathologie le nom d'ulcération.

« Quant à la stratification de lymphe et à la production des vaisseaux dans la membrane des granulations, elles sont complétement suspendues tant que dure l'espèce de retrait atrophique subi par les bourgeons charnus. C'est là une analogie avec l'inflammation; mais il y a ici de plus que dans l'inflammation des plaies la petitesse accidentelle des granulations, leur changement de forme, l'ecchymose de leur sommet, la sécrétion de l'ichor sanguinolent, et enfin la disparition complète des bourgeons charnus opérée par une sorte d'épuisement hémorrhagique.

« Dans la forme bulbeuse, les bourgeons charnus prennent et gardent, pendant un ou deux jours, une teinte légèrement violette; bientôt un voile demi-transparent les recouvre et les dérobe incomplétement à la vue. Cette couche blanchâtre est très-adhérente et ne se laisse pas enlever par des frottements réitérés. Quelquefois on la soulève par lambeaux flottants; tantôt elle est assez ferme pour se laisser séparer avec facilité; tantôt elle se déchire au moindre effort.

« Au-dessous, les bourgeons charnus conservent les formes qu'ils avaient auparavant; ils sont ensanglantés par la séparation de la fausse membrane; leur couleur est violacée, mais, à cela près, ils ne paraissent pas malades; c'est leur sécrétion qui est le produit morbide. Bientôt elle acquiert plus d'épaisseur, ne se moule plus aussi exactement aux dispositions physiques de la plaie, et, au dixième jour environ, cette plaie étant plus douloureuse et ses bords devenus pâteux et bruns, la fausse membrane très-épaisse se détruit, se fond en passant à l'état de putrilage, sans cesser d'être adhérente aux parties sous jacentes, qu'elle envahit et qu'elle s'approprie au point qu'il n'est pas possible d'en reconnaître les traces dans son épaisseur.

« Tous les chirurgiens, et Delpech à leur tête, appellent fausse membrane le produit membraneux qui revêt la plaie. Cependant, il est impossible de ne pas être frappé de la différence qui existe entre la masse pulpeuse de la gangrène d'hôpital et les fausses membranes connues.

« Une fausse membrane est une sécrétion inerte; elle peut augmenter d'épaisseur par addition de couches nouvelles, mais elle ne détruit pas l'organe sécréteur, ou ne le comprend pas dans son épaisseur.

« Aucune fausse membrane récente et non organisée n'adhère à la membrane sous-jacente avec une force pareille à l'adhérence ordinaire du produit de la pourriture d'hôpital à la membrane des bourgeons charnus.

« Une fausse membrane se détache d'elle-même sans phénomènes de réaction, et dans la pourriture d'hôpital, au contraire, au dixième ou douzième jour, un travail particulier d'élimination précède la fonte putrilagineuse.

« En conséquence, on peut se demander si la fausse membrane de la pourriture d'hôpital ne fait pas d'abord partie intégrante de la membrane des granulations. Ce problème d'anatomie pathologique est difficile à résoudre, parce qu'au premier degré de la pourriture d'hôpital pulpeuse la fausse membrane se détache quelquefois avec facilité; peut-être ce premier degré est-il souvent confondu avec la diphthérite des plaies : question qui exigerait de nouvelles recherches.

Mais quand la fausse membrane suit toutes les sinuosités de la plaie, lorsqu'elle adhère au point de ne pouvoir être enlevée que par lambeaux, non sans faire saigner les granulations vasculaires, n'est-il pas naturel de penser qu'elle n'est autre chose que la couche de lymphe organisable de l'état sain, mais dont l'organisation avorte dans la pourriture d'hôpital? L'accroissement en épaisseur de la fausse membrane pourrait s'expliquer alors par la superposition de couches inorganisées dues à l'action répétée mais incomplète des bourgeons charnus. Leur membrane, qui s'accroît, ainsi que je l'ai dit, par stratification, périrait elle-même par une sorte de décortication, qui finirait par atteindre les couches profondes, et détruirait ainsi les granulations. Cette décomposition, d'abord partielle de leur membrane, ne ferait pas seulement mieux comprendre le degré d'intimité qui existe entre la fausse membrane et les couches sous-jacentes; mais aussi, quand la maladie s'arrête, la rapidité avec laquelle les bourgeons vasculaires reprennent et achèvent l'œuvre de la cicatrisation. Ainsi, dans les deux formes principales de la pourriture d'hôpital, la membrane des bourgeons charnus finit par diparaître. Dans la première, les bourgeons s'amoindrissent et meurent par exhalations sanguinolentes et ichoreuses; dans la seconde, ils semblent s'épuiser par une sécrétion pseudo-membraneuse sous laquelle ils disparaissent, bien qu'ils aient conservé, tout le temps qu'on peut les voir, leur forme, leur volume et à peu près leur couleur.

Gangrène sénile des bourgeons charnus. — J'ai observé dans certains ulcères une altération des bourgeons charnus tellement analogue à la gangrène sénile, que je propose de lui en donner le nom.

En un point quelconque de la surface d'un ulcère atonique, souvent près de l'un de ses bords, un bourgeon charnu, mollasse et volumineux, prend une teinte violette et comme ecchymotique, qui paraî située dans son centre, à une certaine profondeur. Cette ecchymose, circonscrite et profonde, dure quelques jours sans que le bourgeon charnu ait changé de volume et de rénitence, seulement il pâlit à sa surface, ses couches superficielles reçoivent moins de sang. Peu à peu la teinte violacée paraît s'étendre et tire sur le noir, puis le bourgeon entier devient plombé, s'affaisse et se mortifie; il est remplacé par une escarre fétide. En ce point l'ulcère se creuse et prend un aspect gangréneux et sans ichor. C'est une gangrène isolée dans l'ulcère qui garde partout ailleurs sa physionomie ordinaire. Plusieurs bourgeons le plus souvent voisins du premier, lentement, très-lentement (car ce travail peut durer plusieurs semaines), subissent la même altération et meurent de la même manière. La tache ecchymotique centrale occupe précisément le siége de la grappe vasculaire qui nourrissait le bourgeon charnu; c'est sur elle et autour d'elle que la gangrène se montre par l'arrêt de la circulation et elle envahit tout le bourgeon, quand les anastomoses fines, qui l'unissaient aux bourgeons voisins, cessent de suppléer à son vaisseau nourricier principal oblitéré.

C'est ainsi que dans la gangrène, dite sénile, une artère principale étant oblitérée, la mortification arrive peu de temps après, quoique la vie se soit, pendant ce temps, maintenue à l'aide d'anastomoses artérielles bientôt insuffisantes.

L'anatomie pathologique des ulcères, dont je ne fais aujourd'hui qu'indiquer un aperçu, est, comme on le voit, très-digne d'attention. D'après les résultats que j'ai déjà obtenus, mais que je ne veux pas offrir prématurément au jugement de l'Académie, je crois que cette anatomie peut seule éclairer et résoudre une question jusqu'ici bien obscure, celles des phénomènes de l'ulcération. Au lieu d'invoquer, comme l'a fait Hunter, l'action exagérée des vaisseaux absorbants, je crois que dans un grand nombre de cas, l'ulcération peut s'expliquer plus clairement que ne le fait l'absorption par des arrêts de développement, un mode particulier d'organisation et de nutrition des bourgeons vasculaires, et enfin, comme je viens d'en donner un exemple, par la gangrène de ces bourgeons.

Le défaut d'espace nous oblige à remettre la suite de cette séance à un prochain numéro.

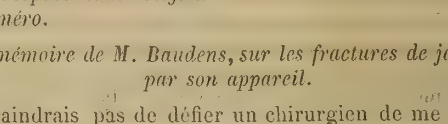
Analyse du mémoire de M. Baudens, sur les fractures de jambes traitées par son appareil.

« Je ne craindrais pas de défier un chirurgien de me montrer une fracture oblique de jambe guérie sans raccourcissement. » Ces paroles reproduites le 4 novembre 1843, par la *Gazette des Hôpitaux*, et qui résument aujourd'hui encore, l'opinion généralement admise, sont de M. Velpeau. Ce défi porté par l'éminent chirurgien ne prouve qu'une chose, l'insuffisance des bandages usités; il justifie pleinement nos efforts pour faire mieux. L'Académie des sciences les appréciera.

Un appareil parfait doit répondre à toutes les indications chirurgicales prévues ou imprévues, pendant toute la durée du traitement. Or, nous l'avons dit, déjà, à l'occasion des fractures du fémur : de tous les appareils, le meilleur serait indubitablement celui qui représente le chirurgien et ses aides au moment où leurs doigts maintiennent une fracture réduite. Ici, tous les efforts parfaitement harmonisés concourent à un but commun et l'affrontement des fragments arrive à une précision si rigoureuse que toute trace de fracture peut disparaître.

Cet appareil-modèle nous l'avons reproduit en substituant aux doigts dont l'action ne saurait être que temporaire, des puissances permanentes douées comme eux d'une pulpe douce et élastique empruntée au caoutchouc.

Les différentes pièces qui composent notre appareil sont une boîte en chêne, un coussin, une talonnière, des bandelettes de toile, de la ouate, des liens, pour l'extension, la contre-extension et la coaptation.



La boîte ou caisse est à ciel ouvert, formée par quatre parois, une inférieure, deux latérales et une terminale ou digitale.

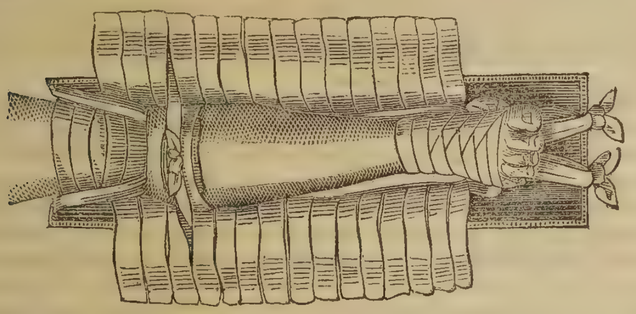
La paroi inférieure ou plancher, a 73 centim. de long sur 22 de large. Les parois latérales longues de 65 centim., hautes de 25 centim. et articulées par des charnières au plancher de la boîte, sont percées de trois rangées parallèles de trous rapprochés et capables d'admettre le doigt index. Ces trous sont comme autant de doigts d'attente pour agir sur les lacs de la coaptation.

La paroi terminale ou digitale également articulée au plancher, de

la largeur de celui-ci, et haute de 30 centim., est aussi percée de trois rangs de trous pour recevoir les lacs extenseurs.

Le coussin recouvre le fond de la boîte. Fabriqué au moment de s'en servir en déposant une couche de crin souple dans un drap plié en plusieurs doubles, il n'a pas de couture, afin de pouvoir déplacer le crin pour bien garnir le membre, qui s'y creusera une gouttière. Il doit déborder un peu en tous sens le plancher de la boîte, afin de pouvoir border les côtés de la jambe et la bien soutenir.

La talonnière est un petit coussin de crin, large de 4 travers de doigts et long de 10; épais de 6 centim. à une extrémité, il est réduit à 1 centim. à l'autre extrémité. Ce coussin est destiné à occuper l'espèce d'arceau qui existe sous le tendon d'Achille en allant de la pointe du calcanéum, qu'il laisse libre, pour éviter les douleurs du talon, qui souvent font le désespoir du malade et du chirurgien, à la naissance du mollet, où il arrive en diminuant d'épaisseur. La talonnière a encore un autre avantage, celui de prévenir le renversement en arrière du fragment inférieur dans les fragments du tiers inférieur de la jambe.



Application de l'appareil. On dépose sur le plancher de la boîte, dont les parois sont rabattues, le grand coussin, et sur celui-ci des bandelettes de toile comme pour le bandage de Scultet, puis la talonnière. On s'occupe ensuite du moyen de fixer sur la jambe les liens extenseurs et contre-extenseurs.

Les liens extenseurs prennent leur point d'appui à la plante du pied. A cet effet, on enveloppe le coude-pied d'une épaisse couche protectrice de ouate que l'on maintient par quelques jets de bande. On place à la plante du pied la partie moyenne de deux liens élastiques de la largeur d'une bretelle et longs d'un mètre, qu'on assujettit en continuant le bandage de l'étrier. Cet appareil est ensuite imprégné d'une épaisse solution de gomme pour le solidifier après dessiccation.

On dispose ainsi de quatre liens extenseurs insérés à la plante du pied.

La contre-extension s'opère sur les côtés du genou.

Une épaisse couche de ouate soutenue par quelques jets circulaires de bande entoure le genou. On place sur l'un et sur l'autre condyle la partie moyenne d'un lien élastique ou de toile de la largeur d'une bande ordinaire et long de 2 mètres, que l'on fixe en continuant le bandage circulaire peu serré. On replie sur la cuisse le chef inférieur de l'un et de l'autre lien, de manière à doubler le bout supérieur. On met dans l'angle de réflexion de ces liens une petite plaque de carton bien adaptée à la configuration des condyles et on assujettit le tout par des tours de bande qu'on a également soin de gommer.

On dispose ainsi de quatre liens qui, réfléchis plus tard de bas en haut sur le rebord du plancher de la boîte, feront la contre-extension aussi bien que les mains d'un aide intelligent.

Ces préliminaires accomplis, on procède à l'application de l'appareil. On fait glisser la boîte, dont les côtés sont rabattus sous le membre soulevé par des aides, et l'on étend avec douceur la jambe fracturée sur la talonnière et sur le grand coussin, dans lequel elle se creusera une profonde gouttière.

On engage les doigts sur les côtés du grand coussin non cousu pour bien garnir de crin les dépressions de la face postérieure de la jambe, afin qu'elle porte partout parfaitement d'aplomb; on garnit le creux poplité et on le soulève légèrement pour imprimer un peu de flexion à l'articulation fémoro-tibiale. On prend également soin de mouler exactement la talonnière sous le tendon d'Achille et de laisser libre la pointe du talon. On borde ensuite le grand coussin en roulant sur les côtés de la jambe en forme de gouttière ce qui excède le plancher de la boîte, puis on croise sur la plante du pied immédiatement au-dessous des lacs extenseurs les angles de ce grand coussin, de manière à soutenir solidement le pied après les avoir fixés à l'aide de fortes épingles. La boîte est ensuite fermée, en relevant ses parois à l'exception de la muraille externe qui reste rabattue pour procéder plus aisément à la réduction de la fracture.

Si le déplacement est angulaire, il suffit de ramener le fragment inférieur à une direction normale. Quand le déplacement est par rotation, on fait tourner sur son axe jusqu'au degré nécessaire le fragment inférieur, et si le déplacement a lieu avec chevauchement, raccourcissement, il faut recourir à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation.

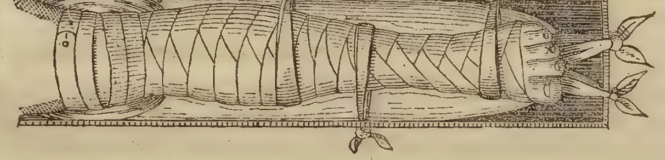
Mais le résultat obtenu à l'aide des mains disparaît en grande partie dès que celles-ci cessent de fonctionner et sont remplacées par les bandages ordinaires. Notre appareil permet de résoudre heureusement le problème de la permanance de leur action par une puissance analogue.

En effet, *la contre-extension* se fait on ne peut mieux par les liens fixés sur les côtés du genou, qu'on fait remonter pour les rabattre sur le rebord du plancher de la boîte, d'où ils sont ramenés au verso de celle-ci pour aller s'attacher dans les trous de la planchette digitale. Plus on tire sur eux et plus on fait remonter le genou.

L'extension faite d'abord par les mains d'un aide sur le pied est également remplacée par les liens attachés à la région plantaire et qu'on fixe aux trous de la planchette de la boîte, après les avoir serrés graduellement et sans secousses. On choisit l'une ou l'autre rangée de trous selon que l'on veut plus ou moins soulever le pied.

S'il n'existe pas de complications, on peut rendre immédiatement au membre sa longueur et sa direction normale; s'il en existe, s'il y a des contractions spasmodiques, on procède avec prudence et sans violence aucune, on fait de l'extension graduée, on met, s'il le faut, plusieurs jours pour obtenir une réduction complète. Nos liens en caoutchouc sont dans ce cas d'un secours bien précieux, concurremment avec les applications de glace à l'aide de laquelle nous obtenons, on le sait, des saignées de calorique continuelles et graduées sur l'intensité de la phlegmasie traumatique.

Mais, là où notre appareil apparaît dans toute son efficacité, c'est quand il remplace d'une manière permanente la puissance momentanée des doigts du chirurgien qui ont mis dans un contact immédiat et rigoureux les fragments osseux.



Des lacs élastiques disposés en forme d'anses, opposés d'action pour se faire équilibre, embrassent la fracture dans tous les sens voulus, de dedans en dehors ou de dehors en dedans, d'avant en arrière ou d'arrière en avant, avec une harmonie, une douceur, une intelligence même qu'on ne rencontre pas toujours dans les mains des aides.

Ces lacs s'engagent dans une rangée de trous plus ou moins élevés des parois de la boîte. Les trous sont là comme autant de doigts pour agir sur les lacs auxquels ils font poulie de réflexion et donnent un point d'attache.

Après avoir rempli ces diverses indications, il n'y a plus qu'à relever le côté de la boîte resté ouvert et à le fixer à l'aide d'un crochet.

Notre appareil présente les avantages suivants :

1° Il est applicable à toutes les espèces de fractures de jambe;

2° Il permet au chirurgien de se passer d'aides, avantage bien appréciable pour les chirurgiens des campagnes;

3° En laissant le membre à découvert il permet de suivre constamment de l'œil et sans interruption la marche de la lésion, d'appliquer des topiques, de panser les plaies sans déranger aucune pièce de l'appareil;

4° Il rend facile le transport des fractures, soit d'un lit à un autre, soit aux armées lors des grandes évacuations de blessés d'une localité sur une autre;

5° Il conserve au membre sa conformation normale sans l'atrophier, sans le déformer, sans en retarder la consolidation. Ainsi il évite les reproches faits aux appareils à attelles ou à compression circulaire;

6° Il étend considérablement le cercle de la chirurgie conservatrice au préjudice de l'amputation, quand surtout on sait emprunter à la glace sa puissante efficacité;

7° Il permet d'éviter les cols difformes et le raccourcissement du membre fracturé.

Les avantages de notre appareil apparaissent surtout quand la fracture est compliquée de grands désordres osseux comme à la suite de coups de feu.

Afin de faire, selon notre précepte, d'une plaie compliquée une

plaie simple, nous enlevons les esquilles qui irritent la plaie et dont la présence fait naître et entretient d'interminables et mortelles suppurations, sans trop nous préoccuper de l'étendue de la perte osseuse. En effet, grâce aux expériences de M. Flourens sur la formation des os, on sait aujourd'hui avec quelle merveilleuse puissance ils se regénèrent, pourvu que le périoste externe ou interne ait été conservé.

Une des nombreuses applications pratiques de ces admirables expériences sera de ne plus redouter le raccourcissement du membre après l'extraction des esquilles, quand on aura religieusement conservé la membrane périostale.

Nous avons appliqué notre appareil à 157 fractures de jambe, non compris celles produites par le coup de feu dont nous avons fait une catégorie à part. Notre statistique se résume ainsi : une *seule amputation*, pas un seul *cas de mortalité*.

Nous avons, dans cette statistique, fait une réserve en faveur des fractures de jambe déterminées par des coups de feu, parce qu'en effet leur gravité est souvent si grande que l'amputation immédiate semble impérieusement indiquée. Nous disons semble parce que c'est là une opinion reçue et que cette manière de voir, tant que nous n'avons pas connu toutes les ressources de notre appareil et de la glace, nous l'avons partagée.

Les événements de février et de juin 1848 nous ont fait modifier radicalement notre pronostic. Nous avons conservé des jambes vouées à l'amputation dans des cas presque désespérés. Aussi pensons-nous aujourd'hui que la jambe ne doit que très-rarement être amputée même quand elle a été brisée en éclats par une balle.

Si, en 1836, nous avons été fondé à dire, dans notre livre clinique des plaies d'armes à feu, que les résections doivent, comme règle générale, remplacer l'amputation quand il s'agit du membre supérieur, nous croyons actuellement pouvoir étendre ce même précepte à la jambe sous le bénéfice des trois formules suivantes :

1° Extraire les esquilles pour faire d'une plaie compliquée une plaie simple ;

2° Immobiliser le membre dans un appareil qui le maintienne dans une rectitude convenable et permette de panser les plaies sans rien déranger;

3° Demander à la glace le frein capable de maintenir sûrement l'inflammation traumatique.

A l'appui de cette dernière proposition, nous citerons l'opinion si prépondérante d'un illustre physiologiste.

L'action du froid, dit M. Magendie, t. III, p. 219, maniée avec art dans les circonstances opportunes, est donc un moyen de traitement énergique. L'abaissement longtemps prolongé de la température diminue la pression vasculaire, empêche le sang de se porter en quantité aussi considérable vers le siége de la lésion; en un mot, il prévient les phénomènes dits inflammatoires.

Je regrette de ne pouvoir exposer dans cette analyse les faits nombreux sur lesquels repose mon opinion. Il en est un qui prouve jusqu'à quelles limites extrêmes nous avons pu étendre le cercle de la chirurgie conservatrice. Voici le sommaire de l'observation dont il a fourni le sujet.

Fracture des deux os de la jambe par une balle à la partie moyenne. Extraction de 19 esquilles du tibia, formant le quart de la substance et de quatre pièces d'os appartenant au péroné. Glace en permanence pendant 46 jours, interrompue ensuite et reprise plusieurs fois, complétement supprimée après 106 jours. Guérison avec raccourcissement de sept centimètres; le malade marche pendant trois ans à l'aide d'un appareil analogue à celui que nécessite l'amputation de la jambe sus-malléolaire, mais à cette époque, la solidité du membre est si parfaite que l'appareil est remplacé par un simple soulier à haut talon. Ce militaire, qui habite Paris, ne boite même pas; il peut faire plusieurs lieues de suite sans se fatiguer.

Cette lecture est la seule publication officielle que nous ayons faite de notre appareil à fracture de jambe. En apportant à l'Académie des sciences les prémices d'un travail mûri par 24 années d'expérience et admis dans la pratique, nous avons voulu lui donner un nouveau témoignage de notre respectueuse déférence.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

L'*Agenda des médecins et chirurgiens* pour l'année 1855 contient, à la page 124, un alinéa que je ne puis et ne dois point laisser passer sans rectification.

A l'article intitulé : *Revue des travaux académiques*, il est dit qu'un médecin a réclamé la priorité sur M. Borne pour l'élève des sangsues; mais que les marais établis par ce médecin n'ont *aucun succès*.

Assurément, mon honorable confrère, M. le docteur Foucart, l'auteur de cet article, n'est que l'écho d'un bruit, dont je ne le rends pas responsable: aussi je le mets hors de cause et je ne m'attaque qu'à ce bruit, dont je tiens à démontrer la fausseté.

Il est inexact de dire que mon marais de Grouville n'a pas eu *de succès*; car les expériences que j'y ai tentées m'ont donné les plus heureux résultats.

— Mais, m'objecte-t-on, si vous avez eu du succès, pourquoi ne vendez-vous pas de sangsues?

— Parce que je ne veux pas faire de commerce.

— Alors, pourquoi avoir converti en bassins un arpent de terre? Pourquoi avoir essayé en grand l'élève des sangsues?

— Voilà précisément ce que je veux expliquer.

On se rappelle avec quelle sollicitude le monde médical s'occupait, en 1847, de la question des sangsues. La disette était imminente... On cherchait tous les moyens de la prévenir... Le ministre du commerce consultait l'Académie de médecine à ce sujet... Et l'Académie, entre autres sages avis, conseillait à l'autorité de faire une obligation aux hôpitaux de recueillir les sangsues employées, de les déposer dans des bassins pour s'y revivifier et se reproduire.

Cette idée fut le point de départ de mes travaux. Je me mis donc à l'œuvre, et je pensai faire une chose bonne et utile, en créant un lieu de dépôt pour les sangsues employées dans les hôpitaux de Paris.

Quand, après trois ans d'études, j'eus reconnu les meilleures conditions pour le dégorgement des mères, quand j'eus appris comment on devait s'y prendre pour faire déposer les cocons à volonté, quand je sus par quel ensemble de soins on les amenait à l'éclosion, quand je vis les jeunes sangsues pulluler dans mes bassins, quand je connus le mode de protection et d'alimentation qui leur convenait, quand enfin, le *succès fut complet* aux yeux de tous mes confrères circonvoisins, j'écrivis à l'administration des hôpitaux de Paris, pour l'avertir de mes résultats et pour lui offrir mon marais..., et non-seulement le marais, mais encore les sangsues qui le peuplaient: car, disais-je, je ne suis pas *marchand*, je ne *fais pas* et *ne veux pas faire de commerce*.

Par passion d'inventeur, je descendais ainsi d'une assez belle position médicale, pour me faire humblement l'employé de l'administration, à qui je garantissais la conservation et la revivification des trois quarts des sangsues qu'elle m'enverrait. De plus, je promettais une production abondante.

J'avais lieu d'espérer qu'en face d'une offre aussi sérieuse, l'administration, pour s'éclairer, prendrait das informations, qu'elle enverrait visiter les marais et qu'elle voudrait connaître à fond mon travail, dont je n'avais donné que le sommaire.

Mais il n'en fut point ainsi; personne ne vint constater mes résultats;... je n'obtins pas de réponse... et c'est longtemps après que j'appris positivement que l'administration n'acceptait pas mon offre.

Loin de moi la pensée de jeter un blâme sur MM. les administrateurs? Ils n'étaient engagés à rien envers moi;... ils ne m'avaient point promis leur concours... Au lieu de me confier les sangsues des hôpitaux, ils préférèrent les déposer dans des bassins préparés *ad hoc* à la pharmacie centrale... Je n'avais rien à dire à cette décision.

Mais on me fera la justice d'avouer qu'à partir de ce refus, mon marais devenait sans objet... Il n'avait plus de raison d'être : car, encore une fois, je ne voulais pas devenir marchand de sangsues. Mon amour pour ces annélides n'allait pas jusqu'à me faire abjurer la médecine et à me lancer dans un négoce, où la science est souvent étouffée par l'industrialisme.

Mes travaux sur l'élève en grand des sangsues furent donc discontinués, et c'est de là qu'on a insinué qu'ils n'avaient pas eu *de succès*.

Je n'ai point eu, il est vrai, le succès de la faveur; mais j'ai atteint le but scientifique désiré. Je l'ai atteint aux yeux de tous les hommes compétents du département d'Eure-et-Loir, qui s'en sont portés garants.

Aussi, chaque fois que je verrai se relever cette inconcevable erreur, je la combattrai avec toute l'énergie de la plus ferme conviction.

Je vous prie de remarquer, monsieur le rédacteur, que je ne m'occupe nullement ici de la priorité dans la découverte; cette question a été décidée par la justice académique... elle ne relève plus maintenant que du tribunal intime des consciences.

Agréez, monsieur, l'expression de l'estime que je professe pour votre impartialité,

HARREAUX,
Docteur-Médecin praticien.

Grouville, le 25 janvier 1855.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 14. 3me ANNÉE. Jeudi 1er Février 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. MALGAIGNE.

LEÇONS SUR LES HERNIES ;

(26e *et dernière leçon.*)

Messieurs,

Dans cette dernière séance, nous allons nous occuper de l'opération de la hernie inguinale étranglée, puis je vous parlerai des soins consécutifs à l'opération, et enfin, je vous indiquerai l'opération que j'ai imaginée pour remédier à l'anus contre nature.

Quand la hernie inguinale est descendue jusque vers le scrotum, voici quel est le procédé ordinaire, qui date du XVIIIe siècle : c'est celui que l'on mettrait à exécution s'il n'y avait qu'un seul anneau; la pratique d'un grand nombre de chirurgiens actuels jure donc avec l'état des connaissances actuelles ; elle montre une ignorance anatomique ou la négligence d'un fait anatomique évident, en ne s'occupant que d'un seul anneau quand il y en a deux, et de plus l'ignorance du fait pathologique, à savoir l'étranglement de la hernie par le collet du sac et non par l'anneau ; voici donc ce procédé : on fait un pli à la peau et on le divise, afin de ne pas couper le sac ni l'intestin; puis on reconnaît si l'incision est suffisante pour remonter à quelques lignes au-dessus de l'anneau externe et pour descendre en bas, de façon que tout le sac soit mis à nu ; cette incision faite, le chirurgien dissèque avec le plus grand soin les enveloppes du sac herniaire; pour cette dissection, nombre de chirurgiens se servent d'une sonde cannelée à peine pointue, et très-laborieusement ils coupent tout ce qui est sur cette sonde cannelée, se figurant qu'avec cet instrument, obtus d'intelligence et de pointe, ils s'écarteront sûrement des vaisseaux, plutôt que d'examiner les choses avec leurs yeux et de tenir leur bistouri à ciel ouvert : quand on examine attentivement les choses que l'on divise, on n'a pas besoin de cette sonde. Si l'on ne distingue pas bien quelles sont les parties qui recouvrent le sac, on prend alors les pinces à disséquer, on soulève avec elles un petit pli que l'on incise; on fait ainsi une petite ouverture au sac; par cet orifice on passe une sonde cannelée, sur laquelle on ouvre largement le sac, ou plus simplement on introduit dans le sac la pointe mousse d'un bistouri boutonné, et l'on fait une large incision qui met l'intestin à nu.

Quand l'intestin est ainsi accessible à l'œil, quelques chirurgiens disent qu'il faut l'attirer au dehors pour examiner dans quel état il se trouve : pratique funeste et dangereuse, à laquelle, hâtons-nous de le dire, on a généralement renoncé : en effet, quelle utilité à tirer ainsi l'intestin au dehors, au risque de le rompre? Ne l'attirez donc pas au dehors, quand vous ne verrez ni ulcération intestinale, ni épanchement dans le sac. Avec deux pinces on attirait ensuite le sac, mais par ces tractions même on arrivait à l'étranglement, parce que l'on n'incisait pas suffisamment pour examiner les parties : le collet du sac est ordinairement situé vis-à-vis de l'anneau abdominal et le plus souvent il adhère au fascia transversalis et aux parties voisines; on ne voyait donc pas le collet; aussi débridait-on l'anneau parce qu'on ne savait pas ce que l'on devait faire, et puisque le chirurgien ne voulait pas voir lui-même les organes, il fallait un bistouri que l'on pût porter au delà de ce que voyaient les yeux de l'opérateur.

On avait donc imaginé le *bistouri caché* de Bienaisé, qui n'est autre que le lithotome caché de frère Côme, mais renversé : voici comment on faisait : on tirait le sac à soi pour être bien sûr de ne pas glisser l'instrument entre le sac et les intestins ; on portait donc l'instrument très-haut, et quand on croyait qu'il était dans le ventre, le chirurgien ouvrait la lame et débridait. Voilà donc ce que c'était que le bistouri caché : mais, comme ce bistouri s'ouvrait dans le ventre et coupait en se retirant, c'est-à-dire d'arrière en avant, il fallait qu'on en inventât un autre, lequel coupât d'avant en arrière; aussi a-t-on imaginé cet instrument : mais l'intestin pouvait bien passer par-dessus l'instrument que l'on enfonçait au loin; alors voici venir le *bistouri ailé*, portant deux ailes qui protégent l'intestin : heureux chirurgiens! le bistouri à lui seul fait tout : il coupe, il protége tout à la fois; le chirurgien n'est plus qu'une machine qui introduit le bistouri et lâche un petit cliquet sans rien voir de ce qu'il fait.

J. L. Petit, mieux avisé, imagina le *bistouri boutonné*, et comme il craignait d'ouvrir les artères, il aiguisait ce bistouri à la lime afin qu'il coupât le moins possible; c'est avec cet instrument que l'on allait déchirer ce que l'on rencontrait.

Mais les instruments nouveaux ne manquèrent pas plus tard ; voici par exemple un bistouri boutonné courbe, ne coupant que dans une certaine étendue, et dont le reste de la lame sauvegarde l'intestin.

Cela fait déjà quatre bistouris : mais il y a encore celui de Cooper, et puis chaque année en voit encore apparaître de nouveaux : or, tous ces bistouris ressemblent aux autres et ce n'est ma foi pas la peine d'en inventer d'autres.

Tout ce que l'on pourrait objecter à cette opération, c'est ce que l'on peut dire de toute opération aussi mal conçue que celle-là; les parties que l'on doit couper sont situées profondément, et les chirurgiens se cachent le terrain sur lequel leur bistouri doit agir. Et cette incision énorme que l'on faisait pour mettre le sac

à nu, à quoi bon la faire si large? C'est, disaient ceux qui donnaient une raison (car il est fort possible que les premiers inventeurs n'avaient pas de raison), c'est pour empêcher la suppuration du sac. En vérité, messieurs, quand on voit la chirurgie ainsi faite, on se rappelle ce personnage de Molière qui, voulant faire le médecin, disait : « Que ne vous faites-vous ôter cet œil, il pourrait être malade? » Ah! on ouvre largement le sac pour en éviter la suppuration! mais on la provoque précisément; attendez donc qu'il y ait un abcès et vous l'ouvrirez alors; mais qui a jamais songé à ouvrir un abcès avant qu'il ne soit formé? Quand on traite convenablement les plaies que l'on a faites dans cette opération, on évite la suppuration.

Ceci ne va qu'à l'opération en général.

Mais on craint de blesser l'artère épigastrique, qui passe dans les couches profondes du fascia transversalis : quand la hernie enfile le canal (ce qui arrive 99 fois sur 100), elle passe en dehors de l'artère qui est donc en dedans de l'anneau que l'on doit dilater. Or, ces auteurs vous disent : « La hernie est en dedans ou elle est en dehors. » Je n'ai jamais vu que cinq ou six fois la hernie passant en dedans. A part cette fréquence, quand on n'a pas pu étudier la hernie d'un malade avant de l'opérer, on peut trouver qu'elle est, soit en dedans, soit en dehors de l'artère; quand donc on arrive avec son couteau, est-ce en dedans que l'on débridera? Mais si la hernie est en dedans de l'artère, avant d'arriver à la hernie on coupe l'artère. Débridez-vous en dedans; mais si l'artère est en dedans, comment sortir d'embarras? Je vous ai déjà dit quelque chose de semblable pour l'artère crurale. J. L. Petit a donné un conseil que l'on peut bien appeler de juste milieu, c'est de débrider directement en haut, conseil qui a été suivi par Boyer et par Dupuytren; mais si l'on débride tout en haut, on coupera l'artère. Scarpa a donc conseillé de débrider dans tous les sens, mais très-peu, de façon à éviter l'artère épigastrique de quelque côté qu'elle soit.

C'est là où en est la chirurgie actuelle; la loi est de mettre l'étranglement à nu, de faire l'incision juste sur l'étranglement et de ne le couper que quand on l'a reconnu. Quand on est arrivé à cette *ultima ratio*, quand on débride l'étranglement à distance, comment peut-on prendre ces opérations pour des observations rigoureuses?

Pour la hernie crurale, où le fascia cribriformis est souvent profondément caché, j'ai dit qu'il fallait renverser l'étranglement de manière à pouvoir le reconnaître : ici, mettez l'étranglement à nu sous vos yeux, et n'ayant plus à reconnaître avec le doigt ce que vous verrez facilement, quel que soit l'embonpoint du sujet, vous pourrez parfaitement voir l'artère et par conséquent l'éviter.

Quelles sont donc les règles? En débridant largement l'anneau on détruisait la paroi antérieure du canal, et la hernie devenait plus incurable et plus grosse après l'opération, elle devenait directe et presque impossible à contenir. On devait donc chercher à ménager cette paroi antérieure et c'est ce que j'ai fait.

Dupuytren avait bien dit que, dans l'étranglement vrai, on peut suivre le boudin de la hernie que l'on sentira jusqu'à un endroit où subitement il cessera, c'est là qu'est le siége de l'étranglement, le plus souvent au niveau de l'anneau abdominal.

Or, voici comment je procède : le sujet étant rasé, je reconnais le siége de l'étranglement, je fais alors une incision qui remonte un peu au-dessus de l'étranglement et descend un peu au-dessous; je dissèque entièrement l'aponévrose du grand oblique, et quand je l'ai bien isolée, je la divise. Je suis alors sur le petit oblique; sous ce muscle, j'incise, je coupe encore le muscle transverse et j'arrive sur le sac; j'attire le péritoine et je le dissèque facilement; je regarde bien s'il y a là un rétrécissement, je mets le péritoine à nu dans une étendue d'un pouce ou un pouce et demi, un peu au-dessus et un peu au-dessous du sac; je puis donc bien voir où siége l'étranglement et si le péritoine ne présente rien de singulier, je saurai bien voir s'il y a ou non un étranglement au collet; s'il n'y en a pas, je rentre l'intestin dans le ventre, si au contraire il y en a un, on voit comme une ficelle cartilagineuse blanche, c'est le collet, je l'incise, et si je veux débrider plus loin, je soulève le péritoine avec une sonde cannelée et je l'ouvre avec le plus grand soin sur cette sonde; je vois tout, je suis prêt à tout, et, de cette façon, si par hasard un coup de bistouri maladroit venait à blesser l'artère, j'en serais quitte pour la prendre et la lier : mais cela ne m'est jamais arrivé.

Voilà donc comment je me comporte. Mais, me dira-t-on, vous ne savez pas comment se comportent les intestins dans le sac, que va-t-il arriver? Eh! que m'importe, je les fais rentrer parce que je suis convaincu qu'ils se portent bien. Ce qui est important, c'est de voir si l'intestin est perforé; or, je l'ai sous les yeux et je puis voir ce qui existe ; je fais donc le taxis tout naturellement.

Alors, il me reste un scrotum vide et une plaie d'un pouce ou un pouce et demi. Que faut-il faire? J'ai été le premier à appliquer la réunion par première intention, chose que l'on craignait beaucoup, de même que dans le principe on ne voulait pas non plus réunir les autres plaies.

Mes premiers essais avaient été très-heureux, lorsqu'un jour un de mes malades mourut avec une rougeur sombre de mauvais augure, occupant les environs de la plaie et s'étendant un peu dans les flancs. Mon collègue, M. Nélaton, vint voir le malade et dit : Il y a là probablement un phlegmon de la fosse iliaque; c'était vrai, M. Nélaton m'avoua qu'il ne l'avait soupçonné que parce qu'il avait vu un cas semblable dans lequel il avait aussi été fort embarrassé. Il faut donc bien prendre garde, on peut toujours appliquer la réunion par première intention, mais il faut surveiller bien attentivement le malade et voir s'il ne se forme pas des gaz ou du pus sous les épingles, et au premier signe fâcheux on doit se hâter de retirer la suture.

Mais, alors, pourquoi faut-il appliquer la suture? C'est que, si l'on réussit, le malade est guéri en 4 jours. Faites donc la réunion par première intention, mais surveillez bien soigneusement le malade, et ce que je dis ici, appliquez-le à toutes les sutures en général, à la suite des ligatures d'artères, etc.

Il est plus difficile d'appliquer cette réunion par première intention à la hernie crurale, parce que la plaie est plus profonde et que le tissu cellulaire, éraillé, contus, ne se réunira pas bien. Ainsi j'ai vu survenir un abcès profond chez un de mes opérés. J'avais vu dans Leblanc que quelquefois, après ces opérations de hernie étranglée, les malades avaient parfaitement guéri : je doute que cela soit fréquent. Jameson avait dit que pour guérir radicalement les malades après l'opération de la hernie étranglée, il fallait leur appliquer un bouchon sanglant; vous savez ce que je vous en ai dit lorsque nous avons traité la question de la cure radicale. Je n'avais pas d'ouverture dans le péritoine et je me dis : « Si je profitais du procédé de Jameson? je vais faire rentrer le sac dans l'abdomen et j'aurai un bouchon qui vaudra bien mieux que celui de M. Gerdy, car le tissu cellulaire qui double contractera des adhérences et mon bouchon sera excellent. » Mais, messieurs, le tissu cellulaire qui double le sac communique avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque; j'eus donc un phlegmon de la fosse iliaque et mon malade mourut. Tant il est vrai que le mieux est l'ennemi du bien.

Mais vous rencontrez l'intestin très-rouge et, comme disait Méry, gangrené; vous pouvez le rentrer sans crainte. Mais l'intestin est noir : est-il poli, dur, résistant? Portez-le dans le ventre et soyez sans inquiétude, il n'est pas mortifié. Enfin, l'intestin est gangrené, ou, pour mieux dire, ulcéré, perforé, ne le réduisez pas. Si vous avez affaire à un étranglement par les anneaux, vous pouvez débrider; mais, si l'étranglement est au collet, il y a danger à le rentrer dans le ventre; laissez donc cette portion d'intestin au dehors, la fistule stercorale guérira toute seule, et cela en trois semaines ou un mois. Mais il y a des plaques gangréneuses sur l'intestin; oh! ne le faites pas rentrer dans le ventre. Desault fit ainsi rentrer une anse gangrénée qui avait un pouce de long, et il perdit son malade : laissez sortir l'intestin au dehors et fendez-le en long, cela vaut mieux qu'en travers; ouvrez ainsi un libre écoulement aux matières contenues dans le bout supérieur, la plaie se détergera, elle guérira, et la peau fi-

nira par recouvrir la plaie, et il restera tout au plus une petite fistule stercorale.

Enfin, il y a de l'épiploon; ne le rentrez jamais, au grand jamais; l'épiploon le plus sain, dès qu'il a été frappé par l'air extérieur, court grand risque de se gangréner; mais le malade aura une hernie épiploïque : tant mieux, cela est bien préférable à une gangrène de l'épiploon dans le ventre; cet épiploon pourra même faire bouchon et assurer la guérison. On a bien réussi quelquefois, il est vrai, en réduisant l'épiploon; moi aussi j'ai eu des succès, mais j'ai eu aussi des morts à déplorer, et je suis décidé à ne plus le faire rentrer; il n'y a, je le repète, aucun danger à laisser une petite portion d'épiploon hors du ventre, il n'y a pas grand inconvénient à laisser subsister une petite hernie épiploïque, et, finalement, cet épiploon peut contracter des adhérences et garantir ainsi le malade contre le retour de la hernie intestinale.

Cependant il y a des chirurgiens qui, ayant trouvé l'intestin gangréné, l'ont tout simplement pris et coupé. Malheureux! qu'avez-vous fait! Mais l'intestin était noir, il était flasque. Eh! qui vous dit qu'il était gangréné? Est-ce que nous sommes sûrs des signes de la gangrène? Laissez donc l'intestin tranquille, la portion gangrénée (si toutefois elle l'est), se détachera toute seule, et vous aurez une perte de substance moindre que si rous coupez; car, pour agir suivant les règles, vous devez couper dans le vif; vous faites donc une perte de substance plus grande que la gangrène elle-même; laissez donc les plaques gangréneuses tomber toutes seules, et comme la gangrène ne se détache qu'en laissant après elle du tissu inodulaire, peut-être bien que vous verrez la perforation guérir, tandis que si vous coupez l'intestin en travers, vous ne pourrez jamais guérir cette plaie.

Passons maintenant au plus grave de tous les cas, il y a non plus seulement une large tache gangréneuse qui, en se détachant, donne lieu à un anus contre nature; mais il y a section de l'intestin et anus contre nature : ce cas peut fort bien se présenter, car vous savez que plus d'une fois, à force de malaxer la hernie, on a gangréné l'intestin. Quelle différence y a-t-il entre l'anus contre nature et la fistule stercorale? La fistule stercorale est le résultat d'une ulcération qui n'embrassait pas plus du tiers de l'intestin; la fistule stercorale guérit facilement, très-facilement; l'anus contre nature, au contraire, succède à la section de la totalité ou de la presque totalité de l'intestin, et il est très-rebelle aux moyens chirurgicaux qu'on lui oppose.

Dupuytren disait qu'il avait vu grand nombre d'anus contre nature qui avaient guéri tout seuls; il disait aussi qu'il ne savait pas trop pourquoi ces anus contre nature avaient guéri si facilement. C'étaient des fistules stercorales et non des anus contre nature, car cette affection, je le répète, guérit très-rarement. Et ils avaient guéri seuls, par les simples efforts de la nature? Mais un succès de hasard ne fait pas règle. Le chirurgien ne peut pas dire d'une manière absolue, d'une manière positive, que le malade ne guérira pas; mais il ne peut pas non plus lui promettre qu'il guérira, si la gangrène occupe plus de la moitié du calibre de l'intestin.

Scarpa a cité un cas d'une hernie gangrénée, d'un anus contre nature qui a guéri tout seul; mais il en cite plusieurs qui ont guéri par le secours de l'art. Quelle était donc la théorie de Scarpa?

Mais avant de nous en occuper, voyons un peu ce que l'on disait avant lui : Il y a une section de l'intestin : les anciens chirurgiens disaient : l'intestin gangréné contracte des adhérences avec les parties voisines, il y a donc entre l'intestin et la peau une ouverture plus ou moins large; l'ouverture de la peau se rétrécit peu à peu, et celle de l'intestin en même temps, de manière que les deux bouts de l'intestin finissent par s'aboucher.

Mais, dit Scarpa, cela est impossible, parce que, quand une anse d'intestin a été gangrénée (je passe cette expression sous silence), les deux bouts de l'intestin sont parallèles, et il cite trois observations à l'appui de cette idée : de ces trois observations il y en a deux seulement qui ont trait à l'anus contre nature, l'autre n'y a aucun rapport. Or, il se trouve précisément que les figures qui représentent ces cas parlent en sens opposé de cette théorie; il est très-rare que les deux bouts de l'intestin soient parallèles, cela ne pourrait guère arriver que quand toute une anse intestinale est tombée, ce que je n'ai jamais vu; ce dernier cas est excessivement rare, plus rare encore que la gangrène; car, lorsque l'intestin est gangréné, il n'y a guère qu'une plaque mortifiée et alors les deux bouts de l'intestin ne sont pas nécessairement parallèles; cela n'arrive, je le répète, que quand toute une anse intestinale a été coupée, ce qui est tellement rare, que je demanderai s'il en existe des exemples; on le dit, mais on n'en cite pas un seul, et Scarpa cite à l'appui de sa théorie deux observations où ce dont il parle n'existe précisément pas.

1° La théorie de Scarpa pêche donc, parce qu'il ne faut pas admettre la gangrène.

2° Avec l'ulcération, il y a simplement perte d'une portion de l'intestin.

Et alors, comment les matières fécales arrivent-elles jusqu'à la peau?

Scarpa dit : C'est le collet du sac qui forme les parois de la poche par où passent les matières fécales; c'est ce qu'il appelle l'*entonnoir membraneux*. Toute l'Europe a cru Scarpa; mais moi je lui demande la preuve de ce qu'il a avancé. Voici sa réponse : « On n'en pouvait douter (sur un cas qu'il cite), parce que l'entonnoir membraneux faisait évidemment suite au péritoire, et sa texture ne permettait pas de le confondre avec le tissu cellulaire de l'aine. » Si cela peut faire preuve, je vous le demande un peu! Il y a des adhérences, et, là où cesse l'intestin, il est évident que la texture de cette membrane ne ressemble pas à celle du tissu cellulaire de l'aine; mais est-ce du péritoire pour cela? Jamais, au grand jamais; non, ce n'est pas du péritoire et j'ajoute même qu'il est impossible que ce soit le péritoine, parce que cet entonnoir arrive jusqu'à la peau et que le sac n'y arrive pas.

Si le le sac est resté adhérent, Dupuytren dit, d'après l'illustre Scarpa, tissu du sac, tissu fibreux, tissu cellulaire, tissu cutané, tout cela a été transformé par l'inflammation en un tissu muqueux accidentel; c'est très-vrai, quoique le fait soit brut; mais Dupuytren n'en a tiré aucune conclusion. Cette fistule, car c'est une véritable fistule, formée par du tissu inodulaire, peut guérir par la rétraction incessante de ce tissu. Voilà comment se guérissent ces fistules stercorales que Scarpa a confondues avec l'anus contre nature.

Scarpa a encore indiqué un autre phénomène; il en a cité un cas qu'il a vu dans une hernie crurale (où il y avait une simple fissure de l'intestin); il y avait un certain trajet entre l'arcade crurale et l'intestin : Scarpa dit : « Voyez un peu cette portion du sac, elle rentre quelquefois dans l'abdomen, elle rentre par les tractions que le mésentère exerce sur elle; c'est-à-dire le mésentère est du tissu qui va attirer dans le ventre la portion d'intestin que renferme une hernie; et la preuve, c'est que Scarpa le dit. Scarpa a bien suivi le tissu péritonéal jusqu'au point où l'intestin rentre dans le ventre, mais il n'a pas vu que la muqueuse intestinale adhère à la peau.

Voici ce qui distingue l'anus contre nature de la fistule stercorale et ce qui constitue le trajet fistuleux : c'est que le sac a contracté des adhérences autour de lui, qui n'ont pas été détruites; l'intestin lui-même a contracté des adhérences avec le sac, adhérences qui se forment rapidement; alors le sac disparaît, il n'y a plus de séreuse : c'est donc l'anse intestinale elle-même, et quelquefois cette anse intestinale est tellement rapprochée de la peau, surtout dans les hernies crurales, que la muqueuse arrive jusqu'à la peau.

Dupuytren qui observait bien, mais qui ne pouvait pas renverser cette doctrine, dit que dans presque tous les cas à l'orifice cutané paraît la muqueuse intestinale. Voici surtout ce qui empêche les matières de reprendre leur cours: c'est que la muqueuse avec ses valvules, et doublée de son tissu musculaire, fait marcher les matières jusqu'à l'orifice cutané : c'est sur le cadavre que j'ai vu cela, et, la première fois que je l'ai vu, j'en ai

été fort étonné; je cherchais l'entonnoir membraneux de Scarpa.

Cela vous explique la presque incurabilité de ces anus contre nature, car tout trajet fistuleux avec du tissu muqueux accidentel, du tissu inodulaire, tend sans cesse à se resserrer et peut guérir; mais, quand c'est une muqueuse normale, il est impossible qu'il guérisse.

Cette dissection me fit faire des réflexions, et j'entrevis la cause de l'incurabilité de l'anus contre nature, et le moyen peut-être de le guérir.

Il y a une autre chose que Scarpa a invoquée : Comme les deux bouts de l'intestin sont côte à côte, dit-il, il y a un *promontoire* qui empêche les matières de passer dans le bout inférieur. Dupuytren appelle cela un éperon. Tous deux ont appliqué cela à l'opération, et ils disent : « Il faut faire disparaître ce promontoire. » Cela est très-rare en thèse générale : quand l'intestin est coupé dans toute son étendue, il n'y a qu'un très-petit éperon; mais, il peut y en avoir plusieurs, ainsi que je l'ai vu; mais, dès qu'il y a un trou demi-circulaire, les matières peuvent encore marcher. Je nie donc l'éperon comme Scarpa et Dupuytren l'ont entendu : cela est faux. Dans le 4e volume des *Leçons orales* de Dupuytren, vous trouverez la description d'autopsies d'anus contre nature; elles ont douze ou quinze pages, et on n'y dit pas un mot de l'anus contre nature.

Quand vous trouverez un éperon, il faut le détruire; mais, le plus souvent, vous ne devrez pas l'attaquer. Dupuytren enfonçait une première pince dans le bout supérieur, une autre dans le bout inférieur, et il les rapprochait de manière à serrer les deux bouts de l'intestin avec ses pinces latérales, de façon à aboucher largement l'intestin. J'ai décrit ce procédé dans ma *Médecine opératoire* : je n'en dirai pas plus; ce n'est pas un précepte général, c'est un simple procédé contre une complication. Dupuytren confessait lui-même que, quand on avait détruit l'éperon, la partie la plus difficile et la plus longue n'était pas faite, c'était de fermer la fistule. Influence des théories qui obscurcissent ces grands esprits! Mais, vous avez une fistule à l'urètre, est-ce qu'elle se guérit toute seule? Non, certes, il faut que vous la fermiez; et, quand vous avez détruit l'éperon, il faut que vous guérissiez la fistule. Dupuytren prétend avoir obtenu, en 1824, vingt-neuf guérisons complètes. Nous avons perdu dernièrement M. Roux, l'honneur de la chirurgie française; s'il l'avait dit, je l'aurais cru : mais c'est Dupuytren, je ne le crois pas. Demandez à vos maîtres si l'on guérit 3 malades sur 4? Je ne vous en dirai pas davantage.

Quel est donc le procédé à l'aide duquel vous pourrez guérir l'anus contre nature? La suture; et vous le guérirez quand vous n'aurez plus cette malheureuse muqueuse intestinale avec ses valvules. On a essayé l'autoplastie; on amenait un lambeau au devant de l'orifice cutané, mais on ne détruisait pas la muqueuse intestinale, et le lambeau se gangrénait.

M. Velpeau a eu une idée qu'il n'a pas assez mûrie; il avait imaginé de couper les parties de manière à faire une plaie plus large en dehors qu'à l'intérieur, et l'on rapprochait fortement : il enlevait la muqueuse intestinale, mais en même temps il coupait une portion de l'intestin, ce qui amenait un rétrécissement de l'intestin.

Un malade se présenta à moi avec un anus contre nature; je constatai que la muqueuse arrivait très-près de la peau, dès lors mon plan fut arrêté : l'intestin était perforé, il s'agissait pour moi de rendre à cet intestin toute l'anse qu'il avait perdue et d'assurer ainsi le succès de la suture extérieure. La muqueuse était renversée en dehors comme un doigt de gant, elle est partout adhérente dans son trajet jusqu'à la peau : je conçus le projet, très-rationnel en théorie, de décoller cette muqueuse et de la faire retourner dans l'intestin; en la faisant ainsi rentrer, au lieu de diminuer le calibre de l'intestin je lui rendais de sa toile, et il fallait maintenir cela par une suture libre : peu de temps auparavant, M. Gelis avait imaginé son ingénieux procédé de suture; je recousis donc l'intestin adossé par ses faces celluleuses; il me restait alors une surface saignante formée par du tissu de bonne nature, je réunis par une suture profonde au-dessus de la suture intestinale; si la plaie est trop grande je prends un lambeau quelque part dans les environs et j'en recouvre la plaie, plaie dans laquelle les matières fécales n'arriveront plus.

Ce premier fait était un anus contre nature consécutif à une hernie inguinale, le malade guérit complètement.

M. Nélaton fit quelque temps après une opération semblable; deuxième guérison complète : enfin, M. Denonvilliers a guéri dernièrement, par ce procédé, un anus contre nature succédant à une hernie crurale.

Voilà où nous en sommes, voilà où m'a mené l'étude de l'anatomie pathologique de l'anus contre nature.

Messieurs, je termine en vous disant: Ne croyez pas à la parole du maître, examinez et assurez-vous par vous-mêmes. A ceux qui vont quitter cette faculté je dis : adieu! A ceux qui doivent y revenir, au revoir!

Dr A. P. Doumic.

CLINIQUE CIVILE.

De quelques applications du perchlorure de fer.

Polype de l'oreille. — Diagnostic. — Emploi du perchlorure de fer. — Guérison.

Jules Triboulet, rue de la Roquette, n° 78, n'entendait pas de l'oreille gauche depuis deux ans; il portait un polype qui occupait tout le conduit auditif, et qui avait été cautérisé plusieurs fois avec le nitrate d'argent. Il y a trois mois, je constatai l'existence de ce polype, implanté profondément vers la partie du conduit qui avoisine le tympan; avec une petite pince, je pus le saisir et le tordre. Il était long de quatre centimètres et de nature muqueuse, cependant assez résistant. Après l'avoir arraché, j'introduisis dans le conduit auditif quelques gouttes de perchlorure de fer, que je retirai ensuite à l'aide d'une petite seringue, et au bout d'un mois, l'audition était rétablie. Tout porte à espérer que le polype ne se reproduira pas.

Ici j'insiste sur un point de diagnostic assez difficile : distinguer un polype de l'oreille des masses de cérumen qui s'agglomèrent parfois dans le conduit auditif qui, le bouchant complétement, occasionnent la surdité. Généralement, avant toute autre chose, il faut, pour éclairer ce diagnostic, faire précéder tout examen du conduit auditif d'une injection avec de l'eau tiède et d'une exploration avec un stylet mousse.

Perchlorure de fer dans les blessures d'artères.

Dans les cas de lésions d'artères, on n'est généralement appelé que lorsque la première hémorrhagie a été arrêtée; le plus souvent, la plaie est remplie de caillots. Ici je ne relate que quatre observations de lésions de l'artère radiale.

Je partage cette opinion, qu'il faut toujours, quelque temps qu'on y passe, lier les deux bouts d'une artère divisée; mais, dans bien des cas, l'opération est impossible.

Dans les quatre observations, dont je parle ici, je n'ai pu lier que dans un seul cas le bout supérieur et le bout inférieur. Dans les trois autres circonstances, je n'ai pu lier que le bout supérieur : j'ai touché le bout inférieur avec le perchlorure de fer, et j'ai appliqué sur lui un petit bourdonnet de charpie imbibé de cette liqueur à 35°.

Ces quatre observations ont été faites sur deux garçons bouchers et deux garçons charcutiers, qui se sont divisé l'artère radiale gauche, un peu au-dessus de l'apophyse styloïde, en coupant de la viande pour servir leurs pratiques. — Dans les livres de médecine opératoire, on suppose que le chirurgien est appelé immédiatement après l'accident: il n'y a alors qu'à lier le bout supérieur, puis l'inférieur; mais l'application est différente. Généralement un jet de sang, malgré la compression, facilite la recherche et la ligature du bout su-

périeur; mais, quant au bout inférieur, on ne le trouve pas, et l'on conseille de comprimer. Or, il résulte de l'arrangement des deux arcades palmaires, que ces deux arcades font communiquer toutes les artères de la main les unes avec les autres, et que l'artère cubitale et l'artère radiale se réunissent par deux anses à leur extrémité inférieure. Ainsi, que l'artère radiale ou que l'artère cubitale soit lésée, si le bout inférieur n'est pas lié, il y aura des hémorrhagies consécutives, qui entraîneront successivement la ligature de l'artère brachiale, celle même de l'artère axillaire, et quelquefois l'amputation du membre. J'ai observé, dans ma jeunesse, des faits de cette nature, dans le service de M. Sanson l'aîné, à l'Hôtel-Dieu, et dans le service de Dupuytren, au même hôpital. Aussi, quand les artères radiale et cubitale sont le siége d'une plaie ou d'un anévrisme spontané, est-il important de lier les deux bouts de l'artère. Dans les observations que je rapporte ici, je n'ai eu aucun accident, la guérison a été rapide, et je n'ai pas eu d'hémorrhagies consécutives. Peut-on attribuer ce résultat à l'action du perchlorure? Toujours est-il que j'ai cru nécessaire de relater ces faits de ma pratique chirurgicale : groupés avec d'autres, ils pourront offrir un certain intérêt.

Perchlorure de fer dans les hémorrhoïdes.

J'ai souvent employé avec succès le perchlorure de fer à 35° contre des hémorrhoïdes fluentes qui avaient compromis la santé des malades au point de les rendre presque anémiques et de les mettre dans l'impossibilité de les nourrir. Avant d'appliquer le perchlorure de fer au traitement de cette maladie je me servais de vésicatoires; depuis que je cautérise avec ce liquide l'intérieur des tumeurs hémorrhoïdales, j'ai toujours obtenu, chez bon nombre de malades, une amélioration sensible après la première application, et souvent une guérison, au moins temporaire, à la troisième fois. Ce qui m'a étonné surtout dans l'emploi de ce médicament, c'est la rapidité avec laquelle les tumeurs se flétrissent. Il est bien certain qu'on ne peut pas donner ces guérisons comme devant toujours durer; mais ce qui est certain, c'est que sous l'influence du perchlorure la santé se rétablit; et si l'on compare son innocuité et la simplicité de l'opération à la cautérisation par le fer rouge et à l'excision, tous les avantages sont du côté du perchlorure. Le perchlorure ne doit être employé que sur les tumeurs hémorrhoïdales proprement dites; car les affections cancéreuses du pourtour de l'anus, les tumeurs criblées résultant de fistules très-anciennes, et une multitude d'autres affections de la marge de l'anus ne peuvent être traitées avec avantage par ce médicament.

Il y a trois mois je fus appelé pour arrêter une hémorrhagie de la lèvre supérieure chez un enfant de 3 ans qui portait en ce point une tumeur érectile du volume d'un gros œuf de poule. Déjà plusieurs hémorrhagies étaient survenues et on n'avait pu les arrêter qu'assez difficilement par le nitrate d'argent et les réfrigérants. Je proposai l'enlèvement de la tumeur par l'instrument tranchant, puis la cautérisation au fer rouge. L'enfant fut chloroformé; l'opération fut très-simple et la guérison est complète : à peine si la cicatrice paraît, car la tumeur occupait la partie de la lèvre qui est formée par la membrane muqueuse. J'ai eu recours à ce moyen parce que les conditions de l'ouverture buccale changent complétement la nature des procédés opératoires. Il ne faut répudier aucune méthode, aucun procédé : l'organisme sain et l'organisme malade ne se prêtent pas facilement à nos préceptes. Le perchlorure guérit les tumeurs érectiles, et cependant je lui ai préféré ici l'excision et la cautérisation au fer rouge à cause de la région occupée par la tumeur.

A. Thierry.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATION DE VAGINITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Une jeune femme, âgée de 26 ans, mère de trois enfants, de tempérament lymphatico-veineux, commença à ressentir, au mois d'août 1851, à la suite de son dernier accouchement, une douleur gravative à la région lombaire; au bout de quatre jours elle s'aperçut qu'il s'écoulait de la vulve une matière dense, visqueuse, jaunâtre, semblable à du muco-pus : cette sécrétion était accompagnée d'une sensation de pesanteur et de gonflement dans l'intérieur du vagin, de cuisson désagréable, de tension et d'un état de mal-être général. A ces symptômes, elle n'opposa pendant longtemps que des moyens tout à fait insuffisants, et ce ne fut que pendant l'été de 1853 que, voyant ss santé dépérir de jour en jour, elle eut recours à un médecin qui se borna à lui conseiller l'usage des eaux ferrugineuses de Riolo qu'elle abandonna au bout de huit jours.

Au mois d'octobre de la même année, elle fut visitée par le docteur Busi, chirurgien à Bagnacavallo, qui, à l'aide du toucher diagnostique une vaginite; celle-ci était en outre accompagnée d'une légère réaction fébrile, de céphalalgie, ainsi que d'une douleur assez intense à l'orifice du vagin; il est bon de savoir que cette affection était compliquée d'une grossesse au quatrième mois. Le docteur Busi crut devoir pratiquer trois saignées et prescrivit une limonade pour toute boisson. Au bout de quelques jours, il put pratiquer l'exploration à l'aide du spéculum, qui lui permit de constater tout d'abord que le col de la matrice était le siége d'un ulcère simple (consécutif de Gibert) d'environ sept centimètres de circonférence; la muqueuse utérine était à l'état normal, comme l'indiquaient les caractères du liquide secrété de l'intérieur de cet organe. En retirant le spéculum, il s'aperçut que le vagin était tapissé d'une pseudo-membrane blanche, lactescente, fortement adhérente à la muqueuse de ce canal, au point que pour l'en détacher, il dut se servir des pinces à polypes. Cette muqueuse ainsi mise à nu présentait la plus grande analogie avec la surface cutanée dépouillée de son épiderme par l'action d'un vésicatoire, sa couleur était rouge écarlate, sa sensibilité extrême au moindre contact.

Le docteur Busi fut frappé de la nouveauté de cette altération, dont il ne trouvait aucun exemple dans les auteurs qui ont traité *ex-professo* des maladies de cette région, et à laquelle il assigna le nom de vaginite pseudo-membraneuse, eu égard à l'analogie qu'elle présente avec le croup, l'angine dipthéritique, la rectite membraneuse, etc. Deux jours après, la fausse membrane s'était reproduite, et la malade lui apprit alors que depuis longtemps déjà elle expulsait des lambeaux membraneux par la vulve.

Encouragé par les succès qu'il obtenait depuis longtemrs de la cautérisation dans les différentes formes de vaginite, le chirurgien italien eut recours dans ce cas à l'azotate d'argent avec lequel il badigeonna successivement le col de la matrice, ses attaches vaginales, et, à mesure qu'il retirait le spéculum, les autres parties du vagin; l'ulcère du col fut pansé avec un tampon de ouate imprégné d'une solution de chlorure de zinc. La cautérisation du vagin ayant été répétée tous les huit jours au plus, la guérison était complète au bout de deux mois de traitement, c'est-à-dire au sixième de la grossesse, et le sujet accoucha à terme de deux enfants mort-nés.

(*Bullet. delle scienze méd. et Presse méd. belge.*)

VAGINITES AIGUES ET CHRONIQUES. — TEINTURE D'IODE.

M. le docteur Boinet a employé avec le plus grand succès, dans le traitement des *vaginites aiguës et chroniques*, le badigeonnage avec la teinture d'iode. Une seule application bien faite suffit ordinairement; par mesure de précaution, il badigeonne les grandes et les petites lèvres et leurs replis, et fait une injection dans la partie antérieure du canal de l'urètre, mais avec un mélange à portions égales de teinture et d'eau, avec la précaution d'empêcher le liquide de pénétrer dans la vessie. Un fait qui l'a frappé à cause de sa constance, c'est que toutes les fois qu'il a badigeonné le vagin et le col de la matrice, il a provoqué des règles qui ont été quelquefois très-abondantes, remarque qu'il a utilisée, en badigeonnant le col et une partie du vagin, dans certains cas de règles difficiles ou d'aménorrhée complète. Il en ressort aussi qu'il faudra se dispenser de cette pratique chez les femmes enceintes.

(*Union médicale.*)

NOTE SUR LA CONSERVATION DES SANGSUES, PAR M. DUCOR, PHARMACIEN A LA FRANÇAISE (TARN-ET-GARONNE).

Dans un travail sur la conservation des sangsues, inséré dans le numéro de juillet 1854 du *Répertoire de pharmacie*, M. Fermond, après avoir exposé les différents modes de conservation qui ont été tour à tour indiqués et essayés, donne la description de plusieurs appareils qui me paraissent présenter de grands avantages pour atteindre le but qu'il s'est proposé (1). Mais, dans ses diverses expériences, M. Fer-

1. Pour plus de détails, voy. la *Monographie des sangsues médicinales*, par M. Fermond, 1 vol. in-8, fig., 1854.

mond, imitant ses devanciers, n'a tenu aucun compte de l'électricité atmosphérique, qui cependant exerce une grande influence sur les sangsues.

En effet, la plupart des épidémies meurtrières qui déciment, surtout en été, ces précieux annélides, prennent presque toujours naissance sous l'action d'une atmosphère chargée d'électricité, et les approches d'un orage déterminent ordinairement, chez ces petits animaux, des mouvements inquiets et désordonnés, indices certains d'un état de malaise et d'un commencement de maladie.

Voyant les effets, connaissant la cause, pendant l'été de 1851, je m'efforçai de trouver un moyen qui me permît de mettre mes sangsues à l'abri d'une influence qui leur était si meurtrière.

J'avais souvent remarqué qu'un liquide d'origine végétale ou animale, renfermé dans un vase de verre, était ordinairement décomposé à la suite d'un orage, tandis que le même liquide, renfermé dans un vase métallique, n'éprouvait pas la moindre altération.

Évidemment, dans le premier cas, le vase de verre, mauvais conducteur, retenant et condensant l'électricité, lui permettait de réagir sur les principes constituants du contenu; le vase métallique, au contraire, excellent conducteur, tamisait, pour ainsi dire, l'électricité, qui ne laissait aucune trace de son passage.

Partant de ces données, je me procurai un vase de cuivre parfaitement étamé, de la contenance de 10 litres; j'y plaçai mes sangsues. Le succès dépassa mes espérances.

Depuis lors, je n'ai plus de mortalité à déplorer, et mes sangsues, à l'abri des effluves électriques, se conservent aussi bien en été qu'en hiver.

J'ai donc l'intime conviction que si, dans les appareils proposés par M. Fermond, on employait des vases de nature métallique, le problème de la conservation des sangsues serait à peu près résolu.

(*Répert. de pharm.*)

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'APOPLEXIE PLACENTAIRE.

Voici les préceptes donnés par M. Paul Dubois à l'occasion d'un cas d'apoplexie placentaire observé dans son service. C'était chez une femme accouchée à terme. Une partie du placenta était devenue indurée et imperméable, d'où était résulté une diminution des matériaux nutritifs proportionnée à l'étendue de l'induration. Aussi, bien que l'enfant fût à terme, comme nous l'avons dit, il ne pesait que 1500 grammes, et l'on voyait qu'il avait souffert.

Or, M. Dubois a fait la remarque que, quand cet accident est arrivé une fois, il a beaucoup de chances pour se produire de nouveau. Lors donc qu'à un sentiment de douleur obtuse et de plénitude se joint un peu de ralentissement des mouvements de l'enfant dans le cours d'une grossesse subséquente, il y a lieu de le craindre et on peut l'annoncer, mais quant à le prévenir, il est déjà trop tard. Ce qu'il faut faire quand une apoplexie placentaire a eu lieu, c'est, aussitôt qu'une nouvelle grossesse commence, d'éviter toute espèce de fatigue, de prescrire la position horizontale sur le canapé ou sur le lit, une alimentation un peu restreinte pour modérer la circulation. On pratique en même temps une saignée dérivative de 30 à 50 grammes, suivie le jour d'après d'une saignée semblable; puis à ce traitement en apparence débilitant, M. Dubois, sans craindre d'être taxé de contradiction, ajoute l'emploi du fer. Il lui a semblé, en effet, que ces femmes étaient prédisposées à l'hémorrhagie placentaire par un certain degré d'appauvrissement du sang; et l'usage de cette médication a réussi, en effet, dans plusieurs cas à les placer dans des conditions meilleures.

(*Journal de médecine et de chirur. prat.*)

Académie des Sciences.

Suite de la séance du 15 janvier 1855.

Présidence de M. Régnault.

Empoisonnement par le curare.

M. Alvaro Reynoso communique la note suivante :

Dans les expériences que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, j'ai étudié les divers moyens qui peuvent retarder ou empêcher l'absorption du curare, et, de plus, j'ai insisté sur les avantages que pourrait présenter le brome, qui agit comme les caustiques et, en même temps, détruit complétement ce poison, de manière à le rendre tout à fait inoffensif pour l'économie animale. Depuis lors j'ai eu occasion de faire une expérience qu'on peut considérer comme décisive. J'ai traité $\frac{1}{2}$ gramme de curare, dose suffisante pour tuer plusieurs chiens, par du brome; le mélange, débarrassé de l'excès de ce dernier au moyen du carbonate et de l'hyposulfite de soude, fut injecté sous la peau d'un chien qui n'en souffrit nullement.

Pour finir la série d'expériences que j'avais l'intention de faire, il me restait à étudier l'action des ventouses. Ce sujet, tout simple au premier abord, m'a présenté des difficultés à cause de la rapide absorption du curare. Ce poison est absorbé avec tant de promptitude, que le court intervalle qui sépare l'injection et l'application de la ventouse suffit pour laisser entrer dans l'économie la dose nécessaire pour causer la mort de l'animal. Après quelques tâtonnements, je suis arrivé à préciser les conditions de l'expérience assez faciles à réunir.

J'ai injecté, sous la peau d'un cochon d'Inde, 1 centigramme de curare délayé dans $\frac{4}{10}$ de centimètre cube d'eau, et j'ai appliqué immédiatement une ventouse. Tant que le vide est maintenu sans interruption, l'animal n'éprouve rien, quel que soit le temps qu'on fasse durer l'expérience; mais, aussitôt qu'on enlève la ventouse, le curare est absorbé et produit les mêmes effets que dans les conditions ordinaires. La dose de curare qu'on avait injectée dans cette expérience (1 centigramme) tue les cochons d'Inde en trois minutes dans les circonstances ordinaires.

Une autre manière de faire l'expérience est la suivante : J'ai introduit dans une blessure faite sur le flanc d'un cochon d'Inde un morceau de curare pesant 57 milligrammes; la ventouse fut appliquée immédiatement, et l'animal continua à se bien porter pendant le temps qu'elle resta. Mais, aussitôt qu'on vint à l'enlever, l'absorption du poison eut lieu, et l'animal mourut.

Il résulte de ces expériences, que les ventouses appliquées avant que l'absorption du poison ait lieu, si elles conservent bien le vide sans interruption, empêchent complétement l'absorption du curare, tant qu'elles restent; mais aussitôt qu'on les enlève, l'empoisonnement se produit.

Il me semble donc rationnel d'admettre que, lorsqu'on a employé les caustiques et les ventouses en même temps pour prévenir l'empoisonnement après avoir enlevé les ventouses, le salut de l'animal est dû aux caustiques, et parce que les ventouses n'agissent qu'autant qu'elles sont maintenues, et parce que les caustiques seuls produisent les mêmes effets sans avoir besoin du secours des ventouses.

Il convient de faire les expériences ci-dessus sur des cochons d'Inde, parce que ces animaux sont très-faciles à épiler, et qu'alors seulement on arrive à maintenir le vide des ventouses sans interruption pendant longtemps.

Ligature de l'artère carotide.

M. le docteur J. G. Maisonneuve, chirurgien de la Pitié, lit un mémoire dont voici la substance :

L'artère carotide externe est, comme chacun sait, l'une des bronches de bifurcation du tronc carotidien primitif. C'est elle qui, par ses nombreux rameaux, alimente presque exclusivement les téguments du crâne, la face et les organes importants que cette région renferme dans ses cavités. Les anévrysmes, les varices artérielles, les tumeurs fongueuses, les cancers sont fréquents sur le trajet de ses ramifications et plus souvent peut-être que partout ailleurs ces lésions exigent que l'on intercepte le cours du sang dans les vaisseaux qui les alimentent.

Pour remplir cette indication, les chirurgiens ne connaissaient jusqu'à présent d'autre ressource que la ligature du tronc carotidien primitif, c'est-à-dire du tronc commun qui alimente à la fois la face et le cerveau.

Cette pratique avait plusieurs inconvénients graves. Le premier était d'exposer sans nécessité absolue les malades aux conséquences parfois terribles de l'interruption du cours du sang, dans l'organe encéphalique.

En effet, si l'on consulte les statistiques publiées sur la ligature de l'artère carotide primitive, on voit que le plus grand nombre des malades soumis à cette opération ont éprouvé des vertiges, des syncopes, des paralysies transitoires; que d'autres assez nombreux encore, sont restés paralysés de la vue, de l'ouie, ou même de tout un côté du corps; enfin que plusieurs ont succombé rapidement à la gangrène du cerveau, ou se sont trouvés comme foudroyés au moment de la constriction du fil.

Un autre inconvénient de cette opération consiste en ce que le sang trouvant, dans les anastomoses crâniennes, une libre voie pour passer dans la carotide interne et de là dans la carotide externe, a pu continuer à alimenter la maladie.

Cette remarque n'avait pas échappé à la sagacité de M. Velpeau qui, dès 1839, écrivait ces lignes remarquables dans son grand ouvrage de médecine opératoire :

« On conçoit, dit cet éminent professeur, que, dans le principe, les « chirurgiens aient dû trouver plus commode de lier l'artère carotide

« primitive pour toutes les maladies artérielles du crâne et de la tête, « que de chercher à lier les artères carotides secondaires; mais cela « n'est plus admissible aujourd'hui.

« Il est une classe de maladies surtout qui semble réclamer impé- « rieusement que l'on modifie la pratique chirurgicale à ce sujet; je « veux parler des anévrysmes vasiqueux, des anévrysmes par anasto- « moses, des tumeurs érectiles... etc. Effectivement, quand on a lié la « carotide commune pour une de ces maladies, le sang du côté opposé « revenant par la carotide interne, rentre de bas en haut dans la ca- « rotide externe, en même temps qu'il rentre dans celle-ci par ses « propres anastomoses. Aussi Pelletan, Dupuytren, Wardrap, Kuhl, de « Voter, opérant pour des anévrysmes vasiqueux ont-ils échoué en lian- « la carotide seule. Les tumeurs de la région temporale ont aussi ré- « sisté à la ligature de la carotide commune entre les mains de Wuil- « laume Mussey, Roux et de plusieurs autres.

« La ligature de la carotide externe mettrait un terme à cette diffi- « culté pour toutes les tumeurs de la face et de l'extérieur du crâne. »

En lisant ce passage, dans lequel le profond praticien traçait d'une manière si nette et si catégorique la voie qu'il importait désormais de suivre, on a peine à comprendre que la chirurgie ait persisté dans ses anciens errements. Et cependant personne, au moins en France, n'avait encore osé pratiquer la ligature de l'artère carotide externe, lorsqu'en 1849 je crus devoir y soumettre une jeune femme affectée de varices artérielles de la région temporo-frontale.

Cette opération ne présenta pas de difficultés sérieuses. Son action sur la tumeur anévrysmale fut complète et radicale. Mais, au vingt-deuxième jour, longtemps après la chute de la ligature, il se manifesta, par imprudence grave de la malade, une hémorrhagie qui exigea la ligature de la carotide primitive. Malgré cette circonstance fâcheuse et les accidents qui en furent la conséquence, ce fait n'en reste pas moins une preuve de l'efficacité de la ligature de l'artère carotide externe contre les varices artérielles.

Plusieurs années se passèrent sans que j'eus l'occasion de renouveler cette opération. Mais, en 1854, il m'a été donné de la pratiquer quatre fois et quatre fois avec succès; voici dans quelles circonstances :

Deux malades affectés de cancers très-avancés de la langue et du pharynx vinrent à quelques jours de distance me consulter à l'hôpital Cochin. Chez tous deux, le mal avait acquis un développement tel qu'il était impossible de songer à son extirpation par l'instrument tranchant ou à sa destruction par les caustiques. C'est contre ces affectations désespérées que je crus devoir proposer comme dernière ressource la ligature des artères carotides externes. Ces opérations furent pratiquées des deux côtés sur chacun des malades, et, sur l'un et l'autre, elles ne déterminèrent aucun accident.

Conclusions. — Les conséquences que l'on peut déduire des cinq observations dont nous venons d'indiquer les résultats, sont de deux ordres : les unes ont trait à l'influence que la ligature des artères en général peut exercer sur la marche et l'évolution du cancer; les autres sont relatives seulement à la valeur absolue de la ligature de l'artère carotide externe.

Quant au premier point, bien que les résultats que j'ai obtenus de la ligature des gros vaisseaux artériels, dans les cas de cancers, soient soient certainement de nature à encourager de nouvelles recherches, je crois que toute conclusion définitive à cet égard serait prématurée.

Mais, quant à la valeur absolue de la ligature de l'artère carotide externe, je pense que dès à présent il est permis d'établir les propositions suivantes :

1° La ligature de l'artère carotide externe est une opération qui ne présente pas de difficultés sérieuses;

2° Elle n'offre pas de dangers plus graves que la ligature des autres troncs artériels de second ordre;

3° Elle a l'immense avantage de ne point exposer aux accidents cérébraux si redoutables après la ligature de la carotide commune;

4° Elle est plus efficace que cette dernière pour interrompre la circulation dans les vaisseaux de la face et de l'extérieur du crâne;

5° Elle doit lui être substituée dans toutes les maladies entretenues par les artères de ces régions.

Séance du 22 janvier 1855.

Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur ce sujet, qu'il résume ainsi :

« Le 18 juillet 1839, j'avais l'honneur de lire devant l'Académie un mémoire destiné à établir que les plaies pratiquées sous la peau et maintenues à l'abri du contact de l'air sont exemptes d'inflammation suppurative et s'organisent immédiatement.

Je viens, après quinze années de recherches et d'expériences non interrompues, exposer devant l'Académie, qui a accueilli mes premiers essais avec tant de faveur, le résumé de mes observations physiologiques sur le fait de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau et l'ensemble des applications pratiques dont la méthode sous-cutanée a été l'objet; les unes et les autres destinées à réunir, à coordonner, et à relier par leurs affinités originelles, les matériaux épars d'une généralisation de la méthode.

PREMIÈRE PARTIE.

Observations physiologiques.

Dans mes précédents mémoires, j'avais fait connaître les conditions principales et les caractères généraux du fait de l'organisation immédiale des tissus divisés sous la peau; les premières consistant dans l'absence du contact de l'air et l'occlusion hermétique des ouvertures; les secondes consistant dans l'absence radicale de réaction locale et générale : ni inflammation, ni fièvre, et travail immédiat de réparation plastique.

Cependant l'expérience m'a appris qu'en dehors des conditions générales et essentielles de l'organisation immédiate, il existe des conditions incidentes qui peuvent entraver ou faire varier le travail physiologique; comme aussi, il y a pour chacun de ses produits des caractères plus ou moins liés aux tissus dont ils émanent; d'où la nécessité d'une étude particulière des uns et des autres dans le but de faire refléter sur les applications chirurgicales correspondantes les lumières fournies par l'analyse physiologique.

§ I. — *Conditions incidentes et secondaires de l'organisation immédiate.*

Plusieurs chirurgiens voulant répéter mes expériences sur les plaies sous-cutanées obtinrent parfois des résultats différents. Cependant ils avaient observé la condition principale, qui est de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air. Il y avait donc des conditions secondaires à observer, sous peine de mettre à néant l'effet de la condition principale et d'en faire échouer le résultat. C'est qu'en effet, outre les tissus divisés et les cavités ouvertes, il y avait à considérer les fluides de l'économie, tant normaux que pathologiques, dans leurs rapports avec le phénomène de l'organisation immédiate. Le *sang artériel*, le *sang veineux*, la *sérosité*, la *lymphe*, la *synovie*, le *lait*, la *bile*, le *pus*, l'*urine*, *etc.*, peuvent se trouver plus ou moins en contact immédiat avec la plaie sous-cutanée. Quelle influence exercent-ils sur le travail d'organisation immédiate?

Les liquides de l'économie considérés dans leurs rapports avec les plaies sous-cutanées peuvent être ramenés à trois ordres :

1° Les liquides organisables;

2° Les liquides inorganisables ou neutres;

3° Les liquides antipathiques.

Les liquides *organisables* sont ceux dont une partie est résorbée, et dont l'autre fournit des matériaux à l'organisation immédiate et la favorise. Tel est le sang artériel, telle est la lymphe épanchée au sein des plaies. J'ai constaté une foule de faits curieux sous ce rapport. Non-seulement je me suis assuré que du sang artériel épanché en quantité médiocre entre les lèvres des parties divisées devient un des éléments importants de la jonction de ces parties, mais j'ai constaté que des quantités considérables de sang artériel épanché sous la peau se résorbaient en grande partie avec une rapidité extraordinaire. Des trombus du volume du poing ont disparu dans l'espace de vingt-quatre heures.

Les liquides *inorganisables* ou *neutres* sont ceux qui ne participent point à l'organisation immédiate et dont une partie peut être résorbée, et l'autre partie, restant accumulée sous la peau, peut empêcher mécaniquement, par sa présence, le travail d'organisation immédiate, ou donner lieu, sans inflammation suppurative, à diverses dégénérescences ou transformations du liquide. Le sang veineux, par exemple, n'est point apte à l'organisation. Lorsqu'une quantité notable est épanchée sous la peau, il se fait une sorte de départ et de décomposition physique. Certaines parties du liquide sont résorbées; la plus grande partie stagne dans la plaie et se convertit en une espèce de liquide sirupeux sans autre effet pathologique que la gêne mécanique résultant de sa présence. J'ai vu des collections de sang veineux persister à cet état pendant plusieurs mois sous la peau. Le contraste qui existe sous ce rapport entre le sang artériel et le sang veineux, se remarque aisément lorsqu'une certaine quantité de l'un ou de l'autre a été versée au sein de la plaie. Le magma qui en résulte s'organise par les parties fournies par le sang artériel, et on trouve au centre des caillots organisés une certaine quantité de sang veineux resté liquide et altéré.

Les liquides *antipathiques* sont tous les fluides excrétés, destinés à être rejetés au dehors; tels sont le lait, la bile, l'urine, le pus. Tous ces liquides s'opposent plus ou moins par leur présence à l'organisation

immédiate et font échouer les opérations sous-cutanées. Mais comme c'est avec le pus que la méthode a le plus fréquemment affaire, je me suis attaché, d'une manière toute particulière, à déterminer son influence sur l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées. Or, voici les résultats les plus généraux de mes recherches.

Le pus, quoique confiné sous la peau, peut être altéré chimiquement ou conserver ses caractères normaux. Dans le premier cas, la plus petite quantité de pus mise en contact avec la plaie sous-cutanée provoque immédiatement un travail de réaction inflammatoire et empêche complètement le travail d'organisation immédiate. Dans le second cas, l'épanchement du pus dans la plaie peut encore devenir un obstacle à l'organisation immédiate, mais en donnant lieu secondairement à de petits abcès froids résultant comme d'une inoculation du pus. Il faut distinguer, à cet égard, deux conditions différentes et qui ont été arbitrairement confondues par ceux qui se sont occupés de la question. Le pus renfermé dans des loges cellulaires enkystées peut, comme on le sait, y séjourner longtemps sans provoquer aucune espèce de réaction pathologique; mais lorsqu'il s'épanche dans le tissu cellulaire fraîchement divisé, il y détermine des accidents dont l'acuité varie en raison du degré d'altération du liquide et de l'étendue des surfaces avec lesquelles il est mis en contact.

Cette série d'observations et d'expériences conduit donc à l'établissement d'un second principe de la méthode sous-cutanée, à savoir : qu'outre la condition de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air, il faut encore qu'elle ne soit pas mise en rapport avec des liquides ou des substances antipathiques.

§ II. — *Des caractères de l'organisation sous-cutanée dans ses rapports avec les tissus divisés.*

Jusqu'alors je n'avais fait connaître, de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, que les caractères généraux et communs à toutes les parties de l'économie, et cette détermination du fait d'ensemble avait suffi à montrer qu'il existe bien comme fait, qu'il exprime un ordre de phénomènes distincts de l'inflammation suppurative, qu'en un mot il représente matériellement un travail de réparation organique dans lequel l'économie, supprimant et enjambant, pour ainsi dire, la période pathologique des plaies ouvertes, commence d'emblée ou plutôt continue sans interruption l'œuvre d'organisation physiologique dont elle est le théâtre incessant.

Mais, d'une part, le produit de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau est-il le même que le produit de la cicatrisation extérieure, et, de l'autre, ce produit est-il le même indistinctement pour tous les tissus, pour tous les organes; en d'autres termes l'organisation des plaies sous-cutanées a-t-elle pour résultat la formation d'un tissu cicatriciel identique et uniforme tel qu'on le voit dans toutes les plaies extérieures, ou bien ce tissu est-il modifié dans sa nature par la condition sous-cutanée et par le caractère du tissu et de l'organe qui en fournit les éléments?

Dans mon premier mémoire j'avais déjà montré que la cicatrisation des plaies suppurantes ne s'effectue qu'à la condition qu'il se forme préalablement à leur surface une pseudo-membrane, espèce d'isoloir entre cette surface et l'air extérieur qui ramène ces plaies à la condition essentielle des plaies sous-cutanées. Parvenue à cette période, la cicatrisation s'effectue dans les plaies ouvertes comme dans les plaies réunies par première intention, comme dans les plaies sous-cutanées, c'est-à-dire que le travail physiologique de réparation continue en vertu des mêmes lois; mais, disons-le tout de suite, il donne lieu à des produits qui diffèrent suivant les milieux qui les influencent et les éléments organiques qui y participent. Mes recherches postérieures m'ont permis de préciser les caractères propres à chacune de ces formations.

La cicatrice qui se forme à la surface de toutes les plaies ouvertes, quel que soit le tissu, quel que soit l'organe qui y concourent, est la même. C'est un tissu amorphe fibro-celluleux très-dense, d'une vitalité obscure. Il constitue, dans tous les points qu'il occupe, une interruption complète et tranchée entre les parties divisées. La conséquence la plus générale de ce fait est qu'il entraîne une interruption fonctionnelle adéquate à l'interruption organique. La continuité de la fonction implique la continuité de l'organe. Les tendons, les muscles, les vaisseaux, les nerfs et, dans certaines circonstances, les os eux-mêmes sont tributaires de cette loi. Il en résulte que toutes les fois que la plaie sous-cutanée ne réalise pas les conditions de l'organisation immédiate, il en résulte, disons-nous, que le tissu cicatriciel intermédiaire présente invariablement, dans tous les points où il a succédé au travail d'inflammation suppurative, le caractère de la cicatrice des plaies extérieures, c'est-à-dire du tissu cicatriciel proprement dit. On comprend toute l'importance de cette conséquence pour la pratique : les tendons, les muscles, les os et les nerfs, frappés d'une telle interruption, réalisent des états pathologiques permanents, organiques et fonctionnels, sur lesquels il est inutile d'insister ici.

Mais, lorsque les tissus divisés sous la peau ont pu bénéficier du fait de l'organisation immédiate, les produits de cette organisation offrent des caractères qui sont, avons-nous dit, en rapport avec les milieux qui les influencent et les éléments qui y participent. J'ai à signaler, à cet égard, trois résultats principaux :

Le premier, c'est que tous les tissus divisés sont susceptibles de produire entre leurs extrémités une portion de tissu analogue, sinon identique, au point de vue anatomique et physiologique : le tendon produit du tendon, le muscle du muscle, le nerf du nerf, l'os de l'os. La matière fournie par les extrémités divisées est le blastème indispensable de cette nouvelle formation.

Le second résultat est que, lorsque entre les surfaces de jonction il s'interpose une trop grande quantité de sang fourni par des vaisseaux environnants divisés, ce sang s'oppose par sa présence à l'exsudation directe des surfaces, prend la place du blastème spécifique, et produit une interruption anatomique et physiologique du tissu. On a un exemple manifeste de ces deux résultats opposés dans la section sous-cutanée du nerf sciatique. Dans le premier cas, on peut constater le rétablissement de la continuité anatomique et physiologique du nerf, attestée par les caractères histologiques du tissu et par le rétablissement de la fonction, c'est-à-dire du mouvement; dans le second cas, on peut voir entre les deux bouts du nerf une matière amorphe qui maintient l'interruption, attestée elle-même par la persistance de la paralysie.

Le troisième résultat est que, lorsque par suite de l'interposition d'une trop grande quantité de sang, ou, ce qui revient au même, par suite d'un trop grand écartement des surfaces divisées, ces surfaces ne peuvent plus être réunies au moyen de leur blastème propre, les tronçons du tissu divisé s'atrophient et perdent le caractère de leur organisation spécifique. Tels sont les tendons, les muscles, les artères et les nerfs. Ce fait n'est nulle part aussi évident que dans les artères; elles s'oblitèrent et se convertissent en cordes fibreuses, quelquefois de toute la longueur du membre. La dégénérescence des nerfs n'est pas moins remarquable, surtout dans le bout périphérique; on l'observe à tous les degrés et dans les mêmes conditions. Cette dégénérescence des vaisseaux et des nerfs contraste dans ces deux cas avec leur état d'intégrité lorsque leur continuité a été maintenue et rétablie à l'aide du produit direct fourni par leurs extrémités. Pour ce qui est des artères, déjà Hunter avait établi la possibilité de l'inosculation de leurs extrémités divisées sous l'influence de la réunion immédiate. J'ai pu m'assurer, de mon côté, par des injections réitérées, que des artères d'un calibre médiocre bénéficient de ce privilége toutes les fois que l'écartement des lèvres de la plaie n'a pas été trop considérable ou qu'il ne s'est pas interposé un caillot trop volumineux.

Tels sont les résultats les plus généraux de mes recherches physiologiques sur l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau.

Dans une autre séance, si l'Académie veut bien me le permettre, j'aurai l'honneur de résumer devant elle les différentes applications chirurgicales que j'ai réalisées ou qui ont été réalisées par d'autres, en conformité des principes physiologiques exposés dans la première partie de ce travail; et j'indiquerai les règles à l'aide desquelles il sera toujours possible de bénéficier du caractère d'innocuité de la méthode.

Géographie zoologique.

M. Serres lit, au nom de M. Pucheran, une note sur les habitudes de plusieurs espèces animales (notamment de la famille des lemuridées) qui confirment cette proposition, antérieurement émise par l'auteur, à savoir que le caractère faunique de Madagascar consiste dans la tendance des espèces au noctambulisme.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Nous avons reçu de notre ami M. le docteur Foucart une lettre que le défaut d'espace nous force à renvoyer au prochain numéro.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 15. 3me ANNÉE. Samedi 3 Février 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE, OU PLUTOT DES ÉTATS PATHOLOGIQUES QUI LUI SONT PROPRES,

par M. le professeur PIORRY.

(*Lu à l'Académie de médecine, séance du* 30 *janvier* 1855.)

Plusieurs malades atteints de *variole simple* ou *compliquée* se sont présentés depuis quelques mois dans les salles de la clinique. Je me suis principalement occupé, et cela depuis longtemps, du traitement applicable aux divers états organopathiques qui se développent pendant la durée de cette affection ; les faits pratiques qui s'y rapportent m'ont conduit à la publication de ce mémoire.

Le traitement de la variole, tel qu'il est généralement compris, repose sur l'idée générale et doctrinale de l'unité des maladies, et, en effet, il n'est pas d'affection qui, plus que la petite vérole, présente l'ensemble des circonstances que l'on rattache au tableau d'*une maladie*. *La cause* est ici un virus; *ses effets* sont connus; ils procèdent suivant *une certaine marche*, ont *un cours* et *une durée déterminés*. Pour les cas les plus aigus et les plus communs, on peut en quelque sorte prévoir quels seront *le temps, le mode d'apparition, l'époque de la terminaison* des phénomènes. Dans la variole, *les doctrines sur la nature médicatrice* semblent être appuyées sur des faits, et il est facile de soutenir que, sous l'influence d'efforts médicateurs et salutaires, *la cause morbide est rejetée au dehors en laissant ainsi l'organisme reprendre son état normal.*.

Et cependant les auteurs, les praticiens se sont bien donné de garde de voir dans la variole *une maladie toujours la même:* ils ont reconnu, en effet, que souvent il s'agit d'une simple indisposition à symptômes à peine marqués, dans laquelle un très-petit nombre de pustules se déclarent (sans que l'on voie survenir le moindre état pathologique interne de quelque importance), tandis qu'ailleurs, et dans des affections de même nature, surviennent du côté des voies de l'air, du pharynx, du centre céphalo-rachidien les accidents les plus terribles. Entre ces extrêmes, on a cru devoir établir *des espèces morbides dont la variole est le genre,* et on a donné à ces espèces les noms de *Vaccine, Varicelle, Varioloïde, Variole discrète, Variole confluente, Variole noire, Variole compliquée*, sans compter *les formes inflammatoires, bilieuses, malignes, etc., etc.* Ainsi la plupart des pathologistes, inconséquents *avec leur doctrine unitaire*, ont fait *des maladies nombreuses de leur maladie variole, réputée simple*. Ils ont fondé les caractères de ces espèces morbides sur des collections de phénomènes anatomo-pathologiques ; abordent-ils le traitement, ils reviennent, au contraire, *à l'idée de maladie unitaire* qui a été leur point de départ. Ils soumettent même *à un remède spécial* les cas les plus complexes et les plus divers, et essayant successivement de plusieurs médicaments, faisant à tort et à travers de la statistique, ils arriveraient à cette conclusion : qu'il y a peu de chose à faire contre la variole en général, et que les résultats de médications dissemblables dirigées contre cette cruelle affection sont *à peu près* les mêmes.

En somme, on peut dire que l'on étudie la petite vérole, mais que l'on combat à peine les accidents qu'elle cause. Contre l'éruption, la vaccine ne fait rien ; on n'oppose aucun moyen à la varicelle; la varioloïde est abandonnée à elle-même; la petite vérole discrète semble pour la plupart ne pas mériter de traitement; malheureusement, on ne peut rien contre la variole confluente. Il est inutile de faire quelque chose contre les pustules noires, puisqu'elles sont presque toujours suivies de la mort; on fait à plaisir des tableaux sur les apparences que donnent au mal les formes inflammatoires, bilieuses, adynamiques ou ataxiques; mais on se garde d'établir, pour de semblables circonstances, un traitement spécial que l'on puisse opposer contre tel cas de variole. En somme, on ne songe guère à remédier à autre chose qu'à des complications organiques, accidentelles, et qui font ranger certains cas dans une catégorie spéciale dite variole compliquée. Or, faire un traitement en rapport avec les diverses complications, c'est, en définitive, se conformer en partie aux principes de la doctrine organo-pathologique; mais c'est, suivant nous, le faire d'une façon insuffisante, car il n'est pas d'état réputé simple qui n'exige un traitement en rapport avec des éléments complexes d'indications.

Appliquons des idées générales au traitement de la variole, et pour le faire convenablement, analysons les états pathologiques dont elle se compose, et voyons ce que l'on peut faire pour chacun d'eux.

Virus de la variole ou *variose*. — 1° Il existe un virus spécial de la petite vérole, nous l'appelons *variose* (de *vario, idée de variole*, et de *iose, idée de virus, de miasme, etc.*). Est-il possible de détruire, de décomposer ce virus, cet *iose*, comme on voudra l'appeler? La chimie ne sait pas le reconnaître et n'indique pas de moyens qui puissent, sans léser nos tissus, le rendre inoffensif; le microscope ne l'a pas fait voir et n'y a trouvé ni entozoaires, ni plantes parasites; la clinique n'a pas pu faire saisir de caractère extérieur propre à distinguer le pus ou la sérosité variolique du pus ou du cérum d'un abcès; jusqu'à présent, elle n'a pas indiqué, plus que la chimie, les substances qui, sans nuire au malade, pourraient annihiler le virus de la vaccine (expériences de M. Bousquet) ou de la variole. Il n'y a donc pas ici de

spécifique connu ou même soupçonné; donc contre la variole proprement dite, contre le mal produit par le variose, il n'y a pas de médication spéciale à faire. Pour combattre ce virus, on ne voit qu'un seul traitement proposable, et qui du reste a été recommandé par Sydenham et par les praticiens les plus renommés de tous les temps. Il consiste dans l'emploi des boissons aqueuses abondantes et dans tous les moyens de faire passer, en un court espace de temps, une grande proportion d'eau dans la circulation. C'est là en effet la seule médication proposable dans la plupart des *toxémies* (altération du sang par les poisons), alors que l'on ne connaît pas d'agents propres à détruire la substance délétère qui cause le mal; rappelons même, relativement à ce virus variolique, qu'en l'étendant de lait avant son inoculation, on a récemment observé que ses effets étaient tellement amoindris, qu'il produisait alors une éruption analogue à celle de la vaccine et non pas une véritable petite vérole, ce qui prouve que l'addition d'un liquide innocent au variose est un bon moyen d'en rendre les effets moins délétères.

Variosémie.— 2° La *variosémie* ou l'altération du sang par le *variose*, le virus variolique, est le premier effet que produit le poison dont il s'agit. Les symptômes qu'il produit et qui précèdent l'éruption ressemblent infiniment à ceux de l'hémite ou fièvre inflammatoire; seulement comme je l'avais reconnu en 1834, et, comme l'a vu depuis M. Andral, le sang, quand il s'agit de fièvres éruptives simples et de la variole en particulier, n'est point couenneux. Or, que faut-il faire pour remédier à cette altération du sang, à ces accidents qui précèdent l'éruption et qui présentent ceci de spécial qu'il survient des phénomènes de gastropathie et des vomissements, ainsi que des douleurs dont on accuse vaguement la région lombaire, et dans quelques cas ces douleurs m'ont paru avoir eu leur siége dans la moelle ellemême; car si l'on percutait directement et sans la médiation du plessimètre les épines vertébrales aux lombes, le malade se plaignait d'éprouver une souffrance que la même manœuvre ne produisait pas ailleurs. Les indications qui se présentent ici sont les mêmes que celles dont il a été parlé à l'occasion du variose, c'est-à-dire que l'emploi des boissons aqueuses qu'il faut autant que possible rendre agréables, telles par exemple que la décoction de pommes de rainettes sucrée, que l'infusion légère d'écorce d'oranges ou la décoction de vanille édulcorée avec un sirop, est à peu près le seul moyen à employer, à moins toutefois que l'intensité des accidents, dits inflammatoires, et surtout que des congestions encéphaliques ou pulmonaires, ne forcent à avoir recours à des saignées qui du reste n'empêchent en rien la variole de suivre son cours ordinaire; bien entendu que toutes les mesures générales de salubrité doivent ici être prescrites, et que l'aération, la propreté, un régime approprié à l'état actuel du malade, dans ces cas comme dans tous les autres, sont d'une extrême importance, et ne doivent jamais être négligés. Ces considérations relatives au variose et à son premier effet appréciable, la variosémie, sont vraies, quelle que soit d'ailleurs l'espèce de variole admise par les auteurs, et bien qu'il s'agisse de varicelle, de varioloïde ou de variole confluente; tant il est vrai que ces dernières distinctions ne sont pas pratiques, et qu'elles ne reposent que sur des considérations vagues servant de fondement à des divisions purement arbitraires.

Variodermite. — Le premier effet de la variosémie est une phlegmasie spéciale de la peau ou variodermite; celle-ci a pour caractère une petite tumeur arrondie, déprimée ou ombiliquée au centre de sa surface qui est aplatie. Son pourtour présente de la rougeur. Cette affection cutanée ne suit pas toujours la progression régulière et à époques fixes qu'on lui a attribuée. Commençant par une tache rouge et saillante, elle parvient en trois, quatre, cinq, six jours et même davantage, à l'état dont il vient d'être parlé, et après lequel une suppuration véritable succède à la formation de sérosité; et cette suppuration qui détruit les cloisons que contenait le bouton est suivie de la formation de croûtes qui sont constituées par des pyolithes ou concrétions de pus.

Divers moyens ont été proposés *pour faire avorter cette éruption* qui peut être constituée par des pustules rares et très-espacées, très-distinctes les unes des autres, ou par une multitude de tumeurs semblables à celles qui viennent d'être décrites et qui se touchent et se confondent par leurs bords contigus (confluence, petite vérole confluente).

Le moyen préventif par excellence, celui sur lequel il n'entre pas dans notre plan de parler ici longuement, la vaccine, peut-elle devenir un agent capable de faire avorter les pustules? On a fait beaucoup d'essais de ce genre; c'est ainsi que l'on a vacciné des gens qui en étaient encore à l'état *variosémie*, ou du moins à l'état initial de *la variodermite*, et celle-ci n'en a pas moins continué à suivre son cours ordinaire. Quand dans ces cas le virus vaccin produisait la pustule qui lui est propre, celle-ci ne commençait à paraître comme un point rouge que vers le quatrième ou le cinquième jour de l'inoculation, et à cette époque il était impossible quelle modifiât d'une façon quelconque la variodermite.

La vaccine ne peut être considérée comme un moyen abortif de l'éruption variolique.

Alibert avait pensé et cru observer que pour qu'une pustule variolique se développât, il fallait de l'air et de la lumière; je l'avais entendu dans de spirituelles leçons comparer, sous ce rapport, cette pustule aux bourgeons des plantes. Vers 1830 ou 1832 un de mes bons élèves et actuellement mon ami, M. le docteur Chanu de Dijon, fut atteint d'une variole dont l'extrême confluence se prononçait particulièrement à la face et compromettait infiniment la vie; je me rappelai l'ingénieuse idée d'Alibert; je préparai avec soin un emplâtre très-agglutinatif de diachylum étendu sur un linge très-mince et très-souple. Je recouvris avec cet appareil toutes les parties de la face, et la suite fit nettement voir que partout où l'emplâtre avait été adhérent, l'éruption ne s'était pas développée, tandis que sur les autres points la variodermite avait suivi normalement son cours. De semblables expériences furent réitérées en grand nombre lors du premier concours pour la clinique interne à l'hôpital de la Pitié, et les résultats furent les mêmes. Je continuai à prescrire ce moyen; quelques années plus tard, M. Gariel, mon ancien élève, et qui alors faisait le service chez M. Serres, fit avec cet honorable collègue une série de recherches, desquelles il résultait que dans des cas de petite vérole à l'état initial, l'application d'emplâtre de Vigo *cum mercurio* prévient le développement de la variodermite. Plus tard M. le docteur Briquet reprit ces faits et observa les mêmes résultats. On crut même voir que l'onguent mercuriel seul, en frictions ou en onctions sur la face, épargne aux malades tous les accidents qui suivent l'apparition des pustules commençantes. Or, d'après d'innombrables expériences comparatives, auxquelles je me suis livré et dans lesquelles on appliquait, soit sur un côté de la face, soit sur un membre, soit sur la main, de l'emplâtre diachylum très-agglutinatif, tandis que de l'autre on plaçait de l'emplâtre de Vigo, les résultats abortifs étaient exactement les mêmes à droite et à gauche. Seulement l'emplâtre de Vigo est plus adhérent et plus fixe, se dérange moins, est moins facilement détaché par la transpiration cutanée, et, dans ce sens, présente de l'avantage. Ce n'est pas le mercure incorporé dans la résine qui le retient, ou dans la graisse, qui agit, mais bien l'absence du contact de l'air, de la lumière, et des corps qui peuvent venir exciter la peau malade.

Depuis plusieurs années, voyant que trop souvent les emplâtres se détachent et que l'effet produit était insuffisant, je me suis borné à faire étendre sur la peau une couche aussi épaisse que possible de graisse très-consistante, telle que la préparation suivante :

Axonge de veau.	10	grammes.
Moelle de bœuf purifiée.	10	gr.
Beurre de cacao.	10	gr.
Total.	30	gr.

Pour augmenter la consistance de cette mixture, j'y fais souvent ajouter une proportion notable de fécule, j'ai même cru de-

voir substituer à celle-ci du charbon porphyrisé et cela pour absorber la lumière; mais les effets ont été à peu près les mêmes que lorsqu'il s'agissait de la graisse simple.

Ces divers procédés ont pour résultat d'arrêter, dans leur marche progressive, les boutons varioliques, de telle sorte que si ces applications sont faites au deuxième jour, il arrive qu'au moment où l'on enlève soit l'emplâtre, soit la graisse, cinq à six jours après, la variodermite est encore dans l'état où elle était alors que ce pansement avait été fait et que son développement ultérieur n'avait pas eu lieu.

Dès les premiers temps de la découverte du collodium, j'ai cherché à remplacer par ce médicament et les emplâtres et les corps gras. Il réussit aussi bien et pas mieux que les moyens précédents; mais il forme une plaque consistante si dure et qui se prête si peu aux mouvements de la face, qu'il est pénible à supporter et qu'il a fallu ne plus m'en servir.

Tels sont les divers procédés que l'on peut employer avec avantage pour prévenir le développement de la variodermite, mais pour qu'ils réussissent, il faut porter l'attention et la persévérance les plus grandes dans l'application des corps dont on a fait choix; si les emplâtres se détachent, si les graisses cessent pendant un certain temps d'être en couches épaisses et compactes, l'effet que l'on voulait produire demeure incomplet ou nul. — M. le docteur Serres, dont le nom se rattache toujours à des travaux importants, se fondant sans doute sur l'efficacité du traitement de la diphtérite par l'azotate d'argent, a pensé que l'on pouvait déterminer par des cautérisations légères, et dès le début de leur apparition, l'avortement des pustules varioliques. Tantôt il se bornait à des lotions pratiquées avec une dissolution de pierre infernale, et tantôt il se servait du crayon pour cautériser un à un chaque bouton. J'ai fait des tentatives de ce genre fort nombreuses. J'ai ouvert et fait même saigner avant de la cautériser chaque pustule, et j'ai mal réussi; peut-être est-ce que je m'y prenais mal, car on verra bientôt que, pour la variopharyngite, en m'y prenant autrement, j'ai obtenu de la même médication d'utiles résultats.

Il est deux parties de la face où il faut absolument chercher à détruire, par une semblable cautérisation fréquemment renouvelée, les pustules initiales; l'une est la région de l'œil et des paupières, l'autre est le pourtour et la face interne des narines. Il faut, en vérité, avoir presque oublié toute notion de physiologie applicable pour ne pas avoir reconnu l'importance, dans toute maladie, de la double ouverture nasale; quand cette ouverture est incomplète, et surtout quand elle est bouchée, la respiration devient difficile, le malade est forcé de tenir la bouche béante, les enduits de la langue s'épaississent et se putréfient, des émanations septiques en résultent, et l'on conçoit même qu'absorbées dans les poumons, ces émanations peuvent avoir sur la marche du mal une funeste influence. Quoi qu'il en soit, la respiration doit éprouver une gêne marquée de l'oblitération de l'un des deux orifices de l'arbre aérien, et il est du devoir du médecin de veiller avec soin à les maintenir parfaitement libres.

Puisque l'on peut faire avorter les pustules varioliques, est-il convenable de le faire? Cette question est grave, et sa solution est d'une extrême importance. Les médecins et le public ont longtemps pensé que la *variodermite* était une sorte de crise par laquelle le *variose* était rejeté au dehors. De là les absurdes recommandations, dont Sydenham a fait justice, de tenir les variolés dans un milieu dont la température fût très-élevée. Mais n'y aurait-il pas quelque danger à empêcher le développement de la variodermite? On sait que des moyens répercussifs ont été employés contre l'éruption rubéoleuse (*rubiodermite*), ou scarlatineuse (*scarliodermite*), sans qu'il en soit résulté d'accidents; mais en serait-il ainsi pour la variodermite? Ce serait là au moins un objet de doutes; nous le dirons bientôt, le principal danger de la variole est, à coup sûr, la laryngo-bronchite, et même la pharyngite, qui en sont les symptômes spéciaux. N'est-il pas présumable qu'en mettant obstacle à la variodermite, il se déclare vers le pharynx ou le larynx un plus grand nombre de pustules? Cette crainte est peut-être mal fondée, et je n'aurais à citer pour la justifier que quelques faits incomplets et tout à fait insuffisants pour appuyer ou pour infirmer les appréhensions que l'on pourrait avoir à cet égard; mais enfin, il semble, dans l'état actuel de la science, que l'on doit redouter de faire avorter dans une très-grande étendue, les pustules varioliques.

Mais il n'en est plus ainsi, alors qu'il s'agit d'une partie peu étendue de la surface cutanée, de la face par exemple, je crois donc qu'il est de règle pratique de s'opposer autant que possible à la variodermite de cette dernière partie, et cela au moyen de l'application des corps gras dont il a été parlé. Si l'on conservait quelque inquiétude sur l'aggravation possible de l'éruption pharyngo-laryngienne, consécutivement à la suppression de la variodermite faciale, on pourrait, à l'imitation d'une ancienne pratique, faire appliquer de larges vésicatoires sur diverses parties du corps, attendu que sous l'influence de la moindre stimulation de tel ou tel point de la peau, les pustules deviennent infiniment plus nombreuses. Dans un cas de variole très-discrète, par exemple, j'ai vu une multitude de pustules représenter la marque des bretelles que le malade avait portées.

Dans les premiers temps de la variodermite, et alors que le tégument est extrêmement enflammé, dans les cas encore où le malade souffre beaucoup, il y a de l'avantage à le placer, pendant un temps plus ou moins long dans un bain tiède, ou, s'il est difficile de le plonger dans une baignoire, on peut recouvrir un très-grand nombre de points de la peau par des compresses fines, trempées dans l'eau tiède, et recouvertes de taffetas gommé, à l'effet d'en prévenir le desséchement. Bien entendu que s'il existait une phlegmasie des bronches ou du larynx, il faudrait être très-réservé dans l'emploi des bains et même des fomentations émollientes, qui ont l'inconvénient d'exposer le malade au refroidissement.

Quand la variodermite suit son cours habituel, il arrive que de nouveaux états organopathiques se déclarent dans la peau. Tantôt et vers le quatrième, le cinquième, le sixième, le huitième, le dixième jour (car la fixité absolue des périodes admises par les auteurs est plutôt écrite dans les livres que dans la nature), il arrive que du pus se forme dans les boutons, qui augmentent peu à peu de volume; que les cloisons qui séparaient les vacuoles de chacun d'eux sont déchirées, et qu'un liquide puriforme, abondant, soulève l'épiderme, détruit l'ombilication et donne lieu à une saillie remarquable de la petite tumeur. Alors le pourtour de chaque pustule est d'un rouge vif et une douleur intense s'y fait sentir, le tissu cellulaire sous-jacent se tuméfie et s'enflamme. De tels phénomènes ont particulièrement lieu dans la variole discrète des auteurs, car, alors que les pustules se touchent, elles forment une sorte de membrane dure et inextensible qui ne se prête pas à une tuméfaction considérable du tissu sous-dermique. Sydenham avait considéré le gonflement des mains et des pieds survenant dans la petite vérole comme un bon signe, et il avait raison en ceci, que c'est dans les variolés les moins graves, dans celles où il y a le moins de pustules, qu'on observe un pareil gonflement. Or, j'ai placé l'épigraphe suivante en tête de l'article Dermite varioleuse du premier traité des altérations du sang : « *Chaque pustule de la petite vérole doit être considérée comme un abcès et traitée comme telle.* » Cette proposition est principalement applicable aux cas dont il vient d'être parlé. Quand une petite tumeur varioleuse ou *variocélie* est pleine de pus, il faut évacuer celui-ci, et par conséquent ouvrir la pustule. On y trouve les avantages que voici: d'abord, on calme la douleur des parties sous-jacentes et l'on remédie à la tuméfaction du tissu cellulaire sous-jacent. Il est facile de prouver l'exactitude de cette assertion; car si comme je l'ai fait maintes fois, on ouvre les pustules d'une main ou d'un membre, tandis qu'on laisse intactes les variocélies de l'autre main ou de l'autre membre, on voit, 24 heures après, que l'inflammation et la tuméfaction du côté où l'incision des pustules a été faite, sont entièrement dissipées,

andis qu'elles sont restées les mêmes du côté où le pus n'a pas été évacué.

Pour l'ouverture des pustules pleines de pus, divers procédés ont été employés. Dehaen, qui avait proposé cette petite opération pour prévenir la formation des cicatrices, y procédait avec des ciseaux; l'inconvénient est ici le temps considérable qu'il fallait passer pour cette opération, le dégoût extrême qui résulte de cette pratique, et enfin le danger dont elle est accompagnée pour celui qui s'y livre. J'ai proposé de *ramollir l'épiderme qui recouvre les pustules au moyen d'un bain prolongé*, et de passer sur elles un linge rude qui en opère facilement la rupture. Quand les petits abcès sont parvenus à leur maturité, ce moyen ne cause pas de souffrance; son emploi au contraire serait très-douloureux si on voulait y avoir trop tôt recours. Le bain a du reste le très-grand avantage d'entraîner le pus qui découle des pustules, et en nettoyant la peau de prévenir les inconvénients nombreux qui résultent de la formation des croûtes.

Lorsque les pustules très-nombreuses se touchent et se confondent par leur circonférence (confluence), le pus ne se forme pas; une sérosité trouble le remplace; les pustules forment en se réunissant une vaste surface inégale, recouverte par un épiderme épais. On ne peut songer alors à l'ouverture des pustules, car on n'évacuerait que des gouttelettes insignifiantes de liquides, et l'on ne remédierait en rien à la tension de la peau. *Le seul moyen qui réussit alors est l'application d'un large vésicatoire sur la partie affectée*. J'y ai été conduit par les résultats utiles que j'ai obtenus de l'emploi d'un semblable moyen dans l'érysipèle, ou dermite périasique de la face. Le but que l'on se propose de l'application des épispastiques dans la variole n'est pas d'arrêter l'extension du mal, mais de provoquer une exhalation abondante de sérosité qui soulève l'épiderme et favorise de cette façon l'évacuation des liquides que contiennent les pustules.

Il n'est pas aussi facile qu'on le croirait d'abord d'obtenir du vésicatoire l'effet que l'on désire. Les cantharides pénètrent avec peine à travers l'épiderme qui recouvre les boutons, et pour que l'emplâtre épispastique agisse il faut qu'il soit très-mou. Dans quelques cas même, il a fallu avoir recours à une solution cantharidine, qui elle-même ne produisait pas toujours assez d'action, parce qu'elle n'imbibait pas les croûtes qui commençaient déjà à recouvrir les boutons qui se desséchaient.

Quel que soit le procédé dont on se soit servi pour enlever l'épiderme et évacuer le pus ou la sérosité, il convient de soigner les petites ulcérations ou la surface dénudée qui succède aux pustules, précisément comme on panserait toute autre plaie; c'est-à-dire qu'il faut prévenir le contact de l'air, enlever le pus à mesure qu'il se forme et prévenir la formation des pyolithes (croûtes de pus), qui ne manqueraient pas de se former. Ce sont ces pyolithes qui constituent l'horrible masque dont la face reste fréquemment si longtemps couverte, et que l'on a le très-grand tort de négliger. Tout au plus le recouvre-t-on d'une couche d'huile qui, en se desséchant, le rend encore moins flexible et moins pénétrable au pus sous-jacent; alors celui-ci se forme une sorte de loge dans le derme et augmente la profondeur des ulcérations, qui sont bientôt suivies de cicatrices profondes. Pour prévenir la formation de ce masque hideux il faut tout simplement se rappeler que le pus est formé de matériaux solubles dans l'eau, les graisses et les alcalis, et qu'il suffit, par conséquent, d'imbiber longtemps les croûtes varioliques d'une eau très-savonneuse pour les humecter et les enlever. Quelquefois il faut plus de deux heures de ce soin pour les ramollir et les détacher, et la peine que l'on prend pour y parvenir empêche trop souvent que l'on remédie à ce grave état pathologique, qui est pour le malade une cause de malaise indicible, qui gêne les mouvements, cause l'oblitération des narines, force le variolé à ouvrir continuellement la bouche, d'où résulte le dessèchement de la langue et du palais, et qui cause souvent des abcès sous-cutanés dont il sera bientôt parlé.

Non-seulement dans la variole il faut dissoudre et enlever le masque pyolithique de la face, mais on doit, après la cicatrisation des pustules, faire tomber les croûtes de *tout le corps*, au moyen de bains tièdes prolongés et réitérés. Non-seulement cette pratique est utile pour le malade lui-même, mais elle constitue une précaution tout à fait humanitaire.

Les croûtes sont formées par du pus et du variose desséchés; elles sont susceptibles de communiquer la variole; en les laissant se détacher peu à peu pendant plusieurs jours et même durant plusieurs semaines, on expose une infinité de personnes à être soumises à leur funeste influence; ce serait donc une imprudence coupable que de ne pas les faire tomber par des bains, et comme c'en est une aussi pour un médecin que de ne pas se laver soigneusement les mains dans une eau savonneuse alors que venant de toucher un variolé il est exposé à explorer ensuite d'autres malades.

Pyocélies consécutives ou abcès consécutifs. — Consécutivement à la variodermite, et cela, soit avant, soit même après la chute des pyolithes, on voit parfois se former des abcès sous-cutanés. Ils me paraissent dus à la perforation de la couche la plus profonde du derme alors que du pus est accumulé dans les pustules, et à la pénétration de celui-ci dans le tissu cellulaire qui double la peau. Je me fonde dans cette opinion : 1° sur l'examen de quelques pièces anatomiques, sur ce que l'on voit, dès le début, les taches rouges propres à la variodermite, exister fréquemment dans les parties les plus internes du derme; 2° sur l'analogie qui existe d'une part entre la perforation du péritoine à la suite de la lésion des plaques de Peyer (iléo-spilosie), et de l'autre les accidents qui précèdent et accompagnent les pustules varioliques.

Quoi qu'il en soit, et quand bien même ces abcès seraient dus à des angioleucites, à des phlébites, à l'extension par contiguïté de la phlegmasie, toujours est-il qu'ils doivent être traités comme tout autre abcès. En général il convient donc de les ouvrir largement, et, si un décollement a lieu à l'entour et persiste, il convient d'injecter dans le foyer de la teinture d'iode étendue d'un tiers d'eau, ou, dans le cas où ces moyens ne réussiraient pas, d'exciser le tégument aminci qui recouvre la cavité où le pus se forme et s'accumule.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Note sur le Cancérule

Par le Dr E. Alix.

Lu à la Société des Sciences médicales de Paris, dans sa séance du 26 *janvier* 1855 (présidence de M. Archambault).

Messieurs, dans le travail que je viens soumettre à votre appréciation, j'essaye de donner une nouvelle description du cancer qui puisse embrasser toutes les variétés de forme et d'aspect offertes par cette maladie, et fournir des caractères à l'aide desquels on puisse toujours la reconnaître d'une manière certaine.

Un des motifs qui me font croire que je suis dans la véritable voie, c'est que je ne suis pas obligé d'abandonner les idées des anciens : bien au contraire, mes recherches sont une confirmation de celles des premiers observateurs, et je suis amené à conserver les termes qu'ils ont créés, non point pour sacrifier à l'habitude, mais parce qu'ils me paraissent les plus propres à désigner l'objet dont je veux parler.

Cancer veut dire crabe; une tumeur cancéreuse offre, en effet, ce caractère d'envoyer de tous côtés des ramifications semblables aux pattes d'un crabe.

Cette forme n'est pas seulement celle de la masse, elle appartient aussi aux parties qui la composent.

Je considère un cancer comme composé de petits corps dont la forme est aussi celle d'un crabe et que je désigne sous le nom de cancérules.

Un cancérule est formé d'une masse centrale, à partir de laquelle rayonnent des prolongements filiformes. La masse cen

trale globuleuse, dont le diamètre dépasse rarement un millimètre, est composée d'une enveloppe fibreuse enfermant une cavité où se trouve contenu un liquide au milieu duquel nagent des cellules et des granules. Les rayons sont formés des mêmes fibres que la masse centrrale.

Des cancérules voisins sont unis les uns aux autres par leurs rayons de manière à former un réseau plus ou moins serré. Les agglomérations de cancérules constituent des agrégats comparables à de certains corps placés très-bas dans la série animale, tels que les éponges. Suivant la manière dont les cancérules se groupent, ces agrégats représentent des lames, des cordons, des plaques, des noyaux, des masses ou tumeurs plus ou moins volumineuses, offrant toujours le caractère d'avoir une surface inégale (ce qui n'est qu'une conséquence naturelle du mode de groupement).

Tout noyau cancéreux (ou toute tumeur cancéreuse) est formé de cancérules plus nombreux et plus serrés vers son centre, moins nombreux et moins serrés vers sa périphérie. Ceux de la périphérie sont reliés par leurs rayons à des cancérules qui ne font plus partie de la tumeur, et qui, par la forme qu'ils affectent dans leur agrégation, peuvent représenter des rayons étendus à partir de la tumeur centrale. — Il en résulte que la forme générale des agrégats de cancérules tend à reproduire celle des cancérules eux-mêmes, et se rapproche de celle du crabe, qui lui a mérité son nom. — J'arrive ainsi à modifier la définition des anciens, et, au lieu de dire : Le cancer est une tumeur envoyant des prolongements de tous côtés, je dirai : Le cancer est une tumeur formée de petits corps ayant la forme du crabe et dont l esagrégats reproduisent habituellement cette forme. — La dénomination donnée par les anciens est donc bonne. Elle aurait pu être regardée comme fausse, après un examen superficiel, elle est confirmée par une analyse approfondie. Seulement, il est besoin de l'interpréter; car, si elle ne s'applique pas exactement aux lames et aux cordons, si elle ne désigne bien que les noyaux rayonnants, elle s'applique parfaitement au cancérule, c'est-à-dire à l'élément même du cancer. — Les anciens connaissaien donc le cancer, et l'on conçoit qu'à leur exemple des praticiens exercés puissent facilement le reconnaître sans employer les moyens perfectionnés d'investigation que nous devons à l'art moderne.

Je ne puis chercher à expliquer comment un premier cancérule apparaît sur un point quelconque du corps. Mais, lorsqu'il existe déjà un cancérule ou plusieurs reliés entre eux, il peut en naître de nouveaux de la manière suivante :

« Dans l'épaisseur d'un rayon se forme une petite vacuole; cette vacuole et son enveloppe constituent un nouveau cancérule : de toute sa périphérie partent de nouveaux rayons capables à leur tour de subir la même transformation. » Je dois faire observer que, dans ce mode de production, le contenant précède le contenu; l'enveloppe fibreuse est antérieure au contenu liquide, où nagent les cellules et les granules; la fibre est antérieure à la cellule. Quels que soient le rôle et l'importance des cellules et des granules, soit par rapport aux différentes phases par où passera la tumeur, soit par rapport au mode de propagation du cancer, il n'en est pas moins vrai que les fibres ont aussi une très-grande importance : ce sont elles qui s'allongent, qui s'avancent; c'est par elles que le cancer s'étend de proche en proche et pénètre.

Le cancérule, comme tout corps vivant, offre trois phases dans son existence : il naît, il existe et se reproduit; il meurt. Nous venons d'exposer les deux premières phases. Sa disparition peut avoir lieu de deux manières :

1° Le contenu augmente en quantité l'enveloppe, se distend, crève et le laisse échapper; 2° le cancérule entier est frappé de mort par une véritable gangrène.

Les cancérules peuvent différer entre eux par les proportions relatives de leur enveloppe et de leur cavité. Plus l'enveloppe est riche en fibres, plus la masse de l'aggrégat est dure et rénitente; moins au contraire l'enveloppe est riche en fibres, plus la cavité et son contenu l'emportent, plus alors la masse de l'aggrégat est molle et fluctuante. D'un autre côté, plus l'enveloppe du cancérule est résistante, moins la tumeur a de tendance à l'ulcération; et, au contraire, plus l'enveloppe du cancérule est faible, plus cette enveloppe a de tendance à s'ouvrir, à laisser échapper son contenu, plus par conséquent la tumeur a de tendance à l'ulcération.

On explique ainsi, par la seule évolution des cancérules, soit la formation de cavités séreuses ou pérulentes dans l'intérieur des tumeurs profondes, soit la formation de plaies ouvertes à l'extérieur, et certaines circonstances, comme l'aspect et l'odeur particulière de ces plaies s'expliquent par la mortification et la décomposition des cancérules et leur contenu.

Comme vous voyez, Messieurs, tout s'enchaîne ici, et les diverses propositions ne sont que des séries de conséquences. — Si l'on nous demande quels sont les tissus où se développe le cancer, n'est-il pas évident que le cancérule peut se rencontrer dans tous les organes? Indépendant des différents tissus, il les pénètre d'autant plus facilement que ceux-ci ont une contexture moins serrée; il s'y développe et s'y propage d'autant plus facilement qu'il y trouve une nourriture plus abondante. — La forme, l'évolution du cancer, sa marche, sa terminaison, s'expliquent par ce que nous avons dit sur la constitution des cancérules et sur leurs agrégations. Tout à l'heure, j'expliquais l'ulcération, l'aspect et l'odeur des plaies : les récidives ne sont pas moins faciles à expliquer. Lorsqu'on opère un cancer, il ne suffit pas d'enlever la tumeur principale, il faut encore enlever tous les cancérules qui peuvent exister dans la même région. Il ne faut en laisser ni dans la peau, ni dans le tissu cellulaire environnant. Un seul cancérule est suffisant pour amener une récidive; peut-être même suffit-il d'un seul de ses rayons. Quand la récidive n'a pas lieu, c'est qu'alors on avait tout enlevé. — Quand on veut étudier le cancer par l'examen à l'œil nu, il faut se souvenir que l'aspect des masses n'est qu'un caractère de second ordre; c'est le cancérule qu'il faut rechercher et examiner à fond. Dans cette étude, on doit rejeter la méthode des coupes et préférer l'énucléation. — Quand on veut étudier le cancer par la dissection microscopique, il ne faut pas prendre au hasard une portion quelconque de la tumeur, il faut choisir un cancérule afin d'examiner son enveloppe et son contenu; et là, il y a trois choses à considérer : 1° les fibres; 2° les cellules et les granules; 3° le liquide.

L'examen au microscope est l'achèvement de cette étude: mais pour qu'il ait toute sa valeur, il faut que l'on sache avec précision ce que l'on examine, et cela ne peut être fait tant que l'on ignore l'existence du cancérule. Un cancérule considéré à part peut être reconnu à ses propres caractères. Je le prends comme une sorte d'unité à laquelle je rapporte, soit le résultat de l'examen superficiel des grandes masses, soit le résultat de l'examen des éléments microscopiques.

En terminant cette exposition, je dois faire observer que je réserve le nom de cancer aux agrégats de cancérules. Je ne désigne pas sous ce nom la diathèse cancéreuse, c'est-à-dire la disposition d'un individu à être affecté de cancer dans un ou plusieurs points du corps; je repousse, par conséquent, cette expression vicieuse par laquelle on dit qu'un individu est affecté de *cancer local* ou de *cancer général*. Je refuse également de dire que j'ai trouvé du *cancer* dans une tumeur, lorsque j'ai vu sous le microscope des fibres et des cellules semblables à celles que m'offrent les cancérules; ces fibres et cellules doivent être désignées sous le nom d'éléments microscopiques du cancer. Enfin, par suite des mêmes principes, je repousse l'expression de tissu cancéreux, car un agrégat n'est pas un tissu.

En résumé, j'ai cru pouvoir tirer de cette étude les résultats suivants :

Donner un caractère qui permet de reconnaître le cancer par l'examen à l'œil nu ;

Faire connaître sa nature, et montrer que c'est un être parasite occupant un rang dans la série animale ;

Déterminer avec rigueur le sens du nom qu'il porte, et, en

rectifiant le langage, éviter la confusion qui, de nos jours, a pu rendre moins profitables plusieurs travaux dignes d'occuper un rang distingué dans la science.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 30 janvier 1855.

Présidence de M. Jobert.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur Carville, médecin de la maison centrale de Gaillon (Eure);

2° Demande d'exploitation d'une eau minérale située à Lyon;

3° Etude chimique et physique des eaux minérales et thermales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. J. Lefort, pharmacien à Paris;

4° M. Double fils fait hommage à l'Académie du buste de son père;

5° *Nouveau* traitement contre le choléra (solution de gomme arabique dans l'eau arabique dans l'eau de riz);

6° Série de rapports sur l'épidémie du choléra dans la Haute-Saône.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra et fièvre typhoïde.

Elle se compose de trois rapports : deux sur l'épidémiedu choléra, par MM. Fouquet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vannes, et Blanchard, médecin de l'arrondissement de Barcelonnette; et le troisième de M. Dusouil, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melle.

LECTURES.

Variole.

M. Piorry lit un mémoire sur la thérapeutique de la variole. Nous le publions ci-dessus.

Fistule vésico-vaginale, etc.

M. Reybard lit le résumé de plusieurs mémoires dont nous publierons ultérieurement une analyse.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

Le numéro du *Moniteur des hôpitaux* de ce matin contient une lettre de M. Harreaux, docteur en médecine à Grouville, dans laquelle je lis les phrases suivantes :

« *L'Agenda des médecins et des chirurgiens* pour 1855, contient, à la « page 124, un alinéa que je ne puis et ne dois point laisser passer sans rectification.

« A l'article intitulé : *Revue des travaux académiques*, il est dit qu'un « médecin a réclamé la priorité sur M. Borne, pour l'élève des sang- « sues, mais que les marais établis par ce médecin n'ont aucun succès.

« Assurément, mon honorable confrère, M. le docteur Foucart, l'au- « teur de cet article, n'est que l'écho d'un bruit dont je ne le rends pas « responsable; aussi je le mets hors de cause, et je ne m'attaque qu'à « ce bruit dont je tiens à démontrer la fausseté. »

Et à ce propos, M. Harreaux entre dans de longs détails sur les motifs qui lui ont fait abandonner la culture des sangsues.

Je n'ai point à discuter la valeur de ces motifs, qui même, je dois le dire, me paraissent très-plausibles; mais la lettre de mon honorable confrère semblerait faire croire que je mets quelque légèreté dans la rédaction de cette *Revue des Académies* et que je base mes assertions sur des ouï-dire, sur des bruits sans fondement. C'est là un reproche que je ne puis accepter. Je me permettrai de lui faire observer que, dans cette revue, il m'arrive bien rarement de formuler un jugement, de laisser apercevoir mes impressions personnelles. Je me borne à tracer un résumé aussi exact que possible des travaux adressés à l'Académie ou lus devant elle, et ce résumé je le fais d'après les documents authentiques, le compte rendu officiel, d'après le bulletin qu'elle publie elle-même.

Voici textuellement la phrase de ma revue à laquelle M. Harreaux a fait allusion :

« Un des médecins dont nous venons de parler a réclamé la priorité « sur M. Borne, et a prétendu lui avoir donné tous les procédés dont « il se servait depuis longtemps, ce qui constituait de la part de « M. Borne un plagiat manifeste; or, les marais établis par ce méde- « cin n'ont aucun succès, tandis que ceux de M. Borne sont en voie de « prospérité. »

Je n'ai, pour ma part, visité ni les marais de Clairefontaine, ni ceux de Grouville; je suis parfaitement désintéressé dans la question; mais cet alinéa, je l'ai rédigé d'après le rapport de M. Soubeiran, inséré au Bulletin, page 515, et dans le *Moniteur des Hôpitaux*, page 303. Voici ce que j'y lis :

« M. Harreaux est un homme fort instruit, au dire de la Société mé- « dicale d'Eure-et-Loir, et nous sommes heureux de pouvoir, cette « fois du moins, être de son avis. M. Borne est loin d'être savant, nous « dit la même société; M. Borne, lui-même ne dit pas le contraire. Or, « voyez le singulier résultat; le savant donne ses procédés à l'igno- « rant, et cela dans une seule séance, où ce dernier aura inévitable- « ment perdu une partie des conseils qu'il aura reçus, ce qui lui pré- « parera bien des déboires quand il en viendra à l'application. Pas du « tout, et c'est à dégoûter de jamais prendre part à une entreprise, « quand on a le malheur d'avoir appris quelque chose; *l'établissement* « *du savant est en décadence, celui de l'ignorant prospère...* » (Sic.).

Il me semble qu'après cela, si le bruit est faux dont je me suis fait l'écho dans ma *Revue académique*, c'était à l'Académie que M. Harreaux devait se plaindre et non à moi. Loin en effet d'avoir voulu faire des *insinuations* contre M. Harreaux, j'avais poussé la discrétion, et il aurait dû m'en savoir quelque gré, jusqu'à ne pas le désigner nominativement et à dire simplement : Un des médecins dont nous venons de parler.

On a fait appel à votre impartialité, Monsieur le rédacteur; j'ose également compter sur elle, en vous priant d'insérer cette réponse dans votre prochain numéro.

Votre dévoué et affectionné,

Paris, 30 janvier 1855. Dr A. Foucart.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Prix de l'Académie des Sciences.

Nous avons dû publier, en dehors du compte rendu de l'Académie, la liste des prix qu'elle a décernés, parce que nous avons jugé utile de faire précéder cette liste des réflexions, pleines de justesse, que le programme de l'Académie a suggérées à M. l'abbé Moigno, l'habile et infatigable rédacteur du *Cosmos*. Quoique les réflexions de notre confrère portent spécialement sur les prix de mathématiques, nous estimons qu'on pourrait les appliquer avec non moins de raison à tous les prix, et, qui plus est, à toutes les académies et sociétés savantes. Nous pensons seulement, et nous espérons que M. l'abbé Moigno se rendra à notre sentiment, qu'au lieu de chercher à perfectionner les programmes, on devrait tout simplement les supprimer, et récompenser tous les travaux dignes de récompense. Vouloir d'avance tracer des voies aux esprits investigateurs, quelquefois même au génie, c'est d'abord une prétention exorbitante; c'est s'exposer énormément à ce que le génie, qui aime à suivre ses propres inspirations, refuse de s'emprisonner dans les cercles qu'on veut lui imposer, et par suite à récompenser des œuvres de médiocrités dociles, en laissant de côté celles du génie indépendant. Donc, plus de programmes, et récompense pour tous les travaux remarquables produits dans chaque branche de la science, voilà comment les académies et les sociétés concourront le plus efficacement au progrès et se conformeront le mieux à l'esprit de leur temps. Voici les réflexions du *Cosmos :*

« La parole a d'abord été donnée à M. Élie de Beaumont, pour proclamer les prix des sciences mathématiques décernés, ou mieux pour annoncer, hélas! que l'Académie ne décernait cette année aucun prix. L'Académie a ouvert huit grands concours ; elle a rédigé huit programmes, et presque aucun concurrent ne s'est présenté. Les grands prix de mathématiques proposés pour 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853 et 1854 sont encore à donner; depuis huit ans, par conséquent, l'Académie n'a pu distribuer aucune de ses brillantes récompenses d'autrefois. Comment expliquer ce fait étrange et désolant? Les sciences mathématiques ne compteraient-elles plus d'adeptes glorieux; ne feraient-elles plus de progrès; n'aurions-nous vu paraître sur l'horizon aucun talent hors ligne, aucunes recherches brillantes, aucune découverte

mémorable? Non, heureusement non, et il nous serait facile d'énumérer un grand nombre de travaux très-dignes des grands prix de l'Académie des sciences, et publiés, dans ces dernières années, en France et à l'étranger. D'où viennent donc cette stérilité apparente, ces douloureuses négations? Que l'Académie des sciences nous permette de le lui dire encore une fois : elle n'a pas de prix à décerner, parce que ses sujets de prix sont *aussi mal choisis qu'il est possible*; parce que ses programmes sont rédigés sans aucun à-propos, sans aucun égard au cours actuel des idées, aux matières qui préoccupent et entraînent les esprits.

« Une Académie, quelque illustre et influente qu'elle soit, est impuissante à faire venir à l'ordre du jour telle ou telle grande question, à obtenir qu'on se passionne pour tel ou tel genre de recherches. Elle aura beau faire appel au génie, faire briller à ses yeux des récompenses éclatantes, le génie restera sourd si l'on ne touche pas la corde qui le passionne en ce moment. Persister dans la voie qu'elle suit depuis trop longtemps, ce serait, de la part de l'Académie, manifester la volonté arrêtée de ne plus donner de prix, de garder ses trésors, d'assombrir ses séances publiques; tandis que, si ces commissions, interrogeant mieux la direction ou les tendances des esprits, donnaient à leurs programmes de l'actualité, elle verrait les concurrents venir en foule se disputer ses faveurs. »

Voici maintenant la liste des prix décernés dans les spécialités qui nous concernent. Nos lecteurs verront avec plaisir parmi les lauréats plusieurs de nos collaborateurs :

1° *Prix de physiologie expérimentale de* 1853, décerné à M. le docteur Davaine pour ses recherches sur la génération des huîtres, travail fondé non-seulement sur des expériences délicates, mais sur des observations attentives, patientes et surtout faites en temps opportun, qui ont conduit l'auteur à plusieurs découvertes curieuses et incontestables. Contrairement aux assertions de plusieurs zoologistes éminents et à l'opinion actuellement admise presque universellement, en dépit de l'existence isolée, chez les huîtres, de zoospermes et d'ovules, M. Davaine proclame et démontre sans réplique possible l'hermaphrodisme de ces mollusques et la nécessité de revenir à l'ancienne croyance populaire, partagée toutefois par plus d'un naturaliste distingué. C'est particulièrement à cette démonstration que la commission accorde le prix. Le mémoire de M. Davaine renferme encore sur le développement de l'œuf et de l'embryon des huîtres plusieurs autres observations nouvelles d'un haut intérêt; s'il contient quelques lacunes et quelques erreurs le jeune et ingénieux physiologiste s'empressera de les combler ou de les corriger, de manière à pouvoir donner bientôt une monographie complète du développement des huîtres.

2° *Prix relatifs aux arts insalubres.* — L'Académie accorde un prix de 2500 fr. à M. Rouy (Pierre-Aimé), armurier, qui a substitué la fécule de pommes de terre à la poudre de charbon, dans la préparation des moules de terre, destinés à recevoir le cuivre, le bronze et la fonte liquéfiés. La poussière de charbon non-seulement noircit les mains, le visage et le linge des ouvriers; elle a d'autres inconvénients graves : introduite dans la poitrine, elle pénètre le tissu des poumons, détermine la toux, l'asthme et même la mort, ainsi que des faits récents et authentiques l'ont prouvé (1); la fécule de pommes de terre est exempte de tous ces inconvénients. Les ouvriers fondeurs sont unanimes pour préférer la fécule au charbon; les patrons sont unanimes aussi à reconnaître que les ouvrages qui ne sont pas réputés *bronzes d'art* réussissent parfaitement dans les moules saupoudrés de fécule; quelques-uns croient que dans les moules saupoudrés de charbon la surface des bronzes d'art est plus unie et plus belle; mais le plus grand nombre, et parmi eux M. Christofle, affirment que leurs bronzes d'art ont aussi bien réussi dans des moules saupoudrés de fécule.

2. L'Académie accorde une récompense de 1500 fr. à M. Félix Fontenau, de Nantes, inventeur d'un mécanisme propre à rendre moins dangereux l'usage des armes de chasse à percussion.

3. L'Académie enfin accorde un encouragement de 1500 fr. à M. Guillaume Mabru, auteur d'un procédé de conservation absolue du lait, sans addition d'aucun corps étranger à sa nature, ni évaporation de sa partie aqueuse. La commission a constaté qu'un lait conservé depuis le mois de mars 1854 jusqu'au 18 décembre avait toutes les propriétés du lait frais, après toutefois qu'on avait pris la précaution de délayer uniformément la crême qui était réunie à la partie supérieure du liquide conservé.

1. Tout en félicitant l'Académie d'avoir décerné une couronne à M. Rouy, elle nous permettra de considérer comme moins probant qu'elle ne le dit, les faits tendant à prouver que la poudre de charbon aurait déterminé la mort. — N. d. R.

M. Velpeau a consigné dans son rapport les considérations suivantes qu'on ne lira pas sans intérêt.

2° *Prix de médecine et de chirurgie.* — Le nombre des auteurs dont les travaux ont dû être examinés par la commission, s'élève à quatre-vingts! Au surplus, ce fait, en lui-même, n'a rien de surprenant. La commission, bien pénétrée des intentions du testateur, attirant à elle les travaux qui, directement ou indirectement, peuvent concourir à l'avancement de la médecine, fait ainsi rentrer dans son cercle l'ensemble des connaissances médicales. Acceptée, par les savants du monde entier, comme tribunal suprême, comme foyer central de tous les efforts relatifs aux sciences, l'Académie accueille et récompense, d'un autre côté, les hommes de labeur d'après le mérite de leurs œuvres, ceux de l'étranger comme ceux de notre propre pays. Aussi nous est-il venu des ouvrages d'une infinité de contrées : de la Belgique, de l'Amérique, du Danemark, de l'Allemagne, en même temps que de la France. Sachant enfin que le vrai mérite n'est pas toujours le plus habile ou le plus enclin à solliciter des distinctions, la commission ne borne pas son examen aux travaux qu'on lui envoie, elle prend d'elle-même, et partout, ceux qui lui semblent dignes d'être encouragés. Malgré tant de richesses, cependant, elle n'a rien rencontré qui méritât de véritables prix, rien qui pût être admis à titre de découverte importante : elle n'aura donc à proposer cette année que des récompenses ou de simples encouragements.

Les récompenses sont au nombre de neuf :

1. *M. Briquet :* 2000 francs pour son *Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations.* L'auteur s'est efforcé de bien déterminer les effets produits dans l'économie animale par les sels de quinine, dans l'action du cœur, dans le système nerveux, dans les qualités du sang; le temps qui s'écoule entre le moment où le sel commence à être absorbé, et celui où il est complétement éliminé, temps qui varie avec l'âge, le sexe, la stature et la force des individus, temps modifié par la saignée et plusieurs agents, la morphine, l'alcool, etc., etc., et surtout par la forme sous laquelle on administre ce sel. L'absorption de la quinine, par exemple, est différente suivant qu'on cherche à la faire pénétrer dans le sang par l'estomac, par le rectum, par la surface d'un vésicatoire ou par la peau intacte; l'absorption a semblé nulle dans ce dernier cas à M. Briquet; nous avons cependant entendu dire aux médecins de la Loire qu'ils arrêtaient les accès de la fièvre pernicieuse au moyen de frictions sous les aisselles avec du sulfate de quinine; ils nous assuraient même que c'était la meilleure manière d'administrer ce sel, aux enfants surtout.

2. *M. Trousseau :* 2000 francs pour son *Mémoire sur la ponction de la poitrine dans les épanchements pleurétiques aigus.* L'auteur a prouvé que cette ponction n'entraîne pas les dangers qu'on lui prêtait; qu'on doit la pratiquer, non-seulement dans les cas où la suffocation est imminente, mais lorsque la quantité de liquide contenue dans la cavité pleurale est très-considérable; on obtient ainsi une guérison plus rapide et plus sûre; c'est un résultat acquis à la science.

3. *M. Ch. Robin :* 2000 francs pour son *Histoire naturelle des végétaux parasites, de l'homme et des animaux.* L'auteur a donné une description très-exacte de tous les végétaux parasites qui peuvent jouer un rôle dans la pathologie; le champignon de la teigne faveuse, celui du muguet, celui du *pityriasis versicolor*, du *prurigo decalvans*, etc., etc; il a fait connaître, d'une manière précise, le mode de développement et de reproduction de ces petits végétaux, ainsi que leur siége par rapport aux diverses parties de la peau ou des membranes muqueuses sur lesquelles ils apparaissent. Un atlas contenant 15 planches gravées, et dont presque toutes les figures sont faites d'après les dessins originaux de M. Robin, donnent l'analyse anatomique des espèces nouvelles ou anciennement décrites.

4. *MM. Boeck* et *Danielssen :* 2000 francs pour leur *Traité de l'éléphantiasis des Grecs.* Cet ouvrage, publié en 1848, est le fruit de sept années de recherches persévérantes sur une des plus graves et des plus hideuses maladies dont l'homme puisse être atteint. Les auteurs, et c'est leur principal mérite, ont étudié avec le plus grand soin, après la mort, les nombreux désordres que les deux formes-types de l'éléphantiasis, la forme tuberculeuse et la forme anesthésique, produisent dans une foule d'organes, dans le système nerveux, et en particulier dans la moelle épinière et ses enveloppes, dans les voies respiratoires et dans le système osseux. La connaissance de ces altérations les a déjà conduits à l'emploi de méthodes plus rationnelles et plus sûres contre certaines lésions de la base du larynx et de la moelle épinière. Sur le littéral de la Norwége, la maladie étudiée par MM. Boeck et Danielssen, avec mission du gouvernement, est un véritable fléau.

5. *M. Berthelot :* 2000 francs pour ses recherches sur la reconstitution,

par la synthèse chimique, d'un grand nombre d'espèces de corps gras de nature animale, M. Chevreul a montré, il y a quarante ans, que les graisses animales sont constituées par un petit nombre de principes immédiats formant ensemble des compositions indéfinies. Quoiqu'il ne pût pas obtenir ces principes à l'état d'isolement parfait, il admit que chacun d'eux ne devait donner, sous l'influence d'un alcali, que de la glycérine et un acide gras, ou que de la glycérine et de l'éthal dans le cas particulier de la cétine; que, par conséquent, on pouvait les considérer comme formés de la combinaison de la glycérine ou de l'éthal avec un acide gras.

Pour amener cette manière de voir à l'état de certitude, il fallait reconstituer par la synthèse les combinaisons théoriques; or c'est ce résultat remarquable que vient d'obtenir un jeune chimiste, M. Berthelot, déjà connu par d'excellents travaux. C'est une conquête importante en chimie organique; et certainement aussi, ajoute le rapport, en physiologie. A ce dernier point de vue, ce travail ne devait point passer inaperçu devant la commission des prix de médecine.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette transition un peu forcée, de la médecine à la chimie pure, à ce spectacle d'un chimiste qui n'est rien moins que médecin couronné par la section de médecine et de chirurgie. Puisque, par une anomalie désolante, l'Académie des sciences n'a pas de budget pour récompenser les belles recherches de physique et de chimie faites en dehors des programmes officiels de ses grands prix, elle fait acte de haute intelligence et de justice, en ramenant ces recherches, autant de fois qu'elle le peut, dans le cadre des prix Monthyon. Si notre mémoire ne nous trompe pas, M. Berthelot, sur le reliquat de ces prix, et avec une autorisation spéciale du ministre de l'instruction publique, avait déjà obtenu 2 000 fr.; son travail est de la nature de ceux auxquels l'Académie, dans ses jours de splendeur et de générosité, accordait un grand prix de 6 000 fr. Quand donc entendra-t-on parler de la fondation magnifique de M. Jecker, qui, noblement inspiré, voulait enrichir d'un seul coup, par une donation de 300 000 fr., l'auteur de la meilleure chimie organique? Puisqu'il est décidé que ce don providentiel et princier sera fatalement morcelé, au moins faut-il hâter le moment où ses débris viendront récompenser les brillantes recherches des Gerhardt, des Berthelot, des Riche, etc. L'Académie se doit à elle-même et au public de rompre le silence dont elle s'enveloppe à cet égard depuis trop longtemps.

6. M. *Schiff :* 2 000 fr. pour sa découverte de l'influence des nerfs sur la nutrition des os, découverte qui intéresse vivement l'anatomiste, le physiologiste et le médecin. Après avoir coupé tous les nerfs d'un membre, soit antérieur, soit postérieur, sur des animaux, l'auteur a vu survenir constamment et d'autant plus vite que l'animal était plus jeune, deux sortes d'altérations, une plus grande vascularité avec dilatation des petits vaisseaux du périoste, et la formation d'une nouvelle couche osseuse, un amincissement de l'os ancien dont le canal médullaire devient plus large, et qui a probablement pour cause l'immobilité consécutive du membre. La commission ajoute : rechercher, par des expériences directes, le degré et la nature d'influence des lésions du système nerveux sur le développement de certaines altérations des os, c'est une excellente direction, c'est évidemment tendre à remplacer par la démonstration d'influences pathogéniques positives des données étiologiques trop souvent hypothétiques.

7. M. *Blanchard :* 2 000 fr., pour ses recherches sur l'organisation des vers. L'auteur n'a pas reconnu seulement l'existence du système nerveux dans les principaux groupes; il a montré partout la disposition des noyaux médullaires et le trajet des nerfs, et souvent celle des centres et des ganglions nerveux. On avait à peine entrevu chez quelques vers, les trématodes par exemple, l'existence d'un système vasculaire, elle n'était même pas soupçonnée chez les cestoïdes; M. Blanchard a mis en évidence un système de vaisseaux des plus complexes dans les ténias et autres vers de la même classe. Il a découvert les moyens cachés de propagation de ces êtres mystérieux; il a constaté que la douve qui vit dans le foie des ruminants et dans celui de l'homme, ne se développe pas dans ce viscère; que les œufs sont expulsés au dehors, que les jeunes vivent certainement dans d'autres conditions que les adultes, etc., etc.

8. M. *Aran :* 1 500 fr. pour ses recherches sur l'atrophie musculaire progressive. L'auteur a le mérite d'avoir décrit le premier d'une manière complète une maladie ou altération singulière de la fibre musculaire, sur laquelle on n'avait, avant lui, que des notions vagues ou erronées; il énumère, avec autant de talent que d'exactitude, les symptômes, les caractères distinctifs et les causes de cette dangereuse atrophie.

9. M. *Gratiolet :* 1 500 fr. pour son mémoire sur les plis du cerveau de l'homme et des primates. Les circonvolutions cérébrales sont des plis des couches corticales, auxquels l'auteur donne le nom de *plis cérébraux*. Il a distingué le premier dans le cerveau des singes un système particulier de plis qu'il désigne sous le nom de *plis de passage*, parce qu'ils passent du lobe pariétal et du lobe temporo-sphénoïdal au lobe occipital. Ils sont au nombre de quatre, deux supérieurs, profonds, et deux inférieurs, très-superficiels; les premiers fournissent des caractères apparents à l'aide desquels on peut aisément distinguer les différents groupes zoologiques que comprend la série des singes.

— L'Académie a accordé des encouragements à deux sortes de travaux : les uns qui, par leur importance ou les dépenses qu'ils entraînent, méritent d'être simplement encouragés jusqu'à ce que les auteurs les ayant complétés, on puisse les récompenser dignement s'il y a lieu; les autres dont la valeur sera toujours secondaire. Sous ce double rapport l'Académie est d'avis de donner un encouragement :

1° A MM. Bourguignon et Delafond, pour leur grand ouvrage sur la gale du mouton, en attendant qu'ils aient appliqué le même genre d'étude à d'autres animaux domestiques.

2° A M. Roux, pour la continuation de ses expériences sur un nouveau mode de conservation des pièces anatomiques.

3° A MM. Giraldès et Goubeaux, pour leurs injections de perchlorure de fer dans les artères.

4° A M. Gosselin, pour son mémoire sur les kystes du poignet et de la main.

5° A M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur les épanchements séreux traumatiques.

6° A M. Perdrigeon, pour son mémoire sur les accidents fébriles à forme intermittente, causés par le cathétérisme de l'urètre.

7° A MM. Phélippeau et Vulpian, pour leurs recherches sur l'origine des nerfs crâniens.

8° A M. Flandin, pour ses recherches sur les poisons, consignées dans son traité de médecine légale.

9° A M. Broca, pour ses recherches sur le rachitisme.

10° A M. Verneuil, pour ses recherches sur le pancréas.

11° A M. Chevallier, pour ses travaux en hygiène.

12° A M. Triquet, pour ses études sur les maladies de l'oreille.

13° A M. Loir, pour ses mémoires sur l'hygiène et l'état civil des nouveau-nés.

— Dans l'une de ses dernières séances, tenue dans local ordinaire, à l'Hôtel-de-Ville, la société entomologique de France a, pour la vingt-quatrième fois depuis sa fondation, procédé à la nomination des membres de son bureau pour l'année 1855, et au renouvellement annuel de ses commissions spéciales. Ont été nommés membres du bureau : M. le docteur *Sichel*, président; M. *L. Reiche*, vice-président; M. *E. E. Desmarest*, secrétaire; M. *H. Lucas*, secrétaire-adjoint; M. *L. Buquet*, trésorier; M. *Fairmaire*, trésorier-adjoint; M. *A. Doué*, archiviste; M. *E. Bellier de la Chavignerie*, archiviste-adjoin. Commission de publication, outre les membres du bureau : MM. *G. de Baran*, *Deyrolle*, l'abbé *de Manseul*.

— On écrit de Constantinople que, dans le nombre de 35 décorations de l'ordre du Medjidié, décernées par le sultan à la 3e divisiou de l'armée d'Orient, se trouve compris M. Michel Lévy, qui a reçu la croix de grand-officier de l'ordre.

— Les décorations suivantes, décernées à titre provisoire par le général Canrobert, ont été confirmées par le gouvernement; ont été nommés chevaliers de l'ordre :

MM. *Scrive*, médecin principal de 1re classe à l'armée d'Orient;
Lambert, médecin aide-major de 2e classe à l'armée d'Orient;
Fratini, médecin aide-major de 1re classe à l'armée d'Orient;
Comte, médecin major de 2e classe au 6e de ligne;
Honnau, médecin aide-major au 2e de zouaves;
Bruneau, médecin major au 42e de ligne;
Lenoir, médecin major de 2e classe au 26e de ligne;
Rateau, pharmacien aide-major de 1re classe.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par MM. Denonvilliers, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc, et L. Gosselin, ancien chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, etc. — Un très-fort volume grand in-18 de plus de 950 pages. Prix : 6 f.; chez Labé, libraire de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Git-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 16. 3me ANNÉE. Mardi 6 Février 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE, OU PLUTOT DES ÉTATS PATHOLOGIQUES QUI LUI SONT PROPRES,

par M. le professeur PIORRY.

(*Lu à l'Académie de médecine, séance du* 30 *janvier* 1855.)

(Suite et fin.)

Variodermite hémorrhéique (Variole noire). — La variodermite présente parfois un caractère excessivement grave, sur lequel j'ai entendu mon collègue et ami, M. le docteur Piedagne, insister avec la plus grande raison; je veux parler de la teinte violacée ou noirâtre que présentent parfois une ou plusieurs pustules varioliques. Dans ces cas, les malades succombent presque toujours; un tel état est dû aux hémorrhagies qui sont survenues dans les pustules ainsi colorées. Il m'a semblé, dans quelques cas, que cet accident était dû à de la gêne dans le passage du sang à travers un poumon, dont les branches sont remplies de liquides et à des stases dans la circulation générale; mais ailleurs et à coup sûr, les dermorrhémies dont il s'agit, sont dues à un état particulier du sang, plus ou moins analogue au scorbut des auteurs, qui, pour moi comme pour M. Andral, est dû à une hypoplastémie (diminution de la fibrine du sang). Or, me rappelant que, dans les faits dits de scorbut, on a tiré un très-grand parti de l'emploi des végétaux frais, et qu'en peu de jours, on a vu sous l'influence de cette médication cesser les hémorrhagies propres à cet état, me souvenant encore que dans un grand nombre de cas, des pertes de sang coïncidant avec des maladies aiguës de l'intestin, ou avec des splénopathies, j'ai eu recours avec le plus grand avantage à l'emploi des sucs d'herbes; j'ai employé dans quelques varioles hémorrhagiques, les sucs dont il s'agit, composés de laitue, de cerfeuil, de chicorée, etc., etc. Une malade qui en a été atteinte, traitée de cette façon, s'est rétablie, de sorte qu'à l'avenir, dans des circonstances analogues, j'en conseillerai l'emploi.

Variostomatite, variopharyngite.—L'éruption variolique, dont les membranes muqueuses de la bouche et du pharynx sont le siége, est susceptible des plus grandes variétés. Les taches rouges qui la constituent au début sont parfois très-petites, et ailleurs leur diamètre est de quatre à cinq millimètres; rarement leur voit-on prendre, lors de leur développement, l'aspect de pustules semblables à celles de la variodermite. Il n'y a pas ici, comme cela a lieu pour chaque bouton de la peau, une ombilication centrale : ce sont plutôt des couches plastiques blanchâtres, des ulcérations qui se forment, que de petites tumeurs pleines de pus. Elles sont entourées d'un limbe rouge vermeil qui s'étend plus ou moins loin et donne parfois à toute la surface de la bouche et du pharynx les caractères attribués à l'inflammation. La langue, le voile du palais et ses piliers, la luette, l'arrière-gorge, en sont souvent atteints, et cela à des degrés divers. Ici, bien que les boutons intéressent, comme pour la peau, les couches profondes, ils sont loin d'avoir la même épaisseur que dans le derme, parce que le tissu où ils ont leur siége est sensiblement plus mince. Cette circonstance est à noter relativement à l'action des cathérétiques.

Il n'y a pas, du reste, chez les variolés, une proportion constante entre l'intensité de la variodermite et celle des stomatites et des pharyngites étiovariosiques, et l'on voit des cas rapportés par les auteurs à la variole discrète, dans lesquels les pustules de la bouche et du pharynx sont excessivement nombreuses, la même réflexion est malheureusement tout à fait applicable à la variolaryngite.

Des accidents plus ou moins graves sont les conséquences fréquentes des états organiques qui viennent d'être décrits : des douleurs vives ont souvent lieu ; les mouvements de la langue, la déglutition deviennent pénibles; la salive coule abondamment et est difficilement rejetée; dans quelques cas malheureux, elle s'accumule dans le pharynx, et, par suite du passage continuel de l'air, y devient écumeuse. Il arrive même que son abondance est telle que la difficulté de l'expulsion est parfois si grande que *le liquide spameux pénètre avec l'air inspiré dans le larynx et les bronches, y cause des phénomènes d'asphyxie* (*ou mieux d'hypoxémie*), tout aussi graves que ceux qui surviennent dans la variolaryngite.

Fréquemment les boutons varioliques viennent à se déclarer au niveau de l'orifice du canal de Sténon, à la face interne des joues ; de là un écoulement énorme de salive, et, dans quelques cas, une obstruction ou emphraxie du canal parotidien, puis la distension de celui-ci et une phlegmasie sialostasique de la glande d'où ce canal émane.

En général, on traite à peine de semblables états pathologiques. Tout au plus on a recours à des gargarismes réputés émolliens ou prétendus détersifs, et composés, soit avec le miel rosat étendu d'eau, soit avec une légère dissolution d'alun, et c'est tout au plus; l'on ne songe même pas à enlever les enduits qui se forment dans la bouche et qui, s'y indurant, deviennent très-propres à empêcher les mouvements de la bouche, de la langue et du pharynx.

M. Serres avait aussi pensé que la cautérisation avec l'azotate d'argent pouvait entraver la marche de la variosite atteignant la bouche et le pharynx. J'avais très-inutilement tenté l'emploi de

cette médication, et bien que l'employant le plus tôt possible et presque au début, bien qu'ayant alors très-fortement touché chaque pustule avec le crayon de ce sel, je n'en avais pas moins vu le mal continuer et les accidents les plus graves se déclarer. Depuis quelques années, en m'y prenant autrement, ce moyen m'a paru avoir les plus heureux résultats ; me fondant sur l'étude approfondie de la lésion, sur sa profondeur dans les tissus, *j'ai fait cautériser matin et soir, avec l'azotate d'argent, les pustules de la bouche et du pharynx*, et j'ai vu dans plusieurs cas la phlegmasie avorter ou du moins prendre une marche moins fâcheuse. Il arrive ici précisément ce qui arrive pour les petites excoriations de la membrane muqueuse de la bouche auxquelles on a donné le nom singulier d'aphtes. (Ces excoriations sont très-souvent les résultats d'écorchures produites par les dents qui se croisent ou qui font saillie. Elles ont été fort à tort considérées comme étant les résultats d'une cause interne. Certaines dispositions peuvent cependant leur donner lieu, provoquer leur apparition : ce sont toutes celles qui donnent lieu à la tuméfaction, à l'épaississement de la membrane muqueuse orale, car ces états pathologiques favorisent infiniment les morsures, et même le contact de la langue, des joues et des lèvres avec les inégalités des dents.)

Tout aussitôt que l'on a touché ces aphtes avec le nitrate d'argent, la douleur qui existait d'une manière continue cesse, et ne reparaît qu'au moment où l'escharre, qui a succédé à l'application du caustique, est tombée. Le même fait a lieu pour la cautérisation superficielle des ulcérations varioliques du pharynx et de la bouche. Or, en renouvelant suffisamment l'action du caustique, on obtient des résultats tellement avantageux que la stomatite et la pharyngite venant à se calmer, l'expulsion et la déglutition s'accomplissent dès lors avec facilité.

Quand, avec ou malgré ces soins, la salive s'accumule dans le pharynx et expose le malade aux dangers d'asphyxie dont il a été parlé, on peut remédier à cet accident, au moins d'une manière momentanée, en faisant incliner la tête et placer la bouche sur un plan déclive par rapport au pharynx.

Il est surtout urgent de cautériser fréquemment les boutons varioliques voisins des orifices des conduits de Sténon ou de Warthon, et cela dans la crainte des plegmasies sialostasiques (dues à la stase de la salive), dont les parotides et les autres glandes salivaires peuvent être atteintes.

Il arrive trop souvent que la pharyngite occupe l'orifice guttural du larynx ; on le constate, soit par la gêne extrême de la déglutition, et par la toux qui survient lors de la pénétration des liquides dans les voies de l'air, soit par le toucher au moyen du doigt profondément dirigé vers l'arrière-gorge. Dans de tels cas, il convient de porter une tige de baleine recourbée et armée du caustique jusque sur la partie malade. Dans certaines circonstances graves, la trachéotomie serait convenablement pratiquée pour remédier aux suites d'une telle lésion. Je reviendrai bientôt sur ce sujet.

Traitement de la variolaryngite et de la variobronchite. — La lésion anatomique la plus grave qui puisse survenir dans la variole est à coup sûr l'éruption dont la membrane laryngobronchique est fréquemment le siége. — Elle consiste en de petites tumeurs rouges arrondies, qui souvent, à la microscopie, ont l'apparence de simples taches dont la dimension varie d'un à cinq millimètres ; elles ne sont pas ombiliquées, ce qui provient probablement de ce qu'elles n'ont pas à leur centre de poil ou d'orifice sébacé ou muqueux. A mesure qu'on les considère sur des points plus rapprochés de l'orifice pharyngien, elles sont plus larges et plus saillantes, tandis qu'elles deviennent d'autant plus petites et moins en relief à proportion qu'elles occupent dans l'arbre bronchique des points plus reculés ; il est probable que très-rarement elles envahissent les vésicules pulmonaires, car on n'observe presque jamais de variopneumonite, c'est-à-dire de phlegmasie du tissu du poumon, liée à la cause virulente ou variose, et se déclarant en même temps que la dermite ou la pharyngite étiovariosique. Les pneumonites des variolés sont, en général, les conséquences de la bronchite spéciale que je viens d'indiquer. Du reste, les cordes vocales sont trop souvent le siége d'une éruption de pustules dont le nombre, dans les cas que j'ai vu, a varié d'une à six ou huit.

Il serait peut-être intéressant, au point de vue pratique, de rechercher si la lésion occupe ici toute l'épaisseur de la membrane muqueuse, ou bien si elle n'en atteint que les couches superficielles. Je n'ai malheureusement pas fait de recherches à ce sujet, mais je crois que cet état anatomique envahit profondément le tissu de la membrane, car il en est ainsi pour les pustules dermiques et cela dès leur apparition. Il paraît que cette phlegmasie *laryngobronchique* suit une marche progressive et devient de plus en plus intense, en même temps que la dermite parcourt ses périodes. C'est en effet, au moment où l'affection cutanée est portée au plus haut degré, que les symptômes de la souffrance du tube aérien deviennent plus marqués.

Les symptômes de cet état pathologique ne sont pas, comme on pourrait le croire, une toux vive et incessante. Tout au plus en observe-t-on une qui, rare et légère, est profonde et est accompagnée d'une expectoration très-peu abondante. Il y a bien un sentiment de douleur vers le larynx et la trachée, mais il est peu intense, et le caractère symptomatique le plus saillant, celui qui, pour la certitude diagnosique et pronosique, se rapproche le plus de l'importance des signes anatomiques, c'est, à coup sûr, cette altération de la voix dite enrouement et dont le degré correspond à celui de la variolaryngite.

Quelque peu intense que soit la variodermite, redoutez une terminaison funeste, alors que coexistera, dès les premiers temps du mal, un enrouement qui n'avait pas lieu avant le début de la variosémie. Presque tous les malades soumis à mon observation et qui ont présenté ce phénomène ont succombé, et voici à peu près de quelle façon : l'altération de la voix augmente de plus en plus ; elle finit souvent par être portée jusqu'à l'aphonie ; l'exlaryngition devient extrêmement difficile, et, dans les derniers temps, l'expectoration n'a lieu que jusqu'à la hauteur du larynx ; il en résulte que les mucosités formées abondamment dans le tube aérien par suite de la variotrachéite, ou de la variobronchite sont incomplétement et même ne sont pas du tout rejetées au dehors, et comme presque toujours il existe en même temps une variopharyngite, la salive elle-même n'est ni avalée, ni rejetée hors de la bouche. Ces liquides, agités avec l'air de l'inspiration et l'expiration, deviennent écumeux et mettent de plus en plus obstacle à l'entrée de ce même air. Alors, et très-promptement, la coloration des lèvres, de la bouche, des pustules, devient livide ; la respiration et le pouls s'accélèrent, l'intelligence se trouble, tous les phénomènes de l'hypoxémie (asphyxie incomplète) se dessinent et bientôt la mort survient ; cependant, à la nécropsie, on ne trouve pas de dépôts de couches membraniformes sur les cordes vocales qui ne sont pas épaissies par l'inflammation au point de rétrécir l'ouverture par laquelle l'air doit pénétrer. Ce n'en est pas moins par anoxémie (défaut d'oxygénation du sang) que la terminaison fatale a lieu ; car, ainsi que je l'ai dit précédemment, la gêne survenue dans l'évacuation, soit des mucosités laryngobronchiques, soit de la salive, donne lieu à l'accumulation de ces matières qui bouchent les conduits aériens et mettent le malade dans les mêmes conditions que celles qui font périr les submergés.

On n'a presqu'aucun moyen d'action sur les pustules de la trachée et des bronches, alors qu'elles commencent à se déclarer ; tout au plus pourrait-on penser à l'inspiration des vapeurs variées, parmi lesquelles la vapeur d'eau pourrait peut-être, dans certains cas, avoir de l'utilité comme palliation ; moins encore dans le larynx et la trachée qu'ailleurs, on ne peut entraver le développement de la variosite (inflammation spéciale à la variole), et la seule question importante, mais d'une gravité extrême, est celle de savoir s'il convient, quand le défaut d'exlaryngition met la vie du malade en péril, d'avoir recours à la trachéotomie. Or,

j'ai trop vu de malades succomber dans de tels cas, j'ai trop étudié la marche du mal, et la manière dont la mort survient, pour ne pas admettre, dans toute son étendue, l'aphorisme suivant, qui est pour moi la conséquence d'une longue pratique et des plus mûres réflexions : « Toutes les fois que dans la variolaryngite et même dans la variopharyngite, l'abord de l'air dans la trachée et les bronches devient difficile et cela par suite de la présence des liquides qui s'accumulent, il y a urgence de pratiquer l'ouverture du tube aérien. » Si on attend au lendemain, presque toujours, lors de la visite, on ne trouve plus qu'un cadavre. C'est ce qui est arrivé plusieurs fois à la suite de discussions que j'ai eu, à ce sujet, avec Berard jeune, Sanson, etc., et dans lesquelles ces chirurgiens, qui réunissaient la prudence au savoir, se refusèrent, pour le moment où je le croyais utile, à pratiquer la trachéotomie. Désespéré de ces retards qui avaient eu un si fatal résultat, je pris sous ma responsabilité de pratiquer moi-même sur une femme atteinte de variolaryngite et qui expirait, l'ouverture de la trachée. Un ronchus trachéal et laryngien bruyant se faisait entendre, et une écume abondante remplissant le pharynx s'écoulait même par la bouche. La teinte des téguments et de la membrane orale était livide. L'opération présenta quelques difficultés en rapport avec l'épaisseur des téguments du cou. (Je me fis en opérant une petite excoriation à la face palmaire du pouce, d'où résulta les jours suivants une pustule variolique qui fut complètement locale; déjà une première fois, un accident du même genre m'était arrivé, et mon excellent ami, M. le docteur Bally, a été atteint d'une semblable pustule qui, chez lui, donna lieu à la formation d'un tissu érectile d'où, pendant plusieurs mois, s'écoulait du sang en abondance. Il fallut détruire ce tissu pour obtenir la cicatrice; probablement la petite vérole qu'avait eu M. Bally, la vaccine dont je porte au bras de très-profondes traces ont fait que le mal dans ce cas n'a pas eu de manifestation générale et que la petite vérole est restée locale. Il y aurait des recherches intéressantes à faire sur ce sujet.) Mais tout aussitôt que l'ouverture fut pratiquée au conduit aérien, et qu'il en fut sorti un peu d'écume bronchique, la respiration se rétablit, la coloration reprit sa teinte naturelle, et la canule étant convenablement placée, il semblait que la vie dût être conservée. En effet, pendant trente-six heures, la malade survécut, aucun accident nouveau ne se déclara, mais alors la mort eut lieu d'une manière instantanée, et tout porte à croire qu'elle a été due au déplacement ou à l'obstruction de la canule dont l'élève chargé de surveiller cette femme n'eut peut-être pas tous les soins désirables.

Depuis j'ai vu périr un assez grand nombre de variolés pour lesquels on attendit encore trop longtemps avant de pratiquer la trachéotomie, et je n'hésite pas à affirmer que dans tous les cas où chez les gens atteints de variolaryngite il existe de l'enrouement suivi et accompagné de dyspnée et de difficulté dans l'évacuation des crachats pharyngiens, laryngiens et trachéaux, il ne faut pas hésiter un moment à ouvrir le conduit de l'air. Une fois la trachée opérée, les boutons varioliques développés sur la membrane laryngotrachéale suivront, sans péril, leurs phases régulières et la guérison définitive devient très-probable.

Variopneumonite. — Consécutivement aux accidents précédents, il peut survenir une bronchemphraxie, bientôt suivie de bronchopneumonite elle-même compliquée de pneumonie hypostatique. Ces accidents funestes, qui se déclarent dans les cas graves de variole, rentrent comme diagnose et comme traitement dans l'étude des pneumonémies produites par d'autres causes. La triste spécialité de ces congestions pulmonaires repose sur la difficulté extrême de combattre avec succès de tels états pathologiques. Ici, en effet, une éruption dont on ne peut pas arrêter la marche, constitue le caractère essentiel et est la véritable raison anatomique du trouble survenu dans la circulation du poumon. Heureusement est-il fort rare que tout d'abord cette même éruption se déclare dans les très-petites bronches et dans les vésicules pulmonaires, aussi ne voit-on guère, au début de la variole, survenir les phénomènes et apparaître les caractères de la pneumonie des auteurs.

Variencéphalite. — Au début de la variole considérée comme unité morbide, et de l'état fébrile qui me paraît être le résultat de la variosémie (*Traité de médecine pratique*, n° . . . .), existe très-ordinairement une encéphalopathie caractérisée par le délire et par une sorte de stupeur qui peut faire croire qu'il s'agit d'une *fièvre typhoïde*. En effet, on observe dans de telles circonstances la plupart des accidents rapportés à la collection d'états pathologiques et de phénomènes ainsi désignés, et dans les deux cas c'est une texémie spéciale : ici, la septiosémie; là, la variosémie, qui donnent lieu aux accidents cérébraux observés. Des deux côtés aussi le sang n'est pas couenneux, il n'y a pas hémite (n°. . . . . du *Traité de médecine pratique*). Il est fort rare que les malades succombent à cette période, de telle sorte que l'on n'a point en général l'occasion de constater si les symptômes cérébraux sont liés à une lésion anatomique appréciable. Or, j'ai publié au n°. . de mon ouvrage un cas qui conduirait à faire admettre qu'il se fait alors à la surface encéphalique une éruption qui rappellerait assez bien celle qui constitue la variodermite. Il s'agit, dans ce fait, d'un homme qui, portant une altération mélanosique au bras et traité par la compression, fut pris de variole, eut un délire qui dura un mois, puis mourut d'une autre affection. Or, on trouva sur le cadavre un assez grand nombre de taches noires d'à peu près cinq millimètres de dimension et qui paraissaient n'avoir été autre chose que les cicatrices d'une éruption qui semblerait avoir eu lieu sur la surface encéphalique, de la même façon qu'elle s'était déclarée à la peau. Il y aurait eu cependant cette différence que l'une aurait été légère et simplement hypérémique vers le cerveau; tandis que l'autre aurait été forte et pyogénique vers le derme. Certes l'interprétation que je donne au fait précédent peut être controversée; mais le fait n'en est pas moins très-curieux et très-propre à répandre quelque jour sur la nature des encéphalopathies qui ont lieu chez les variolés.

Du reste il est fort rare de voir les accidents cérébraux, dont il vient d'être parlé, persister après l'éruption; presque toujours ils se dissipent alors que l'état fébrile variosémique se calme; plus tard surviennent d'autres phénomènes encéphalopatiques, mais ceux-ci sont dus à une encéphalémie consécutive, à la variodermite de la tête et du pourtour de l'orbite. C'est la même série de phénomènes que ceux qui ont lieu dans l'érysipèle de la face alors que la phlegmasie s'étend à l'encéphale; aussi les symptômes sont-ils les mêmes dans les deux cas : c'est de l'assoupissement, ce sont des rêves bientôt suivis de délire qui se déclarent, et plus tard la vie s'éteint par suite des troubles survenus dans les organes de la circulation et de la respiration.

La diagnose de la nature de ces encéphalopathies s'établit sur la réunion des phénomènes qui leur sont propres avec les symptômes de la variosémie et de la variodermite. Leur traitement repose pour la variencéphalie des premiers jours, sur les moyens généraux que réclame toute toxémie *dont la cause est inconnue et dont le caractère spécial n'est pas accessible à des neutralisants*, c'est-à-dire sur l'emploi de l'eau à doses abondantes et réitérées, auxquelles il convient de joindre, alors que les accidents sont intenses, les saignées générales, l'élévation de la tête beaucoup au-dessus du niveau du tronc, et quelquefois peut-être la compression des carotides, ainsi que la réfrigération du crâne au moyen de l'application continue de l'eau froide et de la glace sur le cuir chevelu.

La variencéphalie qui survient consécutivement à la variodermite de la face et du tissu cellulaire des orbites exige avant tout l'emploi des moyens plus propres à faire avorter l'éruption variolique du pourtour de l'orbite, et dont il a été parlé à l'occasion de la curation de la variodermite en général, tels que : l'apposition d'emplâtres adipeux, la cautérisation réitérée avec l'azotate d'argent, l'ouverture des pustules alors qu'elles contiennent du pus, et surtout l'application, sur la face et les téguments des pau-

pières, de vésicatoires fortement cantharidés. Ces derniers moyens déterminent une évacuation abondante de sérosité, dégorgeant ainsi les vaisseaux tégumentaires et ethmoïques de l'orbite et occasionnent de cette façon une utile déplétion dans les parties qui sont le siége de cette phlegmasie extensive qui de l'extérieur se propage à l'encéphale.

Rarement dans ces encéphalopathies, suite de la variodermite, les saignées sont indiquées, car elles ne remédient par à la cause organique, ne calment pas les accidents et favorisent même la résorption ou la pénétration du pus des pustules dans l'appareil circulatoire; peut-être l'application des corps froids serait-elle ici dangereuse, seulement l'élévation de la tête au-dessus du niveau du tronc est encore utile pour modifier l'afflux du sang vers l'encéphale et remédier à ce qu'il peut y avoir de stasique dans l'encéphalémie et dans l'encéphalite qui se déclarent.

Les autres états pathologiques qui peuvent être observés pendant la durée des accidents dus à l'action du variose n'appartiennent pas pour la plupart à l'action directe de ce virus ou même à ses effets immédiats; très-rarement au moins voit-on se déclarer, pendant la durée de la variole, des lésions et des symptômes graves du côté de l'estomac, de l'intestin, du foie, de la rate, ou de l'appareil urinaire; l'étude de ces prénomènes rentre donc complétement dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique en général. On peut en dire autant de la pyémie (altération du sang par le pus) qui paraît quelquefois se manifester par de l'accélération du pouls et de la chaleur, par des sueurs exagérées et locales, et par de l'entérorrhée. Cette pyémie se déclare au moment où du pus est abondamment contenu dans les pustules variosiques et où l'épiderme qui recouvre celles-ci, très-distendu qu'il est, vient à comprimer ce liquide. Dans le *Traité de médecine pratique*, nos. . . . . , j'ai largement insisté sur l'état anatomique dont il s'agit et sur ses conséquences pathologiques.

Pour terminer ces considérations sur les phénomènes qui se déclarent pendant la durée de la variole ou *variosie*, je n'ai plus qu'à parler d'un accident bien triste que j'ai vu survenir chez de malheureux soldats, qui, en Espagne, avaient été frappés de variophtalmite, de varioblépharite, et d'otite externe due aussi au variose. Dans une retraite et par la chaleur, ces malheureux avaient été transportés au loin et à dos de mulet; des mouches avaient déposé leurs œufs soit entre les paupières, soit dans le conduit auditif externe, qui d'ailleurs étaient remplis de pustules variosiques; les larves de ces insectes s'y étaient développées par centaines; ni le chirurgien-major, ni à plus forte raison moi, jeune étudiant, portant l'uniforme d'officier de santé, nous ne trouvâmes rien autre chose à faire que d'injecter de la décoction de rhubarbe dans les cavités palpébrales et otiques où les vers s'étaient développés et accumulés. Bien entendu que ces pauvres soldats qui guérirent de la variole restèrent aveugles et sourds. S'il arrivait jamais qu'un semblable cas vint à se présenter, il serait facile de faire périr les vers par le même procédé qui m'a servi pour détruire des trichurides qui existaient, dans le rectum d'un malade, en grand nombre, et qui en était tourmenté depuis plus de dix ans. Il suffirait en effet, pour faire périr les vers, de remplir d'huile la cavité où les larves seraient contenues; on boucherait ainsi leurs trachées, et tout d'abord ils seraient asphyxiés. C'est de cette façon que l'on peut facilement frapper de mort les insectes qui se multiplient sur les rosiers et d'autres végétaux; ils meurent et se détachent tout aussitôt qu'on les touche avec un tissu moelleux et fin, imbibé d'une très-petite proportion d'huile.

Telle est la manière dont on peut concevoir, dans les idées anatomiques et cliniques que je cherche à propager, l'étude de la variole. Il me semble que cette manière de considérer les faits est féconde en applications utiles et pratiques; si vous étiez de cet avis, Messieurs, si vous arriviez un jour à penser comme moi, que toutes les collections phénoménales dites maladies devraient être ainsi considérées, alors vous seriez conduits à admettre que les dénominations usitées jusqu'à ces derniers temps sont fausses et insuffisantes; vous partageriez même cette opinion : qu'il faut créer des mots nouveaux pour désigner des états pathologiques qui n'ont pas encore été dénommés; vous croiriez encore que, pour devenir intelligibles et pour marcher avec notre temps, il faut adopter un langage précis dérivé de la langue scientifique, c'est-à-dire dû grec. La conséquence logique de ces idées serait nécessairement qu'il faut généraliser et systématiser ce langage, qui serait facilement compris à l'étranger comme en France.

Quoi qu'il en arrive et que l'on substitue ou non des mots plus expressifs et plus euphoniques à ceux que j'ai proposés; qu'il me soit permis de vous remercier d'avoir bien voulu m'entendre; mon seul but dans cet écrit, comme dans tous ceux qui l'ont précédé, est d'avoir fait un travail utile pour l'humanité et pour la science.

CLINIQUE CIVILE.

De l'emploi des injections iodées dans la vessie, dans le traitement du catarrhe vésical dans le rectum, et dans le traitement de certaines diarrhées chroniques,

Par M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque.

Depuis quelques années, les préparations iodées ont été employées sous toutes les formes, et dans un grand nombre de maladies; la grande vogue de ce médicament se trouve d'ailleurs justifiée par les résultats qu'il a fournis, car l'expérience a démontré qu'il n'est peut-être pas de substance plus utile à la thérapeutique que l'iode. A l'intérieur, c'est un puissant modificateur de l'économie, quand il est absorbé et porté dans la circulation; à l'extérieur, c'est aussi un agent puissant qui modifie, d'une manière très-favorable, les surfaces avec lesquelles on le met en contact.

Depuis longtemps on avait constaté l'action de la teinture d'iode, sur les membranes séreuses et synoviales, sur les trajets et surfaces purulentes; je viens aussi maintenant de constater l'action modificatrice de cette préparation sur les membranes muqueuses en l'employant, dans le traitement de quelques variétés de catarrhe vésical, en injections dans la vessie et en lavements dans le *rectum*, contre les diarrhées chroniques et rebelles, comme nous en avons observé cette année, à la suite des dysenteries.

Voici de quelle manière et dans quelles proportions j'ai employé ce médicament.

Je mets au début environ cinq grammes de teinture d'iode pour un litre d'eau tiède; je pratique des injections deux fois par jour. A chaque séance je fais passer dans la vessie deux ou trois litres d'eau iodée, par trois ou quatre injections successives, et chaque fois je laisse séjourner le liquide pendant deux ou trois minutes; ordinairement j'abandonne la dernière injection dans la vessie, pour être expulsée dix minutes ou un quart d'heure plus tard.

J'ai observé un phénomène qui m'a bien étonné d'abord, et que je me borne à mentionner aujourd'hui, c'est que l'eau iodée ressort de la vessie presque entièrement décolorée.

Les injections pratiquées dans la vessie, avec les proportions de teinture d'iode que je viens d'indiquer, ne font généralement éprouver au malade aucune douleur, aucune sensation pénible.

Mais le plus souvent cette dose n'est pas suffisante, j'ai augmenté graduellement de cinq grammes par jour environ, je suis arrivé jusqu'à trente grammes de teinture d'iode par litre d'eau et peut-être au delà.

Lorsque les proportions sont portées à ce point, l'injection provoque quelquefois, dans la vessie, une douleur assez vive; dans ce cas, j'ai laissé ressortir le liquide immédiatement et j'ai injecté à la place de l'eau émolliente. Je n'ai pas besoin de tracer la con-

duite que doit tenir le chirurgien dans cette circonstance, il doit agir avec la plus grande réserve ; et d'ailleurs il est bien entendu que, pour les proportions de teinture d'iode, pour le nombre des injections, la quantité de liquide à injecter, la durée du traitement, le chirurgien doit tenir compte des indications particulières qui peuvent dépendre de la nature de la maladie, de l'âge, du tempérament, etc...; pour les catarrhes simples, un traitement de huit ou dix jours me paraît suffisant, dans le plus grand nombre des cas.

Sous l'influence de cette médication, la muqueuse vésicale est modifiée d'une manière très-avantageuse ; je ne l'ai employée que trois fois, et chaque fois le résultat a été des plus satisfaisants; le besoin d'uriner est devenu moins fréquent, les urines sont redevenues limpides, en un mot, l'organe a repris ses fonctions presque normales, quoiqu'un de mes clients soit âgé de 78 ans, que sa maladie datât de plusieurs années, et qu'il y eût, depuis long temps, incontinence d'urine pendant la nuit.

Chez un autre malade, j'ai constaté un phénomène qui me paraît digne de fixer l'attention des médecins, — une *hypertrophie* de la *prostate* coïncidait avec le *catarrhe vésical*. Lorsque cette dernière affection eût disparu sous l'influence des injections iodées, j'ai pu constater, au bout de quelques semaines, que la prostate avait acquis son volume normal; la guérison a été plus complète que je ne l'avais espéré.

Lavements avec l'eau iodée.

Je fais mettre généralement 15 grammes de teinture d'iode dans un litre d'eau, et je fais donner deux ou trois fois par jour 125 grammes environ de ce liquide en lavement.

J'ai trouvé des personnes chez lesquelles cette proportion de teinture d'iode ne pouvait être tolérée sans douleur ; dans ce cas, je fais ajouter à chaque lavement deux ou trois cuillerées d'eau émolliente; chez d'autres, j'ai pu impunément augmenter la dose.

Je l'ai employée avec beaucoup d'avantages chez les enfants, mais j'employais au début des doses moindres : 5 grammes seulement par litre d'eau, et j'augmentais ensuite graduellement jusqu'à la dose employée pour les adultes.

Injection de teinture d'iode dans l'urètre.

J'ai employé récemment la teinture d'iode étendue d'eau dans le traitement de la blénorrhagie; je ne suis pas encore en mesure d'apprécier l'action de ce remède, et sa supériorité sur les moyens déjà connus.

Je publierai prochainement avec détail les observations importantes relatives à cette médication.

Sur un nouvel appareil propre à redresser et à prévenir les incurvations du rachis,

Par M. Hervez de Chegoin, médecin de l'Hôpital Lariboisière.

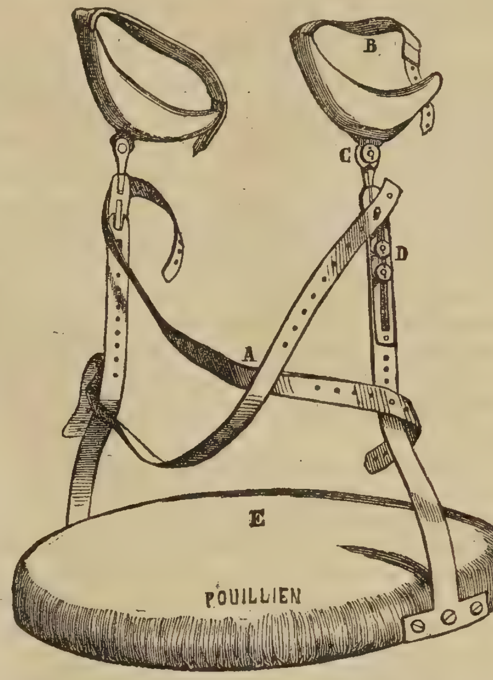
On a déjà imaginé un grand nombre d'appareils d'orthopédie destinés à redresser les incurvations du rachis, ou à les prévenir, quand chez les jeunes enfants la faiblesse de la constitution ou un ramollissement pathologique les fait prévoir et craindre.

L'action des causes purement mécaniques sur la production de ces difformités est ici aussi incontestable que pour le bassin dont les vices de conformation ont été pendant si longtemps attribués, à tort, au rachitisme. Aussi, décharger la colonne vertébrale du poids qu'elle ne peut supporter sans fléchir, est sans doute la première et la plus importante indication à remplir.

Un second point, qui a fixé particulièrement mon attention, est d'éviter dans ces circonstances de prendre aucun point d'appui direct sur le bassin, comme la plupart des corsets que l'on conseille dans ces cas.

MM. Nœgelé, Bouvier, J. Guérin, Sédillot, etc., dans les beaux travaux auxquels nous rendons tous les jours hommage, ont assez démontré le rôle et le mécanisme de cette série de causes sur le bassin, surtout à un âge où la force de résistance des parties qui le composent est si faible, pour que nous ayons besoin d'y revenir.

Voici en quoi consiste notre appareil :



Sur un tabouret rembourré s'élèvent deux tiges métalliques dont on règle la hauteur sur celle du buste au moyen d'une vis de pression. Ces tiges, invariablement fixées sur le tabouret à leur extrémité inférieure, sont articulées en haut sur des coussins en forme de croissant, qu'on place sous les aisselles et sur lesquels on fixe l'épaule au moyen de bretelles. Deux courroies élastiques, entre-croisées en avant et en arrière, achèvent de fixer l'enfant assis sur le tabouret et supporté par les deux petites béquilles.

J'ai déjà employé plusieurs fois cet appareil; il remplit très-bien les indications dont je viens de parler. Les enfants n'y sont point gênés, point serrés, et ne doivent y rester que quelques heures tous les jours.

L'appareil dont nous reproduisons ici le dessin a été fait par notre habile bandagiste, M. Pouillien pour M. Hervez de Chégoin.

Dr Anselmier.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Ayant déjà, depuis longtemps, constaté l'utilité de certaines formules auxquelles M. Ricord donne la préférence et dont il se sert usuellement à l'hôpital du Midi et dans la pratique civile, je vais en faire connaître quelques-unes dont on pourra apprécier l'efficacité.

Liniment sédatif (Ricord).

℞ Huile de jusquiame		200 grammes
Camphre....................	}	
Laudanum de Rousseau......	}	ââ 4 grammes
Extrait de belladone.........	}	
Chloroforme................	}	

Mêlez.

Ce liniment s'emploie en frictions, plusieurs fois par jour, contre les douleurs névralgiques, les affections rhumatismales aiguës ou chroniques, le rhumatisme goutteux, enfin toutes les fois que, dans une maladie, l'élément *douleur* domine.

2° *Pommade fondante* (Ricord).

℞ Extrait de belladone...........	}	
Camphre..................	}	ââ 4 grammes.
Laudanum de Rousseau........	}	
Onguent mercuriel double......		30 «

Mêlez.

On se sert de cette pommade pour combattre les engorgements chroniques, surtout ceux de l'épididyme.

Lorsqu'il s'agit d'un engorgement strumeux, M. Ricord ajoute 4 grammes d'iodure de plomb et substitue l'axonge à l'onguent mercuriel double.

3° *Pilules calmantes* (Ricord).

℞. Beurre de cacao	āā 3 grammes.
Baume de Tolu.	
Poudre de racine de belladone. .	1 gramme.
Miel de Narbonne.	āā 1 gramme.
Extrait de réglisse.	
Extrait de jusquiame blanche.. ..	15 centigr.
Chlorhydrate de morphine. . . .	10 centigr.

Mêlez.

F. S. A. 30 pilules, à prendre trois par jour.

Ces pilules sont fort utiles dans toutes les affections de poitrine où la toux domine. Nous les avons vu très-bien réussir dans les bronchites aiguës ou chroniques, la phtisie pulmonaire, l'emphysème pulmonaire, l'asthme, le catarrhe simple et la broncorrhée.

4° *Sirop antirhumatismal* (Ricord).

℞. Sirop des cinq racines diurétiques.	500 gram.
Teinture de bulbe de colchique.	āā 15 gram.
Iodure de potassium.	

Mêlez.

Ce sirop se prend par cuillerées à bouche, trois fois par jour, dans une tasse de tisane de bourrache.

On peut arriver graduellement à en doubler la dose.

Il est employé par M. Ricord pour combattre les rhumatismes chroniques, le rhumatisme goutteux, la goutte même à l'état subaigu ou chronique; mais il réussit surtout admirablement contre les engorgements si rebelles qui succèdent aux arthropathies blennorrhagiques.

Dr CALVO (de Marseille).

MÉDICATION CURATIVE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE, *par le* Dr BRETONNEAU (DE TOURS).

> Si quis inter mortales reperiatur, qui, sive methodo aliquâ certâ, sive remedio specifico adhibito, febrium intermittentium cursum, non solùm inhibere, sed etiam omnino abrumpere novit, existimo eum omni jure teneri ut humano generi rem illam summoperè expetendam patefaciat : quod si non fecerit, ego illum, nec boni civis, nec prudentis viri nomen mereri pronunciare ausim (Sydenham, OP. MÉD., tom. I, pag. 54: Genevæ, 1736.)

I. — Une sorte d'ivresse plus ou moins pénible, produite par une *seule dose convenable* de sulfate de quinine, répétée au besoin deux jours de suite, supprime pour huit jours la fièvre intermittente *simple*.

II. — De même que, pour une maladie qui céderait à l'ivresse du vin, beaucoup de vin pourrait être donné sans obtenir ivresse et guérison; de même, on voit chaque jour que de grandes quantités de quinquina ont été prises sans que la fièvre ait été supprimée et sans que son retour ait été prévenu.

III. — Avec les jésuites qui avaient importé le quinquina, et qui savaient l'administrer, avec Torti, il a été constaté, par trente années de pratique dans l'hôpital de Tours, que toute dose de quinquina suffisante perd de sa puissance fébrifuge en se fractionnant, exactement comme une dose de vin perdrait sa puissance enivrante en se divisant.

Les faits seuls ont appris jusqu'où la dose préservatrice devrait être portée pour vaincre à forfait l'intoxication paludéenne. Plusieurs centaines de fois la cure radicale de la fièvre a été obtenue à l'hôpital de Tours, en y suivant la voie que de pauvres Péruviens avaient tracée, quand ils avaient enseigné le procédé qu'il fallait suivre pour obtenir la guérison d'une vice-reine qui avait succédé à leurs Incas.

Ce retour à la voie abandonnée a été vivement réclamé par d'habiles observateurs, au commencement du dernier siècle. Werlhof cite et nomme cinquante praticiens qui ont déploré le morcellement et la réduction des doses efficaces de quinquina, choisis parmi les sommités médicales de son époque et de celle qui la précédait; à ses amis Peyer et Brunner, il joint le grand Boerhaave, « *cujus consensum* (*inquit*) *alio-* « *rum quorumdam, imo si multi essent, fidenter oppono.* » Et lui aussi invoque le témoignage de Torti, citant l'habile praticien de Modène quand il s'écrie :

« *Experientia mea est annorum circiter quinquagenta, præter expe-* « *rientiam præceptoris mei, ab ipso adventu corticis initio suo sortitam* « *quod potest sufficere ad firmandam pusillorum fidem.* »

Comment ne pas pardonner à l'auteur de la thérapeutique spéciale des fièvres pernicieuses son dédain pour les moutards (*pusillos*) et pour les Académies!

IV. — Il a été constaté que l'administration prolongée de doses multipliées et s'élevant, dans leur totalité, à la somme de plusieurs doses efficaces, était complétement inutile; on y a vu qu'une fièvre quarte, qui avait résisté à deux onces de quinquina, cédait à l'administration de deux gros de ce *même* quinquina; mais les deux gros avaient été donnés en une seule fois, et les deux onces avaient été prises en quinze jours, chaque once délayée dans une bouteille de vin, trois petits coups chaque jour.

Aujourd'hui, le mode déplorable d'administration du sulfate de quinine consiste généralement, partout et de toute part, à fractionner des doses rendues impuissantes par cette division et qui seraient efficaces si elles étaient ingérées en une seule fois dans leur totalité.

Deux exemples seulement : ils en valent mille.

Un habitant de Nantes, M. Loustoneau, atteint de fièvre tierce régulière, est envoyé aux eaux thermales de Vichy; il y subit deux saisons. Depuis le début de sa fièvre, il ne manque pas chaque jour, à Nantes, à Vichy, à prendre en trois fois 60 centigrammes de sulfate de quinine, sans que sa fièvre subisse aucun changement. L'étonnement, au moins le doute, doivent céder à de positives assertions. — Médication curative à laquelle la fièvre cède complétement. Au neuvième mois d'un séjour aux eaux obstinément continué envers et contre toute insistance, le Nantais, non sans peine, est renvoyé dans ses foyers et se porte bien.

Second exemple. — Un docteur, resté pendant deux ans chef de clinique à l'hôpital de Tours (*infandum, ars medica jubes renovare dolorem*), remet à la mère d'une jeune villageoise de 13 ans une boîte contenant 100 pilules contenant chacune 25 centigrammes de sulfate de quinine, avec recommandation d'en donner 3 chaque jour, une seule à la fois, puis 5, jusqu'à guérison. La guérison n'étant pas obtenue, 8 pilules sont prescrites, et les 100 pilules sont administrées sans que le rhythme de la fièvre soit changé. 50 autres pilules de même sorte sont ajoutées au 100 premières, pour que le traitement soit continué. Il est repris avec la même inefficacité. Alors, 8 de ces mêmes pilules sont administrées en une seule fois : suppression de l'accès pendant 6 jours. Médication curative, permanente; guérison.

La somme plus que complète d'une médication curative se trouvant dans les 100 premières pilules, il est évident qu'elles ont été dépensées en pure perte (de temps, de santé et d'argent).

V. — Les petites doses, qui habituent le malade à l'action du quinquina, nuisent au bon résultat des doses suffisantes; elles impatientent l'appareil digestif, et rendent l'ivresse fébrifuge plus difficile à obtenir.

VI. — Là, on est arrivé à la certitude, trop bien acquise, que les amers indigènes, réputés fébrifuges, ne sont que d'inutiles ou nuisibles auxiliaires.

VII. — Avec Sydenham, avec Morton, il a été constaté que la dose de quinquina qui a supprimé la fièvre, donnée un ou deux jours avant l'époque présumée de son retour, prévient les récidives; et, de plus, il a été observé que l'immunité acquise *se proroge* à mesure qu'on s'éloigne du jour de la suppression de la fièvre, et on a vu qu'on pouvait, sans inconvénient, accroître d'un, de deux, puis de plusieurs jours les intervalles qu'on met entre chacune des doses données pour prévenir le retour de la fièvre.

VIII. — Le plus souvent, la progression suivante a été à peu près adoptée; la seconde dose, dose préservative qui doit être égale à celle qui a supprimé la fièvre, est donnée en laissant entre l'une et l'autre six jours d'intervalle; ainsi les suivantes, à 6,—7,—8,—9,—10,—12, —14,—16,—20,—24,—30 jours d'intervalle, ce qui fait environ cinq mois; chaque dose préservative est donnée à l'instant d'un dîner médiocrement abondant, et la première dose de toutes, celle qui doit supprimer la fièvre, au déclin d'un accès, afin que ce soit à la plus grande distance possible de l'accès subséquent.

IX. — Une récidive oblige à revenir au point de départ, et fait perdre les avantages acquis.

X. — Les doses préservatives doivent être rapprochées, s'il arrive que la fièvre devance l'époque à laquelle on doit les administrer.

XI. — Un exercice insolite, l'impression prolongée du froid, une indigestion, une purgation, provoquent le retour de la fièvre qui, ordinairement, avec les précautions indiquées, ne revient qu'au printemps. Souvent à Tours, la fièvre qu'on a supprimée sans qu'on oppose à son retour la médication préservative, se reproduit pendant vingt et trente mois.

XII. — Je dois faire observer qu'une dose de sulfate de quinine suffisante cause ordinairement des vertiges, des tintements d'oreilles; puis, à une distance plus ou moins éloignée de ce premier effet, on voit souvent survenir un état fébrile qu'on aurait tort de confondre avec le retour de la fièvre intermittente; cette sorte de fièvre est de bon augure; pendant sa durée, la peau est chaude, le pouls élevé, et cet état correspond à ce stade de réaction fébrile qu'on a si grand tort de redouter dans les affections paludéennes.

XIII. — Avec une extrême sagacité, M. le docteur Bally a découvert, en 1821, qu'à Paris, on voyait ne se développer qu'au printemps la fièvre intermittente chez des sujets qui avaient séjourné pendant l'automne dans des localités où régnait cette fièvre. Les preuves les plus irrécusables appuyaient son assertion, rien de semblable n'étant observé chez ceux qui n'avaient pas quitté Paris.

XIV. — Depuis lors, j'ai vu bien des fois que la fièvre qui se développait dans ces conditions conservait la ténacité qu'elle aurait eue dans la localité où elle avait été contractée.

XV. — 1 gram. 110 centigr. de sulfate de quinine, ou 12 à 15 gr. de bon quinquina suffisent ici pour supprimer la fièvre d'un adulte et pour la maintenir supprimée pendant huit à neuf jours.

Mode d'administration du sulfate de quinine pour un adulte.

Pr. : Sulfate de quinine, 1 gramme; div. en cinq pilules.
A prendre dans un potage en une seule fois au déclin de la fièvre, et mieux au moment où elle a dépassé son maximum d'intensité.

XVI. — Bien des motifs portent à croire qu'il est utile que la dose nécessaire ne soit pas dépassée.

XVII. — La fièvre intermittente est endémique dans la localité où ces observations ont été répétées une multitude de fois, et le nombre de fiévreux admis à l'hôpital est assez élevé pour que, dans cet établissement, avant l'invention du sulfate de quinine, 1,200 livres de quinquina eussent été prescrites dans le cours de dix années, et que, depuis cette découverte, souvent 1,500 grammes de sulfate de quinine, dans le seul trimestre d'automne, aient été ordonnancés aux cahiers de la pharmacie.

XVIII. — Si un symptôme grave, insolite, se montre pour la seconde fois dans le cours d'une fièvre dont les accès ont été peu prononcés; si une torpeur léthargique, des syncopes, des évacuations alvines cholériques, ou semblables à de la lavure de chair, ou bien sanglantes; si une très-vive douleur cardialgique, une sueur surabondante, le froid de marbre des frissons, symptômes dépassant bien des fois la mesure ordinaire, s'accompagnant de défaillance, d'abolition presque complète du pouls; si, dis-je, ces graves symptômes se montrent une seconde fois, et s'ils sont plus prolongés que dans l'accès précédent, la dose indiquée doit être doublée et donnée en une seule fois avant le complet déclin de la fièvre, *devenue pernicieuse.*

Cette dose doit être gardée, ou remplacée si elle n'est pas gardée douze heures.

2 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, ou quatre à cinq gouttes de laudanum liq. de Sydenham, suffisent ordinairement pour assurer la tolérance désirable, soit que cette-dose ait été ingérée, soit qu'elle ait été convenablement injectée dans le rectum.

Quand la fièvre intermittente ne se révèle que par des accès peu prononcés, cette bénignité suspecte doit éveiller l'attention d'un praticien expérimenté; et si, après quelques jours de cette fièvre indécise, un des symptômes énoncés se montre, si l'on ne s'est pas hâté d'administrer une dose efficace de quinine, il faut surveiller avec une inquiète sollicitude le retour probable d'un second accès énormément aggravé. Il ne faut pas oublier ici qu'on est en face d'une question de vie ou de mort; souvent il n'y a qu'un instant à saisir, et si on le laisse échapper, on ne le retrouvera plus. Que le praticien se tienne donc pour averti; si pour agir il attend que le second accès commence à décliner, le retour très-anticipé du troisième ne pourra être prévenu; pour gagner de vitesse cet accès redoutable, il ne faudra pas laisser passer le maximum d'intensité du deuxième accès; le sulfate de quinine, donné à ce moment, aura le temps de produire son effet avant le début de l'accès subintrant, dont l'issue serait funeste si on l'attendait pour le combattre au lieu de le prévenir.

XIX. — Dans le cas où la déglutition est impossible, il est si important que la tolérance de l'intestin soit obtenue, qu'aucune des conditions qui la favorisent ne doivent être négligées.

L'injection intestinale est plus facilement retenue si elle ne produit ni la sensation du chaud, ni celle du froid; si elle est déposée au-dessus du second sphincter, région moins excitable que celle qui est au-dessous; si elle est peu abondante (de 100 à 125 grammes); si elle est doucement poussée à travers une canule à large conduit et terminée en olive. Un mélange de 8 grammes de quinquina en poudre et de 150 centigrammes de sulfate de quinine est plus facilement gardé qu'une solution de 2 grammes de sulfate de quinine.

XX. — Une alimentation substantielle, modérément abondante, aide puissamment au bon succès de la médication préservatrice; ce que Sydenham et Morton, il y a cent cinquante ans, avaient expressément affirmé.

Ces dignes successeurs d'Hippocrate connaissaient les ressources de l'organisme, savaient les soutenir et les ménager; en redoutant l'inanition, ils étaient loin d'ignorer la valeur de la fièvre, de cet effet vital conservateur et protecteur, quand il lutte contre un grand danger.

L'appréhension de la fièvre est une de ces vaines terreurs communiquées aux malades par les médecins.

Que les malades imaginent que toute souffrance est un mal qui ne peut être salutaire, leur illusion est excusable; ils ne peuvent savoir que la fièvre est généralement une bienfaisante incommodité. Les médecins, dont le but est de guérir, ne devraient pas oublier cette vieille et constante vérité; et cependant, à quelque secte qu'ils appartiennent, sectaires dissidents sur tout autre point, ils sont unanimes quand il s'agit de condamner leurs malades à une abstinence absolue, qui peut tuer de son chef, et qui, dans une multitude de maladies, devient surtout leur meurtrier auxiliaire en ouvrant toutes les portes de l'absorption à tant d'excrétions et de sécrétions toxiques. Ils retranchent tout aliment, dans la crainte de susciter un peu de fièvre; quand cependant sétons et cautères sont si légèrement et si largement appliqués! Ce n'est pas sans intention que le moins cruel en apparence, et le plus dangereux en réalité de ces exutoires, est ici réservé. La vésication cantaridique avec ses redoutables abus doit être à part signalée; elle cause des dysuries hématuriques, et, loin de purifier le sang, elle le souille; elle crée la purulence, bientôt manifestée par une diathèse furonculeuse, dont on connaît les interminables conséquences.

On a vu céder la fièvre intermittente à l'abstinence, on ne peut le nier. Oui, elle peut céder à l'épuisement des forces, sans qu'il en reste la moindre trace; mais il convient de montrer à quel prix.

Madame la marquise de.... est atteinte de fièvre intermittente automnale. Traitement homœopathique; persistance de la fièvre; puis doses allopathiques de sulfate de quinine. Je vois la malade à cette époque; elle est sans fièvre ou bien elle n'éprouve que des mouvements fébriles erratiques : expectoration. A l'approche de la mauvaise saison, extrême dégoût, vie sédentaire. La fièvre s'éteint : amaigrissement qui, pendant plusieurs semaines, s'accroît de plus en plus, agonie, extrême-onction. On me rappelle à ce moment : le pouls est à peine perceptible, et la rapidité croissante de ces funestes symptômes semble indiquer un danger au-dessus des ressources de l'art. Dans cette détresse, une proposition conditionnelle reste confiée au médecin consultant : *Lavement nutritif avec 75 grammes de bouillon, mêlés à 25 de lait.* Si contre toute probabilité la vie se ranimait, trois autres lavements nutritifs seraient donnés de quatre heures en quatre heures, et subséquemment, de légers potages, etc.

Ces propositions, en apparence si ridicules, ont un résultat inespéré; le tube digestif s'éveille; et, dès le lendemain, des boules stercorales étant entraînées par un des lavements nutritifs, bientôt vive appétence; progressivement, alimentation plus variée, plus substantielle, plus réclamée. Sept ou huit jours plus tard, soupçon, puis manifestation positive d'une fièvre double-quarte régulière. Traitement curatif. Après la troisième dose anti-périodique, les progrès de la restauration deviennent rapides; les bras, le visage, tout le buste se ranime; les traits s'épanouissent, mais les muscles des jambes restent atrophiés, évanouis, et il en est presque de même de ceux des cuisses. Non-seulement tout mouvement volontaire des membres pelviens est impossible; on ne peut même par aucunes tentatives doucement répétées, imprimer la moindre flexion à l'articulation tibio-tarsienne, et il a fallu trois années pour que cette gymnastique domestique, aidée du concours de douches thermales ait ramené un peu de souplesse articulaire. Depuis, la faculté de marcher a surpassé toute attente. Dix années se sont écoulées, et madame de..., septuagénaire, peut faire d'assez longues promenades et conserve la bonne santé qu'elle a recouvrée.

On le voit, l'inanition éteint la fièvre, mais c'est en amoindrissant la vie. Autre exemple plus grave encore de cette triste vérité.

En 1825, un soldat fut reçu à l'hôpital du chef-lieu de la division militaire d'Indre-et-Loire; il y était transféré d'une succursale, l'hôpital militaire de Poitiers. L'inanition avait eu pour auxiliaire une grande émission de sang. Le malade disait avoir été roulé dans un drap de lit avec un grand nombre de sangsues; 200 à la fois, affirmait-il. Si étonnante que fût son assertion, des exemples contemporains, cités dans les *Annales de la doctrine physiologique*, et une multitude de petites cicatrices triangulaires sur toute la surface du corps, jusque sur le visage,

donnaient de la valeur à cette assertion, confirmée par le déplorable aspect du malade. Anasarque, épanchements séreux dans toutes les cavités splanchniques; lèvres, langue, gencives exsangues; pupilles dilatées, roses comme chez le lapin angora; cécité absolue de nuit et de jour; c'était progressivement que la vue s'était éteinte. Il ne restait aucune apparence de la fièvre, qui avait été tierce. Alimentation variée, substantielle, restreinte. L'appétence devient vive; la fièvre se reproduit d'une manière douteuse, puis elle devient manifeste, régulière.

La médication curative abordée, à chaque dose un énorme effet diurétique est produit, pendant cinq à six jours; ce qui invite à diminuer la prolongation ordinaire des intervalles progressivement accrus entre chaque dose préservative. L'épanchement de l'ascite se dissipe rapidement; la rate peut être palpée, elle est bosselée, volumineuse. C'était pour affaisser le développement de ce viscère que l'abstinence et les émissions sanguines avaient été imposées au malade.

Curieuse médication que le recours à l'abstinence pour remédier à la tuméfaction de la rate! Quand on voudra se donner la peine d'y regarder, on constatera que, pendant la réplétion de l'estomac d'un chien de forte taille, largement repu, ce réservoir de sang, ce ganglion sanguin perd une énorme proportion de son épaisseur, et prend la couleur et l'aspect d'un étroit ruban rose.

Sous l'influence du traitement curatif, l'engouement splénique perdit beaucoup de son volume, en même temps que la choroïde devint violette; le convalescent commença à distinguer le jour de la nuit. Quelques semaines plus tard, elle devenait noire; la vue, une santé robuste se recouvraient en même temps.

Si on considère ce qui arrive à ces sujets, on voit clairement que la fièvre, quand elle paraît vaincue par l'abstinence, ne cède réellement qu'à l'amoindrissement de la vie, et qu'elle reparaît dès que la vie se ranime; mais alors, nonobstant tant de conditions aggravantes, la fièvre intermittente peut encore céder à la fièvre kinique, à la médication anti-périodique, complétement et sans retour.

XXI. — La complication de maladies, qu'elles soient ou non la conséquence de la durée prolongée des fièvres intermittentes, peut exiger le concours d'autres moyens, sans lesquels le traitement curatif ne pourrait être toléré.

En voici un remarquable exemple sur une vivandière, reçue en 1826, à l'hôpital de Tours :

Fièvre tierce, fausse couche, hémorrhagie consécutive prolongée. Au commencement du carême, anasarque monstrueuse; les cuisses ne peuvent être rapprochées; jambes et bras sortent du lit. Complète impuissance des médications diurétique et antispasmodique. Diarrhée évacuations fréquentes, parfois teintes de sang. Dyspnée, toux, expectoration demi-séreuse limpide, de temps à autre colorée par du sang. L'orifice de la vulve est gonflé et ulcéré par le contact inévitable des urines et du double flux utérin et diarrhéique. Bouffissure énorme de la face. État presque désespéré.

Je passe à regret sur les menus détails du traitement. Bandages roulés sur les bras, les jambes, les cuisses. Avec une lancette à lame très-étroite, quatre ponctions perpendiculaires presque de 1 centimètre sont pratiquées. Lit incliné par des cales de 30 centimètres mis sous les pieds du chevet.

Le lendemain, une dizaine de litres de sérosité avaient été recueillis dans le vase placé sous le lit; trois ou quatre vases de nuit furent remplis d'urine. On eût dit que les médicaments diurétiques ingérés et restés sans effet, attendaient cette déplétion pour agir tous à la fois.

La fièvre tierce céda à une dose suffisante de sulfate de quinine; de petites doses de fer substituèrent une teinte animée à la décoloration anémique, et le traitement préservatif prévint le retour de la fièvre jusqu'à la veille de Pâques. A cette époque, vers le trente-neuvième jour du traitement, le monstre était converti en une jeune femme de 21 ans; l'exeat lui fut accordé à la condition que chaque semaine, pendant le mois, elle se présenterait à l'hôpital pour qu'on lui remît en temps opportun les doses de son traitement curatif. Elle tint parole.

(*Revue méd. chirurg. de Paris.*)

DE L'EMPLOI DE L'ESSENCE D'ORANGE CONTRE LES NÉVROSES GASTRIQUES; *par* M. HANNON.

Il n'est pas de médecin qui ne connaisse par expérience quelles difficultés l'on rencontre dans la pratique à l'endroit des névroses gastro-intestinales. Parmi la longue liste des remèdes vantés dans ces cas, figurent les préparations d'écorce d'orange, et en particulier le sirop d'écorces d'oranges amères. M. Hannon vient, à son tour, préconiser *l'essence d'écorce d'orange;* il la regarde comme d'une grande utilité dans le traitement des gastro-entéralgies : il pense qu'elle favorise la digestion, fait disparaître la dyspepsie et les anxiétés épigastriques, et dissipe les malaises et pesanteurs d'estomac dont souffrent les malades.

L'écorce d'orange renferme une huile essentielle ou essence, à laquelle elle doit son odeur. On prépare cette essence en soumettant à la presse la partie colorée de l'écorce d'orange. L'auteur préfère de beaucoup ce mode de préparation à la distillation de l'écorce avec de l'eau. Il donne 6 à 10 gouttes de cette essence, en deux fois, sur du sucre, à 2 heures d'intervalle, dans la matinée. Il rapporte 5 observations de gastralgie et de gastro-entéralgie, dans lesquelles l'essence d'écorce d'orange a obtenu la guérison assez rapidement, tandis que les moyens ordinaires avaient échoué, comme l'opium, le bismuth, l'eau de laurier-cerise, la noix vomique, la valériane, les toniques végétaux et minéraux, etc.

L'essence d'orange à petite dose est un tonique stomachique, qu'on administre sans inconvénient. M. Hannon la regarde comme un spécifique de toutes les névroses gastriques, quelle que soit d'ailleurs leur forme; elle n'exclut pas les autres moyens généraux ou particuliers que réclame l'état des malades; on l'associe à la magnésie dans les aigreurs.

M. Hannon recommande d'éviter toute erreur de diagnostic, et en proscrit l'emploi dans la gastrite chronique, dans le cancer de l'estomac, dans la gastrodynie rhumatique, etc.

Nous croyons que cet agent thérapeutique mérite d'être expérimenté on aura soin, comme le recommande l'auteur, d'éviter toute sophistication. (*Presse médic. belge et Gaz. méd. de Paris.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— D'après nne note insérée au *Moniteur universel*, le nombre des malades de l'armée d'Orient n'a jamais dépassé 4000; c'est environ une proportion de 1 malade sur 25 hommes, proportion bien inférieure à celle que des exagérations tendaient à accréditer.

— La correspondance de Constantinople de *la Presse* nous apprend que M. Michel Lévy a visité les bâtiments de l'école polytechnique turque, et qu'il s'est assuré que, moyennant quelques appropriations, ils pourraient servir à établir un hôpital de 1200 lits.

— M. P. Dubois, doyen de l'Ecole, a été réélu président de l'Association des médecins de Paris.

MM. Adelon et Bérard ont été réélus vice-présidents.

MM. Jules Cloquet et Barth ont obtenu chacun 10 voix pour la vice-présidence.

Le bureau se trouve donc composé comme l'année dernière:

MM. Paul Dubois, président; Adelon et Bérard, vice-présidents; Cabanellas, secrétaire-général; Vosseur, trésorier; Ménière, secrétaire de la commission générale; Perdrix, secrétaire général honoraire, archiviste de l'Association.

— Nous avons annoncé par erreur que M. Berthelot, qui a reçu cette année un prix de l'Académie des sciences, avait déjà été couronné par cette société savante. C'est la première couronne que ce jeune et déjà habile chimiste vient de recevoir, mais ses brillants débuts nous garantissent que ce ne sera pas la dernière.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Chirurgie de Paul d'Egine. Texte grec restitué et collationné sur tous les manuscrits de la bibliothèque impériale, accompagné des variantes de ces manuscrits et de celles des deux éditions de Venise et de Bâle, ainsi que de notes philologiques et médicales, avec traduction française en regard, précédé d'une introduction, par le docteur René Briau. — 1 vol. gr. in-8° de 508 pages. Prix 9 fr. — Librairie de Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par MM. Denonvilliers, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc, et L. Gosselin, ancien chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, etc. — Un très-fort volume grand in-18 de plus de 950 pages. Prix : 6 f.; chez LABÉ, libraire de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

3.

1re Série. Tome 3. — N° 17. 3me ANNÉE. Jeudi 8 Février 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 13. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Séance de l'Académie des Sciences.

LE SUCRE ET LE FOIE.

Qui trompe-t-on ici? Nous ne saurions le dire. Mais ce qui nous rassure, c'est la certitude où nous sommes que, si l'on trompe quelqu'un, c'est sans le vouloir et sans le savoir, et en se trompant soi-même. Ceci nous permet de chercher en toute liberté le trompeur, car, si nous parvenons à le découvrir, nous aurons la satisfaction de trouver en lui un innocent et non pas un coupable. Ce trompeur est M. Cl. Bernard, à moins que ce ne soit M. Figuier, et voici comme :

M. Cl. Bernard, tout le monde le sait, a découvert (il le croit du moins et on le croit), que le foie de l'homme et des animaux a la propriété de fabriquer de toutes pièces du sucre. Il fondait sa découverte sur ces trois faits capitaux et sur quelques autres circonstances accessoires :

1° On trouve du sucre dans le tissu du foie;

2° On en trouve dans les veines hépatiques qui portent le sang du foie au cœur;

3° On n'en trouve pas dans la veine-porte qui amène le sang des organes abdominaux dans le foie.

Ainsi : le sang qui arrive au foie ne contient pas de sucre; celui qui en sort en renferme; donc c'est dans le foie que le sucre se forme.

Les physiologistes, qui ne sont pas si bêtes que l'on pense, furent sensibles à ce raisonnement (ils se seraient montrés bien difficiles, s'il en avait été autrement), et ils répétèrent tous à l'envi que le foie était une petite fabrique de sucre.

M. Figuier, cependant, ne se trouvait pas entièrement satisfait du syllogisme de M. Bernard, ou plutôt, et pour être plus juste, l'une des prémisses de ce syllogisme choquait ses instincts de chimiste organicien. Il ne voyait pas pourquoi le foie se donnerait la peine de fabriquer une minime quantité de sucre, lorsque les végétaux en fournissent en abondance et beaucoup plus qu'il n'en faut à l'organisme animal pour sa consommation. Comme la nature n'est pas absolument dans l'obligation de rendre des comptes à messieurs les physiologistes, voire même à messieurs les chimistes, les susceptibilités de M. Figuier, quelque légitimes qu'elles pussent être, n'avançaient guère la question; il sentit le besoin d'aller plus loin : il chercha le sucre dans tout le système circulatoire (moins toutefois l'embranchement de la veine-porte), dans la chair musculaire des animaux, et il le trouva partout, dans la proportion de 1/2 p. 100.

Voilà le grand fait du travail de M. Figuier; il est assez important pour que nous nous y arrêtions un instant.

Au point où en est arrivée l'analyse chimique, 1/2 p. 100 en poids d'une substance est une quantité très-notable qu'un expérimentateur, d'une habileté même médiocre, ne peut laisser passer inaperçue. M. Cl. Bernard en particulier avait annoncé dans son travail que le procédé d'analyse qu'il avait employé dans ses recherches décélait la présence de 1/1000 de sucre. Comment donc, avec un pareil procédé, a-t-il pu en méconnaître constamment, et dans des expériences multipliées, une quantité cinq fois plus forte que celle qu'il pouvait découvrir?

Cette question nous paraît grave, d'autant plus grave qu'elle est insoluble, car on ne peut pas rejeter sur la différence des procédés la différence des résultats obtenus par MM. Figuier et Bernard, puisque, dans l'analyse du sucre contenu dans le foie, ces procédés ont donné des résultats identiques, et que la différence de ces résultats ne s'est manifestée que dans l'analyse du sang, de la chair musculaire, etc. Et puis, il resterait toujours à savoir comment un procédé qui découvre *un millième* de sucre dans le sang du foie n'en découvre pas *un demi-centième* dans le sang en général.

Voilà donc notre question justifiée : qui trompe-t-on, ou plutôt qui donc se trompe ici? A laquelle question les probabilités répondent pour nous, que ce doit être M. Bernard : car il est plus difficile d'admettre qu'un expérimentateur prend pour du sucre ce qui n'en est pas, que d'admettre qu'un autre expérimentateur en méconnaît la présence là où ce principe existe réellement.

Ce grand fait de la présence du sucre dans le torrent circulatoire ainsi provisoirement admis, sur la foi de M. Figuier, en faut-il conclure que le foie ne sécrète pas du sucre. Ici M. Figuier nous paraît avoir dépassé de beaucoup dans ses conclusions, ce qu'on peut rigoureusement conclure de ses analyses.

Qu'a constaté en effet M. Figuier?

1° Qu'il y a dans le foie (en nombres ronds) 2 pour 100 de sucre;

2° Qu'il y a dans le sang et dans la chair musculaire (toujours en chiffres ronds) 1|2 pour cent de sucre.

C'est-à-dire qu'il y a dans le sang du foie, non pas comme le dit M. Figuier, suivant une locution usitée, mais qui n'est ni française ni exacte dans le sens qu'on lui donne, *deux fois plus* de sucre que dans le sang des autres organes, mais *quatre fois autant* ou, ce qui est la même chose, *trois fois plus*. Comment expliquer ce fait? Faut-il admettre avec M. Figuier que le foie étant *un organe de condensation*, il est naturel qu'il retienne plus de sucre que les autres? C'est là une raison bien faible, et dont personne assurément ne se contentera. Il semblera beaucoup plus naturel d'admettre, avec M. Bernard, que le sucre se formant dans le foie passe nécessairement dans la circulation générale, y diminue de quantité à mesure qu'il chemine, et disparaît, enfin, avant de revenir au foie par la veine-porte. Cela paraît d'autant plus probable que M. Bernard a trouvé exactement la même quantité de sucre dans le foie des animaux nourris exclusivement avec de la viande et dans celui des animaux nourris avec des aliments amilacés, ce qui tend évidemment à prouver que le sucre venant de l'extérieur n'a aucune influence sur la quantité de celui qui se trouve dans le foie. On le voit, l'analyse du sang de la veine-porte est indispensable pour la démonstration de la doctrine que M. Figuier a voulu établir. Il est évident que si la veine-porte ne contient pas de sang, ou même si elle en contient moins que les veines hépatiques; s'il en entre dans le foie moins qu'il n'en sort, il faut bien qu'il s'en forme dans cet organe; c'est une simple question de balance. Et, à propos de cet admirable instrument, qu'il nous soit permis de répéter ce que nous a dit bien souvent un de nos amis les plus distingués, dont le nom est bien connu dans la science, quoique pas autant qu'il mérite de l'être. Le nombre est considérable, nous dit souvent M. Doyère, des questions qu'on peu résoudre de la manière la plus positive à l'aide de la balance, et cependant rien n'est plus limité que l'usage qu'on fait de cet instrument. C'est là une vérité féconde dont nous engageons M. Figuier à faire l'application. Jusqu'à ce qu'il l'ai faite, nous le féliciterons sincèrement et bien vivement (sous le bénéfice d'un contrôle, bien entendu) d'avoir introduit dans la science ce fait intéressant de la présence du sucre dans le sang des animaux et dans la chair musculaire; mais nous considérerons encore comme plus probable que la sienne la doctrine de M. Bernard sur la fonction glucogénique du foie.

Plusieurs autres communications dignes d'intérêt ont été faites dans cette importante séance; nous en dirons quelques mots dans un prochain numéro.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. Civiale.

(SERVICE DES CALCULEUX).

De quelques phénomènes peu étudiés, et encore mal appréciés, qu'on observe pendant le traitement et dans le cours des maladies des organes urinaires.

Les travaux modernes sur la pathologie des organes urinaires ont mis en relief une série de faits importants, inaperçus ou mal appréciés jusqu'à nos jours, qui ont une grande portée dans la pratique et qui servent de guide au chirurgien. Nous citerons, en première ligne, les effets que déterminent les sondes, les bougies ou tout autre instrument, par leur contact immédiat avec la surface interne de l'urètre et de la vessie, et l'influence de l'habitude sur la sensibilité et la vitalité de ces parties.

1° Quand on introduit une sonde ou tout autre instrument dans l'urètre et jusqu'à la vessie, soit à titre d'exploration, soit pour évacuer l'urine, ou pour remplir toute autre indication thérapeutique, il y a toujours une sensation douloureuse, quelquefois assez vive, qui cesse dans la plupart des cas, dès qu'on retire l'instrument, ou du moins, il ne reste au malade qu'un sentiment de malaise, un peu de chaleur dans le canal, qui diminuent et cessent, à leur tour, dans l'espace de quelques heures.

2° La manœuvre peut provoquer une douleur plus forte, plus persistante, avec des besoins fréquents d'uriner et d'une sensation de brûlure pour les satisfaire. Quelquefois même elle entraîne des conséquences plus graves, qu'on n'a pas suffisamment étudiées, et au sujet desquelles on a émis et l'on soutient des opinions qui contrastent avec les données de l'observation.

Prenons la fièvre pour exemple :

Il n'est pas rare, assurément, après la lithotritie, l'urètrotomie, le cathétérisme, et même la simple introduction d'une bougie dans l'urètre, de voir la fièvre se déclarer et même persister avec des formes variées.

Voici ce qu'on observe le plus communément :

Quelques heures après l'opération, le malade éprouve un frisson fébrile qui dure de une à trois heures; puis, viennent la chaleur et la sueur. Si le frisson est régulier et de courte durée, si la sueur est abondante, la fièvre ne paraît plus, et le malade rentre dans son état habituel sans l'intervention de l'art.

Le frisson peut revenir le lendemain et le jour suivant, surtout lorsque la première sueur n'a pas été abondante ou que l'on a manqué de précautions en changeant le malade de linge. Dans ce cas aussi, l'intervention de l'art doit être très-restreinte; le chirurgien se borne à prescrire des bains, la diète, des boissons abondantes et à favoriser la sueur, par laquelle se terminent généralement ces sortes de fièvres. Ici encore le quinquina est inutile. Il en est de même des autres moyens vantés par les modernes. La médication simple qui vient d'être indiquée suffit généralement.

3° Dans quelques circonstances, heureusement rares, la fièvre présente plus de gravité, soit que la manœuvre ait produit une commotion plus forte, soit qu'on ait affaire à un sujet dont la santé est profondément atteinte, et qui porte en lui-même les germes d'une fièvre grave, disposition qu'on ne découvre souvent qu'après coup. Le frisson est alors irrégulier, intermittent, entrecoupé par des chaleurs; il se prolonge parfois, et la chaleur qui suit est sèche et brûlante; la sueur est rare et souvent nulle;

s'il en existe, elle fatigue, accable le malade et ne le soulage pas, comme cela a lieu dans la première série des cas. L'accès revient le lendemain et les jours suivants, mais plus fort et plus long, quelquefois avec une marche irrégulière; la langue devient blanchâtre, grisâtre, bientôt elle se dessèche; pouls petit et fréquent, sommeil agité ou perdu, prostration, amaigrissement rapide, etc. Le plus communément, il existe une douleur locale, les fonctions de la vessie s'exécutent plus irrégulièrement. L'urine rare, épaisse, fortement colorée, devient fétide et chargée de mucopus. Mais il n'est pas rare qu'il y ait absence complète de phénomènes locaux. A la vérité, cela ne suffit pas pour établir que la fièvre, qui prend alors tous les caractères de la fièvre typhoïde grave, ne se rattache pas à l'état des organes urinaires. L'autopsie dévoile, en effet, trop souvent, des altérations organiques anciennes et profondes qu'on avait méconnues pendant la vie, et dont la fièvre est la conséquence.

En face de ces phénomènes généraux, le praticien ne saurait rester inactif, même au début. L'art doit intervenir d'une manière souvent énergique : les moyens à employer sont généralement ceux qu'on prescrit contre la fièvre typhoïde. Le traitement local est tracé par les troubles fonctionnels de la vessie et par les lésions qu'on observe ou que l'on soupçonne. Ces cas présentent d'ailleurs une foule de nuances qui font varier le traitement local et général. Je reviendrai sur ce sujet.

4° La fièvre peut se montrer sous une autre forme. Il n'est pas rare, en effet, dans les circonstances dont il s'agit, de voir survenir un état fébrile continu, ou du moins sans exacerbations manifestes, qui persiste, augmente même, et qui finit souvent par devenir fatal.

Ces deux séries de cas diffèrent essetiellement. Dans la première, la vessie possède toute sa puissance expulsatrice, et le malade se livre dans la miction, à des efforts incessants, qui ont une part non douteuse dans le développement et l'entretien de la fièvre. Il suffit souvent, en effet, d'écarter les obstacles à la sortie de l'urine et de faire cesser les contractions normales de la vessie et les douleurs qu'elles provoquent, pour que la fièvre cesse ou au moins diminue notablement.

Dans la seconde série des cas, au contraire, il n'y a pas de douleur locale, manifeste et constante, ni en urinant, ni après avoir uriné. Le malade n'accuse qu'une sensation de malaise vague et général : la vessie fonctionne péniblement par défaut et non par excès de contraction; si le malade fait effort, s'il pousse, c'est surtout pour faire partir l'urine. Il n'y a, en un mot, dans le fait de la miction, rien qui explique la fièvre. Tient-elle à l'altération de l'urine, aux qualités irritantes qu'elle peut acquérir par son séjour prolongé dans la vessie? L'état permanent de distension du viscère y est-il pour quelque chose? Y a-t-il vice dans la sécrétion ordinaire? Quoiqu'il en soit, l'état fébrile persiste; il est d'autant plus digne de fixer l'attention, que la fièvre est alors plus grave, que sa marche est insidieuse, et sa manifestation irrégulière; et qu'ici, plus encore que dans le groupe précédent, il est fort difficile d'établir une filiation satisfaisante entre les causes et les effets. Ce qui est constaté, c'est que cette forme de fièvre se déclare spécialement chez les personnes dont la vessie, faible, paresseuse, fonctionne mal.

Quelques mots d'abord, sur cet état de la vessie, sur les signes à l'aide desquels on le reconnaît, et sur les suites qu'il peut avoir. Ce sont autant de points à l'égard desquels les opinions des chirurgiens ne sont pas fixées : quelques-uns, même, ont contesté les faits qui ont mis cet état en évidence.

Il y a 25 ans, dit M. Civiale, que j'ai signalé aux praticiens, une série de cas insidieux et presque toujours graves, dans lesquels la vessie se contracte si faiblement, que, même à l'aide des puissances auxiliaires, elle ne parvient pas à se débarrasser de toute l'urine qu'elle contient, d'où résulte ce que j'ai appelé la *stagnation* de l'urine, qu'il ne faut pas confondre, comme on le fait trop souvent, avec la rétention d'urine. Ce sont deux maladies essentiellement différentes, bien qu'elles produisent des effets analogues, c'est-à-dire l'accumulation, le séjour forcé de l'urine dans son réservoir.

Dans les cas de rétention, en effet, la vessie possède toutes les qualités nécessaires pour chasser l'urine au dehors, dès que les parois sont suffisamment écartées; mais il se présente, dans un point quelconque de son conduit excréteur, un obstacle dont le développement progressif rend la sortie du liquide laborieuse, difficile et même impossible. Dans la stagnation, il y a aussi distention de la vessie plus ou moins considérable par l'accumulation de l'urine; mais elle est produite par des causes différentes. Ici, en effet, l'urètre n'est ni dévié, ni rétréci, ni obstrué. La prostate et le col vésical, ne présentent rien d'anormal; on peut introduire jusque dans la cavité vésicale une sonde ordinaire, sans rencontrer le moindre obstacle. Cependant l'urine ne sort pas, ou ne sort qu'incomplètement, par la raison seule qu'elle n'est pas chassée. Les parois vésicales ne sont pas en possession d'une puissance expulsatrice suffisante; elles se laissent écarter et distendre par l'urine, suivant le degré d'inertie dont elles sont frappées et quelquefois, autant que le permettent et la largeur des fibres et l'élasticité que possèdent les tissus vivants. Si l'on sonde le malade, horizontalement placé, la première colonne du liquide est lancée, quand la surdistension de la vessie est considérable; mais le reste coule et tombe pour ainsi dire; il n'y a de projection que si l'on comprime l'hypogastre, ou si l'on engage le malade à faire effort comme pour aller à la selle.

Ces cas forment deux catégories distinctes, importantes à étudier et nettement établies par l'anatomie pathologique.

Dans la première, on trouve les parois vésicales minces, molles, flasques, décolorées : on dirait qu'elles n'ont pas reçu un développement complet. Depuis sa jeunesse, et souvent à la suite d'une incontinence nocturne prolongée, le malade a presque toujours mal uriné, lentement, mais avec de nombreuses oscillations.

Quelquefois, la maladie est moins ancienne et ne se manifeste, sans cause appréciable, qu'à une époque plus ou moins avancée de la vie. Il y a longtemps, dit M. Civiale, que j'ai recueilli et publié des faits nombreux qui constatent que les parois vésicales peuvent éprouver une sorte d'atrophie musculaire par suite de laquelle la vessie perd progressivement la faculté de chasser l'urine, alors même que celle-ci est accumulée en quantité suffisante pour écarter les parois du viscère et en provoquer la contraction, comme cela a lieu dans l'état normal. Ces faits, contestés par les uns, faussement interprétés par les autres, ont, en réalité, plus d'importance qu'on l'avait supposé. Espérons que des effets analogues à ceux que j'avais observés dans la vessie, constatés depuis peu de temps dans les masses musculaires des membres, etc., contribueront à appeler l'attention des observateurs sur ce qu'on appelle aujourd'hui *la paralysie musculaire atrophique*.

Ayant exposé ces faits ailleurs, je me borne à les rappeler en faisant remarquer que la structure molle, lâche, flasque de la vessie, qu'elle soit primitive, qu'il y ait une sorte d'arrêt, de développement, ou qu'elle soit conséquence d'un état pathogénique particulier, rend parfaitement raison de l'inertie de ce viscère et des différentes espèces de la stagnation d'urine.

Mais dans une autre catégorie de ces cas, au lieu d'être amincies, relâchées, ramollies, les parois vésicales présentent une véritable hypertrophie; elles sont épaisses, dures, résistantes et à colonnes plus ou moins serrées, plus ou moins développées. Cependant, la contractilité de ce viscère, après avoir existé longtemps, en rapport avec cette organisation, diminue sous l'influence de causes non encore déterminées, cesse même au point que le malade ne peut plus vider naturellement la vessie et qu'il faut recourir à la sonde. Chez les calculeux, le fait est plus en évidence; je les prends pour exemple : un homme, atteint de la pierre, urine souvent et fait de grands efforts en finissant d'uriner, ce qui indique une grande puissance des parois de la vessie et en même temps une diminution de la capacité. A mesure que la pierre grossit, elle stimule la surface interne du viscère dont les parois s'hypertrophient de plus en plus; les besoins d'uriner sont irrésistibles et le malade pousse encore malgré lui, après

les avoir satisfaits. En ce moment, les parois vésicales, après en avoir chassé l'urine, s'appliquent sur la pierre, et ce contact provoque des angoisses et des douleurs qui correspondent au bout de la verge et quelquefois dans tout le trajet du canal.

Mais, au moment où l'on s'y attend le moins, il s'opère un changement total du côté de la vessie. Les besoins s'éloignent; au lieu d'être pressé d'uriner, le malade est obligé de faire des efforts pour faire partir l'urine. La douleur, qui était si vive, si forte quand le liquide cessait de tomber, est presque nulle; s'il en existe, c'est avant : c'est pour faire partir l'urine. Les épreintes consécutives ont disparu, il y a amélioration mais apparente, plutôt que réelle, en effet, le ventre grossit, surtout vers l'hypogastre; il y a un malaise général indéfinissable. La langue blanchit, le pouls s'accélère, l'appétit et le sommeil sont troublés ou perdus. Si l'on passe une sonde, on trouve la vessie vaste, contenant une grande quantité de liquide, alors même que le malade vient d'uriner naturellement, l'urine retirée est colorée, fétide et quelquefois brunâtre.

Cet agrandissement accidentel de la vessie, déjà observé un grand nombre de fois, est tantôt lent, insensible et tantôt brusque et subit, au point de s'opérer spontanément.

Les mêmes effets se présentent dans les cas où la pierre n'existe pas; seulement alors les symptômes étant moins saillants, on se hâte moins de faire des recherches et l'état morbide reste ignoré plus longtemps; cette inertie consécutive de la vessie est ordinairement temporaire.

L'atonie des parois vésicales et la stagnation de l'urine qui en est la conséquence, se présentent souvent sans qu'on découvre de lésions organiques. Mais celles-ci peuvent exister dans l'urètre, au col et dans l'intérieur de la vessie, et les effets de l'inertie sont alors plus saillants, quelquefois même hors de proportion avec le degré de la faiblesse de ce viscère. C'est particulièrement sur cette série de cas compliqués que se sont appuyés divers chirurgiens pour soutenir que l'atonie du réservoir urinaire n'existait pas; affirmant que l'urine n'était pas expulsée par la raison seule qu'on trouve alors un obstacle mécanique à la sortie. Il est regrettable que les personnes, auxquelles je fais allusion, aient confondu deux séries d'état qui ont des caractères distinctifs et tranchés et qu'elles aient négligé les explorations locales qui ne laissent aucun doute, à cet égard : ne suffisait-il pas en outre de rappeler qu'après avoir détruit l'obstacle dont on parle, les malades n'urinent souvent pas mieux qu'auparavant?

Les praticiens qui veulent tout embrasser et promener leur intelligence sur toutes les parties de la médecine, trop souvent sans approfondir l'étude d'aucune, n'ont pas aperçu ces divers états de la vessie. Ils n'ont signalé, eu égard de l'atonie de ce viscère, que les grandes perturbations de l'économie dont la paralysie vésicale est la conséquence; la plénitude de la vessie ne les a frappés que lorsqu'elle s'est trouvée dans un état de prédistention. Ils n'ont reconnu la nature de la maladie que dans des cas exceptionnels, notament lorsque les organes voisins et analogues de la vessie étaient, comme elle, frappés d'atonie; mais les cas auxquels j'ai fait allusion ne se bornent pas là; ils sont au contraire fort nombreux; ils forment des catégories diverses, on les observe dans l'un et l'autre sexe, dans l'enfance et l'âge adulte comme dans la vieillesse; ils sont simples ou compliqués, et entraînent des conséquences très-variables. Il est généralement facile de les reconnaître et de les distinguer d'autres états qui produisent des effets analogues; toutefois en ne se bornant pas aux moyens diagnostiques dont on fait généralement usage. En effet, les sensations du malade sont en général nulles. Les troubles passagers qui surviennent dans l'émission d'urine, passent inaperçus. La quantité d'urine rendue dans un temps donné ne diffère pas de ce qu'elle est dans l'état normal. Le toucher par le rectum où par l'hypogastre, ne fournit que des notions confuses, non-seulement parce que ce moyen est généralement incertain, mais parce qu'ici la tumeur diffère essentiellement de ce qu'on observe dans la rétention d'urine. On découvre tout au plus une collection de liquide, peu ou point comprimée et à peine ramassée. La vessie molle, lâche, cède principalement dans les points où elle rencontre le moins de résistance. Son développement par côté est quelquefois si grand, si extraordinaire, qu'on ne soupçonne pas même la présence de la vessie dans la tumeur. Aussi voit-on les plus graves méprises, trop fréquentes, dans la pratique ordinaire, qu'on aurait évitées par une étude suivie de l'atonie de la vessie, et qui sont mises en évidence par les explorations locales que j'ai fait connaître et qui sont chaque jour appliquées sous vos yeux.

On comprend facilement l'influence que la diversité de ces états morbides de la vessie exerce sur le caractère, la marche, la terminaison de la fièvre, dont nous nous occupons; trop de praticiens la considèrent comme une simple conséquence des opérations faites sur les organes urinaires et la traitent d'une manière à peu près uniforme; ils ne s'arrêtent même pas aux distinctions que j'ai établies, dont la pratique prouve l'importance et sans lesquelles on est fatalement conduit aux plus graves méprises quant à l'étiologie et quant au traitement de la fièvre.

C'est, en effet, pour n'avoir été préoccupé que des suites de la manœuvre chirurgicale qu'on a négligé d'autres causes, qui étaient cependant les véritables, et par suite le mal a fait de tels progrès, qu'il n'a plus été possible de l'atteindre. Le chirurgien, dans ces cas, rencontre d'autant plus d'obstacles à ramener le médecin aux opinions qui sont pour lui l'expression de la vérité, qu'on lui suppose toujours la pensée secrète de vouloir justifier son opération. Assurément on ne saurait être admis à innocenter complètement et toujours une manœuvre à la suite de laquelle surviennent trop souvent la fièvre et les désordres qu'on observe; mais n'est-il pas de toute équité, n'est-ce pas un devoir impérieux, de tenir compte d'autres causes non moins puissantes et de préciser, autant que possible, la part d'action qui revient à chacune d'elles? Hé bien ! dans la majorité des cas, la manœuvre chirurgicale n'est qu'une cause déterminante et l'on ne saurait contester qu'une cause temporaire ne produit pas d'effets permanents quand elle agit seule, surtout si elle n'a pas produit un ébranlement considérable. Or, à côté de l'opération, nous trouvons non-seulement l'influence non contestée des agents antérieurs, mais aussi les prédispositions individuelles, et toujours la maladie locale à l'occasion de laquelle l'opération a été pratiquée. Ce sont là, assurément, des causes dont on ne conteste pas la puissance, puisqu'elles suffisent à elles seules dans un grand nombre de cas, à produire et à entretenir cette même fièvre qu'on met exclusivement sur le compte de l'opération.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Académie des Sciences.

Séance du 29 janvier 1855.

Présidence de M. Régnault.

Concrétions intestinales (entérolithes, égagropiles, etc.).

M. Jules Cloquet lit un mémoire dont il donne l'extrait suivant :

La production des concrétions calcaires au sein de l'économie est le résultat d'un travail accidentel qui, dans d'autres circonstances, constitue une fonction normale de la peau et des membranes muqueuses, fonction qui préside à la formation de la coquille des mollusques testacés, du test des crustacés, à la production de l'émail dentaire et de la coque de l'œuf des oiseaux : nouvelle analogie entre l'enveloppe tégumentaire externe et la membrane qui tapisse les cavités ouvertes à l'extérieur.

Quelques observations me donnent à penser que les sels de chaux et de magnésie sont sécrétés par les muqueuses à l'état de biphosphate chez certains animaux, ou de bicarbonates chez d'autres; que ces sels ne sont tenus en dissolution que par leur excès d'acide; qu'ils perdent cet excès d'acide au contact des liquides alcalins que les membranes muqueuses sécrètent sous l'influence d'un stimulus, et qu'ainsi ils passent à l'état neutre pour se cristalliser et devenir concrets; que sous ce rapport, les incrustations calcaires chez les animaux présentent

beaucoup de ressemblance, pour leur mode de formation, avec les dépôts des eaux chargées de bicarbonate de chaux de certaines fontaines dites *pétrifiantes*.

Deux conditions sont donc nécessaires pour la production des entérolithes : la présence suffisamment prolongée d'un corps étranger irritant l'intestin, la présence dans l'économie d'une quantité de sels calcaires assez considérable pour fournir les matériaux de la concrétion.

En effet, un corps inorganique quelconque, une substance organique inattaquable par le suc gastrique, telle que les fibres ligneuses, telle que le voile de mousseline incrusté dont je soumets le dessin à l'Académie, des poils que l'animal s'est arrachés, deviennent, chez les herbivores, le noyau d'entérolithes, tandis que, chez les oiseaux de proie, les os, les poils ou les plumes de leurs victimes, après avoir séjourné quelque temps dans l'estomac, sont rendus sans la moindre incrustation de sels calcaires, par une régurgitation physiologique...

Qu'a-t-il manqué aux boules rendues par les oiseaux de proie pour qu'elles fussent encroûtées de sels calcaires? Rien que la durée du séjour dans l'estomac et la sécrétion anormale de la muqueuse.

Mais, de ce que la membrane muqueuse est le siége d'une sécrétion anormale, il n'en résulte pas qu'elle perde ses propriétés ordinaires; ses fonctions physiologiques prennent, au contraire, plus d'énergie ; ce qui donne lieu à de curieux phénomènes :

1° Le mucus lubrifie la surface de la concrétion, en masque les aspérités, en facilite le glissement et en rend souvent l'expulsion possible par les voies naturelles;

2° De la lymphe plastique peut être déposée sur la surface du corps étranger, s'organiser en fausses membranes et l'envelopper dans un véritable kyste adhérent aux parois de l'intestin;

3° Les pressions exercées par les parois intestinales sur les concrétions modifient les dispositions de leurs couches et en altèrent la régularité.

4° Les mouvements péristaltiques du tube digestif produisent une rotation d'où résulte leur forme ordinairement arrondie. Quand plusieurs corps étrangers sont réunis ensemble, les concrétions s'usent par leur frottement réciproque, se taillent en facettes et en saillies correspondantes, ou s'aplatissent en disques superposés qui sont soudés quelquefois par un dépôt salin ultérieur; 5° enfin la sécrétion de la muqueuse peut attaquer la concrétion déjà formée et creuser sur sa surface des cavités irrégulières.

On a prétendu que les sels étaient déposés dans une trame organisée ; c'est en vain que j'en ai cherché la présence : j'ai toujours trouvé une matière amorphe, sans aucune trace d'organisation, tandis que dans la coquille de l'œuf, au contraire, la matière animale avait, au microscope, l'apparence de lames superposées de tissu cellulaire.

Les trois genres de concrétions intestinales, observées chez les animaux, peuvent se rencontrer chez l'*homme*. Elles renferment ordinairement à leur centre un corps étranger sur lequel elles se sont formées... Les bezoards sont rares et affectent les formes les plus diverses...

Les égagropiles se rencontrent presque toujours chez des individus qui font abus de farine d'avoine... Les poils du caryopse se feutrent autour d'un corps central qui souvent est un noyau de fruit. Laugier père a eu occasion d'examiner une concrétion qui avait pour base des fibres de racines de réglisse... Enfin de véritables égagrophiles, formés de cheveux enchevêtrés ont été rencontrés chez certains individus qui en avaient avalé d'énormes quantités... A ces trois genres de concrétions intestinales, il faut en ajouter deux autres propres à l'espèce humaine : des magmas de magnésie chez les individus qui font abus de médicament : M. Duméril m'en a communiqué un exemple; des masses de caséum chez les enfants à la mamelle ou même chez les adultes soumis à la diète lactée. Il faut enfin rapprocher des concrétions intestinales d'autres corps qui donnent lieu aux mêmes phénomènes morbides et exigent le même traitement : ce sont des amas de fèces endurcies, des amas de vers, des noyaux, de l'albumine concrète, réunis en masses plus ou moins considérables.

Les entérolithes peuvent occuper toutes les parties du tube digestif; mais on les trouve surtout dans le cœcum et son appendice, les cellules et les plis du côlon et le rectum, dans tous les points enfin où un rétrécissement succède à un renflement normal, où des inflections brusques mettent obstacle à la progression des matières dans l'intestin... Quelles sont les causes prédisposantes des concrétions intestinales? Quelles sont les lésions anatomiques qu'elles produisent, les accidents qu'elles font naître, les symptômes qui en révèlent la présence, et peuvent faire diagnostiquer les différentes terminaisons de la maladie? Ce sont autant de questions que je traite dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie; j'examine les indications spéciales à remplir dans des cas particuliers, et puis j'examine les moyens proposés jusqu'ici, qui consistent soit dans l'emploi des médicaments divers, soit dans l'opération de l'entérotomie. Frappé de l'insuffisance des premiers remèdes et des dangers de l'opération, je me suis demandé s'il n'était pas possible de trouver un moyen à la fois plus efficace et moins périlleux. Je crois l'avoir rencontré dans *la dilatation graduelle de l'intestin*. Cette opération consiste à écarter peu à peu de la concrétion les parois intestinales en injectant par le rectum une quantité de liquide de plus en plus considérable. Il fallait, pour rendre cette opération praticable, trouver d'abord le moyen d'empêcher le reflux du liquide par l'anus. Le tube conique que j'ai depuis longtemps proposé et employé pour des injections forcées a levé cette difficulté. Il restait ensuite à déterminer positivement l'effet produit par l'injection sur la masse intestinale et les limites de la quantité d'eau possible à introduire sans produire de désordres. Pour obtenir la solution de ces questions, je me suis livré à de nombreuses expériences sur le cadavre avec l'assistance de M. le docteur Jarjavay. De ces expériences, il résulte que le gros intestin peut être entièrement rempli sans que le tube conique laisse rien échapper; qu'on peut toujours, sans aucun inconvénient, introduire deux litres et demi de liquide chez l'adulte; que l'injection a pour effet de dilater le gros intestin dans toute sa longueur, d'en effacer les bosselures et les angles, de détacher de ses parois les corps durs qui y adhèrent et les entraîner vers le rectum lorsqu'on laisse sortir brusquement le liquide. Cette injection constitue d'ailleurs une véritable opération chirurgicale qui ne peut être exécutée que par une main exercée, par le chirurgien lui-même. Du reste, ce n'est que par une série d'injections semblables, souvent répétées et à doses graduellement croissantes, qu'on peut espérer d'obtenir l'expulsion définitive du corps étranger.

Origine du sucre contenu dans le foie.

M. L. Figuier, agrégé de chimie à l'École de pharmacie de Paris, lit un mémoire dont voici la substance :

M. Claude Bernard a démontré pour la première fois, en 1848, que le foie de l'homme et celui des animaux renferment une certaine quantité de sucre. Poursuivant l'étude de ce fait, ignoré jusqu'à notre époque, ce physiologiste a été amené à considérer le foie comme l'organe de la production du sucre chez les animaux. Après avoir exposé que, théoriquement, l'opinion de M. Bernard lui paraissait improbable, l'auteur rend compte comme il suit des expériences qu'il a tentées pour la contrôler.

La seule manière d'aborder la question, c'était de soumettre à une étude chimique attentive les produits de la sécrétion du foie. J'ai entrepris cet examen, et comme la science ne possède encore aucune recherche sur ce sujet, cette partie de mon travail pourra être accueillie avec intérêt.

I. — Les produits solubles contenus dans le foie de bœuf, qui a fait spécialement l'objet de mes recherches, sont, indépendamment du sang : 1° une matière albuminoïde qui ressemble beaucoup au composé étudié et décrit par M. Mialhe sous le nom d'*albuminose*, et qui provient, selon ce chimiste, de la commune transformation que subissent pendant la digestion les aliments azotés; 2° du glucose; 3° un acide organique et petit nombre de sels minéraux parmi lesquels domine le chlorure de sodium.

Pour retirer du foie le glucose ou la matière albuminoïde, il faut, dans l'un et l'autre cas, opérer sur un *infusum* aqueux du tissu hépatique : je commencerai donc par décrire la manière la plus avantageuse de préparer cette dissolution.

Pour obtenir en dissolution dans l'eau les produits solubles du foie, je prends deux kilogrammes, par exemple, de foie de bœuf frais, tel qu'on le trouve chez les bouchers, et je le hache avec soin. Je le laisse en contact pendant une demi-heure avec un litre d'eau distillée; au bout de ce temps, la masse est jetée sur un tamis pour en faire écouler le liquide, puis exprimée dans un linge de toile forte, et soumise enfin à l'action de la presse pour en faire écouler tout le liquide. On recommence deux fois encore cette opération. Deux kilogrammes de foie de bœuf épuisés de cette manière ne laissent qu'un résidu fibrineux très-pâle qui, au sortir de la presse, ne pèsent pas plus de 850 grammes. Ainsi, le foie a cédé à l'eau froide 1150 grammes de matières solubles, c'est-à-dire plus de la moitié de son poids.

Les matières cédées à l'eau par le foie de bœuf sont les éléments ordinaires du sang unis à une petite quantité de sucre. Pour éliminer les parties coagulables du sang, on place le liquide rouge, visqueux et sanguinolent, obtenu par l'opération précédente, dans une bassine de cuivre, et on le porte peu à peu à l'ébullition qui a pour effet de coaguler complétement l'albumine du sérum ainsi que les globules sanguins. En ménageant la chaleur, on peut enlever avec une écu-

moire le coagulum brun extrêmement abondant qui se forme. On observe alors que la liqueur, qui était légèrement alcaline avant d'être soumise à l'action de la chaleur, prend une réaction acide prononcée lorsque sa coagulation est complète. Il ne reste plus qu'à passer le liquide à travers un tamis, à rassembler dans un linge toute l'albumine coagulée, et, pour en extraire tout le liquide que retient ce coagulum, à soumettre celui-ci à l'action de la presse : 2 kilogrammes de foie de bœuf donnent ordinairement un gâteau d'albumine du poids de 600 grammes. Le liquide ainsi séparé du coagulum albumineux, étant ensuite évaporé au bain-marie, contient en dissolution le glucose et la matière albuminoïde.

Glucose. — La seule manière d'obtenir à un certain état de pureté le glucose existant dans le foie, c'est d'évaporer dans le vide un infusum aqueux de foie préalablement concentré au bain-marie. En plaçant le liquide sous le récipient de la machine pneumatique, avec des fragments de chaux que l'on renouvelle à mesure qu'ils se délitent, on obtient, au bout de sept à huit jours, un résidu à peu près sec et qui renferme sans aucune altération les substances solubles du foie; de 2 kilogrammes de foie de bœuf, on retire ainsi de 70 à 80 grammes de résidu sec.

Pour séparer le glucose de ce mélange, il suffit de le traiter par l'alcool chaud, qui dissout le sucre et une faible quantité de matière azotée dont on peut se débarrasser par une seconde dissolution dans l'alcool. Si l'on chasse alors l'alcool, soit par l'évaporation dans le vide, soit par l'évaporation spontanée, on obtient le glucose sous la forme d'une masse translucide d'un jaune brun, qui, abandonnée au contact de l'air, en attire l'humidité et laisse quelquefois des cristaux grenus.

Le glucose contenu dans le foie est *susceptible d'être précipité par le sous-acétate de plomb*. Ce prénomène, anormal dans l'histoire chimique du glucose, tient à la présence de l'albuminose qui, en se précipitant par l'action des sels de plomb, entraîne le glucose en combinaison insoluble. En effet, ce dernier produit, une fois purifié et séparé de l'albuminose, n'est plus précipitable par le sous-acétate de plomb. C'est un point que j'examine longuement et que je fais ressortir avec soin dans mon mémoire.

C'est encore à la présence de cette matière albuminoïde qu'il faut rapporter un phénomène dont il importe d'être bien prévenu quand on procède à la recherche du sucre dans les liquides d'origine animale en particulier dans le foie, et par conséquent dans le sang. Nous voulons parler de l'obstacle qu'apporte la présence de l'albuminose dans ces liquides à la précipitation de l'oxyde de cuivre, quand on les soumet à l'action de la liqueur de Barreswil. Une décoction de foie, obtenue avec les proportions de matière et la méthode indiquée plus haut, fournit, sans nulle concentration, un précipité très-abondant d'hydrate jaune d'oxyde de cuivre quand on la fait bouillir quelques instants avec la *liqueur de Barreswil*. Mais la même dissolution *très-concentrée* ne donnerait par la liqueur de Barreswil qu'un précipité insignifiant et prendrait seulement uns forte coloration jaune. La réaction serait, au contraire, parfaite et presque instantanée si l'on étendait de huit à dix fois son volume d'eau cette même dissolution, ou bien encore si on la précipitait par l'alcool qui en sépare la matière albuminoïde, et que l'on concentrât ensuite pour chasser l'alcool.

Albuminose. — Les décoctions aqueuses obtenues avec le foie de divers animaux, sont toujours troubles et d'un aspect opalin et même laiteux. Que l'on ait préparé la dissolution par l'eau froide selon le procédé méthodique décrit plus haut, ou qu'on l'ait préparée en faisant simplement bouillir avec de l'eau le tissu du foie préalablement divisé, on obtient toujours une décoction dont l'aspect est caractéristique. Le foie de bœuf donne un liquide opalin jaunâtre, le foie de lapin une décoction qui a l'apparence du lait de soufre, etc. Ce qui trouble la transparence de ces liquides, c'est l'existence de la matière albuminoïde qui a la propriété de donner avec l'eau ces dissolutions opalines. Il suffit, pour s'assurer de ce fait, d'ajouter de l'alcool à une de ces dissolutions convenablement concentrée, jusqu'à cessation du précipité; l'alcool provoque la séparation de la presque totalité de la matière albuminoïde, et le liquide reste limpide et d'une belle couleur jaune.

La matière albuminoïde du foie nous paraît identique avec un composé entrevu dans le sang par divers chimistes, composé qui diffère de l'albumine en ce qu'il n'est point coagulé par la chaleur, et du caséum en ce qu'il n'est point précipité par les acides. Ce produit intéressant a été étudié dans ces derniers temps par M. Mialhe, qui lui a donné le nom d'*albuminose*, et qui le considère comme provenant des transformations que l'action digestive fait éprouver aux matières albuminoïde, fibrine, albumine, caséum, etc., introduites dans l'estomac. M. Lehmann, qui l'a plus récemment examiné, lui accorde la même origine et le désigne sous le nom de *peptone*, pour rappeler qu'il doit sa formation à l'intervention du principe digestif, c'est-à-dire à la *pepsine*.

Les proportions relatives d'albuminose et de glucose dans le tissu du foie doivent nécessairement varier puisqu'elles dépendent de la quantité des aliments ingérés. Disons seulement que le foie d'un lapin, qui pesait 90 grammes, nous a donné 2 gr. 5 d'albuminose séchée à 100 degrés, c'est-à-dire 2,7 pour 100 du poids total de l'organe, et 1 gr. 25 de glucose, c'est-à-dire 1,3 pour 100 du poids de l'organe; 2 kilogr. de foie de bœuf nous ont fourni 70 gr. d'albuminose, c'est-à-dire 3,5 p. 100, et 25 gr. de glucose, c'est-à-dire 1,4 p. 100. Ces rapports n'ont pas été les mêmes dans d'autres déterminations faites avec le foie des mêmes animaux; mais ces différences ne peuvent tenir qu'à la quantité et à la nature d'aliments pris par l'animal examiné.

II. — Bien que presque tous les auteurs, presque toutes les autorités chimiques et physiologiques, fussent contraires à l'idée de la présence du glucose dans le sang normal, nous avons cru que l'on pourrait mieux réussir dans cette recherche si l'on avait égard aux deux précautions suivantes : Ne pas attendre la coagulation spontanée du sang comme on l'a fait jusqu'ici, croyant simplifier les opérations de l'analyse chimique; — opérer sur des liqueurs rendues légèrement acides afin de se mettre à l'abri de l'action que doit exercer le carbonate de soude qui existe dans le sérum du sang sur la petite quantité de glucose que ce liquide peut renfermer.

Voici les deux procédés qui nous ont permis de constater, sans la moindre difficulté, la présence du glucose dans le sang normal. Le premier est destiné à fournir la mesure exacte de la quantité de sucre dans le sang de tout mammifère, le second n'a pour but que d'indiquer seulement la présence de ce produit.

Au moment où il est tiré de la veine, le sang est battu pour le défibriner. On pèse alors la quantité sur laquelle on opère, et l'on ajoute au liquide trois fois son volume d'alcool à 36 degrés. Au bout de quelques minutes, le sang est complétement coagulé en un caillot d'un beau rouge par la précipitation simultanée des globules et de l'albumine du sérum. On passe à travers un linge de percale, on exprime et on lave le résidu avec un peu d'alcool. Le liquide, jeté sur un filtre, passe presque incolore et manifestant une réaction alcaline qui devient sensible au papier de tournesol après l'évaporation de l'alcool à la surface du papier. On ajoute au liquide quelques gouttes d'acide acétique, de manière à lui communiquer une faible réaction acide, et on l'évapore au bain-marie jusqu'à siccité. On observe, vers la fin de cette évaporation, la séparation d'une matière verdâtre qui n'est autre chose qu'un dernier reste d'albumine coagulée. Le résidu de cette évaporation, repris par l'eau distillée, contient le glucose uni à quelques sels minéraux parmi lesquels domine le chlorure de sodium. Ce liquide réduit en effet avec énergie la liqueur de Barreswil, et fournit, à l'ébullition, un abondant précipité jaune ou rouge brique de sous-oxyde de cuivre hydraté. Pour déterminer exactement la quantité de glucose contenue dans le sang sur lequel on a opéré, il suffit de procéder avec la *liqueur de Barreswil* convenablement titrée, à la détermination de la quantité exacte de sucre que renferme ce résidu pesé et redissous dans l'eau.

Le second procédé, qui n'a pour effet que de déceler la présence du glucose dans le sang, sans permettre d'en déterminer la quantité, repose sur l'emploi d'une dissolution de sulfate de soude, qui a le double avantage d'opérer la séparation artificielle des globules et du sérum, et d'empêcher, par suite de la présence d'une grande quantité d'un sel qui met obstacle à la fermentation, que le sucre ne disparaisse pendant son mélange avec les matières azotées du sang. Voici les détails, fort simples du reste, de son exécution.

Le sang, défibriné au sortir de la veine, est additionné de trois fois son volume d'une dissolution de sulfate de soude obtenue en laissant à froid l'eau se saturer du sel cristallisé. On jette ce mélange sur deux demi-filtres, et le liquide s'écoule assez rapidement en conservant une teinte rosée ou rouge, qui provient de quelques globules qui ont traversé le papier, coloration dont il ne faut pas s'inquiéter. Au bout d'un certain temps, la filtration se ralentit, ce qui provient de ce que les globules du sang, agglutinés et collés contre le papier, finissent par rendre le filtre tout à fait imperméable au liquide. Il faut alors jeter celui-ci sur deux nouveaux filtres; la filtration reprend sa première activité, et l'on finit par obtenir ainsi une quantité de sérum filtré suffisante pour les opérations à exécuter. Si l'on opère sur 200 grammes de sang, par exemple, on obtient, au bout de quatre à cinq heures de filtration, assez de liquide pour constater facilement la présence du glucose par le traitement qu'il nous reste à indiquer.

Ce traitement consiste à ajouter au liquide filtré, c'est-à-dire au sérum mélangé à la dissolution de sulfate de soude, deux fois son vo-

lume d'alcool, qui produit le double effet de précipiter le sulfate de soude de sa solution aqueuse, et de coaguler l'albumine et l'albuminose du sérum. Il ne reste plus qu'à évaporer ce liquide jusqu'à siccité au bain-marie, et à reprendre ce résidu par l'eau afin de le séparer d'un dépôt insoluble auquel l'évaporation du liquide alcoolique a donné naissance. Cette dissolution aqueuse présente les propriétés ordinaires du glucose; elle brunit par la potasse et réduit avec énergie la liqueur de Barreswil.

Nous avons réussi, à l'aide de la levûre de bière, à retirer de l'acide carbonique et de l'alcool de deux litres et demi de sang de bœuf recueilli à l'abattoir.

En ce qui concerne la proportion de glucose contenue normalement dans le sang, nous avons trouvé dans le sang d'un lapin 0,57 pour 100 de glucose; le foie du même animal renfermait un pour 100 du même produit. Pour le sang du bœuf, 0,48 pour 100; pour celui de l'homme, 0,58. D'après nos analyses, à poids égal, le foie ne renfermerait guère que deux fois plus de sucre que le sang pris dans les autres parties du corps.

III. — Il résulte des expériences que nous venons de résumer, que l'on ne saurait continuer à admettre la localisation de la sécrétion du sucre dans le foie. Ce qui, en effet, avait contribué surtout à faire accepter cette opinion, c'était d'abord le fait regardé comme incontestable de la non-existence du glucose dans la masse du sang pendant les conditions normales. C'étaient ensuite les expériences, à juste titre fort remarquées, dans lesquelles on avait vu des animaux soumis, pendant des mois entiers, à une alimentation exclusivement composée de viande, conserver dans le foie des quantités appréciables de sucre. On voit tout de suite que les résultats que nous venons d'exposer font perdre à ces expériences une grande partie de leur signification; mais quelques développements seront nécessaires pour mettre cette vérité dans tout son jour.

Nous avons montré que le sang de l'homme et celui des animaux domestiques, renferme du sucre, et que le foie, comparativement, contient à peine deux ou trois fois plus de sucre que le sang lui-même pris à poids égal. Cette différence n'a rien qui doive étonner. L'organe hépatique est essentiellement un organe de dépuration pour le sang; les produits divers de la digestion, amenés par la veine-porte de toute la surface du tube intestinal, viennent éprouver, dans cette volumineuse glande, un véritable départ qui a pour effet de rejeter les matériaux inutiles à la nutrition, et de retenir les produits essentiels de la digestion. Il n'est donc pas surprenant que le sucre figure dans le foie en quantité supérieure à celle que l'on en trouve dans le sang. Tout le glucose provenant de la digestion vient s'y concentrer, pour être ensuite déversé par les veines sus-hépatiques dans la circulation générale. Parvenu dans la masse du sang, il s'y détruit peu à peu par l'effet continu de la respiration, et, par conséquent, il diminue de quantité de minute en minute.

Des faits que nous avons observés, il ressort encore que les expériences de M. Bernard, qui a vu le glucose persister dans le foie chez des chiens soumis à une alimentation exclusivement animale, ne sauraient être invoquées à l'appui de la fonction glucogénique. J'ai montré qu'il existe près d'un demi-centième du glucose dans le sang des animaux de boucherie, dans le sang du bœuf et du mouton, recueillis au moment où ces animaux sont abattus pour être livrés à la consommation publique. Or, la viande des animaux de boucherie renferme des vaisseaux, ces vaisseaux contiennent du sang; ainsi la chair de bœuf et de mouton, qui avait servi à nourrir les chiens dans les expériences de M. Bernard, contenait du sucre, et l'on administrait, sans s'en douter, le composé même que l'on voulait postérieurement rechercher. La quantité de glucose introduite par cette voie, était faible sans doute, mais elle était constante, et le foie était un organe de condensation et d'accumulation pour le glucose; il n'est pas étonnant que l'on trouvât à l'autopsie la preuve de son existence dans cet organe.

Nos expériences permettent enfin d'expliquer très-simplement les particularités qu'avait mises en lumière l'étude de ce que l'on avait appelé la fonction glucogénique. M. Bernard avait été conduit à reconnaître que l'apparition du sucre dans le foie coïncide avec la digestion, et il avait beaucoup insisté sur ce point. Si l'on admet avec nous que le sucre n'est introduit dans le foie que par les produits de l'alimentation, c'est-à-dire par les aliments féculents ou saccharroïdes, cette coïncidence de l'apparition du sucre avec la période digestive, n'aura plus rien qui puisse étonner.

Nous concluons, en résumé, que le foie, chez l'homme et les animaux, n'a point reçu pour fonction de fabriquer du sucre; que tout le glucose qu'il renferme provient du sang qui gorge son tissu, et que ce glucose a été apporté dans les vaisseaux par la digestion des aliments amylacés ou saccharoïdes. Le rôle du foie, comme organe sécréteur, est borné, selon nous, à l'élaboration de la bile, et il est assez singulier que cette proposition, qui remonte aux temps les plus reculés de la science, prenne aujourd'hui comme un cachet de nouveauté.

On nous permettra de terminer par une courte réflexion.

On a déjà vu que nous adoptons cette pensée, émise par bien des observateurs, mais précisée de nos jours par M. Mialhe, que la portion assimilable des aliments azotés se transforme, pour la plus grande partie, par l'effet de la digestion, en un produit désigné par ce chimiste sous le nom d'*albuminose*, et par Lehmann sous celui de *peptone*. Nous adoptons d'autant plus aisément cette opinion, que nous avons pu constater l'absence de l'albuminose dans le foie des animaux soumis à l'abstinence, à tel point qu'il ne serait pas, selon nous, impossible de déterminer par le seul examen chimique du foie, si un animal a été tué à jeun ou après avoir reçu des aliments : la manifestation ou l'absence du précipité que l'alcool détermine dans une décoction aqueuse de foie concentrée, précipité qui est constitué par l'albuminose, suffirait pour prononcer, dans ce cas singulier, sur ces conditions antérieures de l'animal.

Or, de même que l'albuminose constitue le produit ultime de la digestion des aliments azotés, le glucose représente, de son côté, le résultat commun des modifications qu'ont subies dans le canal intestinal les matières féculentes ou saccharoïdes. Ce fait est depuis longtemps admis, et toute discussion à cet égard serait superflue.

Mais ce qui paraîtra peut-être bien digne d'intérêt aux physiologistes, c'est de voir les deux produits essentiels de la digestion venir se condenser, s'épurer dans le foie, s'isoler dans cet organe de toutes les substances accidentelles ou inutiles introduites par les aliments, et se répandre de là dans la masse générale du sang pour se prêter aux phénomènes de nutrition comme aux mutations diverses qui sont la condition et la manifestation extérieure de la vie.

Cette vue générale de physiologie qui résulte de nos recherches sur la composition des matières solubles du foie, nous a paru digne d'être soumise à l'appréciation des chimistes.

Physiologie et pathologie cutanée.

MM. Laurentius et Gilbert lisent un mémoire intitulé :

Étude anatomique du derme; nouvel aperçu physiologique de ses sécrétions; son excitabilité sous l'influence électrique.

En physiologie, surtout quand l'étude ou le hasard découvre un des mille phénomènes de l'histoire de la nature, si indifférent qu'il paraisse à première vue, il est utile de le constater, car il peut devenir une base à des inductions sérieuses.

En 1832, un docteur écossais, G. Schmit, emploie, dans le traitement d'une anesthésie partielle de la peau, diverses substances minérales et remarque une suractivité anormale des bulbes sur toute la surface du corps. Le même traitement détermine plusieurs fois des phénomènes analogues qui excitent vivement son intérêt.

Ces observations qui nous furent communiquées constituent le point de départ de nos travaux. Du reste, elles n'étaient point inconnues dans la science; M. le docteur Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker, avait publié un fait identique dans les *Annales de médecine*, t. XVII, p. 261; et plusieurs singularités de ce genre avaient éveillé l'attention des praticiens dans nos hôpitaux.

Plus tard, ces observations nous sont rappelées par des remarques personnelles ; des faits analogues se produisent sur des végétaux; ils se renouvellent dans des expériences publiques faites à Paris et à Vienne. Une nouvelle puissance de l'électricité venait de nous apparaître.

Vers cette époque, le docteur Duplessis constate à Paris des phénomènes du même ordre dans un cas de fracture. Ils se reproduisent à Londres dans les salles du docteur Burkett et persistent devant des épreuves réitérées. Il était évident que, sous l'influence de substances métalliques, tout l'appareil cutané se trouvait remarquablement excité. D'autre part, la suractivité déterminée dans les végétaux par les mêmes agents faisait pressentir que, chez l'homme comme dans les végétaux, les mêmes analogies procédaient d'un fait identique : l'électricité.

Il fallait donc chercher, dans l'étude physiologique et anatomique de la peau, le mode d'action de ce principe et la cause des perturbations observées.

Or, les connaissances acquises jusqu'à ce jour sont purement anatomiques, et bien qu'en France des savants illustres aient fait sur ce sujet des études intéressantes, elles ne traitent guère que de l'histoire organique du derme.

Les Allemands ont porté plus loin leurs recherches anatomiques et

physiologique de la peau, mais sans aborder le sujet sous cette face nouvelle; tout restait donc à faire à ce point de vue.

Les anatomistes ont décrit le derme, ses productions, leurs appareils nutritifs, leurs mutations à certaines époques et sous diverses influences. Mais les motifs de ces mutations, le mode d'action des influences qu'ils constatent, la suractivité ou le ralentissement des sécrétions dont ils ont observé les organes, tout cet historique subtil des phénomènes naturels et morbides n'a point été approfondi.

Après avoir décrit l'ingénieuse structure des instruments sécréteurs, il était non moins intéressant d'expliquer comment, à l'aide de ces organes, un poil se nourrit, grandit, se colore; comment, sous une influence maladive ou par suite de l'âge, il se décolore et périt; comment il peut se détacher du bulbe sans que sa couleur s'altère et conserver sa vitalité tout en perdant sa coloration.

L'histoire médicale constate quelquefois des faits importants sans chercher à les éclairer par l'analyse.

Ainsi Alibert cite des exemples où des cheveux, de blonds qu'ils étaient, sont devenus noirs, et de bruns sont devenus rouges.

Boyer (*Maladies de la peau*, t. III, p. 730) écrit « qu'il a observé, « sous l'influence d'accès fébriles, une transaction momentanée de la « couleur blonde au rouge fauve, » et il raconte « que des vieillards « blanchis par l'âge ont vu leurs cheveux reprendre la couleur qu'ils « offraient pendant la jeunesse. »

Nous regrettons qu'Orfila, en écrivant dans ses *Annales d'hygiène et de médecine légale* des pages si ingénieuses sur la coloration des productions pilifères, appliquées aux questions d'identité, n'ait point essayé de pénétrer ces curieux phénomènes.

L'histoire naturelle des animaux contient des analogies non moins singulières et aussi peu expliquées.

Bichat dit, dans l'*Histoire de la vie et de la mort*, « que chez un « grand nombre d'animaux, le pelage, devenu blanc en automne, ne « prend sa couleur caractéristique qu'au printemps. »

La donnée du principe électrique était là tout entière.

L'observation que l'anatomiste signale dans le même ouvrage, au sujet de l'appauvrissement des organes pilifères chez l'eunuque, était un pas de plus dans cette voie.

Nos anatomistes allemands l'ont côtoyée de plus près encore, et c'est à leurs travaux d'une précision scrupuleuse que nous devons les meilleurs documents de nos études.

Mais ici, comme ailleurs, la question physiologique est demeurée indécise, et ils ont signalé l'existence de l'influx nerveux sans en déterminer la nature et l'action.

Or, l'influx nerveux c'est l'électricité organique : à l'aide de ce principe nous avons pu constituer la physiologie des sécrétions dermoïdes, et la logique des faits a confirmé nos conclusions.

I. — L'acte physiologique de la production d'un poil dans le bulbe est double, une partie des organes du bulbe sécrétant la matière cornée; l'autre partie, la matière colorante.

Les nerfs qui se rendent au bulbe, quoique sous la même enveloppe, ont deux fonctions distinctes et indépendantes.

Une de ces fonctions du bulbe peut subir une altération sans que l'autre soit atteinte; ainsi, un poil peut tomber, tout en demeurant imprégné de la substance colorante, de même qu'un poil peut croître et conserver sa solidité, bien qu'ayant perdu complètement son principe colorant.

Il existe dans le derme des bulbes incomplets et des bulbes complets.

Les bulbes incomplets sont implantés superficiellement dans la peau, reçoivent peu de vaisseaux et ne produisent qu'un poil rudimentaire.

Les bulbes complets ont une implantation profonde, et leur base pénètre quelquefois dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ils reçoivent des nerfs, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques, etc.

Ils produisent des poils développés qui diffèrent selon les races et les tempéraments et occupent des places distinctes.

Généralement les bulbes complets seuls sont altérés par l'âge, la maladie, par des mœurs abondantes, des fatigues, des affections syphilitiques, etc.

Une fois altérés, ils ne produisent plus qu'un poil rudimentaire ou bien les parois de la cavité dermoïde se soudent, les appareils de circulation s'atrophient et tous les moyens curatifs deviennent impuissants.

Lorsque la vitalité des bulbes complets est atteinte, ces ulcérations ont le plus généralement pour cause des désordres sensibles dans l'équilibre des fonctions nerveuses et un ralentissement prolongé de l'innervation périphérique; ou bien le bulbe lui-même se trouve compris dans une désorganisation générale : ulcères, affections cutanées, etc.

II. — Deux liquides mélangés, renfermant des sels minéraux, pouvant réagir l'un sur l'autre, produisent de l'électricité en se décomposant.

Un liquide, contenant un sel minéral altérable au contact de l'air, développe également de l'électricité durant cette décomposition.

Quand il s'opère un dégagement électrique dans un endroit où se trouve une tige conductrice, l'électricité fuit aux deux pôles de cette tige.

Si, sur une partie du corps occupée par des poils, on répand simultanément, ou à court intervalle, une liqueur métallique oxidable à l'air ou deux liquides minéraux pouvant se décomposer réciproquement, il se produira une certaine quantité d'électricité relative à l'action chimique.

Le poil devient corps conducteur, l'électricité négative s'échappe par la pointe libre, l'électricité positive se condense dans l'autre extrémité, épanouie dans le bulbe.

III. — L'électricité localisée rappelle dans les muscles paralysés ou atrophiés l'innervation absente. Elle renouvelle la vitalité du muscle, si aucun obstacle mécanique ne s'y oppose. (Expériences du docteur Duchesnes et des frères Berton, approuvées par l'Institut.)

Lorsque l'électricité sera conduite par le poil, jusque dans le bulbe, il s'y produira une innervation régénératrice.

La sécrétion ainsi renouvelée ou remarquablement activée peut conduire à une reproduction normale définitive.

L'application sur une partie pourvue de bulbes complets d'un ou de deux liquides métalliques produisant de l'électricité, rappelle la vitalité éteinte quelle que soit la cause des altérations du bulbe.

Cette innervation artificielle s'ajoute à l'innervation normale en même temps qu'elle la rappelle.

Sous cette double excitation, la sécrétion des bulbes augmente momentanément par un afflux rapide et détermine une dilatation de l'artère qui, le plus souvent, est oblitérée en partie.

En vertu de cette double action, un poil rudimentaire peut recouvrer sa vigueur primitive ou sa coloration, accidentellement altérée, et un bulbe atrophié peut subvenir à une nouvelle reproduction, suivant la gravité des altérations qu'il a subies.

CORRESPONDANCE.

INJECTIONS IODÉES DANS LA VESSIE, ETC.

Monsieur le rédacteur,

Notre honoré confrère et ami, M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, vient, dans un intéressant article inséré dans votre journal, d'appeler l'attention des praticiens sur l'emploi des injections iodées dans la vessie, dans le traitement du catarrhe vésical, dans le rectum, dans le traitement de certaines diarrhées chroniques, et dans la blennorrhagie. Permettez-moi de faire remarquer à notre honoré confrère que cette médication n'est plus nouvelle et qu'elle est consignée dans un grand nombre de journaux de médecine; que nous l'avons employée plusieurs fois avec succès et recommandée à de nombreux confrères. Nous ajouterons, pour ceux qui voudraient la mettre en pratique, qu'il faut ajouter à la teinture d'iode de l'iodure de potassium ou de l'acide tannique, si on veut d'abord dissoudre complétement l'iode, ensuite s'opposer au précipité qui a toujours lieu lorsqu'on met une petite quantité de teinture d'iode dans une grande quantité d'eau; d'une autre part, en employant la teinture d'iode sans cette précaution, on s'expose à laisser sur les surfaces muqueuses de l'iode métallique.

En conséquence, lorsqu'on emploie la teinture d'iode, soit en injections dans la vessie, le rectum, le canal de l'urètre, soit en collyre dans les kentites, les ophthalmies simples purulentes, blennorrhagiques, soit en gargarismes contre la salivation mercurielle, les ulcérations de la gorge et de la bouche, soit en badigeonnages dans les vaginites aiguës ou chroniques, virulentes ou non, soit pour faire avorter les pustules de la variole, arrêter les érysipèles, il faut faire usage d'une préparation de teinture d'iode iodurée ou additionnée d'acide tannique ou d'un acide équivalent.

Agréez, etc. Le Dr Boinel.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 18. 3me ANNÉE. Samedi 10 Février 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

La malade qui fait le sujet de l'observation que je vais rapporter, a été dans le service de M. le professeur Bouillaud pendant près de deux ans; nous avons sur elle des notes détaillées; nous rapporterons ici les phases principales de sa maladie. C'est un exemple remarquable du ravage que peut exercer un anévrisme sur les parties voisines, sans respecter même le tissu osseux.

Hypertrophie du cœur. Anévrisme de la crosse de l'aorte. — Tumeur presternale. Frémissement vibratoire. Bruit ou souffle rude et rapeux au premier temps, à la base. — Autopsie. Tumeur anévrismale bilobée de la crosse de l'aorte avec destruction du corps des 3e, 4e et 5e vertèbres dorsales.

La nommée Auzin, couturière, âgée du 41 ans, née à Paris, est entrée à l'hôpital de la Charité, le 15 janvier 1853, salle Ste-Madeleine, n° 18. Elle a eu, nous dit-elle, plusieurs maladies éruptives pendant son enfance. Réglée à 11 ans, mariée à l'âge de 25, elle fit deux fausses couches. Avant une maladie qu'elle fit, il y a 15 mois, une pleurésie gauche pour laquelle elle est restée quatre mois à l'hôpital, elle n'avait éprouvé aucun des symptômes que nous allons indiquer plus bas. Interrogée avec le plus grand soin sur cette dernière maladie, elle nous assure que c'est à cette époque que remontent les accidents. A partir de ce moment elle éprouva de violentes palpitations ou l'essoufflement. Il y a, dit-elle, quelque temps, sans pouvoir préciser l'époque, qu'elle ressentit des douleurs dans les membres inférieurs et qu'elle remarqua au niveau du sinus aortique une tumeur dont nous parlerons bientôt.

Le 15 janvier, jour de l'entrée, nous constatons l'état suivant :

Constitution médiocre, peau blanche et fine, chairs pâles, blafardes; amaigrissement notable. Le visage est bouffi ; les lèvres sont violettes.

Il n'y a rien à noter du côté des organes de la digestion et de la respiration. La peau est d'une température normale, le pouls à 68-72 flasque, très-nettement redoublé. Souffle musical dans la carotide droite.

Région précordiale. — Au niveau de l'aorte sous-sternale, on voit une tumeur de la grosseur d'une noix, un peu déjetée à droite et présentant des battements sensibles à la vue; la main ne sent aucun frémissement vibratoire. La percussion donne dans ce point une matité de 4 travers de doigts environ, séparée d'ailleurs par une étendue de 2 à 3 centimètres de celle du cœur qui est sensiblement augmentée; sa pointe bat dans le sixième espace intercostal en dehors du mamelon. La tumeur présente des battements réguliers, isochrones à la systole du cœur, on y entend un souffle rude, rapeux au premier temps, ayant absorbé le premier bruit; à la pointe, le tic-tac est un peu renforcé seulement. Oppression surtout pendant la marche, douleurs dans le dos et les membres inférieurs, pas d'œdème.

2/3 granules de digitaline. 2 portions.

Le 18. Les douleurs du dos sont si intenses, que la malade ne peut se coucher.

Le 1er février. Les douleurs de la partie postérieure du sinus sont telles, que la malade pousse des cris; le visage exprime un abattement extrême.

Le 9 février. La faiblesse augmente et avec elle l'oppression; une douleur en avant, au niveau de la tumeur, s'ajoute à celle du dos qui persiste; il semble que la tumeur ait augmenté de volume, et le sthétoscope est fortement soulevé lorsqu'on l'applique dessus. On sent sous la main un léger grattement que l'on n'avait pas observé jusqu'alors.

Le 1er mars. Les douleurs du dos ont pris depuis la veille une telle intensité, que la malade s'agite et se plaint sans cesse. C'est à partir de ce moment que nous avons observé pour la première fois l'œdème des membres inférieurs et quelques contractures.

L'état de la malade a été stationnaire jusque dans le courant d'avril, époque à laquelle nous avons constaté un peu de mieux; la tumeur semblait moins développée, moins grosse; l'oppression avait diminué. Les douleurs du dos, sans avoir disparu, laissent un peu de repos; elles sont bien moindres.

Novembre. Vers cette époque, la malade accuse des douleurs générales, principalement dans le dos et dans les membres inférieurs. Nous l'examinons avec le plus grand soin et nous constatons à nouveau tous les signes mentionnés plus haut, de plus le bruit du souffle en arrière et se propageant à gauche de la colonne vertébrale : c'est vers le mois de février que la malade a été prise de véritables contractures des membres inférieurs, accompagnée de douleurs atroces durant plusieurs heures. Nous avons souvent essayé d'étendre les membres fléchis, et les plus grands efforts ne pouvaient y parvenir; les tendons des muscles fléchisseurs étaient comme des cordes fortement tendues.

La malade succomba dans le courant du mois de mai 1854.

— *Autopsie* faite 33 heures après la mort.

On vit sur le sternum, au niveau du sinus aortique, la tumeur observée pendant la vie, ayant conservé le même volume. On enlève la partie antérieure de la poitrine en pratiquant une incision de chaque côté, depuis la clavicule jusqu'à l'abdomen, dont les organes ne présentent rien de particulier. Lorsque l'on veut relever le sternum on trouve au niveau de la saillie notée plus haut une adhérence interne qui offre de grandes résistances, une section faite avec la scie laisse une partie du sternum en place. Une fois les organes thoraciques mis à découvert, nous constatons une adhérence générale du poumon avec les plèvres costales, mais principalement à gauche; dans toute la hauteur elles sont fibreuses.

Le cœur est à peu près dans sa position normale, notablement plus gros, sa pointe est plus en dehors. Le péricarde contient une assez grande quantité de sérosité citrine (5 à 6 cuillerées à bouche). Le cœur, mesuré à la base des ventricules, à la pointe, offre 11 centimètres 1/2; transversalement, 10. On remarque quelques taches laiteuses, l'une en dehors du ventricule droit, l'autre à la pointe du ventricule gauche, se prolongeant un peu à la face postérieure. L'aorte présente, sur toute sa largeur, des membranes épaisses, opaques.

Le ventricule droit est ouvert par une double incision formant un

lambeau triangulaire à base supérieure et renversé en haut; nous constatons l'état suivant :

Les trois valves de la valvule tricuspide sont libres, elles jouent bien, elles sont seulement un peu épaissies; même remarque pour les valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire.

On pratique la même incision sur le ventricule gauche dont les parois sont considérablement épaissies. La valvule bicuspide joue librement, mais elle présente aussi un épaississement notable, l'orifice est normal. Les valvules sygmoïdes de l'aorte jouent bien, elles présentent la même altération que la valvule auriculo-ventriculaire. Les parois de l'aorte ont 3 millimètres 1/2 à 4 d'épaisseur. Dans sa première partie, on voit une rougeur générale de la tunique interne bien épaissie et parsemée de concrétions cartilagineuses. A ce niveau on trouve une poche pouvant contenir à peu près un gros œuf de poule et se dirigeant en avant jusqu'au sternum, à la face interne duquel cette poche adhère intimement; elle a détruit, en deux points différents, l'épaisseur de l'os, le sang se serait échappé sans quelques caillots protecteurs. En arrière, cette poche se rétrécit pour former un détroit au-delà duquel se trouve une seconde poche qui prend directement adhérence sur le corps des vertèbres en dedans, et sur la face interne des côtes en dehors. Au niveau de ce rétrécissement la face interne de l'aorte est parsemée de concrétions osseuses. Le corps de la troisième, quatrième, et les deux tiers supérieurs de la cinquième vertèbre dorsale est complètement détruit. Le doigt pénètre directement sur la moelle épinière, fortement injectée à ce niveau, et dont les membranes, fortement épaissies, ont pour ainsi dire formé corps avec les parois de la poche qui contourne la substance médullaire.

Au-dessous de ce point, l'aorte a son calibre normal, sa tunique interne est épaissie et présente au-dessous d'elle des concrétions d'une consistance de coquille d'œufs. Cette poche anévrismale bilobée ne contenait que des caillots unis, flasques, peu consistants.

Réflexions. — Les observations d'anévrismes simples de l'aorte ne sont pas très-rares, mais il n'est certes pas commun d'en rencontrer du volume de celui-ci, ayant exercé de semblables ravages. A l'époque où la malade est entrée à l'hôpital, elle se plaignait depuis quelque temps déjà de douleurs dans le dos; la tumeur sternale présentait un développement notable.

Ce n'est que 12 ou 15 mois après que nous avons remarqué pour la première fois la contracture des membres inférieurs, et c'est seulement dans les derniers temps que le phénomène est à peu près constant. Il est donc vraisemblable qu'au mois de janvier 1855, le sac anévrismal postérieur n'avait pas encore le développement que nous avons constaté à l'autopsie et surtout de contact direct avec la substance médullaire.

Les douleurs remontent à une époque éloignée, parce que les nerfs intercostaux ont été intéressés dès que la tumeur a pris des adhérences sur le râchis et les côtes. Quant à la moelle, elle a été protégée par le canal osseux qui la contient; ce n'est qu'après un temps assez long qu'il a été usé, et celle-ci mise à découvert et en contact direct par ses cordons antérieurs avec des caillots; alors seulement nous avons observé la contracture notée plus haut. A l'autopsie, la substance médullaire n'était pas ramollie mais assez fortement injectée dans sa portion mise à découvert. Quant à la lésion du cœur, nous allons voir qu'elle est en harmonie avec les symptômes observés pendant la vie. En effet, nous avons constamment trouvé un souffle rude, râpeux, au premier temps seulement et à la base; à mesure que l'on se rapprochait de la pointe, on retrouvait les deux claquements valvulaires renforcés seulement, sans mélange du souffle. A l'autopsie nous trouvons à la face interne de l'aorte des concrétions abondantes qui rendent compte du souffle observé pendant la vie. Les valvules aortiques sont lisses, un peu épaissies seulement; nous ne trouvons pas de souffle au second temps, mais le second bruit plus éclatant, parcheminé. L'orifice auriculo-ventriculaire est normal, la valvule bicuspide lisse, épaissie seulement; nous ne trouvons à la pointe aucun signe anormal autre que les bruits renforcés, qui, pendant la vie, avait fait diagnostiquer l'altération trouvée après la mort.

L'origine de cette lésion compliquée ne peut être douteuse pour personne. La malade, interrogée avec le plus grand soin, nous assure n'avoir éprouvé aucun des symptômes que nous constatons aujourd'hui à une époque antérieure à la pleurésie dont nous trouvons, à gauche surtout, les signes anatomiques. Sur le cœur, nous voyons plusieurs taches laiteuses, sur l'aorte des pseudo-membranes, puis en ouvrant ce vaisseau nous remarquons une arboritation très-développée qui s'étend au loin et que l'on ne peut rapporter à une imbibition cadavérique. Ne sont-ce pas là autant de signes certains qui font toucher du bout du doigt l'origine et la nature première de la maladie? C'est là un cas d'endo-péricardite coïncidant, avec une pleurésie ou une arthrite rhumatismale, et qui rentre dans la loi si bien démontrée par M. le professeur Bouillaud.

Dr E. Aubertin,
Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital de la Charité.

CLINIQUE CIVILE.

TUMEUR VOLUMINEUSE DE L'ABDOMEN TRÈS-REMARQUABLE SOUS LES RAPPORTS DU SIÉGE, DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT. AUTOPSIE.

Observation recueillie sur un médecin,

par M. le docteur Caffe.

(*Lue à l'Académie de médecine, séance du* 6 *février* 1855.)

Au commencement de novembre 1853, je fus appelé à donner des conseils à M. Forte-Gatto (Adelino-Huet), âgé de quarante-huit ans, docteur en médecine, portugais, domicilié depuis plusieurs années à Paris, rue de la Ferme-des-Mathurins, 10.

M. Forte-Gatto arrivait d'un voyage fait à Oporto, où réside sa famille, au sein de laquelle il avait passé environ trois mois. A la fatigue de ce voyage, fait en partie par mer, venait se joindre une cholérine intense; mes soins immédiats eurent pour but la guérison de cette maladie épidémique intercurrente qui aurait pu devenir fatale. Dès mes premières visites, mon attention fut attirée par l'existence d'une affection organique siégeant dans la cavité abdominale et occupant la région spléénique plus spécialement. Une tumeur volumineuse, multilobée, révélait la présence de cette maladie profonde et ancienne.

Le malade, compétent en sa qualité de docteur en médecine, ayant longtemps exercé dans sa patrie et notamment au Brésil, put aisément m'instruire de tous les détails les plus circonstanciés qui se rattachaient à sa maladie chronique.

Ce fut dans le courant d'avril 1853 que M. Forte-Gatto s'aperçut pour la première fois qu'une tumeur prenait naissance dans l'abdomen sans qu'il put lui assigner la moindre cause. Après une nuit très-bonne, au moment où il se réveillait pour répondre à son domestique qui lui demandait ses ordres pour déjeuner, il interrogea machinalement son estomac avec la main et ce fut à ce premier moment qu'il sentit la présence d'une tumeur dont le volume s'est toujours graduellement accru à partir de cette époque.

Le malade n'eut à se reprocher aucune incurie, aucune négligence concernant les soins à donner à cette affection; il consulta les médecins compétents. La plessimétrie fut plus d'une fois invoquée; la douleur étant alors des plus obscures, rien ne s'opposait aux investigations les plus complètes, les plus régulières et les plus répétées; les fonctions digestives éprouvaient seules quelques perturbations légères qui n'annonçaient rien de caractéristique; les fonctions rénales furent toujours très-régulières jusqu'à la cessation de la vie.

Pour toute maladie antérieure, le malade ne se souvenait que d'une légère affection des voies respiratoires, vers l'âge de dix ans, et de quelques accès de fièvre intermittente durant son séjour dans les pays où cette maladie est endémique.

Les nombreux médecins qui examinèrent ce confrère au début de sa maladie portèrent un diagnostic univoque; tous admirèrent une tumeur de la rate; l'un d'eux, et des plus compétents, pré-

cisa même l'existence de kystes hydatiques dans cet organe; il avait cru obtenir la sensation de frottement révélée entre les parois de ses poches vésiculaires.

La percussion exécutée méthodiquement à partir du creux de l'aisselle gauche traduisait la sonorité du poumon dans l'étendue normale, à laquelle succédait la matité à partir du point correspondant au bord supérieur de la rate jusque sur la tumeur qui était située au-dessous des deux dernières fausses-côtes gauches, tumeur que l'exploration de l'abdomen refoulait au dessous de ces arcs osseux, région occupée par la rate.

Cette tumeur était résistante; lorsqu'on cherchait à y percevoir la fluctuation, elle se déplaçait de manière à laisser de l'incertitude sur l'existence d'un liquide.

Il ne se traduisait aucun symptôme qui fit soupçonner une tumeur ayant un autre siége que la rate elle-même, d'autant plus que le malade avait longtemps séjourné, comme je l'ai déjà dit, dans des contrées où règnent les fièvres intermittentes, auxquelles il n'avait pas non plus échappé.

L'existence d'un gonflement de la rate fut aussi, à cette époque et à la suite d'examens répétés, l'opinion personnelle de M. le professeur Nélaton.

Du sulfate de quinine fut prescrit en conformité de ce diagnostic, et le malade parut en éprouver de l'amélioration.

Dans ces circonstances le malade fut envoyé aux eaux de Bade. Il n'eut pas à s'en louer; il revint à Paris et se mit en route pour le Portugal dans le courant du mois d'août 1853, pour condescendre à l'espérance qu'on lui donnait de retrouver la santé dans son pays. Il le quitta encore pour arriver à Paris dans les premiers jours de novembre 1853.

Dès que j'eus entièrement dominé la cholérine intense dont j'ai fait mention, je provoquai une consultation avec M. Nélaton, l'un des médecins antérieurement consultés par le malade. M. le professeur Laugier faisait aussi partie de la consultation.

En raison de l'urgence commandée par des douleurs profondes et continues, par la difficulté extrême de toute nutrition, et d'un autre côté par l'insistance impérieuse du malade qui nous disait à chaque instant : « N'y aurait-il qu'une chance sur cent que je voudrais tenter l'opération; c'est pour moi la seule voie de salut, sans elle ma mort est certaine, » il fut décidé, d'un commun accord, de procéder à une opération. Il n'y avait plus à hésiter en face d'une tumeur qui, née dans l'hypocondre gauche, était devenue successivement très-considérable et descendait dans l'abdomen où elle avait dépassé l'ombilic pour envahir le côté droit jusqu'à la fosse iliaque. Elle présentait des bosselures très-larges, toutes fluctuantes, qui faisaient croire à trois tumeurs juxtà-posées, et renfermant des matières liquides.

Tous les soirs le malade éprouvait des frissons et de fortes douleurs dans la région splénique. Il n'était plus permis d'avoir des doutes sur une suppuration profonde; tous les symptômes concordaient à l'indiquer.

Pour éviter un épanchement dans l'abdomen, la prudence conseillait de faire une ponction en se servant du trois-quarts, mais après avoir établi une adhérence des parois abdominales avec la poche du kyste.

Le 5 novembre, M. Nélaton appliqua un pois de potasse caustique, et renouvela trois fois cette application. Enfin, le 21 du même mois, nous pûmes parfaitement distinguer, au sommet du trajet formé par la chute successive des escharres, l'aspect lisse et luisant de la face externe du péritoine pariétal. Le même jour, en présence de MM. les docteurs Laugier, Jamain, Sappey et moi, M. Nélaton plongea dans la tumeur un trois-quarts avec canules à robinet, muni de baudruches pour s'opposer à l'induction de l'air. On retira en quelques heures quatre litres et demi d'un pus couleur lie de vin sans odeur, rappelant par son aspect le tissu de la rate à l'état de détritus et de bouillie. L'évaluation de la quantité de ce liquide n'est point arbitraire, elle fut exactement mesurée par M. Gibon, pharmacien. Toutes les poches se sont vidées, elles communiquaient entre elles. La canule à robinet fut laissée en place; deux ou trois fois en vingt-quatre heures on eut soin de pratiquer dans la tumeur des injections iodées, après avoir d'abord, au moyen d'une seringue, aspiré la quantité de pus qui avait été sécrété dans la tumeur.

Sous l'influence de ce traitement méthodiquement conduit, la poche purulente revint sur elle-même au point qu'on ne pouvait plus la retrouver par le toucher. La nutrition s'était rétablie en même temps que les douleurs avaient cessé; le sommeil, impossible jusqu'au moment où l'abcès fût vidé, était revenu avec son calme réparateur. L'opéré passait déjà souvent quelques heures assis sur un fauteuil. Pendant trente jours, tout semblait confirmer les meilleures espérances; mais alors tout changea de face : une nouvelle collection de liquide se forma le long de la colonne vertébrale; les digestions devinrent mauvaises; la fièvre reparut; les diarrhées colliquatives se répétèrent; la fistule abdominale fournit un pus non lié, grisâtre, très-fétide et en petite quantité.

L'émaciation générale et la faiblesse étaient portées à leur dernier terme; le malade, qui conservait toute son intelligence, tomba dans un découragement complet. Enfin, il s'éteignit le 30 janvier 1854, cinquante-cinq jours après l'ouverture de l'abcès.

M. le chevalier Navarro de Andrada, ami de M. Forte-Gatto, et attaché à la légation de S. M. Très-Catholique, nous autorisa par écrit à procéder à l'autopsie de notre confrère, ce qui était d'ailleurs conforme à la volonté du défunt, formellement exprimée. L'ouverture du corps fut donc pratiquée par M. le docteur Jamain et par moi, le 1er février 1854, à neuf heures du matin.

Taille d'un mètre soixante-dix-sept centimètres; maigreur générale très-prononcée; nulle infiltration; teinte verdâtre de la paroi abdominale dans sa portion sous-ombilicale; rigidité cadévérique moyenne.

Ouverture fistuleuse de trois millimètres de diamètre, située au côté gauche, à un centimètre et demi au-dessous du cartilage de la dixième côte, à sept centimètre du raphée médian.

Ouverture du thorax : quelques adhérences existent entre la plèvre et la surface diaphragmatique correspondante à gauche. Adhérences au sommet du poumon gauche, faciles à rompre; les poumons sont sains, crépitans; point de tubercules; nul épanchement.

Le cœur est peu volumineux : de la grosseur du poignet de l'autopsié; le tissu en est flasque.

L'abdomen, largement ouvert, nous fait immédiatement reconnaître que la rate n'avait jamais été le siége de la maladie; la rate est en effet d'un volume et d'une coloration normale, légèrement refoulée sous le diaphragme, adhérente au feuillet péritonéal diaphragmatique; cet organe si parfaitement sain avait été l'objet d'une constante erreur de diagnostic.

Une bride, ou pont, est étendue de la paroi abdominale à une tumeur qui remplit en partie l'hypochondre gauche. Cette bride a une longueur de sept centimètres et le diamètre d'une plume d'oie volumineuse. En engageant une sonde dans la fistule, on s'assure que cette bride est un véritable canal ouvert dans la tumeur, et qui dirigeait au dehors le plus sécrété dans l'intérieur du kyste.

Désireux de faire profiter la science d'une observation aussi rare et que l'autopsie rendait si complète, nous enlevons avec les soins les plus minutieux la paroi abdominale et toutes les parties sous-jacentes, jusques et y compris le muscle psoas gauche. Cette pièce pathologique, préparée avec soin par MM. les internes Lorain et Cadet de Gassicourt, servit de texte à une intéressante leçon de clinique par M. le professeur Nélaton, à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Faculté.

La tumeur était formée par un kyste d'une très-grande capacité, constitué aux dépens du rein gauche, dont la portion convexe avait été distendue sans être désorganisée par une compression du centre à la périphérie, en même temps que la partie concave correspondant au bassinet s'était dilatée dans des proportions considérables, de manière à former une poche divisée par des cloisons incomplètes.

On retrouve encore, dans l'intérieur de cette poche, du liquide

purulent, semblable à celui qui s'écoulait pendant la vie, et, de plus, des graviers et trois gros calculs disposés en forme de branches de coraux, dont l'un mesurait sept centimètres d'étendue.

L'analyse chimique de ces calculs, faite par M. Rigaud, donne du phosphate de chaux. A la partie inférieure de cette poche se découvre l'orifice de l'uretère gauche oblitéré.

Cette observation est curieuse sous plus d'un rapport :

1° Elle constate une erreur de diagnostic commise, il est vrai, sans préjudice pour le malade;

2° Elle démontre la puissance de l'intervention de l'art pour la formation d'adhérences entre la paroi d'une tumeur située dans une cavité séreuse, et la séreuse pariétale. En effet, dans la pièce anatomique que nous venons de décrire, on voit une adhérence unique, tubuleuse, solidement organisée, étendue de la paroi abdominale à la tumeur, etc. Circonstance remarquable! sur aucun autre point de la surface de cette vaste tumeur, il n'existe de bride celluleuse, aucune adhérence, en un mot, qui la fixe à la paroi de l'abdomen; on est forcé de conclure que les applications répétées de caustiques ont seules produit cette adhérence au centre de laquelle l'opérateur a établi le canal d'évacuation;

3° On remarque également la dimension considérable de ce kyste rénal qui remplit presque la cavité abdominale, le développement rapide de cette tumeur, et, par dessus tout, l'absence absolue de tout symptôme capable de faire soupçonner la moindre lésion de l'organe sécréteur de l'urine.

Il est important de répéter ici que tous les souvenirs du médecin malade, réveillés par les interrogatoires les plus minutieux, itérativement renouvelés par des praticiens différents et exercés, n'ont jamais pu faire penser un instant, et à aucune époque de la vie, à la plus légère altération du rein.

Les urines examinées, et par le malade et par nous, ont toujours paru d'une composition et d'une quantité normale.

La conclusion à tirer de cette autopsie est que l'uretère gauche oblitéré ne remplissait plus de fonctions; il en était de même du rein de ce côté, tandis que l'intégrité du rein droit, entièrement conservée, suppléait complétement à son congénère.

Observation de paraplégie idiopathique, suite de scarlatine,

Par le docteur H. Texier.

Dans le courant de l'année dernière, *le Moniteur des Hôpitaux* a publié un travail fort intéressant de M. Abeille sur les paraplégies indépendantes de la myétite. L'auteur divise ces paraplégies en trois classes distinctes : 1re classe, *paraplégies essentielles*, sans lésion appréciable des centres nerveux et ne se rattachant à aucune lésion organique; 2e classe, *paraplégies symptômatiques*, se reliant à une cause facilement appréciable et explicable, mais autre que la myétite; 3e classe, *paraplégies sympathiques*, c'est-à-dire survenant à la suite de lésions qui ne peuvent les expliquer d'une manière plausible.

A la 1re classe se rattachent les paraplégies suivantes : 1° la paraplégie hystérique; 2° la paraplégie des jeunes enfants à la suite des convulsions, de l'éclampsie, de la chorée, etc.; 3° la paraplégie survenant à la suite d'un accès de fièvre intermittente grave, ou de la fièvre typhoïde; 4° la paraplégie qui survient après un refroidissement subit ou prolongé des extrémités inférieures; 5° enfin la paraplégie saturnine.

A la 2e classe : 1° la paraplégie symptômatique de l'anémie globulaire; 2° la paraplégie symptômatique de la compression de la moelle épinière ou des nerfs qui vont aux membres inférieurs; 3° enfin les paraplégies qui tiennent manifestement au rhumatisme ou à la goutte.

A la 3e classe, les paraplégies qui arrivent en coïncidence des pertes séminales, de la néphrite suppurée ou chronique, d'autres maladies des voies urinaires ou des organes génitaux.

— Ainsi qu'on peut le voir par cette classification, les variétés de paraplégies indépendantes de la myétite sont nombreuses; cependant on peut encore rencontrer, dans la pratique, des paraplégies qu'il est bien difficile de faire rentrer dans l'une des subdivisions de M. Abeille. C'est ce que l'on peut voir par l'observation suivante :

Observation : Mme Papaillion, âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution délicate, fut réglée à seize ans pour la première fois, irrégulièrement pendant les six premiers mois, très-régulièrement depuis; elle s'est mariée à vingt-six ans, n'a pas eu d'enfants; elle n'a jamais eu d'autre maladie que deux scarlatines, la première il y a quatre ans, en 1850, la seconde en 1851. Aux deux fois cette affection s'est présentée avec des caractères assez bénins, sans beaucoup de fièvre, ni de mal de gorge, mais la convalescence a été troublée à chaque fois par des symptômes de paraplégie qui se sont dissipés, me dit-elle, au bout de quelques jours, sous l'influence de frictions irritantes et de l'application de quelques sangsues.

Le 21 janvier 1853, trois mois après son mariage, je fus appelé auprès de cette dame qui se plaignait alors de légers fourmillements dans la jambe et le pied gauches, d'un malaise général, d'un peu d'inappétence, et annonçait l'apparition prochaine d'une troisième scarlatine. Je l'examinai très-attentivement et ne trouvai aucun signe qui pût faire présager cette maladie, pouls médiocrement plein, à 85, langue humide, sans enduits saburaux, appétit un peu diminué, ventre souple, selles rares, point de taches à la peau, point d'angine. La jambe gauche était un peu froide, un peu anesthésiée. — Je me contentai de prescrire quelques boissons délayantes, des potages et des frictions avec la flanelle sur la jambe malade.

Deux jours après, le 23, on revint me chercher; ma malade présentait sur toute la surface cutanée une éruption absolument semblable à celle de la scarlatine; mais il n'y avait encore ni fièvre, ni angine. — Je lui recommandai d'éviter les courants d'air, le refroidissement, sans cependant trop se couvrir, de prendre des boissons chaudes, et de se tenir à la diète.

Le lendemain elle était à peu près dans le même état, les fourmillements de la jambe persistaient, mais il n'y avait plus d'anesthésie cutanée.

Le 26, les taches commençaient à disparaître, et il y avait à la peau de la jambe gauche un peu d'hyperesthésie.

Le 28, la desquamation était commencée et se faisait absolument comme pour une scarlatine régulière; seulement il n'y avait point d'œdème des extrémités. La malade avait un peu d'appétit; la constipation, qui s'était montrée dès le début, persistait encore; la jambe gauche, toujours hypéresthésiée, avait de la peine à se mouvoir; la droite était à son tour le siége de fourmillements, paraissait plus lourde et moins sensible que la veille. — Fumigations avec des herbes aromatiques.

Le 30, la jambe droite est aussi malade que la gauche; dans les deux la sensibilité est redevenue à peu près normale, mais les mouvements sont complétements abolis; elles sont le siége de quelques convulsions cloniques. — Frictions avec un liniment ammoniacal camphré, bains de vapeur.

Au bout de quatre ou cinq jours de ce traitement secondé par un léger purgatif, ma malade va un peu mieux, les convulsions diminuent, les mouvements reviennent.

Le 8 février, elle se promène assez facilement, elle fait le tour de sa chambre avec un bâton.

Le 2 mars, je fus appelé de nouveau. Mme Papaillion, qui depuis le 8 février avait été assez bien, avait pu sortir se promener dans sa cour, est retombée de la veille dans un état pire que la première fois; elle ne peut en aucune façon remuer ses jambes, la sensibilité est extrêmement obtuse partout jusque sur les cuisses, les convulsions sont très-fréquentes et douloureuses. A part cela, les autres fonctions s'exécutent assez bien, l'appétit est bon, les selles régulières, les urines naturelles, le pouls à 78. — Je fus très-surpris de cette récidive.

Je n'avais pas tout d'abord attaché une grande importance à ces symptômes de paraplégie, espérant qu'ils se dissiperaient au bout de quelques jours sous l'influence d'un traitement assez simple, comme ils l'avaient fait déjà deux fois, et comme cela arrive ordinairement quand ils apparaissent à la suite d'une autre maladie, comme la fièvre typhoïde par exemple. Me trouvant trompé dans mon attente, je cherchai avant de recommencer aucun traitement, quelle pouvait être la cause des accidents que j'observais. J'étais, par l'enchaînement des symptômes, porté à éloigner toute idée de maladie organique de la moelle; cependant, comme cette affection se présentait pour la troisième fois à la suite d'une éruption scarlatiniforme, et comme ici je n'avais point eu, à la période de desqua-

mation, l'œdème des extrémités, je pensai (j'ai renoncé depuis à cette idée) que peut-être la sérosité, au lieu de se porter sur les membres, s'était portée vers la colonne vertébrale, et que j'avais alors affaire à une hydropisie des méninges rachidiennes ou de la moelle épinière, maladies peu connues et dont je ne trouvais aucune description dans les auteurs que j'avais en main. — En vue de cette idée, j'appliquai deux vésicatoires dans la région lombaire, un de chaque côté de la colonne vertébrale. En même temps, je prescrivis tous les deux jours une pilule contenant : calomel, jalap, gomme gutte, ââ 0,10 centigrammes.

Ma malade, au bout de quelques jours, recommençait à marcher, et, le 10, elle reprenait un peu de courage; mais, le 25, je fus appelé de nouveau et je retrouvai les mêmes symptômes que le 2; de plus fèces et urines involontaires ; par conséquent, paralysie du rectum et de la vessie. — Les vésicatoires rendant toujours, je les fis panser avec 5 centigrammes de strychnine par jour, en deux fois, et je prescrivis pour chaque matin une pilule de 1 centigramme de strychnine. Je portai bientôt la dose à 2, puis à 3 pilules et je n'obtins aucun résultat; point de secousse tétanique. En même temps, je faisais frictionner les jambes avec un liniment ammoniacal camphré comme au commencement.

N'obtenant aucune amélioration, je prescrivis l'électricité. Comme nous n'avions point d'appareil, le mari de cette dame qui avait un électrophore et une bouteille de Leyde qu'il avait lui-même fabriqués, chercha par ce moyen à l'électriser : mais que pouvait-il obtenir d'un tel procédé ?

Le 2 avril, j'appliquai deux cautères à la place des vésicatoires qui étaient secs, et bientôt la paralysie du rectum et de la vessie avait disparu, mais celle des jambes persistait, et tantôt on y trouvait de l'anesthésie, tantôt de l'hyperesthésie, en quelques points seulement, le reste étant à l'état normal.

Le 10, Mme Papaillion, se rappelant les applications de sangsues qu'on lui avait faites autrefois, les recommença sans me consulter; elle en appliqua six sur ses jambes; elle se trouva un peu mieux le lendemain. Deux jours après, nouvelle application de six sangsues. Le mieux (léger, il est vrai) persiste; mais, au bout de quatre ou cinq jours, la malade est dans le même état qu'auparavant, et pendant tout le mois d'avril, elle reste paraplégique.

Le 10 mai, sur mes instances réitérées, on m'adjoignit en consultation trois autres confrères : l'un d'eux, M. le docteur Giraud, d'Aigre, qui s'occupe beaucoup des maladies du système nerveux, crut pouvoir rattacher cette paraplégie à un état chlorotique de la malade. Mme Papaillion, en effet, a la figure pâle, quoiqu'elle soit parfaitement réglée et n'ait jamais eu de battements de cœur. A l'auscultation, M. Giraud croit entendre des bruits de souffle dans la région carotidienne, et j'avoue, en toute humilité, n'avoir entendu, ce jour-là, que le souffle respiratoire. Quoiqu'il en soit, nous sommes d'accord sur le traitement, on électrisera la malade avec un des appareils en vogue aujourd'hui et on lui donnera des toniques.

Le 15, Mme Papaillion va suivre ce traitement à Aigre, M. Giraud supprime les cautères, l'électrise chaque jour, lui fait prendre du vin de quinquina, des ferrugineux, etc., lui donne des bains froids d'une heure chaque jour et dans lesquels il fait ajouter une poignée de sel de cuisine et 125 grammes de sous-carbonate de potasse. — Au bout de trois mois, notre malade marche à peu près comme elle a déjà fait plusieurs autres fois depuis le commencement de cette affection ; mais l'ennui la prend à Aigre, elle y maigrit, veut revenir et revient chez elle le 18 août.

Elle continue à marcher avec un bâton pendant quelques jours; mais elle est lasse des remèdes, elle ne veut plus rien faire. Bientôt elle a une nouvelle rechute, puis elle revient à l'état où elle était à son retour d'Aigre, pour rechuter encore 5 ou 6 fois et avoir autant d'améliorations, et cela sans le secours d'aucun traitement.

Le 15 août 1854, elle va à Paris, consulte M. Bouillaud et un médecin du bureau central dont j'ignore le nom. Ces Messieurs lui prescrivent, l'un 2, l'autre 4 cautères le long de la colonne vertébrale, la strychnine à l'intérieur, les bains de Barèges et un régime fortifiant. Les bains de Barèges n'ont pas été pris vu la saison avancée.

Le 21 août, je lui appliquai deux cautères dans la région lombaire et elle commença à prendre une pilule de 1 centigramme de strychnine le matin ; au bout de huit jours, elle en prit une matin et soir; en même temps, 20 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène, deux fois par jour, au commencement de ses repas. Mais tout cela n'a rien produit de bien avantageux.

Le 17 septembre, application de deux autres cautères au-dessus des premiers. — La malade a des secousses très-fortes qui lui retirent les jambes pendant une demi-minute ou une minute, et des convulsions cloniques fréquentes qui durent quelques minutes, qui la font beaucoup souffrir et qu'elle ne peut arrêter qu'en changeant plusieurs fois ses jambes de position; du reste, il y a de la douleur indépendante des convulsions. Elle supprime une pilule de strychnine, les mêmes phénomènes se produisent. Elle supprime la seconde le 28, et depuis cette époque, les secousses et les convulsions cloniques persistent comme auparavant.

Cependant, le 5 octobre, la malade peut encore se tenir debout; mais au bout de 3 ou 4 jours elle est aussi faible que précédemment, et aujourd'hui, 17 octobre, la paraplégie est complète, les convulsions sont fréquentes, les douleurs beaucoup plus fortes que jamais, ni hypéresthésie, ni anesthésie, faiblesse générale, appétit très-faible, amaigrissement assez prononcé, pouls petit, à 78; les cautères rendent à peine malgré tout ce qu'on y peut faire; il y a sur le sacrum une excoriation très-superficielle de la largeur d'une pièce de 1 franc.

— Telle est la série des symptômes éprouvés par Mme Papaillion. Quelle en est la cause? C'est encore ce qu'il est difficile de dire.

Je ne puis rattacher cette paraplégie à une lésion organique de la moelle épinière, car, si cette lésion existait, nous n'aurions pas eu ces alternatives de mieux et de plus mal.

Je ne puis non plus la rattacher, avec M. Giraud, à l'état chlorotique de ma malade, car, s'il en était ainsi, les sangsues, au lieu de procurer du mieux, auraient produit au contraire une aggravation du mal, et le régime tonique, d'un autre côté, aurait fourni des résultats plus avantageux que ceux qu'il nous a donnés.

Je ne la rattacherai pas davantage à un état histérique, puisque ma malade n'a jamais eu d'attaques de cette nature.

Nous avons donc affaire à une paraplégie idiopathique, dont la cause est complétement inconnue.

Quel traitement lui opposerons-nous en dehors de ceux qui ont été déjà inutilement suivis? — Vu les résultats jusqu'ici obtenus, les alternatives de mieux et de pire en dehors de tout traitement comme sous l'influence des traitements les plus rationnels, j'ai l'intention d'administrer le sulfate de quinine. J'en appelle à mon excellent maître, M. Bouillaud, qu'on désire encore consulter (1).

— Le 21 octobre nous recevions de M. Bouillaud la réponse suivante :

Note de M. Bouillaud. — J'ai lu avec une grande attention la note très-circonstanciée de M. le docteur Texier, sur la paraplégie dont Mme Papaillion est affectée.

Les détails précis relatifs à la marche de cette paralysie ne permettent pas de croire qu'elle dépende d'une affection profonde et *organique* de la moelle épinière ; opinion qui est aussi celle de M. Texier. Bien que la jeune dame n'ait jamais présenté de véritables attaques d'hystérie, il est cependant bien probable que la paraplégie dont elle est atteinte se rattache à ce genre de névrose. Ce qu'il y a de certain, c'est que des paralysies d'une telle mobilité, qui apparaissent et disparaissent à de courtes intervalles, ne se rencontrent guère que chez les personnes affectées d'hystérie ou de catalepsie, névroses qui, comme chez madame Papaillion, marchent si souvent de compagnie avec *l'anémie* et *la chlorose*.

Après tout ce qui a été fait d'une manière parfaitement rationnelle, j'abonde volontiers dans l'idée de mon confrère, celle d'administrer le sulfate de quinine.

Je crois qu'on pourrait aussi pratiquer avec avantage la cautérisation transcurrente superficielle sur la région du rachis, et l'urtication sur les membres inférieurs.

On peut associer à ces moyens les préparations de valériane (le valérianate de zinc en particulier), d'assa-fœtida.

Si ces moyens échouaient, l'électricité avec les appareils de M. le docteur Duchesne (de Boulogne) serait une précieuse ressource.

A la belle saison, on déciderait quelles seraient les eaux minérales auxquelles madame Papaillion devrait se rendre. »

1. C'est l'observation telle qu'elle a été envoyée à M. Bouillaud.

—Le 20, j'avais revu madame Papaillion; elle me dit qu'en se levant elle avait éprouvé des frissons très-forts et beaucoup de malaise. Le pouls était petit et fréquent (120 puls.), la peau était sèche et la chaleur normale. Ces accidents cessèrent au moment où la malade se remit au lit; mais ils reparurent le lendemain dans les mêmes circonstances et se calmèrent de même. Il ne survint point de transpiration. Je crus cependant avoir affaire à des symptômes de fièvre intermittente. Je n'étais même point fâché de cette circonstance, parce qu'elle venait m'affermir dans l'idée que la paraplégie que j'observais pourrait bien tenir à une influence paludéenne, quoiqu'on ne rencontre guère de maladies de cette nature dans la commune habitée par madame Papaillion. J'espérais donc en faire prompte justice avec le sulfate de quinine.

Je patientai encore trois ou quatre jours, et les symptômes fébriles se renouvelant chaque jour au moment où la malade se levait, pour cesser quand elle se remettait au lit; je commençai le 26 à administrer le sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigr. immédiatement après l'accès, c'est-à-dire une heure environ après le coucher. Je continuai pendant dix jours consécutifs le sulfate de quinine à cette dose et je n'obtins pas le plus léger amendement et sur les accidents fébriles et sur ceux de la paraplégie. Je renonçai donc à ce médicament pendant l'administration duquel j'avais, suivant le conseil de M. Bouillaud, pratiqué tous les deux jours sur la région du rachis, la cautérisation transcurrente superficielle à l'aide d'un cautère chauffé à l'eau bouillante et promené à plusieurs reprises jusqu'à la rubéfaction, et déterminé aussi tous les deux jours l'urtication sur les membres inférieurs.

Le 8 novembre, madame Papaillion est très-faible, elle a perdu l'appétit, le vin forme presque sa seule nourriture. — Le sulfate de quinine étant supprimé depuis deux jours, je le remplaçai par les antispasmodiques à l'intérieur; ainsi, chaque jour, matin et soir, une des pilules suivantes :

℞ Assa-fœtida................	âà	4 grammes
Extrait de valériane		
Musc........................		2 id.
Oxyde de zinc..............		1 id.

fsa. 40 pilules.

Le 13, ma malade se plaignit d'avoir une plaie dans la région trochantérienne gauche. C'était une large escharre noire, de 0,09 centimètres de diamètre, qui commençait déjà à se détacher sur les bords, et qui avait été produite par le décubitus sur ce côté. — Lavage avec la liqueur de Labarraque; pansement avec de la charpie; le reste du traitement *ut suprà*.

Le 20, madame Papaillion me force à renoncer à l'urtication et à la cautérisation transcurrente, parce que c'est pour elle trop douloureux. — Depuis quelques jours elle s'est tenu couchée sur le côté droit; aussi s'aperçoit-on qu'une escharre plus large que la première existe aussi dans la région trochantérienne de ce côté; elle a 0,13 centimètres de diamètre; cependant, la malade ne paraît pas en souffrir beaucoup; elle se plaint plutôt de ses jambes, qui sont très-douloureuses, n'ont pas recouvré leurs mouvements et présentent toujours quelques phénomènes convulsifs.

Le 28, les pilules sont finies, la malade n'en veut pas d'autres. L'escharre du côté gauche est tombée; quelques jours après, l'autre tombe aussi. Elles ont emporté la partie correspondante des muscles de cette région, le fémur est à nu dans une assez grande étendue, des deux côtés; l'excoriation, d'abord superficielle, de la région sacrée, s'est transformée en une plaie profonde, le sacrum est à nu. La suppuration n'est pourtant nulle part très-abondante. — Pansement avec la liqueur de Labarraque, la poudre de quinquina et la charpie, vin de quinquina à l'intérieur.

L'état de la malade, qui était déjà bien grave, est depuis quelques jours complètement désespéré. Les symptômes fébriles, qui avaient commencé le 20 octobre, étaient dûs à une faiblesse générale; ils ne se manifestaient que quand la malade était debout; ils devinrent bientôt continus; la faiblesse alla chaque jour en augmentant.—Le 28 décembre, la cuisse gauche était infiltrée de sérosité, et, dans la région malléolaire, des deux côtés, survenaient deux petites escharres superficielles. Enfin, le 1er janvier 1855, la malade succomba avec tous les symptômes de la fièvre hectique : amaigrissement extrême, petitesse et fréquence du pouls, diarrhée colliquative, etc.

RÉFLEXIONS. — Il est à regretter que la famille n'ait point autorisé l'autopsie, car c'était le seul moyen d'apporter un peu de précision dans le diagnostic de cette paraplégie. A quoi, en effet, la rapporterons-nous? — M. Bouillaud éloigne l'idée d'une maladie profonde et *organique* de la moelle épinière. Il souligne le mot organique, ce qui laisse à penser qu'il ne proscrit pas complétement l'idée de maladie de la moelle; mais si une telle maladie eut existé, de quelle nature aurait-elle été? Aurait-elle permis toutes ces intermittences? Aurait-elle tué la malade, aussi lentement du moins? — Contre les lésions de la moelle, il y a encore ce fait qui, pour les médecins habitués à manier les appareils électriques, a une grande valeur, c'est qu'en excitant les muscles par l'électricité on leur rendait leurs mouvements.

Les symptômes de cette paraplégie se rapprochent beaucoup de ceux donnés par M. Abeille comme appartenant à la paraplégie hystérique; mais comme je le disais dans la première partie de cette observation, la malade n'a jamais eu d'attaque hystérique, ni boule hystérique, ni irrégularité dans le caractère, ni rien qui de près ou de loin put être rapporté à l'hystérie; et puis d'un autre côté « la paraplégie se lie-t-elle à l'hystérie, dit M. Abeille (*Monit. des Hôpit.*, t. II), nous la voyons faire brusquement invasion à la suite d'une attaque hystérique, d'une syncope ou d'un malaise général avec céphalalgie, mais sans spasmes, puis elle arrive rapidement et presque du premier coup à son summum d'intensité; c'est ce qui a lieu 5 fois sur 7. » Plus loin il ajoute : « La paraplégie hystérique reste plus ou moins longtemps stationnaire, sans manifester la moindre tendance à décroître. » Quelquefois, suivant cet auteur, elle se termine brusquement; il est rare qu'elle disparaisse graduellement et lentement.

Voilà autant de points qui diffèrent notablement de ce que nous avons observé chez notre malade.

Mais ce n'est pas tout encore, voyons au pronostic : « L'issue de cette affection (la paraplégie hystérique) est habituellement heureuse, quelle que soit au reste l'influence sous laquelle elle s'opère. En reconnaître la nature, c'est pouvoir porter un pronostic favorable. » (Abeille, voy. *Monit. des Hôpit.*, t. II.)

D'après tout cela, il est donc impossible de faire rentrer la paraplégie qui nous occupe, dans la classe des paraplégies hystériques.

L'état du sujet, dans les derniers temps surtout, aurait pu laisser croire que cette paraplégie se rattachait à un état chloro-anémique, mais outre les raisons que j'ai données plus haut contre ce diagnostic, on peut rappeler que notre malade avait déjà, à deux époques antérieures, présenté les mêmes symptômes de paraplégie, se rattachant sans doute à la même cause et que les émissions sanguines en avaient facilement triomphé, et du reste la paraplégie symptômatique de l'anémie globulaire n'est point considérée par les auteurs comme bien grave, « elle est, dit M. Abeille, sans doute la moins sérieuse, la moins longue, et celle dont la terminaison est toujours heureuse; » et puis, en général, elle est précédée d'hémorrhagie.

L'absence de tumeur et de douleur le long du rachis empêche de la rattacher à une compression de la moelle, et si une compression eut existé, elle aurait été constante.

Il est impossible de la faire rentrer dans la classe des paraplégies sympathiques d'une maladie des organes génitaux urinaires, car l'état des urines n'a jamais permis de croire à une maladie de ce côté.

— Ainsi, à quelque point de vue qu'on se place, on ne trouve que des signes négatifs, à moins cependant qu'on ne veuille voir une relation de cause à effet entre l'éruption scarlatiniforme qu'a présentée notre malade et la paraplégie qui l'a suivie. Dans ce cas, il faudrait placer cette affection dans la première classe de M. Abeille à côté de la paraplégie qui suit la fièvre typhoïde, dont elle paraîtrait différer par son issue; car tandis que celle-ci est peu grave et guérit ordinairement seule sous l'influence d'un régime réparateur, et au bout d'un temps qui n'est généralement pas très-long, celle qui nous occupe ici paraîtrait avoir une durée beaucoup plus longue et un pronostic beaucoup plus sérieux. Mais la question est toute entière de savoir la relation qui existe entre ces deux maladies. Aussi, pour me résumer, me contenterai-je de poser cette question : Est-ce l'état général de ma malade qui a déterminé sa paraplégie, ou bien est-ce une lésion pro-

fonde qui a déterminé et l'état général et la paralysie? En un mot, l'état général doit-il être considéré comme cause ou comme effet?

Villefagnan, le 6 février 1855.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL (PRINCIPE IMMÉDIAT DU PERSIL), CONSIDÉRÉ COMME SUCCÉDANÉ DE LA QUININE,

Par MM. les docteurs JORET et HOMOLLE.

La Société de Pharmacie de Paris, justement effrayée de la cherté toujours croissante du sulfate de quinine et désirant apporter un remède à un aussi fâcheux état de choses, avait mis au concours, en 1849, *la question des succédanés de la quinine.* Parmi les nombreux mémoires qui lui furent adressés à cette époque, le travail de MM. Joret et Homolle, *sur l'Apiol, principe immédiat des semences de persil*, était sans contredit le plus sérieux et le plus important. Au point de vue pharmaceutique et chimique, disait l'honorable rapporteur de la commission, ce mémoire présente déjà de l'intérêt, puisqu'il fait connaître un produit liquide nouveau, extrait par un procédé particulier d'une des plantes les plus communes et les plus usuelles, et doué de propriétés si singulières qu'elles semblent ne se rattacher à aucun groupe chimique connu. Mais c'est surtout au point de vue médical qu'il a fixé l'attention de la commission. Les auteurs rapportaient avec détail cent trente-sept observations de fièvres traitées soit par la graine de persil employée en décoction, soit par l'apiol ou principe actif de ces graines, sur lesquelles ils n'avaient noté que cinq insuccès. La commission pensa qu'il y avait lieu à répéter par tous les moyens qu'elle croirait utiles les observations des auteurs. Elle désigna les lieux où les essais devraient être tentés, et, de l'avis du Conseil de santé des armées, ce fut à Rome, à Ajaccio, à Perpignan et à Rochefort, c'est-à-dire dans tous les pays où les fièvres intermittentes sont endémiques et souvent rebelles même au sulfate de quinine, que les expériences avec l'apiol furent répétées. Les guérisons obtenues ne se sont élevées qu'à quarante-deux pour cent. Cette proportion, bien qu'elle fût loin d'égaler celle que donne le sulfate de quinine dans les mêmes circonstances, prouvait toutefois que l'apiol jouissait d'une certaine valeur antipériodique. Aucun des nombreux succédanés du quinquina vantés jusqu'à ce jour n'avait donné un anssi grand nombre de guérisons dans des conditions semblables. Loin de rejeter l'apiol parce qu'il n'avait pas toute la valeur possible, il devenait donc utile de l'essayer de nouveau, de l'étudier en lui-même avec persévérance et sans parti pris, pour déterminer d'une manière exacte ses propriétés thérapeutiques dont on établirait ultérieurement le rapport avec celles du quinquina et des sels de quinine. En fin de compte, n'arrivât-on à démontrer que l'apiol peut sinon remplacer complétement le quinquina, du moins, le suppléer de manière à en réduire beaucoup la consommation; c'était, dans les fâcheuses circonstances où nous nous trouvons, un progrès digne d'être encouragé. La Société de Pharmacie l'a jugé ainsi en rémunérant les auteurs du mémoire et les engageant à continuer leurs travaux.

MM. Joret et Homolle, poursuivant leur tâche, viennent de publier un nouveau mémoire sur l'apiol considéré comme succédané de la quinine. Ce n'est plus en vue d'un programme officiel, et par comparaison avec le sulfate de quinine, qu'ils étudient, cette fois, la valeur thérapeutique de l'apiol; catégorisant les fièvres intermittentes d'après leur degré de ténacité, et rappelant les préceptes qui doivent guider les praticiens dans l'administration de tout agent fébrifuge. ils précisent les cas dans lesquels ce produit organique leur a donné les plus beaux résultats; ceux dans lesquels le résultat n'a été que médiocre; puis ceux où il a été nul; enfin ils arrivent à faire connaître, par la relation de bon nombre de faits cliniques recueillis par d'honorables confrères, dans des climats et sous des latitudes différents, la valeur antipériodique de l'apiol en elle-même, et sa valeur relative par rapport au sulfate de quinine, d'où ils déduisent cette conclusion qui nous paraît très-fondée : *L'apiol, qui ne saurait être employé avec le même avantage que le sulfate de quinine pour combattre les fièvres intermittentes des pays chauds, peut très-bien lui être substitué dans les fièvres intermittentes de nos contrées.*

Nous sommes convaincu que nos lecteurs nous sauront gré de leur soumettre les principaux passages de ce mémoire que nous extrayons de *l'Union médicale.*

Les divers produits que nous avons retirés de la graine du persil, disent MM. Joret et Homolle, sont les suivants :

1° *l'Apiol*, principe actif des semences du persil. Par ce nom, nous avons voulu rappeler l'espèce botanique qui l'a fourni et les caractères physiques qui le rapprochent des huiles, sans préjuger d'ailleurs la classe des corps parmi lesquels il devra, plus tard, prendre définitivement place en chimie (1);
2° Une huile essentielle volatile;
3° Une matière grasse cristallisable, solide à la température ordinaire, fusible à + 25 degrés centigrades, que l'on pourrait appeler *beurre de persil*;
4° De la pectine, gelée végétale susceptible de fournir de l'acide pectique et despectate sous l'influence des alcalis; c'est sans doute l'apiine de Braconot;
5° De la chlorophylle;
6° Du tannin, une matière colorante jaune, de la matière extractive, du ligneux, des sels anorganiques que nous n'avons pas cherché à isoler, etc., etc.

Procédé opératoire pour l'extraction de l'Apiol.

L'apiol s'obtient en traitant la graine de persil pulvérisée par l'alcool de 70 à 80 degrés centésimaux. On met la poudre, suffisamment tassée, dans des appareils à déplacement. Quand elle est convenablement épuisée, les liqueurs réunies sont décolorées par filtration à travers le charbon animal lavé, puis distillées au bain-marie pour retirer les trois-quarts environ de l'alcool. Le résidu est repris par l'éther ou le chloroforme qu'on en sépare par un seconde distillation. On porte à l'étuve pour faire disparaître jusqu'aux moindres traces de ces menstrues; enfin on mêle, par trituration, le produit au huitième de son poids de litharge, et on laisse déposer pendant quarante-huit heures, après quoi on filtre encore une fois à travers une légère couche de charbon, et l'apiol s'écoule parfaitement pur et incolore.

Caractères physiques. — L'apiol se présente sous l'apparence d'un liquide jaunâtre, oléagineux, tachant le papier à la manière des corps gras, sans que la chaleur fasse disparaître cette tache qui brunit avant les parties voisines et perd sa transparence. D'une odeur spéciale et tenace qui rappelle un peu celle de la graine pulvérisée, elle diffère de celle de l'huile essentielle, qui a quelque chose de thérébintacé ; d'une saveur piquante et âcre qui se développe surtout dans l'arrière-bouche; d'une densité de 1,078 à + 12 degrés centigrades, l'apiol se trouble légèrement sans se solidifier à — 12° et reprend sa transparence à mesure que la température s'élève.

Chauffé au bain de sable, l'apiol laisse dégager quelques bulles gazeuses qui viennent faire chapelet à la surface du liquide pour disparaître vers + 150 degrés. A + 175° l'apiol commence à se colorer et présente un changement sensible d'odeur sans dégagement apparent de vapeur et sans ébullition même en portant la température à + 220. Après cet essai, la saveur n'a pas été bien sensiblement modifiée. Ainsi, l'apiol s'altère à une température inférieure à celle de la vaporisation et n'est pas volatil. Sur une lame de platine, l'apiol brûle avec flamme sans faire de charbon volumineux et sans laisser de résidu.

Caractères chimiques.— Soluble dans l'alcool, de 50 à 90°, dans l'éther et dans le chloroforme, en toute proportion, l'apiol ne cède rien à l'eau par l'ébullition.

Le chlore gazeux dégagé à travers l'apiol le brunit et y forme un dépôt pulvérulent noirâtre, très-peu abondant, sans altérer sensiblement son odeur, ni sa saveur.

Le potassium immergé dans l'apiol s'y recouvre rapidement d'une multitude de petites bulles gazeuses en se désagrégeant sensiblement, ce qui nous fait penser que l'apiol n'est pas seulement un simple carbure d'hydrogène et que l'oxygène entre dans sa composition. — Chauffé à la flamme d'une lampe à esprit de vin, le mélange brunit, laisse dégager une vapeur susceptible de brûler avec flamme, et le résidu porté au rouge obscur ne fournit pas de trace de cyanure, ce qui nous porte à croire que l'apiol ne contient pas d'azote.

L'acide sulfurique versé sur l'apiol le colore immédiatement en un beau rouge foncé, et le solidifie en lui donnant l'apparence d'un corps résinoïde, brun-noirâtre, soluble dans l'alcool et ne présentant plus l'odeur ni la saveur caractéristiques.

1. Ce groupe chimique naturel ne pourrait-il pas être constitué définitivement par les différents produits organiques immédiats que nous avons extraits des semences de plusieurs ombellifères, et qui, tous, se rapprochent de l'apiol par leurs caractères physiques et chimiques : l'apiol, l'anisol, le cariol, le cuminol, le phellandrol, etc., etc., retirés des semences du persil, de l'anis, du carvi, du cumin, de la phellandre, etc.?

L'acide azotique monohydraté le décompose instantanément avec explosion.

L'acide azotique ordinaire l'altère profondément avec dégagement de gaz et le transforme en une sorte de résine jaunâtre complétement différente du corps primitif.

L'acide chlorhydrique gazeux ou liquide ne paraît nullement le modifier à froid non plus que l'acide perchlorique. Ce dernier, chauffé avec l'apiol, le trouble, le colore et en modifie l'odeur qui acquiert quelque chose d'alcoolique ou d'éthéré.

L'acide phosphorique sirupeux s'y mêle assez bien à froid en formant un liquide brun, trouble, sans en modifier l'odeur. Chauffé, ce mélange se sépare en deux couches : l'une inférieure plus dense, brune, opaque; l'autre supérieure, jaune, trouble.

L'acide acétique pur dissout complétement l'apiol.

La potasse caustique et l'ammoniaque l'émulsionnent, mais, par l'évaporation spontanée de cette dernière, la majeure partie de l'apiol se sépare sans être altérée.

Solution alcoolique d'apiol.

La solution alcoolique d'apiol rougit très-légèrement la teinture de tournesol et le sirop de violettes.

La teinture de brôme et celle d'iode y déterminent un très-léger dépôt pulvérulent brunâtre.

La solution alcoolique de tannin, ne la trouble nullement; elle ne se trouble pas non plus par la solution d'iodure de potassium; elle louchit à peine par l'azotate d'argent; elle n'est modifiée en rien par le tritochlorhydrate de fer.

La solution alcoolique d'acétate de plomb y détermine un trouble très-prononcé que la chaleur dissipe et qui reparaît par le refroidissement. Enfin, la solution de protonitrate de mercure y détermine un précipité pulvérulent grisâtre. Les chlorures de calcium, de zinc, d'antimoine et le deutochlorure de mercure n'y produisent aucun changement.

L'eau de baryte ne la trouble pas. La solution alcoolique d'acétate de cuivre ammoniacal est troublée légèrement et en partie décolorée par l'addition de la solution alcoolique d'apiol.

L'apiol serait conséquemment un principe immédiat, se rapprochant des huiles fixes. Sa densité le différencie des autres produits organiques analogues; et, à part le précipité qu'il forme avec le soluté alcoolique d'acétate neutre de plomb, la couleur rouge foncé qu'il donne avec l'acide sulfurique et sa transformation par suite en corps résinoïde brun-noirâtre, la plupart des caractères qu'il fournit avec les divers réactifs sont purement négatifs.

L'huile essentielle de persil d'un jaune citron pâle, très-fluide, d'une densité à peine supérieure à celle de l'eau, offre une odeur forte et peu thérébinthacée rappelant tout à fait celle de la plante, une saveur chaude, âcre, aromatique, non sensiblement piquante, et différant complétement de celle de l'apiol.

Elle s'obtient par la distillation avec l'eau.

Le beurre de persil, corps gras, solide, cristallisable, d'une densité de 0,95 à $+ 15°$ centigrades est fusible à $+ 23°$; il peut ensuite conserver sa fluidité jusqu'à 15° et même jusqu'à 12° centigrades. Insoluble dans l'alcool, il n'a pas de saveur marquée, lorsque, par des lavages répétés à l'alcool, on en a séparé complétement l'apiol qui lui est uni. Nous l'avons reconnu, dans ces conditions, complétement dépourvu de propriétés thérapeutiques. Il s'obtient en traitant la semence de persil par l'éther, décolorant par le charbon et lavant le produit obtenu par l'alcool pour enlever l'apiol entraîné.

La pectine contenue en notable proportion dans la graine de persil, joue dans l'extraction de l'apiol un rôle très-important et présente l'un des principaux obstacles à son élimination. Soluble à chaud dans l'alcool, elle se prend par le refroidissement en une gelée légèrement opaque. Elle a d'ailleurs tous les caractères assignés à ce corps.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

SUCRE DANS LA CHAIR MUSCULAIRE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous annoncer que le sucre de muscles ou myoglucose, ou (si l'on veut nommer ce produit du nom de son inventeur) le sucre Figuier, est mort-né. Les muscles ne contiennent pas de sucre; par conséquent les animaux qu'on nourrit avec de la viande ne puisent pas dans cet aliment le sucre qu'on trouve dans leur sang? Voilà ce qu'on savait depuis longtemps au collége de France, et ce dont on s'est encore assuré depuis la nouvelle discussion. D'ailleurs, il faut être juste, M. Figuier ne dit pas que les muscles soient sucrés; il ne dit pas que la viande cuite contienne du sucre; il suppose, il espère, il croit (car, du désir à la foi il n'y a qu'un pas) que la viande est sucrée; il n'affirme pas qu'il ait trouvé ce sucre; seulement sa théorie avait besoin de ce sucre et il s'est dit : il doit y en avoir. Il est permis de se tromper; mais, quand on attaque, il faut être sûr de son fait. Or, M. Figuier n'est pas sûr qu'il y ait du sucre dans la viande, et M. Bernard est sûr qu'il n'y en a pas.

Quant au sang analysé par M. Figuier, il ne dit pas dans quels vaisseaux il l'a puisé, et il est permis de croire que le sang qu'il a recueilli dans les abattoirs provenait de l'oreillette droite, parce que c'est dans l'oreillette droite que pénètre le couteau du boucher. Or, vous savez que ce sang vient en grande partie des veines sus-hépatiques et est chargé de sucre. — Ce n'est pas chose facile que de faire des expériences physiologiques; il est plus facile d'en faire de mauvaises que d'en faire de bonnes, mais il est légitime de s'essayer et c'est un bonheur pour la physiologie, qu'un homme d'une intelligence grande et d'une capacité reconnue, entre dans le champ de l'expérimentation; mais aussi, il faut le dire : noblesse oblige, M. Figuier n'est pas le premier venu; c'est un publiciste éminent; il a fait de bons livres; il semble qu'il doive faire aussi de bonnes expériences...

Maintenant, puisque je suis en veine de critique, permettez-moi de me retourner contre vous et de vous prendre aussi à partie; vous dites que « M. Cl. Bernard a découvert (il le *croit* du moins et *on le croit*) etc. » Nous ne croyons pas à grand chose, vous le savez; nous sommes sceptiques, nous voulons voir et non croire; la parole du maître n'est pas parole d'évangile; on la discute : il faut aujourd'hui prouver, démontrer; combien de gens ont répété pour leur propre satisfaction les expériences de M. Bernard! Or, tous ceux qui se sont placés dans les conditions rigoureusement déterminées où il se place lui-même, ont obtenu le même résultat que lui. C'est cette rigueur dans l'expérimentation qui fait que la physiologie est digne d'être appelée une science. Pourquoi M. Figuier n'est-il pas venu voir opérer M. Bernard? Pourquoi n'a-t-il pas repris ses expériences, le suivant pas à pas sur son terrain, prêt à l'arrêter s'il découvrait une erreur, une offense à la chimie?...

Au reste, permettez-moi de finir ma lettre en vous assurant que le foie continue, comme par le passé, à faire du sucre.

Votre tout dévoué, etc.

P. LORAIN.

Paris, 8 février 1855.

Nous supposons que notre cher et distingué collaborateur s'est mépris en nous adressant une des objections qu'il a formulées dans sa lettre. Aujourd'hui, comme toujours, on croit ce qui peut être démontré; mais on ne croit, je veux dire les esprits droits, ne croient que cela. C'est pourquoi *on croit*, ainsi que nous l'avons dit, *que le foie fabrique du sucre*. Mais on le croit, à la condition qu'il n'y en aura pas dans la veine-porte autant que dans les veines sus-hépathiques. Or, nous avons dit aussi que, jusqu'à preuve du contraire, nous croyions encore à la réalité de cette condition; nous ne pensons pas que ce puisse être là un sujet de contestation. Que si M. Figuier venait à démontrer (ce que nous l'avons mis en demeure de faire) que la veine-porte conduit dans le foie autant de sucre qu'il en sort par les veines sus-hépatiques, nous n'admettons pas que M. Cl. Bernard fût homme à persister dans la doctrine qu'il a établie. Voilà toute la question.

H. DE CASTELNAU.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— La Faculté de médecine vient de prendre une mesure qui sera éminemment favorable aux jeunes gens, en général fort distingués, qui consacraient une partie précieuse de leur temps et de leur intelligence au service de l'école, dans les fonctions d'aides d'anatomie. La durée de ces fonctions vient d'être fixée à six ans au lieu de trois. Grâce à cette mesure, tous les aides qui ne se seront pas endormis sur leurs premiers lauriers pourront devenir prosecteurs, ce qui était impossible avec l'ancienne organisation, laquelle obligeait la Faculté à sacrifier, tous les trois ans, celui des aides, quelque distingué qu'il pût être d'ailleurs, qui n'avait pas la chance de passer prosecteur.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Git-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 19. 3me ANNÉE. Mardi 13 Février 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Séance de l'Académie des Sciences.

LE SUCRE ET LE FOIE. — LE PANCRÉAS ET LES CORPS GRAS.

La question se complique, et M. Bernard aura du bonheur s'il traverse sain et sauf le feu croisé qu'on dirige sur lui en ce moment. Après M. Figuier, voici M. Longet, sans compter M. Blondleau, qui ne se montre pas encore, mais dont on parle beaucoup sous cape et dont on parlera, dit-on, bien plus dans quelques jours, à haute et intelligible voix: sans compter plusieurs autres athlètes qui ont prouvé que presque tous les liquides, le sperme en tête, émulsionnent les corps gras aussi bien ou mieux que le suc pancréatique, etc., etc.; mais n'anticipons pas, surtout tâchons de ne pas mêler ensemble plusieurs questions, afin de mettre, s'il est possible, un peu de clarté dans cette discussion. Il s'agit tout simplement, pour aujourd'hui, de savoir si, oui ou non, il se forme du sucre dans le foie. M. Figuier est venu dire non à l'Académie, par la raison qu'il y a du sucre dans le système vasculaire sanguin, en général, et dans la chair vasculaire où M. Bernard ne l'avait point découvert; M. Longet vient répondre non, à son tour, parce que le suc gastrique masque le sucre partout où il se trouve en contact avec lui et notamment dans la veine-porte où il est facile d'en constater la présence, si on a le soin de rendre le sang alcalin.

Avant de juger les nouveaux arguments de M. Longet, qu'il nous soit permis de renouveler une déclaration que nos antécédents devraient rendre bien inutile; mais qu'il faut cependant rappeler de temps en temps, tant on a de la peine, par le temps qui court, (et il y a bien quelques raisons pour cela) à croire à une impartialité de la part de la critique.

Certes, nous sommes loin de nous faire une idée exagérée de l'élévation des vues, de la vigueur de dialectique de M. Bernard; mais nous ne saurions dissimuler notre vive sympathie pour les travaux, pour les tendances de cet ingénieux expérimentateur qui, tout en faisant à la physiologie, dans la mesure de ses forces, l'application des sciences physiques, a su se garantir cependant de ces exagérations malheureuses inaugurées par son maître, qui ne voyait, A PRIORI, dans les actes qui constituent la vie, autre chose que des phénomènes de pesanteur et d'affinité, absolument semblables à ceux qu'on observe sur les corps du règne inorganique. Voilà scientifiquement ce qui nous attache à M. Bernard, outre l'affection privée que nous avons pour lui. Mais nos lecteurs savent que ni l'un ni l'autre de ces sentiments ne nous empêcherait de dire notre opinion sur une doctrine de M. Bernard; parce que si la maxime : *amicus Plato*, n'a pas été faite pour le cabinet de rédaction du *Moniteur des hôpitaux*, nous avons du moins la prétention qu'elle est appliquée dans ce modeste réduit autant qu'en aucun lieu du monde.

Nous avons donc applaudi de grand cœur au beau fait annoncé par M. Figuier, comme nous avions applaudi à celui non moins remarquable découvert par un de nos chimistes les plus ingénieux, M. Alvaro Reynoso, comme nous applaudissons aujourd'hui à celui de M. Longet, qui paraît avoir avancé un peu la démonstration commencée par M. Figuier, en constatant le sucre dans le sang de la veine-porte. Mais en applaudissant à tous ces travaux, nous ne voulons et il ne faut pas perdre de vue que, sans les recherches primitives de M. Bernard, aucun d'eux, peut-être, n'aurait vu le jour, et qu'alors même que la théorie glucogénique de cet habile physiologiste viendrait à sombrer au milieu de la tempête qui s'élève et qui grandit depuis quelques semaines, il ne lui en resterait pas moins le grand mérite d'avoir découver un fait extrêmement intéressant, qui en a engendré une foule d'autres non moins intéressants.

Notre situation, nos dispositions ainsi déterminées, devons-nous considérer comme définitivement détruite, après la communication de M. Longet, la théorie glucogénique de M. Bernard? Nous l'avouons très-sincèrement, telle ne saurait être encore notre opinion. Nos lecteurs peuvent lire à notre compte-rendu l'extrait du mémoire de M. Longet, fait par l'auteur lui-même. Nous doutons qu'ils y trouvent cette netteté d'exposition qui appartient habituellement à

l'ingénieux physiologiste. Quant à nous, nous pensons, qu'au point de vue qui nous occupe, ses recherches sont surtout résumées dans cette phrase : chez les animaux nourris avec les matières saccharoïdes, « je pus constater très-facilement et d'une manière non douteuse, que la matière sucrée existait dans le sang de la veine-porte avant son entrée dans le foie, et dans le sang des veines sus-hépatiques, après son passage à travers cet organe. »

Que conclure de ce fait? Que le sucre trouvé dans les veines sus-hépatiques venait de la veine-porte? Nous ne demandons pas mieux que d'accepter cette conclusion, mais à une condition que nous avons déjà imposée à M. Figuier, c'est qu'on voudra bien consulter la balance : si elle répond que : *glucose de la veine porte = glucose des veines hépatiques*, nous sommes pour MM. Figuier et Longet contre M. Bernard ; mais si elle répond : *glucose de la veine-porte* $<$ *glucose des veines hépatiques*, nous restons pour M. Bernard contre MM. Figuier et Longet.

On pourrait bien nous objecter encore, dans cette dernière hypothèse, que le sang de la veine-porte ne fait que masquer le glucose, en empêcher les réactions caractéristiques, lesquelles réactions reparaissent dans les veines sus-hépathiques. Le foie, dans cette théorie, aurait pour fonction de modifier le sang de façon à rendre possibles les réactions du glucose. Certes, il n'entre pas dans nos principes de rien repousser, *à priori;* mais on conviendra que cette explication est une pure hypothèse, et qu'en tous cas, un organe qui rend à un principe immédiat les caractères chimiques, a une fonction bien rapprochée de l'organe qui donne naissance à ce même principe, et qu'on est excusable d'avoir établi une confusion entre ces deux fonctions. Il y a là une question de philosophie physiologique, que nous ne pouvons aborder aujourd'hui.

En résumé, après avoir de nouveau exprimé à MM. Figuier et Longet toutes nos félicitations pour les faits très-intéressants dont ils viennent d'enrichir la science, notre impartialité nous oblige à reconnaître que la théorie de M. Bernard résiste a ces faits, et nous ajoutons qu'elle nous semble devoir y résister aussi longtemps que la balance ne la condamnera pas.

Nous ne parlons pas de l'exactitude des faits en eux-mêmes; notre dernier, pour des raisons que nous avons déjà dites, est d'y croire, malgré les dénégations formelles que M. Bernard vient de leur donner dans des expériences publiques.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. Civiale.

(Service des calculeux).

Dans la série d'états morbides qui ont été passés rapidement en revue, la conduite du praticien est loin d'être toujours nettement tracée ; souvent, même, elle est des plus embarrassantes, non-seulement parce que les indications sont vagues, difficiles à saisir, mais encore et surtout parce que l'application des principaux moyens dont l'art dispose exige une dextérité et une habitude que tous les praticiens n'ont pas été à même d'acquérir. Ces moyens appartiennent, les uns à la médecine proprement dite, les autres sont du ressort de la chirurgie. Ce sont ces derniers qu'il importe surtout d'examiner. Ils sont destinés, les uns à prévenir les désordres, et les autres à les combattre. C'est sur les premiers qu'il faut principalement insister. Du reste, aux uns comme aux autres, se rattachent des questions importantes, la plupart non encore résolues, du moins quant à la théorie. Quant à la pratique, voici ce qu'on observe, et ce qu'il convient de faire :

Un malade se présente avec des symptômes qui conduisent le chirurgien à passer un instrument dans la vessie. Mais à peine la sonde a-t-elle pénétré de quelques lignes dans le canal, qu'elle produit des douleurs intolérables. Au lieu de passer outre, comme c'est généralement l'usage, il faut s'arrêter, prescrire un bain, un régime doux, et attendre. Le lendemain, on prend une bougie molle, fine, on l'engage dans le canal : dès que la douleur devient vive, on s'arrête encore et on la retire, toujours en procédant avec douceur et légèreté. La bougie ne doit pas séjourner dans le canal. La même manœuvre est répétée le lendemain et les jours suivants. Chaque fois, la bougie pénètre un peu plus loin, et elle arrive enfin dans la vessie. A cette bougie on en substitue d'autres de plus en plus grosses. Par le seul fait de ces introductions journalières, toujours faciles, en procédant d'après les règles établies, la sensibilité du canal diminue au point que le malade souffre à peine, pourvu toutefois que les parois urétrales ne soient pas surdistendues. C'est là un résultat qu'on obtient, et d'autant plus facilement, que la sensibilité primitive de l'urètre est moins grande. On l'obtient aussi, lorsque le canal est tellement irritable, que les premières introductions provoquent, soit des défaillances, soit des mouvements convulsifs. Seulement, alors, il faut procéder avec plus de précautions et multiplier le nombre des introductions, soit tous les jours, soit à un jour d'intervalle.

Dans les cas où l'urètre est rétréci organiquement, le passage répété des bougies en émousse de même la sensibilité, et, si parfois les introductions continuent d'être douloureuses, c'est que la bougie distend, écarte violemment les parois du canal à l'endroit de la coarctation; il suffit de dilater plus lentement pour que la souffrance diminue.

De même dans la vessie : si, après avoir émoussé la sensibilité de l'urètre, on introduit une sonde, et si l'on fait, ordinairement tous les deux jours, des injections tièdes dans ce viscère, pendant une ou deux semaines, le contact d'un liquide nouveau change, modifie, émousse la sensibilité de sa face interne, de même que le mouvement alternatif et répété d'écartement et de rapprochement de ses parois en modifie la contractibilité.

Le fait de l'insensibilité de la vessie est mis en plus grande évidence encore par les applications de la lithotricie. Les premières séances sont souvent douloureuses ; mais à mesure qu'on les multiplie, pourvu qu'on ne les prolonge pas et qu'on évite toute violence, le malade souffre de moins en moins. Dans les explorations terminales, par exemple, on promène les instruments lithotriteurs sur la surface interne de la vessie, sans provoquer de douleurs vives, et sans qu'on ait à redouter la moindre réaction : or, ces explorations, dans lesquelles tout se passe en recherches, sont la partie la plus douloureuse du traitement. Ce sont là des effets constants et qui se produisent tous les jours. Mais, qu'on le remarque bien, ils sont obtenus par l'emploi de ces mêmes bougies, de ces mêmes sondes, de ces mêmes instruments lithotriteurs et autres, que nous avons vus produire des accidents d'autant plus formidables, qu'on avait agi plus longtemps et avec plus de violence. Dans l'un et dans l'autre cas ils agissent localement sur la partie malade elle-même, c'est la manière seule de procéder qui apporte une différence totale dans le résultat. Leur premier effet est d'agacer, de stimuler la surface sur laquelle on les applique; mais quand leur action est douce, temporaire, modérée, après avoir exalté momentanément la sen-

sibilité locale, la même manœuvre, répétée un certain nombre de fois, modifie, change, émousse, détruit pour ainsi dire cette même sensibilité, à tel point que le chirurgien peut alors, sans inconvénients et sans provoquer de vives souffrances, exécuter des manœuvres qui etonnent les assistants par leur hardiesse autant que par leur inocuité.

Ce fait important, qui doit exercer une grande influence en chirurgie, avait été observé. On savait généralement que le contact répété des mêmes agents sur les surfaces muqueuses, en émousse la sensibilité. On avait vu le bateleur avaler sans indice de souffrance, les lames d'un long sabre ou de tout autre corps analogue. Ce que je pense tous les jours dans le rayon et autres conduits de l'économie animale, met aussi en relief l'influence de l'habitude. Mais on n'a pas entrevu toute la partie de ce fait dans la pratique des opérations. On peut même dire qu'il ne s'est révélé avec toute sa puissance, que depuis la découverte de la lithotricie. C'est en effet depuis cette époque, qu'on l'a étudié et apprécié avec plus de soin et de justesse et qu'on a cherché avec raison à en faire la base de la thérapeutique chirurgicale dans le traitement des maladies des voies urinaires.

Quant à moi, dit M. Civiale, je n'ai pas perdu de vue un seul instant ce fait capital, et tous les jours j'ai constaté l'utilité dont il pouvait être dans une opération. Dans mon traité de la lithotricie, j'ai consacré un long chapitre à l'exposition et à l'appréciation de ce que j'appelle le traitement préalable. Or, j'ai recours à ce traitement, toutes les fois qu'il s'agit de porter le caustique, ou l'instrument tranchant dans l'urètre, ou au col vésical, de détruire les productions fougueuses de la vessie, et même dans certains cas, de pratiquer le simple cathétérisme explorateur. Toutes ces opérations, souvent difficiles et toujours plus délicates les unes que les autres, pratiquées d'emblée et à la première visite comme on le fait trop souvent, produisent des douleurs quelquefois atroces et entraînent des conséquences graves et même mortelles. Tandis qu'après le traitement préparatoire dont j'ai posé les bases, et après avoir émoussé la sensibilité des surfaces sur lesquelles on se propose d'agir, non-seulement on soustrait le malade aux douleurs immédiates aux accidents consécutifs, mais encore on le familiarise lui-même, pour ainsi dire, avec l'opération. Le chirurgien, de son côté, agissant sur des organes déjà habitués au contact des instruments, se trouve plus à l'aise dans les différentes manœuvres qu'il se propose d'exécuter. Il peut, en raison surtout du peu de souffrance qu'il provoque, écarter des difficultés qui l'auraient arrêté, et prolonger des recherches que le malade n'aurait pas supportées s'il était placé dans des circonstances différentes.

En face des heureux effets obtenus dans les circonstances les plus variées et qui sont évidents, authentiques, décisifs, on est étonné de voir des praticiens habiles, des chirurgiens éminents, s'élever contre la préparation locale ou généreuse des malades qui doivent subir les opérations, sous le futile prétexte qu'elle présente des inconvénients, celui entr'autres de prolonger la durée du traitement. Partant de là, ils n'hésitent pas à porter immédiatement, soit dans l'urètre, soit dans la vessie, les caustiques, les uritrotomes, les lithotriteurs, etc. Et parce qu'à la suite de ces manœuvres précipitées, souvent empreintes de violence, on a observé des fortes douleurs, des fièvres graves, des réactions inquiétantes, on a prétendu que c'était là les conséquences ordinaires et inévitables des opérations, tandis que ce sont seulement les effets d'une manière vicieuse de procéder. En se conformant aux règles de la pratique sanctionnée par l'expérience, les chirurgiens auxquels je fais allusion, seraient parvenus assez sûrement à soustraire leurs opérés à la douleur, mais encore à prévenir, du moins dans le plus grand nombre de cas, les fièvres et les inflammations qui ont parfois des suites funestes.

Les conséquences d'une pratique aussi peu rationnelle étaient faciles à prévoir et le résultat a pleinement confirmé l'exactitude de la prévision. Pour la lithotricie, la discussion qui a eu lieu en 1847 à l'Académie de médecine, a mis le fait en toute évidence.

Quant à l'uritrotomie et à quelques autres opérations qu'on fait dans l'urètre, les faits qui commencent à se multiplier, prouvent de plus en plus qu'on s'écarte de la bonne voie en portant les instruments dans le canal, sans en avoir préalablement émoussé la sensibilité.

Quelques praticiens ont adopté le traitement préalable, mais dans les applications qu'ils ont fait, ils n'ont pas réussi; ils sont partis de là pour assurer que j'avais exagéré au moins l'importance de ce traitement. Je n'ai rien exagéré, dit M. Civiale, tandis que ces chirurgiens ne paraissent pas avoir compris que les mêmes moyens, dans toutes les mains, ne produisent pas toujours les mêmes effets et que la différence provient uniquement de la manière de procéder. Je ne saurais trop le redire, l'expérience de tous les jours prouve que les introductions répétées de la même bougie dans l'urètre, produisent l'insensibilité de sa surface, si l'action est lente, douce, ménagée, temporaire; tandis que, au contraire, elles irritent, fatiguent, enflamment la surface touchée et provoquent des désordres, si l'on agit sans précaution, brutalement, longuement et à des intervalles trop rapprochés.

Il est constaté aussi que les bougies de cire molle, en raison de leur souplesse et de leur aptitude à se prêter aux courbures du canal, sont les plus propres à produire les effets qu'on recherche, et qu'ils sont d'autant plus certains qu'on les introduit avec plus de précaution, et qu'on les laisse séjourner moins longtemps. Pourquoi préférer d'autres instruments qui froissent, fatiguent, irritent la surface urétrale? Pourquoi s'obstiner à employer la force et la violence pour les introduire? Pourquoi les laisser en place aussi longtemps? N'est-il pas de connaissance vulgaire qu'une sonde flexible, laissée dans l'urètre, détermine une phlegmasie avec suppuration ou exsudation de mucus, ou de mucopus? Ne sait-on pas aussi que des érosibus, des ulcérations, peuvent être la conséquence du séjour prolongé de ces sondes dans le canal? Mais ce n'est pas de ces effets dont je veux m'occuper. Il ne s'agit pour ce moment que de l'insensibilité de l'urètre et de la vessie. Quant à la différence des effets observés par quelques chirurgiens, ce n'est là qu'une conséquence naturelle de la marche qu'on a suivie. Parce que l'on s'est écarté de la loi, on ne saurait être admis à rendre les instruments et les procédés dont nous nous occupons, passibles des erreurs commises par ceux qui les appliquent.

En procédant comme nous venons de le dire, on prévient dans le plus grand nombre des cas la réaction fébrile qui se rattache à la manœuvre chirurgicale, ou du moins elle est si faible qu'il n'y a pas lieu de s'en occuper. Mais nous venons de voir que la fièvre tient souvent à d'autres causes; qu'elle existe même au moment de l'opération. Ajoutons que cette catégorie des cas est des plus graves. Leur diversité réclame des méthodes diverses de traitement; l'une est digne surtout de fixer l'attention, parce qu'elle est en dehors de la pratique ordinaire et qu'on la repousse par la raison seule qu'elle ne vient pas de telle ou telle source. Cependant les faits pratiques, en se multipliant chaque jour davantage, la mettent en relief; il n'y a donc pas lieu de s'occuper d'une opposition systématique.

Nous venons de voir que la fièvre d'accès simple n'exige aucun traitement particulier, qu'elle cesse d'elle-même sous l'influence d'une sueur abondante. Combattre cette fièvre par les fébrifuges, comme on le fait, c'est troubler la marche de la maladie, peut-être même lui donner un degré de gravité qu'elle n'aurait pas atteint, si l'on ne s'en était pas occupé. Il n'en est pas de même quand la fièvre persiste, notamment sous forme continue. Supposons que la plupart des manœuvres exécutées dans l'urètre et dans la vessie, ont pour effet à peu près constant de troubler le travail de la miction et d'augmenter les irrégularités préexistantes de cette fonction. Ces effets résultent, soit d'obstacles apportés à la sortie de ce liquide, tels que tuméfaction, rigidité, contractilité exagérée du conduit excréteur, ou excès de sensibilité de la surface interne; soit de l'action perturbatrice déterminée dans la vessie par le jeu des instruments. Il s'établit alors, entre le pouvoir expulsif de la vessie et la résistance que rencontre la colonne

liquide dans son trajet, une lutte plus ou moins vive et prolongée et qui suffit à elle seule pour provoquer et entretenir des troubles fonctionnels considérables, la fièvre en particulier.

On ne s'est pas préoccupé de cette espèce d'antagonisme qu'il est cependant si facile de constater, mais contre lequel viennent trop souvent se heurter les ressources de l'art. On n'a même pas distingué les pas spécifiés plus haut, et dans lesquels nous voyons les douleurs et les efforts se manifester, tantôt avant d'uriner et pour faire partir l'urine, et tantôt après avoir uriné ou pour chasser les dernières gouttes de liquide. Or, la différence entre ces deux séries de cas est telle qu'on ne peut songer un instant à une seule et même indication. Dans l'un ce sont les émollients et les opiacés qui font la base du traitement : dans l'autre, toute l'attention des chirurgiens se concentre sur un seul point : soulager la vessie, l'aider à se débarrasser de son contenu, de son trop plein; c'est par le callutécisme évacuatif qu'on peut remplir cette dernière indication. Mais cette pratique est semée de difficultés et de périls.

D'un côté, il est constaté que la sensibilité urétrale augmente presque toujours au moment de la crise que provoque le besoin d'uriner; de là des douleurs, et même des obstacles dans l'opération, et la nécessité de confier la sonde à un chirurgien exercé qui puisse suivre le malade régulièrement. Or, comme il ne serait pas prudent de laisser la première sonde en permanence dans la vessie, il faut que le malade soit sondé plusieurs fois par jour; d'un autre côté, l'expérience a appris qu'il suffit, dans certains cas, en apparence plus graves, de passer une sonde, une bougie, dans l'urètre, pour provoquer une réaction fibrile. Or, lorsqu'on introduit la sonde, dans les cas qui nous occupent, on a tout lieu de craindre un mouvement réactionnaire, d'autant plus qu'au moment d'opérer, il existe déjà de la fièvre, et un trouble plus ou moins considérable des fonctions. Aussi, n'est-il pas rare d'observer un redoublement de la fièvre, et une exaspération des phénomènes morbides à la suite du premier cathétérisme, et même des introductions subséquentes, jusqu'à ce que les organes se soient habitués au contact des instruments.

Ce n'est pas tout : dès que la sonde est parvenue dans la vessie, le malade est immédiatement soulagé; mais le passage de l'état de plénitude à l'état de vacuité de la vessie, le rapprochement et le contact de ses parois les unes contre les autres, et avec l'extrémité oculaire de la sonde, suffisent souvent pour provoquer une réaction fébrile et une perturbation telles, que la mort peut en être la conséquence, ainsi qu'on l'a observé tout récemment. La conduite du praticien peut devenir excessivement embarrassante : s'il ne vide pas la vessie, il est à peu près certain que le malade succombera en peu de temps; s'il opère, il court le risque de provoquer des accidents ou d'aggraver ceux qui existent. Il faut avoir été dans cette position pour comprendre tout ce qu'elle présente de perplexité et d'inquiétude..... Il faut opérer, dit M. Civiale, s'entourant de toutes les précautions que je vous ai tant de fois recommandées; soit pour le passage des instruments, soit pour l'évacuation de l'urine, dont il faut modérer l'écoulement par la sonde, le suspendre même quelques instants. Il est prudent aussi de ne pas évacuer toute l'urine à la première opération, et d'en pratiquer une seconde ou une troisième avant que le malade éprouve de vives souffrances; plus tard, même, les introductions seront assez rapprochées pour que la vessie ne soit jamais sur-distendue. Ayant exposé ce traitement fort au long lorsque je me suis occupé de la stagnation de l'urine dans mon *Traité pratique*, je me borne à l'indiquer ici et à vous le recommander. Du deuxième au quatrième jour, on parvient à faire au malade une position meilleure; mais ce n'est que par des soins longtemps continués que la santé se rétablit.

CROUZAT.

Académie impériale de Médecine.

Séance du 6 février 1855.

Présidence de M. JOBERT (DE LAMBALLE).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1º Rapport à M. le ministre sur l'épidémie de choléra, par M. Germain, médecin, à Salins.

Id. par MM. les docteurs Calvy, Piffard et Bouyer, sur l'épidémie du Var.

Id. par M. le docteur Dehée (d'Arras).

Id. sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi dans la commune de La Pallie, par M. Collin, médecin des épidémies.

2º Échantillon de remède secret pour la guérison du rhumatisme.

3º Rapport sur le service médical des eaux de Cauvalat et de Fonsanche (Gard), en 1853 et 1854, par MM. Verdier et Blouquier, médecins inspecteurs de ces eaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Cancroïde.

M. le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, adresse un mémoire sur le cancroïde de la face. Nous publierons une analyse étendue de cet intéressant travail.

Variole.

M. le docteur Gariel adresse la lettre suivante :

Dans le travail qu'il vient de lire à l'Académie sur la variole, M. le professeur Piorry déclare que « d'après d'innombrables expériences comparatives dans lesquelles on appliquait soit sur un côté de la face, soit sur un membre, soit sur la main, de l'emplâtre diachylum très-agglutinatif, tandis que de l'autre, on plaçait de l'emplâtre de Vigo, les résultats absortifs étaient exactement les mêmes à droite et à gauche, seulement, ajoute l'honorable professeur, l'emplâtre de Vigo est plus adhérent et plus fixe, se dérange moins, est moins facilement détaché par la transpiration cutanée, et dans ce sens, présente de l'avantage. Ce n'est pas le mercure incorporé dans la résine qui le retient ou dans la graisse qui agit, mais bien l'absence du contact de l'air, de la lumière et des corps gras qui peuvent venir exciter la peau malade. »

Quelque estime que je professe pour les paroles de mon excellent maître, M. le professeur Piorry, je ne puis laisser sans réponse ce passage qui vient contredire les propositions que j'ai formulées, il y a bientôt vingt ans, et que je vous demande la permission de transcrire ici :

1º Les préparations mercurielles, en général, déterminent l'avortement des pustules varioliques.

2º Aucune autre substance ne produit le même effet. (Ont été expérimentés comparativement : l'emplâtre de ciguë, le diachylum, le charbon porphyrisé unis à l'axonge, les diverses préparations de plomb, etc.)

3º Lorsque les préparations mercurielles sont appliquées la veille ou le jour de l'éruption, elles empêchent les pustules de se développer; lorsqu'elles sont appliquées du quatrième au sixième jour de l'éruption, elles font rétrograder la suppuration d'autant plus sûrement et d'autant plus promptement que leur application a suivi de plus près l'époque de l'éruption.

4º Cette suppression du travail suppuratif, loin de rendre la maladie plus dangereuse, paraît la simplifier et diminuer l'intensité des symptômes généraux.

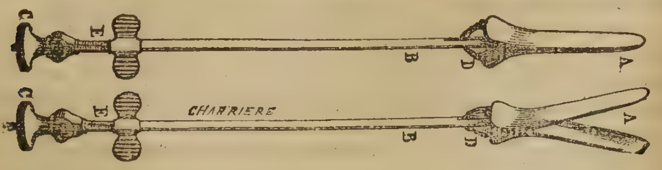
5º L'application d'emplâtres mercuriels sur la face, prévient la formation des cicatrices plus ou moins profondes qui ont lieu dans tous les cas de variole légitime.

J'aurai prochainement l'occasion, M. le président, de présenter à l'Académie un mémoire dans lequel ces propositions recevront tout le développement qu'elles comportent; mon seul but en vous adressant cette lettre, est de chercher à contrebalancer la voix éloquente de M. le professeur Piorry, par la simple énumération des propositions déduites de faits rigoureusement observés sous les yeux d'un médecin éminent, M. le docteur Serres.

Obstétrique.

M. le docteur Leménant des Chenais adresse le modèle d'un instrument destiné à dilater le col de l'utérus, dans les cas d'accouchement

prématuré artificiel. La figure suivante donnera une idée de cet appareil, fabriqué par M. Charrière fils :



A. Valves.
B. Tige creuse dans laquelle glisse une autre tige articulée en D.
C. Vis qui sert à mouvoir la tige intérieure.
D. Articulation mobile des valves et de la tige intérieure.
E. Echelle de proportion et cursur indiquant le degré d'écartement des valves.
NOTA. La tige peut être recourbée sans nuire au mécanisme de l'instrument.

Choléra.

M. Larrey présente au nom de M. le docteur Cazalas, médecin principal à l'armée d'Orient, un mémoire sur l'épidémie cholérique qui a sévi sur la première division de l'armée française.

Nous croyons devoir rétablir les remarques suivantes présentées par MM. Bussy et Caventou, dans la dernière séance, à l'occasion du procès-verbal

M. Bussy demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et propose que la note importante lue par M. Chevallier dans la séance précédente, sur la question de la présence de l'arsenic dans les eaux minérales, soit envoyée à M. le ministre du commerce comme document à consulter.

M. Caventou ne s'oppose pas à ce que l'Académie prenne cette décision; mais il voudrait que M. Chevallier modifiât ce qu'il a dit relativement au rôle que jouerait l'arsenic dans l'action thérapeutique des eaux minérales, ou du moins qu'il fût bien entendu que ce travail est envoyé au nom de M. Chevallier et non pas au nom de l'Académie, qui ne doit pas être considérée comme solidaire d'une opinion beaucoup trop exclusive, selon lui, émise par un de ses membres.

M. Chevallier répond que M. Caventou, qui n'a pas sans doute le travail bien présent à l'esprit, exagère l'opinion qui s'y trouve consignée à cet égard. Il n'a fait que rappeler la manière de voir de M. Thénard, adoptée par plusieurs autres savants et pour laquelle il a lui-même une certaine tendance.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer que l'Académie n'est jamais engagée par l'opinion d'an de ses membres, et qu'il n'y a pas lieu, par conséquent, de mettre M. Chevallier en demeure de modifier son travail, qui reste tout entier sous sa responsabilité.

PRÉSENTATIONS.

Cathétérisme œsophagien.

M. le professeur Cloquet présente un nouvel instrument destiné à pratiquer le cathérisme œsophagien, et se livre à des considérations pratiques sur cette opération. N'ayant pu nous procurer encore la figure du nouvel instrument, nous en renvoyons la description à une occasion ultérieure.

RAPPORTS.

Hépatite. — Abcès de foie.

M. Gérardin lit un rapport sur deux mémoires relatifs à l'hépatite des pays chauds, l'un de M. Dutrouleau, médecin en chef de la marine à Saint-Pierre (Martinique), l'autre de M. Lafargue, médecin français à Lima.

M. Gérardin termine ce rapport, où il n'est guère question que de M. Dutrouleau, dont le mémoire ne paraît rien contenir de nouveau, en proposant : 1° des remercîments à l'auteur; 2° son inscription sur la liste des candidats au titre de correspondant; 3° l'invitation à l'auteur de résumer son mémoire.

Après quelques mots de M. Desportes, qui exprime le regret de voir M. Dutrouleau garder le silence sur les modifications que l'inflammation peut imprimer à la fonction glucogénique du foie, les conclusions sont adoptées.

LECTURES.

Tumeur abdominale.

M. le docteur Caffe lit une observation, que nous avons publiée dans notre dernier numéro.

La séance est levée à 5 heures.

Académie des Sciences.

Addition à la séance du 29 janvier 1855.

Présidence de M. RÉGNAULT.

Anesthésie..

M. Duroy adresse une note sur un anesthésimètre (appareil propre à doser le chloroforme) dont le rédacteur des *comptes rendus* déclare ne pouvoir donner une idée sans le secours d'une figure.

Surdi-mutité.

Nous rétablissons ici une communication faite dans la séance du 3 janvier et passée sous silence par erreur :

M. Auguste Houdin, professeur démissionnaire de l'institution impériale des sourds-muets de Bordeaux, secrétaire général de la Société générale d'assistance pour les sourds-muets de France, fondée par le docteur A. Blanchet, sous le patronage de S. M. l'Impératrice, présente à l'Académie des sciences deux élèves confiés aux soins de M. le docteur A. Blanchet et aux siens, en priant l'Académie de vouloir bien faire constater par une commission les résultats obtenus dons le traitement et l'éducation de ces deux enfants remis *sourds-muets* entre leur mains, et devenus, l'un *entendant-parlant*, l'autre *sourd-parlant*.

« Appuyé sur les faits et conformément à l'opinion déjà émise par M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'institution impériale des sourds-muets de Paris, je crois pouvoir établir, a dit M. Auguste Houdin.

« 1° Que, parmi les sourds-muets considérés comme sourds-muets de naissance, et, comme tels livrés aux méthodes ordinaires d'enseignement basées sur la mimique et les écritures, il en est un certain nombre qui, soumis à un traitement et à un mode d'éducation convenables, peuvent recouvrer, non-seulement l'usage de la parole, mais encore la faculté de l'ouïe, au point de recevoir directement par l'oreille l'impression des sons parlés émis sur le ton ordinaire de la conversation ou sur un ton à peine plus élevé.

« 2° Que, parmi ceux dont la surdité est complète et à peu près incurable, il en est encore un certain nombre qui peuvent arriver à l'intelligence des sons parlés par *l'impresion tactile des ondes sonores*, lire ensuite la parole sur les lèvres d'autrui et parler eux-mêmes très-intelligiblement.

« Les deux cas d'observations, présentés a l'appui de ces assertions conformes d'ailleurs aux conclusions prises en 1853 par l'Académie impériale de médecine, me semblent en être une preuve irrécusable.

« 1re *observation*. La jeune Annette Rocca-Serra, enfant de cinq ans, appartenant à une des premières familles de la Corse, n'avait jamais donné signe d'audition, n'avait jamais cherché à s'exprimer autrement que par les signes mimiques des besoins les plus ordinaires, et était, par conséquent, considérée, par ses parents comme *sourde-muette* de naissance lorsqu'elle fut, au mois de juillet dernier, amenée à Paris et confiée aux soins de M. le docteur Blanchet et aux miens. Soumise immédiatement au traitement et au mode d'éducation convenables, cet enfant entend aujourd'hui des sons de 60 à 5,000 vibrations et, par conséquent, tous les sons de la parole sur le ton de la conversation. Elle possède un vocabulaire de mots parlés à peu près aussi étendu que le vocabulaire écrit qu'on met en six mois sous les yeux du sourd-muet dans nos institutions et finit en général de ces mots une très-intelligente application, les employant soit isolément, soit combinés sous les différentes formes phraséologiques simples et positives, impérative ou interrogative. Elle connaît les sept notes de la gamme; sollicitée à mettre sa voix d'accord avec le piano, elle donne donne deux ou trois notes parfaitement justes.

En présence de ces résultats et en considérant que le fonctionnement simultané de l'intelligence et des organes auditif et vocal est désormais un fruit accompli, il n'est pas douteux que les progrès dans l'étude de la langue et le développement de l'intelligence no soient doublés dans les six mois qui vont suivre et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'éducation. J'estime que dans deux ou trois ans cette enfant pourra être placée dans une école de parlants et y profiter de l'enseignement donné, à la seule condition d'être, soit dans les classes, soit en dehors, l'objet de quelques soins paticuliers.

Placée dans une institution de sourds-muets, cette enfant serait infailliblement devenue définitivement *sourde* et définitivement *muette*.

2e *observation :* Albin Rodrigues, âgé de 10 ans, comptant dans sa famille un oncle sourd-muet et une tante sourde-muette, était lui-même

atteint d'une surdité des plus profondes. Les soins chirurgicaux ont éveillé et développé l'ouïe, mais ne l'ont amené à percevoir que des sons de 80 à 600 vibrations, ce qui laisse l'enfant dans la catégorie des sourds par rapport aux sons de la voix humaine lesquels, sur le ton ordinaire de la conversation, ont en moyenne un nombre de vibrations supérieur à 600; mais, la perception tactile des ondes sonores s'étendant, chez cet enfant, jusqu'aux sons de 1,500 vibrations, la parole pouvait arriver à son intelligence, d'après les principes posés par le docteur Blanchet, par les nerfs de sensibilité générale et c'est par ce moyen qu'elle a été enseignée. Aujourd'hui, après quinze mois d'études, Albin prononce très-intelligiblement *tous les mots de la langue* et et lit couramment tous les textes mis sous ses yeux.

Il exprime à l'occasion et spontanément sa pensée à l'aide des mots de son vocabulaire; dans l'institution des parlants où il est placé, il passe pour *très-bavard* et va même jusqu'à abuser de sa nouvelle faculté en *rapportant* bel et bien contre ceux qu'il appelle *ses petits camarades.* Quant à la parole d'autrui, Albin lit dès à présent sur les lèvres avec assez de facilité.

Ce fait de la perception tactile des ondes sonores et de la parole émises pour un sourd de naissance non guéri de la surdité, n'est pas plus nouveau que celui de la lecture sur des livres. mais ce que je puis donner comme entièrement nouveau c'est le degré de perfectionnement auquel, dans ce cas-ci, elles ont été amenées. On n'avait obtenu jusqu'ici que des résultats tronqués, à peine dignes de remarque; celui-ci est complet.

En ce qui concerne les deux sujets observés j'insiste tout particulièrement sur l'extrême importance des perfectionnements apportés dans la médecine auriculaire par notre collaborateur le docteur Blanchet, et qui ne consistent pas uniquement, comme ses adversaires se sont plu à le dire, dans un traitement purement fonctionnel, mais avant tout dans un traitement organique sagement combiné. Quant il est avéré, qu'au moyen de ces perfectionnements, de pauvres enfants voués à une surdi-mmutité complète peuvent, dans la proportion de 1 sur 4 ou 5, être rendu à la plénitude de la vie sociale, on ne saurait, en effet, trop insister sur ce point si important.

M. Longet lit un mémoire intitulé :

Nouvelles recherches relatives à l'action du suc gastrique sur les matières albuminoïdes.

Voici l'extrait de ce travail :

Dans l'opinion d'un certain nombre de physiologistes, les diverses matières albuminoïdes seraient dissoutes et métamorphosées par le suc gastrique en une *seule* et même substance. Depuis longtemps reconnue et diversement dénommée, cette substance est devenue, dans ces dernières années, sous les noms d'*albuminose* (Mialhe) ou de *peptona* (Lehmann), l'objet d'études tendant à établir que, seulement à cet état de transformation, les matières protéiques peuvent être assimilées par l'organisme. Quant aux matières saccharines, féculentes ou amyloïdes, quelle que soit leur variété, elle sont aussi réputées n'être assimilables qu'à la condition d'avoir été transformées en un produit soluble toujours le même, *glucose.*

De ces produits ultimes de la digestion de deux grandes classes d'aliments, l'un peut aussi prendre naissance dans le laboratoire, au gré et sous les yeux du chimiste; l'autre, dans l'état présent de la science, ne saurait avoir une pareille origine, l'intervention d'un principe particulier de nature organique et animale étant nécessaire à sa formation : ce principe, comme chacun le sait, est la *pepsine* ou ferment gastrique, d'où le nom de *peptone* qu'on a proposé de donner au produit de son action sur les aliments azotés, dénomination que parfois j'emploierai pour la rapidité de l'exposition, mais à regret, parce qu'elle ne s'applique pas à un produit encore bien défini en chimie.

Le but de ce travail est, en partie, de faire connaître certaines influences remarquables que *le produit de la transformation des matières albuminoïdes* par le suc gastrique exerce sur le *glucose*, influences qui existent aussi bien lorsque ces produits se trouvent seuls en présence, que quand ils ont été mélangés avec le liquide sanguin, soit artificiellement, soit physiologiquement à la suite d'une alimentation mixte. J'ai été ainsi conduit à signaler un moyen simple pour distinguer les matières albuminoïdes *avant* et *après* la digestion, et, toujours en me fondant sur l'expérimentation, à tirer de la précédente étude certaines conséquences propres à éclairer divers points encore obscurs de cette fonction.

Pour me procurer la *peptone* nécessaire aux expériences consignées dans ce mémoire, en général j'ai eu recours aux digestions artificielles qui se rapprochent le plus de la digestion naturelle, c'est-à-dire qu'à la température de + 35 à 38 degrés centigrades, j'ai le plus souvent expérimenté à l'aide du suc gastrique lui-même, et spécialement avec celui du chien, qu'il est toujours facile de se procurer par le moyen des fistules stomacales (1).

Quant au *glucose*, qu'il me soit permis de rappeler que, si l'on regarde volontiers la solution de tartrate de cuivre et de potasse comme insuffisante pour démontrer sa *présence* (attendu que la mannite, le lactose, l'acide urique, l'aldéhyde, et probablement bien d'autres substances organiques, sont capables de réduire très-nettement la liqueur cuivreuse), il n'en est plus de même quand il s'agit de prouver, non la présence, mais l'*absence* du glucose avec le même réactif; à ce dernier, on accorde alors un caractère négatif absolu. Chacun sait, en effet, que le tartrate de cuivre dissous dans la potasse constitue un réactif si sensible qu'il peut donner une réduction appréciable dans des dissolutions contenant des traces de glucose tellement faibles, que la potasse, la fermentation alcoolique, les expériences optiques à l'aide du polarimètre, ni aucun autre moyen connu, ne sauraient les y faire découvrir. Aussi quand la réduction manque, c'est-à-dire qu'il n'y a pas précipitation d'hydrate d'oxydule de cuivre, a-t-on coutume de conclure qu'il n'existe aucune trace de glucose dans le liquide où l'on cherche ce principe sucré.

Or, dans les expériences que je poursuis en ce moment sur la digestion, j'ai pu déterminer certaines conditions dans lesquelles une pareille conclusion serait loin d'être légitime; j'ai donc lieu d'espérer que l'exposé des faits suivants ne sera pas sans quelque intérêt.

I. Dans une dissolution *acidule* de fibrine, d'albumine, de gluten, ou d'un autre composé protéique, il est toujours possible, à l'aide du réactif indiqué, de révéler la présence du glucose en rendant au préalable cette dissolution *alcaline. J'ai constaté qu'il n'en est plus ainsi quand ces principes immédiats azotés ont convenablement subi l'action dissolvante et transformatrice du suc gastrique.* En effet, dans ce liquide filtré qui vient de les *digérer*, l'addition immédiate du glucose n'est plus accusée par la liqueur cupro-potassique; et, fait bien digne de remarque, ce manque de réaction ne s'observe qu'à la condition expresse que la *digestion* ou la métamorphose qui en résulte soit *entièrement* accomplie, de telle sorte qu'on peut se servir de ce caractère empirique pour distinguer les aliments albuminoïdes réellement *digérés* de ceux qui ne le sont point, ou qui le sont seulement d'une manière incomplète.

Sachant que les liquides organiques, très-chargés de substances albuminoïdes, gênent plus ou moins la précipitation de l'oxydule de cuivre, j'interprétai d'abord dans ce sens les faits précédents; mais bientôt j'instituai d'autres expériences dont les résultats ne permirent plus une semblable interprétation. Depuis plusieurs semaines, je conservais dans l'eau sucrée de la fibrine extraite du sang de bœuf. Devenue demi-transparente par suite de son hydratation, elle m'offrit la particularité remarquable de se dissoudre et de disparaître par l'agitation dans le suc gastrique naturel, en quelques minutes, par une température de + 15 à 16 degrés centigrades seulement. Une autre partie de cette fibrine fut aussi plongée dans le suc gastrique naturel, et mise pendant trois heures au bain-marie entre + 35 et 38 degrés centigrades; ensuite j expérimentai comparativement sur l'un et l'autre liquide après les avoir filtrés.

A 2 grammes de chacun d'eux j'ajoutai environ six gouttes d'une solution de glucose (contenant 4 parties d'eau pour 1 partie de matière sucrée), puis 1 gramme du réactif cupro-potassique, ce qui suffit pour rendre *alcalines* les liqueurs. Dans toutes mes expériences, souvent reproduites sous les yeux de chimistes exercés, les résultats furent constants : à l'aide de l'ébullition, la précipitation d'hydrate d'oxydule de cuivre eut lieu dans le premier cas; elle manqua dans le second, où de plus, lors du mélange, apparut une belle coloration en violet. Les mêmes essais comparatifs, répétés avec l'albumine liquide simplement *dissoute* dans le suc gastrique (2) ou bien *transformée* par lui, donnèrent aussi ces résultats différentiels.

Ainsi, au même liquide organique (suc gastrique naturel), chargé en quantité égale des mêmes matières albuminoïdes, j'ai ajouté du glucose, qui, vis-à-vis du sel de cuivre, a pu offrir sa réaction caractéristique tant qu'il s'est agi seulement d'une *simple dissolution* de ces matières, qui ne l'a plus offerte dès qu'elles ont eu subi leur *transfor-*

(1) Toutefois, je m'empresse d'ajouter que l'expérience m'a démontré que le suc gastrique artificiel préparé avec de l'eau acidulée et de la pepsine provenant d'animaux carnivores ou herbivores, a sensiblement les mêmes propriétés digestives que le suc gastrique naturel; aussi peut-on, suivant nous, puiser indifféremment à l'une ou à l'autre source d'expérimentation. Nous n'avons préféré la dernière qu'afin d'éviter les objections des physiologistes qui ne partageraient pas notre manière de voir à ce sujet.

(2) Il est utile de battre l'albumine, d'y ajouter un peu d'eau, puis de la filtrer avant de la mettre en contact avec le suc gastrique.

mation digestive due en partie au ferment gastrique ou *pepsine*. Le produit liquide de cette transformation de tout aliment albuminoïde, mêlé dans certaines proportions au glucose, offre, en effet, la curieuse propriété, jusqu'ici inaperçue, de masquer à l'instant même et si bien la présence de ce dernier, qu'on dirait plutôt une combinaison qu'un mélange.

Une autre conclusion à tirer de ces expériences, c'est qu'on ne saurait partager le sentiment des physiologistes qui regardent la digestion comme une dissolution simple; en réalité, le suc gastrique représente un menstrue spécial, apte à la fois à dissoudre les principes immédiats azotés, tant en dehors qu'en dedans du corps, et à produire une métamorphose absolue dans leurs propriétés (sinon dans leur composition chimique), métamorphose sans doute favorable à l'assimilation ultérieure de ces principes.

Les expériences qui précèdent m'ont paru mériter quelque attention, parce qu'elles révèlent en même temps une propriété nouvelle de la peptone et un nouveau moyen de distinguer les matières albuminoïdes *avant* et *après* l'élaboration digestive. Mais, jusqu'à présent, pour démontrer l'action en quelque sorte neutralisante de la peptone sur le glucose, je n'ai fait que mettre ces produits essentiels de la digestion *seuls* en présence; il me reste à établir expérimentalement que la même action persiste quand ils ont été mélangés avec le liquide sanguin, soit artificiellement, soit physiologiquement par suite d'une alimentation mixte. Absorbés par un même système vasculaire qui parti de l'intestin se ramifie dans le foie, la peptone et le glucose, à mesure qu'ils se forment, sont en effet soumis tout d'abord à ce mélange physiologique avec le sang. C'est même alors seulement que la peptone semble avoir acquis sa plus grande pureté; au contraire, dans l'estomac et l'intestin, elle se trouve mêlée avec tous les autres produits de la digestion, avec des substances non modifiées par le suc gastrique, et qui ne le seront que plus loin avec des portions de matières albuminoïdes à divers états ou degrés de transformation. Aussi, dans les expériences sur les animaux vivants, pour reconnaître la propriété caractéristique que j'ai assignée à la peptone (ce qui exige une élaboration digestive *complète*) ne faudrait-il pas la recueillir dans l'estomac ou l'intestin, mais bien agir sur elle dans le sang lui-même, où elle n'est admise qu'à la condition d'être pure et suffisamment élaborée.

II. Après avoir divisé du sang frais de chien ou de lapin en deux parts égales (environ 40 grammes), à l'une j'ai ajouté un 1/2 gramme de glucose, à l'autre la même quantité de ce principe sucré, plus 20 grammes du produit liquide de la digestion d'un albuminoïde qui le plus souvent avait été de la fibrine ou de l'albumine, et d'autres fois de la caséine ou du gluten. Dans les deux cas comme dans une autre série d'expériences qui seront relatées tout à l'heure, j'ai procédé de la même manière à la recherche du glucose : vu sa décomposition réputée assez prompte, je n'ai pas cru devoir attendre la séparation du sérum; mais, agissant sur du sang très-frais, il m'a toujours suffi d'y ajouter un peu d'eau, de faire bouillir et de filtrer pour avoir un liquide à peu près incolore. Dans la première portion de ce liquide, le sel de cuivre a été détruit, d'où la précipitation d'hydrate jaune d'oxydule de cuivre; dans la seconde, il n'a offert aucun signe de réduction.

III. Ces résultats, en quelque sorte préparatoires, me conduisirent naturellement à instituer sur les animaux vivants (chiens et lapins) des expériences propres à fournir les précédents produits (sang, glucose, albuminoïde transformé par le suc gastrique) mélangés non plus par l'art, mais par la nature elle-même.

A cet effet, j'administrai aux uns une nourriture exclusivement sucrée, aux autres une nourrituae mixte pouvant donner ultérieurement du glucose et de la peptone; puis je sacrifiai la plupart d'entre eux dans les deux ou trois heures qui suivirent l'ingestion alimentaire.

Chez tous les animaux de la première catégorie, qui, après un jeûne suffisamment prolongé, avaient pris des aliments où se trouvent, exclusivement et en assez grande quantité, des principes saccharoïdes sous les formes de sucre de canne, et parfois même de sucre d'amidon ou de glucose, je pus constater très-facilement et d'une manière non douteuse que cette dernière matière sucrée existait dans le sang de la veine-porte avant son entrée dans le foie, et dans le sang des veines sus-hépatiques recueilli après son passage à travers cet organe.

Quant aux animaux de la deuxième catégorie, ceux qui avaient été soumis à une alimentation mixte (viande hachée, pain et sucre), j'examinai, avec le plus grand soin, pour y rechercher la matière sucrée, le sang du système veineux abdominal *avant* le foie : la présence du glucose n'y fut point révélée par le tartrate de cuivre et de potasse, qui pourtant l'accusait, de la manière la plus manifeste, dans l'intestin, dans l'estomac lui-même, et *au delà* du foie.

A propos de ce dernier résultat négatif, qu'il me soit permis d'extraire du journal de mes expériences l'observation suivante, qui m'a paru offrir quelque intérêt au point de vue dont il s'agit :

Le 25 décembre dernier, ayant quelques expériences à faire sur du sang frais, j'en retirai 75 grammes à un fort lapin et y ajoutai du glucose. Peu d'instants après, je vis avec surprise cet animal, à jeun depuis quarante-huit heures, manger, non-seulement son propre sang à peine coagulé, mais encore une égale quantité de sang de chien, laissé après une expérience de la veille et contenant aussi des proportions assez notables de ce principe sucré.

L'animal fut tué, à l'aide d'un coup appliqué sur la nuque, quatre heures moins un quart après ce singulier repas. Aussitôt son abdomen fut convenablement ouvert et j'appliquai une ligature sur le tronc de la veine-porte immédiatement avant son entrée dans le foie. Comme le démontra le tartrate de cuivre et de potasse, l'estomac, les intestins, le foie, le sang recueilli dans les cavités droites du cœur, renfermaient des proportions plus ou moins notables de glucose. Mais, fait à la fois curieux et étrange, le même réactif n'en traduisit point la présence dans le sang du système veineux abdominal. Et pourtant, on le voit, cette portion du système circulatoire était placée entre deux classes d'organes (intestin et foie) qui contenaient du glucose offrant partout ailleurs, là excepté, ses réactions habituelles avec le sel de cuivre.

Pour un observateur non prévenu de la nature du repas pris accidentellement par cet animal, et qui, sans s'inquiéter du contenu du tube digestif, avec le réactif précédent aurait trouvé le glucose dans les veines sus-hépatiques et le cœur droit, et ne l'aurait point trouvé dans la veine-porte, la conclusion eût été sans doute que la sécrétion de cette substance était due aux granulations hépatiques; et pourtant cette conclusion eût été inexacte, puisqu'en réalité le glucose directement administré se trouvait aussi dans le sang de la veine-porte, mais voilé dans ses réactions habituelles par le produit de la transformation digestive d'aliments azotés (fibrine et albumine du sang avalé).

Du reste, il est facile de voir qu'ici la fonction glucogénique du foie n'est pas directement mise en cause, toutes ces expériences se rapportant d'une manière exclusive au sucre d'origine alimentaire.

IV. Les faits précédemment établis me paraissent jeter encore quelque lumière sur les opinions suivantes dont je ferai une critique rapide :

1° Il a été dit que, chez les animaux ayant mangé à la fois de la viande et des matières sucrées, le sang recueilli dans la veine-porte avait présenté des traces à peine appréciables de sucre, bien que l'intestin renfermât beaucoup de ce dernier principe; et la conclusion formulée a été que, dans les digestions d'aliments mixtes, la quantité de sucre absorbée est infiniment plus faible qu'on ne le pense généralement. Je crois devoir rappeler, à ce sujet, que sur des chiens soumis à la précédente alimentation, la fermentation alcoolique m'a démontré, dans le sang de la veine-porte, non-seulement l'existence, mais une quantité assez notable de sucre que, par la raison simple signalée dans ce travail, le tartrate de cuivre et de potasse, (moyen ordinairement bien autrement sensible que la fermentation) n'avait pu y faire découvrir.

2° A propos des métamorphoses des matières albumineuses, des physiologistes ont avancé, sans preuves expérimentales suffisantes, que, quelles que soient les modifications moléculaires que ces matières éprouvent au moment de leur absorption, elles se reconstituent promptement à l'état d'albumine ordinaire, et qu'on les retrouve déjà comme telles dans la veine-porte, au moment même de leur entrée dans le sang. Mes expériences, en prouvant que la matière albuminoïde ne change les réactions habituelles du glucose qu'à la condition d'avoir été transformée elle-même par le suc gastrique, démontrent l'inexactitude de la précédente assertion; car, dans ces cas, les réactions ordinaires ont manqué. Le contraire aurait eu lieu si l'hypothèse en question eût été fondée.

3° Des doutes se sont élevés récemment et des négations ont été émises sur le pouvoir qu'aurait la salive de continuer son action, *dans l'estomac*, sur l'empois d'amidon avec lequel elle arrive mélangée. On a prétendu que l'état *alcalin* de la salive était nécessaire à son action saccharifiante. Or, dans l'estomac, le suc gastrique acide neutralisant d'abord, puis acidifiant bientôt la masse avalée, arrête, dit-on, l'action de la salive. Bien des fois il m'est arrivé de faire des mélanges de suc gastrique, de salive, de fibrine et d'empois d'amidon dans des proportions convenables pour que l'acidité de suc gastrique fût dominante, et je me suis convaincu que, dans ces cas encore, on avait conclu à tort du manque de réduction du sel de cuivre à l'absence du glucose; tandis qu'en réalité ce principe sucré existait dans le mélange et que sa réaction ordinaire n'était que dissimulée par le produit transformé de l'aliment albuminoïde.

Le présent mémoire peut être résumé dans les conclusions et les propositions suivantes :

1° J'ai signalé une propriété nouvelle dans le produit de transformation des matières albuminoïdes par le suc gastrique;

2° J'ai fait connaître un moyen de distinguer sûrement ces mêmes matières *avant* et *après* l'élaboration digestive;

3° L'absence de réduction du tartrate de cuivre et de potasse, ne prouve pas nécessairement l'absence du glucose;

4° Toute substance albuminoïde simplement dissoute dans le suc gastrique et à laquelle on a ajouté du glucose, ne fait que gêner la réduction du précédent sel de cuivre;

5° Cette réduction peut, au contraire, être tout à fait empêchée quand la substance albuminoïde, mêlée en certaines proportions à du glucose, a d'abord subi l'action transformatrice du suc gastrique ;

6° Cette action, en quelque sorte neutralisante par rapport au glucose, de toute matière albuminoïde ainsi métamorphosée, se manifeste aussi bien lorsque ces produits se trouvent seuls en présence, que quand ils ont été mélangés avec le liquide sanguin, soit artificiellement, soit physiologiquement à la suite d'une alimentation mixte;

7° C'est ainsi qu'il faut s'expliquer que, dans nos expériences sur des animaux soumis à ce genre d'alimentation, la fermentation alcoolique ait pu démontrer, dans le sang de la veine-porte, une quantité appréciable de glucose que le tartrate cupo-potassique n'avait pas accusée.

8° Ce que ne saurait plus faire un simple réactif chimique, semble être accompli, toujours et à coup sûr dans l'économie, par le foie qui agit comme une sorte de filtre propre à isoler l'un de l'autre les deux produits ultimes de la digestion des matières albuminoïdes et saccharines, d'abord confondus et comme masqués l'un par l'autre pendant un certain parcours.

Cette dernière proposition, implicitement contenue dans ce mémoire, recevra son développement et ses preuves dans un autre travail.

Nota. — Je ferai connaître prochainement les résultats divers que j'ai obtenus en variant, dans le mélange, les proportions relatives des précédents produits (*sang, glucose, albuminoïde transformé par le suc gastrique*). A ce point de vue, la conclusion la plus générale de mes recherches est la suivante : Lorsque, dans le précédant mélange, le produit de la transformation d'un aliment azoté par le suc gastrique est en proportions considérables et le glucose en proportions très-faibles, le tartrate cupro-potassique, la potasse, le polarimètre, la fermentation alcoolique, en un mot aucun moyen, actuellement en usage, ne peut y démontrer la présence de ce principe sucré.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

SUR UN NOUVEL AGENT HÉMOSTATIQUE DE M. MONSEL; *par* M. ARMAND, *aide-major au* 36e *de ligne*.

Pendant que, d'une part, l'eau Pagliari était mise à l'épreuve comme moyen hémostatique, de son côté, un de nos camarades de la division d'occupation en Italie, M. Monsel, pharmacien militaire, procédait à l'analyse chimique du même liquide, dont la composition était encore tenue secrète par son inventeur; dès les premiers essais, les réactions révélèrent comme agent principal le sulfate d'alumine et de potasse associé à une matière organique que son odeur portait à croire devoir être de la vanille. M. Monsel, alors, pensait qu'en traitant le baume du Pérou qui, comme on le sait, a une forte odeur de vanille, par du sous carbonate de soude et projetant le résultat du traitement dans une solution d'alun cubique, il pourrait obtenir un alun chargé d'un principe identique à celui de l'eau analysée. Cette prévision ayant été justifiée, il lui vint à l'idée d'essayer par le même traitement, la résine de benjoin et le baume de Tolu. Les résultats ayant été les mêmes, il eut la certitude qu'il n'avait affaire qu'à de l'acide benzoïque dissous dans de l'alun; procédant alors par voie de synthèse, d'après ses résultats analytiques, il composa une eau imitant tout à fait celle de M. Pagliari, et manifesta le désir d'en faire l'application pour constater expérimentalement sa valeur hémostatique. A cet effet, le 27 mai dernier, nous nous rendîmes avec lui et nos collègues, MM. Renard, Monier, Doin et Bonnet, au quartier de la porte du Peuple, à l'infirmerie de M. Broquet, vétérinaire du 3e d'artillerie, qui, ayant un cheval morveux destiné à être abattu, le mit à notre disposition, apportant lui-même un concours aussi actif qu'éclairé aux expériences tentées sur des animaux (*pro salute hominum*).

C'est sur ces entrefaites que fut publiée la formule de l'eau de M. Pagliari, dans le mémoire de M. Sédillot, eau dont, nous venons de le voir, M. Monsel avait eu le mérite de nous révéler d'avance la composition.

M. Monsel ne s'est point arrêté là ; convaincu que les données de la chimie, aidées de celles de la physiologie hématologique, peuvent permettre de trouver des hémostatiques plus puissants encore, il poursuivit ses recherches dans une direction où il ne saurait être trop encouragé. Ces jours derniers, mettant 5 décigrammes d'acide tannique et 1 gramme d'alun privé de fer, en solution dans 40 grammes d'eau de rose, il a obtenu un autre liquide hémostatique très-efficace, coagulant instantanément le sang sortant de la veine.

Notre collègue, M. Barthet, vient d'avoir l'occasion d'en constater l'action rapide chez un chasseur à pied qui, inquiété depuis trois jours par une hémorrhagie dentaire, a été dispensé de la cautérisation avec le fer rouge par quelques gouttes de ce nouveau liquide hémostatique.

Enfin, M. Monsel, substituant le goudron de bois au benjoin, dans la composition de la première eau, est parvenu à composer une troisième liqueur hémostatique, qui, par sa puissance coagulante, même sur du sang défibriné, en produit la solidification instantanée et complète. Notons de plus que, dès ce moment, ce sang semble perdre toute tendance à la putréfaction, dernier fait par lequel M. Monsel est autorisé à croire que toutes les substances bitumineuses que les anciens employaient à la momification, traitées par le même mode opératoire que le goudron, doivent donner des résultats semblables. Mais n'empiétons pas sur l'exposé qu'il voudra bien faire lui-même de travaux d'un si vif intérêt.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Par décret du 29 janvier, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, en récompense de leurs services signalés pendant l'épidémie de choléra en 1854 :

Au grade d'officier :

M. le docteur Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu à Paris, chevalier depuis 1838.

Au grade de chevalier :

MM.
Roubaud, docteur en médecine à Gap (Hautes-Alpes).
Brion, docteur en médecine à Buzancy (Ardennes).
Lafontaine, docteur en médecine à Foix (Ariége).
Bellemanière, docteur en médecine à Carcassonne (Aude).
Rols, docteur en médecine, juge de paix à Belmont (Aveyron), membre du conseil général.
Noirot, docteur en médecine à Dijon (Côte-d'Or).
Chabanon, docteur en médecine à Uzès (Gard).
Godin-Bourdillon, docteur en médecine à Chateauroux (Indre).
Vial, docteur en médecine à Saint-Etienne (Loire).
Foucauld, docteur des épidémies à Epernay (Marne).
Confevron, docteur en médecine à Langres (Haute-Marne).
Robert-Abel, docteur en médecine à Chaumont (Haute-Marne).
Chevalier (Jean), docteur en médecine à Bar-le-Duc (Meuse).
Colson, docteur en médecine à Commercy (Meuse).
Nève, docteur en médecine à Bar-le-Duc (Meuse).
Spiral, docteur en médecine à Montmédy (Meuse).
Leroy (Amédée), docteur en médecine à Béthune (Pas-de-Calais).
De Boret, docteur en médecine à Jussey (Haute-Saône).
Gevrey, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône).
Prieur, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône).
Simonin, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône).
Destrem, docteur en médecine à Paris (Seine).
Homolle, docteur en médecine à Paris (Seine).
Moissenet, docteur en médecine à Paris (Seine).
Moreau, docteur en médecine à Paris (Seine).
Niobey, docteur en médecine à Paris (Seine).
Hérard, docteur en médecine à Paris (Seine).
Goupil, docteur en médecine à Nemours (Seine-et-Marne)
Bucquoy, docteur en médecine à Péronne (Somme).
Bouyer, docteur en médecine à Draguignan (Var).
Calvy, docteur en médecine à Toulon (Var).
Bernard, docteur en médecine à Apt (Vaucluse).
Deloulme, docteur en médecine à Avignon (Vaucluse).

Le *Moniteur* a publié, à la suite de la liste des promotions précédentes, une autre liste de 143 personnes, médecins, administrateurs et sœurs de charité, auxquelles il a été décerné une médaille d'or.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 3. — N° 20. 3e ANNÉE. Mercredi 15 février 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Séance de l'Académie des Sciences.

LE SUCRE ET LE FOIE. — Deuxième question.

La théorie de la glucogénie hépatique remplace, dans les préoccupations du monde scientifique, la discussion sur l'application du microscope au diagnostic du cancer, et il faut bien reconnaître que les questions agitées en ce moment à l'Institut n'offrent pas moins d'intérêt que celles qui viennent d'être débattues à l'Académie de médecine, aussi bien pour les hommes qui cherchent dans la science les applications pratiques, que pour ceux qui cultivent la science en elle-même. Nous suivrons donc la discussion qui s'engage avec la même attention que celle qui vient de finir, et ce ne sera pas faute de bonne intention de la part du Rédacteur en chef de ce journal, si l'une n'est pas traitée dans le *Moniteur* avec la même supériorité que l'autre,

Dans notre dernier article, nous croyons avoir poussé jusque dans ses derniers retranchements la question primordiale que les expérimentateurs ont à résoudre et qu'ils n'ont point résolue encore ; il s'agit maintenant de donner quelques développements sur une autre question que nous n'avons fait que poser.

A supposer que le sucre existe réellement en proportions égales, à l'*état latent* dans la veine-porte, et à l'*état patent* dans les veines sus-hépatiques, doit-on considérer comme une *sécrétion* l'acte par lequel le foie rend au sucre ses caractères, ou du moins le débarrasse des combinaisons, des dispositions *moléculaires*, si l'on veut, qui l'empêchent de se manifester par ses réactions habituelles ?

C'est là une question que M. Longet résout en ces termes :

« Ce que ne saurait plus faire un simple réactif chimique, semble être accompli, toujours et à coup sûr dans l'économie, par le foie qui agit comme *une sorte de filtre* propre à isoler l'un de l'autre les deux produits ultimes de la digestion des matières albuminoïdes et saccharines, d'abord confondus et comme masqués l'un par l'autre pendant un certain parcours. »

Voilà donc le foie transformé en un filtre, mais en un filtre qui ne ressemble point à ceux de nos laboratoires, et qui, à l'opposé de ceux-ci, agit de telle façon sur le liquide filtré, que des principes qu'on n'y découvrait point, s'y manifestent, au contraire, par des réactions très-nettes. Mais, à ce compte, tous les organes sécréteurs ne sont-ils pas des filtres? Pour répondre à cette question, il faudrait d'abord définir ce qu'est la sécrétion. Or, comme le dit, dans un Traité tout récent de physiologie, un auteur dont les qualités essentielles sont une grande netteté d'esprit et une grande rectitude de jugement, « il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le penser de définir rigoureusement ce que c'est qu'une sécrétion (1). » La définition, en effet, est si peu facile, que M. Béclard ne la tente pas. Mais il montre par des exemples, ce qui vaut mieux, la signification générale du mot sécrétion ; il fait voir combien les diverses sécrétions diffèrent entre elles, depuis la sécrétion spermatique jusqu'à la sécrétion ou, si l'on veut, l'exhalation séreuse, et comment on passe insensiblement de la sécrétion à la nutrition, sans que les esprits judicieux aient cependant jamais confondu ces deux fonctions, et sans qu'ils aient jamais considéré comme un simple filtre, pas plus la séreuse qui ne laisse filtrer du sang que la sérosité, que le rein qui en laisse filtrer l'urine. Qu'une hypothèse nous soit permise pour rendre, s'il est possible, notre pensée plus saisissable :

Vous introduisez de l'acide sulfurique dans l'estomac, il reste acide sulfurique dans toute l'étendue ou dans une partie du tube digestif; arrivé dans la veine-porte, il est transformé en sulfate de potasse ; enfin à, la sortie du foie, dans les veines sus-hépatiques, il est de nouveau revenu à l'état d'acide sulfurique. Direz-vous qu'il n'a fait que traverser un filtre ? Évidemment non. Or, ce qui est une hypothèse pour l'acide sulfurique est une réalité pour le sucre. Le foie ferait même plus que nous n'avons supposé, si nous en croyions certaines informations, car le sucre qui en sort ne serait pas rigoureusement le même que celui qui y est introduit.

Et à ce sujet, que Messieurs les chimistes nous permettent une remarque sur une des défectuosités de la

(1) J. Béclard, *Traité de physiol.*, p. 354.

chimie à laquelle ils ne nous paraissent pas attacher assez d'importance. Pour un chimiste, diamant et carbone pur sont tout un; il n'y a entre ces deux états d'un corps identique qu'une question d'isomorphisme. A la bonne heure; mais pour tout homme qui en croit ses yeux et son toucher, cette question est immense, et le filtre qui changerait le charbon en diamant serait un filtre d'une espèce assez particulière pour mériter l'honneur d'un nom particulier. Ne nous abusons donc pas sur les mots, et lorsque nos sens constatent des différences dans les objets, ne considérons pas ces objets comme identiques, et, au lieu de nous payer de vaines théories, sachons attendre des progrès de la science l'explication de certains faits que nous ne pouvons que constater aujourd'hui.

En résumé, et pour en revenir à l'objet principal de ces remarques, il reste à MM. Longet et Figuier à démontrer :

1° Que le sucre existe dans la veine-porte et dans les veines sus-hépatiques en proportions égales;

2° Qu'il existe, dans la première de ces veines, en nature et non pas dans des combinaisons qui exigent une désagrégation moléculaire pour qu'il puisse reprendre ses caractères propres,

H. de Castelnau.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de Physiologie de M. C. Bernard. — (Mardi 6 février 1855.)

De la fonction glucogénique du Foie.

Messieurs, je crois nécessaire d'examiner avec vous, aujourd'hui, quelques observations qui se sont produites récemment relativement à la fonction du foie dont nous nous sommes occupés depuis le commencement de ce cours. Il s'agit de cette fonction, toute physiologique, qui consiste en ce que le foie fournit une certaine matière sucrée qui n'a point sa source en dehors de l'économie animale. Toute question scientifique a ses phases: ainsi, les résultats de nos recherches ont été à l'origine admis par tout le monde. Lehmann, à Würtzbourg, ayant répété nos expériences et les ayant contrôlées par une analyse chimique rigoureuse, a été frappé de la quantité relativement énorme de sucre qui sort du foie par les veines sus-hépatiques; il a constaté que le sang contenu dans la veine-porte avant son entrée dans le foie contenait une grande quantité de matière albuminoïde qu'on ne retrouvait pas dans le sang sorti du foie; il en a conclu que c'était aux dépens de cette matière albuminoïde que se formait le sucre trouvé dans les veines sus-hépatiques. Beaucoup d'autres expérimentateurs sont arrivés au même résultat. Mais, depuis quelque temps, depuis quelques jours, il semble que le vent soit aux contradictions: à l'avant-dernière, puis à la dernière séance de l'Académie des sciences se sont montrés des mémoires qui tendent à infirmer les résultats de nos expériences. On revient aujourd'hui au secours d'une ancienne théorie qui, depuis quelque temps, semblait abandonnée. Je croyais, quant à moi, qu'il me suffisait de continuer le cours de nos expériences, sans m'arrêter aux objections; mais plusieurs personnes qui suivent les leçons du Collége de France m'ont prié de m'expliquer. Ces personnes sont dans leur droit et je manquerais à mon devoir de professeur si je ne me rendais pas à leur désir; on interprète souvent mal le silence gardé en face d'une attaque, et ce qui n'était que réserve peut passer pour faiblesse. Dans la discussion que nous allons entreprendre sur le travail qui a été présenté à l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences, notre tâche ne sera pas difficile; la fonction du foie n'est nullement attaquée par ce travail. Je vous prie, messieurs, de bien considérer qu'il n'y a ici aucune personnalité en jeu et qu'il ne s'agit que de l'intérêt de la science; ne vous représentez donc pas deux personnes, mais seulement deux questions mises en présence; ces deux questions sont les suivantes: d'une part, l'ancienne théorie d'après laquelle le sucre que renferme l'économie animale vient des végétaux, de l'autre, la théorie d'après laquelle le sucre se forme dans les animaux. Nous opposerons arguments à arguments. Un journal a publié le Mémoire dont je m'occupe; c'est le même qui a été lu à l'Institut. L'attaque se fait sur quatre points; le premier point se trouve dans le préambule, où l'auteur expose les motifs de son travail; les trois autres points sont très-clairs, et je dois dire que ce travail est bien fait.

L'auteur commence par dire quel est son sentiment, et qu'il lui *répugne* de croire que les animaux *se donnent la peine* de faire du sucre quand ils le trouvent tout fait dans les végétaux; ce n'est, comme on le voit, qu'une affaire de sentiment. Eh! bien, moi, je dirai que c'est le contraire qui me répugne; il me répugne de croire que les animaux qui sont des êtres d'un ordre supérieur ne puissent pas faire ce que font les végteaux, qui sont d'un ordre inférieur. Je laisse de côté cet argument pour répondre à une critique plus grave. « Enfin, dit l'auteur, ces oscillations, ces espèces d'in-« termittences reconnues dans la fonction glucogénique, nous « semblaient un autre argument contre l'existence même de cette « fonction. Une sécrétion qui n'est en jeu qu'à certains inter-« valles, qui ne s'éveille chez les animaux que sous l'empire, « sous l'excitation de l'acte digestif, qui diminue par le jeûne et « s'éteint par une abstinence prolongée ou par les maladies, « s'écartait trop manifestement du mode général des sécrétions « physiologiques pour ne pas soulever quelques doutes sur sa « réalité. » Ce serait donc une anomalie qu'une sécrétion qui ne serait pas continue. Mais qui ne sait que toutes les sécrétions sont intermittentes? La sécrétion de la salive est intermittente et n'a lieu que sous l'influence d'une excitation; n'a-t-on pas vu des fistules parotidiennes cesser de couler dans l'intervalle des repas, tandis qu'elles laissaient s'échapper des flots de liquide pendant la mastication des aliments? Et c'est là ce qu'on appellerait une sécrétion continue! Non, l'opinion que nous réfutons ne pourrait être soutenue que par une personne complétement étrangère à toute idée physiologique. Le suc gastrique ne se produit-il pas aussi d'une façon intermittente? Beaumont, sur cet homme qui avait une large fistule gastrique, n'a-t-il pas vu l'estomac sec entre les repas, produisant au contraire une sécrétion abondante au moment des repas? Je pourrais dire la même chose de la sécrétion de la bile et du suc pancréatique. Il n'est donc pas permis de repousser cette idée de la périodicité des sécrétions, puisque c'est le contraire qui est vrai. Je vois qu'à la fin du même chapitre on nous fait dire que « la fonction glucogénique coïncide d'une manière nécessaire avec la période digestive. » Or, nous avons dit que le foie sécrétait constamment le sucre, mais qu'il en sécrétait davantage pendant la digestion, et que si l'on ne donnait pas à manger aux animaux, si on les réduisait à l'inanition, ce n'était qu'au bout de dix-huit jours que cette fonction cessait. Nous allons faire devant vous une expérience démonstrative; nous prendrons un chien qui n'a pas mangé depuis trois jours, et vous verrez que son foie contient du sucre et qu'il en sécrète, puisqu'on en trouve dans les veines qui sortent du foie. Toutes ces expériences sont relatées dans notre Mémoire sur une nouvelle fonction du foie, qui date de trois ans. (L'expérience est faite de la façon suivante: le professeur prend un chien adulte, de moyenne grandeur, auquel il fait la section du bulbe rachidien, la mort est instantanée. Aussitôt le ventre de l'animal est ouvert; une ligature est appliquée sur le tronc de la veine-

porte avant son entrée dans le foie; la veine cave inférieure est liée au-dessus et au-dessous du foie.) Aujourd'hui, messieurs, dans l'étude des sciences, la foi ne suffit pas; la parole du maître n'est pas et ne doit pas être à l'abri des critiques; il faut que les élèves s'assurent par leurs propres yeux de la réalité des faits; ainsi voyez, acceptez pour vous-même la responsabilité de votre opinion, et réfutez les contradictions avec connaissance de cause... Pourquoi avons-nous appliqué ces ligatures? C'est afin de séparer les sangs d'espèce différente; car sait-on ce que l'on fait, peut-on déterminer rigoureusement les conditions de l'expérience quand on opère sur du sang recueilli dans un abattoir? (Le professeur incise au-dessous de la ligature la veine-porte avant son entrée dans le foie, et recueille le sang de ce vaisseau; il recueille de même le sang de la veine cave incisée au niveau des veines sus-hépatiques entre deux ligatures, et par cette voie exprime le sang que contenait le foie; puis il coupe un morceau du foie lui-même qui est pilé dans un mortier; il montre que l'estomac du chien est petit, rétracté et complétement vide, cet animal n'ayant pas mangé depuis trois jours. Le sang de la veine-porte, celui des veines sus-hépathiques et la substance hépatique broyée sont ensuite décolorés à l'aide du sulfate de soude et jetés dans des filtres, d'où s'écoule un liquide à peu près incolore où la présence du sucre sera recherchée.) Ainsi les arguments qu'on nous oppose n'ont pas une grande valeur, ce sont: 1° une répugnance personnelle de l'auteur pour une théorie; 2° une prétendue anomalie dans le mode intermittent de sécrétion du sucre; 3° l'idée qu'on voudrait nous prêter que le sucre n'est sécrété que pendant la digestion. Nous avons réfuté ces arguments.

Maintenant examinons les trois points sur lesquels portent les autres attaques: dans le premier paragraphe l'auteur veut établir qu'il y a du sucre dans le foie, ce n'est pas nous qui le contredirons, et même nous dirons que nous sommes presque d'accord sur les chiffres, puisqu'il admet 1,3/100 de sucre dans le foie, notre chiffre étant 1,5/100. Soyons d'accord, et ne nous arrêtons pas ici; il était bon de montrer que nos contradicteurs eux-mêmes admettent la présence du sucre dans le foie. Dans le deuxième paragraphe, il est dit qu'il y a du sucre dans le sang. Cela est bien simple et démontré depuis longtemps; M. Magendie lui-même l'a dit en 1846; on croyait alors que ce sucre provenait des végétaux dont se nourrissaient les animaux. L'auteur du Mémoire que nous analysons admet que le sucre existe également dans le sang de toutes les parties du corps; voyons comment il opère pour faire sa démonstration: il va prendre aux abattoirs le sang d'un bœuf qu'on vient de saigner; or, voici comment on procède dans les abattoirs: le bœuf étant assommé, on lui plonge un couteau dans l'oreillette droite du cœur, il n'est pas étonnant que l'on trouve du sucre dans le sang qui sort du cœur droit; en effet, le sucre sort du foie, est entraîné dans la veine cave, et de là dans le cœur droit, ce qui fait que le sang recueilli dans le cœur droit contient énormément de sucre; d'ailleurs, après avoir ainsi saigné le bœuf, les bouchers pressent fortement avec leur pied sur la région du foie de l'animal, afin, disent-ils, de faire dégorger le foie; il en résulte que le sang qui s'échappe par la plaie est justement celui où l'on devra trouver la plus grande quantité de sucre. Ce n'est pas ce sang qu'il fallait recueillir; il fallait prendre le sang avant son entrée dans le foie et après sa sortie du foie, alors on aurait trouvé les mêmes résultats que nous; on aurait vu que le sang qui sort du foie contient du sucre même chez les animaux qui n'ont pas mangé de sucre, et que lors même que les animaux ont mangé du sucre, cette substance se trouve en beaucoup plus grande quantité dans le sang qui sort du foie que dans celui qui y entre. Aussi l'expérience qu'on nous oppose n'a aucune valeur en physiologie; elle ne prouve rien relativement à l'origine du sucre; elle montre qu'il y a du sucre dans le sang; mais je le sais bien; cela ne prouve pas que ce n'est pas le foie qui fait ce sucre.

Nous arrivons au troisième argument, et, il faut le dire, je le trouve vraiment étonnant. On nous dit que le sucre vient des végétaux! En serait-il ainsi par hasard chez les animaux qui ne mangent pas de végétaux? Nous avons fait ces expériences plus de trois cents fois, et elles sont consignées dans notre Mémoire. Nous avons donné à des animaux pendant deux, trois et huit mois exclusivement de la viande comme aliment, et dans leur sang, dans leur foie, nous avons toujours trouvé du sucre! Nous en avons conclu que ce sucre existait dans l'économie, et n'y était pas introduit par les aliments, puisque ces aliments n'en contenaient pas! Alors on nous dit que, malgré nos précautions, nous avons été induit en erreur, et que la viande que nous donnions à manger à nos animaux contenait du sucre; en effet, nous dit-on, puisqu'il y a du sucre dans le sang, naturellement il y en a dans la viande, laquelle contient du sang; donc nous avons, sans y prendre garde, donné du sucre à nos animaux. Mais la viande qu'ils mangeaient, d'où provenait-elle? Elle provenait d'un bœuf qui, lui-même, avait introduit du sucre dans son sang par une alimentation composée de végétaux! Voilà, convenez-en, une génération de sucre qui vient d'un peu loin! Cependant, si les faits étaient vrais, il n'y aurait rien à dire. Mais il fallait démontrer d'abord que la viande contient du sucre, et c'est ce qu'on n'a pu faire. Ainsi l'on admet que le foie contient 1/100 de sucre; par conséquent, que dans un foie qui pèse 500 grammes, on trouvera 5 grammes de sucre, que le sang de toutes les parties du corps en contient 0,5/100, et l'on ne retrouve pas dans la viande la plus petite quantité de sucre! Voilà un résultat fâcheux, et dont l'auteur aurait dû se douter d'après sa manière d'opérer; il dit, en effet, que le sucre se détruit très-vite dans le sang extrait du corps, et il a raison; mais si cela est, ce sucre doit, à plus forte raison, se détruire dans la viande exposée à l'air; d'ailleurs c'est de la viande cuite que mangeaient nos animaux.

Eh! bien, nous allons vous montrer que ni la viande crue ni la viande cuite ne contiennent de sucre. La présence prétendue du sucre dans la viande n'est pas un fait, ce n'est qu'une déduction fausse; l'auteur en fait le principal argument de son Mémoire et il n'a même pas établi le fait! Il a supposé, et il a eu tort, que nous avions oublié d'examiner la viande avant de la donner comme aliment à nos animaux; nous n'avions pas commis cette faute. Mais on ne peut pourtant pas nier les faits, on ne peut nier qu'il n'y ait toujours beaucoup plus de sucre dans le sang qui sort du foie que dans celui des autres parties du corps; alors on dit que le foie est un organe condensateur; condensateur de quoi? Si le foie garde le sucre, alors il ne le cède pas; or s'il le garde, comment se fait-il qu'il en rende plus qu'il n'en reçoit? Je dis que de semblables arguments n'ont aucune valeur. Si nous résumons les arguments du troisième paragraphe, nous voyons qu'ils ne peuvent être admis comme attaquant le moins du monde nos théories. — Nous avons dit que le foie fait du sucre alors même qu'il n'en reçoit pas, et nous avons pris pour sujets de nos expériences des animaux nourris avec des substances ne contenant pas de sucre; nous avons dit encore que le sang qui sort du foie est celui qui contient le plus de sucre; on prétend que nous nous trompons et que les animaux prennent du sucre à notre insu en mangeant de la viande; qu'on nous montre que cela est vrai; quant à nous, nous montrons que cela n'est pas. Tous les faits qu'on a démontrés, ce sont nos propres faits; le reste est nul. On ne nous a pas contredit; on émet seulement une assertion, à savoir, qu'il y a du sucre dans la viande; c'est là le seul point de dissidence; eh bien, prouvez ce que vous dites. — On oublie que pour faire des expériences de physiologie il faut se placer au point de vue physiologique, et qu'il ne faut pas confondre la chimie avec la physiologie; nous appelons quelquefois la chimie à notre aide, mais dans des conditions bien déterminées; le sang décoloré de la veine-porte au-dessous du foie est mis dans un tube avec addition de la liqueur cupro-potassique et chauffé, l'ébullition n'amène aucun changement de coloration, donc ce sang ne contient pas de sucre; traités de même, le sang des veines sus-hépatiques et la décoction de foie donnent lieu par l'ébullition à un précipité jaune, donc ces liquides con-

tiennent du sucre. On ne peut pas dire que ce sucre provienne des aliments et soit un produit de la digestion, puisque l'animal qui a servi à l'expérience était à jeun depuis trois jours. — Une décoction de viande traitée par le réactif de Barreswil ne décèle aucune trace de sucre.

Messieurs, si j'ai interrompu aujourd'hui le cours ordinaire de nos leçons, c'est afin qu'il ne restât aucun doute dans vos esprits sur la validité des faits qui servent de base à nos théories. Maintenant nous allons poursuivre nos expériences sur le système nerveux, et nous vous montrerons comment on peut faire varier à volonté la sécrétion du sucre dans le foie. Il paraît que toute découverte grande ou petite doit avoir ses contradicteurs; mais rassurez-vous, quoi qu'on dise, le foie ne changera pas de fonction.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques. — M. Nélaton.

Abcès chronique ou kyste suppuré du testicule. — Ablation de l'organe. — Examen de la pièce anatomique. — Espèce non décrite de tumeur testiculaire.

Il ne s'agit point ici d'une inflammation du testicule ou orchite, ni de ce genre de lésions connues sous le nom d'*hydatides du testicule;* l'observation du fait que nous relatons montre que le malade n'a jamais ressenti de douleurs dans le testicule, que la maladie a été lente, qu'on ne peut lui assigner aucune cause vraisemblable; l'examen anatomique, d'autre part, montre que la lésion trouvée ici est, pour ainsi dire, sans antécédents connus, et c'est à cause de sa rareté même que cette observation nous a paru digne d'être publiée. Nous n'insistons pas autant que nous l'aurions voulu sur les signes cliniques et sur le diagnostic de cette maladie, notre but étant surtout d'en établir les caractères anatomiques. Nous devons la connaissance des principaux détails de l'observation clinique à une obligeante communication de M. E. Cadet-Gassicourt.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était âgé de trente-cinq à quarante ans, d'une constitution vigoureuse, ayant toujours habité en Bourgogne (département de la Côte-d'Or), où il exerce la profession de marchand de vin. Il est entré à l'hôpital des Cliniques le 20 mars 1854. Voici les renseignements qu'il nous a donnés sur les antécédents de sa maladie : deux ans et demi avant son entrée à l'hôpital, il remarqua qu'une tumeur se développait dans la bourse du côté droit. S'il faut l'en croire, cette tumeur arrondie, d'un petit volume, était située en avant du testicule proéminent, à la surface de l'organe qu'elle aurait fini progressivement par englober tout entier. Le développement de cette tumeur ne donna lieu à aucune douleur vive, elle ne fut point produite sous l'influence d'un coup; le testicule n'avait jamais antérieurement été le siége d'aucune lésion, et le malade nie avoir jamais eu d'accidents vénériens. Au moment même où il est venu à Paris pour réclamer une opération, il n'accusait point de douleur, mais l'accroissement de la tumeur lui faisait craindre que sa maladie ne fût dangereuse. Six semaines environ avant l'époque où il se présenta à M. Nélaton, le malade consulta un chirurgien de son pays. La tumeur avait alors le volume d'un gros œuf. Une ponction fut pratiquée, avec un trocart, mais probablement l'instrument ne pénétra pas profondément, et n'atteignit pas la cavité de la tumeur, car il ne s'écoula qu'un peu de sang noir; néanmoins on fit une injection de teinture d'iode. Quelques jours après cette tentative infructueuse, une nouvelle ponction fut pratiquée avec le bistouri, et n'amena que la sortie d'un peu de sang. (Peut-être avait-on voulu ouvrir la voie à un phlegmon formé dans les parois de la tumeur, à la suite de la première ponction suivie d'injection iodée.) Aucun accident ne suivit cette opération; le malade se décida alors à venir à Paris se faire opérer.

M. Nélaton, parlant de ce malade dans sa leçon clinique du 3 avril 1854, s'exprimait à peu près ainsi : J'ai constaté qu'il existe dans la bourse du côté droit une tumeur ovoïde de la grosseur d'un œuf de poule, assez régulière. Une exploration attentive m'a permis de reconnaître qu'elle présente une fluctuation manifeste de haut en bas et transversalement, cependant je dois ajouter que toutes les parties de cette tumeur n'offrent pas exactement la même consistance; la densité est assez grande à la partie antérieure et inférieure, la mollesse assez grande en haut et en avant; les téguments sont sains et n'ont pas contracté d'adhérence avec la tumeur; le cordon n'est pas altéré, les ganglions de l'aîne ne sont pas engorgés; il n'y a ni douleurs ni tiraillements, ni élancement du côté des reins ou vers les régions inguinales; la tumeur elle-même est tout à fait indolente. Discutant ensuite la valeur des signes sur lesquels il devait établir le diagnostic, M. Nélaton dit qu'il avait d'abord pensé à une hématocèle, mais qu'une exploration attentive de la tumeur l'avait fait changer d'avis ; en effet, le toucher lui fit reconnaître l'existence d'une crépitation particulière au niveau du point où avait été faite la première ponction avec le trocart ; cette crépitation observée souvent par M. Nélaton, dans les jours qui suivent une opération d'hydrocèle, lui paraissait due au frottement des deux feuillets de la séreuse vaginale recouverts de fausses membranes ou devenus rugueux, frottement analogue à celui des deux surfaces pleurales à la suite d'une pleurésie. Si l'on avait eu affaire ici à une hématocèle, le frottement des deux feuillets séreux aurait été impossible. M. Nélaton fut amené à conclure que la tumeur occupait le testicule lui-même ; quant à la nature de la lésion, elle lui parut difficile à établir nettement, et il inclina, sous toutes réserves, plutôt pour un encéphaloïde que pour tout autre genre de lésions.

Le testicule fut enlevé, l'opération ne présenta aucune circonstance digne d'être notée, la plaie se cicatrisa et, un mois après, le malade partit guéri.

La pièce anatomique fut examinée à loisir et avec le plus grand soin. M. Nélaton s'assura d'abord que la tunique vaginale était intacte et vide. La membrane séreuse était saine, lisse, polie, excepté dans le point indiqué plus haut, où elle était rugueuse, terne, présentant les signes d'une phlegmasie locale sur l'une et sur l'autre face. La tumeur elle-même fut incisée avec précaution, ses parois résistantes avaient une épaisseur de 0,08 environ partout, sauf à la partie supérieure où cette épaisseur n'était que de 0,04 ; cette tumeur était un kyste rempli de pus blanc assez épais; le pus fut conservé pour être examiné au microscope, et l'intérieur de la cavité ayant été lavé, voici ce que l'on vit : une surface lisse, telle que celle qu'on rencontre dans un grand nombre de kystes, et des colonnes charnues de dimensions considérables, semblables en apparence à celles qu'on rencontre dans les ventricules du cœur. Ces colonnes ou faisceaux sont très-nombreux et donnent un aspect caractéristique à la lésion que nous décrivons : les uns font corps avec les parois, d'autres sont libres par leur partie médiane , de façon à former comme des espèces de ponts ; ces faisceaux paraissent, comme les parois elles-mêmes, constitués par du tissu cellulaire condensé. (Nous ferons remarquer ici qu'une semblable apparence n'est pas rare, et nous avons rencontré plusieurs fois dans différentes cavités accidentelles, dans des cavernes pulmonaires, par exemple, une disposition analogue.) Toute la tumeur est renfermée dans la tunique albuginée, et c'est à peine si, à sa partie supérieure, nous trouvons trace de la substance même du testicule. Cette pièce anatomique fut présentée à la Société anatomique dans le mois d'avril et se trouve décrite incomplétement dans le bulletin de cette Société (juin 1854). Nous laissons la parole à M. Ch. Robin, qui a examiné la tumeur quelques instants après l'opération : « Le pus contenu dans la cavité centrale est formé de globules de pus, tous très-granuleux, mais dans lesquels l'acide acétique fait reconnaître de 1 à 2 noyaux, quelquefois 3. Quelques-uns sont irréguliers; mais le contact prolongé de l'eau diminue cette irrégularité et l'acide acétique agit sur eux comme sur les précédents.

« En outre, le liquide tient en suspension une grande quantité de globules granuleux de l'inflammation, ou globules de l'exsudation, tous sphériques ou ovoïdes, larges de deux à trois centièmes de millimètres ; il renferme, en outre, une grande quantité de granulations jaunâtres, sphériques, douées du mouvement Brownien et que l'acide acétique n'attaque pas. La glycérine au contraire les dissout, bien que lentement; tous ces caractères portent à les déterminer comme granulations graisseuses.

« A la surface interne de la cavité, remarquable par les colonnes saillantes entre-croisées qui la limitent comme dans le cœur ou dans une vessie à colonnes, on trouve une couche presque pâteuse formée des mêmes éléments que le liquide lui-même. Cette couche enlevée laisse apercevoir la surface rougeâtre des colonnes. Celles-ci sont charnues, assez friables, se déchirant facilement, mais plutôt en longueur qu'en travers. Elles sont formées :

« 1° De tissu cellulaire disposé en faisceaux ou nattes dont les fibres présentent des flexuosités très-courtes et très-rapprochées; on peut pourtant les isoler dans une assez grande longueur ou ou au moins les séparer en faisceaux plus petits;

« 2° L'élément le plus abondant après les fibres de tissu cellulaire, est de la matière amorphe interposée à ces fibres et à leurs faisceaux et qui est plus abondante à leur surface que dans la profondeur. Dans plusieurs endroits, même dans les parties les plus rouges, on trouve des granulations graisseuses éparses dans cette matière amorphe. On en trouve aussi dans les interstices des fibres disposées ou non en faisceaux;

« 3° Des éléments fibro-plastiques, principalement des noyaux visibles surtout après l'action de l'acide acétique;

« 4° Des cytoblastions.

« Une particularité importante à signaler, c'est la présence dans l'épaisseur de plusieurs colonnes, mais surtout dans le tissu plus extérieur auquel elles adhèrent, d'une matière jaunâtre ou blanche que nous allons décrire.

« Le tissu infiltré par cette matière a la même constitution que les colonnes elles-mêmes, et a une épaisseur de 1 centimètre environ. La matière blanchâtre ou jaunâtre se retrouve sous forme de plaques ou de traînées allongées dans la plus grande partie de l'épaisseur de cette substance. Par places, elle forme de petits amas à contours irréguliers; c'est surtout au niveau de l'interstice des faisceaux entre-croisés qu'on retrouve le plus de cette matière; les bords en sont mal déterminés et se fondent insensiblement avec la substance environnante. Cette matière est molle, pulpeuse, par l'action de râcler; elle s'enlève sur le scalpel, sous forme de petites gouttes crémeuses. Le microscope permet de constater qu'elle est formée surtout de granulations jaunâtres de volume presque uniforme, très-abondantes, infiltrées dans le tissu des colonnes ou celui qui leur est extérieur. Ces granulations sont tantôt disposées en amas, tantôt en traînées irrégulières. Partout où elles abondent, les éléments du tissu cellulaire sont moins nombreux qu'ailleurs et sont accompagnés d'une certaine quantité de globules granuleux dits globules d'exsudation. Le tissu testiculaire aplati, grisâtre, refoulé par la paroi épaisse, ne renferme presque plus de vaisseaux.

« L'extension un peu exclusive que nous donnons à la partie anatomique de notre observation, nous paraît légitimée par la nécessité d'établir d'abord les caractères anatomiques d'une lésion peu connue. En effet, le diagnostic si difficile des tumeurs du testicule ne peut plus puiser de certitude que dans les données fournies par l'anatomie pathologique ; dans notre observation ces données faisaient défaut; il fallait de toute nécessité rapporter les signes de la maladie à ceux d'une maladie connue ; celle que nous décrivons ne l'était pas encore, ou du moins elle n'était point décrite. Sous le nom de sarcocèle on a longtemps confondu des tumeurs des bourses très-dissemblables les unes des autres; nous pensons qu'il n'est pas inutile de faire connaître une espèce nouvelle de tumeurs des bourses qui doit cesser d'être confondue désormais avec le sarcocèle, ou du moins, pour parler plus nettement, avec le cancer du testicule. Nous n'entreprenons pas d'indiquer le procédé opératoire qui conviendrait le mieux en pareil cas.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses ;

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

In curatione prius pervestiganda est causa.
BOERHAAVE.

Cura secundum causas dirigenda.
J. P. FRANCK.

Sous l'influence des idées généralement répandues, on a l'habitude d'aborder l'étude des affections nerveuses comme une partie mal explorée de la science, et j'avais partagé cette opinion si commune. Aussi, quel n'a pas été mon étonnement lorsque, passant des investigations cliniques aux recherches bibliographiques, au milieu de l'immense chaos qui règne dans la pathologie des névroses, j'ai découvert des éléments nombreux capables de répandre une vive lumière sur l'histoire et la thérapeutique de ces maladies ! Des points de vue que j'avais vaguement aperçus se trouvaient nettement dessinés dans des ouvrages spéciaux; des faits que je craignais d'avoir mal interprétés y étaient signalés avec les mêmes circonstances et soumis aux mêmes appréciations; des questions que j'abordais avec timidité y recevaient des solutions hardies et souvent heureuses; enfin, des éléments nombreux confirmaient et complétaient mes observations particulières.

J'éprouvai donc quelque peine à concevoir qu'il ne restât rien de pratique de ces divers travaux dont je constatais l'exactitude. Mais cette surprise, que chacun partagera quand j'exposerai, par la suite, l'état réel de nos connaissances; cette surprise, dis-je, doit cesser si l'on considère que tant de matériaux isolés dans les Annales de la médecine et laborieusement réunis par Hoffmann, Boerhaave, Sauvages, Dehaën, Tissot, etc., ont été de nouveau dispersés sous l'influence dissolvante des doctrines anatomique et physiologique. Et, aujourd'hui encore, malgré les publications récentes, tous ces éléments inconnus par suite de leur dissémination restent perdus pour la science. Il serait donc utile de chercher à rassembler les données éparses, à rapprocher les faits, à en déduire enfin quelques indications précises, propres à tracer des voies nouvelles à l'observation.

Or, tel est le but que je me propose sous le rapport étiologique et thérapeutique. J'essaierai de montrer, en effet, que l'étude des causes des affections nerveuses ne saurait se traîner dans les ornières banales que lui assigne la routine, et j'espère prouver que les véritables indications de leur traitement doivent être surtout fondées sur la nature des influences pathogéniques que je ferai connaître.

I

Considérations générales.

Malgré les tendances plus philosophiques de quelques médecins modernes, le traitement des névroses se trouve presque entièrement soumis à un regrettable empirisme; et, il faut bien l'avouer, cet état de choses reflète malheureusement notre manière de comprendre ces affections. Dans chaque maladie nerveuse, en effet, nous ne voyons que la forme, l'expression symptomatique, à laquelle nous accordons une sorte de spécificité qui en régit la médication. Une névrose étant donnée, tout se réduit pour nous au diagnostic de l'espèce, et, si je puis ainsi dire, à placer la case thérapeutique sur la case nosologique; à l'hystérie l'éther et la valériane; pour la paralysie, l'électricité ou la strychnine; contre l'épilepsie, le zinc, le cuivre, etc... Simplification extrême de l'art de guérir qu'on appelle *empirisme*, et

qui se déduit naturellement de la doctrine ou plutôt du système de classification connu sous le nom d'*ontologisme*. On a fait de ces maladies des entités morbides, leur attribuant une existence propre, indépendante de toute autre circonstance, espèces pathologiques bien isolées, bien distinctes, bien spécifiques, ne présentant en conséquence qu'une seule indication curative fournie par la forme particulière du mal, par le symptôme. Souvent, il est vrai, le symptôme paraît être le seul élément de la maladie, et je préciserai par la suite les cas auxquels je fais allusion. Mais, en dehors de certaines conditions particulières, la raison et l'observation enseignent que, dans les névroses comme dans toutes les affections, au delà des phénomènes que saisissent nos sens se trouve la modification de l'organisme dont ils sont la manifestation, et qui doit en dominer les indications curatives. Je suis donc convaincu qu'il peut être pour les maladies nerveuses une thérapeutique rationnelle principalement instituée d'après des notions exactes sur la pathogénie de ces états morbides.

Certes, les hypothèses n'ont pas manqué sur ce sujet obscur, depuis l'enfance de l'art, et chaque système nouveau a considéré les névroses sous un point de vue différent. Ce fut pendant longtemps la doctrine humorale de Galien; puis l'iatro-mécanique et l'iatro-chimie des deux derniers siècles, qui pensaient tout expliquer par les prétendues viciations des humeurs, par l'acescence ou l'alcalescence des fluides animaux, ou par des perturbations imaginaires de l'équilibre des forces organiques. Vint ensuite l'animisme de Stahl, que Sauvages sut accommoder aux théories iatro-mécaniques et humorales. Toutefois, jusqu'à Cullen, Tissot, Pinel et Broussais, il est presque impossible de soumettre à une appréciation générale les idées des médecins sur les maladies nerveuses qui n'avaient jamais été l'objet d'aucune vue synthétique.

Cullen (1) donna d'abord le nom générique de *névroses* aux affections nerveuses qu'avant lui Linné (2) et Vogel (3) avaient rapprochées dans leurs classifications. Il les considéra comme indépendantes d'une affection topique des organes et comme l'expression d'une affection plus générale du système nerveux et des puissances du système d'où dépendent plus spécialement le sentiment et le mouvement (t. II, p. 185); puis leur assigna pour cause prochaine soit l'interruption et la faiblesse des puissances sensitives et motrices, soit l'irrégularité avec laquelle ces puissances exercent leurs fonctions. De là, quatre ordres de ces maladies : les *comata, adynamiæ, spasmi* et *vesaniæ*.

Les *comata* consistent dans quelque interruption ou dans quelque suppression des puissances d'où dépendent le sentiment et le mouvement volontaire, ou de ce que l'on appelle les fonctions animales. Les *adynamies* ont pour essence la faiblesse ou la perte des fonctions vitales ou naturelles. Il comprend sous le titre d'affections *spasmodiques* des maladies constituées par un état contre nature de contraction et de mouvement des fibres musculaires ou motrices d'une partie quelconque du corps. Enfin, l'inégal excitement du cerveau, ou, du moins, des parties qui président aux fonctions intellectuelles produit les *vésanies*. D'ailleurs, sur les causes déterminantes ou éloignées, des redites sans intérêt, aucune recherche personnelle, rien qui, sérieusement, puisse conduire à une thérapeutique rationnelle.

Après avoir lu les étranges aberrations auxquelles se laissèrent aller, depuis Hippocrate, les médecins les plns célèbres, on est, certainement, heureux de voir enfin mises de côté ces stériles dissertations sur les effets du sec et de l'humide, de la pituite et de l'atrabile, des acides et des alcalis, sur l'âme, les esprits animaux et la mécanique humaine. Cependant, à mon sens, la réforme opérée par Cullen, dans les termes qui lui servent de formule, rejetant les bases de la pathogénie ancienne et précédant, sans la pressentir, la doctrine physiologique, conduit forcément à l'ontologisme que Pinel ne tarda pas à introduire dans la médecine. Broussais allait bientôt ruiner ce système. Mais avant la venue de ce novateur célèbre, Morgagni avait paru et ses découvertes avaient inspiré le goût des recherches anatomo-pathologiques. Les maladies nerveuses furent soumises avec ardeur à ce mode d'investigation et l'entraînement fut tel que toute névrose ne tarda pas à avoir sa lésion. Déjà depuis longtemps quelques-unes de ces maladies avaient été rattachées à des altérations organiques du système nerveux ; F. Hoffmann et Bœrhaave avaient surtout apporté une grande précision dans l'indication de ces désordres, mais ce fut bien réellement Morgagni qui détermina cet irrésistible mouvement anatomo-pathologique dont le résultat fut un renversement complet de toutes les anciennes idées médicales. Sous l'influence de cette révolution, l'existence des névroses comme genre morbide se trouve singulièrement compromise, et bientôt ni Cullen, ni Pinel, ni le respect des traditions ne purent empêcher ces maladies de disparaître dans les cadres de la pathologie nouvelle.

Broussais supprima les névroses; les phénomènes qui les caractérisaient ne furent plus que les symptômes d'une affection locale du système nerveux ou l'expression sympathique d'une irritation éloignée. Des travaux nombreux furent entrepris sur cette matière d'après l'inspiration de la doctrine physiologique, et telle fut l'incroyable préoccupation des esprits à cette époque, que les résultats de ces recherches répondirent pleinement aux conceptions du système (1). Heureusement, des observateurs moins enthousiastes ne tardèrent pas à opposer des faits contradictoires, et l'un des plus ardents disciples de Broussais, Roche, vaincu par l'évidence, se crut obligé, pour l'honneur du système, de supposer une accumulation imaginaire du fluide nerveux, de créer, en un mot, l'*irritation nerveuse*. Alors quelques névroses reprirent rang dans les cadres nosologiques; Georget (2), M. Rostan (3), tout en faisant leurs réserves, reconnurent comme telles la catalepsie, la chorée, l'hystérie, la folie, etc.... et M. Bouillaud leur accorda dans sa *Nosographie médicale* une très-large place. Ainsi les affirmations de la doctrine s'évanouissaient une à une. Mais, comme au temps de Cullen et de Pinel, reparut naturellement l'ontologie. L'école physiologique venait de tomber; les anciennes idées humorales, mécaniques, chimiques, animistes avaient trop vieilli et, surtout, avaient été couvertes de trop de ridicule par l'illustre auteur de l'*Examen des doctrines*. Les maladies nerveuses restaient encore sans théorie, et l'organicisme moderne fut impuissant à en créer une.

Je dirai tout à l'heure comment quelques auteurs contemporains ont su comprendre les névroses; voyons d'abord quel enseignement il est possible de tirer du rapide exposé qui précède.

Eh bien! au travers de tant d'applications diverses, il est facile de discerner quatre systèmes dominants que nous trouverons bientôt réunis dans l'éclectisme de l'école de Paris : 1° l'*humorisme;* 2° le *solidisme;* 3° l'*ontologisme;* 4° le *physiologisme*. En d'autres termes, les névroses ont été tour à tour *symptomatiques* de lésions des liquides, symptomatiques de lésions des solides, *idiopathiques* et *sympathiques ;* et aux divers âges de la science, la thérapeutique conseillée contre ces maladies indique suffisamment quelles étaient, à leur sujet, les vues théoriques des médecins de chacune de ces époques.

Il ne faut pas croire cependant que l'un ou l'autre de ces symptômes ait toujours dominé la pensée des auteurs qui ont écrit sur les névroses. Fr. Hoffmann divise l'épilepsie en symptomatique, sympathique et idiopathique, et l'étiologie qu'il indique pour la plupart des affections nerveuses correspond à cette division. Les variétés établies d'après la cause par Boerhaave,

(1) *Eléments de médecine pratique*, traduction de Bosquillon. Paris, 1787, t. II, p. 185.
(2) *Genera morborum*, Upss. 1763.
(3) *Definitiones gener. morb*, Gott. 1764.

(1) Fourcade-Prunet, *Maladies nerveuses des auteurs*, Paris 1826. En 1816 avait paru le *Traité des maladies nerveuses* de Louyer-Villermay qui, précédant les écrits de Broussais, était pourtant conçu d'après des vues analogues.
(2) *Dict. de méd.*, 1826, article Névroses, t. XV, p. 106.
(3) *Médecine clinique*, t. II, 2e édition, 1830.

Dehaën, Sauvages, etc., qui trouvaient dans ces divisions des indications essentielles pour le traitement, démontrent combien, chez eux, le fait l'emportait sur la doctrine. Mais on ne trouve dans leurs ouvrages aucune vue d'ensemble d'où pût sortir un système général de thérapeutique.

Tissot est le seul qui ait émis sur les névroses des idées synthétiques capables d'imprimer un mouvement sérieux à leur étude et d'influer sur la pratique médicale; son *Traité des maladies des nerfs* (Paris, 1778) mérite une considération particulière. Cullen et Tissot écrivaient à peu près à la même époque, le premier à Edimbourg, le second en France, et il me paraît probable qu'ils restèrent inconnus l'un à l'autre, car, dans leurs ouvrages, ils gardent vis-à-vis l'un de l'autre le plus complet silence. Quoi qu'il en soit, à eux deux revient l'honneur d'avoir constitué la classe des névroses. C'est cependant à Cullen qu'on en rapporte tout le mérite, et c'est réellement cet auteur qui les a fait entrer comme genre morbide dans les cadres de la pathologie. Mais s'il a compris les affinités de localisation qui existent entre ces maladies, il a complétement ignoré tous leurs autres titres de parenté qu'avait entrevu Boerhaave et que Tissot a su reconnaître et apprécier de la manière la plus heureuse.

Conformément aux idées physiologiques de l'époque, il considéra les nerfs comme des vaisseaux dans lesquels se distille et circule un fluide, les *esprits animaux* qui du cerveau vont aux parties et des parties au cervau (t. I, p. 242). Ce fluide comme tous les fluides de l'économie est susceptible de modifications dans ses propriétés, d'augmentation et de diminution. De là les maux de nerfs proprement dits, car il ne comprend pas sous ce nom les affections qui viennent des lésions anatomiques, quoiqu'il s'en occupe cependant (p. 265-258). Voilà pour la cause prochaine. Mais ces changements dans l'état des *esprits animaux* correspondent à des altérations du sang qui en fournit les matériaux ou de l'organisme entier qui engendre le sang; enfin les maladies de tous les organes du corps font naître des sympathies qui réagissent sur le système nerveux. Et Tissot se trouve conduit à l'étiologie véritable, aux causes éloignées, à celles qui fournissent les indications essentielles de la thérapeutique. Aussi leur consacre-t-il un volume entier, dans lequel brillent à la fois et l'esprit d'observation et la haute sagacité de l'auteur. Chacune de ces causes est apte à produire les névroses les plus variées et chaque forme des maladies nerveuses peut avoir sa source dans ces diverses causes. Il établissait ainsi la parenté étiologique de ces affections et la confirmait plus loin par son chapitre des métastases nerveuses (t. IV, p. 153).

Les idées de Tissot et de Cullen qui résumaient tous les progrès de la médecine depuis Hippocrate et laissaient peu de choses à faire sur les maladies nerveuses, furent absorbées par la doctrine de Broussais et, je l'ai déjà dit, au sortir de cette révolution médicale, en reprenant rang dans la science, les névroses restèrent sans théorie. L'ontologie reparut : chacune de ces affections fut de nouveau une sorte d'être morbide existant par lui-même et indépendant de toute autre circonstance, comme au temps de Pinel. Telle est encore la pensée régnante parmi nous sur les névroses, pensée qui en domine la thérapeutique et conduit fatalement à cet empirisme que j'essaie de combattre.

Il faut signaler pourtant la tendance contradictoire de quelques esprits qui, revenant vers le passé, relèvent l'éclectisme de Tissot. Aux systèmes tombés on emprunte les idées jugées saines, et l'on essaie de reconstruire sinon une théorie, au moins une étiologie des névroses à laquelle on subordonne le traitement. Sous l'inspiration de cet éclectisme moderne ont été écrits les articles *Paralysie* du *Dictionnaire de Médecine* en 30 volumes (Rochoux); *Epilepsie* du *Dictionnaire des sciences médicales* (Esquirol); *Névroses* du *Compendium de médecine* (Monneret et Fleury), etc.... où l'on trouve constamment reproduite cette division des maladies nerveuses en idiopathiques, symptomatiques et sympathiques.

La pensée étiologique a présidé, d'ailleurs, à un certain nombre de travaux récents, parmi lesquels je citerai : une note sur les affections paralytiques de M. Golfin, professeur à la Faculté de Montpellier (1); un mémoire sur la chlorose et ses complications par M. Ashwehl, médecin de l'hôpital Guy à Londres (2); un mémoire de M. Belhomme sur les folies sympathiques (3); un mémoire sur les névroses syphilitiques par M. Ebrard (4); le mémoire de M. Jée sur la chorée (5); la thèse de M. L. Corvisart sur la contracture des extrémités (1852; le *Traité de l'Epilepsie* récemment publié par M. Delasiauve (1854), et bien d'autres recherches dont il sera question plus loin.

Mais le principal représentant de cette idée est, de nos jours, M. Sandras, qui, éloignant les stériles préoccupations de la cause prochaine, s'adonne à la recherche des causes réelles et déterminantes sur lesquelles il est permis d'établir les bases d'une médecine rationnelle.

L'ouvrage de M. Sandras, où l'on regrette de ne pas trouver une formule résumant les saines idées pratiques qu'il renferme, peut être considéré comme le couronnement de ce travail de reconstruction auquel ont contribué bon nombre d'auteurs contemporains et plus spécialement MM. Trousseau de Pidoux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

De l'application de la teinture d'iode sur la peau contre l'éruption variolique, et contre diverses autres affections.

Nous croyons devoir publier, sous ce titre, la lettre suivante, adressée par M. docteur Boinet au président de l'Académie de médecine et qui est relative à plusieurs questions importantes de thérapeutique.

Monsieur le Président,

Dans le mémoire sur le traitement de la variole que M. le professeur Piorry a lu à l'Académie de médecine dans la séance du 30 janvier 1855, il rappelle les divers moyens proposés *pour faire avorter l'éruption pustuleuse*, et s'arrête de préférence à l'usage de la graisse simple étendue sur la peau. Depuis plusieurs années j'ai fait usage d'un moyen qui, sans avoir les inconvénients de tous ceux qu'on a préconisés, en a tous les avantages, il produit des résultats et plus prompts et plus efficaces. Ce moyen est d'une application facile, prompte et commode, il peut être appliqué sur toutes les parties du corps, sur les yeux, les ailes du nez, les lèvres et même jusque dans la bouche et la gorge, si besoin en est. Ce moyen *est la teinture pure d'iode* appliquée en badigeonnage sur les surfaces où l'on veut faire avorter les pustules varioliques (6).

Pour atteindre ce but si important, pour la face, les yeux, etc., il suffit de badigeonner matin et soir, pendant trois ou quatre jours, avec un pinceau imbibé de teinture d'iode pure, les parties recouvertes de pustules. Il faut recourir à ce moyen dès le début de l'éruption.

En agissant ainsi, on se met sûrement à l'abri de ces ophthalmies si graves, si rebelles, qui accompagnent et suivent si fréquemment la variole, on préserve les malades de ces traces indélébiles, si désagréables, qui leur font tant regretter de n'avoir pas été soumis à l'influence préservatrice du vaccin.

La formule dont je fais usage est la suivante :

Teinture d'iode (du Codex). . 30 grammes,
Iodure de potassium. . . . 2 grammes,

Matin et soir, badigeonner à deux ou trois reprises toute la figure, les paupières (le malade ayant les yeux fermés), les lèvres, les ailes du nez, l'ouverture des fosses nasales, les oreilles. Repéter ces applications, qui ne sont pas très-douloureuses, trois ou quatre jours de suite. Ce procédé m'a toujours réussi.

Puisque l'occasion se présente de parler des avantages de la teinture d'iode appliquée localement sur la peau et sur les muqueuses irritées ou enflammées, où elle ne détermine jamais d'inflammation suppurative,

(1) *Revue médicale franç, et étrang*, février, 1836.
(2) *Gaz. médic.*, p. 341.
(3) Mém. lu à la Société médicale d'émulation, décembre 1838.
(4) *Gaz. méd.*, Paris, 1843, p. 119.
(5) Mémoires de l'Académie de méd., 1850.
(6) La teinture d'iode, appliquée localement, est très-efficace dans plusieurs autres affections pustuleuses et vésiculeuses.

permettez-moi, Monsieur le Président, d'extraire d'un ouvrage que je vais publier, intitulé : *De l'Iodothérapie ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et particulièrement des injections iodées* (1), et d'indiquer plusieurs affections qui ont trouvé dans les applications locales de la teinture d'iode un remède efficace.

Les vaginites aiguës ou chroniques, virulentes ou non, cèdent promptement à un, deux, trois badigeonnages au plus de teinture pure d'iode, iodurée ou additionnée d'acide tannique. — Ces badigeonnages ont le rare mérite d'enlever aux sécrétions vaginales ou urétrales leur caractère virulent et contagieux et de les transformer en sécrétions simples, muqueuses. Pour obtenir cet heureux résultat, je me sers habituellement des formules suivantes :

Teinture d'iode. . . . . 50 grammes,
Iodure de potassium. . . 2 grammes,

ou bien

Teinture d'iode. . . . . 50 grammes,
Iodure de potassium. . . 2 grammes,
Acide tannique. . . . . 1 gramme (2).

A l'aide d'un pinceau fin, ou de charpie imbibée de cette liqueur, je badigeonne avec soin le col de l'utérus, le vagin dans tous ses points, les petites et les grandes lèvres à leur partie interne, le clitoris, le méat urinaire, et même la partie antérieure du canal de l'urètre, en faisant une injection, si du muco-pus vient de ce canal. On a soin bien entendu de ne pas laisser pénétrer de la teinture d'iode pure dans la vessie.

Un seul de ces badigeonnages, fait avec soin, suffit. Rarement il faut avoir recours à deux ou trois, qu'on ferait à trois ou quatre jours d'intervalle. Ces applications d'iode dans le vagin et sur le col de la matrice ne sont pas douloureuses, il n'en est pas de même sur les parties externes de la génération où elles déterminent une cuisson plus ou moins vive.

La teinture d'iode, employée comme je viens de le dire, procure également d'excellents résultats dans le catarrhe utérin, dans certaines ulcérations et certains gonflements du col de l'utérus, dans l'ozène, les ulcérations des fosses nasales, l'otorrhée, etc.

Les blennorrhagies aiguës, mais surtout les chroniques, trouvent dans les injections iodées un moyen très-efficace, et dans plusieurs cas où tous les moyens connus avaient échoué, les malades ont guéri en faisant usage de l'injection suivante :

Eau distillée. . . . . 250 grammes,
Iodure de potassium. . . 1 gramme,
Teinture d'iode. . . . . 8 grammes,
Acide tannique. . . . . 0,50 centigrammes.

Deux ou trois injections coup sur coup, matin et soir, et garder le liquide de l'injection pendant une minute. On pourrait, sans inconvénient, mettre une partie de teinture d'iode iodurée sur 10 ou 12 parties d'eau.

Dans les fleurs blanches ordinaires, dues ou à une faiblesse de la constitution, ou à une inflammation chronique du vagin, les injections suivantes sont très-avantageuses :

Eau distillée. . . . . 1000 grammes,
Teinture d'iode. . . . 30 grammes,
Iodure de potassium. } *aa* 1 gramme.
Acide tannique. . . }
Eau de Cologne. . . . 50 grammes.

Cette injection, moins l'eau de Cologne, a été employée par nous avec succès dans plusieurs cas de catarrhe de la vessie; nous en rapportons plusieurs exemples dans notre ouvrage. — Ces injections qui sont seulement des lavages qu'on doit faire dans la vessie, ne doivent y séjourner que quelques minutes, deux ou trois. Cela suffit pour modifier la muqueuse vésicale et diminuer sa sécrétion; seulement, on est obligé d'y revenir pendant plusieurs semaines, une ou deux fois par jour. Dans *les inflammations, les ulcérations de la bouche, de la gorge, la salivation mercurielle, le gargarisme* suivant nous a souvent fourni des résultats très-remarquables :

Eau distillée. . . . . 300 grammes.
Teinture d'iode. . . . 10 grammes.
Iodure de potassium. . } *aa* 1 gramme.
Acide tannique. . . }

(1) Cet ouvrage est sous presse.

(2) Dans un mémoire publié dernièrement dans l'*Union médicale*, sur le traitement de la vaginite, par MM. Becquerel et Rodier, ces messieurs ont essayé la teinture d'iode en badigeonnage, mais ils ont fait usage d'un mélange composé d'une partie de teinture d'iode, sur 12 parties d'eau ; aussi n'ont-ils obtenu que des résultats peu satisfaisants, et ont-ils eu tort de conclure que la teinture d'iode était moins efficace dans la vaginite que le tannin.

Toutes les inflammations superficielles de la peau et des muqueuses se modifient avantageusement et promptement sous l'influence de l'iode appliqué en badigeonnage.

L'*érysipèle*, par exemple, principalement l'erysipèle traumatique, trouve un remède puissant dans les badigeonnages de teinture d'iode pure formulée comme pour les vaginites. Quelques badigeonnages faits matin et soir, à deux ou trois reprises, sur les parties érysipélateuses, sont suffisantes pour faire avorter et arrêter un érysipèle. Ce moyen m'a paru supérieur à tous ceux qui ont été préconisés jusqu'à ce jour.

Dans les ophthalmies simples, purulentes, blennorrhagiques, dans les kerotites, les taches de la cornée, les conjonctivites granuleuses, etc., le collyre suivant est très-efficace.

Eau distillée. . . . . 125 grammes.
Teinture d'iode . . . . 4 grammes.
Acide tannique. . . . } 0,25 à 0,50 centigr.
Iodure de potassium . }

Mais mieux vaut toucher les parties malades, l'œil et les surfaces internes des paupières, les ulcérations et les taches de la cornée, les granulations avec un pinceau très-fin et très-doux, imbibé de teinture d'iode pure et formulée comme il a été dit plus haut.

Ces applications d'iode, répétées soir et matin, amènent promptement la guérison des conjonctivites avec ulcérations de la cornée et, par suite, la disparition de la photophobie, qui n'est dans ce cas qu'un symptôme dont la disparition a lieu dès que la cause qui la produit, la kératite, cesse d'exister. Ce n'est donc pas contre la photophobie considérée comme lésion nerveuse, que la teinture d'iode est efficace, mais contre l'affection qui est la cause de la photophobie.

La teinture d'iode appliquée localement est encore très-efficace contre un grand nombre de lésions et de maladies très-graves, contre les ulcères de toute espèce, les plaies de mauvaise nature, les inflammations virulentes, contagieuses, les chancres, les ulcérations farcineuses et comme moyen préservatif de l'infection purulente et curatif de l'affection putride, etc., etc.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. Bouley jeune, membre de l'Académie de Médecine (section de médecine vétérinaire), homme aussi recommandable par ses lumières et sa haute honorabilité que par la distinction et l'aménité de ses manières. M. Bouley a succombé aux suites d'une attaque d'apoplexie qui avait offert dès le début les caractères les plus inquiétants. Si M. Bouley a quitté ce monde plutôt que sa belle constitution ne devait le faire prévoir (il avait 67 ans), il a du moins eu la satisfaction de léguer un nom honorable à deux fils bien-aimés qui ne laisseront pas déchoir ce bel héritage. Avec le nom, ils ont reçu toutes les qualités de leur regrettable père.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort d'une des célébrités médicales de la ville de Liége et même de la Belgique, de M. le docteur Lombard, auteur de quelques travaux scientifiques, membre actif influent de l'Académie de médecine de Bruxelles, et qui pratiquait, dans sa belle résidence de Liége, l'hospitalité confraternelle avec une libéralité et une aménité de formes auxquelles les montagnards écossais n'auraient eu rien à reprocher. M. Lombard laisse de vifs regrets parmi tous ceux qui ont eu avec lui des relations un peu suivies.

— La séance annuelle de la Société anatomique aura lieu le mardi 27 février à 3 heures, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

Le banquet de la Société aura lieu le même jour, à 6 heures, dans les salons de Véfour-Hamel.

On souscrit jusqu'au 25 courant chez MM. :
Blain des Cormiers, rue des Saints-Pères, 7;
Foucher, prosecteur de la Faculté, à l'Ecole pratique;
Maurin, interne, à l'Hôtel-Dieu.
Prix de la souscription : 10 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 21. 3e ANNÉE. Samedi 17 février 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger*, chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Par M. L. Fleury, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir tome II, nos 145, 153; tome III, nos 2, 11.)

Le *diagnostic* de la gastralgie est complexe et présente, souvent, des difficultés que l'on ne parvient à surmonter qu'à l'aide de l'*observation suivie* du malade. Vouloir l'établir d'*emblée*, à un premier examen, après un seul interrogatoire, plus ou moins complet, après une seule exploration, que nous supposons avoir été méthodique et attentive, c'est là une prétention que le succès justifie rarement. De là, la fréquente inefficacité des traitements *anti-gastralgiques* ou *anti-dyspeptiques* prescrits par certains praticiens..... après une CONSULTATION *de deux ou trois minutes.*

Les troubles digestifs ne sont-ils pas symptomatiques d'une lésion de l'estomac? Tel est le premier point que le praticien est tenu d'élucider.

Malgré les efforts de Georget, de MM. Barras et Jolly, le diagnostic différentiel de la gastralgie et de la *gastrite chronique* est encore, fort souvent, environné de nombreuses difficultés; il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les œuvres les plus récentes des Nosographes : celles de MM. Andral, Bouillaud, Piorry, Valleix, etc.

Avant d'aborder, à notre tour, cette question délicate, il en est une autre qu'il nous faut préalablement résoudre de la façon la plus nette et la plus précise possible : *que doit-on entendre par gastrite chronique?* Or, celle-ci est malheureusement l'une des plus obscures et des plus controversées de l'anatomie pathologique et de la pathogénie. Voyons, toutefois, si au point de vue du diagnostic, nous ne pourrons pas, sans inconvénients, en laisser de côté les points litigieux.

L'anatomie pathologique est certainement la base sur laquelle *devrait* reposer l'individualité de la gastrite chronique, mais cette base n'est rien moins que solidement établie. Faut-il, avec les uns, ne rapporter à l'inflammation chronique de l'estomac que certaines colorations morbides de la muqueuse, le ramollissement, l'amincissement, l'hypertrophie des tissus, l'ulcère simple? Faut-il, avec d'autres, y rattacher également les lésions de nutrition, les indurations, les produits accidentels qui donnent naissance à des tumeurs, à des rétrécissements des orifices, etc.? Il ne nous répugne nullement d'admettre avec Pinel, Broussais, MM. Andral et Bouillaud (1) que l'inflammation chronique peut, *chez un individu prédisposé*, entraîner à sa suite « ces épaississements, ces tumeurs, ces fongus, ces indurations, ces dégénérescences que l'on désigne sous les noms vagues de *squirrhe* et de *cancer de l'estomac* (Bouillaud), » comme elle peut « déterminer un cancer dans une mamelle qui a été soumise à une violence exté rieure (Andral)»; mais nous croyons, malgré les doctrines de M. Velpeau, doctrines d'ailleurs passablement variables et hétérogènes, que la *clinique* n'est pas apte à dissiper à cet égard tous les doutes, et que pour se prononcer définitivement il faut attendre que le microscope, ou tout autre moyen d'examen, ait permis de constater l'identité ou la diversité hystologique de toutes ces lésions, si différentes, « que l'on désigne sous les noms vagues de *squirrhe* et de *cancer.*» Voilà pour l'anatomie pathologique et la pathogénie.

(1) Bouillaud, *Traité de Nosographie médicale*, t. III, pages 45 et suiv.

D'un autre côté, n'est-il pas incontestable : 1° que les altérations de tissus énumérées par M. Bouillaud se développent, *dans l'immense majorité des cas*, sans avoir été précédées d'aucun des phénomènes qui indiquent une inflammation soit aiguë, soit chronique; 2° que dans les cas où les choses se passent d'une manière différente, ces altérations peuvent, tout au plus, être considérées comme les suites de l'inflammation chronique, mais non comme cette inflammation elle-même, attendu que tous les symptômes de la phlegmasie disparaissent pour faire place à un autre ordre de phénomènes; 3° que la marche, les terminaisons, le traitement de la maladie diffèrent essentiellement, suivant qu'il existe une dégénérescence ou une simple phlegmasie chronique?

Il résulte de ces considérations que très-probablement, quant à l'hystologie, à l'anatomie pathologique, à la pathogénie, et très-certainement quand à la clinique, il est utile de séparer les dégénérescences gastriques (squirrhe, encéphaloïde, fongus, etc.) de la gastrite chronique, et de n'appliquer cette dernière dénomination qu'à un ensemble de phénomènes que tout le monde connaît d'ailleurs, et que l'on doit considérer comme la caractéristique de la phlegmasie.

En envisageant les choses de cette manière, est-il possible de distinguer la gastralgie de la gastrite chronique?

Dans la gastrite chronique, a-t-on dit, les douleurs spontanées sont moins violentes et plus continues; les douleurs sont provoquées par la distension du ventricule, par le contact des aliments et des boissons, et surtout par celui de substances excitantes, telles que les épices, le vin, les liqueurs alcooliques, le café, etc.; la région épigastrique est toujours très-sensible à la pression, laquelle exaspère les douleurs et ne les calme jamais; il existe une soif plus ou moins vive et souvent un mouvement fébrile irrégulier, etc. Ces symptômes différentiels, indiqués par tous les auteurs, ont, en effet, une valeur suffisante pour éclairer le diagnostic lorsqu'il s'agit de la *forme asthénique* de la gastralgie; mais il n'en est plus de même en présence de la *forme sthénique.* Ici, le praticien doit se rappeler que la gastrite chronique est infiniment rare; qu'elle succède presque toujours à une gastrite aiguë

ayant été nettement caractérisée et produite par une cause connue : par une violence extérieure, par des excès d'alimentation ou de boissons alcooliques, par l'ingestion d'une substance corrosive, telle que l'acide nitrique (1), l'acide sulfurique (2), etc.; que les accidents, bien que présentant des rémissions, des exacerbations, sont continus, et ne disparaissent jamais complétement pendant un temps plus ou moins long pour reparaître brusquement, en l'absence de toute circonstance déterminante appréciable, ou bien sous l'influence d'un écart de régime, d'une cause morale, etc.; que la douleur n'a ni la violence, ni le caractère de la douleur gastralgique (*crampe d'estomac*); que l'on n'observe point la distension épigastrique, les éructations résultant de l'abondante sécrétion gazeuse qui accompagne, presque constamment, les *accès gastralgiques*.

Il est une circonstance sur laquelle j'ai appelé l'attention des praticiens dès 1843 (3); que, depuis, j'ai signalée de nouveau à plusieurs reprises (4), qui est très-propre à déceler la véritable nature des phénomènes morbides et qui se rattache à la *marche* des accidents. Il est impossible, en effet, de méconnaître la névrose gastrique lorsque l'on voit la maladie disparaître *brusquement et complétement*, se déplacer, pour un temps plus ou moins long, et alterner avec une autre névralgie appartenant soit au système de la vie de nutrition, soit à celui de la vie de relation. Chez une jeune femme que j'ai actuellement sous les yeux et qui m'a été adressée par MM. les professeurs Paul Dubois et Nélaton, on observe alternativement la gastralgie, la cardialgie, la névralgie sciatique, la névralgie cervico-occipitale et une névralgie utéro-vulvaire des plus remarquables.

Malgré les nombreux signes différentiels que nous venons d'indiquer, il est néanmoins des cas (pourquoi le dissimuler?) où le praticien le plus expérimenté et le plus attentif reste dans l'incertitude, et où il est contraint de se servir du traitement comme d'une pierre de touche, pour asseoir définitivement le diagnostic. Employé avec prudence et discernement, ce procédé est sans danger et présente ceci de particulier, que malgré la grande analogie symptomatique qui existe entre la gastrite chronique et la gastralgie *sthénique*, on voit celle-ci s'amender sous l'influence d'une thérapeutique qui aurait pour résultat inévitable d'aggraver celle-là. Il en est ainsi pour les préparations dans lesquelles on associe les sédatifs aux stimulants.

Est-il plus facile de distinguer la gastralgie des dégénérescences gastriques? Ici, il devient nécessaire d'établir une distinction, suivant que l'existence des dégénérescences se déduit exclusivement de signes *rationnels*, ou, simultanément, de signes rationnels et de signes *physiques*.

A l'aide des seuls signes rationnels *il est impossible d'établir, à priori, un diagnostic positif*, de telle sorte que je ne voudrais pas, en présence des accidents les plus légers, affirmer *à la suite d'un premier examen* que ces accidents sont purement nerveux, et qu'ils ne se rattachent pas au début d'une lésion organique grave. Ainsi que je l'ai dit au commencement de ce paragraphe, *l'observation suivie* du malade est indispensable, et ce n'est qu'en tenant compte des caractères et de la marche déjà indiqués des *accès gastralgiques*, des effets produits par les médications mises en usage, de toutes les circonstances de la maladie, que l'on parvient à un degré de probabilité équivalent presque à une certitude.

Mais si l'on court le risque de méconnaître une dégénérescence gastrique, il en est un autre qu'il est plus urgent encore d'éviter *dans l'intérêt du malade* : celui de supposer une dégénérescence qui n'existe pas ; car trop souvent, alors, on abandonne un patient qui aurait pu être sauvé, et qui succombe sous le poids de cette fatale doctrine du *laisser mourir en paix*, contre laquelle j'ai protesté ailleurs (1).

« En l'absence des signes physiques, disent les maîtres de « l'art, la dégénérescence se revèle par *l'état général du sujet*, « *l'anémie, la cachexie, la teinte jaune paille, la fièvre hectique*, « *l'émaciation, l'infiltration*, etc. »

Rien de plus faux et de plus dangereux que cette proposition formulée ainsi d'une manière absolue. Sans doute, il est bien rare que cet ensemble de phénomènes soit le résultat d'une gastralgie *idiopathique*, *primitive*, *simple*, mais il se présente souvent, *en l'absence de toute lésion organique de l'estomac*, dans la gastralgie *secondaire et compliquée*. Plusieurs fois nous l'avons observé comme conséquence d'une anémie extrême produite et entretenue par des hémorrhagies répétées, et alors la gastralgie était une complication qu'il importait d'autant plus de combattre, qu'elle favorisait les progrès de l'anémie et la reproduction des hémorragies, les malades tournant dans le plus funeste des cercles vicieux. Dans d'autres circonstances, il existait bien une lésion organique, un cancer, mais l'estomac n'en était pas le siége, et en combattant la gastralgie nous avons pu, du moins, soulager les malades et prolonger notablement leur existence.

Deux observations vont nous faire mieux comprendre.

Observation I. — Adélaïde G..., blanchisseuse, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique, âgée de 35 ans, veuve depuis deux ans, a eu trois enfants; ses grossesses ont été pénibles, ses accouchements, opérés par une sage-femme, ont été longs, difficiles et très douloureux, mais néanmoins naturels, et dès le sixième jour Adélaïde a, chaque fois, repris l'exercice de ses rudes travaux professionnels.

La santé a toujours été bonne jusqu'au mois d'avril 1852; à cette époque, c'est-à-dire quatre mois après le dernier accouchement, s'est manifesté un phénomène qui a persisté depuis; qui, pour nous, a été la cause première et unique de tous les accidents morbides, mais auquel, cependant, Adélaïde n'a attaché aucune importance et dont elle a constamment laissé ignorer l'existence aux divers médecins qu'elle a consultés. *Ce phénomène consistait dans l'écoulement, peu abondant mais très-souvent répété, de sang par le vagin.*

Au mois de septembre les fonctions digestives ont commencé à se troubler, et au mois d'octobre Adélaïde a consulté un médecin, qui lui a prescrit du vin de quinquina et des pilules ferrugineuses. Ce traitement ne produisit qu'une amélioration peu marquée et de courte durée. En janvier 1853, effrayée par des vomissements alimentaires assez fréquents, la malade s'adressa à un autre médecin qui lui conseilla le régime lacté et les boissons émollientes. Dans le courant de l'année, Adélaïde voyant les accidents gastriques s'aggraver, ses forces et son embonpoint se perdre graduellement, ses traits s'altérer sous l'influence d'une anémie croissante, vint consulter, soit dans les hôpitaux, soit dans leur cabinet, plusieurs des praticiens les plus renommés de Paris, et d'après leurs conseils elle eut successivement recours aux amères, aux toniques, au sous-nitrate de bismuth, à la rhubarbe associée au fer réduit par l'hydrogène, à la noix vomique, etc. Au mois d'août des cautères volants furent appliqués sur la lésion épigastrique. Le tout sans succès bien marqué et durable. Bientôt après, et manifestement en vue d'une dégénérescence incurable de l'estomac, on fit entendre à Adélaïde qu'elle devait renoncer à toute espèce de traitement et s'en rapporter, désormais, aux *effets bienfaisants du temps et de la nature*.

En février 1854, Adélaïde vint me consulter pour l'acquit de sa conscience, et sans concevoir l'espoir d'une guérison considérée par elle comme désormais impossible.

A l'aspect de la malade, après avoir entendu le récit de ses longues souffrances, l'exposé des nombreux traitements qu'elle avait subis avec un égal insuccès; après avoir appris que depuis plus de huit mois elle vomissait presque tous ses aliments de quelque nature qu'ils fussent; après avoir constaté son état d'anémie, de cachexie, d'émaciation, etc. je m'arrêtai également, *à priori*, à l'idée d'une dégénérescence gastrique, et ce fut sous l'empire de cette préoccupation que je commençai l'examen de la malade.

L'exploration la plus attentive, la palpation, la percussion ne m'ayant fait découvrir aucun *signe physique* d'un cancer de l'estomac ou du foie, aucune tumeur abdominale, je soumis Adélaïde à un interrogatoire détaillé, et ce ne fut que pressée par mes questions que cette

(1) Bouillaud, Ouvrage cité, page 61.
(2) L. Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, page 196.
(3) L. Fleury, *Réflexions et observations pour servir au diagnostic des névralgies viscérales*; *Journal de Médecine*, 1843, t. I, page 97.
(4) L. Fleury, *Compendium de Médecine*, t. VI, page 179; — *Traité d'hydrothérapie*, page 298.

(1) *Traité d'hydrothérapie*, p. 499 et suiv.

femme se décida à m'avouer que, depuis près de deux années, elle avait un écoulement sanguin presque continuel, augmenté par la marche, par l'exercice, par l'usage de la voiture, devenant très-abondant au moment de l'époque menstruelle, mais n'étant accompagné, d'ailleurs, d'aucune douleur dans le ventre, d'aucun symptôme indiquant une maladie de l'utérus.

J'éprourai beaucoup de peine à faire comprendre à Adélaide que l'écoulement sanguin était à lui seul un symptôme grave, et ce ne fut qu'après une longue résistance qu'elle consentit à subir un examen pour lequel les femmes du peuple témoignent, souvent, une répugnance d'autant plus difficile à vaincre que le raisonnement a moins de prise sur elle.

Je constatai l'existence de cette altération du col utérin que M. le professeur Jobert (de Lamballe) a décrit, le premier, sous le nom d'*état fongueux*, et que tous les praticiens connaissent aujourd'hui.

La lumière était faite.

Un traitement hydrothérapique convenablement dirigé *arrêta l'écoulement sanguin*, fit rapidement disparaître les accidents gastralgiques ainsi que l'anémie, et l'application plusieurs fois réitérée du fer rouge, cet héroïque modificateur introduit par M. Jobert dans la thérapeutique des affections utérines, vint ensuite compléter une guérison qui ne s'est pas démentie.

Cette observation, qui présente beaucoup d'analogie avec l'une de celles que j'ai publiées ailleurs (1), prouve combien peu il faut s'en rapporter aux *signes rationnels* et aux renseignements fournis par les malades ; combien il importe, au contraire, de recourir aux données plus positives fournies par un interrogatoire méthodique et surtout par un examen complet. C'est par l'oubli de cette *règle*, base fondamentale du diagnostic, c'est en substituant l'*inspiration* à l'*exploration*, que plusieurs médecins, et parmi eux des *princes de la science*, ont méconnu la cause de cette gastralgie secondaire, admis, sur la foi les uns des autres, une dégénérescence gastrique qui n'existait pas, m'ont exposé à commettre la même erreur, et ont compromis l'existence d'une pauvre femme, dont la mort était devenue imminente lorsqu'un diagnostic bien établi et un traitement bien dirigé sont venus, fort heureusement, faire justice des accidents et amener une guérison inespérée.

Notons, en passant, la remarquable action hémostatique, indirecte et par révulsion, qu'ont exercée ici les douches froides, action que nous avons déjà indiquée dans plusieurs de nos précédentes publications (2), et sur laquelle nous appellerons spécialement l'attention des praticiens dans l'un de nos prochains fascicules cliniques.

Observation II. — Madame B., demeurant à Paris, rue Laffitte, n° 45, âgée de 39 ans, ayant toujours joui d'une santé excellente, n'ayant jamais présenté le moindre indice d'une affection utérine, fut prise brusquement, en août 1846, sans cause connue et entre deux époques menstruelles, d'une métrorrhagie abondante; elle fit appeler un médecin homœopathiste, lequel eut recours à la *position,* aux applications froides sur l'hypogastre, aux révulsifs, aux boissons astringentes, etc., et réussit ainsi à arrêter l'écoulement sanguin. Depuis cette époque, et pendant dix-huit mois, l'hémorrhagie se reproduisit assez souvent; elle fut constamment combattue par les mêmes moyens; ni malade, ni médecin ne lui accordant une grande importance, et aucune exploration n'étant dirigée du côté de l'utérus.

Vers le mois de février 1847, les digestions de Mme B. commencèrent à devenir mauvaises, et une gastralgie dont les progrès furent rapides absorba toute l'attention de la malade et de son docteur. La douleur, les flatuosités, les vomissements furent combattus à grand renfort de globules, mais les atomes étant restés inefficaces, le disciple de Hahnemann déclara que l'estomac était le siége d'une altération incurable au premier chef,... puisqu'elle résistait à la puissance des médicaments homologues et des doses infinitésimales ! Mme B. se résigna, n'opposa plus aucun traitement aux accidents gastriques, et se contenta de combattre, à l'aide des hémostatiques, ses *insignifiantes* métrorrhagies, devenues de plus en plus fréquentes et abondantes.

Au mois d'avril 1848, le hasard me rapprocha de Mme B., et dans une conversation, non médicale d'ailleurs, elle me parla longuement de ses souffrances gastriques, insistant à peine sur les métrorrhagies. Instruit par l'expérience et frappé de l'état cachectique, du teint jaune-paille de mon interlocutrice, j'engageai fortement Mme B. à faire constater l'état de l'utérus, ayant beaucoup de peine à lui faire comprendre l'utilité d'un examen auquel elle opposait sans cesse le même argument : *Je n'éprouve aucune espèce de sensation douloureuse dans le bas-ventre.*

Le 5 mai je fus appelé auprès de Mme B., qui venait d'avoir une nouvelle et très-abondante métrorrhagie, et que je trouvai dans l'état le plus grave. Je n'hésitai pas à faire d'un examen complet la condition *sine quâ non* de mon intervention. Voici quel en fut le résultat :

Aucun signe physique indiquant une dégénérescence gastrique. — Ulcère cancéreux occupant toute la surface du museau de tanche.

Un traitement méthodique fit disparaître, en six semaines, les accidents gastriques, rappela l'appétit, rétablit les digestions et améliora notablement l'état général de la malade. Plusieurs applications de fer rouge proposées et pratiquées par moi, après avoir été approuvées par M. le professeur Jobert de Lamballe appelé en consultation, enrayèrent la marche du cancer utérin.

Madame B., qui n'avait certainement plus que très-peu de temps à vivre lorsque je fus appelé auprès d'elle, n'a succombé qu'en 1850, après deux années de repos moral et de bien-être physique.

Ici, la dégénérescence supposée existe réellement, mais au lieu d'occuper le siége qu'on lui assigne, l'estomac, elle envahit l'utérus, dont on se préoccupe à peine ! Nouvelle preuve que les *signes rationnels* sont insuffisants pour établir un bon diagnostic, et que la thérapeutique n'est efficace que lorsqu'elle a pour base un diagnostic solidement établi à l'aide des procédés physiques et chimiques d'investigation.

Cette observation nous offre aussi l'exemple remarquable d'un cancer utérin arrivant à sa dernière période sans avoir provoqué aucune douleur, sans avoir donné lieu à d'autres troubles fonctionnels qu'à des métrorrhagies qui auraient dû, sans aucun doute, appeler la sérieuse attention du médecin, mais qui, aux yeux de la malade, ne suffisaient pas pour faire naître la pensée d'une maladie utérine exigeant la plus prompte et la plus sérieuse intervention de l'art. (*La suite à un prochain numéro*).

(1) *Traité d'hydrothérapie*, page 278.

(2) Fleury. Mém. sur les douches froides appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice (*Gazette médicale* de Paris 1849). — Mém. sur l'emploi des douches froides existantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie (*Arch. génér.* de médecine 1851). — *Traité d'hydrothérapie* 1852, pages 336, 277.

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

DÉTERMINATION DE LA GRANDEUR ET DE LA SITUATION DES ORGANES THORACIQUES ET ABDOMINAUX CHEZ L'HOMME SAIN.

Sous ce titre, le docteur Conradi a composé un véritable traité de percussion, obéissant surtout aux inspirations du professeur *Vogel*, et suivant la méthode que ce maître enseigne lui-même à Giessen. La percussion, qui a pris une extension bien grande depuis Avenbrugger, est entre les mains de la plupart des praticiens un procédé généralement assez bien manié, pour circonscrire un organe, apprécier son volume et son étendue d'une manière isolée ; mais sans tenir compte des parois de la cavité qui le contient, ni des organes qui l'avoisinent ; c'est précisément à l'état physiologique que ce double rapport de la plupart des viscères manque ; dès lors, comment apprécier rigoureusement le volume et la situation de ces organes dans les examens pathologiques? Quelle valeur tirer de signes physiques qui restent incomplets ? Comment établir ensuite un parallèle entre des anomalies qui ne sont pas comparables ? Ce sont des raisons de cette nature qui ont conduit les professeurs Vogel, Nasse et Beneke à encourager le docteur Conradi à entreprendre le travail long et difficile dont nous nous proposons de donner un résumé substantiel.

Examen de la poitrine.

Par l'inspection de la poitrine l'œil exercé saisit les anomalies entre les organes symétriques avec assez de facilité ; mais il juge déjà moins aisément les particularités des organes asymétriques; d'ailleurs ces appréciations sont trop vagues, trop peu approximatives et ne se prêtent nullement à la comparaison. Il est cependant un symptôme physique que l'œil de l'observateur peut noter avec assez de précision, c'est le développement plus ou moins prononcé de l'*angle de Louis*, formé, comme chacun le sait, par l'union du manubrium avec le corps du sternum. Si l'inspection nous permet de saisir les anomalies de forme, de

direction et de symétrie du corps, elle a déjà assez d'importance pour qu'on y ait recours dans tout examen de malade, comme nos anciens maîtres des hôpitaux, MM. Chomel et Louis, le recommandaient à leurs élèves. Mais ce n'est là qu'un élément du diagnostic; il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut donner. La conformation extérieure du thorax a des rapports intimes, certes, avec les organes qu'il renferme; il faut cependant recourir à d'autres moyens qu'à la simple inspection pour les découvrir.

Goodwyn, Davy, Thompson, Abernethy et surtout Hutchinson ont imaginé des méthodes pour déterminer la capacité des poumons, au moyen d'instruments qu'ils appellent des *gazomètres* ou *spiromètres*, et qui servent à reconnaître *le pouvoir respiratoire*, c'est-à-dire la quantité d'air chassée du poumon à chaque opération. Ce moyen d'investigation constitue la *spirométrie* d'Hutchinson; il est employé en Angleterre surtout, et depuis quelques années également en Allemagne. Les résultats d'Hutchinson reposent sur 1923 observations; il a trouvé que la capacité pulmonaire dépend de la taille, du poids et de l'âge de l'individu. Le professeur *Wintrich*, de l'Université d'Erlangen, a répété les expériences d'Hutchinson sur plus de 3,500 individus en bonne santé; il a constaté que la taille, considérée isolément, n'a pas d'influence précise sur le pouvoir respiratoire, mais que l'âge, les positions assises, couchées et verticales exercent une influence bien sensible sur la quantité d'air expiré. (Haudb., *der sp. pathologie und therapie. redg. von Virchow.*, t. V,98; Erlangen, 1854.) Ces résultats paraissent être confirmés par les recherches du professeur Vogel. La spirométrie n'a pas encore attiré l'attention des médecins français, que nous sachions du moins; elle serait cependant d'un grand secours, au dire des savants observateurs dont nous venons de parler, dans le diagnostic des maladies du poumon, notamment de la phthisie, à son début, du catarrhe bronchique, de l'emphysème, de l'insuffisance pulmonaire, des adhérences pleurales, et tumeurs abdominales, refoulant le diaphragme, etc. (Wintrich, *loc. cit.*, 105.)

Nous proposons de revenir une autre fois sur la spirométrie, nous abordons le travail du docteur Conradi, appliquant la mensuration à la détermination des dimensions de la poitrine. Ce médecin choisit cinquante individus, âgés de dix-huit à vingt-cinq ans et jouissant d'une bonne santé; il les classe en deux séries; la première renferme vingt-cinq sujets dont la taille est de 158 à 170 centimètres; la deuxième contient les vingt-cinq individus restants; leur taille est de 170 à 190 centimètres. Il prend les dimensions du thorax suivant 3 diamètres transverses et 2 antéro-postérieures, et il en obtient ainsi des maxima et des minima, qui sont :

	1re série.			2e série.		
Diamètre transverse de l'aisselle droite à la ligne médiane antérieure.	17 1/2	13	cent.	18	13	cent.
Diamètre transverse de l'aisselle gauche à la ligne médiane antérieure.	16	12 1/2	»	18	12	»
Diamètre transverse de la neuvième côte droite à la ligne médiane antérieure.	16 1/2	12 2/2	»	17	12 1/2	»
Diamètre transverse de la neuvième côte gauche à la ligne médiane antérieure.	15 1/2	12 1/2	»	17	12	»
Diamètre transverse de la onzième côte droite à la ligne médiane antérieure.	16	12 1/2	»	16	12	»
Diamètre transverse de la onzième côte gauche à la ligne médiane antérieure.	13 1/2	11	»	16	11	»
Diamètre antéro-postérieur supérieur de l'union du manubrium avec le corps du sternum à l'apophyse épin. de la troisième vert. dorsale.	16	19	»	18	21	»
Diamètre antéro-postérieur inférieur de la base de l'appendice xiphoïde à l'apophyse épineuse de la vertèbre qui est au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. . .	18	23	»	19	25	»
Diamètre de l'épaule droite à la ligne médiane antérieure. . .	17 1/2	21	»	18	23	»
Diamètre de l'épaule gauche à la ligne médiane antérieure. . .	16	20	»	18	22	»

Les résultats définitifs auxquels ces expériences conduisent le docteur Conradi sont :

1° Les diamètres pris isolément ne sont pas en rapport avec l'accroissement du corps (contrairement à la loi de Hutchinson);

2° Les diamètres transverses du thorax diminuent de longueur de haut en bas;

3° Les diamètres antéro-postérieurs augmentent de longueur de la partie supérieure à la partie inférieure du thorax;

4° La cavité thoracique droite est constamment plus grande que la gauche.

Ce travail mérite d'être rapproché des recherches de Hirtz (1836), de celles de Corbin (1838), de celles de MM. Woillez (1838), Piorry (1840), Briquet (1842), enfin de celles de Walshe et de Sibson, en Angleterre.

Délimitation du poumon.

Dans les sciences médicales, comme dans toutes les connaissances humaines d'ailleurs, le nouveau, l'imprévu, les faits accidentels et exceptionnels ont de tout temps attiré, tout d'abord, l'attention de l'observateur; ce n'est que par des études longues et pénibles que celui-ci parvient ensuite, bien plus tard, à découvrir la simplicité, la régularité des lois naturelles, l'état normal et physiologique. Toutes les tentatives faites dans cette voie nous paraissent devoir être propagées et, pour ainsi dire, vulgarisées. Ainsi nous pensons que nos lecteurs n'apprendront pas sans intérêt les résultats que le docteur Conradi a obtenus en traçant, à l'aide de la percussion, les limites des lobes du poumon, non pas d'une manière absolue et isolée, mais relativement aux régions diverses du thorax.

Le praticien chercherait vainement dans les traités de percussion les plus recommandés et les plus nouveaux des données précises, pouvant servir de jalons dans l'appréciation des états pathologiques du poumon. Cependant, dans leur livre sur la percussion et l'auscultation, MM. Barth et Roger, de même que le professeur Skoda, indiquent, vaguement à la vérité, les rapports des sons clairs et obscurs avec les parois thoraciques. Chacun a pu admirer également l'habileté avec laquelle M. le professeur Piorry sait dessiner sur la périphérie du corps de ses malades les organes les plus profonds; il a même donné à l'ensemble de cet art le nom d'organographisme. Mais ce n'est que dans l'anatomie pathologique du professeur Bock (Leipzig 1852 et 1853) que nous voyons, pour la première fois, les viscères thoraciques représentés dans leurs rapports avec les côtes et les espaces intercostaux. Ici encore il ne s'agit que d'états pathologiques; il restait toujours, quoiqu'il y eût là un progrès réel, il restait à appliquer les mêmes règles, la même méthode à l'état normal, physiologique du poumon; c'est le professeur Vogel qui confie cette tâche à l'un de ses élèves les plus distingués, au docteur Conradi.

Dans la 5e et dernière édition de son traité de percussion et d'auscultation, qui a paru le 26 mai 1854, le professeur Skoda n'a pas fait mention des résultats physiologiques que nous avons à faire connaître. C'est que cette dernière édition a été projetée avant que ces resultats fussent connus; elle ne renferme d'ailleurs ni la théorie de Hoppe sur la percussion, ni les considérations nouvelles de Liwisch, Baumgarten, sur la production des bruits du cœur. Toutefois le savant professeur de Vienne a apporté de grands changements dans les chapitres où il traite de l'auscultation du cœur; il a également ajouté, au chapitre sur la percussion, les réflexions que son livre a suggérées au docteur Locher de Zurich (*die Erkenns. der Lungenkr.* Zürich 1853) et au docteur Mazonn de Kiew (*die Théorie de percussion der Brust*, in Prager Viertgh. 26. Bd. 1852).

Si nous avons indiqué la date précise de cette 5e édition, c'était surtout pour rappeler que la traduction française, faite sur la 4e édition et parue en janvier 1854, lui est antérieure de près de 5 mois, et qu'elle ne pouvait pas être ignorée du professeur Skoda, quoique celui-ci n'en parle pas. Nous croyons devoir en dire quelques mots à propos de la percussion, qui d'ailleurs a préoccupé bien des cliniciens français, et qui certes ne doit pas leur paraître plus lucide, même en ce moment.

M. Aran qui a signé et annoté la publication française du livre de Skoda, se demande, dans la préface du traducteur, s'il lui est *permis de parler des difficultés que présentait* cette traduction? Il avoue *son inexpérience de la langue allemande*. (Serait-ce par pure modestie?). Cependant il *garantit l'exactitude de cette traduction.* Comment, n'étant pas expert, peut-il avancer une pareille garantie? Nous allons en juger par quelques citations.

L'auteur français fait du livre de Skoda une version aussi infidèle qu'inexacte dans les passages les plus importants; s'il réussit à rendre, à tourner en français le mot allemand, on sent bien que la pensée de l'auteur lui échappe, qu'il ne se l'est pas assimilée; de là des thèmes, des commentaires, des notes qui ne servent qu'à prouver qu'il n'a pas compris. Nous pouvons affirmer, sans crainte d'être démenti, que la prose de Skoda est claire, très-intelligible et très-appréciée *par ceux qui savent l'allemand* et que le savant professeur ne mérite, en aucune façon, les reproches que des membres de la Société médicale des hôpitaux n'ont pas craint de lui adresser.

L'obscurité de certains passages n'est pas dans le texte allemand, mais seulement dans la version française. Ainsi nous lisons dans celle-ci, à la page 11 : « Nous ne possédons aucune dénomination générale convenable pour désigner la qualité des sons, en rapport avec le volume des corps. Je crois que dans le chant et dans la musique instrumentale on emploie le mot *plein, son plein* ou *sonore*. J'appliquerai donc cette désignation au son fourni par la percussion. » Qui comprendra ces phrases décousues et vagues? Comment, tout son *fourni par la percussion* sera un *son plein?* et il faut employer cette désignation parce que ce mot *plein* sert dans le chant et la musique instrumentale? Ce serait *le plein* chant qui deviendrait la *dénomination générale convenable pour désigner la qualité des sons, en rapport avec le volume des corps, etc., etc.?*

Le traducteur qui a fait cette version n'a pas saisi la pensée du paragraphe précédent; dès lors il ne pouvait pas comprendre une locution qui la résume et sur laquelle roule le passage que nous signalons. Il est vrai que cette locution *schallverschiedenheiten*, quoique renfermant deux idées distinctes, nettes et précises, a de quoi épouvanter un traducteur français qui confesse *son inexpérience de la langue allemande;* aussi croit-il pouvoir tourner la difficulté en la retranchant. Skoda vient de dire que nous n'apprécions le volume d'un corps résonnant ni par l'intensité, ni par la hauteur du son; que, par exemple, nous jugeons de la grandeur de deux cloches différentes par la simple différence de leur résonnance, et nous traduisons à notre tour le passage cité; il continue : « Il n'y a pas d'expression *convenable, généralement parlant*, pour désigner ces différences de la résonnance que nous rapportons à la grandeur du corps résonnant. Je crois que, pour *la voix* et la musique instrumentale, on désigne ordinairement *cette diversité de résonnance* par le mot plein ou son plein, sonore, et c'est pour cela que j'applique ce mot, *dans un sens analogue*, à la résonnance de la percussion. » Nous ajouterons, pour nos lecteurs qui ne peuvent lire le livre de Skoda, que ce savant professeur entend par son plein, sonore, toute résonnance que donne un corps *plein d'air,* quels que soient d'ailleurs son volume, sa forme ou sa nature. Il répète lui-même en répondant dans la 5e édition, page 25, aux objections du docteur Locher de Zürich. « On ne dit pas d'un tonneau qui ne renferme que le minimum du liquide qu'il peut contenir, qu'il *est plein.* De même on ne dira pas que la résonnance (c'est le mot préféré par Skod) a obtenue par la percussion de la poitrine contenant une faible proportion d'air, est un son plein. J'appelle la résonnance que donne la percussion au-dessous des clavicules, chez un individu sain, un son plein; et, comparativement à cette résonnance, j'appelle toute autre, formée par la percussion, plus ou moins pleine ou plus vide. Le son que donnent les parties molles et les liquides, je l'appelle complétement vide. » Ceci est précis et ne permet pas l'équivoque.

Il nous paraît évident que si M. Aran était plus familiarisé avec la langue allemande, il aurait compris l'idée que Skoda attache aux mots *plein* et *vide;* il ne dirait pas dans ses remarques, page 37, « *on ne comprend pas trop* comment ce professeur a admis une série de sons du *plein* au *vide*, dont il utilise seulement *le dernier terme...* » Et, *ne comprenant pas trop* le professeur de Vienne, il est très-osé de conseiller, dans sa note de la page 11, ce qui suit : « Pour *bien comprendre la pensée* de Skoda, il faut donc lire partout, au lieu du mot *vide*, le mot *non large* ou *sans amplitude....* » Nos lecteurs savent maintenant ce que valent ces recommandations. M. Aran ne doit pas ignorer que l'amplitude détermine l'intensité du son et qu'il a admis implicitement avec Skoda, page 10, que : « Nous ne pouvons juger des dimensions d'un corps sonore par l'intensité du son qui frappe notre oreille. » D'après toutes ces raisons nous répétons qu'il convient de lire le livre de Skoda comme il est écrit, sans chercher des difficultés qui n'existent pas; que dans la traduction française il ne faut pas remplacer les mots *plein* et *vide* par ceux de *large, ample, non large*, mais qu'il suffit de considérer ces expressions comme étant elliptiques et employées pour *plein d'air, vide d'air.* Nous ne dirons que peu de mots relativement au son tympanique, qui occupe tant la sagacité des observateurs cliniciens depuis que Skoda est parvenu à s'en former une idée plus nette et plus précise, quoique la traduction française ne soit pas toujours l'expression de cette netteté, de cette précision. — M. Aran sera, sans doute, le seul lecteur qui reproche à Skoda de n'avoir dit « nulle part d'une manière précise ce qu'il faut entendre par son tympanique; » page 39. En effet, depuis la page 18 jusqu'à la page 26 (édition française), on trouve une foule d'exemples de la résonnance tympanique et non tympanique; le paragraphe se termine même par une véritable définition que la traduction, il est vrai, rend inintelligible par un *non-sens*, en disant « que le son de percussion tympanique se rapproche, par son caractère, d'un *ton* (klaug), tandis que le son non tympanique ressemble à un bruit. » Le *ton* est l'intervalle d'une note à l'autre; ce mot exprime aussi le degré d'élévation ou d'abaissement d'un son; ni l'un ni l'autre sens ne peuvent convenir ici; c'est le mot son, son musical, qu'il faut choisir, c'est le mot du texte, c'est la pensée de l'auteur qui l'exigent. Nous ne pouvons guère laisser passer non plus la locution *de percussion tympanique ;* c'est le son et non la percussion qui est tympanique. Ainsi ce passage, qui est resté inintelligible pour l'annotateur lui-même, doit être ainsi rendu : « La *résonnance tympanique* obtenue par la percussion se rapproche *du son musical*, tandis que la résonnance non tympanique se rapproche d'un bruit. »

Si l'amour du vrai ne nous éloignait pas déjà tant de notre sujet, nous aurions, relativement à la valeur et au sens des mots du texte, à faire bien d'autres observations au traducteur du *Traité de percussion* du professeur Skoda; nous croyons surtout qu'une interprétation plus fidèle et plus rigoureuse aurait dispensé M. Aran d'ajouter des notes et des commentaires à un ouvrage qui mériterait d'être aussi compris en France qu'il est goûté en Allemagne. Après cette longue digression sur la percussion, nous allons parler de son application à la délimitation des viscères thoraciques dans l'état normal physiologique; nous rappellerons que le docteur Conradi la détermine dans quatre directions différentes ou d'après les quatre lignes suivantes : 1° linea mediana, passant à égale distance des articulations sterno-claviculaires de haut en bas, par l'appendice xiphoïde, et se terminant à la symphyse du pubis; 2° linea mammalis, passant par le point de séparation entre le tiers interne et le tiers moyen de la clavicule, et en bas par le mamelon; 3° linea axillaris, qui part du milieu du creux axillaire et qui aboutit à la pointe de la onzième côte; enfin 4° linea cristodorsalis, qui est parallèle au bord interne du scapulum et qui part du milieu de l'épine scapulaire pour se terminer sur le bord externe de la masse sacro-lombaire.

C'est sur 50 individus bien portants et divisés en 2 séries d'après la taille, comme nous l'avons indiqué plus haut, que le

médecin allemand a cherché d'abord le point précis, où les bords internes des 2 lobes du poumon se séparent; il a trouvé que cette séparation avait lieu :

	1re série	—	2e série
Sur le bord supérieur du cartilage de la 5e côte gauche	11 fois	—	12 fois.
Au niveau du 4e espace intercostal gauche . .	5 »	—	8 »
Sur le bord inférieur ou à l'insertion du cartilage de la 4e côte gauche	8 »	—	4 »
Au niveau du 3e espace intercostal gauche . .	1 »	—	» »
Derrière le cartilage de la 6e côte gauche. . .	» »	—	1 »

Le bord interne du lobe droit du poumon correspondait toujours au bord gauche du sternum et se dirigeait ensuite à droite vers la base de l'appendice xiphoïde, et dans quelques cas, même jusqu'à la pointe de ce cartilage.

Pour la détermination du bord inférieur du lobe droit, le docteur Couradi a obtenu les limites suivantes :

	1re série	—	2e série
Sur la *linea mammalis* :			
Au niveau de la 6e côte.	19 fois	—	13 fois.
— du 6e espace intercostal.	1 »	—	6 »
— du 5e espace intercostal.	1 »	—	» »
— de la 7e côte	1 »	—	2 »
— du 7e espace intercostal.	3 »	—	4 »
Sur la *linea axillaris* :			
Au niveau de la 8e côte.	21 fois	—	13 fois.
— de la 7e côte.	1 »	—	1 »
— du 7e espace intercostal.	2 »	—	» »
— du 8e espace intercostal.	» »	—	1 »
— de la 9e côte.	» »	—	9 »
— du 9e espace intercostal.	» »	—	1 »
— de la 10e côte.	1 »	—	» »
Sur la *linea cristodorsalis* :			
— de la 10e côte.	4 »	—	1 »
— de la 11e côte.	17 »	—	10 »
— de la 12e côte.	4 »	—	14 »

Le docteur Conradi fait du reste remarquer que la présence du lobe droit du foie est accusée par un son plus sombre, dans la *linea mammalis*, au niveau du 5e espace intercostal, dans la *linea axillaris*, au niveau de la 7e cote ou du 7e espace intercostal, et dans la *linea cristodorsalis* au milieu du 9e espace intercostal. Il ajoute que pendant les fortes inspirations le bord inférieur de ce lobe du poumon, descend de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, et qu'il s'élève de 1 à 2 centimètres pendant les fortes expirations. Qu'il est par conséquent indispensable pour éviter les causes d'erreur, de faire cet examen pendant que la respiration est calme et régulière.

La détermination du bord inférieur du lobe gauche du poumon est rendue très-difficile, par suite de la présence du cœur dans ce côté de la cavité thoracique, et par suite surtout de la difficulté qu'il y a de de limiter le lobe gauche du foie, l'estomac, la rate et même l'arc du côlon. En procédant d'ailleurs comme pour le lobe droit, le docteur Couradi a obtenu les limites suivantes :

	1re série	—	2e série
Sur la *linea mammalis* :			
Au niveau de la 6e côte.	19 fois	—	16 fois.
— du 6e espace intercostal.	3 »	—	1 »
— de la 5e côte	1 »	—	» »
— du 5e espace intercostal	» »	—	5 »
— de la 7e côte	» »	—	3 »
— du 7e espace intercostal	2 »	—	» »
Sur la *linea axillaris* :			
Au niveau de la 8e côte	12 »	—	12 »
— de la 7e côte	» »	—	2 »
— du 7e espace intercostal	10 »	—	1 »
— du 8e espace intercostal	1 »	—	3 »
— de la 9e côte	2 »	—	6 »
— du 9e espace intercostal	» »	—	1 »
Sur la *linea cristodorsalis* :			
Au niveau de la 11e côte	17 »	—	7 »
— de la 12e côte	7 »	—	17 »
— du 11e espace intercostal	1 »	—	» »
— de la 10e côte	» »	—	1 »

En général le docteur Conradi a rencontré le matité du cœur au niveau du 4e espace intercostal, et de là, il déterminait facilement, à l'aide d'une percussion superficielle, la partie interne du bord inférieur du poumon recouvrant le cœur et s'étendant dans une direction oblique, à gauche, en dehors et en bas, jusqu'au niveau de la 6e côte. Sur la *linea axillaris* le bord inférieur du lobe gauche du poumon rencontrait ordinairement, au niveau de la 8e côte ou du 8e espace intercostal, la limite supérieure de la rate qui s'élève le plus souvent jusqu'à la pointe de la 11e côte. Sur la *linea cristodorsalis* il a constamment trouvé la matité splénique au niveau du 10e espace intercostal.

Il résulte donc de ces recherches que, sur la *linea mammalis*, le bord inférieur du poumon, à gauche et à droite, est au niveau de la 6e côte, qu'il est, sur la *linea axillaris*, au niveau de la 8e côte, et que, sur la *linea cristodorsalis*, il est plutôt au niveau de la 11e côte chez les individus plus petits, et au niveau de la 12e chez les plus grands.

Les données de cette nature trouvent évidemment leur application dans la pathologie du poumon; elles peuvent même devenir, pour le clinicien des termes de comparaison d'une valeur précise et rigoureuse, en admettant toutefois que les règles de la percussion soient strictement observées.

Docteur SCHNEFF.

CORRESPONDANCE.

A M. DE CASTELNAU, rédacteur du *Moniteur des Hôpitaux*.

De l'attitude du membre blessé, au point de vue de la réduction des luxations de l'humérus, d'après quelques faits recueillis dans les services de MM. Malgaigne et Robert.

Par M. le docteur DUCLOS, ex-interne des hôpitaux.

Dans le moment où une luxation de l'humérus se produit, la position du bras, relativement à celle du tronc est, fort importante à connaître; car elle indique à la fois quelle espèce de luxation se présente et quel procédé de réduction il faut employer. Telle est, toutefois, la doctrine de M. le professeur Malgaigne, qui, dans une leçon orale faite à l'hôpital Saint-Louis, le 10 avril 1851, présentait les considérations suivantes sur ce sujet :

« Dans l'histoire des luxations de l'humérus en avant trois « choses sont solidaires et s'enchaînent d'une manière si étroite, « que lorsqu'on en connaît une on connaît les deux autres ; ces « trois choses sont : 1° la cause qui produit la luxation et la « manière dont a agi cette cause ou l'attitude dans laquelle était « le membre soumis à la violence extérieure ; 2° le siége oc- « cupé par la tête de l'humérus déplacé ; 3° enfin le procédé de « réduction qui est suivi de succès. »

Quelles sont donc pour chaque espèce de luxation ces trois parties de leur histoire qui s'enchaînent si étroitement? Voici ce que l'expérimentation sur le cadavre et l'observation clinique ont appris à M. Malgaigne :

« A. *Pour la luxation sous-coracoïdienne*, c'est-à dire dans « laquelle la tête humérale est située immédiatement sous l'a- « pophyse coracoïde, cette luxation est généralement produite « par une même cause : c'est une chute sur le coude ou la main « violemment écartés du tronc; toujours dans ce cas on sent la « tête humérale dans le creux de l'aisselle; et enfin toujours le « procédé qui consiste à élever le bras jusqu'à toucher la tête « du malade et à tirer directement dans ce sens réussira à ré- « duire.

« B. *Pour la luxation intra-coracoïdienne*, c'est-à-dire celle « dans laquelle la tête humérale est située plus en dedans que « l'apophyse coracoïde, cette luxation est généralement produite « par une même cause; c'est une chute sur le moignon de l'é- « paule, le bras rapproché du tronc. Jamais dans ce cas on ne « sent plus la tête humérale dans le creux de l'aisselle, et enfin « ordinairement le procédé qui consiste à tirer le bras horizon- « talement dans l'abduction, c'est-à-dire en faisant former à ce « dernier, avec l'axe du corps, un angle droit regardant en de-

» hors, pendant qu'un aide presse sur l'acromion, pour empê-
« cher l'omoplate de céder aux tractions et de remonter, et tan-
« dis que le chirurgien repousse avec les mains placées dans
« l'aisselle, l'extrémité supérieure de l'os déplacée vers sa cavité,
« ordinairement, disons-nous, ce procédé sera suivi de succès. »

Pendant notre internat dans les hôpitaux, toutes les fois que nous avons rencontré l'occasion de vérifier, au lit des malades, l'exactitude de la doctrine précédente, nous l'avons saisie avec empressement. Or, voici les faits que nous avons pu recueillir :

PREMIÈRE OBSERVATION.

Luxation intra-coracoïdienne de l'humérus gauche.

Falou, quarante ans, serrurier, entra le 8 avril 1851, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Malgaigne). Il était tombé la veille dans un escalier, pendant qu'il montait avec un panier au bras; dans sa chute, le moignon de l'épaule gauche alla frapper violemment contre les marches.

Il se présente avec tous les signes d'une luxation de l'humérus en avant : méplat triangulaire et dépression immédiatement au-dessous de l'acromion gauche ; attitude du membre caractéristique : Coude fléchi à angle droit, écarté à quatre travers de doigts du tronc ; avant-bras dans une légère pronation; axe du bras ne se rendant plus au centre de l'articulation scapulo-humérale normale, mais un peu plus en dedans que cette dernière. En touchant les parties blessées on sent la dépression sous-acromienne formée par un vide qu'a laissé l'extrémité supérieure de l'humérus en se déplaçant en dedans ; on voit, mais surtout on sent le creux sous-claviculaire effacé et occupé par une tumeur arrondie, lisse (la tête humérale), qui se meut en sens inverse d s mouvements que l'on imprime au bras. Il est difficile de sentir quels sont les nouveaux rapports qui existent entre la tête humérale et l'apophyse coracoïde masquée par les parties molles ; cependant nous avons senti manifestement, en dehors de la tête humérale, une saillie osseuse un peu en dedans et au-dessous de l'extrémité de l'acromion, saillie osseuse au-dessous de laquelle existait une dépression dans laquelle on pouvait refouler les parties molles; en un mot, saillie qui nous a paru être l'apophyse coracoïde en dedans de laquelle se trouvait la tête humérale.

En plongeant profondément les doigts dans le creux de l'aisselle, on ne pouvait sentir la tête humérale. Le membre mesuré de l'angle postérieur externe de l'acromion à l'épicondyle ne nous a offert ni allongement ni raccourcissement. Il n'existait plus aucun mouvement spontané; les mouvements communiqués étaient très-limités et très-douloureux. On pouvait porter le bras blessé en avant, en arrière, en dehors; quant à l'adduction, elle était complétement impossible.

Le lendemain de l'accident on procéda à la réduction sans chloroforme. Le malade est couché sur le bord de son lit; M. Malgaigne place le bras de façon à lui faire former avec l'axe du tronc du sujet un angle droit regardant directement en dehors. On entoure l'extrémité inférieure du bras avec un lacs sur lequel tirent deux aides directement et horizontalement en dehors, pendant que le chirurgien refoule avec son genou, placé dans l'aisselle, l'extrémité supérieure de l'humérus vers la cavité glénoïde ; on sent un soubresaut, alors on ramène immédiatement le bras dans l'adduction et la réduction est obtenue en moins d'une minute.

Au bout de douze jours, on commença à faire exécuter à la jointure quelques mouvements en avant, en arrière et en dehors, pour lutter contre la raideur articulaire. que l'immobilité, dans laquelle on avait tenu le membre, avait amenée. Enfin, le malade quitta l'hôpital au bout de vingt jours ; il commençait à recouvrer l'usage de son membre.

Voilà un premier fait dans lequel les lois établies plus haut sont complétement vérifiées, car 1° la chute a lieu sur le moignon de l'épaule, le bras rapproché du tronc; 2° on ne sent pas la tête humérale dans le creux de l'aisselle; 3° enfin les tractions directement en dehors sur le membre placé horizontalement ont amené une réduction très-facile.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus gauche.

Léonard, 56 ans, cocher, entra le 4 mars 1852 à l'hôpital Beaujon (service de M. Robert.) Il raconte qu'en courant après son cheval qui s'était emporté, les pieds lui glissèrent au moment où il atteignit sa voiture et il tomba. En voulant se relever il prit de la main gauche le brancard de sa voiture, pendant qu'il était encore à terre, mais il retomba aussitôt une seconde fois tenant toujours le brancard; et c'est dans cette seconde chute qu'il sentit son épaule gauche se déboîter, pour nous servir de l'expression même du malade. Donc, si nous avons bien compris son récit, ce fut pendant que le bras était fortement relevé et écarté du tronc que la luxation s'est produite; cependant il est vrai de dire que le malade, peu intelligent, a de la peine à bien rendre compte de l'accident et qu'il avait d'abord raconté qu'il était tombé sur le moignon de l'épaule gauche, où d'ailleurs il n'y a pas d'ecchymose ni trace de contusions non plus qu'à la partie interne du coude ni à la main.

Quoi qu'il en soit, il se présente avec les signes d'une luxation sous-coracoïdienne de l'humérus gauche ; le coude, fléchi à angle droit, est écarté du tronc à un travers de main, l'avant-bras dans une légère pronation ; l'axe du bras dans son tiers supérieur, se porte un peu plus en dedans que le centre de l'articulation scapulo-humérale normale. Il existe un méplat, une dépression immédiatement au-dessous de l'acromion, dépression que l'on ne sent bien que lorsqu'on refoule les parties molles, parce le que malade présente un embonpoint assez prononcé... En touchant les parties blessées, on ne voit pas, mais surtout on ne sent pas le creux sous-claviculaire effacé, et on s'aperçoit promptement que la tête humérale est immédiatement sous l'apophyse coracoïde plus en dehors que le creux sous-claviculaire... Et enfin en portant la main dans le creux de l'aisselle, on sent à une phalange à peine de profondeur une tumeur osseuse lisse arrondie « la tête humérale » placée immédiatement au devant de la cavité glénoïde... Nous avons le regret de n'avoir pas eu le temps de mesurer le membre; l'adduction communiquée était le mouvement le plus douloureux et le plus difficile.

Le lendemain de l'accident, nous fîmes nous-même la réduction en présence et avec la permission de M. Robert. On donna du chloroforme au malade; celui-ci fut couché sur le bord de son lit; une alèze pliée en cravate passant transversalement autour du tronc et au-dessous de l'aisselle du côté blessé, était tenue par deux aides placés du côté opposé pour faire la contrextension et assurer l'immobilité de l'omoplate. Ensuite on éleva le bras verticalement, parallèlement à l'axe du corps; un seul aide s'emparant du poignet tira directement dans ce sens. Nous plaçâmes notre poing dans le creux de l'aisselle pour refouler en dehors la tête humérale vers la cavité glénoïde; quand l'os déplacé nous parut suffisamment remonté, nous fîmes abaisser brusquement le bras; on entendit un choc et la réduction fut obtenue en moins d'une minute

En résumant maintenant ce fait, nous dirons : nous avions affaire à une luxation sous-coracoïdienne, elle a été produite par un violent mouvement du bras fortement écarté du tronc; la tête humérale se retrouvait dans l'aisselle, et enfin le procédé de réduction consistant à tirer le bras verticalement en haut a très-bien réussi. Donc ce second fait réuni au premier suffirait déjà pour étayer la doctrine précédente; mais en voici encore d'autres qui parlent dans le même sens :

TROISIÈME OBSERVATION.

Luxation intra-coracoïdienne de l'humérus droit.

Diot, Marie, âgée de cinquante et un ans, concierge, entra le 20 septembre 1851 à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Malgaigne). Elle était tombée la veille dans une cave sur l'épaule droite; la malade ne se souvient pas quelle attitude avait son bras pendant la chute, tant fut intense la douleur ressentie à ce moment dans la jointure blessée. Quoi qu'il en soit, la malade présente tous les signes d'une luxation intra-coracoïdienne de l'humérus droit : dépression sous l'acromion peu prononcée à première vue, parce que cette femme a un grand embonpoint; mais le creux sous-acromien est parfaitement appréciable au toucher. Attitude caractéristique du membre : le coude, au commencement de la flexion, est éloigné de quatre travers de doigts du tronc; l'avant-bras est dans la pronation complète; l'axe du bras, dans son tiers supérieur, tombe en dedans de l'articulation scapulo-humérale normale. En touchant les parties blessées, on sent le creux sous-claviculaire effacé occupé par une tumeur arrondie, lisse, osseuse, (la tête humérale,) qui se meut en sens inverse des mouvements que l'on imprime au bras; en cherchant à reconnaître quels sont les nouveaux rapports de la tête de l'humérus et de l'apophyse coracoïde, on sent au-dessous et un peu plus en dedans que l'extrémité de l'acromion; une saillie osseuse située un peu plus en dehors que la tête humérale, et au-dessous de cette saillie, un vide dans lequel on peut refouler les parties molles; cette saillie osseuse paraissait être l'apophyse coracoïde. En outre, on ne peut parvenir à sentir la tête de l'humérus dans le creux axillaire à quelque profondeur qu'on enfonce les doigts.

Mesuré de l'angle postérieur externe de l'acromion à l'épicondyle, le membre blessé avait 1 centimètre de raccourcissement; pendant cette

mensuration on s'aperçut que l'épicondyle regardait directement en avant. Il n'existait plus de mouvements spontanés; on pouvait communiquer des mouvements en avant, en arrière et une légère abduction, mais l'adduction et la rotation en dehors étaient totalement impossibles. L'épaule était le siége de douleurs très-vives.

M. Malgaigne annonça qu'il y avait comme complication une fracture de la grosse tubérosité de l'humérus. Et, en effet, après la réduction obtenue, quand on faisait tourner l'humérus sur son axe en embrassant le moignon de l'épaule avec la main, on sentait une crépitation franche au niveau de la grosse tubérosité.

Quarante-huit heures après l'accident on procéda à la réduction sans chloroforme; la malade est assisse sur une chaise; M. Malgaigne place le bras dans l'abduction, de façon à lui faire former avec l'axe du corps un angle droit; on entoure l'extrémité inférieure du bras avec un lacs sur lequel tirent deux aides horizontalement et directement en dehors; une alèze pliée en cravate passant sous l'aisselle blessée et remontant sur le moignon de l'épaule du côté sain est confiée à trois aides qui feront la contrextension et empêcheront l'omoplate de céder aux tractions; enfin un dernier aide pressera fortement sur l'acromion pour l'empêcher de remonter pendant les efforts de traction, tandis que le chirurgien repoussera avec les deux mains enfoncées dans le creux de l'aisselle la tête humérale vers la cavité glénoïde.

Après quelques secondes de tractions, la réduction s'annonça par un petit soubresaut, et on ramena brusquement le membre dans l'adduction....

Dans ce cas encore, si l'attitude du bras, au moment de la chute, n'a pu être connue, on a vu cependant que la tête humérale ne se rencontrait pas dans l'aisselle et que les tractions directement en dehors sur le membre placé horizontalement ont amené, comme dans notre première observation, une réduction très-rapide et très-facile.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus droit.

Danfos, cinquante et un ans, serrurier, entre le 27 janvier 1852, à Beaujon (service de M. Robert). Il était tombé la veille sur le côté droit; voici dans quelles circonstances: étant monté sur une chaise pour atteindre un objet, le pied lui manqua et il tomba le côté droit sur le bord d'un seau; comme il perdit connaissance pendant quelque instants il ne sait si son bras fut violemment écarté du tronc au moment où la luxation se produisit. D'ailleurs on ne trouve aucune ecchymose, aucune trace de contusion, ni à la partie interne, ni sur le moignon de l'épaule, de sorte que l'on ne peut éclairer cette question; on constate seulement une contusion avec ecchymose au côté droit du front et une petite plaie contuse au milieu du dos du nez.

Quoi qu'il en soit, le malade se présente avec les signes d'une luxation sous-coracoïdienne de l'humérus droit qui s'est probablement produite au moment où le bras violement porté dans l'abduction pour atteindre l'objet dont nous avons parlé, le pied glissa au malade.

Aujourd'hui on constate une dépression très-prononcée immédiatement au-dessous de l'acromion; une attitude caractéristique: la tête et le tronc sont un peu inclinés à droite; le coude, fortement écarté du tronc, s'éloigne de deux travers de mains du thorax; l'avant-bras et la main sont dans une pronation complète; l'axe du bras, dans son tiers supérieur, se trouve à environ cinq centimètres plus en dedans que le centre de l'articulation scapulo-humérale normale; le moignon de l'épaule a considérablement augmenté de volume, puisqu'elle a sept centimètres de circonférence de plus que l'épaule du côté sain et que la paroi antérieure de l'aisselle a trois centimètres de plus que du côté normal... En touchant les parties blessées on ne sent pas le creux sous-claviculaire effacé... Mais le creux sous-claviculaire paraissait beaucoup plus profond que du côté sain... En cherchant à reconnaître quels sont les nouveaux rapports contractés entre la tête humérale et l'apophyse coracoïde, il nous a été impossible de sentir nettement cette dernière; mais lorsqu'on enfonçait les doigts dans le creux de l'aisselle, on sentait une tumeur osseuse, lisse, arrondie (la tête humérale), qui changeait de position en sens inverse des mouvements imprimés au bras. Cependant nous avons noté que pour sentir la tête humérale, il fallait, dans ce cas, enfoncer toute la longueur des trois phalanges des doigts. Il n'existait plus aucun mouvement spontané; mais on pouvait communiquer des mouvements en avant, en arrière et en dehors; ils étaient très-limités et très-douloureux. L'adduction était notablement impossible. On a remarqué comme complications des fourmillements, des engourdissements dans toute la longueur du membre qui n'était nullement cyanosé.

Le lendemain de l'accident, M. Robert, qui regardait cette luxation comme un exemple du luxation sous-coracoïdienne, opère la réduction sans chloroforme par le procédé de M. Meslay, de Rouen: chacun sait que ce procédé consiste à faire l'extension en relâchant le plus possible la longue portion du muscle biceps.

Un aide embrasse avec les deux mains le tronc du malade pour faire la contrextension; un autre aide fléchit l'avant-bras le plus possible sur le bras; on porte le bras en avant de façon à lui faire former avec le plan latéral du sujet un angle droit regardant directement en avant et dans le but de relâcher la longue portion du biceps; le second aide qui a fléchi l'avant-bras, exerce des tractions directement en avant sur l'extrémité inférieure du bras, saisie au-dessous du coude, tandis que le chirurgien, avec ses mains placées dans l'aisselle, repousse l'extrémité supérieure de l'humérus vers sa cavité articulaire: au bout d'une minute de tractions, la réduction s'annonce par un petit soubresaut et on amène le bras dans une adduction forcée.

Pendant douze jours, on s'assure de l'immobilité de la jointure à l'aide du mouchoir triangulaire de Mayor et le malade quitte ensuite l'hôpital, ne conservant plus qu'un peu de roideur articulaire.

Dans le fait précédent, bien que l'attitude du membre, au moment de la chute, n'ait pu être précisée, il nous a paru probable qu'encore ici l'attitude était bien celle indiquée par M. Malgaigne, c'est-à-dire le bras écarté du corps; la tête humérale se rencontrait encore dans l'aisselle; enfin le procédé de réduction qui a réussi se rapproche de celui que M. Malgaigne emploie en pareille circonstance; car en élevant verticalement le bras on relâche la longue portion du biceps, comme dans le procédé de M. Meslay de Rouen.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus gauche.

Vivier (François), quarante-huit ans, employé sur les ports, vient le 2 février 1852 à l'hôpital Beaujon (service de M. Robert), pour se faire réduire une luxation de l'épaule gauche. Il raconte qu'il s'est déjà démis la même épaule quatre autres fois; la première, ce fut il y a dix ans; il était venu dans ce même hôpital se faire réduire sa luxation et resta quatre semaines dans le service de M. Laugier; la deuxième fois, la luxation se reproduisit il y a huit ans; la troisième fois il y a quatre ans, et enfin la quatrième fois il y a deux ans. Toujours le malade a remarqué que cette luxation se produisait de la même manière: c'était en élevant très-fortement le bras.

Ce matin encore, c'est en élevant brusquement les bras, qu'elle se reproduisit pour la cinquième fois; il voulait saisir le haut de sa charrette, il s'y cramponna pour y monter, un de ses pieds glissa, et il sentit dans le même moment un craquement dans l'épaule gauche.

Il se présente avec les signes d'une luxation de l'humérus gauche en avant; malheureusement, nous n'avons pu savoir si l'on sentait la tête humérale dans l'aisselle, parce que la luxation fut réduite avant que nous ayons trouvé le temps nécessaire pour l'examiner. Cependant nous avons noté une dépression située immédiatement au-dessous de l'acromion; donc, la luxation n'était pas douteuse.

D'abord, M. Robert tenta la réduction sans chloroforme par le procédé de M. Meslay, de Rouen, tel qu'il a été exposé plus haut.

Ce procédé échoua. Ensuite on releva le membre jusqu'à ce qu'il touchât la tête du sujet et l'on fit faire des tractions directement verticales, pendant que le chirurgien, avec les mains dans l'aisselle, cherchait à repousser la tête humérale vers la cavité glénoïde: les efforts restent également infructueux.

Enfin, lorsqu'on eut donné du chloroforme au malade qui était fortement musclé, ce dernier procédé est de nouveau employé: tandis qu'un aide fait la contrextension avec une alèze pliée en cravate, qui passe sur l'acromion du côté blessé et dont les chefs conduits obliquement sur le thorax sont tenus du côté droit du sujet, deux autres aides tirent de nouveau le bras placé verticalement dans l'extension, parallèle à l'axe du corps et touchant la tête du sujet; pendant les tractions, le chirurgien, avec un poing dans l'aisselle, refoule l'humérus en haut et en dehors; au bout d'une minute, on entend un craquement, même à distance; on porte brusquement le bras dans l'adduction et la réduction est obtenue.

Cette dernière observation, si elle reste muette à propos de la symptomatologie, vient encore cependant, comme les précédentes, à l'appui de deux des lois établies par M. le professeur Malgaigne dans l'histoire des luxations sous-coracoïdienne; car la violence a agi ici en écartant brusquement le coude du tronc, et l'extension verticale du bras et les tractions dans ce sens ont amené une réduction facile. Docteur P. Duclos.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 22. 3e ANNÉE. Mardi 20 février 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Discussion sur le traitement de la variole et de ses épiphénomènes.

A M. BOUSQUET, membre et vaccinateur de l'Académie.

Monsieur et très-honoré vaccinologue et vaccinophile,

J'ai eu bien des occasions d'applaudir à votre remarquable talent; jamais je ne l'ai fait plus cordialement et à plus juste titre que mardi dernier. Vous avez su, dans votre nouveau discours, conserver, en le raffinant encore, ce parfum littéraire qui s'exhalait de vos précédentes oraisons, et vous avez, en outre, donné à vos arguments cette vivacité de coloris qui commande l'attention, et qui, en quelques passages, a même failli braver les usages académiques, par exemple, quand vous avez taxé de *manie* votre honorable contradicteur. De cette vivacité, je me garderai bien de me plaindre : venant d'un académicien aussi grave et d'une aussi grande distinction que vous, elle montre tout ce qu'on doit pardonner au désir de faire triompher ce qu'on croit être la vérité, et elle justifie d'avance les verdeurs d'expression de la critique, qui n'est pas obligée à la gravité d'un académicien et qui, de plus, n'a pas toujours le temps de choisir ses expressions.

Ce n'est pas seulement à votre coloris et à vos périodes que mes justes félicitations sont acquises : sur la nomenclature et sur l'individualité, ou, si vous aimez mieux, l'unité de certaines maladies, vous avez objecté à M. Piorry ce que, dans un langage moins heureux, je lui ai plusieurs fois objecté moi-même, sans avoir eu le talent ni, par conséquent, la satisfaction de le convaincre. Mais là s'arrête la communauté de nos vues; là doivent finir mes éloges et doit commencer ma critique.

Il y a trois qualités qui, pour tout orateur, mais surtout pour un orateur savant, sont au-dessus de la forme et de la couleur : la première, c'est de pénétrer jusqu'au fond des questions qu'il soulève; la seconde, c'est d'exposer clairement les raisons et les faits qu'il invoque en faveur de ses doctrines; la troisième, de n'avancer que des faits évidents ou qui deviennent certains par une démonstration. Ces trois qualités, le ciel me paraît les avoir refusées aux parties essentielles de votre discours. Tâchons de nous en convaincre ensemble, le lecteur, vous et moi.

Les maladies, pensez-vous, et, pour être plus net, la variole dont il s'agit spécialement ici, ne résident pas exclusivement dans les organes, ou pour mieux dire dans un organe donné, par exemple dans la peau, pour nous en tenir à l'objet de la discussion. Voilà qui est bien, et tous les anatomo-pathologistes sont de votre avis, sans en excepter Broussais, M. Bouillaud, voire même M. Piorry. Que conclure de ce fait? Que la variole n'est pas seulement une maladie de la peau, mais aussi une maladie du sang, et *peut-être* d'autre chose encore. Voilà ce que répondront les anatomo-pathologistes, ceux du moins qui cultivent un peu la logique en même temps que l'*anatomo-pathologie*. Mais vous, que répondez-vous? Deux choses :

1° « Toute maladie commence par la *cause* même *de la vie;* »

2° « Les maladies ont leur racine dans *l'action vitale.* »

Connaissez-vous la *cause de la vie?* Non. — Savez-vous ce que vous avez voulu désigner par ces deux mots : *action vitale?* Non. Alors, que sont donc vos deux réponses? Je n'ose vous le dire, malgré l'exemple de franchise que vous nous avez donné dans votre discours. Mais Voltaire, fort heureusement, que vous paraissez cultiver, va vous le dire pour moi : elles sont du galimatias double, c'est-à-dire un galimatias dans lequel l'auteur n'est point entendu et ne s'entend point lui-même.

En résumé, vous en êtes, relativement aux notions de la cause essentielle, primordiale des maladies, à leur nature intime, exactement au même point que les anatomo-pathologistes; il y a seulement entre eux et vous cette différence, qu'au delà de leur horizon scientifique, ils reconnaissent et proclament l'inconnu, tandis que vous vous bercez d'illusions ou affectez un faux savoir, en donnant à cet inconnu des noms vides de sens.

Certes, je n'ignore pas que l'on peut donner trop d'im-

portance aux lésions locales, et M. Piorry, je le lui ai dit quelquefois, me paraît être tombé dans cet excès. J'ai vu aussi dans un concours de la Faculté de Paris, un candidat qui se disait et se croyait l'adversaire, presque l'ennemi de M. Piorry, soutenir publiquement qu'il n'y avait aucune différence entre une arthrite traumatique, une arthrite rhumatismale et une arthrite syphilitique. Mais ces exagérations sont des exceptions dans ce qu'on appelle l'école anatomo-pathologique, et c'est parce que vous avez tout confondu dans une même et aveugle proscription, que je vous rappelle au positivisme, à la raison, à la vérité.

Au reste, on ne saurait se dissimuler qu'entre l'exagération des localisateurs et celle des généralisateurs, la seconde serait de beaucoup la plus funeste, car les indications thérapeutiques qui découlent de la lésion locale, sont infiniment plus nombreuses que celles qui résultent de la cause générale *présumée* ou *inconnue* de la maladie.

Votre fausse ou inintelligible doctrine ainsi jugée dans ce qu'elle peut paraître avoir de général et de philosophique, voyons quelles applications particulières vous en faites à la pratique. Je prendrai au hasard quelques-uns de vos aphorismes, ne pouvant pas tout prendre.

Parlant du contre-poison du virus variolique, vous dites :

« Malheureusement ce neutralisant, s'il existe, n'est pas connu, et quand il le serait, nous n'en pourrions pas faire usage. »

— Et pourquoi donc, s'il vous plaît ?

— « Comment atteindre un miasme qui se dérobe à tous les sens ? »

— La belle raison ! vos sens, par hasard, auraient-ils touché, vu, entendu ou senti le virus syphilitique, depuis qu'on a appris à le neutraliser ?

— « Le malade lui-même le reçoit sans en être averti, et il le porte dans ses chairs, qu'il ne sait pas encore le danger qui le menace. »

— Autre raison de même force ! L'individu qui reçoit le miasme paludéen en est-il averti, et sait-il qu'il le porte dans *ses chairs*, jusqu'au moment où se manifeste la fièvre intermittente? Cette ignorance du malade empêche-t-il le médecin d'administrer le sulfate de quinine et de neutraliser ainsi le miasme morbifique? Sur quelles bases ou plutôt sur quelles inspirations fondez-vous donc vos prophéties, et frappez-vous ainsi l'avenir de stérilité ! Aucun anatomo-pathologiste ne saura le deviner, mais tous auraient été bien aises de l'apprendre.

Médiocrement respectueux d'ailleurs pour vos prophéties, vous déclarez un peu plus loin que :

« L'infection variolique est irrésistible ;

« Rien ne peut ni la prévenir ni l'atténuer ;

« L'*art* n'a rien à lui opposer, si ce n'est ces moyens généraux que prescrit *le simple bon sens*. »

Or, quels sont ces moyens généraux ? C'est encore vous qui allez faire la réponse :

« Mais parce que l'art n'est pas tout puissant contre la variole, il ne faut pas dire qu'il n'y peut rien. Une saignée faite à propos quand la réaction est trop vive, un émétique quand l'éruption a de la peine à se faire jour, des boissons tempérantes, de l'air, de la fraîcheur, peu de lumière autour des malades ! voilà des moyens que la raison avoue, que l'expérience conseille. »

Et, auriez-vous dû ajouter : *que prescrit le simple bon sens*. Certes, voilà un bon sens singulièrement perspicace, qui devine qu'en donnant de l'émétique à un malade, on favorisera l'éruption variolique ! Je gage que les anatomo-pathologistes ne sauront pas ce qu'il leur faut le plus admirer, ou de la perspicacité du simple bon sens ou de l'esprit de conséquence de vos doctrines médicales et de vos principes thérapeutiques, qui apprennent que l'art ne peut absolument rien contre l'*infection variolique*, mais qu'il peut quelque chose contre *la variole!* Comprendra qui pourra ! Quant à moi, plutôt que d'y essayer, j'aime mieux admirer la susdite perspicacité du susdit simple bon sens, quoique je ne sois pas bien sûr qu'un émétique favorise l'éruption variolique.

Mais ne parlons plus de la favoriser ; parlons, au contraire, de la contrarier. M. Piorry a proposé, après d'autres, un moyen de l'empêcher complétement, consistant à soustraire les parties à l'influence de l'air et de la lumière. Que vaut ce moyen? Faut-il l'employer ?

A la première question vous répondez :

« Je crois pour mon compte qu'il agit de l'une et de l'autre façon. »

Comment ! vous *croyez!* Vous n'êtes donc pas sûr ? Comment ! après 40 ans d'une étude et d'une pratique qui se sont à peu près exclusivement bornées à la variole et à la vaccine, et sur un point *important* que les plus simples expériences vous auraient permis de résoudre, vous en êtes encore à *croire*, et vous ne *savez* pas !

A quoi donc avez-vous passé ces 40 années, est-ce à composer des élégies sur l'anatomie pathologique, ou des odes sur l'action vitale ? Si vous ne voulez prendre la peine d'observer comme les anatomo-pathologistes, prenez au moins celle de lire leurs observations ; parcourez celle que je publie à la suite de cette critique, et vous y apprendrez comment vous auriez pu répondre à M. Piorry, sans avoir recours à votre foi, chose fort respectable assurément, mais parfaitement hors de saison dans toute discussion scientifique.

Sur la seconde question, celle de savoir si, à supposer qu'on le puisse, on doit faire avorter les pustules varioliques, vous dites :

« Eût-on le moyen de refouler l'éruption en masse, que la prudence défendrait de l'employer. »

Est-ce encore là une croyance, un *article de foi?* ou bien est-ce une opinion basée sur des faits? Dans ce dernier cas, pourquoi ne pas publier ces faits et les livrer à la discussion? Si haut qu'on soit placé, on ne peut plus avoir, de notre temps, la prétention d'être cru sur parole, même quand on n'est pas un anatomo-pathologiste, et malheureusement, tout le long de votre discours, vous avez paru croire le contraire ; je viens de vous en donner assez de preuves, pour qu'il soit inutile d'en produire de nouvelles. Renoncez donc à cette méthode ou à cette habitude, quelle que soit d'ailleurs votre opinion sur le siége et la nature des maladies ; si vous y persistez, les

anatomo-pathologistes, parmi lesquels j'ose me compter, conserveraient bien pour vous l'affectueuse estime que méritent votre honorable caractère et votre talent d'écrivain, mais ils chercheraient dans vos écrits les distractions qu'on trouve dans un agréable romancier, et non pas l'enseignement qu'on doit trouver dans les travaux d'un médecin sérieux.

Si dans les remarques qui précèdent, vous avez trouvé un critique sévère, je désire vivement que dans cette dernière recommandation vous ne trouviez qu'un conseil d'ami. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

M. le professeur Piorry a émis, dans le mémoire qu'il a lu à l'Académie, cette opinion que l'application de l'emplâtre diachylum sur la peau empêchait, comme l'emplâtre de Vigo, les pustules de se développer, et que l'un et l'autre agissaient en abritant les parties du contact de l'air et de l'influence de la lumière. L'observation suivante, prise parmi 69 observations semblables recueillies en 1840 et en 1841, pendant que j'étais interne à l'hôpital de Lourcine et à l'hôpital Cochin, prouve que l'opinion de M. Piorry n'est pas exacte. De toutes ces autres, comme de celle que je donne pour spécimen, il résulte :

1° Que l'emplâtre de Vigo, ou les onctions mercurielles convenablement faites, empêchent le développement des pustules varioliques ;

2° Que l'emplâtre diachylum, de même que tous les corps essayés, qui ne font que soustraire la peau à l'influence de l'air et de la lumière, n'ont qu'une *très-faible* influence sur le développement des pustules, nullement comparable à celle des mercuriaux ;

3° Que même cette dernière influence devient à peu près nulle sur les parties du corps où la peau est très-épaisse ;

4° Que l'application de l'emplâtre de Vigo sur la face est presqu'impossible en pratique ; quand l'emplâtre est bien appliqué, il occasionne une telle gêne, par l'immobilité qu'il donne (et cette application est très-difficile) à la peau, qu'il n'en est pas un malade sur cinquante qui veuille se résigner à le supporter ; quand l'emplâtre est mal appliqué, il n'atteint nullement le but désiré, et, dans aucun cas, ou à peu près, ce but n'est atteint dans les points où il serait le plus essentiel de l'atteindre, c'est-à-dire sur les paupières. Néanmoins, dans la pratique civile, il serait possible, à l'aide de soins intelligents et dévoués, donnés littéralement à toute minute, d'obtenir ce qui est impossible dans les hôpitaux.

Varicle discrète mais abondante. — Presque point de cicatrices. — Sujet non vacciné. — Abcès critiques?... — Applications d'emplâtre de Vigo et de diachylum; avortement des pustules du côté de l'emplâtre mercuriel. — Développement des pustules du côté de l'emplâtre de diachylum. — Guérison.

Conty, François, 29 ans, carrier, cheveux noirs, yeux bruns, peau assez blanche, taille un peu plus qu'ordinaire, système musculaire très-développé, est entré le 27 avril 1841, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 4.

Cet homme n'a jamais eu d'autres maladies que des contusions, et, il y a 4 mois, une fracture du tibia qui s'est promptement consolidée.

Le 25 avril, à 5 heures du matin, en allant à son travail, il fut pris de frissons entremêlés de bouffées de chaleur, d'une céphalalgie intense, de douleurs assez vives dans les reins, et de nausées qui, dans le courant de la journée, furent accompagnées de vomissements de matières incolores d'abord, puis verdâtres. Le malade se mit au lit, et les mêmes accidents persistèrent en augmentant plutôt qu'en diminuant d'intensité.

Il n'a jamais été vacciné et habitait une maison où plusieurs de ses camarades étaient affectés de variole.

Le 27. Face colorée, céphalalgie intense, douleur modérée dans les reins, point de côté à droite, douleurs générales dans les membres, respiration fréquente, envies fréquentes de vemir, quelques vomissements de matières liquides mêlées de bile, langue un peu grise, soif vive. La percussion et l'auscultation du thorax ne donnent rien d'anormal, seulement la respiration est un peu faible du côté droit, en arrière. Pouls fort et résistant, à 105, peau chaude, susurrus continu et assez fort dans la carotide droite; rien ailleurs.

Le 28. A la face, sur le tronc et les membres, petites taches rouges d'une à deux lignes et plus de diamètre, présentant toutes une saillie acuminée au sommet de laquelle on voit, dans plusieurs, une très-petite vésicule. Ces papules sont plus nombreuses à la face qu'aux membres, et aux membres qu'au tronc; mais nulle part elles ne sont assez rapprochées pour faire craindre la confluence; en même temps que des boutons, il s'est manifesté cette nuit du mal de gorge, et la voix est devenue un peu gutturale. La voûte et le voile du palais sont le siége de papules semblables assez nombreuses. Il y a presque autant de céphalalgie qu'hier, mais les douleurs des lombes et du côté droit sont considérablement diminuées; il y a toujours des vomissements. Constipation, pas de coliques; 25 inspirations, 82 puls., pouls fort et résistant; peau chaude, point de susurrus dans la carotide droite, un peu d'appétit. — Pect. sir. gomm. 2 pot., jul. gomm., diète.

On applique sur la face l'emplâtre de Vigo, non pas étendu sur une toile, mais en masse et rendu coulant par la chaleur.

De semblables applications sont faites avec le plus grand soin et maintenues par un bandage sur les avant-bras, dans l'endroit où l'on trouve le plus de pustules, à *droite* avec *l'emplâtre de Vigo*, et *à gauche* avec *l'emplâtre diachylum*. — Les mêmes applications sont faites aux deux coude-pieds, où la peau est très-épaisse.

Le 29. En plusieurs points de la face l'emplâtre s'est détaché malgré les bandes. A peu près même céphalalgie, les vomissements continuent, le pouls est toujours fort et résistant, de 80 à 85; abdomen et thorax normaux; rien dans les carotides. Quelques-unes des pustules de la face et des membres présentent une vésicule blanchâtre d'une ligne de diamètre, aplatie; celles du voile et de la voûte du palais sont toutes blanches et déprimées, entourées d'un petit cercle rouge; point de mal à la gorge, même dans la déglutition; voix toujours gutturale. Point de coliques, il y en a eu un peu hier. Cette nuit une selle en dévoiement; c'est la quatrième depuis l'entrée à l'hôpital. — Même prescription. On réapplique l'emplâtre sur les points de la face où il est décollé,

Le 30 avril. La plus grande partie des pustules sont vésiculeuses, aplaties et quelques-unes ombiliquées, celles du tronc et de la face le sont moins; il a paru quelques nouveaux boutons hier. La rougeur, dans les plus larges pustules, n'a pas plus d'une ligne et demie à 2 lignes de diamètre. Douleur assez vive à la gorge, qui devient très-vive pendant la déglutition; pustules blanches très-nombreuses sur la voûte, le voile et la paroi postérieure du pharynx. L'emplâtre de la face est retombé. Soif vive;

pouls peu développé, à 65; rien dans les carotides; diarrhée abondante la nuit et le matin. Un peu d'appétit, peau médiocrement chaude, sudorale. Les vomissements persistent encore. — Tis. pect., sir. gomm.; jul. gomm.; diète.

1er mai. Toutes les pustules sont vésiculeuses, aplaties, non ombiliqués, remplies de serosité transparente, entourées d'une auréole qui n'a pas plus d'un centimètre à un centimètre et demi de largeur; les vésicules les plus larges n'ont que le volume d'un grain de chènevis, et elles sont très-rares; elles ont en général le volume d'un fort grain de millet; on en voit en plusieurs endroits de cinq à dix réunis en groupe, quoique, en général, l'éruption ne soit pas confluente. Douleur de gorge un peu moindre; depuis hier, il y a de la salivation, mais elle est considérable aujourd'hui; douleurs et léger gonflement avec rougeur des gencives; de temps en temps encore, quelques envies de vomir. Plus de diarrhée; pouls assez fort, à 65; sommeil assez bon; un peu d'appétit.

Les pustules des membres augmentent de volume; l'auréole devient plus large; quelques-unes commencent à s'ombiliquer; à la face, quelques-unes s'élargissent et s'ombiliquent également, mais la très-grande majorité sont petites et acuminées.

Sur l'avant-bras droit, *à la place où l'on applique l'emplâtre de Vigo, presque toutes les pustules sont avortées;* les 4 ou 5 qui existent sont *affaissées, flasques,* et *ne consistent qu'en un soulèvement de l'épiderme sous lequel il n'y a aucune sécrétion.*

Sur l'avant-bras gauche, à *l'endroit où l'on a appliqué le diachylum coulant,* les pustules sont *aussi nombreuses, aussi rénitentes* qu'ailleurs; seulement elles sont *plus blanches,* ce qui *paraît dû à une espèce de macération.*

Au cou-de-pied, où la peau est très-dure, il *n'y a de modification,* ni *du côté du diachylum,* ni *du côté de l'onguent mercuriel.* Il n'y a toujours point de fièvre; la salivation est moindre qu'hier; un peu d'appétit. — Même prescription.

Les pustules de la face sont aujourd'hui toutes d'un blanc jaunâtre, petites, très-nombreuses, et même confluentes en certains points; la face est un peu tuméfiée; le nombre des pustules ombiliquées des membres n'augmente pas; celles de la voûte et du voile sont aplaties, larges comme de petiles lentilles, et toutes ombiliquées. Toujours quelques envies de vomir, salivation abondante, céphalalgie assez vive, insomnie, constipation depuis deux jours, pouls médiocrement développé, de 75 à 80.

Le 4. Les pustules des membres et du tronc se sont encore accrues quelques-unes seulement présentent une ombilication peu marquée; plusieurs sont jaunes et transparentes, remplies de sérosité; celles de la face sont toujours petites, et 7 ou 8 seulement ombiliquées, il n'en existe point sur les côtés des joues, la face est un peu plus gonflée qu'hier; salivation toujours assez abondante, peu de céphalalgie, peu de douleur à la gorge, point de diarrhée, pouls assez fort, un peu dur, à 85, peau un peu chaude. — Même prescription. — Bruit de frottement à peine sensible au premier temps dans la carotide droite.

La plupart des pustules de la face sont en pleine dessiccation, celles des membres jaunissent un peu, très-peu sont ombiliquées; la face et surtout la lèvre supérieure sont tumefiées; pouls un peu fort et résistant; bruit de frottement intermittent dans la carotide droite seulement; un peu d'appétit. — Pect. sir. g.; jul. g.; diète.

Le 7. Toutes les pustules de la face sont desséchées en croûtes jaunâtres; celles du thorax commencent également à se dessécher; aux membres et à l'abdomen, où elles sont volumineuses, non ombiliquées pour la très-grande majorité, il y a un commencement de dessiccation sur quelques-unes seulement. On ne trouve de disque dans aucune pustule, quoique dans la plupart la sécrétion soit concrète, dans quelques-unes la sécrétion est purulente; dans d'autres, moitié concrète, moitié séreuse. Il y a toujours de la salivation, mais peu abondante.

Il n'y a que *cinq boutons sur toute la surface recouverte par l'emplâtre de Vigo.* (9 pouces carrés.)

Peau de chaleur normale, pouls un peu fort à 80. Sommeil bon; faim. Léger prolongement du premier bruit dans les carotides; rien dans les sous-clavières. — Tis. pector., sir. gomm. jul. gomm. potages.

La tuméfaction de la face a disparu partout, excepté à la lèvre supérieure où elle est cependant beaucoup diminuée. Presque toutes les pustules des membres et du tronc sont desséchées; celles qui ne le sont pas encore sont presque toutes celles qui étaient ombiliquées; on parvient facilement à enlever des disques, soit complets, soit percés à leur centre; ils se détachent aussi avec facilité de l'épiderme; hier on n'a pas pu en détacher sur plusieurs pustules sur lesquelles l'essai a été fait. Au voile du palais, il n'y a plus que quelques croûtes jaunâtres sur la ligne médiane où les pustules étaient les plus nombreuses, point de mal de gorge; presque plus de salivation. Sommeil, appétit; pouls peu fort; un peu vif à 65-70; prolongement soufflant du premier bruit dans les carotides.

Sur la surface où l'on a appliqué l'*emplâtre de Vigo,* il n'y a que *cinq boutons tuberculeux,* avec légère croûte au sommet.

Du côté où l'on a fait l'application du diachylum, on n'observe *aucune différence d'avec les parties environnantes.* Cependant, les deux emplâtres ont été maintenus également bien appliqués : — Tis. pect.; potages.

Le 10. Tout est en dessiccation complète; à la face, quelques croûtes jaunâtres commencent à tomber; au voile et la voûte du palais, il n'y a plus rien; point de salivation. Selles normales; pouls un peu faible à 65-70; léger prolongement du premier bruit dans les carotides; sommeil et appétit bons. Les urines traitées par l'acide nitrique, ne donnent aucun précipité. — Le quart d'aliments.

Le 12. Quelques croûtes commencent à se détacher à la face et sur les membres supérieurs; sommeil et appétit bons; rien d'anormal dans les urines. — Le quart de nourriture.

Le 14. La desquammation continue à se faire par plaques grisâtres; quelques-unes des pustules deviennent brunes, cornées, et sont très-adhérentes à la peau. Rien dans les urines; très-bon état général. — La moitié d'aliments.

Le 16. Il s'est formé *plusieurs* abcès *sur les deux cuisses,* qui se sont promptement cicatrisés après avoir été ouverts. Malgré ce léger accident, l'état général a toujours coniinué à s'améliorer; il ne s'est point manifesté de la fièvre et le malade s'est trouvé assez bien pour sortir le 24 mai. A cette époque toutes les fonctions se faisaient comme à l'état normal; la desquammation était complète, et il ne restait à la place des pustules que des *taches* plus ou moins rouges; *quelques-unes* seulement avaient laissé des cicatrices peu profondes qui paraissent devoir s'effacer avec le temps.

H. DE CASTELNAU.

Du traitement de la variole.

EXAMEN CRITIQUE DU MÉMOIRE DE M. PIORRY;

Par M. le docteur BOUSQUET.

(*Lu à l'Académie de Médecine, dans la séance du* 13 *février* 1855.)

Quelque attention que j'aie donnée au Mémoire de M. Piorry sur la variole, je ne me suis pas cru en état d'en parler avant de l'avoir lu; et maintenant que je l'ai lu, je ne pourrai dire ce que j'en pense sans entrer dans les doctrines de l'auteur. Je serai court.

En physiologie, nul n'est plus spiritualiste que M. Piorry; en pathologie, nul n'est plus matérialiste.

Spiritualiste au point qu'il fait tout venir de l'âme; non seulement la pensée, mais la vie et les organes eux-mêmes. L'âme, dit-il, est le point de départ de l'organisation, ce sont ses paroles; et c'est l'influence de l'âme qui détermine les phénomènes qu'on a coutume de rapporter au principe vital. Sthal n'aurait pas mieux dit.

En pathologie, ce n'est plus cela, la transformation est complète. M. Piorry n'admet, ne voit que des organes. Médicalement parlant, il n'y a que des organes dans le corps humain, je le crois. Mais je crois aussi que ces organes sont pénétrés d'une force qui les anime et les fait vivants. Or, sauf les lésions purement mécaniques, c'est en tant que vivants qu'ils sont malades, de sorte qu'en définitive, toute maladie commence par la cause même de la vie; ce sera, si l'on veut, l'organisation elle-même dans ce qu'elle a de plus fin, de plus délié, de plus mystérieux. Broussais lui-même, malgré ses tendances matérialistes, Broussais n'a pas pu s'empêcher de protester contre cette philosophie grossière et bornée qui s'arrête à la surface des choses et se persuade qu'il n'y a rien au delà parce que les sens ne lui révèlent rien. Écoutez ses paroles, elles sont assez remarquables :

« On demande trop à l'anatomie pathologique, s'écrie-t-il; « l'observation de la vie vient avant elle, se passe d'elle le plus « souvent, pour le bonheur de l'humanité, et supplée, dans tous « les cas, à ce qu'elle ne peut donner. Eh, quoi! il n'y aurait « d'autres maladies que celles qui dépendent de la détérioration « des organes, et les phénomènes qui préparent et amènent ces « détériorations des organes ne seraient que des ombres fugitives! « Les médecins qui ne vivent pas au milieu des morts dans les « hôpitaux, seraient condamnés à passer leur vie au milieu des « chimères! Singulière doctrine que celle de ne vouloir recon- « naître les maladies que parvenues au degré où on les trouve « dans le cadavre! Non, non, la vraie maladie est dans l'action « morbide qui a produit cette altération. »

Ainsi, de l'aveu de Broussais, de l'aveu même de M. Bouillaud, son glorieux disciple, les maladies ont leur racine dans l'action vitale. L'œil de l'observateur n'assiste pas à leur naissance; il ne commence à les voir que quand elles ont franchi le seuil du sanctuaire, et l'anatomie pathologique si fière, si satisfaite d'elle-même, n'en saisit en réalité que les derniers termes, et pour ainsi dire les restes. L'ignorance où nous laisse la physiologie sur le principe de la vie et de la santé s'étend nécessairement aux troubles qu'elles éprouvent dans les maladies; l'énigme se continue.

Avec ces réserves, je consens à dire que les maladies intéressent l'organisation, ne sont que des lésions d'organisation; mais cette lésion n'est pas tout. Il y a des maladies comme celles qui naissent de germes, la syphilis, la rage, la morve, la rougeole, la variole, la vaccine, etc., et encore les malades de provenance vermineuse, les empoissonnements; il y a, dis-je, des maladies qui ont, en quelque sorte, un corps, un ferment. La cause pénètre dans l'économie et en prend si bien possession, qu'elle ne la quitte qu'après avoir reproduit les germes qui en assurent la reproduction et la perpétuité, ou tout au moins après avoir épuisé toute sa fureur.

Ces vérités sont vulgaires en pathologie, M. Piorry les connaît aussi bien que qui que ce soit; mais il se dérobe aux conséquences. Sous prétexte que les maladies intéressent l'organisanisation, il n'admet que des malades, et, suivez son raisonnement, dans ces malades il ne recherche que des organes souffrants sur les lesquels il prend son point d'appui pour former cette fameuse nomenclature que vous connaissez ou que vous ne connaissez pas et dont je dirai un mot en finissant.

Je ne veux pas faire de mauvaise guerre à M. Piorry. Il est trop évident que s'il y a des malades, il y a des maladies. Mais il faut pardonner quelque chose à l'enthousiasme d'un inventeur. Revenu à lui-même, le premier usage qu'il fait de sa raison est de calomnier les nosologistes. A l'entendre, tout en eux est confusion; ils copient la nature sans la comprendre; ils relèvent des symptômes et ne voient rien au delà. Et, ce qui est pis, ils donnent ces collections de symptômes comme des unités morbides.

Pour comprendre toute la portée de ce reproche, il faut savoir qu'aux yeux de M. Piorry, il n'est pas de maladie, si simple qu'elle paraisse, qui ne réunisse plusieurs états pathologiques. Ces états sont aux maladies ce qu'en chimie les éléments sont au corps, ce que les syllabes sont aux mots. L'art de décomposer les états pathologiques, d'en séparer les éléments constitutifs, voilà, pour M. Piorry, le nœud, la clef de toute bonne médecine. Cet art, il l'aurait créé, s'il ne l'avait trouvé dans la Faculté de médecine de Montpellier, à laquelle il l'a pris; et, du reste, il est juste de dire qu'il ne dissimule pas son larcin. Nous dirons à notre tour qu'il a eu le mérite d'en comprendre l'excellence et de le porter dans ses livres et dans son enseignement avec les modifications qu'un esprit comme le sien imprime à tout ce qu'il touche.

Des esprits superstitieux, qui ne peuvent souffrir qu'on touche à l'objet de leur culte, ceux-là ne seraient pas contents de M. Piorry. On dira qu'à force d'étendre la méthode, il l'a un peu déviée, qu'il a multiplié sans fin les états pathologiques; qu'il confond quelquefois l'élément avec le symptôme, qu'il se plaît trop dans les détails, qu'il pousse l'analyse à l'excès; que tout lui est sujet d'indication : un peu plus ou un peu moins de sang, des gaz ou des matières dans l'intestin, de l'écume à la bouche, etc., ce sont pour lui autant d'actes constitutifs des maladies, autant d'éléments à combattre.

A quoi j'ajoute qu'il ne suffit pas de distinguer les états pathologiques les uns des autres. Tous ne naissent pas à la fois; il faut donc les classer, marquer le rang qu'ils tiennent entre eux et dans la composition des maladies. Tous ne présentent pas le même danger; il faut en apprécier la force, l'influence et l'importance relative, sans quoi la plus savante analyse n'est qu'un guide infidèle, plus propre à égarer le praticien qu'à l'élairer et à le conduire.

Telles sont, si je les ai bien comprises, les vues doctrinales de M. Piorry, et telle est la méthode dont il a fait l'application à l'étude de la petite-vérole.

M. Piorry l'a choisie à dessein pour mieux faire voir le triomphe de sa méthode. S'il est une maladie spécifique, une maladie *sui generis*, comme on dit dans le langage de l'École, c'est assurément celle-là. A la différence de bien d'autres, elle ne reconnaît qu'une cause, cause active, puissante, que rien ne peut entraver, que rien ne peut suppléer. Et les effets en sont si bien liés qu'ils se succèdent et s'enchaînent dans un ordre invariable et avec une constance telle, qu'il est facile au médecin de les prévoir et de les annoncer à l'avance.

M. Piorry connaît cet enchaînement; qui ne le connaît pas? Mais peut-être n'en est-il pas assez frappé; sa thérapeutique n'en tient pas assez compte, elle n'en a pas vu toutes les conséquences.

La première chose à considérer dans le traitement des maladies, c'est la cause d'où elles sortent. Ici, c'est un virus. Ce virus contient en lui-même toute la petite-vérole, comme le gland contient le chêne; si bien que s'il était possible de l'atteindre et de le neutraliser, la petite vérole, étouffée dans sa source, ne laisserait rien paraître d'elle-même. Malheureusement ce neutralisant, s'il existe, n'est pas connu, et quand il le serait, nous n'en pourrions pas faire usage. Comment atteindre un miasme qui se dérobe à tous les sens? Le malade lui-même le reçoit sans en être averti, et il le porte dans ses chairs, qu'il ne sait pas encore le danger qui le menace.

Cependant le miasme absorbé porte l'infection dans toute l'économie : c'est le second temps, c'est le second acte de la petite-vérole. Et cette infection est encore irrésistible; rien ne peut ni la prévenir ni l'atténuer. L'art n'a rien à lui opposer, si ce n'est ces moyens généraux que prescrit le plus simple bon sens. Parce que la vaccine prévient la variole à venir, on a cru qu'elle adoucirait la variole naissante. L'essai en a été fait, et le résultat a prouvé qu'on se faisait une fausse idée de la vaccine.

Il est triste, sans doute, d'avouer notre impuissance contre les deux principaux éléments de la variole. Mais il serait plus triste encore de la dissimuler et de se payer d'illusion. Nous sommes d'ailleurs en famille, et nous pouvons dire à huis-clos ce qu'il faut taire partout ailleurs.

Passons à l'éruption. Ce n'est pas ce qu'il y a de plus essentiel dans la composition de la variole; mais elle en est le caractère le plus clair. C'est dans les pustules que se réfugie ou plutôt que

s'élabore le virus destiné à le reproduire. Ce que le fruit est à l'arbre, l'éruption l'est à la variole.

Dans l'ordre chronologique, l'éruption n'occupe que le troisième rang; elle n'en a pas moins une grande importance; elle donne en général la mesure du danger.

Chirac avait conçu la folle pensée de l'empêcher de naître à force de saigner; d'autres avaient mis leur espoir dans les purgatifs; d'autres dans les mercuriaux. Tout a échoué. Et pour moi, je doute que quand la nature prépare une variole confluente, il soit au pouvoir de l'art de la transformer en variole discrète.

Refouler l'éruption en masse à sa naissance, serait, sans doute, moins présomptueux, mais non pas plus facile. Et en eût-on le moyen, la prudence défendrait de l'employer. Cependant, ce qu'on ne pourrait pas faire contre toute l'éruption, on peut le tenter partiellement.

De nos jours, on paraît mettre un grand prix à préserver le visage, soit pour lui conserver la régularité des traits, soit pour empêcher l'inflammation de se propager au cerveau.

Le hasard a mis la science sur la voie. Qui ne connaît le fait rapporté par Baillou et que M. Bricheteau nous a rappelé? Il était oublié, comme tant d'autres. L'esprit de recherche l'a retrouvé, et la science l'a mis à profit. Seulement, par une curiosité naturelle, elle a voulu savoir si le mercure était pour quelque chose dans le résultat, ou si l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* n'agit que mécaniquement, en privant la partie qu'il recouvre du contact de l'air. Je crois, pour mon compte, qu'il agit de l'une et de l'autre façon; je crois que la privation de l'air vient en aide aux propriétés du mercure. Sans savoir que j'avais été prévenu, j'ai dit souvent qu'il en était de la variole comme des plantes et des fleurs : elle prospère, elle fleurit au grand air et au soleil; elle s'étiole et se fane à l'ombre et dans l'obscurité.

M. Serres a fait, à cet égard comme à tant d'autres, les expériences les plus curieuses. En 1818 et 1819, soupçonnant déjà l'influence de la chaleur et de la lumière sur l'éruption, il fit déplacer tous les varioleux, et les relégua dans les salles les plus basses de la Pitié. Le résultat de l'expérience ne se fit pas longtemps attendre : dès ce moment, on vit les varioles les plus confluentes s'amortir, et la mortalité diminuer. Quelque temps après, l'administration des hôpitaux ayant ordonné de tirer les varioleux de cette espèce de souterrain et de les placer dans des salles hautes, bien éclairées et bien aérées, la variole reprit toutes ses allures avec tous ses dangers.

Que dirai-je de la cautérisation? C'est un moyen du même ordre que les topiques, quoique plus difficile à manier. Elle n'est bonne que contre les pustules isolées des paupières ou du pourtour de quelques ouvertures. M. Piorry s'en sert encore contre les pustules qui viennent parfois dans le pharynx, ce qui est peut-être assez inutile. Elles gênent, dit-on, la déglutition; et les escarres, la faciliteront-elles? Gêne pour gêne, douleur pour douleur, on se soumet plus volontiers à celle que la nature nous envoie qu'à celle que le médecin nous apporte. Ajoutez qu'à la chute des croûtes vous aurez des plaies au vif qui ne pourront que prolonger le supplice des malades.

A l'égard des pustules qui naissent dans le larynx et dans la trachée jusqu'à la première bifurcation, M. Piorry y a pensé mûrement. Le moyen même qu'il nous propose est un aveu déguisé de son impuissance; ce moyen, c'est la trachéotomie. Inutile de dire qu'il n'y a recours que dans ces moments suprêmes où le malade aux abois est menacé de périr asphyxié. Mais alors même je doute qu'il se trouve un chirurgien assez hardi pour partager une aussi grande responsabilité. M. Piorry en a fait l'expérience, et, il nous le confie avec un abandon qui l'honore, MM. Bérard et Sanson lui ont refusé leurs concours. M. Piorry a pu le regretter, mais quand son esprit a conçu une opération qu'il croit utile, il a une main pour l'exécuter. Il opéra donc sa malade; trente-six heures après elle n'était plus. Si ce revers n'a pu le faire changer, il n'est pas fait non plus pour lui rallier les médecins.

Mais parce que l'art n'est pas tout-puissant contre la variole, il ne faut pas dire qu'il n'y peut rien. Une saignée faite à propos quand la réaction est trop vive, un émétique quand l'éruption a de la peine à se faire jour, des boissons tempérantes, de l'air, de la fraîcheur, peu de lumière autour des malades : voilà des moyens que la raison avoue, que l'expérience conseille.

Le traitement le plus simple est souvent le meilleur. Écoutez à ce propos le glorieux disciple de Boerhaave. — Une femme respectable, dit-il, a laissé dans les archives de sa famille un manuscrit par lequel elle apprend à la postérité qu'elle a eu le malheur de perdre plusieurs enfants de la petite vérole, en les choyant et en les droguant. Cependant elle avait remarqué que les enfants des paysans de son voisinage s'en tiraient presque tous heureusement sans beaucoup de soins et de médicaments. Instruite par cette expérience, elle résolut d'agir de même envers ceux qui lui restaient. En effet, lorsqu'ils furent pris de la petite-vérole, elle ne leur donna d'autre boisson que du lait coupé, de l'orge cuite avec du petit lait, et de temps en temps une pomme cuite. Du reste, elle ne les exposait ni au froid ni au chaud, et ne les tenait pas plus couverts, soit la nuit, soit le jour, que dans l'état de santé. Cette méthode, aussi simple que sage, réussit à souhait. Cette dame, ajoute Van Swieten, a laissé cette espèce de testatement hippocratique à sa famille, qui depuis l'a toujours exécuté à la lettre et s'en est bien trouvée.

Boerhaave et Van Swieten avaient bien compris que la médecine resterait impuissante contre la petite-vérole tant qu'elle n'aurait pas un spécifique. Ils l'ont cherché longuement; leurs recherches n'ont rien produit.

A défaut de spécifique, les praticiens, de tous les temps, depuis Sydenham jusqu'à Hildebrand et Frank, ont demandé les indications de la variole à la constitution régnante. Si elle était inflammatoire, ils saignaient, quoiqu'avec réserve; si bilieuse, ils faisaient vomir. De l'éruption, ils ne s'en occupaient pas. On peut tout exagérer, dit Sydenham, excepté l'influence des constitutions médicales, et Stoll répète en vingt endroits de son *Ratio medendi* que, hors de ce principe, il n'y a pas de médecine.

Ils avaient si bien réussi, ces principes, à Dehaen, qu'il s'autorisait de ses succès pour repousser l'inoculation elle-même. M. Piorry vante aussi les siens qui le soutiennent et le consolent; les siens, dis-je, car je ne veux pas le troubler dans le témoignage de sa conscience et lui ôter la douce satisfaction qu'ils lui font éprouver. Mais qu'il est malaisé, dans une maladie comme la variole, de mettre un prix aux efforts du médecin sans se rendre injuste envers la nature! Vous allez le comprendre. Si la nature ne la guérissait jamais, rien, au contraire, ne serait plus facile. Mais, suivez notre raisonnement : d'une part, le médecin ne peut rien sans l'aide de la nature, et de l'autre la nature n'a guère besoin de secours étranger, elle se suffit le plus souvent à elle-même. Et, comme elle agit, comme elle opère toujours en même temps que nos remèdes, il y a presque toujours doute si le soulagement vient des remèdes employés ou de cette bonne nature si bien qualifiée par Broussais de providence intérieure. Cependant, à juger des vertus des médicaments sur les guérisons qu'on leur attribue, ils sont tous excellents. Mais poursuivez, répétez les expériences, et vous verrez ces mêmes vertus s'évanouir peu à peu, jusqu'à ce qu'enfin il n'en reste rien. Il n'y a que la nature qui ne se dément pas.

Je livre ces réflexions à M. Piorry, et lui demande la permission de dire un mot de sa nomenclature.

M. Piorry a tant d'idées, qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si elles ne sont pas toutes également heureuses. Un jour, jour néfaste, il lui vint dans l'esprit de répudier la langue médicale et d'en composer une autre. Il se dit : les maladies intéressent les organes, c'est donc aux organes qu'il faut demander les dénominations.

Je vous entends. Mais imposer aux maladies les noms des or-

ganes qu'elles affectent, implique nécessairement qu'on connaît ces organes. Pour peu qu'il y eût d'incertitude, le système ne serait plus applicable. A cet égard, la médecine est donc arrivée à la perfection; car supposez qu'il lui reste encore quelques nuages à dissiper, quelques difficultés à éclaircir; supposez enfin qu'elle ait quelques progrès à faire, et un moment viendra où il faudra changer ces noms à mesure de ces progrès, puisque la nomenclature ne répondra plus à l'état de la science, et ainsi de suite jusqu'à l'infini. Aussi de très-bons esprits ont-ils pensé que, dans une science aussi susceptible de variations que la médecine, les mots en circulation, les mots de convention, dont le sens étymologique ne rappelle rien de l'objet qu'ils désignent, étaient incomparablement les meilleurs.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous faire une question : N'avez-vous éprouvé aucun embarras à classer tous ces nombreux états organo-pathologiques dont vous avez inondé la médecine? Etes-vous bien sûr que la place que vous leur assignez est bien celle qu'ils occupent dans l'économie? Où mettez-vous, je vous prie, la chlorose, l'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie? Où mettez-vous encore la fièvre typhoïde, les scrofules, la syphilis, la variole, la fièvre intermittente et tant d'autres? Je connais votre réponse. Je sais que quand l'anatomie se tait, votre imagination y supplée et que vous nous donnez hardiment vos suppositions pour des réalités. De sorte que sous couleur de changer les mots, vous changez aussi les choses. Je crois même que votre secret vous est échappé; n'avez-vous pas dit quelque part qu'il y avait toute une doctrine sous votre nomenclature?

J'ai eu sous les yeux et j'ai parcouru le troisième volume du *Traité de médecine pratique*. On y traite du sang, ou plutôt des maladies du sang. C'est là qu'on trouve le scorbut, l'asphyxie, la fièvre inflammatoire, la fièvre typhoïde, la fièvre hectique, la fièvre urineuse, la fièvre jaune, la syphilis, la morve, la variole, la rougeole et les autres fièvres éruptives, — quoi encore? La jaunisse, la cachexie, etc.

Ce catalogue est long, comme on voit, et je ne dis pas tout. Quelque long qu'il soit, je suis étonné qu'il ne le soit pas encore davantage; car si l'on excepte les lésions traumatiques, je n'imagine pas de maladie où le sang ne subisse quelque altération, quelque changement. Il en est du système sanguin comme du système nerveux : on peut y mettre toutes les maladies.

Et comme dans la doctrine des états organo-pathologiques, il n'est pas une seule maladie simple, une seule maladie douée d'un seul élément, il en résultera qu'il n'est pas de maladie qui n'intéresse plusieurs organes. Ainsi, la fièvre typhoïde que je viens de citer n'est pas seulement dans le sang, elle est un peu partout. Outre la *septicémie*, il y a la *panthypémie*, l'*entérite*, la *pneumonhémie hypostatique*, l'*hypoxémie* par *angiéraphrosie* ou par *épidiaphratopie*, la *cystectasie*, la *parotidite*, etc.

Encore un exemple, si vous le permettez. Je choisis pour vous plaire la fièvre intermittente.

Vous la faites venir du gonflement de la rate, et vous l'appelez *splénomacrosie*.

Mais, premièrement, ce gonflement n'est pas venu tout seul, il est lui-même un effet d'un miasme qui a pénétré dans le sang. Ainsi, la fièvre intermittente sera tout à la fois une altération du sang et une altération de la rate, c'est-à-dire dans votre langage une *hémosplénomacrosie*. Mais vous convenez, d'autre part, qu'il y a des fièvres intermittentes non paludéennes, sans miasme, sans empoisonnement du sang; vous avouez même, je crois, qu'il y a des fièvres intermittentes sans enflure de la rate. De sorte que la fièvre intermittente est tantôt une hémosplénomacrosie, tantôt une splénomacrosie seulement, et tantôt elle n'est rien de tout cela.... Que ne dites-vous la fièvre intermittente?

Mais, quand même toutes vos idées seraient aussi justes que vous le croyez, quand même il n'y aurait nulle incertitude sur le siége des maladies, pourquoi changer des noms connus et acceptés du monde scientifique. Qui êtes-vous donc pour m'imposer votre langue? Tant d'autres ont péri à la tâche, que je m'étonne que leur exemple ne vous ait pas arrêté. Que sont devenues les nomenclatures de Baumes, de Pinel, d'Alibert, de Brow et de Broussais lui-même? Qui pourrait dire tout le mal qu'ont fait les dénominations de sthénie et d'asthénie, de fièvre adynamique, de gastro-entérite? Mais il en est de certains esprits comme des joueurs : la vue du péril ne fait que les animer, et chacun s'y précipite sur la foi de son étoile.

Je sais bien qu'il y a plus d'une manière d'être utile, et que le dédommagement à tomber dans un écueil est de sauver les autres du naufrage. Mais j'ai peine à croire que M. Piorry n'aspire qu'à cette gloire.

Dans sa manie de réformer, il ne ménage aucun mot. Il ne nous est plus permis de parler de variole, de virus varioleux; on dira désormais *variolodermite*, *variose*, et le vaccin s'appellera *boysiose*.

Je m'arrête dans ces citations, car je ne veux pas profiter de tous mes avantages. Tout ce qu'on peut dire sur les vices de la langue usuelle, je l'admets; et pourtant je dis qu'il faut la conserver parce qu'il y a encore plus d'inconvénients à la changer. Ne voyez-vous pas que si vous ouvrez cette voie, vous n'en finirez pas, et nous tomberons dans la confusion des langues, la pire de toutes? Quelques mots que vous choisissiez, quelque bien déduits qu'ils soient, ils ne pourront tenir lieu d'une description. Mais vous voudriez au moins me rappeler un trait de la maladie, et c'est l'organe qu'elle affecte. Je n'ai nul besoin de ce secours; gardez-le pour vous; je vous remercie. Le nom, le simple nom d'une maladie, quel qu'il soit, me rappelle naturellement tout ce qui est de cette maladie. Qu'on me parle de scorbut, de croup, d'hépatite, d'ictère, etc., à peine ces sons ont-ils frappé mon oreille qu'ils réveillent dans mon esprit non-seulement le siége, mais les causes, les symptômes, la marche, le traitement, tout ce qui compose enfin la connaissance de ces maladies. De même que, dans le langage vulgaire, les mots portent à mon esprit les qualités et les usages des choses qu'ils expriment.

M. Piorry a cru servir la science, c'est là son excuse.

Il a cru améliorer la langue, il l'a corrompue; il veut répandre ses idées doctrinales, et il s'isole de plus en plus. Comment ne le sent-il pas? Il est presque un étranger pour nous; s'il nous parle, il est obligé de se traduire pour se faire comprendre. Personne ne s'en rapproche, sauf peut-être quelques élèves intéressés à le flatter. Il n'y a pas de mérite à faire des mots nouveaux; il y en a bien plus à faire un bon usage des anciens. L'imperfection même d'une langue n'est pas une raison d'y toucher. C'est Voltaire qui l'a dit. Réservez les noms nouveaux pour les idées nouvelles. Hors de là conformez-vous à l'usage, votre maître et le mien, et laissez, laissez ce détestable néologisme qui, s'il pouvait se répandre, rendrait inutiles les livres des plus grands maîtres.

Nouveau procédé pour la cure radicale du varicocèle.

Par M. le docteur CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(Présenté à l'Académie de médecine.)

Encouragé par les résultats que m'a fournis l'écrasement linéaire dans le traitement d'un certain nombre d'affections chirurgicales, j'ai songé à faire l'application de mes appareils sur les sujets atteints de varicocèle.

Voici l'exposé succinct de mon procédé et d'un cas dans lequel il a été suivi d'un plein et entier succès.

Le sujet est debout en face du chirurgien et a dû être quelque temps dans cette attitude, pour que, les veines se trouvant bien dilatées, on soit plus sûr de n'en laisser échapper aucune.

Pendant que, de la main gauche, le chirurgien retient le canal déférent et l'isole très-exactement des veines spermatiques, il plonge de la main droite et vers la partie la plus élevée du vari-

cocèle une première aiguille armée d'un fil.

Cela fait, il jette une anse autour de cette première aiguille et la serre afin de fermer la retraite au sang veineux vers l'abdomen pour que les veines restent toujours dilatées.

Une deuxième, puis une troisième aiguille, sont placées sur le trajet d'une ligne descendante à partir de la première aiguille et à distance l'une de l'autre d'un travers de doigt.

Ces trois aiguilles une fois placées, on fait jeter une anse de fil qui passe au-dessous d'elles, les ramène de la profondeur vers la surface, et qui, étant serrée, donne lieu à un pédicule dans lequel se trouvent implantées les trois aiguilles.

C'est sur ce pédicule qu'est appliqué l'écraseur que l'on doit faire marcher très-lentement, et qui ne doit opérer la séparation des tissus, qu'au bout de quinze à vingt minutes.

On obtient ainsi une perte de substance, qui donne lieu à une plaie non saignante.

On doit alors pratiquer plusieurs points de suture entrecoupée, dans le but de réunir par première intention, si cela est possible, la solution de continuité qu'on vient de faire. Après quoi on applique un pansement simple.

Le malade sur lequel nous avons fait l'application de ce procédé, est un jeune homme de vingt-trois ans, nommé Rigault Alexis, menuisier. Il est entré à l'hôpital Lariboissière, le 11 octobre 1854.

Varicocèle du côté gauche. Le malade s'en est aperçu depuis deux ans au sentiment de gêne et de pesanteur qu'il éprouvait dans la région malade.

Lorsque le malade est debout, on constate au côté gauche du scrotum l'existence d'une tumeur noueuse et bleuâtre dont le fond dépasse la moitié opposée du scrotum au toucher, sensation de cordes molles entrelacées; pas de douleurs à la pression; testicule à l'état normal; diminution notable de la tumeur par le décubitus dorsal; maux de tête et troubles de la vue par la station prolongée; quelques douleurs sur le trajet du cordon.

L'opération est pratiquée d'après les règles que nous venons de poser. Elle donne pour résultat une plaie non saignante, triangulaire, à base tournée du côté des téguments, plaie qu'on réunit par une suture entortillée.

Le lendemain, 17 octobre, fièvre, agitation, soif, andrexie.

18. Les épingles sont encore en place, le scrotum tendu et œdémateux.

23. On ôte les épingles; plaie suppurante; diminution de l'œdème.

Les jours suivants, la suppuration continue; aucun accident.

11 novembre. La plaie se déterge et se rétrécit. On la touche avec la solution de nitrate d'argent. L'œdème des premiers jours a disparu.

29. Cicatrisation de la plaie. Guérison.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. Ricord, chirurgien de l'Hôpital du Midi, vient d'être nommé membre correspondant par l'Académie royale de Médecine de Turin.

—ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.—Le vendredi 14 mars 1855, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, nº 2, pour la nomination à deux places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire du samedi 10 février courant au samedi 24 du même mois, inclusivement, de dix heures du matin à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général, signé : L. DUBOST.

— On lit dans le *Moniteur universel* :

« *Le Correspondant de Hambourg* publie, dans son numéro du 3 février, une lettre de Mexico, contenant ce qui suit :

« Un médecin allemand, M. H..., âgé de trente-six ans, et qui habite depuis plusieurs années Mexico, a découvert un serpent dont le venin, loes qu'on l'inocule aux hommes, a la vertu de les préserver de la fièvre jaune et du vomito negro. L'innoculation de ce venin s'opère de la même manière que celle du virus-vaccin ; elle cause une fièvre qui a tous les symptômes de la fièvre jaune, mais qui est extrêmement faible. Cette iuoculation ne produit aucun effet sur les personnes qui ont déjà été atteintes soit du vomito, soit de la fièvre jaune, cisconstance qui semble militer en faveur de l'invention.

« Plusieurs hauts fonctionnaires et cinq cents militaires ont été inoculés à Mexico par M. H..., dont la nouvelle invention, si elle est réellement un préservatif contre les deux épidémies dont nous venons de parler, serait un véritable bienfait pour les nombreuses populations qui y sont sujettes. Le printemps et l'été prochain nous apprendront ce qu'il en est. »

Ces dernières réflexions suffisent pour montrer que la nouvelle du *Correspondant* de Hambourg ne se trouve pas dans la partie officielle du *Moniteur*, et nous croyons que c'est à bon droit.

— Il y a deux espèces de savants : ceux qui apprennent la science dans les livres, et ceux qui, avec ou sans instruction première, ont assez de perspicacité pour lire directement dans le grand livre de la nature. Le pêcheur Remy, à qui sont dues de précieuses observations relatives au nouvel art désigné sous le nom de pisciculture, vient de mourir. *La Presse* annonce en ces termes cette triste nouvelle :

« La science et l'humanité viennent de faire une grande perte. Un pauvre pêcheur des Vosges, l'auteur de la pisciculture moderne, Joseph Remy, vient de mourir d'une longue maladie contractée à la recherche des secrets de la fécondation des poissons, dont il nous a dévoilé les mystères.

« Remy est mort à la Bresse, arrondissement de Remiremont; il était âgé de cinquante et un ans.

« Nos lecteurs se rappelleront les intéressants détails sur la vie et les travaux de Joseph Remy, publiés dans le feuilleton scientifique de la *Presse* par notre collaborateur Victor Meunier. »

— Le même journal donne les détails suivants sur la souscription qui a été ouverte pour élever un monument à la mémoire d'Arago.

« Le comité délégué par la commission de la souscription nationale pour élever un monument à la mémoire de François Arago s'est réuni dans le courant du mois dernier. Le montant des souscriptions alors versées était de 18,778 fr. 25 c. Cette somme, jointe à quelques souscriptions non encore parvenues, a paru suffisante pour élever sur la tombe de l'illustre savant un monument digne de lui.

« Le programme suivant a été adopté :

« Sur un sarcophage de forme très simple, orné de couronnes de « laurier destinées à renfermer les titres des principales œuvres d'Arago, « sera posée sa statue coulée en bronze. Cette statue couchée sera cou- « verte d'un linceul, la tête inclinée, la plume échappée de sa main « mourante, errant encore sur la sphère céleste. »

« L'exécution de ce monument a été confiée au patriotique ciseau de David (d'Angers). On espère qu'il pourra être terminé vers le mois de juin. »

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Des injections faites par les veines dans le traitement du choléra épidémique ; par M. le docteur Duchaussoy, ancien interne des Hôpitaux.

Brochure in-8º avec planches. Prix : 3 fr. 50 c.

Chez J. HAMEL, libraire, rue Racine, 10.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 23. 3e ANNÉE. Jeudi 22 février 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

COLLÉGE DE FRANCE.

Cours de Physiologie de M. C. BERNARD.

(*Leçons du 10 et du 13 février.*)

De la fonction glucogénique du Foie.

Avant de rendre compte des deux leçons où ont été élucidées par de nouvelles expériences plusieurs des questions relatives à la fonction glucogénique du foie, nous croyons devoir rappeler en quelques mots des expériences de Lehmann, auxquelles il a été fait allusion depuis quelques jours. Le mémoire dans lequel ces expériences sont relatées, a été lu dans la séance de 30 novembre 1850 de la Société royale des sciences de Leipsig, et publié dans les comptes-rendus des séances de cette Société.

Chez un cheval nourri avec du foin et de l'avoine et assommé pendant la digestion, l'analyse du sang a donné les résultats suivants :

Sucre contenu dans 100 gr. de sang de la veine-porte. . 0,055 gr.
Sucre contenu dans 100 gr. de sang des veines sus-hépatiques. 0,635

Chez un autre cheval nourri de même et assommé après la digestion, on a trouvé :

Sucre dans le sang de la veine-porte. 0,0052
Sucre dans le sang des veines sus-hépatiques. 0,893

Chez un autre cheval, le sang des veines sus-hépatiques contenait :

Sucre 0,776

Chez un animal carnivore, nourri avec de la viande, le sang des veines sus-hépatiques contenait pendant la digestion :

Sucre 0,838

Ces résultats confirment pleinement ceux de M. Bernard, dont nous allons maintenant reprendre les leçons :

Leçon du 10 février.

Cette leçon a été consacrée à des expériences ayant pour but de montrer que le sucre hépatique ne vient pas de l'alimentation.

1° M. Bernard a pris un chien à jeun depuis quatre jours et a montré que chez lui le sucre était *nul* dans la veine-porte et en quantité *considérable* dans les veines sus-hépatiques. — Or, que contient la veine-porte ici? Rien que le sang qui lui vient des artères mésentériques et nullement des produits de digestion. Cette faculté qu'a le foie de faire du sucre persiste encore chez des animaux qui n'ont pas mangé depus 18 *jours !*

2° M. Bernard a pris un autre chien auquel il avait coupé le pneumogastrique 24 heures auparavant, et alors il a montré que déjà le *sang* de cet animal ne contenait plus du tout de sucre, même dans les veines hépatiques, et qu'on en trouvait à peine dans le foie lui-même.

Au bout de 48 heures, après la section du pneumogastrique, il n'y a plus trace de sucre nulle part, pas même dans le foie; donc si l'on supprime l'action du système nerveux du foie, il ne se fait plus de sucre. Est-ce clair?

Leçon du 13 février.

DE L'INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX SUR LA SÉCRÉTION DU SUCRE HÉPATIQUE. — DU DIABÈTE ARTIFICIEL.

Dans la leçon précédente nous avons vu la section du nerf pneumogastrique suspendre la sécrétion saccharoïde du foie; dans celle qui va suivre, le professeur va montrer d'une manière plus générale la grande influence du système nerveux sur les sécrétions.

Tous les organes sécréteurs, dit-il, sont soumis à l'influence du système nerveux; suivant qu'on surexcite ou qu'on déprime le système nerveux de ces organes, on en augmente ou l'on en diminue la sécrétion.

Dans le foie nous pouvons, *à volonté*, augmenter ou anéantir la faculté qu'a cet organe de sécréter le sucre; nous pouvons, quand nous le voulons, produire le *diabète artificiel;* nous pouvons, de plus, produire dans le foie une modification d'une nature particulière, grâce à laquelle nous découvrons le mécanisme suivant lequel le sucre s'y produit. Nous avons donc ici à examiner trois cas :

Dans le premier il y a accroissement de la quantité de sucre produit; dans le deuxième, il y a diminution ou arrêt de cette sécrétion; dans le troisième, le foie sécrète une autre matière qu'on peut ensuite transformer en sucre.

On peut augmenter la quantité de sucre fournie par le foie, en agissant sur le système nerveux de plusieurs manières :

1° En piquant un certain point de système nerveux; une piqûre étant faite dans ce point, soit chez un animal carnivore, soit chez un herbivore, on voit, au bout d'un certain temps, le sucre se montrer dans les urines; le diabète est produit. Je vous présente et je vais décrire l'instrument dont je me sers pour cette opération : c'est une lame d'acier plate, coupant par son extrémité, et portant à son milieu une pointe qui a pour effet de limiter l'action de l'instrument et de faire que certaines parties du système nerveux soient ménagées. La partie qu'il faut atteindre et diviser est située dans la moelle alongée, entre l'origine des nerfs acoustiques et celle des pneumogastriques; on fait cette opération à travers les os, sans découvrir les parties. La moelle alongée comprend trois couches : une couche postérieure, une moyenne et une antérieure; la couche postérieure peut être coupée impunément; la moyenne (faisceau innominé) est celle qu'il faut atteindre, la section de la partie antérieure

est inutile et dangereuse en ce qu'elle donne lieu à des convulsions qui dérangent l'expérience. Voilà pourquoi notre instrument se termine par une pointe destinée à s'arrêter sur les os et à limiter l'action de la lame coupante, qui, dès lors, ne peut atteindre les faisceaux antérieurs de la moelle alongée.

Le point du crâne où l'on doit enfoncer l'instrument est situé immédiatement au-dessous de la protubérance occipitale, l'index et le pouce de la main gauche s'appuyant en arrière des oreilles représentent les extrémités du diamètre qui passerait au travers de la moelle, au point indiqué pour l'opération. —(L'expérience est pratiquée aussitôt sur un lapin, l'instrument pénètre dans le crâne, puis est enfoncé plus profondément dans la direction voulue; l'animal n'éprouve pas de convulsions, et abandonné à lui-même, se meut sans hésitation.) — Dans une heure, ce lapin sera diabétique.

2° Le second procédé consiste dans la galvanisation des nerfs pneumogastriques, et l'on obtient également, par ce moyen, le diabète; mais cette opération amène la destruction des pneumogastriques et le diabète obtenu est de peu de durée; l'animal ne tardant pas à succomber; tandis que, à l'aide du premier procédé, on obtient un diabète prolongé, et même on voit les animaux guérir spontanément, au bout d'un certain temps.

Pourquoi, dans l'un et l'autre cas, l'animal devient-il diabétique? C'est parce que le foie est le point de départ du sucre dans l'économie. La quantité de sucre qui existait dans l'animal augmente, et quand le sang en est saturé, le sucre apparaît dans les urines. Les urines seules sont-elles capables d'excréter le sucre, ou bien est-il expulsé aussi par d'autres voies? J'ai fait, à cet égard, un grand nombre d'expériences, et j'ai vu qu'il y avait, pour toutes les matières qui sortent de l'économie, une sorte d'élection d'organes excréteurs. Pous ces expériences, nous avons employé diverses substances : 1° le sucre (différentes espèces de sucre); 2° l'iodure de potassium; 3° le prussiate de potasse. Ce qui nous a décidé à prendre plutôt ces substances que d'autres, c'est la facilité avec laquelle on en reconnaît la présence dans les liquides. Lors donc que ces substances sont introduites dans la circulation, on voit qu'elles se retrouvent dans certains produits de sécrétion, et non dans d'autres.

Le sucre ne sort que par deux voies ;

1° Par les urines;

2° Par le suc gastrique.

Ni les salives, ni le suc pancréatique, ni les larmes, ni la bile, ne laissent jamais passer le sucre, quelle que soit la quantité qu'on en injecte dans les veines. L'observation clinique montre que les choses se passent de même chez les malades, et c'est un grand bonheur quand la physiologie peut ainsi donner la main à la clinique. J'ai eu souvent, dans le service de M. Rayer, à la Charité, l'occasion de voir des malades atteints de diabète; j'ai examiné leur salive, et j'ai vu que jamais on n'y rencontrait trace de sucre. (Il suffit pour recueillir la salive, de faire rincer la bouche des malades et de leur faire mâcher de la racine de pyrètre ou du tabac). On dit que les diabétiques ont souvent un goût sucré dans la bouche. Voici l'explication que l'on peut donner de ce fait : il y a du sucre qui circule dans leur sang, et qui peut être en contact avec les nerfs du goût. Dans tous les cas, il est certain qu'on ne trouve pas de sucre dans leur salive. Déjà depuis longtemps M. Magendie avait vu que, si l'on injecte dans le sang des animaux une substance amère, ils remuent la langue et semblent éprouver une sensation gustative désagréable. Cependant, quelques observateurs (surtout en Belgique), ont avancé que l'on trouvait du sucre dans les crachats des diabétiques. Mais il ne faut pas confondre les crachats avec la salive. Il arrive souvent que les diabétiques sont phthisiques et que le mucus de leurs bronches contient du sucre, mais le mucus bronchique n'est pas de la salive. Pour vous montrer, Messieurs, que les substances introduites dans l'économie ne sont pas éliminées indistinctement par tous les produits de sécrétion, je vais faire devant vous une expérience.

Voici un chien auquel j'ai introduit un tube métallique dans le canal excréteur d'une glande salivaire (parotide); nous lui injecterons dans la veine jugulaire 32 grammes d'un liquide contenant un mélange de *sucre*, *d'iodure de potassium* et de *prussiate de potasse;* la glande salivaire ne doit laisser passer que l'*iodure de potassium*, tandis que ces trois substances seront éliminées par les urines.

On trouve du sucre dans le suc gastrique chez les diabétiques. C'est là un fait qui a trompé beaucoup d'expérimentateurs. M. Mac-Gregor et d'autres personnes avaient vu que quelquefois, lorsque les diabétiques vomissaient de la viande qu'ils avaient mangée quelque temps avant, cette viande vomie était sucrée. Cette observation est exacte; mais ce que les observateurs n'ont pas bien vu, c'est que le suc gastrique est sucré, et que la viande mélangée avec ce produit est, par suite, imprégnée de sucre. Le suc gastrique laisse également passer le prussiate de potasse, ce dont je me suis assuré de la façon suivante? Si l'on injecte dans l'estomac des aliments contenant du fer, et qu'on injecte du prussiate de potasse dans les veines de l'animal, il se fait du bleu de Prusse dans son estomac.

L'expérience qui a pour but de démontrer que la salive ne laisse passer ni le sucre ni le prussiate de potasse, est faite par M. Bernard de la façon suivante : un chien qui porte une canule dans le canal de sténon d'un côté, est amené; on met à nu l'une des veines jugulaires dans laquelle on injecte le mélange liquide, contenant de l'iodure de potassium, du sucre et du prussiate de potasse; l'injection est poussée lentement, et l'animal ne manifeste aucune douleur vive; on l'abandonne ensuite à lui-même pendant quelques instants, et on le fait saliver en lui introduisant du vinaigre dans la bouche; sous l'influence de cet excitant, la salive coule assez abondamment par la canule et on en recueille une quantité suffisante dans trois vases différents; on cherche d'abord la présence de l'iodure de potassium dans cette salive, et on la démontre par l'amidon, la liqueur devient bleue; puis on cherche la présence du sucre à l'aide du réactif de Barreswil, et du prussiate de potasse à l'aide du sulfate de fer; ni l'une ni l'autre de ces substances n'a passé dans la salive.

Pourquoi, Messieurs, la salive laisse-t-elle passer l'iodure de potassium, tandis qu'elle ne laisse passer ni le sucre ni le prussiate de potasse? Je l'ignore, je constate le fait et cela me suffit. L'iode semble entraîner avec lui à travers la salive les substances avec lesquelles il est combiné ; ainsi, tandis que le *lactate de fer* n'est point excrété par la salive, ce produit de sécrétion laisse passer au contraire le *proto-iodure de fer* (1). Voyons maintenant si l'urine de l'animal sur lequel nous opérons a laissé passer les trois substances que nous avons injectées dans son sang? — (Cette urine est examinée et l'on constate facilement que les trois substances y sont contenues.) —Celle de ces trois substances qui est le plus vite éliminée par l'urine est le prussiate de potasse; puis, vient l'iodure de potassium, et, enfin, le sucre en dernier lieu.

Messieurs, au commencement de cette leçon, il y a environ une heure, nous avons pratiqué sur un lapin la section d'une partie de la moelle alongée dont j'ai bien déterminé la situation, c'est à l'origine des pneumogastriques; notre intention était de rendre cet animal diabétique; nous allons recueillir son urine et voir si effectivement elle contient du sucre. —(L'urine du lapin est recueillie et examinée, à l'aide de la liqueur cupropotassique ; la réaction a lieu, le liquide devient jaune-rouge par l'ébullition, et l'on constate que la quantité de sucre qu'il renferme est considérable.) — Ainsi, Messieurs, cet animal est devenu diabétique sous vos yeux. *Cette expérience vous montre quelle influence exerce sur la production du sucre le système nerveux du foie.*

P. LORAIN.

(1) On sait que ce sel si altérable peut être aujourd'hui facilement administré aussi bien aux malades qu'aux animaux en expérience, grâce aux ingénieuses préparations de M. Gille, pharmacien à Paris. Cette expérience du professeur montre quel intérêt il y aurait à continuer, au point de vue pathologique et thérapeutique, des expériences que M. Cl. Bernard a si heureusement commencées.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — Clinique de M. Maissonneuve.

Trois nouveaux cas de désarticulation de la mâchoire inférieure, suivis de succès.

Parmi les opérations remarquables actuellement en voie de guérison dans les salles de M. Maisonneuve, trois surtout ont vivement fixé notre attention, moins encore par l'extrême habileté qui a présidé à leur exécution que par les progrès importants qu'elles réalisent dans la médecine opératoire.

Il s'agit de trois nouveaux cas de désarticulation de la mâchoire inférieure :

Dans le premier, que relativement aux deux autres, nous appellerons simple, les parties molles de la lèvre et de la joue étaient presque entièrement saines, et l'opération exécuté par un procédé des plus ingénieux a guéri en quelques semaines.

Le deuxième offre ceci de remarquable qu'il y a eu ablation simultanée de tout le côté gauche de l'os maxillaire inférieur, de la plus grande partie de l'os maxillaire supérieur et de toutes les parties molles correspondantes.

Enfin, le troisième, plus curieux encore, est un exemple de désarticulation complète de la mâchoire inférieure, avec ablation de toutes les parties molles des joues, de la lèvre et du menton.

Ces deux derniers faits sont, nous le croyons, à peu près uniques dans la science, et ils ont fourni à M. Maisonneuve l'occasion de rectifier quelques erreurs généralement accréditées sur la physiologie des mouvements de la langue.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Désarticulation de la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur, avec conservation des parties molles correspondantes. — Guérison rapide.

Nourricier (Louis), âgé de 58 ans, charpentier, département du Loiret s'apercut, il y a 18 mois environ, d'un gonflement de la partie latérale gauche de l'os maxillaire inférieur. En même temps, les gencives devinrent fongueuses, se déchaussèrent, et les parties molles du menton ne tardèrent pas à s'indurer. Quelques préparations iodurées furent employées par les médecins du pays, mais sans aucun avantage. C'est alors que le malade se décida à venir à Paris consulter M. Maisonneuve, et le 15 janvier 1855 il se présenta à l'hôpital de la Pitié, où il fut reçu immédiatement.

La partie inférieure de la face du côté gauche était le siége d'une tuméfaction considérable, surtout dans la région sous-maxillaire. La peau était adhérente et violacée dans une étendue de trois centimètres carrés environ. L'os maxillaire inférieur gonflé, ramolli, se confondait avec la tuméfaction des parties molles. Les gencives étaient fongueuses et saignantes; les dents partie absentes, partie déchaussées et vacillantes. Dans le sillon génimaxillaire existait une ulcération profonde d'où s'écoulait une suppuration sanieuse. Du reste, les ganglions du cou ne présentaient aucune altération.

M. Maisonneuve, ayant décidé que la désarticulation de la mâchoire était indispensable, procéda à cette opération le 18 janvier, de la manière suivante :

1er temps. Incision verticale sur la ligne médiane de la lèvre inférieure, comprenant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'au dessous du menton et ligature de l'artère labiale du côté droit;

2e. Incision horizontale partant de l'extrémité inférieure de la première, et s'étendant parallèlement au bord de la mâchoire jusqu'au muscle masséter. Ligature de l'artère maxillaire ;

3e. Division de l'os sur la ligne médiane au moyen de la scie à chaîne ;

4e. Dissection du lambeau, en rasant immédiatement la face externe de l'os et section du muscle ptérygoïdien interne ;

6e. Section du tendon du muscle crotaphyte à son insertion à l'apophyse coronoïde, au moyen de ciseaux courbes dirigés sur le doigt index de la main gauche ;

7e. Arrachement de l'os ainsi isolé par un mouvement de bascule ;

8e. Excision de toutes les parties molles malades restées adhérentes au lambeau et à la face inférieure de la langue ;

9e. Rapprochement du lambeau par des points de suture entortillée, sauf un espace de trois centimètres dans la partie la plus déclive pour l'écoulement des liquides.

Aucun accident ne vint entraver la guérison qui était complète le 12 février, jour où le malade sortit de l'hôpital.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Ablation simultanée de toute la moitié latérale gauche de la mâchoire inférieure, d'une grande partie de l'os maxillaire supérieur du même côté, et de toutes les parties molles extérieures correspondantes. — Guérison.

Janny (Marguerite), âgée de 57 ans, s'aperçut vers le mois de novembre 1852, d'une gerçure profonde au côté gauche de la lèvre inférieure, près de sa commissure. Cette gerçure qui s'était manifestée sans cause appréciable pour la malade, fit des progrès rapides et se transforma bientôt en un ulcère calleux, dont on essaya vainement la guérison au moyen des caustiques, et même d'une incision avec le bistouri. Ces divers traitements n'empêchèrent pas le mal de faire des progrès incessants; et le 14 octobre 1854, jour où elle vint à l'hôpital de la Pitié, l'ulcération avait envahi la plus grande partie de la joue gauche, une portion notable de l'os maxillaire supérieur, et la presque totalité de la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur.

Malgré cet état local si grave, l'état général était encore excellent. Il n'existait ni engorgement ganglionnaire, ni le moindre signe de cachexie. D'un autre côté, la malade était pleine de courage. Elle était décidée à tout entreprendre pour se débarrasser de l'affreux ulcère qui la rongeait.

C'est dans ces conditions que M. Maisonneuve résolut de tenter l'opération, laquelle fut exécutée le 22 novembre 1854.

La malade étant préalablement soumise au chloroforme, M. Maisonneuve cerna d'abord toutes les parties malades, par une longue incision qui divisait la lèvre inférieure verticalement sur la ligne médiane, se dirigeait ensuite parallèlement au bord inférieur de la mâchoire jusqu'à son angle, remontait obliquement sur l'os de la pommette, puis, par une courbe à convexité supérieure, venait en rasant la narine gauche, tomber sur la ligne médiane de la lèvre supérieure. Les parties molles, circonscrites par cette incision, furent immédiatement disséquées et enlevées.

Dans un deuxième temps, M. Maisonneuve fit, au moyen de la scie à chaîne, la section verticale de l'os maxillaire inférieur, au niveau de la dent canine du côté droit ; puis, détachant rapidement les tissus qui adhèrent à la partie latérale gauche, il en pratiqua la désarticulation suivant son procédé habituel.

Dans un troisième temps, enfin, il fit avec de fortes pinces incisives la résection de toute la portion alvéolaire palatine et molaire de l'os maxillaire supérieur correspondant.

Après cette énorme perte de substance, qui comprenait non-seulement les deux os maxillaires, mais encore toutes les parties molles de la joue, de la lèvre et du menton du côté gauche, M. Maisonneuve ne crut pas devoir pratiquer, au moins immédiatement, d'opération autoplastique. De sorte que la langue, le pharynx, restèrent complétement à découvert et qu'il devint facile d'étudier le mécanisme de leur mouvement.

Un premier fait, très-curieux, frappa tout d'abord les assistants. C'est que malgré la section des muscles géniens, la langue pouvait être facilement tirée hors de la bouche, exécuter les mouvements latéraux et effectuer la déglutition. A plus forte raison, cet organe n'a-t-il pas éprouvé cette rétraction en arrière

que la plupart des auteurs de chirurgie considèrent comme inévitable à la suite de la section des muscles géniens, et qu'ils représentent comme susceptible de produire la suffocation.

Deux mois et demi se sont écoulés depuis cette opération. La cicatrisation, qui est actuellement complète, a resserré d'une manière considérable l'énorme perte de substance. Cependant, il reste encore une large ouverture, par laquelle on voit la langue exécuter ses mouvements. Un obturateur, habilement construit par M. Charrière, dissimule la difformité et permet surtout l'émission facile de la parole.

TROISIÈME OBSERVATION.

Ablation complète de l'os maxillaire inférieur, ainsi que des parties molles de la lèvre, des joues et du menton, jusqu'à l'os hyoïde. — Guérison.

Chérot (Pierre), âgé de cinquante-quatre ans, se présenta le 20 novembre 1854, à la Pitié, pour y être opéré d'une affection carcinomateuse de la lèvre inférieure, dont l'origine remontait à trois ans, et qui avait envahi la presque totalité de la mâchoire, ainsi que toutes les parties molles de la lèvre, des joues et du menton, jusqu'à l'os hyoïde.

Ce malheureux, qui arrivait de la province, était décidé à tout pour se débarrasser de son mal, et l'idée d'une effroyable mutilation ne l'effrayait nullement. Vivre était pour lui le suprême des biens.

Enhardi par cette énergique volonté, M. Maisonneuve se détermina à tenter l'opération qui fut exécutée le 14 décembre 1854.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve circonscrivit toutes les parties malades par une incision, qui, partant de la lèvre supérieure au-dessus de la commissure gauche, remontait vers l'os de la pommette, se recourbait au devant de l'oreille, descendait vers l'angle de la mâchoire, se dirigeait ensuite en courbe régulière jusqu'à l'os hyoïde, et se continuait ensuite du côté droit où elle suivait un trajet semblable, pour se terminer au-dessus de la commissure droite sur un point correspondant de la lèvre supérieure.

Dans cette énorme incision, de nombreuses ramifications artérielles avaient été ouvertes : sans s'inquiéter des rameaux secondaires, M. Maisonneuve fit immédiatement la ligature des deux troncs maxillaires externes, ce qui suffit pour arrêter tout écoulement sanguin.

Dès lors, l'ablation des parties molles extérieures devint chose facile. Elle fut exécutée rapidement. L'os mis à nu était détruit vers le milieu de la branche gauche. Cette circonstance épargna la peine de le scier et la désarticulation put être opérée de l'un et de l'autre côté suivant les règles ordinaires.

M. Maisonneuve se contenta de faire un pansement simple, en ayant seulement la précaution de relever avec un rouleau de charpie la langue qui pendait sur le sternum.

Les suites de cette opération si grave, furent beaucoup plus simples qu'on n'avait osé l'espérer.

La langue n'éprouva pas le moindre retrait en arrière, l'alimentation se fit facilement au moyen de la sonde œsophagienne et la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation.

Aujourd'hui, la guérison est à peu près complète. La cicatrice est entièrement terminée du côté droit et à la partie inférieure, il ne reste plus qu'une petite plaie à gauche.

La langue privée de soutien est pendante sur le sternum : cependant, elle exécute des mouvements étendus et quand on la tient soulevée au moyen de la main passée sous sa face inférieure, la déglutition s'opère même avec assez de facilité. Cette circonstance fait espérer à M. Maisonneuve qu'au moyen d'un obturateur convenablement disposé, non-seulement le malade pourra dissimuler la difformité de son visage, mais encore recouvrer une partie des fonctions dont il est actuellement privé. Car jusqu'à présent, l'alimentation se fait toujours au moyen de la sonde œsophagienne.

H. Blot.

CLINIQUE CIVILE.

M. Jobert (de Lamballe).

L'observation qu'on va lire est un nouvel exemple de guérison de fistule vésico-vaginale compliquée de perte de substance de la cloison, d'adhérences, etc. Dans les fistules vésico-vaginales, je l'ai déjà dit, l'épaisseur du tissu inodulaire, sa résistance, ne doivent être considérées que comme une difficulté dans l'opération, mais non comme un obstacle à la réunion immédiate. Le fait suivant vient encore démontrer l'exactitude de cette opinion, puisqu'ici cette réunion s'est accomplie et n'a rien laissé à désirer; les lèvres de la plaie s'étant réunies par le travail plastique sans laisser le moindre passage dans leur intervalle à l'écoulement des urines; en *dix jours*, on peut dire que tout était terminé en ce qui concerne le travail de fusion des surfaces ravivées. Nous espérons donc que ce fait nouveau contribuera à vaincre les répugnances qu'ont encore certains praticiens pour la réunion immédiate, même dans des cas qui lui sont en apparence peu favorables, de même qu'il montrera les succès qu'on peut obtenir dans des fistules vésico-vaginales avec perte de substance, succès qui sont du reste assez nombreux aujourd'hui pour ne plus pouvoir laisser le moindre doute dans l'esprit des praticiens attentifs.

Observation. — Fistule vésico-vaginale du bas-fond de la vessie. — Perte de substance. — Adhérences vaginales. — Autoplastie par glissement. — Guérison.

Madame Hebbert, habitant Manchester, vint à Paris dans le mois de décembre 1854, pour réclamer les soins de M. Jobert (de Lamballe). Cette dame, âgée de 29 ans, d'une forte constitution, a toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'il y a un an environ, elle devint enceinte de son premier enfant. La grossesse n'offrit rien qui fût digne d'être noté. Il n'en fut pas de même de l'accouchement qui, long et laborieux, ne put être terminé qu'à l'aide d'une application du forceps, après trois jours de travail. L'enfant, qui avait un volume considérable, était mort.

Les jours qui suivirent l'accouchement ne présentèrent rien de particulier. La malade éprouva, comme à l'ordinaire, le besoin d'uriner, lorsqu'au bout de huit jours elle se sentit tout à coup inondée par un flot d'urine. A partir de ce moment, le liquide urinaire a continué de couler par le vagin, les envies d'uriner ont complétement disparu. Le médecin qui avait accouché madame H....., examina les parties et, après avoir constaté la cause de l'incontinence, tenta d'oblitérer l'ouverture accidentelle, au moyen de cautérisations faites avec le nitrate d'argent. Plusieurs applications de ce caustique n'ayant amené aucune amélioration, un second médecin fut appelé. Celui-ci, ayant reconnu l'existence de la fistule vésico-vaginale, proposa une opération à la malade qui s'y opposa et vint immédiatement à Paris, consulter M. Jobert (de Lamballe) qui, dans un examen attentif, constate que :

1° Les grandes et les petites lèvres sont tuméfiées et œdémateuses;

2° La partie supérieure et interne des cuisses et la vulve sont érythémateuses;

3° L'entrée de la vulve, les petites et les grandes lèvres sont recouvertes d'exulcérations et le siége de douleurs qui se font principalement sentir lorsque la malade urine;

4° En déprimant la paroi recto-vaginale avec le spéculum univalve, on aperçoit, au fond du vagin, de l'urine et du pus;

5° Une ouverture située au-devant du museau de tanche, inclinée à gauche où elle se trouve en partie cachée par la paroi latérale de la cloison du vagin, entourée de brides cicatricielles qui l'attirent de ce côté;

6° Les restes du museau de tanche détruit par la gangrène.

Après avoir laissé la malade se remettre des fatigues de son voyage et l'avoir convenablement préparée, au moyen d'un traitement approprié, M. Jobert pratique l'opération, le 12 décembre 1854, en présence de ses distingués confrères, MM. Civiale et Costello.

1° La malade est placée dans la position donnée aux femmes qui subissent l'opération de la fistule vésico-vaginale. La paroi recto-vaginale est déprimée avec le spéculum univalve, tandis que les parois latérales sont écartées avec les leviers.

2° Les lèvres de la fistule sont ravivées avec des pinces à dents, le bistouri et des ciseaux. Le ravivement est fait avec soin dans toute la circonférence de l'ouverture accidentelle qui est recouverte d'un tissu cicatriciel, dur et résistant.

Les brides cicatricielles qui entourent la fistule se trouvent détruites et la fistule a alors des dimensions assez considérables pour admettre le pouce.

3° Les lèvres ravivées sont mises en contact au moyen de plusieurs points de suture entrecoupée; la réunion est opérée d'avant en arrière, de telle sorte que la suture est verticale. Après s'être assuré que la plaie était exactement réunie, M. Jobert procède au débridement du vagin.

4° Deux longues incisions sont pratiquées latéralement; elles s'étendent du col de l'utérus aux côtés du méat urinaire; elles font cesser le tiraillement qui existait entre les parties mises en contact. Enfin, deux autres incisions sont faites transversalement au-devant du col de l'utérus, et en avant de la fistule.

5° Après plusieurs injections d'eau froide, un tampon d'agaric est introduit dans le vagin, puis la malade est reportée dans son lit et une sonde à demeure est placée dans la vessie.

La première journée ne présente rien de particulier; il n'y a pas eu d'écoulement de sang.

Le 13, le tampon est retiré. La sonde donne issue à la totalité de l'urine, qui est claire et transparente.

L'état général est moins satisfaisant : la langue est sèche, la soif vive, la céphalalgie intense, le pouls faible, donne de 100 à 110 pulsations.

Le 14 et le 15, même état. La sonde continue de donner issue à la totalité du liquide urinaire. Dans la nuit du 15 au 16, l'algalie se bouche, l'urine coule sous la malade sans qu'elle puisse se rendre bien exactement compte de l'endroit par où elle passe.

Le 17, M. Jobert examine les parties opérées qu'il trouve dans un état très-satisfaisant. Un point de suture est enlevé. La grande lèvre est le siége d'une tuméfaction œdémateuse, peu douloureuse à la pression.

Après quelques lavages, la malade est reportée dans son lit et la sonde est remise à demeure dans la vessie. L'état général est toujours le même, à part cependant la céphalalgie qui est moins intense.

Le 18, M. Jobert prescrit une cuillerée de magnésie en poudre; il en résulte quelques selles.

Le 19 et le 20, la sonde continue à fonctionner. L'état général s'est amélioré sensiblement; la figure est plus calme, moins congestionnée; la langue, moins sèche, commence à se nettoyer. Le pouls est moins fréquent.

Le 21, M. Jobert coupe le nœud du second point de suture. La lèvre droite est moins volumineuse. A deux heures, la malade est mise dans un bain d'eau de son pendant huit minutes. La sonde est replacée dans la vessie.

Le 22, l'état général continue à s'améliorer; l'appétit se fait sentir. Mme H... ne prend pour toute nourriture que du lait.

Le 23 et le 24, la sonde fonctionne très-bien.

Le 25, Mme H... est de nouveau examinée. Toutes les parties sont presque complétement cicatrisées. M. Jobert retire le dernier fil. L'œdème de la lèvre droite a presque disparu.

Le 26, M. Jobert ordonne de nouveau de la magnésie.

Le 27, la sonde est retirée définitivement. La malade peut uriner seule, sans douleur et sans difficulté. Le besoin d'uriner se fait sentir à peu près toutes les trois heures, un peu plus souvent le jour que la nuit.

Les jours suivants, Mme H... se lève sans perdre une seule goutte d'urine.

Enfin, le 6 janvier 1855, elle est examinée une dernière fois par M. Jobert, qui constate que :

1° L'urètre est libre, permet l'introduction facile d'une sonde d'argent et, à l'aide de cet instrument on peut reconnaître que le réservoir urinaire a déjà repris de l'ampleur.

2° Sur la paroi vésico-vaginale, on aperçoit une cicatrice transversale résultant de la réunion des deux lèvres de la fistule. Cette cicatrice est rosée.

3° A droite et à gauche, deux cicatrices dirigées d'arrière en avant; au devant des restes du col de l'utérus, on en voit une autre.

Les adhérences de la cloison vésico-vaginale au côté gauche du vagin, sa déviation dans ce sens, le tiraillement que la fistule éprouvait et qui faisait qu'elle était, pour ainsi dire, cachée en partie à gauche, les nombreuses cicatrices qui étaient le résultat de perte de substance déterminée par la gangrène, n'ont fait que rendre la manœuvre plus difficile, puisque l'opération a été faite sur place sans nuire aux résultats.

On ne pouvait, en effet, saisir que difficilement les tissus durs et résistants, et, cependant, à l'aide du bistouri, des ciseaux et des pinces à dents, on a pu conduire à bien le ravivement qui ne s'est prolongé que pendant quelques minutes.

La suture entrecoupée n'a offert par elle-même aucune difficulté sérieuse; une fois les fils passés, il a été très-aisé de les lier en mettant les lèvres de la plaie en contact. Toutefois, il était très-visible qu'un grand tiraillement s'exerçait sur les bords de la plaie qui ne s'étaient rapprochés qu'en exerçant une constriction assez forte. Ce tiraillement démontrait combien il était important de le faire cesser le plus vite possible, et, c'est pour cela que le vagin fût détaché en avant des restes du col de l'utérus, qu'une incision transversale fut pratiquée au devant de la suture, et que deux longues incisions furent faites sur les parties latérales de la suture, et d'arrière en avant, jusque sur les côtés du méat urinaire.

Cette opération, exécutée en présence de MM. Civiale, Costello et de plusieurs élèves, ne dura pas plus de quinze minutes.

La réunion par première intention se fit promptement, et l'on peut dire que la guérison était complète le dixième jour. Voilà donc une fistule compliquée qui a dû céder à la puissance de l'art, sans accidents locaux.

On est frappé de la facilité avec laquelle la vessie a repris ses dimensions et ses fonctions de réservoir. La malade, en effet, urine, pour ainsi dire, comme dans l'état normal puisqu'elle n'a besoin de vider la vessie que deux fois par nuit et trois fois par jour.

Lorsque madame H... est partie pour l'Angleterre, elle avait repris de la force et la santé générale était complétement rétablie.

On a pu être frappé de la différence qui existait chez cette malade courageuse, dans sa physionomie si abattue, si accablée, lors de son arrivée à Paris; si vive, si animée lorsqu'elle a adressé ses remercîments, l'expression de sa reconnaissance aux personnes qui lui avaient donné des soins.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL. — ACTION PHYSIOLOGIQUE.

Par MM. les docteurs Joret et Homolle.

(Suite et fin. — Voir le n° 18.)

L'apiol à la dose de 0,50 centigr. à 1 gramme détermine une excitation cérébrale légère rappelant celle produite par le café : on éprouve un sentiment de force et de bien-être avec chaleur épigastrique passagère. Les personnes qui en ont pris à ces mêmes doses, n'ont ressenti ni soif, ni maux d'estomac, ni nausées, ni vomissements, ni coliques,

ni diarrhée. Lorsque la dose est plus élevée, de 2 à 4 grammes, on observe les phénomènes d'une véritable ivresse : bluettes, étourdissements, titubations, vertiges et sifflements d'oreilles, céphalalgie frontale gravative, etc. Ce sont les mêmes effets que l'on éprouve à la suite d'une forte dose de sulfate de quinine; *l'ivresse apiolique* est comparable à *l'ivresse quinique*; c'est là un point de rapprochement remarquable entre ces deux corps. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on voit survenir des borborygmes, des nausées, des coliques avec diarrhée bilieuse.

Comme spécimen, nous rapporterons les deux expériences suivantes :

Première expérience.— Le 18 décembre 1850, à six heures quarante minutes du matin, le pouls étant à 60 pulsations, après une bonne nuit et dans un parfait état de santé, on prend dans une capsule de Lehuby, 1 gramme d'apiol et l'on boit immédiatement après un verre d'eau sucrée. Rien de particulier jusqu'à huit heures et demie qu'on déjeune avec l'appétit habituel. Pendant les courses qui suivent le repas on n'éprouve aucune sensation pénible, indice d'une digestion difficile. La sécrétion urinaire semble un peu augmentée; à une heure, chaleur de la face, tension légère des globes oculaires, légère excitation intellectuelle, pas de céphalalgie, rien du côté de l'organe auditif. Le pouls n'est nullement modifié. Sentiment de force et d'alacrité. Appétit au dîner, renvois gazeux non désagréables, rien de particulier dans la soirée; sommeil agité.

Deuxième expérience. — Le 21 décembre 1850, à six heures du matin, pouls à 57 pulsations, pas de céphalalgie, nul malaise, santé parfaite; on prend 2 grammes 60 centigrammes d'apiol dans des capsules de Lehuby, suivis d'un verre d'eau sucrée, on n'éprouve pas d'arrière-goût. A sept heures et quart, éblouissements et légers étourdissements augmentant par le mouvement; sensation de vague comme on l'éprouve dans un commencement d'ivresse ou après une dose modérée de haschich; bâillements. Cet état devient assez désagréable pour faire désirer le repos. On se jette sur un lit, nul trouble appréciable des sens, sommeil de quelques minutes. Au réveil, l'état de demi-ivresse est moins prononcé; il suffit de la moindre préoccupation pour le dissiper. L'appétit est moins ouvert, il n'y a pas de soif, la digestion est facile, nul symptôme nouveau; urines copieuses relativement à la quantité de boisson prise. A deux heures, 60 pulsations, chaleur à la face, sentiment de force, excitation intellectuelle. A dîner, peu d'appétit, 58 pulsations par minute. A huit heures du soir, 62 pulsations, nulle disposition au sommeil, aptitude au travail. Coucher à onze heures, nuit bonne, réveil à cinq heures et demie. A six heures, le pouls est à 56 pulsations par minute. La santé est parfaite sous tous les rapports.

On le voit, rien dans l'action physiologique de l'apiol n'est de nature à présenter des obstacles à son emploi thérapeutique.

Ce principe actif a tous les caractères des médicaments appartenant à la classe des toniques, c'est-à-dire portant leur action sur l'ensemble des fonctions dites organiques ou de nutrition pour en élever le diapason, et cela sans provoquer de phénomènes toxiques ou seulement fâcheux, même à des doses assez fortes (2,60 à 3 grammes) prises en une seule fois, le matin, à jeun.

En administrant l'apiol comme fébrifuge, nous lui avons reconnu une action emménagogue qui le place, sous ce rapport, bien au-dessus de tous les médicaments de cette classe.

Soit qu'il s'agisse de rappeler les périodes menstruelles manquant depuis plus ou moins longtemps, soit qu'on ait pour but de régulariser cette importante fonction, dans les cas de dysmenhorrée par irrégularité, insuffisance ou difficulté d'écoulement avec tranchées, douleurs abdominales, lombaires et inguinales, l'apiol, à la dose minime de 20 à 30 centigrammes par jour, continué pendant la huitaine qui précède l'époque des règles, nous a réussi le plus ordinairement.

Nous nous proposons de publier un travail sur cet important sujet, aussitôt que nous en aurons fait une étude plus complète.

Comprenant toute l'importance qu'il y a à bien préciser les différents cas dans lesquels on emploie un médicament pour en connaître la valeur thérapeutique, les auteurs, avant d'aborder l'étude clinique de l'apiol, ont établi plusieurs catégories de fièvres intermittentes. Ils divisent, comme nous l'avions fait avant eux, les fièvres en quatre types, en prenant pour base leur degré de ténacité.

Premier type. — *Fièvres intermittentes à symptômes graves et tendance à affecter la forme pernicieuse.*— Ces fièvres désolantes par leur ténacité appartiennent aux régions intertropicales, ou tout au moins à l'Europe méridionale. Il faut des doses élevées de quinquina ou de sels de quinine pour les couper, elles récidivent à la moindre occasion et pendant de longues années, même lorsqu'on a cessé d'habiter le pays où on les avait contractées. Ce sont *les paludéennes intenses* de M. le professeur Bouchardat. L'apiol ne parvient souvent qu'à modifier l'intensité de leurs accès.

Deuxième type. — *Fièvres intermittentes graves de notre climat*, telles que les observait à Tours, M. Bretonneau. Elles ne sont supprimées que par des doses capables de produire l'ivresse quinique ou l'ivresse apiolique, et sont susceptibles de récidiver un des jours multiples de sept, soit : le quatorzième, le vingt et unième, le vingt-huitième; mais la récidive peut être prévenue par l'emploi méthodiquement continué de l'agent fébrifuge. C'est en parlant de ces fièvres que M. Bretonneau a dit : « Les petites doses habituent les ma» lades à l'action du quinquina, elles nuisent au bon résultat des doses » suffisantes, elles impatientent l'appareil digestif et rendent l'ivresse » quinique plus difficile à obtenir. »

Troisième type.— *Fièvres paludéennes indifférentes* qui exigent l'emploi du sulfate de quinine ou de l'apiol, mais à dose insuffisante pour produire l'ivresse fébrifuge.

Quatrième type. —*Fièvres intermittentes éphémères* liées plutôt à des influences météorologiques qu'au miasme paludéen. Elles guérissent le plus souvent par un simple changement de lieu ou de régime. Ce sont ces fièvres que l'on voit si facilement modifiées par la salicine, le chardon béni, l'artichaut, etc., etc.

Qu'on admette ou non cette classification, le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine ou par l'apiol réclame une méthode rationnelle, et nous ne saurions mieux faire que de rappeler à ce sujet les préceptes si sages formulés en propositions par M. Bretonneau :

« 1° Une sorte d'ivresse plus ou moins pénible produite par une « seule dose convenable de sulfate de quinine, répétée au besoin deux « jours de suite, supprime pour huit jours la fièvre intermittente « simple.

« 2° Toute dose de quinquina suffisante perd de sa puissance fébri« fuge en se fractionnant, exactement comme une dose de vin perdrait « de sa puissance enivrante en se divisant.

« 3° Bien des motifs portent à croire qu'il est utile que la dose néces« saire ne soit pas dépassée.

« 4° Il y a nécessité de continuer les doses préservatives ou préven« tives en les éloignant progressivement.

« 5° En cas de symptômes insolites graves (pernicieux), doubler la « dose. »

Cette méthode rationnelle d'administrer la quinine, que nous avons reconnue être également la meilleure pour l'apiol, n'est pas tout; il peut y avoir des indications particulières à remplir préalablement; M. Bretonneau avait déduit d'expériences comparatives faites à l'hôpital de Tours *l'important précepte de faire vomir et de purger dans les fièvres intermittentes automnales* à moins d'évidentes contre-indications. Nous avons observé aussi que, dans les mêmes conditions, en faisant vomir et purgeant les malades avant l'emploi de l'apiol, la fièvre avait été coupée plus rapidement et plus sûrement.

Ces règles établies, le type de la fièvre constaté par l'observation de deux ou trois accès, les indications particulières remplies, les conditions hygiéniques modifiées autant que possible dans ce qu'elles ont de fâcheux, le moment de faire prendre le fébrifuge est arrivé.

Mode d'administration. — Primitivement nous administrions l'apiol dans une cuillerée d'eau ou de tisane, à la dose de cinq à six gouttes, mais il laissait dans l'arrière-bouche et dans l'œsophage une saveur âcre, piquante, accompagnée d'un sentiment de chaleur qui nous a fait renoncer à ce mode d'emploi. Nous l'avons donné ensuite dans des capsules en lichen de Lehuby qui s'ouvrent et se ferment à la manière d'un étui; mais ce mode de capsulation est défectueux : il n'est guère possible d'éviter qu'il ne se fasse un suintement entre le parois de l'étui, et les inconvénients que nous avons signalés plus haut se reproduisant, nous avons adopté en définitive les capsules en gélatine généralement usitées à présent. Elles sont d'un petit volume, parfaitement fermées, l'apiol s'y conserve indéfiniment, pourvu qu'on ait soin de les tenir à l'abri de l'humidité. Chaque capsule de la dimension d'un gros poid renferme 25 centigrammes d'apiol. On sait que, à part de rares exceptions, les malades avalent plus facilement, à volume égal, les capsules que les pilules. D'un autre côté le procédé de capsulation étant aujourd'hui dans le domaine public, des applications chaque jour plus nombreuses l'ont rendu plus facile et plus pratique. On prend les capsules sans difficulté dans une cuillerée d'eau ou de tisane.

Bien que l'apiol partage avec presque tous les médicaments énergiques l'inconvénient d'une saveur et d une odeur répulsives, cette saveur et cette odeur ne sont pas tellement tenaces que nous n'ayons pu préparer un *sirop d'apiol* qui n'a aucun mauvais goût, et que les enfants

prennent sans difficulté et même avec plaisir. En voici la formule :

Prenez apiol. . . . . 5 grammes,
sucre blanc. . . . . 1,000 grammes,
Faites un oléo-saccharum que l'on fait fondre
à feu doux dans eau de fontaine. 500 grammes.
Filtrer et conserver pour l'usage.

Quinze grammes de ce sirop contiennent cinq centigrammes d'apiol.

Doses auxquelles on administre l'apiol.

Habituellement, *dans les fièvres intermittentes quotidiennes*, on administre, chaque jour, cinq ou six heures avant l'accès de fièvre à combattre :

4 capsules, aux adultes. . . . . (soit : 1 gramme d'apiol.)
2 à 3 capsules, aux enfants de 12 à 15 ans. (50 à 75 cent. d'apiol.)
1 capsule, aux petits enfants . . . . . (25 centrigram. d'apiol.)

Les petits enfants n'avalant qu'avec difficulté les capsules, nous leur donnons de préférence quatre à cinq cuillerées *de sirop d'apiol.*

Dans *les fièvres tierces*, on donne les mêmes doses, le jour apyrétique ;

Dans *les fièvres quartes*, on double les doses que l'on administre deux jours de suite.

On prend les capsules, une à une, et coup sur coup, dans un cuillerée d'eau. *Quel qu'en soit le nombre, il vaut mieux les prendre toutes de suite que de les prendre à des intervalles éloignés.* Il convient de débuter par la dose que nous avons indiquée ou même par une dose plus forte, si l'on a affaire à une fièvre rébelle, comme on le fait, au reste, avec le sulfate de quinine. Il ne faut pas cesser l'administration de l'apiol aussitôt que la fièvre a été coupée, on risquerait de la voir récidiver ; seulement, à dater de ce moment, on donnera les capsules à dose décroissante, de jour en jour. Il est arrivé que faute d'avoir suivi ces préceptes, des praticiens très-recommandables ont échoué là où ils auraient dû obtenir un succès complet.

Sur 37 fiévreux auxquels nous avons administré l'apiol, en 1849,

9 étaient atteints de fièvres intermittentes quotidiennes ;
26 — — — tierces ;
2 — — — quarte.
——
37
——

35 ont été guéris ; 2 ont résisté à l'emploi de l'apiol ; l'un et l'autre étaient atteints de fièvre tierce.

La moyenne de la quantité d'apiol pour guérir chaque malade a été :

Pour les fièvres quotidiennes.. . . . . . 1 gr. 35.
— tierces . . . . 2 — 72.
— quartes. . . . . 3 — 52.

Les époques de la guérison était les suivantes :

Dans les fièvres intermittentes quotidiennes,

4 fois après la première dose ;
3 — deuxième dose ;
2 — troisième dose.

Dans les fièvres tierces :

15 fois après la première dose ;
7 — deuxième dose ;
1 — troisième dose ;
1 — sixième dose.

Il y a eu deux insuccès.

Dans les fièvres quartes :

2 fois après la deuxième dose.

Comme on le voit, les fièvres quotidiennes et tierces ont été coupées, le plus souvent, après la première prise, et la fièvre quarte n'a été enrayée qu'à la seconde.

Dans une seconde statistique, composé de 43 observations qui nous sont complétement étrangères et qui ont été recueillies en 1851 et 1852 :

1° Par M. le docteur Lefèvre, premier médecin en chef de la marine, à Rochefort ;

2° Par M. le docteur Dupré, chirurgien de l'hôpital de Bourg en Bresse ;

3° Par M. le docteur Denis, médecin de l'hôpital civil et militaire d'Auray (Morbihan) ;

4° Par M. le docteur Amic, premier médecin en chef de la marine, à Fort-de-France, Martinique ;

5° Par M. le docteur Fernet, de Paris.

Nous voyons que sur 43 fiévreux traités par l'apiol, 30 ont guéri *sans rechute*, et 6 seulement ont conservé leur fièvre qui, toutefois, a été chez plusieurs notablement modifiée dans son intensité par l'emploi de ce fébrifuge.

Sur ces 43 malades :

21 étaient atteints de fièvre intermittente quotidienne ;
18 — — tierce ;
4 — — quarte.

Cinq fièvres quotidiennes et une quarte ont résisté à l'usage de l'apiol, toutes les autres ont été guéries.

Ce relevé prouverait que les fièvres quotidiennes sont plus difficiles à guérir que les tierces, et qu'il n'est pas exact de dire que l'apiol ne réussit pas à couper les fièvres quartes.

Enfin, en établissant *la proportion de* 86 *guérisons sur* 100 *malades*, il nous apprend à connaître la valeur antipériodique de l'apiol dans les fièvres de nos contrées.

Essayons à présent de déterminer sa valeur dans les fièvres des pays chauds ; il nous sera très-facile ensuite d'assigner sa part d'efficacité dans les fièvres en général.

En prenant en masse toutes les observations recueillies par nos savants confrères, chargés par la commission de la Société de pharmacie d'essayer les succédanés de la quinine à Rome, à Perpignan, à Ajaccio, et y joignant celles que nous a envoyées M. le docteur Amic, de la Martinique, nous trouvons que sur 30 fébricitants traités par l'apiol, 16 ont guéri.

De ce nombre :

7 avaient été traités à l'hôpital d'Ajaccio, par M. le docteur Abeille, 4 ont guéri.
6 avaient été traités à l'hôpital de Perpignan, par le docteur Gassaud, 1 a guéri.
8 avaient été traités à l'hôpital de Rome par les docteurs Jacquot et Garnier, 4 ont guéri.
9 avaient été traités à l'hôpital de Fort-de-France par le docteur Amic, 7 ont guéri.
——
Total : 30 traités. Total : 16 guéris.

Sur ces 30 malades :

19 étaient atteints de fièvre intermittente quotidienne, 12 guéris.
10 étaient atteints de fièvre intermittente tierce, 4 —
1 était atteint de fièvre intermittente quarte, 0 —
——
30 16

Ainsi, dans les contrées méridionales, l'apiol ne réussit à couper la fièvre que dans la moitié des cas. Il guérit plus aisément les fièvres quotidiennes que les tierces, et si l'on peut conclure d'un seul fait, les fièvres quartes résisteraient à son emploi.

Enfin, pour apprécier d'une manière aussi exacte que possible l'action de l'apiol sur les fièvres en général, de quelque nature qu'elles soient, réunissons les deux groupes que nous venons d'examiner isolément :

Soit, d'une part : 43 malades qui font l'objet de ce travail ; d'autre part, 73 malades traités antérieurement à Rochefort, Ajaccio, Perpignan et Rome, nous obtenons un total de 116 fiévreux traités par l'apiol, dont 66 ont été guéris.

Ainsi donc, tandis que dans les fièvres intermittentes de la Bretagne, de la Bresse, etc., qui sont celles du 2ᵉ et 3ᵉ types, les guérisons obtenues par l'apiol ont été de 86 pour 100 ;

A la Martinique, à Rome, à Ajaccio et à Perpignan (fièvres du 1ᵉʳ type), elles n'ont guère dépassé 50 pour 100 ;

Et dans la généralité des fièvres de tous les pays, elles atteignent le chiffre de près de 60 pour cent.

D'où il faut conclure que l'apiol, qui ne saurait être employé avec le même avantage que le sulfate de quinine pour combattre les fièvres intermittentes des pays chauds, peut très-bien lui être substitué dans les fièvres intermittentes de nos contrées. L'action de l'apiol dans les *névralgies intermittentes*, si nous nous en rapportons à quelques faits qu'il nous a été possible d'observer, n'est pas moins puissante que celle du sulfate de quinine.

Bien des moyens thérapeutiques ont été préconisés pour combattre les *sueurs nocturnes des phthisiques.*

Les toniques et les astringents combinés ou non avec les opiacés ont été longtemps vantés. On a administré la poudre d'agaric blanc unie à l'acétate de plomb et à l'extrait de ratanhia, enfin on a eu recours, avec quelque succès, aux sels de quinine ; nous avons administré aussi l'apiol, à petite dose, dans plusieurs cas semblables, et nous en avons retiré de très-bons effets.

En résumé : comme succédané du quinquina, le persil (apium petrosalinum), plante indigène vulgaire, robuste, poussant et portant graines sans culture dans toute l'Europe, offre sur le quinquina l'avantage d'un prix bien inférieur et d'une production qui ne sera jamais au-dessous de sa consommation. Le principe immédiat retiré de ses graines est un produit toujours identique et d'une grande énergie à des doses qui dépassent à peine celles de la quinine ; son mode d'action s'en rapproche d'une manière remarquable, son innocuité est parfaite.

Nous pensons donc avoir doté la thérapeutique d'un nouvel agent présentant les conditions de tout bon médicament : action énergique, fixité de composition, inaltérabilité, innocuité. En dehors de ses propriétés fibrifuges si manifestes, il est encore appelé à rendre d'éminents services à la pratique médicale, comme tonique doué d'une action puissante sur les fonctions soumises à l'innervation ganglionnaire et comme emménagogue.

Anesthésie locale. Substitution de la gaze à la vessie de porc pour contenir le mélange réfrigérant. — S'il s'agissait d'extirper en totalité ou en partie un ongle incarné ou de porter le cautère actuel sur une articulation, voici de quelle manière M. Nélaton obtenait l'insensibilité de la partie malade : il plaçait sur cette partie une vessie contenant un tiers de sel et deux tiers de glace finement concassée, le tout mélangé avec soin. Au bout de trois minutes, les tissus avaient perdu leur couleur gris rosé, pour prendre une teinte blanc jaunâtre ; le sang avait disparu, la graisse semblait figée, et l'on pouvait agir impunément sur ces tissus. Quelquefois cependant on n'atteignait pas le but désiré, et en voici la raison : le sel et la glace se dissolvaient, la glace fondait, et l'eau qui en résultait occupait naturellement la partie déclive du récipient imperméable constitué par la vessie. Il arrivait dès lors que les tissus qu'on voulait congeler n'étaient plus en contact qu'avec de l'eau à la température de 0°. C'est pourquoi M. Nélaton a substitué à la vessie une enveloppe de gaze qui laisse échapper l'eau au fur et à mesure qu'elle se produit dans le mélange, et de cette façon ce chirurgien obtient une action réfrigérante plus rapide et surtout d'une efficacité plus constante. (*Journal de Méd. et de Chir. prat.*).

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Question de la déclaration des naissances. Jugement du tribunal civil de la Seine. — On lit dans l'*Union médicale :*

Jusqu'à ce jour, quand un accoucheur se trouvait dans l'impossibilité de révéler le nom, et surtout le domicile de la mère, dans une déclaration de naissance, il en résultait pour lui des embarras, des tourments sans nombre. Cité devant le tribunal, il ne parvenait qu'avec peine à échapper aux conséquences de son dévouement.

Aujourd'hui les rôles ont changé, et nos droits viennent d'être enfin consacrés d'une manière formelle. Ce n'est plus le médecin qui se défend, c'est l'officier de l'état civil qui, à la réquisition de l'accoucheur, se voit condamné par le tribunal à inscrire un enfant sans nom de père ni de mère et sans désignation du lieu de la naissance, et de plus à payer les frais de la procédure.

C'est au chaleureux ploidoyer de Me Gressier, dont le beau-père, Me Chaix-d'Est-Ange, a si bien défendu les droits de l'Académie de médecine, que nous devons cette conquête qui intéresse tout le corps médical.

Voici l'extrait du jugement qui nous est adressé par M. Chailly-Honoré :

« Le tribunal, ouï en ses conclusions et plaidoirie Gressier, avocat, assisté de Estienne, avoué de Chailly, ensemble en ses conclusions M. Moignon, substitut du procureur impérial, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort, donne défaut contre la mairie du deuxième arrondissement de Paris, non comparant, et pour le profit ;

« Attendu que la présentation de l'enfant par le médecin est régulière, que le refus du maire du deuxième arrondissement n'est fondé sur aucun motif légal ;

« Ordonne qu'il sera tenu de recevoir et inscrire sur le registre des actes de naissance de la mairie, dans les vingt-quatre heures de la signification du présent jugement, la déclaration qui lui sera réitérée par le demandeur en présence de deux témoins de la présentation d'une enfant du sexe féminin, née le 31 octobre dernier dans la circonscription du deuxième arrondissement, de père et mère inconnus, à laquelle il entend donner le nom de Louise Gabrielle de Sainte-Perrine, sinon et faute par le maire de ce faire dans ledit délai et icelui passé, dit qu'il sera fait droit. »

— Le 14 mars prochain, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, à Paris, pour la nomination à deux places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

Nécrologie. — M. Caffre, qui s'occupe avec une si louable persévérance de signaler au public médical les titres que ceux de ses membres que la mort enlève ont à la considération publique, donne les détails suivants sur un chirurgien distingué que la ville de Genève vient de perdre :

« Mayor (François-Isaac) docteur, en médecine, née n 1779 au château de Bières (Suisse), vient de mourir à Genève.

« A l'âge de 18 ans, Mayor assista comme chirurgien à la bataille de Sion, et fut chargé par le gouvernement vaudois du service chirurgical d'un hôpital militaire. En 1798, il vint étudier à Paris, où il contracta des relations scientifiques avec Bichat, Roux, Marjolin, Boyer, Dubois et Jadelot, etc. En 1808, il se fit recevoir docteur en médecine à Montpellier ; en 1814, il remplissait à l'hôpital de Genève les fonctions de médecin, et fut seul chargé de soigner les militaires autrichiens frappés par un violent typhus ; le dévouement dont il fit preuve lui valut de la part du conseil d'État l'octroi gratuit du droit de cité. La lettre de bourgeoisie qu'il reçut le 5 janvier 1815 se termine ainsi :

« En conséquence de bons et loyaux services rendus à la République
« par ledit François-Isaac Mayor, nous lui accordons le droit de cité, et
« cela sans finances. »

« De concert avec plusieurs savants genevois, il fonda en 1817 le Musée d'histoire naturelle de la ville de Genève, auquel il fit cadeau d'une très-belle collection anatomique qu'il possédait. En 1822, il professa un cours d'histoire naturelle, et fut aussi le premier qui fit un cours public de médecine légale, en même temps que le célèbre de Candolle professait la botanique.

« A dater de 1824, Mayor, au conseil représentatif, s'y montra toujours le zélé et éclairé partisan des idées progressives. Il fut l'un des fondateurs du *Journal de Genève*, et l'un des premiers élus à l'Assemblée constituante.

« Mayor, ancien conseiller d'État, vice-président du conseil de santé, président de la section des sciences naturelles de l'Institut genevois, appartenait encore à un très-grand-nombre de sociétés savantes.

« Lorsqu'un incendie dévora de fond en comble la ville de Sallanches en 1840, Mayor accourut y porter les conseils de la science. Marseille, ravagée par l'épidémie du choléra, devint aussi pour lui un séjour d'étude.

« Sans compter les nombreux travaux de Mayor en chirurgie, il est auteur de plusieurs Mémoires importants sur l'histoire naturelle, qui se lie si essentiellement à la connaissance de l'homme pour constituer le médecin instruit. Entre autres mémoires laissés par Mayor se trouvent les suivants :

« 1° Sur les Animonites ; 2° sur les Éponges ; 3° sur la Pisciculture dans le lac Léman ; 4° sur les Ténias ; 5° sur les bruits du cœur du fœtus, antérieurement à un travail sur le même sujet, publié par M. Lejumeau de Kerkaradec ; 6° de longues recherches sur les Nécroses, insérées dans le tome II des Mémoires de Genève.

« Nous devons à M. Moulinié fils, secrétaire de la section des sciences naturelles et mathématiques, une Notice très-complète sur la vie et les travaux de ce regrettable confrère, dans laquelle nous avons puisé ces renseignements.

« Le docteur Mayor fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, continue dignement la réputation acquise par son père. »

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 24. 3e ANNÉE. Samedi 24 février 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE CIVILE.

CANCER DES RAMONEURS. — (Clinique de M. NÉLATON)

Epithelioma papillaire du scrotum (Robin).

Le 3 février 1855, M. Nélaton opéra en ville un malade atteint d'un ulcère du scrotum se rapportant exactement à la maladie décrite par Pott sous le nom de cancer des ramoneurs (*chimney sweep cancer*). Cette maladie, relativement assez commune en Angleterre, est tellement rare dans les autres pays en général, et en France en particulier, que beaucoup de chirurgiens n'ont jamais eu l'occasion d'en observer un exemple ; cette pénurie d'observations est cause que la description de cette maladie laisse jusqu'à présent beaucoup à désirer, et que les meilleurs auteurs en sont réduits à des conjectures sur sa nature intime. Pour preuve de cette observation nous transcrivons ici en partie le chapitre où cette question est traitée dans *Traité du cancer*, encore récent (1851) et très-complet, de M. Lebert. Voici comment s'exprime ce savant anatomiste à l'article cancroïde du scrotum (p. 672) :

« Nous regrettons de ne pouvoir donner la description de cette « affection d'après notre propre expérience, mais nous avouons « que nous n'en avons pas jusqu'à présent observé un seul cas. « Nous ne trouvons même dans les auteurs français qu'un petit « nombre de cas relatés avec détail. Une observation de ce genre, « qui se trouve dans la thèse de M. Mayor, n'est autre chose « qu'un cancroïde épidermique. Une observation que nous avons « trouvée dans la thèse de M. Michon, laisse des doutes si l'af- « fection du scrotum a été primitive ou secondaire. Les bulle- « tins de la Société anatomique ne contiennent qu'une seule « observation. Un cas rapporté par Bennett n'est également « qu'un cas de cancroïde. Avec cette *pénurie* d'observations, « nous sommes donc obligé de donner ici le résumé de nos lec- « tures sur ce sujet, d'après les auteurs anglais.

« Le cancroïde du scrotum a été décrit pour la première fois, « sous le nom de cancer des ramoneurs (*chimney sweep cancer*) « par Pott, et, quoique sa notice sur ce sujet soit très-courte, « elle renferme cependant déjà les traits les plus essentiels de « cette maladie, et les auteurs ultérieurs, parmi lesquels il faut « surtout citer Eurle, A. Copper, Curling, n'ont fait que confir- « mer ces premières observations.

« Quoique la nature cancroïde de cette maladie du scrotum, « dans un grand nombre de cas, résulte clairement de toutes « ces descriptions, il nous paraît cependant probable qu'ici en- « core on aura quelquefois confondu le cancroïde et le véritable « cancer, car on a signalé une forme presque tout à fait locale, « à marche lente et bénigne, et une autre bien plus rapide, en- « vahissante, généralisatrice, très-maligne, en un mot. Pour- « quoi, du reste, le scrotum aurait-il une immunité exception- « nelle à l'égard du cancer?... »

Le début de la maladie, suivant les auteurs anglais, s'annoncerait par la production d'une sorte de verrue (soot-wart) attribuée à l'action irritante de la suie retenue entre les plis du scrotum. Cette petite tumeur peut persister longtemps sans changer de volume, mais elle finit par s'ulcérer à sa surface, cet ulcère est profond, ses bords sont durs et renversés, les ganglions de l'aîne s'engorgent, l'ulcération gagne en surface, s'étend sur les cuisses et sur l'abdomen et amène une série d'accidents d'où résulte la mort. On ne dit pas qu'on ait jamais observé une infection, une diathèse cancéreuse à la suite de cette affection qui semble être toujours localisée. Mais les observations nous manquent. — En donnant à cette maladie le nom de cancroïde du scrotum, M. Lebert semble se rallier à l'opinion de M. Mayor, qui donne ce nom à toutes les maladies réputées cancéreuses, qui ont leur siége sur la peau. Cette opinion, dans le cas présent, semble légitimée par la marche connue de la maladie, puisqu'on ne dit nulle part qu'une diathèse ait été observée, et elle est fondée sur une analogie ; la plupart des ulcères dits cancéreux de la peau appartenant effectivement à la classe des cancroïdes ou tumeures épithéliales ; mais M. Lebert n'a pas eu l'occasion d'observer par lui-même le cancer des ramoneurs, et son opinion, quelque fondée qu'elle puisse être, manque de la certitude qui ne peut résulter que des faits directement observés. Aussi avons-nous pensé qu'il était utile de publier le fait nouveau dont M. Nélaton a bien voulu nous donner communication :

Observation. — M....., ajourd'hui âgé de 45 ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, une complexion forte, fut atteint, il y a 10 ans, d'une affection intestinale pour laquelle un médecin prescrivit une application de sangsues à l'anus. Ces sangsues furent mal appliquées, quelques-unes se fixèrent sur le scrotum et, à la place où existaient les piqûres, une induration se manifesta et persista. Telle serait, au dire du malade, la première origine de sa maladie actuelle ; nous n'admettons ni ne contestons la réalité de cette cause. Il y a 4 ans, un petit bouton rugueux, sorte de verrue, se montra au scrotum et resta stationnaire pendant longtemps ; cependant une ulcération se produisit en ce point et, après un traitement peu actif tenté en province, dans l'arrondissement de Périgueux où habitait ce malade, il se décida à venir à Paris consulter M. Nélaton. Cette consultation eut lieu il y a 15 mois. Il existait alors, sur la partie droite du scrotum, un ulcère à bords durs et irréguliers, assez profond, déchiqueté, causant au malade une gêne très-grande, et donnant lieu à quelques douleurs lancinantes. Les ganglions profonds de l'aîne étaient engorgés et avaient acquis un volume considérable, ils étaient sensibles à la pression ; cette circons-

tance faisant craindre la propagation du mal dans le centre lymphatique de la région, M. Nélaton hésita à pratiquer une opération et conseilla au malade un traitement palliatif.

La plaie n'avait, à cette époque, que deux ou trois centimètres d'étendue, la santé générale était du reste excellente; M..... retourna dans son pays; il revint à Paris au commencement de cette année (1855) et sollicita M. Nélaton à l'opérer; les ganglions inguinaux semblaient avoir un peu diminué de volume; ils n'étaient engorgés que du côté droit, l'ulcération siégeant sur la partie droite du scrotum en dehors du raphé. Le mal avait fait des progrès très-lents, l'ulcération semblait s'étendre plutôt en profondeur qu'en largeur; l'état général était très-bon et ne se ressentait nullement de cette lésion locale. L'opération fut faite le 3 février; toute la surface ulcérée fut enlevée, la tunique vaginale ne fut point intéressée, les lèvres de la plaie furent réunies par des points de suture, et la cicatrisation était complète le 21 février. Les ganglions inguinaux étaient restés dans le même état, c'est-à-dire hypertrophiés. Nul accident ne s'était déclaré et l'opéré s'apprêtait à retourner dans son pays à la fin du mois de février.

L'occasion d'examiner une lésion rare et d'en déterminer anatomiquement la nature, fut mise à profit aussitôt après l'opération; l'ulcère fut regardé à l'œil nu et à l'aide du microscope; les détails qui suivent résultent de l'examen de la pièce anatomique pratiqué par M. Ch. Robin.

EXAMEN ANATOMIQUE.

Aspect extérieur. — L'ulcère offre la largeur de 0,07, il est à peu près arrondi, à contours sinueux, il a une profondeur de 1/4 de centimètre à 1 centimètre; ses bords sont dentelés, irréguliers, taillés à pic, présentant çà et là des parties de peau non ulcérées qui s'avancent à la surface de l'ulcère, mais décollées en dessous; ces lambeaux sont flottants et peuvent être facilement relevés. Les contours et la base de l'ulcère sont indurés, calleux; le fond en est comme mamelonné avec une surface d'un gris rougeâtre couverte d'une couche de 1 millimètre environ de substance sanieuse, visqueuse, grisâtre, d'une fétidité particulière.

Voici quelle est la composition anatomique de toutes ces parties: cette matière visqueuse et sanieuse de la surface de l'ulcère est composée d'un liquide muqueux et dans ce liquide se trouve en suspension une proportion considérable de ganulations moléculaires, les unes grisâtres, les autres graisseuses. Beaucoup de vibrillons existent dans ce liquide, comme on en trouve à la surface de la plupart des ulcères dont les liquides ne se renouvellent pas fréquemment et qui ont une odeur fétide. On y rencontre en outre des cellules épithéliales pavimenteuses ou arrondies en petite quantité et jamais juxtaposées ou imbriquées en lamelles. Il importe d'insister sur la petite quantité de ces produits; en râclant même la surface ulcérée, on n'enlève pas d'épithélium davantage qu'on n'en trouve dans le liquide.

Structure du tissu induré qui forme la base de l'ulcère. — Cette description nous conduira à déterminer la nature de ce produit morbide. Ce tissu induré se présente à la coupe avec un aspect homogène, grisâtre, médiocrement vasculaire; il ne renferme que des capillaires. La surface en est un peu plus rougeâtre que la profondeur; l'aspect que nous venons de décrire s'observe dans l'épaisseur de 1 centimètre au-dessous de toute la surface ulcérée. Le tissu sous-jacent est du tissu cellulaire sous-scrotal avec tous les caractères normaux.

La surface du tissu morbide dont nous avons signalé l'aspect extérieur est composée ainsi qu'il suit, dans une épaisseur d'environ 1 millimètre: elle présente sous le microscope un grand nombre de papilles ayant de 1 dixième à 4 dixièmes de millimètres de longueur sur 8 à 9 centièmes d'épaisseur; ces papilles sont remarquables par la netteté de leurs contours, par leur forme régulièrement conique, un peu tronquée et arrondie au sommet; rarement on en rencontre qui soient plus rétrécies vers le milieu ou près de la base qu'au sommet; ces papilles sont juxtaposées, mais n'adhèrent pas ensemble. Voici maintenant quelle est leur structure intime qui est un des points de cet examen les plus intéressants.

La trame de ces papilles, ainsi que le tissu qui le supporte dans une épaisseur égale à la hauteur, est formée d'une substance homogène finement granuleuse, assez transparente, nettement limitée à la surface des papilles, ainsi que nous l'avons dit; cette substance est parsemée dans toute l'épaisseur des papilles et de la couche sous-jacente d'une quantité considérable de noyaux ovoïdes longs de 10 à 11 millièmes de millimètre, presque tous pourvus de 1 ou 2 nucléoles. Ces noyaux sont quelquefois contigus. Ils donnent à tout ce tissu un aspect des plus remarquables: à la surface des plus longues papilles, la substance amorphe granuleuse indiquée précédemment est segmentée de manière à représenter des cellules pavimenteuses ou, mieux, polyédriques, pressées les unes contre les autres, ayant chacune pour noyau l'un de ceux qui viennent d'être décrits; quelquefois, mais rarement, une de ces cellules offre deux noyaux; sur quelques-unes de ces papilles, on voit les cellules de la surfaces en partie détachées et sur le point de tomber par desquammation pendant qu'une de leurs extrémités adhère encore à celles qui sont sous-jacentes. Dans l'épaisseur de ces papilles, mais surtout dans la couche sous-jacente pourvue des mêmes noyaux, se voient des globes épidermiques assez nombreux, les uns simples, offrant un petit nombre de couches concentriques de cellules et ne dépassant pas 8 à 9 centièmes de millimètre de diamètre, les autres composés de deux ou trois des précédents réunis par une couche commune superficielle; ceux-là atteignent jusqu'à 2 et 3 dixièmes de millimètre de longueur. Les papilles sont dépourvues complétement de vaisseaux et la couche qui les porte n'en présente plus que dans sa profondeur. Ces vaisseaux sont en continuité avec les capillaires du tissu dont on va lire la description. Au-dessous de ce tissu on voit la substance amorphe granuleuse parcourue par des faisceaux de fibres du tissu cellulaire de plus en plus abondantes à mesure qu'on approche de la profondeur. Bientôt la matière amorphe diminue, et, entre la riche trame de fibres du tissu cellulaire et de capillaires, se trouvent interposés des amas nombreux de cytoblastions maintenues, agglomérées par une matière amorphe finement granuleuse. Ce tissu ainsi constitué et renfermant une quantité considérable de ces derniers éléments anatomiques (matière amorphe et cytoblastive) forme environ, suivant les points, les 8 ou 9/10 de l'épaisseur du produit morbide.

Notons ici qu'on retrouve une structure analogue dans les indurations saillantes à surface ulcérée que présentent quelquefois la peau ou la langue des individus atteints d'elephantiasis.

Ainsi qu'on le voit, le produit morbide que nous venons de décrire, n'est pas une tumeur, mais un ulcère. Cette classe de produits pathologiques souvent confondus avec les tumeurs ulcérées, doit cependant en être distinguée, bien qu'elle réclame quelquefois le même mode de traitement. Cet ulcère a pour base un tissu particulier, gris dur, lardacé, sans suc différent de structure à la surface et dans la profondeur. La profondeur représente le derme, mais avec multiplication en proportion considérable d'un de ses éléments, les cytoblastions, très-peu nombreux à l'état normal; la surface correspond évidemment à la couche papillaire, et si cette couche est ici plus épaisse qu'à l'état sain, elle n'a augmenté d'épaisseur que proportionnellement à la portion dermique sous-jacente. Cette couche papillaire est conservée malgré l'excavation profonde de 1 centimètre environ que présente l'ulcère; mais cette couche diffère de l'état normal plus encore que la portion dermique, car il n'y a point seulement multiplication d'un de ses éléments, il y a production, dans l'épaisseur des papilles, d'un élément anatomique qui habituellement ne se trouve qu'à leur surface, savoir des noyaux d'épithélium. La surface même de ces papilles, en se segmentant par division de la substance interposée aux noyaux, fournit à la production incessante de cellules qui, en se desquammant, approfondissent de plus en plus l'ulcère; mais pourtant sans

faire disparaître la même couche papillaire, parce qu'à mesure qu'elle perd à la surface, elle gagne en profondeur aux dépens de la portion dermique sous-jacente, qui en fait autant à l'égard du tissu cellulaire sur lequel elle repose. Telle est la marche physiologique de cette *ulcération*, et de l'agrandissement en profondeur et en largeur de la plaie.

Ce n'est point là une maladie spéciale ; ce qui précède est la description (probablement la première qui ait été faite), d'une affection cutanée qui se rencontre dans beaucoup d'autres régions sous des noms différents, sans qu'une connaisance suffisante de sa constitution anatomique et de sa marche physiologique ait permis d'en comprendre la nature réelle.

On voit par les détails anatomiques qui précèdent, que le mot cancer, pris dans son acception rigoureuse, ne saurait convenir ici.

Le nom de cancroïde proposé par M. Lebert serait plus vrai. mais ne donnerait pas une idée plus exacte du véritable caractère, de la nature intime de la maladie. Le nom d'*épithélioma papillaire* rend beaucoup mieux compte de la lésion. En tous cas, le nom de cancer des ramoneurs ne saurait être appliqué au fait présent : 1° parce que l'élément cancéreux ne s'y rencontre pas; 2° parce que le malade opéré ne s'est trouvé ni accidentellement ni par métier, dans les conditions indiquées par les auteurs anglais comme favorisant le développement de cette maladie; si nous avons donné à notre observation le titre de cancer des ramoneurs, c'est afin de conserver le nom historique plus pittoresque que scientifique sous lequel cette maladie a été connue jusqu'ici. Ce qui importe, ce n'est pas de créer un mot nouveau, c'est de définir nettement les caractères anatomiques par lesquels la maladie se distingue, et de les résumer, s'il est possible, en quelques mots. Telle est la justification du nom d'*épithélioma papillaire du scrotum*.

P. LORAIN.

Des accidents fébriles à forme intermittente, consécutifs au cathétérisme de l'urètre,

Par le docteur LÉON SORBETS, d'Aire (Landes).

En chirurgie, certaines manœuvres, certains procédés opératoires employés dans un but thérapeutique, ont le triste privilége d'amener avec eux des accidents indépendants de la volonté de l'opérateur. Une des opérations les plus simples de la petite chirurgie, la phlébotomie, pratiquée, ce semble, dans les meilleures conditions, ne donne-t-elle pas lieu quelquefois à une phlébite plus ou moins grave? Dans une ascite consécutive et liée à une affection du foie par exemple, qui nécessite une ponction abdominale, opération si facile à faire, ne voit-on pas se déclarer parfois une péritonite qui exigera souvent un traitement énergique? Si la paracentèse peut être suivie d'accidents, à plus forte raison la thoracentèse pourra donner lieu à des phénomènes qui, pour être d'un autre ordre, n'en seront pas pour cela moins graves. L'opération de la hernie étranglée peut également donner lieu à des accidents aussi formidables que ceux déterminés par l'étranglement herniaire. C'est pour ainsi dire là une condition de tout moyen chirurgical, un grave inconvénient à côté des avantages d'un procédé opératoire. Il en sera de même dans certaines affections des voies urinaires; le traumatisme du canal de l'urètre, des irritations, déterminées dans ce conduit par l'introduction de sondes, ou seulement le cathétérisme urétral sera suivi quelquefois d'accidents fébriles, à forme intermittente.

Ces accidents, et surtout les arthrites, suite de cathétérisme, ont été décrits par Dupuytren, Brodie et Hunter. Sanson avait aussi rencontré des cas semblables.

Dans les annales de thérapeutique, publiées en 1845, on trouve un fait intéressant qui se passa dans la clinique de Blandin, à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un homme qui était entré dans une des salles de cet hôpital pour un double rétrécissement urétral. Blandin essaya sur lui le procédé du docteur Reybard de Lyon. La sonde armée, ouverte à un faible degré, fut introduite jusqu'au delà du rétrécissement. L'opération fut à peine douloureuse.

Cependant, deux heures après, ce malade fut saisi d'un violent frisson, de coma, de contraction des membres. Il mourut quelques heures plus tard.

A l'autopsie, on constata les symptômes anatomo-pathologiques d'une congestion cérébrale des plus violentes : on conclut que le malade avait succombé à une pernicieuse apoplectique.

L'auteur s'exprime ainsi deux lignes plus bas : « Il est très-« fréquent de voir les manœuvres dilatatoires dans l'urètre occa-« sionner des accès de fièvre intermittente plus ou moins « graves. »

Dans un autre article du même recueil, M. Chassagnac professe avec raison que les saignements par l'urètre qu'occasionnent les introductions forcées des bougies sont souvent une source d'accidents fâcheux, et qu'on ne saurait trop se tenir sur ses gardes à ce sujet.

Dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, à l'article cathétérisme, on ne trouve que ce passage : le cathétérisme a été conseillé dans la strangurie produite par l'inflammation de la prostate et du col de la vessie. Mais il est évident qu'alors il aggrave les accidents par l'irritation qu'il occasionne.

Quoiqu'en apparence très-simple, cette opération est cependant fort délicate chez les hommes, et exige une grande habitude, sans quoi on s'expose à faire fausse route, ou à produire d'autres accidents graves.

Malgré la fréquence de ces accidents, dit le docteur Debout, M. le professeur Velpeau est le seul auteur classique qui en fasse mention.

En effet, dit M. Velpeau, dans ses leçons orales de clinique chirurgicale, voici les caractères que présentent les accidents qui suivent quelquefois l'opération du cathétérisme. Ce sont des tremblements violents, qui se manifestent au bout de quelques heures, tremblements suivis d'une forte réaction, de chaleur, de soif, puis d'une sueur plus ou moins abondante. Prenez enfin, dans vos meilleurs auteurs, la description d'un accès de fièvre intermittente, et vous aurez le tableau des accidents que je vous trace ici. Cet accès peut être unique, et le lendemain il n'y paraît plus. Mais, chez d'autres sujets, les choses ne se passent pas aussi heureusement, on peut voir survenir des phénomènes inflammatoires, une cystite, une néphrite, ou bien une arthrite; ou enfin un épanchement rapide et considérable se fait dans une ou plusieurs articulations importantes.

Dans d'autres circonstances, il se présente quelque chose de plus effrayant encore; des symptômes cholériformes se déclarent, les traits s'altèrent profondément; il y a une sidération complète des forces; des vomissements abondants, de la diarrhée, et la mort arrive en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Voilà un ensemble d'accidents bien terribles, sans doute, et bien tristes pour la chirurgie.

Le docteur Perdrigeon a pris pour sujet de sa thèse inaugurale, l'étude de ces accidents fébriles, consécutifs au cathétérisme urétral, phénomènes si bien décrits dans les leçons orales du célèbre professeur de la Charité. Dans le *Moniteur des Hôpitaux*, M. de Castelnau a rapporté un article du docteur Salneuve, de New-York, médecin distingué, enlevé bien jeune encore à la science. Après une saine appréciation des idées que renferme le travail de M. Perdrigeon, le docteur Salneuve avance que les accès fébriles intermittents accompagnent fréquemment la période ultime des inflammations chroniques des voies urinaires. Il ajoute que les irritations de l'urètre peuvent causer l'accès fébrile intermittent.

Mon père, pendant une pratique de quarante années, a constaté souvent de semblables phénomènes. Mais comme la fièvre intermittente est très-commune dans notre contrée, il ne voyait

là qu'une coïncidence fortuite, une fièvre d'accès venant compliquer l'affection des voies urinaires.

Il donna ses soins, il y a vingt ans, à un sujet d'une trentaine d'années se trouvant de passage à Aire, pour se rendre à Bordeaux, et qui fut pris, à la suite du cathétérisme urétral, de tous les accidents propres à une fièvre intermittente. L'accès se reproduisit le lendemain à la même heure. On administra le sulfate de quinine. La fièvre ne reparut plus; tous les accidents se calmèrent.

J'ai revu, en 1852, cet homme pour des accidents semblables qui se sont montrés à la suite également de manœuvres dilatatoires du canal de l'urètre. Ces phénomènes nerveux disparurent cette fois sans médication. Cet homme a été emporté, l'année dernière, par une pneumonie ataxique.

Je donne actuellement mes soins à un berger qui depuis quatre ans est obligé de se sonder tous les jours; l'émission des urines étant impossible sans cette manœuvre. Comme il ne pouvait pas, après plusieurs tentatives, pénétrer dans la vessie, il vint me prier de lui rendre ce service. J'introduisis la sonde sans trop de difficulté, lorsqu'il fut pris tout à coup de tremblements assez forts, avec claquement de dents; ses traits altérés exprimaient la souffrance. Ces accidents se calmèrent néanmoins après quelques minutes. Il me dit que pareille chose lui était déjà arrivée.

Enfin, dans l'observation suivante que je viens de recueillir, ces accidents, consécutifs au cathétérisme urétral, étaient tellement graves qu'ils ont mis en danger les jours du malade.

Lacoste (Joseph), né à Bernède (Gers), âgé de 62 ans, est atteint depuis vingt ans d'une affection de la prostate. Depuis cette époque, il est obligé de se sonder très-souvent pour amener au dehors les urines. Il pratique ordinairement sur lui-même le cathétérisme urétral avec assez de dextérité et sans accident. Cependant, le vendredi 12 janvier 1855, au matin, après avoir pris une tasse de chocolat, Lacoste voulut se sonder. Il éprouva une certaine difficulté, fit fausse route, et amena au dehors quelques gouttes de sang sans pouvoir pénétrer dans la vessie.

Vingt minutes après ce cathétérisme, il est pris d'accidents formidables : froid général, claquement de dents; vomissements pénibles, fréquents; malaise inexprimable, angoisses, délire, agitation extrême. Effrayée, sa famille s'empresse de le frictionner et de lui administrer une infusion de thé. Le froid cependant dure deux heures : bâillements répétés, pandiculations.

A cette période succède la période de réaction. J'arrive dans ce moment. Le malade paraît frappé des symptômes qu'il vient d'éprouver. Son pouls plein, fort, bat 110 à la minute. — Peau chaude, face animée, exaltation.

Comme j'étais à la recherche d'accidents semblables survenant à la suite du cathétérisme urétral chez des sujets atteints d'affection des voies urinaires, je crus avoir affaire à un cas de ce genre. En attendant la fin de cet accès, je me bornai à administrer du tilleul, décidé à pratiquer une saignée si, dans la nuit, cette période durait encore.

Je revois le malade à neuf heures du soir. Il est beaucoup plus calme malgré ses souffrances du jour. Je me borne à l'expectation.

Le lendemain, samedi 13, le malade prétend avoir dormi deux heures environ. Mais il ajoute que, vers trois heures du matin, il a éprouvé un frisson qui a duré vingt minutes à peu près, avec bâillements et céphalalgie. A ce frisson a succédé un un peu de moiteur.

Il y a dans son état une rémission complète. La chaleur de la peau est presque normale. Le pouls, quoique assez accéléré (88), est régulier. Langue blanchâtre, soif, inappétence; légère céphalalgie frontale.

Je prescris quinze pilules de sulfate de quinine de 15 centigrammes chacune, à prendre dans la matinée au nombre de cinq : toutes les vingt minutes en prendre une. Il était alors huit heures du matin. — Dans la soirée, cinq pilules devaient être également prises.

La nuit est assez bonne : aucun accès ne s'est reproduit. Seulement, le dimanche 14, à ma visite du matin, le malade a la lèvre inférieure couverte de vésicules d'Herpès. Il prend les cinq pilules qui restaient. Dès ce moment, la convalescence s'est établie. Guérison complète.

Ici, deux questions se présentent : elles sont relatives à la nature et au traitement de ces accidents.

Quelle est la nature de l'accès fébrile intermittent? Il faut bien le dire par anticipation : elle n'est pas bien connue. M. le professeur Velpeau, comme il l'avoue du reste, met en avant une hypothèse à l'aide de laquelle on expliquerait tous les accidents, qui seraient produits par un véritable empoisonnement déterminé par l'urine ou quelques-uns de ses éléments qui rentreraient dans le torrent de la circulation.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur ce point, ajoute M. Velpeau dans ses leçons orales, car il serait trop facile de s'égarer dans le champ des hypothèses; cependant, dans certains cas encore, il a signalé une inflammation évidente des veines qui entourent la prostate.

Dans sa dissertation inaugurale, le docteur Perdrigeon discute plusieurs théories : celle de la phlébite, de la résorption urineuse, et enfin celle de l'absorption de produits ammoniacaux provenant de la décomposition de l'urine.

Pour être admises, ces théories devraient reposer sur des faits plus nombreux et mieux constatés. A l'exemple du docteur Salneuve (*Moniteur des Hôpitaux*), nous regardons ces phénomènes comme nerveux, parce qu'ils peuvent se produire également à la suite du cathétérisme du col utérin; parce qu'ils peuvent survenir dans une distance très-rapprochée de la manœuvre chirurgicale; enfin, ils se montrent le plus souvent chez les sujets les plus impressionnables. Ce sont là autant de raisons qui font considérer ces accidents à leur début comme purement nerveux.

Quant au traitement, en admettant que des irritations dans le canal de l'urètre amènent des accidents à forme intermittente, on devait employer l'antipériodique par excellence. Ce qui a pu faire rejeter d'abord un pareil moyen par des médecins distingués, c'est que ces accidents n'ont pas toujours la même physionomie. En effet, tantôt l'accès est unique; d'autres fois, il se reproduit pendant plusieurs jours de suite. Dans certaines circonstances, ces phénomènes auront le caractère d'une fièvre pernicieuse, ou bien celui d'accidents cholériformes. Quoiqu'il en soit, telle est la pratique de MM. Ricord, Bricheteau et Debout; voici celle qui nous paraît la plus rationnelle.

Au début tisane de tilleul. Si la réaction est très-forte, large saignée du bras; et sur le déclin de l'accès, administrer le sulfate de quinine à haute dose. En résumé, se conduire comme si l'on avait à traiter une fièvre intermittente pernicieuse.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses;

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

> In curatione prius pervestiganda est causa.
> Boerhaave.
>
> Cura secundum causas dirigenda.
> J. P. Franck.

Après cet exposé historique où figurent tant de noms illustres, j'hésiterais à présenter mes appréciations personnelles, si elles n'étaient une déduction naturelle des travaux que j'ai analysés. Bien que j'aie la conscience d'avoir aussi pensé par moi-même, j'accepte volontiers un rôle plus en rapport avec ma position, me bornant à résumer les recherches des autres. J'en serai d'autant plus à mon aise pour énoncer des conclusions que mon manque d'autorité rendrait suspectes si elles reposaient

seulement sur mes propres investigations. Toutefois, chacun le comprend, on ne pourrait sans préparations, et surtout sans posséder des éléments de contrôle, remplir même cette tâche inférieure ; et si je me permets de juger quelquefois les hommes et les doctrines, c'est tenant en main, si je puis ainsi dire, les pièces du procès ; car cette thèse, exiguë dans ses proportions, représente l'analyse scrupuleuse de plus de trois cents faits, dont la moitié environ a été recueillie par moi-même.

Quel qu'ait été à toutes les époques, quel que soit même de nos jours l'empirisme de la thérapeutique en fait de maladies nerveuses, presque toujours a régné dans les écrits des chefs d'école une tendance remarquable au rationalisme. Que sont, en effet, appliquées aux névroses, les doctrines des humoristes, des chimiâtres, des physiciens, des mécaniciens, des anatomo-pathologistes, qui subordonnent tous l'affection et son traitement à ces causes prochaines sur lesquelles ils basent leurs systèmes ? C'est assurément de la médecine rationnelle, médecine dont Tissot arbora si hautement le drapeau, en la comprenant, toutefois, d'une manière différente, et dont Broussais fut l'expression extrême.

Il faut donc que la pensée ontologique répugne à l'esprit humain, ou soit bien incompatible avec l'observation. A peine, en effet, la voyons-nous érigée en système par un ou deux auteurs, et cela précisément à des époques où les théories anciennes s'écroulant, n'étaient encore remplacées par aucune théorie nouvelle ; c'est-à-dire, pendant ces périodes de scepticisme qui précèdent et suivent les révolutions. De tout temps, néanmoins, on a admis des névroses *idiopathiques*, et les auteurs contemporains signalent comme telles le plus grand nombre. Mais il faut remarquer que, de tout temps aussi, on a attribué à ce terme un autre sens que le sien propre ; ou bien, plus communément, on l'a adopté comme une fiction représentant en réalité notre ignorance des causes de ces maladies. Le travail le plus propre, sans contredit, à faire admettre des affections nerveuses primitives est l'ouvrage de M. Cerise, intitulé : « *Des fonctions et maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, morale et physique* », et couronné par l'Académie de médecine (1). Et cependant, l'auteur, presque exclusivement préoccupé des prédispositions engendrées par l'éducation, rattache en définitive toutes les névroses à une condition pathogénique *du sang* ou du *système nerveux, originelle* ou *acquise, résultat d'un vice de nutrition générale originel* ou *acquis* (2) ; en un mot, il conclut dans le sens de l'organisme.

On ne doit donc reconnaître des affections nerveuses *essentielles*, qu'avec une extrême réserve ; car, s'il paraît déjà difficile de comprendre le désordre d'une fonction sans aucun dérangement dans les conditions au milieu desquelles elle s'exécute, je montrerai bientôt combien les faits sont propres à nous rendre circonspects.

D'un autre côté, je ne saurais considérer comme *névroses* ces accidents symptomatiques d'une altération matérielle du système nerveux ; le nom de névrose et l'idée qu'on s'en forme depuis Cullen, excluant la supposition d'une lésion des organes de ce système. Je repousse même les artifices de raisonnement au moyen desquels les anatomo-pathologistes cherchent à ramener toutes ces affections à leur doctrine, tout en constatant les infructueux résultats de leurs recherches. Que, dans les parties nerveuses affectées aux fonctions atteintes d'une perturbation profonde, il existe une modification particulière ; dans certaines circonstances je suis disposé à l'admettre. Le sang peut déposer, dans la trame de nos organes, des molécules étrangères à l'économie ou des éléments mal élaborés, capables d'altérer les propriétés vivantes des tissus. Mais la structure anatomique que le scalpel peut explorer, que le microscope peut analyser dans ses plus menus détails et dont nous sommes trop souvent impuissants à réparer les désordres, la structure anatomique, dis-je, reste intacte dans les maladies nerveuses proprement dites ; et, suivant tout apparence, serions-nous armés de moyens d'investigation bien supérieurs, nous ne saurions constater des dérangements absents. Bientôt, en effet, je parlerai de l'anémie, de la chlorose, de diathèses diverses, comme causes de ces affections ; n'est-il pas possible, en pareil cas, que tous les désordres fonctionnels observés soient dus à une simple modification dans les propriétés incitantes du sang ? Souvent aussi les névroses sont de pures sympathies exprimant la souffrance d'un organe éloigné. Quels changements espérerait-on trouver alors dans l'état des parties nerveuses ? On le voit donc, il faut renoncer à poursuivre à la pointe du scalpel ces altérations invisibles, admises pour l'honneur des systèmes et au grand préjudice de la science qu'enchaînent ces erreurs. De nos jours, d'ailleurs, il est à peine nécessaire d'insister sur un sujet presque hors de discussion.

Ainsi, ni l'ontologie, ni l'anatomisme ne sauraient trouver place dans l'histoire des névroses vraies. Est-ce à dire, cependant, que jamais la folie, l'épilepsie, la chorée, la paralysie, le tétanos ne peuvent avoir leur source dans des lésions appréciables des organes nouveaux ? Est-ce à dire qu'une violente perturbation morale ou toute autre circonstance accidentelle, n'a jamais été capable d'entraîner de pareils désordres ? Telle n'est pas ma pensée, et je ne suis pas de ceux qui nient le soleil. Mais je n'admets pas comme névrose, s'il faut le répéter, des phénomènes morbides liés à un état pathologique du tissu nerveux ; et j'oserai affirmer avec M. Cerise qu'aucun trouble fonctionnel ne saurait persister, s'il n'existe une cause matérielle capable de s'opposer aux efforts incessants de la force médicatrice toujours prête à rétablir en nous l'équilibre rompu.

Or, je le demande, ces affections dénuées de l'existence propre des êtres morbides fictifs imaginés par Pinel, n'étant non plus derectement liées à aucune lésion du système souffrant, se développant d'ordinaire comme je l'ai dit et comme je vais bientôt le prouver, sous l'influence d'une multitude de conditions pathologiques fort diverses, sont-elles des maladies spéciales ? Ne doit-on pas les considérer, au contraire, comme de simples manifestations morbides ? Et ne faudrait-il pas, en conséquence, opérer à l'égard des névroses ce déclassement opéré déjà à l'égard de l'ictère, de l'œdème, de la cyanose, de l'emphysème, etc., etc., qui longtemps rangés parmi les espèces nosologiques, ne sont plus aujourd'hui que des expressions séméiologiques à signification très-variable ?

Broussais avait nié les névroses en tant que maladies, et n'y voyait que des symptômes. Cette proposition hardie (1) contenait toute une révolution dans la pathogénie des affections nerveuses, et la réaction qui renversa sa doctrine physiologique, n'en apprécia certainement pas la valeur. Malheureusement Broussais, toujours exclusif, ne reconnut qu'une seule modification organique capable d'engendrer ces manifestations, et, lorsque le règne de l'irritation fut passé, sa pensée sur les névroses, manquant de point d'appui, s'abîma comme le reste de son système.

Pour moi, il faut l'avouer, je ne saurais comprendre les névroses autrement que Broussais : à mes yeux, les *affections* (2) *nerveuses ne sont pas des maladies, mais de simples expressions morbides, manifestations de divers états organiques originels ou acquis*. Les détails qui vont suivre serviront de développement à ma pensée.

II.

Etiologie.

L'étiologie des maladies nerveuses se réduit, pour la plupart

---

(1) Paris, 1842.

(2) Résumé du chap. VII, p. 516 ; proposit. VI et XXIII.

(1) Examen des doctrines, proposit. CVII.

(2) On verra plus loin que j'établis une importante distinction entre l'*affection* nerveuse et l'*accident* nerveux et que je n'ai pas la prétention d'appliquer à tous les phénomènes névropathiques la proposition énoncée ci-dessus.

des médecins, à de vagues indications sur l'influence du sexe, de l'âge, du tempérament, de la constitution, de l'hérédité, des passions, des chagrins, des contentions d'esprit ou des brusques mouvements de l'âme, comme la colère, la frayeur, etc... Sans méconnaître la part d'action que prennent ces diverses circonstances dans la production des névroses, on peut affirmer que leur rôle a été fort souvent exagéré ou mal interprété. Exclusivement préoccupés de ces causes plus facilement saisissables, presque tous les pathologistes modernes ont méconnu des influences pathogéniques d'un ordre bien différent, et qui, cependant, dans un grand nombre de cas, méritent seules le titre de causes *déterminantes* ou *génératrices* et sont la source des principales indications curatives. Appelées causes éloignées par les auteurs qui en ont fait mention (1), elles ont été fréquemment considérées comme de simples concomitances et d'autres fois comme des complications ou même comme des conséquences des affections qu'en réalité elles engendrent. Quelles que soient d'ailleurs les appréciations portées sur leur compte, la place importante qu'elles occupent toujours dans la pathologie des névroses montre combien leur existence est incontestable, combien elles ont frappé de tout temps l'esprit des observateurs. Or, en combinant les recherches bibliographiques et les investigations cliniques auxquelles je me suis livré, je crois pouvoir classer toute cette catégorie de causes sous les chefs suivants :

1° *Altération du sang* (pléthore, chlorose, anémie).

2° *Epuisement physique* (par déperditions, excès de toute nature, excès de travail physique ou intellectuel, effet des chagrins, des passions, etc.)

3° *Cachexies.*

4° *Maladies aiguës et chroniques* qui tendent à affaiblir l'économie, fièvres graves, suette, choléra, dyssenterie, fièvres intermittentes prolongées, albuminerie, etc.

5° *Diathèses* (scrofules, syphilis, rhumatismes).

6° *Action du froid et de l'humidité.*

7° *Intoxications* (plomb, mercure, arsenic, alcool, tabac, infection paludéenne, etc.)

8° *Influence de certaines névroses sur le développement d'autres névroses* (hystérie, épilepsie).

9° *Névroses sympathiques* (d'affections thoraciques abdominales, vers intestinaux, lésions externes, etc.)

Cette énumération paraîtra d'abord, j'en suis convaincu, plutôt un produit de l'imagination qu'un résultat d'études cliniques positives; mais je prie de retarder un peu ce jugement, car il ne m'atteindrait pas seul et porterait aussi sur les hommes éminents auxquels j'emprunterai des opinions et des faits confirmatifs de mes observations propres. Loin de surcharger l'étiologie des maladies nerveuses, j'ai pris à tâche d'élaguer ce qui n'offrait pas un caractère suffisant d'authenticité, tout en mettant beaucoup de soin à démontrer l'existence des causes les plus fréquemment signalées. Il serait d'ailleurs impossible de donner un tableau complet de toutes les circonstances capables de prêter au développement d'une névrose; il peut s'en présenter à chaque instant de nouvelles dans les cas spéciaux de la pratique. Je citerai plus loin deux exemples d'épilepsie survenue après l'introduction dans l'oreille de corps étrangers et guérie après leur extraction. Comment pourrait-on s'attendre à un fait semblable? Comment en prévoir bien d'autres que le médecin pourra rencontrer? Comment les indiquer, lors même qu'on s'amuserait à les supputer? Le praticien est prévenu qu'en face d'une affection nerveuse il doit porter ses regards au-delà du symptôme, que mille circonstances étrangères en apparence à la maladie peuvent en être les causes pathogéniques; cela suffit. A lui d'étudier, de remonter dans le passé de son malade, d'analyser la filiation des phénomènes morbides, d'examiner avec soin toute son économie, et, s'il découvre quelque particularité suspecte, de chercher à l'éliminer, ne serait-ce qu'à titre d'exploration.

(1) Sydenham, Fr. Hoffmann, Boerhaave, Sauvages, Dehaën, Tissot, etc.

Il me reste à présenter une dernière réflexion : je dois m'attendre à de nombreuses objections que j'ai déjà entendu soulever bien souvent. Je ne chercherai pas à les discuter ici; je puis dire seulement que, les ayant prévues, j'ai fait en sorte d'éviter tout ce qui pourrait y donner prise; je ne me flatte pas d'avoir entièrement réussi, car il est impossible d'exprimer toute sa pensée dans un travail aussi restreint; mais l'exposé qui va suivre aura au moins l'intérêt de la vérité. J'ai dû restreindre le nombre des observations que j'aurais désiré accumuler dans ce mémoire et n'en donner même qu'un rapide résumé; si donc, après avoir pris connaissance de ces faits, on ne se sentait pas suffisamment édifié, on devra se rappeler que la plupart ont été l'objet de publications plus détaillées. On me reprochera peut-être d'avoir trop facilement accepté ce qu'ont écrit les anciens auteurs; je ne pense pas que le témoignage de Sydenham, Fr. Hoffmann, Boerhaave, Sauvages, Dehaen, Cullen, Tissot, Maisonneuve, etc., soit de nature à infirmer le résultat de mes recherches. Cependant, pour échapper à cette sorte de mise en suspicion pratiquée, en sciences exactes, contre ce qui nous vient d'autrefois ou de loin, j'ai éliminé avec soin tout ce qui n'a pas été confirmé par des études modernes. Je me suis attaché à établir ainsi un véritable système de confrontation, contrôlant les observations anciennes par les recherches contemporaines, et réciproquement : sorte de vérification bien propre à établir la valeur de ces diverses données.

1° *Altérations du sang.*

Je ne comprendrai sous ce titre que la pléthore, la chlorose et l'anémie.

La *pléthore* est indiquée par la plupart des auteurs anciens et modernes comme apte à déterminer certains désordres nerveux, et en particulier des phénomènes épileptiques. Mais son mode d'action a trop d'analogie avec les maladies organiques du système nerveux, qu'elle finit souvent par déterminer, pour qu'il soit prudent de classer ses effets parmi les névroses. J'éliminerai donc cette cause tout en la signalant à l'attention des médecins, qui, d'ailleurs, sont d'ordinaire plus disposés à la voir là où elle n'est pas qu'à la méconnaître.

Si l'on attribue beaucoup à la pléthore, en revanche on se préoccupe trop peu de deux états opposés : la *chlorose* et l'*anémie* que je ne crains pas de placer au premier rang parmi les causes des affections nerveuses : tout démontre, en effet, leur influence sur la production de ces maladies. Les bons pathologistes de tous les temps ont su la constater, au moins dans certains cas particuliers, et l'observation d'Hippocrate : « *sanguis moderator nervorum* » en contient, il me semble, l'indication précise. Sydenham se montre pénétré de la même pensée dans tout ce qu'il a dit sur l'hystère etl'hypochondrie (1). Boerhaave admet toute une classe de maladies nerveuses « *de defectu sanguinis rubri in vasis piæ matris* (2) », c'est-à-dire par chlorose, comme on peut s'en convaincre en lisant la définition qu'il donne de cette maladie; et il signale en même temps dans plusieurs passages les effets de pertes de sang : « Mulier enim potest plus sanguinis perdere quam vir sine periculo vitæ, sed ubi nimiam amittit copiam, *incidit in illud malum quod vulgo vocant vapores* (p. 156-157).» Et ailleurs : «Ex hac radice (hemorrhagia) *oriuntur varii imo oppositi generis nervosi morbi, qui tamen omnes eadem methodo curantur* (p. 161). » Tissot présente des réflexions analogues au sujet des grandes hémorrhagies (t. III, p. 124), des menstrues trop abondantes (p. 88), et quoique nulle part dans son ouvrage on ne rencontre le mot de chlorose, il n'a pas méconnu les indications fournies par cet état morbide. Lorsqu'il trouvait des maux de nerfs avec les signes « d'une fibre « trop molle et trop lâche, de trop d'aquosité partout, de li-

(1) Médecine pratique, trad. de Baumez et Jault, Montpellier, 1816; Lettre à Guillaume Colle, sur la variole et l'hystérie; t. II, p. 8.

(2) *Prælectiones academicæ de morbis nervorum*; Lugdunum-Batavorum, 1760; t. I, p. 148.

« queurs trop peu stimulantes, » il présumait « que l'action de tous les vaisseaux étant trop froide, le sang trop aqueux, le cerveau et les nerfs étaient trop faibles aussi ; peut-être les muscles trop irritables, puisqu'il paraît que l'irritabilité dans les mêmes parties est en raison inverse de la densité du gluten. Si, avec ces symptômes, dit-il, je trouve tous ceux qui annoncent les maux de nerfs, je ne douterai pas que le vice ne tienne au vice général de sa machine (t. II, p. 272, 273). »

De nos jours, nous voyons la chlorose ou l'anémie signalées comme causes des maladies nerveuses. Il est important surtout de constater l'insistance de M. Bouillaud sur ce sujet (1). M. Andral n'est pas moins explicite : « Je vais essayer de prouver que, même dans les névroses la considération de l'état du sang peut avoir son importance. L'observation clinique a depuis longtemps montré qu'une des causes les plus puissantes de beaucoup de névroses, c'est un certain degré d'affaiblissement de la constitution ; de là, dans beaucoup de ces maladies, l'incontestable avantage d'un traitement tonique qui, en relevant les forces, ramène le système nerveux à l'équilibre et fait disparaître le désordre de ses fonctions. Les résultats fournis par l'étude du sang viennent confirmer ceux que donne ici la clinique. En effet, *on trouve que, dans beaucoup de névroses, le sang est remarquablement pauvre en globules*; or, on sait de reste que ce sont les globules qui, par l'élévation ou l'abaissement de leur chiffre, marquent dans le sang la force ou la faiblesse de la constitution. Si l'on diminue encore ces globules soit par des saignées, soit par une alimentation insuffisamment réparatrice, on accroîtra à coup sûr le désordre nerveux; que si on procède en sens inverse, il y aura grande probabilité que le désordre nerveux diminuera. Voilà comment on peut expliquer l'heureuse influence qu'exercent sur la terminaison favorable de certaines névroses l'administration des préparations ferrugineuses et l'usage d'aliments substantiels et réparateurs; et c'est parce qu'on diminue à coup sûr les globules par les saignées et par la diète qu'on voit souvent naître tant de troubles des fonctions nerveuses à la suite des grandes émissions de sang et de l'abstinence trop prolongée des aliments (2). » Je pourrais encore rapporter de M. Andral un autre passage où dominent les mêmes appréciations (3). Un auteur allemand, le docteur Erlenmeyer, dans un intéressant mémoire sur le sang des aliénés (4), a signalé chez eux la fréquence de la dyscrasie séreuse. Tout le monde connaît le remarquable chapitre des ferrugineux et des toniques analeptiques du *Traité de Thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux où l'on trouve sur les effets de la chlorose et de l'anémie, et particulièrement sur les rapports de ces affections avec les névroses, les indications les plus précises et les plus circonstanciées. On sait aussi que M. Sandran a fortement appuyé sur l'influence si commune de ces causes (5); et l'un de ses élèves a soutenu récemment une bonne thèse sur la chlorose, écrite dans le même sens (6). Enfin je parlerai plus loin des idées de M. Beau, et l'on verra que pour cet habile médecin un grand nombre de maladies nerveuses ont leur source dans la chlorose et l'anémie dont, suivant lui, la dyspepsie est le point de départ constant.

On le voit, cet ordre de causes se trouve introduit dans l'étiologie des névroses sous un puissant patronage, et je ne doute pas que cela ne suffise auprès du plus grand nombre pour en faire admettre irrévocablement l'action; mais il n'en serait pas de même pour tous. D'ailleurs, ces assertions se rapportent plutôt dans l'esprit de ces auteurs à certaines névroses qu'à l'ensemble de ces maladies, et il est nécessaire de montrer qu'elles peuvent avoir une application plus générale.

A. *Chlorose.* — Je demande pardon d'insister aussi longuement sur ces deux sources d'affections nerveuses; mais leur importance me paraît telle, et, en même temps, l'inadvertance des médecins à leur égard est si habituelle que je considère comme un devoir de faire aussi quelques efforts pour ramener sur elles l'attention qui, trop souvent, s'égare dans des voies défectueuses et pleines de mécomptes.

Je vois tous les jours méconnaître la chlorose, parce qu'elle ne se manifeste pas avec ses symptômes classiques. La dénomination de cette maladie est la source d'erreurs funestes, et, parce qu'on ne constate pas la décoloration de la peau ou sa teinte jaune verdâtre, on se croit fondé à en nier l'existence. A plus forte raison ne voudra-t-on pas l'admettre chez ces femmes à figure vivement colorée, qui se plaignent sans cesse d'avoir le *feu à la figure*, le *sang à la tête*, des étourdissements, et qui se croient toujours sous le poids d'un *coup de sang*, car ce sont là leurs expressions. Malheureusement le médecin est trop souvent porté à partager leurs craintes et agit en conséquence : on les saigne, et, chsse remarquable ! la saignée les soulage. Mais bientôt tout se reproduit avec encore plus d'intensité; on répète les émissions sanguines et l'on y revient jusqu'à ce que, enfin, l'anémie complète du sujet ouvre les yeux sur son véritable état.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Clinique médicale, 1837, t. III, p. 201, et Nosographie médicale, 1846, t. III, p. 422-23.

(2) Essai d'hématologie pathologique; Paris, 1843, p. 182.

(3) Clinique médicale, t. V, p. 298 (1833).

(4) Gazette médicale; Paris, 1847, p. 438.

(5) Traité des maladies nerveuses; Paris, 1851.

(6) Jugand, De la chlorose dans les deux sexes au point de vue des affections nerveuses; 1854.

REVUE THERAPEUTIQUE.

PHTHISIE PULMONAIRE,

Son traitement, et spécialement des bons effets de l'huile de foie de morue et des préparations ferrugineuses

Rien ne prouve mieux le retour des médecins vers les études thérapeutiques que les protestations qui s'élèvent de toute part contre l'incurabilité de la phthisie. Aujourd'hui c'est le tour de l'un des praticiens les plus renommés de la Belgique, M. Lombard, professeur de clinique à Liége. Il est vrai que pour en arriver là, il faut rompre avec toutes les idées de localisation de l'école anatomo-pathologique, qui, si elles ont servi au progrès du diagnostic de la maladie, ont faussé sa thérapeutique. Quand je formule mon traitement contre la phthisie, dit M. Lombard, j'ai en vue de combattre bien plus la diathèse générale, d'empêcher la spoliation du sujet et le développement ultérieur des tubercules, que de guérir les cavernes, que de faire dissoudre, ou résoudre, ou indurer les tubercules existants; c'est-à-dire que je m'adresse à l'état général, à la constitution même, et que je n'accorde guère à l'état local d'autre intérêt qu'un intérêt de diagnostic. Ainsi, jamais de révulsifs spoliateurs, jamais de sétons ni de cautères, pas de saignées ni de sangsues, pas de ventouses scarifiées, parce que depuis quinze à vingt ans que je regarde, je suis encore à voir ces pneumonies, notées par M. Andral, ces bronchites, si redoutées par M. Bouillaud, qui causeraient ou compliqueraient la phthisie pulmonaire.

Le retour de l'appétit par quelques doses de vin amer aromatisé, la régénération par un régime analeptique, par les martiaux sous des formes variées, et l'huile de foie de morue associée à un peu de liqueur alcoolique; enfin, le réveil et l'excitation du principe des sources ou des forces de la vie, par tous les modificateurs de l'hygiène et les préparations propres à tonifier, à stimuler même légèrement l'économie, voilà nos moyens de reconstitution des sujets.

Dans les rares circonstances où l'estomac se révolte contre l'huile de foie de morue, il suffit souvent, pour dissiper cet état, de diminuer la quantité du médicament, de le faire prendre à des heures différentes, après ou pendant les repas, quelquefois même le soir, à jeun ou le matin; d'y ajouter un peu de bonne liqueur alcoolique, absinthe, eau-de-vie ou rhum ; ou bien enfin d'en suspendre pendant quelques jours l'ingestion, moyen que nous employons très-fréquemment. Il nous arrive même de substituer de temps à autre, pendant quelques semaines, le lard rôti, les œufs à la coque, les tartines très-beurrées, à l'huile de foie de morue, que nous faisons ensuite administrer de nouveau. Relativement aux contre-indications des martiaux, malgré l'attention la plus minutieuse que j'ai portée sur ce point, j'avoue ne pas en connaître. A peine suspendons-nous les martiaux pendant quelques

jours, dans certains cas d'hémoptysie abondante; et si nous le faisons alors, c'est que nous ne voyons nul inconvénient à cesser momentanément l'usage des martiaux dans le cours de la phthisie; c'est qu'il est dans nos habitudes de dire aux malades qui prennent ce médicament de se reposer pendant sept à huit jours, après sept ou huit semaines de traitement; mais ce n'est nullement parce que nous croyons que les martiaux soient contre-indiqués, dans les cas d'hémoptisie pas plus que dans ceux de toux, diarrhée...

Cette formule de traitement s'adresse spécialement à la phthisie bien confirmée, et nous terminerons par une dernière citation, qui fournit son indication spéciale. « Un fait que j'ai pu constater, c'est que la pâleur, la débilité, l'anémie des tuberculeux, sont plutôt des conditions favorables que défavorables, pour que notre traitement réussisse, sinon à guérir toujours, au moins à améliorer dans presque tous les cas. » Que M. Lombard expérimente maintenant l'émétique à dose réfractée, seul ou associé à l'huile de foie de morue, dans les cas où l'évolution du tubercule est accompagnée d'un travail phlegmasique circonscrit, et il élargira sa sphère d'intervention efficace. C'est dans ces circonstances spéciales que l'emploi de frictions avec l'huile de croton, à petite dose et souvent répétée, ajoute à l'efficacité du traitement. (*Revue médicale et bullet. de thérap.*)

BONS EFFETS DE L'EMPLOI DU LUPULIN CONTRE LES ÉRECTIONS QUI SURVIENNENT A LA SUITE DE L'OPÉRATION DU PHIMOSIS.

Dans le traitement des affections chirurgicales, nous n'avons pas seulement à remplir les indications posées par la nature des maladies, il faut encore que l'art ne soit pas désarmé en face des complications qui souvent viennent compromettre le succès des opérations. Au nombre des applications des propriétés spéciales du lupulin, nous avons à signaler l'emploi de cette substance à la suite des opérations qui se pratiquent sur la verge, toutes les fois que des érections pourraient s'opposer à la réunion immédiate de la plaie. Les opérations du phimosis par circoncision en sont un exemple, et nous aurions pu fournir à l'appui de notre induction quelques faits tirés de notre pratique.

Une remarque importante est que le lupulin triomphe seulement de l'*érection* lorsqu'elle devient phénomène *morbide;* or, dans les phimosis congénitaux, le gland, qui n'a jamais été mis à découvert, devient très-irritable et douloureux dès qu'il est privé de son enveloppe prépuciale. Cette circonstance, autant que l'action traumatique subie par l'opération, rend la production du phénomène un fait morbide et pose l'indication du lupulin. Il ne faut pas oublier, dans les expérimentations thérapeutiques, que la circonstance pathologique seule fait d'un médicament un remède. Plus que personne, M. Vidal devait comprendre la vérité de cette proposition. Aussi, ayant à pratiquer la circoncision sur un malade nerveux admis dans son service, pour un phimosis naturel, ce chirurgien eut recours, avec un avantage marqué, à l'emploi du lupulin. M. Vidal employa chez ce jeune homme son procédé opératoire. La première nuit fut agitée, il y eut des érections; mais les serres-fines fixant les bords de la plaie, elle ne peut se désunir. Le lendemain, à la visite, M. Vidal, averti de ce phénomène, se rappela les bons effets du lupulin dans les cas d'excitation trop vive des parties génitales; notre confrère prescrivit 1 gramme de lupulin, trituré avec du sucre, à prendre le soir; mais pendant la journée, il y eut une érection qui désunit un peu les deux feuillets du prépuce, dont l'adhésion était si récente. Le lupulin ayant été pris, la nuit fut tout à fait calme. Le lendemain, dans la journée, un peu d'agitation. Nouvelle dose de lupulin le soir. La nuit, comme les nuits suivantes, aucune érection ne vint plus enrayer la marche de la cicatrisation.

Le fait de M. Robert a également pour sujet un jeune homme affecté de phimosis congénital. La circoncision opérée, il tenta la réunion de la plaie par l'emploi des serres-fines. La première nuit fut assez calme; mais pendant la seconde, des érections survinrent, qui privèrent le malade de sommeil et décollèrent en partie les bords unis de la plaie, provoquèrent un écoulement sanguin, avec gonfiement des parties. Ces phénomènes menaçant de faire perdre au malade les bénéfices des tentatives de réunion, M. Robert prescrivit 1 gramme de lupulin, trituré avec du sucre : la nuit fut très-calme. Il en fut de même de la suivante, le malade ayant pris, dans la soirée, la même dose du médicament. Les jours suivants, le lupulin fut supprimé; le calme persista et la guérison de la plaie fut rapide.

Les enseignements qui découlent de ces faits sont trop évidents pour que nous ayons besoin de les mettre en relief; il en est un, cependant, sur lequel nous demandons à nous arrêter : la valeur de la forme pharmaceutique. Celle-ci mérite la préférence, parce qu'elle est la plus simple des manipulations, et qu'en même temps elle met complétement en liberté le principe huileux aromatique auquel est due la propriété thérapeutique spéciale de cette substance. La seule précaution imposée au pharmacien, lors de la préparation de ce saccharure, est de triturer ce mélange assez fortement et un temps assez long pour rompre toutes les enveloppes des grains du lupulin. Dix minutes suffisent largement pour arriver à ce résultat.

(*Bulletin général de Thérapeutique.*)

CORRESPONDANCE.

De la fonction glucogénique du Foie.

Nous publions aujourd'hui la lettre suivante, que le défaut d'espace nous a empêché d'insérer plus tôt.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Je répondrai par des faits qui paraîtront nets et précis, je l'espère, aux remarques critiques qui ont été publiées à l'occasion de mon travail. En attendant, voudrez-vous accueillir une simple rectification sur un fait qu'il me paraît utile de ne pas laisser plus longtemps livré au doute?

On a dit que le sang dans lequel j'ai démontré la présence du sucre provenait du foie : « Chez les animaux de boucherie mis à mort par « les procédés ordinaires, le couteau de boucher pénètre, a-t-on dit, « dans les cavités droites du cœur; et comme le sang qui remplit cet « organe est fourni directement par la veine cave inférieure à sa sortie « du foie, il doit nécessairement contenir une partie du glucose élaboré « par le *viscère glucogénique.* »

Je m'étonne que quelques personnes aient pu prendre cette observation au sérieux. Pour déceler la présence du sucre dans le sang de l'homme, j'opère, comme on le sait, avec le sang d'une saignée du bras. Dans cette expérience, qui, pour le dire en passant, a été déjà répétée dans un grand nombre d'hôpitaux à Paris et en province, on ne peut, je pense, invoquer le voisinage de l'oreillette droite. Lorsque j'ai opéré sur le lapin et le chien, je me suis procuré le sang au moyen d'une incision transversale au cou qui tranche les carotides et les veines jugulaires. Enfin, dans le cas des animaux de boucherie saignés à l'abattoir, il est facile de s'assurer *de visu* que l'oreillette droite n'est et ne peut jamais être intéressée. Après l'incision que le boucher pratique à la gorge de l'animal, incision qui est transversale chez le mouton et longitudinale chez le bœuf, il est facile de reconnaître qu'il existe un intervalle considérable entre le lieu de cette incision et la région du cœur droit et de ses vaisseaux.

Veuillez agréer, etc. L. FIGUIER.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLE CLASSIFICATION ZOOLOGIQUE, basée sur les appareils et les fonctions de la reproduction, par le Dr Eugène Guitton; broch. in-8°, Paris, rue des Beaux-Arts, 4.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Une des célébrités médicales du Piémont, le professeur Sachero, président de l'Académie royale de médecine de Turin, est mort le 22 janvier.

— La science vient de perdre également le docteur R. L. Howard, professeur de chirurgie et rédacteur en chef de *The Ohio Medieal and Surgical journal.* M. le docteur John Dawson a pris la rédaction en chef de ce journal.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 25. 3e ANNÉE. Mardi 27 février 1855

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De l'opération césarienne dans la ville de Paris.

Quelques journaux politiques français et même anglais (du moins avons-nous lu ce fait dans le *Galignani's Messenger* du 10 février) ont raconté l'adoption faite par M. le professeur P. Dubois, d'un enfant nouveau-né, dont la mère avait succombé à la suite de l'opération césarienne pratiquée à l'hôpital des Cliniques par l'habile professeur. Ce n'est pas, bien entendu, sur le retentissement donné à une bonne action que nous voulons appeler l'attention de nos lecteurs. Quiconque connaît le peu de goût de M. P. Dubois pour le bruit et l'ostentation est parfaitement convaincu d'avance que c'est à l'insu et contre la volonté de l'honorable professeur que ce grand retentissement a eu lieu. M. P. Dubois n'en est pas d'ailleurs est au moins à son début, et la bonne action qu'il vient d'accomplir la seconde du même genre. Mais si ces actions honorent le cœur de M. P. Dubois, ce n'est pas là ce qui intéresse la science, ni par conséquent ce qui doit nous occuper ici.

Ce qui intéresse la science, le voici :

Quelques jours avant de pratiquer l'opération césarienne qui a eu un si grand retentissement, M. P. Dubois en avait pratiqué une autre qui s'était terminée de la même manière, c'est-à dire que toutes deux avaient entraîné la mort de la femme. Ce triste résultat a d'ailleurs été toujours une règle sans exception dans la ville de Paris, où l'opération césarienne en est encore à attendre son premier succès.

Or, ce qui est sans exemple à Paris, s'observe, et est même assez fréquent en province. A la suite d'un appel que je fis, il y a quatre ans, aux médecins de France, appel qui, comme cela n'arrive que trop souvent, ne fut entendu que d'un petit nombre, je reçus une quinzaine de communications desquelles il résultait que la moitié environ des opérations césariennes avaient été suivies du rétablissement de la mère.

On sait que, parmi les cas qui frappèrent le plus l'esprit des praticiens, furent ceux d'un médecin de la Creuse, qui avait obtenu trois guérisons sur trois opérations, et celui de M. le docteur de Lignerolles, qui avait réussi une fois, dans le cas en apparence le plus défavorable possible.

Mais le succès qui m'intéressa le plus, à cause des belles applications qu'il pouvait avoir, fut celui qu'obtint un modeste praticien, aux portes même de Paris, à Fontenay-sous-Bois.

Ce succès venait en quelque sorte confirmer les sages prévisions émises par M. Danyau, dans la grande discussion de l'avortement obstétrical. Le judicieux chirurgien, au lieu de repousser d'une manière absolue l'opération césarienne, même à Paris, et de lui préférer toujours l'avortement provoqué, avait fait observer que, si cette opération avait constamment été mortelle dans l'enceinte même de Paris, il pouvait peut-être suffire de transporter les patientes à quelques kilomètres des barrières, peut-être même de les placer dans de très-bonnes conditions hygiéniques, dans un air pur, sur les hauteurs de Chaillot ou de Passy, par exemple, pour que les chances de succès devinssent aussi grandes que dans le reste de la France. Le fait de Fontenay nous paraît justifier complétement les espérances de M. Danyau, et, pour notre compte, nous croyons que l'opération césarienne, pratiquée dans la partie élevée de Saint-Cloud, sur les hauteurs de Meudon et de Bellevue, à Saint-Germain, etc., aurait les mêmes chances de succès que dans la Creuse ou dans le Calvados. Nous croyons même que toutes les opérations graves, quelles qu'elles soient, gagneraient énormément à être faites hors de l'enceinte de Paris; car on n'ignore pas que les résultats obtenus dans les amputations soit plus avantageux dans presque tous les hôpitaux de France que dans ceux de Paris. A quoi peut être due cette différence, sinon à l'insalubrité relative des établissements de Paris?

Ces données étant connues, et M. P. Dubois est bien loin de les ignorer, l'habile professeur n'aurait-il pas pu faire de son extrême générosité une application plus utile à la science et même à l'humanité, en faisant transporter aux environs de Paris les deux femmes qui ont succombé à la clinique, et en les opérant loin d'une

fatale atmosphère de mort? Tous les praticiens le penseront sans doute comme nous. Nous croyons même qu'à l'avenir, il sera du devoir de tout chirurgien de s'abstenir de pratiquer une opération césarienne dans l'enceinte de Paris, avant de s'être assuré que l'opération ne pourrait pas être faite, lorsqu'il s'agira d'une femme indigente, dans un des hôpitaux des localités voisines.

Au reste l'administration de l'assistance publique pourrait elle-même prendre une initiative à cet égard, et faire transporter dans un des établissements qu'elle possède hors Paris, les femmes qui devraient subir l'opération césarienne. Ce ne serait pas d'ailleurs la seule initiative qu'il y aurait à prendre, au grand profit de la santé publique, dans la voie que nous indiquons; quand l'occasion s'en présentera, nous signalerons les améliorations qu'il y aurait à faire dans ce sens.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur.

Messieurs,

Avant de commencer les leçons que je me propose de vous faire sur les maladies du cœur, il est indispensable que je vous donne une idée générale de cet organe, sur la position et la structure duquel on n'est pas d'accord. Le cœur est placé dans la cavité gauche de la poitrine; sa base est en haut et à droite, sa pointe est tournée en bas et à gauche, elle bat dans le cinquième espace intercostal en dedans du mamelon. Les différents auteurs varient sur ce dernier point. Un physiologiste fait battre la pointe dans le sixième espace intercostal, et un anatomiste moderne dans le quatrième.

Des observations directes et répétées un grand nombre de fois nous permettent d'assurer que le lieu que nous venons de lui assigner est bien le véritable. Il nous est arrivé de trouver une exception chez un jeune malade couché au n° 19 de la salle Saint-Jean-de-Dieu; nous l'avons souvent examiné avec soin, et nous avons toujours vu la pointe du cœur battre au bas du quatrième espace intercostal. On comprend combien il importe d'être bien fixé sur cette question, car étant donné, par exemple, un malade dont la pointe du cœur battra dans le sixième espace intercostal en dehors du mamelon, on pourra affirmer qu'il y a une augmentation du volume de cet organe. Il est composé de deux parties bien distinctes, de deux cœurs pour ainsi dire, adossés l'un à l'autre, l'un droit, l'autre gauche; ce dernier l'emporte de beaucoup sur le premier; il forme à lui seul près des deux tiers du volume total de l'organe. Chaque moitié est composée de deux parties, un ventricule, véritable corps de pompe, une oreillette qui forme le réservoir. Les deux ventricules offrent quelques différences que je vais vous signaler.

La cavité du ventricule droit est ovoïde, plus large que celle du ventricule gauche, elle descend moins bas, ce qui fait que la pointe du cœur appartient presque tout entière à ce dernier. Enfin, la direction des deux ventricules n'est pas parallèle.

Si maintenant nous examinons l'intérieur, nous trouvons des différences aussi marquées. Chaque cavité ventriculaire offre deux parties bien distinctes. L'une s'embouche avec l'orifice auriculo-ventriculaire, l'autre avec l'artère placée à sa base; mais à droite et à gauche les choses ne se comportent pas exactement de la même manière. Dans le ventricule droit, la partie qui correspond à l'artère pulmonaire forme avec celle qui correspond avec l'orifice auriculo-ventriculaire un angle dont le sinus regarde en haut. Pour en finir avec le cœur droit, nous dirons que l'oreillette de ce côté est plus grande que l'autre, que les colonnes charnues sont plus prononcées.

A gauche le ventricule couvre complétement l'oreillette placée derrière lui; nous avons déjà dit qu'il forme à lui seul les deux tiers de l'organe et que la pointe lui appartient tout entière.

Si nous examinons l'intérieur, nous voyons que la partie qui correspond à l'aorte est presque parallèle à celle qui correspond à l'orifice auriculo-ventriculaire, qu'elles sont séparées l'une de l'autre par la lame droite de la valvule mitrale et par une partie de deux colonnes charnues qui s'insèrent à elles par de nombreux tendons.

Les valvules de l'aorte sont plus robustes que celles de l'artère pulmonaire et la fréquence de leur maladie est dans le rapport de 1 à 1,000. Derrière les valvules aortiques on voit l'origine des vaisseaux destinés à la nutrition du cœur, ce sont les artères coronaires. Enfin au-dessous des valvules sygmoïdes on voit deux grosses lames qui forment la valvule auriculo-ventriculaire. Ici, comme à droite, on trouve de nombreuses colonnes charnues dont la direction est à peu près aussi constante que le nombre. Deux d'entre elles se distinguent par leur volume considérable, elles envoient de nombreux tendons à la valvule bicuspide et que j'ai appelés les muscles de cette valvule qu'ils redressent par leur contraction. Remarquez en effet que la contraction de ces deux faisceaux charnus est isochrone avec la systole ventriculaire, puisque les fibres se confondent avec les parois du cœur; au moment où s'opère la systole ventriculaire les valvules auriculo-ventriculaires sont dans un état d'abaissement nécessaire pour laisser passer le sang de l'oreillette dans le ventricule; il est donc évident que la contraction des colonnes charnues qui s'insèrent aux valvules a pour effet leur redressement.

L'action du cœur est celle d'une pompe foulante et aspirante dont les valvules constituent les soupapes. Les valvules sygmoïdes sont disposées pour s'abaisser sous l'influence de la contraction des ventricules et les valvules auriculo-ventriculaires pour se relever au même moment.

Pendant la diastole ventriculaire, le vide ne pouvant pas plus se faire ici qu'ailleurs, le sang se trouve aspiré des oreillettes, les valvules auriculo-ventriculaires s'abaissent pendant que les soupapes artérielles se redressent. Ce qui se passe à gauche se passe simultanément à droite. Tel est, rapidement esquissé, le jeu du cœur qui sous l'influence de la vie opère les merveilleux mouvements dont nous aurons bientôt à vous entretenir.

La face interne du cœur est tapissée par une membrane à laquelle j'ai donné le nom d'endocarde par opposition à celui de péricarde. Cette membrane est plus mince dans le ventricule droit que dans le gauche, mais c'est surtout dans les oreillettes qu'elle est apparente. Etudions-la dans les cavités gauche et prenons-la, par exemple, à l'origine de l'aorte avec la membrane interne de laquelle elle se continue, ainsi qu'avec celle des artères coronaires. Partie de ce point cette membrane suit les valvules sygmoïdes, puis pénètre dans le ventricule qu'elle tapisse ainsi que les colonnes charnues, elle enveloppe les tendons qui vont s'insérer à la valvule auriculo-ventriculaire; là, elle se dédouble pour se réfléchir sur ses deux faces, puis elle revêt l'intérieur de l'oreillette pour se continuer ensuite avec la membrane interne des artères pulmonaires.

La base des valvules est entourée d'un cercle fibreux résistant, ne se prêtant à aucune distention, et sur lequel s'étale l'endocarde. Ce tissu fibreux est souvent transformé en tissu cartilagineux, osseux.

Il me reste maintenant à vous parler de la détermination du poids et du volume du cœur.

La première difficulté que nous avons rencontrée lorsque nous avons entrepris des recherches relatives au poids et au volume du cœur, c'est l'aveu de tous les auteurs sur l'impossibilité d'arriver à une détermination exacte. Corvisart signale l'avantage qu'il y aurait à posséder des données exactes sur ce sujet, mais voici comment il s'exprime : « Nous savons bien que son volume (du cœur) varie suivant l'âge, le sexe, le tempérament, le genre de vie; mais nous manquons et nous manquerons toujours d'un étalon exact auquel nous puissions rapporter le poids, le volume d'un cœur dilaté, épaissi dans ses parois; c'est donc une locution qui ne sera jamais rigoureuse; il n'est pas de médecin qui, en l'adoptant, ne soit pénétré de son *inexactitude.* » (*Essai sur les maladies du cœur*, p. 65.) Chez cet auteur on ne trouve rien sur l'atrophie de cet organe.

Laënnec s'exprime à peu près dans les mêmes termes : « Il serait impossible, dit-il, d'indiquer *géométriquement* les proportions du cœur chez un homme sain. Le poids de cet organe et l'épaisseur de ses parois considérés d'une manière absolue sont des données *infidèles.* »

Enfin, M. le professeur Cruveilhier est aussi explicite dans l'article hypertrophie du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique :* « La détermination précise de la limite qui sépare l'état normal de l'état hypertrophique du cœur me paraît *impossible à résoudre.* » Ce professeur a cependant donné comme moyenne 6 ou 7 onces (187 à 218 gr.), et Lobstein, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, 9 à 10 onces (281 à 312 gr.). Entre ces deux auteurs la différence est donc de 3 onces; c'est, comme vous le voyez, un chiffre assez élevé. Le professeur de Strasbourg, pas plus que celui de Paris, n'indique la constitution et l'âge de leurs sujets, et, pour mon compte, je suis porté à croire que le modèle de Lobstein n'était pas dans des proportions normales.

Je vais maintenant, Messieurs, vous faire connaître les résultats auxquels je suis arrivé. Les recherches consignées dans le *Traité des maladies du cœur*, portent sur trente-deux cas divisés en trois séries.

La première comprend les observations relatives à des individus dont le cœur n'est ni dilaté, ni hypertrophié; la seconde, à des sujets atteints d'atrophie du cœur; enfin la troisième, ceux relatifs à des cœurs hypertrophiés avec ou sans dilatation des cavités.

La première série porte sur quatorze observations; le cœur a été pesé, et la moyenne des poids est le suivant :

Moyenne, 8 onces 3 gros (262 gr.).
Maximum, 11 onces (350 gr.).

Ce cœur appartenait à un sujet d'une taille colossale, chez lui cet organe était en rapport avec tous les autres. Enfin le minimum est de 6 onces 2 gros (200 gr.); c'était le cœur d'un jeune homme de seize ans.

La deuxième série comprend sept sujets. Voici les chiffres que nous avons trouvés :

Moyenne. . .	175 gr.;	différence avec la 1re série	87 gr.
Maximum. .	200 gr.;	— — 1re série	150 gr.
Minimum. . .	135 gr.;	— — 1re série	65 gr.

La troisième série comprend onze sujets chez lesquels le cœur a été mesuré, et voici les chiffres :

Moyenne. . .	475 gr.;	différence : 1re série 211 gr.,	2e série 298 gr.
Maximum . .	688 gr.;	— 1re série 338 gr.,	2e série 388 gr.
Minimum. . .	338 gr.;	— 1re série 138 gr.,	2e série 203 gr.

Passons maintenant à l'examen relatif au volume et aux dimensions du cœur, à la capacité de ses cavités, à l'étendue de ses orifices.

Pour avoir le volume du cœur, M. Darcet fils a eu l'ingénieuse idée de le mesurer au moyen d'un vase gradué et rempli d'eau, et dans lequel il plonge le cœur dont le volume est représenté par la quantité d'eau déplacée.

La circonférence est mesurée à la base, et pour la première série nous avons les chiffres suivants :

Moyenne. . . . 8 pouces 9 lignes (238 millimètres).
Maximum . . . 10 pouces 6 lignes (284 millimètres).
Minimum. . . . 8 pouces (217 millimètres).

DEUXIÈME SÉRIE.

Moyenne. . . . 6 pouces 91 lignes (184 millimètres).
Maximum . . . 8 pouces (217 millimètres).
Minimum. . . . 6 pouces 2 lignes (167 millimètres).

Là le maximum est juste le chiffre minimum de la première série :

TROISIÈME SÉRIE.

Moyenne. . . . 10 pouces (270 millimètres).
Maximum. . . . 12 pouces (338 millimètres).
Minimum. . . . 8 pouces 10 lignes (239 millimètres).

Le minimum de cette série est la moyenne de la première série.

La longueur du cœur est représentée par une ligne menée de la base du ventricule gauche à la pointe du cœur.

PREMIÈRE SÉRIE.

Moyenne. . . . 3 pouces 7 lignes (98 millimètres).
Maximum . . . 4 pouces (108 millimètres).
Minimum. . . . 3 pouces 2 lignes 1 1/2 (87 millim.).

DEUXIÈME SÉRIE.

Moyenne. . . . 2 pouces 10 lignes (77 millimètres).
Maximum. . . . 3 pouces 4 lignes (90 millimètres).
Minimum. . . . 1 pouce 9 lignes (48 millimètres).

TROISIÈME SÉRIE.

Moyenne. . . . 4 pouces 7 lignes (124 millimètres).
Maximum . . . 5 pouces 3 lignes (142 millimètres).
Minimum. . . . 3 pouces 7 lignes (97 millimètres).

La largeur est représentée par une ligne menée de l'un des bords à l'autre à la base des ventricules.

PRMIÈRE SÉRIE.

Moyenne. . . . 3 pouces 7 lignes 1/2 (98 millimètres).
Maximum . . . 4 pouces 6 lignes (122 millimètres).
Minimum. . . . 3 pouces 5 lignes (98 millimètres).

On voit qu'ici la largeur l'emporte un peu sur la hauteur.

DEUXIÈME SÉRIE.

Moyenne. . . . 2 pouces 7 lignes (72 millimètres).
Maximum . . . 3 pouces 1 ligne (83 millimètres).
Minimum. . . . 1 pouce 5 lignes (38 millimètres).

TROISIÈME SÉRIE.

Moyenne. . . . 5 pouces 5 lignes (146 millimètres).
Maximum . . . 8 pouces 6 lignes (230 millimètres).
Minimum. . . . 3 pouces 10 lignes (104 millimètres).

L'épaisseur du cœur est mesurée par une ligne qui va de la face antérieure à la face postérieure prise à la base dans le sillon qui sépare les deux ventricules.

Voici les moyennes dans les trois séries :

PREMIÈRE SÉRIE.

Première série. . . 1 pouce 11 lignes 1/6 (52 millimètres).
Ventricule gauche. 6 lignes 1/2 à 7 lignes (15 à 16 millimètres),
Ventricule droit. . 2 lignes 1/2 (6 millimètres).

On voit que chez l'adulte l'épaisseur du ventricule gauche l'emporte de deux fois sur celui du ventricule droit, tandis que chez le fœtus l'épaisseur des parois ventriculaires est la même pour les deux ventricules.

DEUXIÈME SÉRIE.

Épaisseur du cœur. . . . 1 pouce 6 lignes 1/2 (42 mill.).
Ventricule gauche. . . . . 6 lignes 1/6 (14 mill.).
Ventricule droit. . . . . . 2 lignes 3/5 (6 mill.).

TROISIÈME SÉRIE.

Épaisseur du cœur. . . . 2 pouces 5 lignes 1/2 (67 mill.).
Ventricule gauche. . . . 10 lignes 1/2 (24 mill.).
Ventricule droit. . . . . 3 lignes 7/8 (9 mill.).

Passons maintenant à l'examen de la circonférence des orifices du cœur dans nos trois séries.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Moyenne.*

Orifice ventriculo-arctique. . . 2 pouces 5 lignes 1/2 (67 mill.).
Orifice auriculo-ventr. gauche. 3 pouces 4 lignes 1/2 (83 mill.).

Cœur droit.

Orifice ventriculo-pulmonaire. 2 pouces 7 lignes (72 mill.).

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est plus large que celui de gauche; il est, par rapport à lui, comme 3 pouces 10 lignes (104 millimètres) est à 2 pouces 7 lignes 3/4 (72 millimètres). Il y a donc en plus, pour l'orifice auriculo-ventriculaire droit, une différence de 33 millimètres.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Moyenne.*

Orifice ventriculo-arctique. . . 2 pouces 4 lignes 1/2 (64 mill.).
Orifice auriculo-ventr. gauche. 3 pouces 4 lignes (90 mill.).

Cœur droit.

Orifice ventriculo-pulmonaire. 2 pouces 4 lignes (63 mill.).

L'orifice auriculo-ventriculaire l'emporte aussi sur le même orifice gauche.

TROISIÈME SÉRIE. — *Moyenne.*

Orifice ventriculo-arctique. . . 3 pouces 5 lignes (92 mill,).
Orifice auriculo-ventr. gauche. 4 pouces 1 ligne 3/4 (111 mill.).

Cœur droit.

Orifice ventriculo-pulmonaire. 3 pouces 2 lignes 3/5 (87 mill.).
Orifice auriculo-ventr. droit. . 5 pouces 2 lignes (140 mill.).

— Avant de passer à l'examen des capacités des cavités du cœur, nous dirons que, pour nous, les mesures que nous allons donner n'ont pas toute l'exactitude des cas précédents; il y aurait besoin de nouvelles recherches.

La moyenne de la capacité du ventricule droit l'emporte sur celle du ventricule gauche, mais cette différence est réellement assez faible. En général aussi la capacité de l'oreillette droite est supérieure à celle de l'oreillette gauche.

La description que je viens de vous donner du cœur n'est pas complète, sans doute; je vous ai épargné bien des détails, mais cela suffit pour vous faire comprendre les leçons que je me propose de vous faire sur les maladies de cet organe.

G. AUBURTIN,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

Discours de M. Piorry.

A la rigueur, on peut encore regarder comme une affection générale toute souffrance du système nerveux, telle qui suit l'action de l'électricité et qui agirait tout d'abord sur l'ensemble de ce système.

Ceux qui reprochent à l'école organique d'être trop localisatrice et qui parlent toujours de maladies générales, devraient bien nous dire ce qu'ils comprennent par maladies générales en dehors de ce qui vient d'être dit.

Ainsi, l'étude des états organo-pathiques est utile, raisonnable et essentiellement pratique.

Je n'ai plus, pour répondre à l'argumentation de M. Bousquet, qu'à présenter quelques réflexions générales relatives à la nomenclature organo-pathologique.

M. Bousquet a la bonté de m'accorder un grand nombre d'idées. C'est me traiter trop favorablement, car les gens à idées, et M. Bousquet le sait bien, sont rares; mais je dénie cet immense éloge au point de vue de la réforme du langage médical.

Notre collègue croit, à ce qu'il paraît, aux jours néfastes, mais c'est pour la mauvaise science, pour les doctrines vagues et incomplètes que ces jours-là sont arrivés, et cela depuis l'époque fort ancienne où des organiciens et de praticiens ont créé des mots anatomiques expressifs et qui ont commencé à porter dans le langage l'exactitude et la précision qui y faisaient défaut.

Il semblerait, à entendre notre confrère, que j'aie été le père de la plupart des expressions techniques usitées par les modernes. A peine me suis-je cependant permis de composer quelques éléments de nomenclature nouveaux. Lisez : Hippocrate, Arétée, Celse, Cœlius; arrivez aux temps modernes, à Sauvages, à Barbier d'Amiens, à Alibert, à M. Andral, à M. Bouillaud, aux ophthalmologistes, aux chimistes, aux minéralogistes, aux botanistes de nos jours, aux auteurs du calcul décimal, et vous trouverez dans leurs écrits presque tous les éléments des mots qui existent dans la nomenclature organo-pathologique. Bien plus, vous les rencontrerez dans la langue vulgaire, qui, en dépit des gérontologues, s'enrichit d'expressions utiles et quelquefois indispensables. On convient de sa pauvreté, et on ne voudrait pas en augmenter les ressources!

Les applications des racines grecques à notre langue deviennent aussi nombreuses que du temps des guerres d'Italie sous Charles VIII, François Ier et Henri II, les mots d'origine latine se multiplièrent en français.

Comment! toutes les sciences se servent des ressources prodigieuses qu'offre le grec pour la formation de termes qui, avec peu de lettres, expriment des idées complexes, et la médecine, qui est pratiquée par des gens lettrés, ferait seule exception! Comment, une nomenclature empruntée au langage admis dans toutes les parties des connaissances humaines, serait mal accueillie et elle serait considérée comme l'œuvre d'un seul, et comme une manière inconnue de s'exprimer, quand, il faut l'avouer, elle est l'œuvre de tous!

Eh quoi! je serais un étranger pour cette Académie qui veut bien me charger d'un si grand nombre de rapports, qui écoute parfois avec bienveillance les travaux originaux dans lesquels je ne cherche pas à me passer des mots dont je me sers habituellement et que j'ai consacrés par trois volumes du *Traité de diagnostic* et par les neuf volumes du *Traité de médecine pratique?*

M. Bousquet, auquel on ne reprochera pas de ne pas consulter sa bibliothèque, serait embarrassé pour comprendre des dénominations dont les éléments sont dans tous les livres qui se publient?

Qu'il lise donc la plupart des thèses de la Faculté, les ouvrages récemment parus en Allemagne, la remarquable défense de ma nomenclature à Naples par M. le docteur....., et surtout l'excellent dictionnaire de MM. Robin et Littré, qui consacre tous mes mots, et il verra si je marche dans l'isolement.

M. Bousquet est assez bon pour dire que le langage nouveau n'est écouté et adopté que par quelques élèves qui ont intérêt à le faire.

Qu'il sache donc que si beaucoup d'élèves adoptent ma nomenclature, loin d'avoir quelque intérêt à cela, ils ont eu souvent à redouter dans d'autres temps de se servir aux examens de mes mots, parce qu'il fut une époque, heureusement passée, où la bienveillance n'était pas toujours acquise à celui qui se montrait partisan de mes idées et de la nomenclature.

L'Académie est assez voisine de l'amphithéâtre de la Charité, pour que le secrétaire de ses bureaux puisse savoir que ma clinique n'est pas déserte.

Un grand nombre des membres de cette compagnie n'ont-ils pas, comme moi, proposé de nouveaux mots? M. Andral n'est-il pas l'auteur de ceux-ci que j'ai adoptés : hypertrophie, hyperémie, hypercrinie? Et alors qu'il s'est servi de la racine *hyper* pour désigner le plus, il me semble qu'il m'est bien permis d'employer l'élément *hypo* pour exprimer le moins.

N'est-ce pas M. Bouillaud qui a non-seulement le premier si bien décrit l'endocardite, mais encore celui qui lui a donné le nom qu'elle porte?

L'honorable M. Rayer n'a-t-il pas étudié et dénommé la pyélite?

Ne serait-ce pas M. Velpeau qui aurait appelé avec nous ar-

thropathie les maladies des jointures considérées en général, et tocologie la science qui traite des accouchements?

De la même façon, Orfila n'avait-il pas désigné, par le mot toxicologie, la connaissance des poisons?

Mais remontez plus haut, et voyez si ce n'est pas Bretonneau qui a créé les mots diphtérite et dothinentérie, que Petit et Serres avaient décrite sous la dénomination de fièvre entéro-mésentérique, et Bally sous celui très-caractéristique d'iliodyclidite?

N'est-ce pas Léveillé qui a proposé le mot d'encéphalopathie et Breschet n'a-t-il pas employé le terme si convenable de phlébectasie?

Est-ce Pinel ou moi qui nous sommes servis des mots angioténique, méningo-gastrique, adéno-méningée, adynamique, ataxique, etc.?

Broussais et Gasc n'ont-ils pas décrit et nommé la péritonite?

C'est l'esprit du temps, et non pas une idée mienne, qui m'a conduit à la nomenclature organo-pathologique.

Mérat me confia, pour le *Dictionnaire des sciences médicales,* la rédaction de l'article OSTÉO-MALAXIE, n'était-il pas tout naturel que j'employasse les termes gastro, entéro, dermo, pour exprimer les ramollissements de l'estomac, de l'intestin, du derme, etc.?

Le terme algie est appliqué aux syllabes névro, gastro, entéro, coxo, pour exprimer les douleurs existant dans les nerfs, l'estomac, l'intestin, la hanche; ne devrais-je pas m'en servir pour dénommer les souffrances du derme, des muscles, des tissus blancs, et ne fallait-il pas prendre dans le grec les expressions qui désignaient ces organes? Je ne voyais pas l'inflammation partout, il ne fallait donc pas terminer par la désinence *ite* (que l'on est convenu depuis longtemps d'attribuer à l'inflammation) les états morbides les plus divers. Cet éloignement pour l'exagération de la doctrine de Broussais en vertu de laquelle toutes les lésions d'organes prenaient la désinence *ite*, m'a conduit à prendre dans les auteurs un grand nombre de terminaisons de mots. J'en ai ajouté seulement quelques autres, et cela, pour compléter le tableau des souffrances que les divers organes peuvent présenter. Plus médecin qu'helléniste, et beaucoup plus soucieux de faire de la médecine que de m'arrêter à la construction des mots, j'ai mis au-devant d'un nom d'organe une racine qui indiquât soit la cause, soit le caractère, soit enfin le degré de la lésion. La désinence a particularisé en quoi cette lésion consistait; et je dirai encore une fois de plus que tous ces éléments de mots entrent dans la composition du langage universellement reçu en médecine et dans les sciences.

Toutes les fois que des observations, qui m'ont paru justes, m'ont été faites sur le choix des termes et sur leur défaut de signification précise, j'en ai tenu compte, et j'ai ainsi changé un grand nombre d'expressions contre des termes plus convenables.

En somme, je n'ai pas l'immense mérite, qui est le mérite de tous, d'avoir créé le langage organique, étiologique et pathologique dont je me sers; la seule chose qui m'appartiendrait, si la nomenclature de Linnée et de Guyton de Morveau ne m'avait servi d'exemple, ce serait la systématisation générale de ce langage et sa coordination si utile.

M. Bousquet et tant d'autres ont dit que la nomenclature était trop précise, alors qu'il s'agissait de désigner des choses mal déterminées; mais ils n'ont pas fait attention qu'un grand nombre des mots qu'elle consacre, tels que ceux qui finissent par les désinences: pathie, mégalie, algie, etc., ne préjugent pas, puisqu'une souffrance, une augmentation de volume, une douleur peuvent se rapporter à des états très-divers. Ils disent que la science n'est pas faite, et que le temps n'est pas arrivé d'édifier une nomenclature; mais ils devraient voir que la science est faite dans tous les points où le diagnostic anatomique a porté son invariable cachet. Or, pour ces parties de la pathologie, il est temps de consacrer des mots significatifs, et ces parties de la science sont certainement les plus nombreuses.

Ces critiques ont ajouté qu'à mesure que la science se perfectionne, il faut de nouvelles expressions: je suis de leur avis. Il en a été ainsi de la nomenclature chimique, qui compte peut-être de nos jours vingt fois plus de termes que du temps de Lavoisier, et qui ne cesse pas cependant de reposer sur les mêmes principes.

Le très-grand avantage de la nomenclature est de pouvoir se prêter à toutes les combinaisons possibles d'éléments; de telle sorte qu'elle rend aisée la formation d'une multitude de mots consacrant des choses nouvelles.

On a dit encore que l'onomapathologisme (nom que j'ai donné à la nomenclature dont il s'agit) consacrait des mots qu'il faudrait changer si le progrès y conduisait; cela est exact; mais comme il permet de construire facilement des dénominations nouvelles, qui signifient nettement ce que l'on veut dire, évidemment cette objection tombe d'elle-même.

On a ajouté que la nomenclature conduisait à introduire dans la science une multitude de mots; mais ne voit-on pas que ces termes exprimant les choses ne peuvent être ultérieurement créés que si ces choses sont connues en plus grand nombre. Or, ce sont là des avantages et non pas des inconvénients.

Les mots nouveaux ont, dit-on, trop de longueur, mais je suis parvenu, grâce à quelques élisions, à les rendre souvent très-courts. Qu'est-ce, d'ailleurs, que la longueur des mots, si ces expressions rendent parfaitement la pensée? Lisez donc les livres qui se publient en chimie, vous verrez que les expressions de l'onomapathologisme ont bien peu de syllables auprès de ceux qu'ils consacrent.

On ajoute encore que l'étude de la nomenclature est longue et difficile. Si cela était, ce ne serait pas là une objection de valeur, car on finit toujours par apprendre ce qui est d'une utile application, et il est impossible de ne pas avouer qu'ici l'application est souvent utile; mais cette difficulté est loin d'être grande. J'ai l'honneur de remettre à l'Académie un certain nombre des exemplaires de la nomenclature, et mes collègues verront qu'il suffit d'*un quart d'heure* pour apprendre les particules élémentaires des termes qui s'y rencontrent.

En effet, le petit tableau que je leur soumets contient tous les éléments des mots dont l'onomapathologisme se compose, et la plupart de ces éléments, tels que hyper, hypo, dys, hétéro, aéro, hydro, etc., etc., pathie, hémie, ite, algie, malaxie, etc., sont déjà connus de tous; le nom grec des organes qui forme le corps du mot est depuis longtemps dans le domaine scientifique. Chaque élément du langage, indiqué dans ce tableau, peut s'accoler à un autre terme, de manière à former un mot significatif, de sorte que *chaque médecin pourra faire, grâce à ce système, autant de mots qu'il voudra*, et sera cependant compris facilement et tout d'abord par ceux qui seront familiers avec cette manière si simple de rendre ses idées.

A côté de ces prétendus inconvénients que d'avantages se trouvent réunis! Propriété de l'expression, positivisme dans le langage, extrême concision; livres de beaucoup moins longs, puisqu'ils sont écrits avec des termes significatifs et non avec des périphrases, facilité de se faire comprendre par des étrangers, qui, presque tous, sont lettrés; définitions devenues inutiles, puisque chaque mot en devient une; expressions nouvelles s'appliquant à toutes les idées qu'on veut rendre; création d'un langage uniforme pour la science, langage qui fait rentrer dans le domaine général toutes les dénominations des *états* que des spécialistes ont appliquées aux maladies des yeux, des oreilles, de la peau, et que l'on a sans doute favorablement accueilli, parce que personne ne les comprenait, et qu'elles faisaient des sciences à part, de l'otologie, de l'ophthalmologie, et de l'étude des affections cutanées, etc., etc.; tels sont quelques-uns des très-nombreux avantages que présente la nomenclature organo-pathologique.

Mais, dira-t-on, il faut réserver des mots nouveaux pour les choses nouvelles. On ne doit pas changer les anciennes expressions, où chacun reconnaît certains ensembles! D'abord je dé-

clare que je n'ai pas la prétention de dénommer les ensembles symptomatiques, les maladies telles qu'on les comprenait; presque jamais les mots consacrés par l'anatomo-pathologisme n'ont de synonymie dans l'ancien langage. Gardez vos maux : fièvre typhoïde, rhumatisme, scrofule, etc. Ne croyant pas que l'on doive conserver ces entités, je ne les nomme pas, et la nomenclature n'est appelée qu'à désigner des états précis, clairs, qui entrent dans les ensembles pathologiques que présente un homme malade.

Comment M. Bousquet a-t-il pu dire qu'il y a dans tout ceci de l'obscurité, du vague, quand rien n'est plus positif que cette manière de considérer les faits? Comment croit-il difficile de coordonner, de marquer la place des états pathologiques observés chez les malades, quand il doit bien voir qu'on s'attache sans cesse à fixer les relations qu'ils ont entre eux.

N'allez pas dire que mon prétendu néologisme est mal employé et qu'il ne faut de nouveaux mots que pour exprimer des choses nouvelles, car je vous ferais facilement voir que la plupart des états pathologiques n'ont pas été nommés, et cela pas plus que leurs causes. Qui donc a nommé les virus, je vous prie? Est-ce que vous penseriez que *iose*, pris d'un mot grec qui signifie virus, ne spécifie pas bien les causes très-physiques des maladies virulentes; et ne trouvez-vous pas convenable de joindre à cette expression une particule qui en fixe le caractère. telle que *septi* pour les matières putrides, *syphi* pour le poison de la syphilis, *vario* pour celui de la petite-vérole, et *boos* (bœuf ou vache) pour celui de la vaccine? Iriez-vous par hasard composer le mot vacciniose, et ne voyez-vous pas qu'il faut, dans une nomenclature régulière, dénommer, d'après une loi générale, certaines choses que l'on aurait bien pu, à la rigueur, se dispenser de nommer?

Je conçois que les vitalistes exagérés soient peu satisfaits d'abandonner le vieux langage condamné par M. Chomel, par M. Bouillaud, par M. Requin lui-même, par tous ceux, enfin, qui se sont occupés des noms des maladies; je conçois qu'ils aiment à se servir indéfiniment de termes aussi vagues, aussi nuageux, aussi mal définis que leurs idées et leurs prétendues doctrines; qu'ils conservent, encore une fois, pour eux les mots : rhumatisme, qui réunit tout ce qu'il y a de plus disparate; catarrhe, qui s'adapte à une infinité de souffrances diverses; scrofules, qui n'est rien moins que la réunion d'une multitude d'états chroniques; qu'ils conservent : asphyxie (maladie sans pouls), pour désigner des cas dans lesquels le pouls est fort : ictère (dérivé de belette aux yeux jaunes), ictère, auquel ils prêtent toutes les couleurs, etc. Qu'ils se perdent dans leurs spéculations, à l'aide de leurs mots vie, vital, force vitale, etc.; qu'ils nous répètent à satiété : constitutions médicales, constitution épidémique, nature médicatrice, hippocratisme, etc. Pour nous, nous obéissons au progrès qui a consisté dans les applications de l'anatomie et de la physiologie à la connaissance des souffrances humaines; et imitant Hippocrate (dont ils parlent tant et qu'ils lisent si peu), Arétée, Fernel et tous les bons auteurs modernes, nous chercherons toujours à particulariser, par des expressions positives, les idées que nous voudrons rendre; si Voltaire, que cite M. Bousquet, pouvait ressusciter et juger entre notre collègue et nous, je le demande à nos honorables collègues, à qui des deux donnerait-il l'avantage?

Mais c'est dans un hôpital, c'est au lit du malade que l'on voit combien est utile l'admission de la nomenclature. Le diagnostic autrefois se bornait à désigner une maladie ou un petit nombre de maladies, que l'on écrivait sur la feuille d'observation; tous les détails utiles au malade, toutes les indications faisaient défaut. Le médecin oubliait le lendemain les phénomènes qu'il avait reconnus la veille. Grâce aux mots exprimant d'une manière précise les états organo-pathiques, on note chacun de ceux-ci en tête de l'observation, et l'on sait ultérieurement et dans le cours de la maladie ce qui a existé. Il est donc alors possible de comparer le mal qui a eu lieu à celui que l'on observe actuellement. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie mes notes d'hôpital recueillies de cette sorte, et je suis convaincu qu'elle y verra beaucoup de travail, un grand désir de bien faire et un résultat utile obtenu.

Enfin, M. Bousquet m'adresse cette demande : Qui êtes-vous donc pour réformer le langage scientifique? Ce que je suis, mon cher confrère et collègue? D'abord ce que vous êtes vous-même, alors que vous osez me faire cette question si peu académique! Je suis docteur en médecine et membre de cette savante compagnie; c'est assez, je pense, pour avoir le droit de parler et d'expliquer mes idées.

Mais avec cela, j'ai pendant quelque trente ans étudié dans les amphithéâtres, dans les hôpitaux, dans les laboratoires; j'ai expérimenté sans cesse, j'ai observé constamment et beaucoup médité. Des luttes publiques m'ont donné la mission d'instruire les élèves et de soigner des malades. Il a fallu que neuf concours en physiologie, en hygiène, en chirurgie, en pathologie, en clinique me forçassent de lire non-seulement une partie notable des bons écrivains de l'antiquité et des temps modernes, mais encore les élucubrations des vitalistes exclusifs. J'ai assisté souvent comme acteur, ailleurs comme juge, à de nombreuses thèses où l'on faisait valoir toutes les doctrines, depuis les plus fantastiques jusqu'aux plus positives; j'ai examiné attentivement les raisons pour et contre; indépendant par caractère, jamais frondeur sans raison, me guidant par ma conviction, j'ai enseigné pendant trente ans, publié plus de vingt volumes in-8°, et écouté toujours, sans en concevoir de haine, les méchancetés qu'on a pu me dire; j'ai soutenu toujours ce qui m'a paru juste, bon et utile; je le fais encore en ce moment, et je le soutiendrai, parce que ma conscience le veut, devant vous et devant d'autres, la nomenclature organo-pathologique, la doctrine des états pathologiques dont elle est l'expression et le langage, le plessimétrisme, qui m'a conduit à l'une et à l'autre, et les vérités thérapeutiques que je viens d'avoir l'honneur de lire devant l'Académie sur le traitement de la variole ou variosie.

Un mémoire essentiellement pratique se rattachait à presque toutes les phases et aux états divers que la petite-vérole peut présenter. Il avait pour but de remédier à un très-grand nombre des accidents qui surviennent pendant la durée de ce mal. Le mémoire dont il s'agit, fruit d'expérimentations continuées pendant vingt ans, a été lu devant l'Académie. On devait s'attendre à une discussion approfondie sur le côté utile et clinique de la question, et que l'on chercherait à apprécier le degré d'importance des faits énoncés par l'auteur. Ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées. On a fait de la théorie, de la doctrine, et l'on a laissé presque complétement de côté les applications pratiques.

Il a été un temps où les empiriques reprochaient aux organiciens de ne pas s'occuper de thérapeutique; aujourd'hui, les organiciens font beaucoup plus justement le même reproche aux phraséologues et aux naturistes.

Aux yeux de ces derniers, il doit être en effet bien inutile de s'occuper des moyens de guérir, puisqu'ils pensent que la nature fait tous les frais de la curation; si ces vitalistes exclusifs avaient réfléchi que les fièvres d'accès ne cessent spontanément d'avoir lieu que d'une manière bien lente et très-incertaine, tandis que le sulfate de quinine donné à doses convenables fait dissiper brusquement et la fièvre et la splénopathie qui la cause; que la pneumonite initiale qui menace de mort est souvent combattue tout d'abord avec succès par les fortes saignées qui remédient si promptement aussi à la congestion sanguine du foie, etc., etc.; si l'expérience des hôpitaux et le diagnostic organique avaient appris tout cela à ces écrivains, à coup sûr, ils auraient plus de confiance dans la médecine dont l'étude ne se fait guère qu'au lit du malade et qu'avec l'expérimentation.

Que si je m'élève ainsi contre ces idées exagérées qui, indépendamment de l'influence de l'âme sur l'organisation, ont supposé un principe vital, des forces vitales, etc., c'est qu'elles seules peuvent donner queque poids à la supposition de l'unité de maladie que Broussais le premier a eu l'honneur de nier en s'écriant qu'il

n'y avait que des organes malades et non pas des maladies.

Dans les doctrines organiques, c'est vraiment un non-sens que d'admettre une succession régulière et invariable de symtômes sous le nom de maladies, puisque c'est dans ces mêmes doctrines la lésion et non pas les actes phénoménaux, d'ailleurs si variables, qui joue le plus grand rôle pathologique.

Si l'on prend au hasard quatre malades dans un hôpital, et si l'on veut déterminer quelle est la maladie du cadre nosologique à laquelle on peut rapporter les accidents qu'ils éprouvent, on ne tarde pas à voir qu'il est à peu près impossible de le faire. Supposez, par exemple, que l'un soit atteint de pleurésie, le second d'ictère, le troisième de phthisie tuberculeuse, le quatrième d'apoplexie, on va trouver, si l'on examine avec soin les souffrances et les organes de ces pauvres gens, qu'il y a une foule d'états variés qui ne rentrent en rien dans le tableau que les nosologistes tracent des affections dont il s'agit. Très-ordinairement même une lésion, d'abord secondaire, et qui n'avait aucune connexion avec le mal primitif, prend un tel développement et une telle importance qu'elle devient le point de départ des indications de traitement : souffrance de l'estomac ou de l'intestin ; accumulation d'urine dans la vessie ; splénopathie avec accès périodique; congestions sanguines hypostatiques dans les poumons ; accumulation de mucosité écumeuse dans les bronches, etc. Tous ces accidents, toutes ces circonstances organiques qui menacent la vie ne font pas partie de la maladie que l'on admettait , et ce sont elles qu'il faut bientôt combattre, ou sans cela le mal devient plus terrible ou même mortel. On ne pourra se tirer de cette difficulté en nosologie qu'en admettant que vingt maladies existent à la fois chez le même individu, ce qui serait insoutenable. La pratique plus encore que la théorie fait donc justice de la diversité morbide.

Je conviens avec M. Bousquet qu'il est infiniment commode de désigner par un nom de maladie toute une série de phénomènes qui se lient entre eux et constituent un ensemble. La preuve que cette manière de considérer les faits en médecine est plus simple et se présente tout d'abord à l'esprit, c'est que telle a été la méthode de tous les temps, la méthode que l'on suit en général encore et que la raison, la vérité ne feront pas abandonner de longtemps.

Ecrire sur une feuille de diagnostic : fièvre typhoïde, rhumatisme, scrofule, phthisie, est si aisé; appliquer contre ces maladies un traitement spécial se fait avec si peu de peine; étudier, au contraire, avec un soin extrême et au moyen de toutes les méthodes positives connues les innombrables états pathologiques existant chez les malades présente tant de difficulté, qu'il n'est pas étonnant que le plus grand nombre s'en tienne encore à l'étude de la maladie urinaire. Mais autre est de suivre les routes battues pour s'épargner du travail, de l'étude, du temps ; autre est de marcher dans un sentier plus pénible et qui conduit au but que le médecin se propose d'atteindre : du malade et le progrès de la science. Or, je déclare hautement que le progrès véritable exige qu'en pratique on oublie la maladie pour s'occuper des altérations organiques qui existent, des causes plus ou moins directes qui les ont produites ou qui les entretiennent, de leurs corrélations, des modifications que les lésions peuvent journellement présenter, des indications diverses qui résultent de cette étude complexe, en un mot que l'on suive la méthode que je propose et non pas celle que l'on suit généralement.

Combien de fois ne m'a-t-on pas dit : « Au lit du malade votre doctrine est bonne, elle y est même extrêmement utile, mais votre pathologie et vos théories ne sont pas acceptables. » — A cette allégation, voici ma réponse : si ma pratique est bonne, ma théorie l'est aussi, car l'une et l'autre concordent de la manière la plus rigoureuse, et l'on peut dire que la première est logique avec la seconde ; tout au contraire, ceux qui font dans leurs écrits des théories unitaires, de la nosographie, ne manquent pas au lit du malade d'étudier chaque organe en particulier, et cela bien que trop souvent leur examen soit très-incomplet. Il résulte de là que leur pathologie est mauvaise, puisqu'elle n'est pas d'accord avec la clinique.

Ces ensembles de phénomènes maladies que M. Bousquet veut réunir par des mots consacrés par l'usage, n'existent pas toujours les mêmes; ce n'est guère que dans les maladies de causes virulentes ou miasmatiques qu'il est possible de s'en faire une idée juste. Ailleurs, ces ensembles, comme cela est vrai du rhumatisme, des scrofules, de la dyspepsie, etc., sont on ne peut pas plus arbitrairement formés, et c'est en rapprochant des choses aussi disparates que l'on parvient à les édifier. Voyez même la variole, maladie toute virulente qu'elle est, eh bien ! on pourrait, comme je l'ai dit, en admettre dix espèces dans chacune desquelles les caractères, c'est-à-dire les états organopathiques, les symptômes au point de vue de leur marche, de leur gravité et du traitement par lequel on doit les combattre, ont à peine de l'analogie.

Je pourrais exposer une infinité d'autres raisons qui doivent éloigner de l'unité morbide; mais cette réponse, malgré tous mes efforts pour être court, est démesurément longue, et après avoir démontré que ce n'est pas sans de graves raisons que je n'admets pas les individualités morbides, je vais défendre la méthode que j'ai cru devoir suivre en pathologie et en clinique, méthode qui, en pratique, conduit au positivisme, à la clarté des idées et enfin au succès.

Mais M. Bousquet ne veut pas que le médecin puisse être utile ; c'est toujours, pour lui, la nature qui, seule, peut avoir des succès. M. Piorry, dit-il, s'abuse comme tant d'autres, et s'il se fût borné, ainsi que le prescrivait certain testament hippocratique, à donner du petit-lait, de l'eau d'orge et des pommes cuites, ses malades n'en seraient pas moins parfaitement guéris. M. Bousquet ne peut s'exprimer ainsi que parce qu'il aura lu trop rapidement mon travail.

Comment? Je fais placer dans la variole sur un seul bras, sur une seule joue, des moyens abortifs, et les pustules ne s'y développent pas. Sur les points correspondants du corps de l'autre côté, on ne fait rien et le développement est complet; et je n'aurais pas réussi à prévenir la manifestation des pustules? Plus de cinquante malades sont morts sous mes yeux dans la variole, alors que de la salive et des mucosités écumeuses remplissaient le pharynx et la trachée ; chez une femme qui avait le râle des mourants et qui allait expirer, j'ouvre le conduit de l'air, tous les accidents se dissipent à la suite de l'expulsion d'une énorme quantité de liquide écumeux, l'asphyxie n'a pas lieu; la malheureuse vécut pendant trente-six heures dans un excellent état et ne mourut que parce que la canule se boucha et se déplaça ; et voici que notre bienveillant confrère appelle cela un revers et semblerait presque m'accuser de la mort de cette malheureuse! Comment! l'ouverture des pustules pleines de pus fait dissiper du jour au lendemain l'engorgement des mains, tandis que de l'autre côté, où rien de semblable n'a été fait, ces parties sont excessivement rouges et enflammées, et voici que M. Bousquet nie un semblable résultat ! En vérité, cela est difficile à comprendre; mais, ce qui ne l'est pas moins, c'est que notre confrère, qui doit au moins avoir vu quelques pustules remplies de pus ouvertes par accident, puisse dire qu'il en résulte une plaie qui augmente les tortures des malades, alors que la cicatrisation suit presque immédiatement et sans douleur l'ouverture des boutons variolique remplis de fluide purulent !

Si les preuves de l'unité d'une pratique n'existent pas ici d'une manière absolue, je ne sais en vérité comment il sera possible d'en avoir jamais.

Mais laissons de côté toutes ces allégations pour revenir à l'argumentation relative aux états pathologiques.

Tout en critiquant la doctrine de ces états pathologiques, M. Bousquet veut bien m'accorder le mérite d'avoir compris l'*excellence des opinions de Bordeu, relatives aux éléments des maladies;* seulement, il me reproche d'avoir *un peu devié* de la *méthode du médecin de Montpellier* et d'avoir indéfiniment multiplié les états morbides primitifs. Mais, d'une part, je déclare

que je n'avais pas lu les écrits de Bordeu, alors que j'ai conçu la décomposition des maladies en souffrances élémentaires, et que c'est seulement avec quelque satisfaction qu'il m'a été donné plus tard de trouver de l'analogie entre les opinions de ce grand médecin et les miennes. Si M. Bousquet *nous avait bien lus l'un et l'nutre*, il aurait bien vu l'immense différence qui existe entre nos manières de voir respectives. Non, Monsieur Bousquet, de votre aveu même, je n'ai pas fait de *larcin*; car il ne peut y avoir de *larcin* alors que l'on avoue des analogies d'idées entre un auteur qui a écrit antérieurement et ses propres pensées. Le mot *larcin* était, à tous les points de vue possibles, plus désobligeant que juste.

La différence entre Bordeu et moi porte sur les espèces d'éléments que nous admettons sur la maladie. Le médecin de Montpellier les voit dans certaines collections symptomatiques, telles que: les états inflammatoire, bilieux, catarrhal, nerveux, etc., etc., états dont la plupart ne supportent pas l'examen clinique et anatomique; tandis que je ne fais reposer l'existence des états organo-pathiques que sur des faits le plus souvent matériels et irrécusables, et, par exemple, sur des altérations appréciables et déterminables par les moyens physiques de diagnose, soit dans la situation, le volume, les formes, soit dans la structure, la contenance, etc., des organes, soit même dans la composition des liquides. Aussi, cette différence dans le positivisme pathologique s'étend tout d'abord à des différences dans la certitude des indications thérapeutiques. Pour n'en citer que quelques exemples, je choisirai précisément ceux qui sont critiqués par M. Bousquet :

1° Sur 100 cas de fièvre intermittente 95 fois la rate est volumineuse, et l'expérience a appris que le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme ramène très-promptement cet organe à l'état normal et prévient le retour des accès; donc en général, et sauf des contre-indications, quand la rate sera volumineuse il sera convenable de donner du sulfate de quinine;

2° Les noyés meurent parce qu'ils ne respirent pas, attendu que de l'eau qui devient écumeuse se trouvant dans les bronches y empêche l'abord de l'air; le même fait a lieu dans la strangulation incomplète et lors du râle de l'agonie. Donc, quand le conduit aérien se remplira d'écume, il faut chercher à faire expectorer, dût-on pour y parvenir ouvrir le conduit aérien, opération qui fait frémir M. Bousquet beaucoup plus que les chirurgiens versés dans la pratique, ou que les médecins qui, comme Bretonneau, l'ont trouvée si utile dans le croup, ou enfin que M. Blache, qui m'a assuré l'avoir récemment prescrit chez l'enfant dans des cas de petite-vérole.

En vérité, je ne sais pas si notre collègue pourrait nier l'utilité de cette manière d'interpréter les faits; mais ce que je sais, c'est qu'il s'élève contre l'admission d'autres états pathologiques reconnus unanimement par l'école moderne. Eh quoi! pour nous servir des périphrases vulgaires, le trop du sang ou pléthore sanguine n'est pas une circonstance positive et qui conduit à l'emploi des moyens propres à diminuer la masse des liquides en circulation? Le défaut de sang n'est pas un fait appréciable, déterminé et qui engage le praticien à n'en pas tirer, mais à réparer les pertes par un bon régime?

Quoi! le défaut d'oxygénation du sang n'est pas une condition organique très-positive et qui exige que l'on favorise à tout prix la respiration? Comment! la présence de la couenne, du pus, de la bile, de l'urine dans le sang qui circule, ne constitue pas des états organopathiques que la chimie, la clinique constatent et qui sont la source des plus utiles indications? Quoi! il n'en serait pas ainsi de la pénétration dans l'appareil circulatoire des matières putrides, des poisons de diverses sortes, des virus de la variole, de la morve, de la matière cancéreuse ou tuberculeuse? Mais Monsieur Bousquet, c'est bien vous qui êtes ici tout seul de votre avis! Vous oubliez, car il est impossible, bien que vous vous soyez borné à jeter les yeux sur mon livre ou à le parcourir, que vous n'ayez pas lu les travaux de Gaspard et de Magendie, d'Ollivier, de MM. Bouillaud, Andral et Gavarret, des grands chirurgiens modernes, car ces auteurs et presque tous les modernes ont fait entrer dans la science, comme états pathologiques positifs, les altérations du sang que j'admets, et que vous considérez comme des hypothèses. Ils ont même fait plus, ils ont commis à vos yeux le crime irrémissible d'avoir accepté pour les altérations du sang, les termes panhyperémie, hypémie, hydrémie, pyémie, septicémie, etc., et vous devez élever votre colère non-seulement jusqu'à moi, mais jusqu'au plus grand nombre des écrivains de nos jours.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

On lit dans l'*Ami des Sciences* :

« Le professeur de gymnastique, Clias, vient de léguer à la ville de Berne des sommes importantes, à la condition expresse que son squelette sera exposé dans le musée de la ville comme pièce à l'appui de l'utilité des exercices gymnastiques. M. Clias continuera de servir après sa mort l'art régénérateur au progrès duquel il a consacré sa vie. C'est avec la différence des temps et des mœurs une disposition testamentaire à la Giska. »

BIBLIOGRAPHIE.

Anesthésie obstétricale de l'emploi de chloroforme dans l'accouchement naturel simple, par P. C. X. Hourlot, docteur en médecine, chirurgien de l'hôpital général de Meaux, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris. — Paris 1854, 1 vol. in-8° de 64 pages, prix 1 25.

Chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie Impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc.; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

SOUS PRESSE. — Examen critique de la discussion qui a lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, inspecteur général-adjoint des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons de France. — 1 vol, in-8°. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronnée par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 26. 3e ANNÉE. Jeudi 1er mars 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir tome II, nos 145, 153; tome III, nos 2, 11, 21.)

Telles sont les considérations qui se rattachent au diagnostic différentiel de la gastralgie et des dégénérescences gastriques ne révélant leur existence que par des *signes rationnels ;* occupons-nous, maintenant, des lésions qui se traduisent par des *signes physiques.*

La présence d'une *tumeur*, pouvant présenter de nombreuses variétés quant au siége, au volume, à la forme, à la consistance, à la surface, etc., indique *d'une manière certaine* que les tissus de l'estomac sont altérés, — à la condition, toutefois, qu'il ait été constaté, préalablement et d'une façon positive, que la tumeur appartient bien au ventricule, et non à l'intestin, au foie, au pancréas, etc.

Ici se présentent, néanmoins encore, deux questions que nous ne ferons qu'indiquer quant à présent, nous réservant de les traiter avec détails dans un autre chapitre.

1° *Toute tumeur gastrique est-elle nécessairement incurable et produite par un tissu accidentel, hétérologue* (cancer)? *N'existe-t-il pas des tumeurs susceptibles de résolution et produites par une simple hypertrophie, par une inflammation chronique?*

2° *Lorsqu'il existe une tumeur, de quelque nature qu'elle soit, tous les troubles gastriques sont-ils nécessairement et directement produits par cette tumeur? L'altération des tissus ne peut-elle pas, en modifiant l'innervation et la circulation de l'organe, amener, comme complication, une gastralgie symptomatique pouvant être combattue avec succès par des médications n'ayant, d'ailleurs, aucune action sur la tumeur elle-même?*

Il est aisé d'entrevoir de quelle importance est pour la thérapeutique et pour le pronostic une solution dont, à l'heure qu'il est, on chercherait en vain les éléments dans les archives de la science. Nous dirons plus loin ce que l'observation nous a appris à cet égard.

La gastralgie étant reconnue, il s'agit de déterminer si elle est *idiopathique* ou *sympathique.*

Ce n'est évidemment que par *voie d'exclusion* que l'on peut arriver à constater que l'estomac a été primitivement affecté, et que la cause de la névrose ne réside pas en dehors du ventricule; mais c'est ici, surtout, qu'il importe d'user avec méthode, discernement et perspicacité de toutes les ressources de l'interrogatoire et de l'exploration, d'établir nettement la marche, la succession, l'enchaînement des phénomènes pour ne pas confondre les effets avec les causes, et tomber dans l'obscur dédale où s'est perdu M. Beau.

La *gastralgie idiopathique, primitive, simple*, est relativement rare; ses causes les plus ordinaires sont :

1° Les *écarts de régime*, tantôt l'alimentation ayant été trop copieuse, trop substantielle, trop excitante (*gastralgie sthénique*), tantôt insuffisante et débilitante (*gastralgie asthénique*). L'abus du régime maigre, de la diète, du jeûne, *la peur de la gastrite*, ont fait et font encore un grand nombre de gastralgiques.

A la fin du carême les gastralgies sont très-communes parmi les catholiques rigoristes et surtout, en Russie, parmi les grecs orthodoxes, dont les pratiques sont encore plus sévères. Elles se développent également très-souvent chez les personnes qui, par goût ou par nécessité, ingèrent avec excès des acides, des crudités, de la salade, des fruits peu mûrs, etc. Enfin, il est des dispositions idiosyncrasiques fort bizarres dont il faut tenir compte. J'ai vu une dame qui ne pouvait manger deux ou trois fraises sans éprouver immédiatement de violentes douleurs gastriques, et parfois même des vomissements.

2° L'abus des boissons soit excitantes et alcooliques (*gastralgie sthénique*), soit émollientes, acidules, rafraîchissantes, etc. (*gastralgie asthénique*). La gastralgie est fréquente chez les individus qui font un usage immodéré de tisanes, de sirop de groseille, d'orgeat, de limonade, d'orangeade, etc. L'eau, prise à hautes doses suivant les prescriptions de l'hydrothérapie empirique, provoque souvent, surtout lorsqu'elle n'est point fraîche et pure, des gastralgies intenses et rebelles.

3° Certaines causes mécaniques, telles que les violences extérieures, les coups portés sur l'estomac, *la compression habituelle exercée par un corset trop serré.* Chez un grand nombre de femmes du monde il m'a suffi, pour faire disparaître des gastralgies anciennes et très-douloureuses, de substituer au corset, tel qu'on le confectionne ordinairement, une *brassière hygiénique*, conciliant les exigences de la toilette féminine avec celles de la santé. Certaines *attitudes professionnelles*, surtout lorsqu'elles sont prises immédiatement après le repas; on rencontre souvent la gastralgie chez les cordonniers, les tailleurs, les couturières, les brodeuses, les repasseuses, etc.

4° La grossesse, l'ascite, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, la spléno et l'hépatomacrosie, les tumeurs abdominales, sont des causes fréquentes de gastralgie, en raison du refoulement, de la gêne qu'elles font subir à l'estomac. Dans les cas d'ascite ou d'hydropisie enkystée, l'on voit, après chaque ponction, la digestion stomacale se rétablir et se maintenir bonne tant que la reproduction du liquide évacué ne ramène pas les accidents sous l'influence des mêmes phénomènes mécaniques.

5° La gastralgie est souvent produite par l'usage de certains médicaments, tels que le sulfate de quinine, la digitaline, le copahu, l'iodure de potassium, le citrate de fer, etc. J'ai vu maintes fois des gastralgies qui probablement eussent été éphémères, qui eussent disparu spontanément ou à l'aide de quelques soins

hygiéniques, être entretenues et exaspérées par les médicaments *antigastralgiques* employés pour les combattre. Dans les cas de ce genre il m'a suffi, pour faire cesser les accidents, de suspendre l'administration des préparations ferrugineuses, du sous-nitrate de bismuth, du charbon, de la noix vomique etc., dont on gorgeait d'autant plus les malades que la maladie se montrait plus rebelle! De là, un précepte important que je n'hésite pas à poser comme absolu : celui d'*interrompre de temps en temps les médications anti-gastralgiques, quelque rationnelles qu'elles soient, pour constater si leur effet curatif n'a pas été produit, et si leur prolongation intempestive n'est pas devenue une cause nouvelle des accidents qu'elles sont destinées à guérir.*

La *gastralgie sympathique, secondaire, compliquée* se montre sous l'empire d'un grand nombre de causes différentes, parmi lesquelles on en rencontre de très-éloignées et de très-imprévues.

1° Il faut placer en première ligne *les troubles du système nerveux.* De même qu'un *accès gastralgique* est parfois accidentellement et instantanément provoqué par une contrariété, par la frayeur, la colère, par une vive émotion de quelque nature qu'elle soit, la gastralgie est souvent produite par des causes morales ou intellectuelles exerçant une action prolongée ou habituelle : l'inquiétude, le chagrin, l'ambition déçue, la contention de l'esprit, l'exaltation de l'imagination. Chez les individus adonnés aux travaux de cabinet, hommes de lettres ou de science, avocats, écrivains, etc., la gastralgie ne reconnaît souvent d'autre cause que le travail immédiatement après le repas; pour atténuer les mauvais effets de cette habitude, ou de cette nécessité, il faut écrire sur un pupitre élevé, étant debout, et non penché sur une table, étant assis.

La gastralgie, est, pour ainsi dire, la compagne obligée, mais capricieuse, des névropathies : l'hystérie, la nosomanie, l'*état nerveux*, l'aliénation mentale; enfin, elle est le résultat ordinaire des grandes déperditions de force nerveuse, quelle que soit la cause qui ait produit celle-ci. C'est ainsi qu'elle peut survenir après de grandes fatigues musculaires, des efforts de voix violents et prolongés, tels qu'en font les chanteurs, les avocats, les agents de change, etc.; des excès de tous genres, *des pertes de sang*, des flux très-abondants, etc., etc.

2° Viennent ensuite les *altérations du sang*, les *maladies humorales*, les *cachexies* : la chlorose, l'anémie, la gravelle, la convalescence; la cachexie paludéenne et quinique; la cachexie syphilitique et mercurielle. Sans discuter ici la question des gouttes viscérales, et celle de la *goutte stomacale* en particulier, on peut établir que les manifestations articulaires de la goutte sont souvent précédées et accompagnées de phénomènes gastralgiques.

3° Il est facile de comprendre que les *maladies de l'intestin*, la constipation, les vers intestinaux, etc., que les *maladies du foie*, et spécialement la *congestion hépatique chronique*, en un mot que les *maladies des organes abdominaux* modifient ordinairement les phénomènes nerveux et chimiques de la digestion et deviennent des causes de gastralgie. Il faut également indiquer ici les conditions organiques ou fonctionnelles qui rendent incomplètes la trituration et l'insalivation des aliments. La gastralgie est commune chez les individus qui mangent très-vite et presque sans mâcher; chez ceux qui sont privés de leurs dents, qui portent une fistule salivaire, une maladie de la parotide, qui sont affectés de ptyalisme, etc.

4° La *leucorrhée*, la *dysménorrhée*, les *maladies de l'utérus*, causes si fréquentes d'accidents nerveux de toutes sortes, sont accompagnées, le plus ordinairement, de phénomènes gastriques, et il est à remarquer que ceux-ci sont produits plutôt par un déplacement utérin, même peu considérable, que par une vaste exulcération ou un volumineux engorgement du museau de tanche. Nous avons peine à comprendre comment des observateurs d'une autorité incontestable persistent encore à nier l'existence des phénomènes mécaniques et sympathiques déterminés directement par les affections utérines, lorsqu'il est si facile de constater que tous les troubles fonctionnels s'amendent sous l'influence d'un palliatif mécanique tel que le pessaire Gariel (*abaissement*) ou la ceinture hypogastrique (*antéversion*); qu'ils diminuent en proportion du redressement graduel qu'imprime à l'utérus un traitement curatif rationnel; et qu'ils disparaissent enfin complétement lorsque l'organe a repris, d'une manière définitive, sa position normale.

Notre prochain fascicule clinique sera consacré à ce chapitre si important de la pathologie féminine et à l'hystérie; là, nous apprécierons à notre point de vue la longue discussion dont ce sujet a été récemment l'objet à l'Académie de Médecine, et nous produirons de nouveaux arguments et de nouveaux faits à l'appui des doctrines pathogéniques et thérapeutiques que nous avons émises (1); ici, nous nous contenterons de relater une observation très-curieuse qui prouve, une fois de plus, combien est puissante la sympathie qui unit les organes génitaux aux organes digestifs, et combien il importe de procéder à un examen complet et méthodique si l'on veut arriver à un bon diagnostic et instituer une thérapeutique efficace.

Observation III. — Mademoiselle X..., âgée de 26 ans, vint me consulter au mois de septembre 1853, pour une affection de l'estomac se traduisant, depuis six mois, par des digestions pénibles, des douleurs épigastriques très-violentes, des flatuosités et parfois des vomissements alimentaires. Pour découvrir la cause de cette gastralgie j'interrogeai avec soin la malade, qui m'apprit alors qu'elle était également affectée *d'un ulcère de la matrice* pour lequel, *depuis dix-huit mois*, elle avait consulté sans succès plusieurs médecins, lesquels avaient fini par lui conseiller de cesser tout traitement et de s'en tenir à de simples injections d'eau chlorurée, dirigées contre un écoulement vaginal très-abondant et *extrêmement fétide*.

Étonné de rencontrer un cancer utérin chez une femme encore si jeune, de ne point constater les symptômes généraux qui accompagnent ordinairement les ulcères cancéreux ayant déjà dix-huit mois d'existence, d'apprendre que l'écoulement s'était déclaré brusquement sans avoir été précédé de métrorrhagies, de douleurs utérines, etc., j'exprimai le désir d'appliquer le spéculum, opération à laquelle la malade ne consentit qu'avec peine, persuadée qu'elle était de sa complète inutilité.

Je trouvai la chemise et les parties génitales souillées par une matière ichoreuse horriblement fétide, et j'avoue que ce n'est pas sans une extrême répugnance que je passai outre. Le spéculum étant introduit, je vis au fond de l'instrument un corps d'un aspect très-singulier qui n'appartenait évidemment pas à l'utérus; je le saisis avec une pince et sentant qu'il cédait à une légère traction je l'amenai à l'extérieur. *C'était un morceau d'éponge,* exhalant l'odeur la plus infecte, la plus nauséabonde que j'aie jamais sentie.

Frappée d'étonnement, la malade me déclara que cette éponge, introduite pour mette obstacle à la conception, devait avoir séjournée dans le vagin pendant près de deux années!

Ne comprenant pas que la présence de ce corps étranger ait pu échapper si longtemps aux investigations qu'avait dû subir la malade, j'appris, non sans surprise, que parmi les médecins qui avaient été consultés, et que je m'abstiens de nommer, les uns s'étaient contentés de constater l'existence d'un écoulement abondant et fétide, que les autres avaient pratiqué le toucher, mais que pas un n'avait jugé nécessaire d'avoir recours au spéculum!

Quelques injections d'eau fraîche suffirent pour guérir mademoiselle X... de sa gastralgie, et de son prétendu cancer utérin.

5° *Les maladies des organes génitaux de l'homme* sont également, quoique moins fréquemment, des causes de gastralgie; il faut citer, ici, l'urétrite chronique, les rétrécissements de l'urètre, la spermatorrhée, ainsi que la masturbation et les excès de coït.

Il est une disposition organique congénitale sur laquelle, à

---

(1) *Compendium*, article Utérus (maladies de l'), 1847; — Mémoire sur les douches froides appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice; *in Gazette médicale de Paris*, 1849; — Nouveaux faits de déplacements utérins traités et guéris par les douches froides; *in l'Union médicale*, 1849; — Traité d'Hydrothérapie, 1852.

ce point de vue, j'ai appelé, le premier, l'attention des praticiens (1) et qui entre autres phénomènes nerveux fort remarquables produit souvent une gastralgie très-intense. Sans doute celle-ci peut devenir à son tour le point de départ d'autres accidents, mais ces accidents ne disparaissent que lorsqu'une opération chirurgicale a supprimé *la cause de leur cause*, c'est-à-dire le phimosis congénital qui avait produit et qui entretenait la gastralgie. Avant la circoncision, toutes les médications *anti-gastralgiques*, *anti-dyspeptiques*, tous les agents hygiéniques et pharmaceutiques destinés « *à exciter l'appétit et à tonifier l'estomac* » restent inefficaces; après l'opération, la gastralgie et tous les accidents qui s'y rattachent disparaissent ordinairement d'eux-mêmes. — Voilà ce que MM. Beau et Tartivel n'auraient pas dû oublier et ce que nous voulons établir, encore une fois, par une observation concluante.

Observation IV. — Monsieur D..., âgé de 27 ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique, pâle et anémique, est venu réclamer mes soins, au mois de mai 1854, pour une violente gastralgie ayant déjà plusieurs années de durée, et se traduisant par le cortége symptomatique ordinaire de la névrose gastrique. Plusieurs médecins avaient été consultés et un grand nombre de médications essayées sans autre résultat que des améliorations plus ou moins prononcés et toujours éphémères. C'est ainsi que monsieur D... avait usé et abusé des préparations ferrugineuses, du vin de quinquina, du sous-nitrate de bismuth pris à doses considérables, de la noix vomique, de la belladone, des eaux de Vichy, de Bussang, des vésicatoires volants et des frictions stibiées sur la région épigastrique, de l'homéopathie, etc.

Désireux de savoir si la gastralgie ne se rattachait pas à des excès de masturbation ou de coït, à des pertes séminales involontaires, j'adressai au malade des questions dans ce sens, et monsieur D... m'apprit alors que la masturbation n'avait jamais été exercée, que le coït n'était que très-rarement pratiqué, en raison de l'absence à peu près complète de désirs vénériens et de la sensation douloureuse éprouvée pendant l'acte, et que quant aux pertes séminales involontaires il n'existait que des pollutions nocturnes peu fréquentes. Ces détails étaient plus que suffisants pour me faire soupçonner un phimosis congénital dont l'inspection me permit, en effet, de constater l'existence.

La verge était petite; le prépuce recouvrait complétement le gland qu'il dépassait de plusieurs lignes; lorsque par une traction laborieuse on le ramenait en arrière de la couronne du gland il y formait un anneau très-serré, et le gland, dont la muqueuse était rouge et irritée, ne tardait pas à devenir violacé et à augmenter de volume. Quelques secondes suffisaient pour produire un paraphimosis dont la réduction était difficile et douloureuse.

L'examen le plus complet ne m'ayant fait découvrir aucune autre circonstance à laquelle il fût possible d'attribuer les troubles gastriques, je manifestai à M. D. une opinion qu'il accueillit avec la surprise et l'incrédulité que manifestent tous les malades auxquels on propose de leur couper une portion du prépuce pour les guérir d'une affection de l'estomac. L'opération fut acceptée néanmoins, en raison des tiraillements douloureux ressentis pendant le coït, et la circoncision fut pratiquée le 27 mai. Un mois après, il n'existait plus trace de gastralgie, M. D. mangeait avec appétit, digérait fort bien, et le 15 août il quittait Bellevue après avoir suivi pendant six semaines un traitement hydrothérapique qui avait exercé la plus heureuse influence sur l'état général, l'embonpoint, la coloration de la peau, les forces musculaires, etc.

J'ai choisi cette observation de préférence à plusieurs autres, parce qu'elle est dégagée de toutes complications, de tous phénomènes accessoires et que les choses s'y présentent avec un enchaînement tel, qu'il est impossible de se méprendre sur la nature des rapports de causalité, des influences pathogéniques et curatives.

Qu'y a-t-il de surprenant, d'ailleurs, à ce que le phimosis congénital soit une cause de gastralgie, puisque nous le verrons produire directement tous les phénomènes nerveux qui caractérisent l'hystérie la plus prononcée.

Telles sont les causes de gastralgie qui se sont présentées le plus fréquemment à mon observation et que j'ai cru devoir signaler. Il en est d'autres encore, mais je n'ai ni le devoir ni la prétention de les énumérer toutes, comme il conviendrait de le faire, ou du moins de le tenter, dans un ouvrage didactique.

De l'étude des causes, passons à celle des *symptômes*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Traité d'Hydrothérapie*, pages 534, 551.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — Clinique de M. Serres.

Traitement abortif de la variole par les mercuriaux.

Par M. le docteur Gariel.

Dans son discours, M. Bousquet a émis les deux assertions suivantes : 1° *Tout ce qu'on a tenté* pour empêcher l'éruption variolique de se manifester *a échoué;* 2° si l'on avait un moyen de refouler l'éruption en masse, *la prudence défendrait de l'employer*.

L'observation suivante que M. Gariel veut bien nous communiquer, prouve combien peu les suppositions peuvent remplacer l'expérimentation directe, ces suppositions vinssent-elles d'un homme aussi sagace et aussi distingué que M. Bousquet.

Duc, Félix, âgé de vingt ans, tailleur, demeurant rue Tirechappe, n° 21, 4e arrondissement, est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Anastase, n° 2, service de M. Serres, le 16 octobre 1835.

Ce jeune homme eut, il y a une quinzaine de jours, un dévoiement qui dura pendant quatre ou cinq jours. 14 octobre, le soir, frissons, maux de reins, courbature générale, inappétence; céphalalgie. Le 16, jour d'entrée, mêmes symptômes : épistaxis, coliques; sueurs abondantes; le 17, 25 sangsues à l'ombilic; le 18, apparition des premiers boutons varioliques au milieu de la journée.

19 octobre. Les boutons sont d'une confluence extrême sur toute la face, la poitrine et le ventre; ces boutons ont un quart de ligne, une demi-ligne de diamètre; ils représentent deux éruptions distinctes, mais confondues pêle-mêle. La première éruption, qui paraît la plus considérable, se compose de boutons qui contiennent un peu de sérosité à leur centre; la seconde se compose de boutons uniformément rouges. Sur toute la figure, même confluence excepté à la partie supérieure droite du front. Sur cette partie, qui est habituellement couverte par les cheveux du malade, quelques boutons seulement se sont développés : la ligne de niveau entre l'éruption confluente et cette éruption discrète existe précisément là où le front n'est plus recouvert. La peau du visage est uniformément tuméfiée et rouge, surtout autour du nez. Le plus grand nombre des pustules de l'oreille semble appartenir à la seconde éruption. Le bord palpébral des conjonctives est couvert de pustules, ainsi que le bord muqueux des lèvres, la voûte palatine, la luette et le pharynx : exsudation blanchâtre sur les alvéoles des dents. La confluence des boutons est moins grande à la poitrine qu'à la figure; les boutons, quoique très-rapprochés, ne sont pas tellement confondus, qu'on ne puisse distinguer leurs aréoles. Angine, déglutition difficile, yeux douloureux, pouls sans plénitude, 76 pulsations; mixtion facile; constipation depuis quatre jours.

Application sur toute la face à l'exception des oreilles et de la lèvre supérieure d'une pommade composée d'un mélange de protochlorure, de mercure et d'axonge.

Application sur toute la poitrine et tout l'abdomen d'une couche épaisse d'emplâtre de Vigo, *cum mercurio* préalablement malaxé et rendu très-collant par ce moyen.

22 octobre, cinquième jour de l'éruption. Tous les boutons du corps sont arrêtés dans leur développement, ils sont pâles, un peu affaissés, point de symptômes généraux; bien-être.

23 octobre. Ces pustules sont grosses comme des têtes d'épingles; leurs aréoles ont presque entièrement disparu; sur les joues et le front que j'ai mis à découvert au moyen d'huile d'olive, tubercules très-nombreux et à peine saillants.

24 octobre. Les pustules des extrémités qu'hier j'ai noté être de la grosseur d'une tête d'épingle sont changées en tubercules, plus saillants que ceux des joues et du front : aucun de ces boutons ne s'est terminé par déhiscence; il y a eu avortement complet à la période d'irritation. *Aucun accident.* Sous l'emplâtre de Vigo qui recouvrait la poitrine et

l'abdomen en totalité, les aréoles ont complétement disparu. Quelques pustules contiennent un pus pâle, séreux.

29 octobre. Les tubercules des bras paraissent aujourd'hui un peu plus saillants qu'il y a quelques jours, probablement parce que la peau intermédiaire aux tubercules n'est plus enflammée et donne du relief à ces tubercules.

31 octobre, quatorzième jour de l'éruption. Desquamation de toute la face : les tubercules ont disparu presqu'en totalité.

4 novembre. Convalescence. Aucun accident n'est survenu.

13 novembre. Sortie.

CLINIQUE CIVILE.

Observation recueilie par M. le docteur DOUMER,

Médecin du Bureau de bienfaisance du 12e arrondissement.

Obstacle à l'accouchement par la paroi antérieure et inférieure de l'utérus; présentation vicieuse; redressement; contractions affaiblies; application du forceps; prolapsus utéro-vaginal; péritonite puerpérale à forme rémittente pernicieuse. — Guérison.

Le 26 janvier dernier, je fus appelé rue Saint-Jacques, 277, pour terminer l'accouchement de Madame Théis, dirigé jusque-là par Madame D..., sage-femme très-expérimentée, qui se voyait enfin dans l'impossibilité de le terminer sans les secours de l'art.

Arrivé près d'elle, j'appris qu'elle était à sa huitième grossesse et à terme, que les douleurs duraient depuis trois à quatre jours, mais que tout progrès dans la marche de l'accouchement était complétement arrêté depuis dix ou douze heures, malgré les douleurs qui continuaient encore, mais sensiblement ralenties. J'appris enfin que les accouchements précédents avaient été assez faciles et duraient environ un jour. La poche amniotique était rompue depuis longtemps.

La constitution de la femme me parut débilitée par les privations.

Le pouls était faible, fréquent. La physionomie générale trahissait une certaine anxiété, un abattement considérable.

Au toucher, je fus frappé du relâchement considérable de la muqueuse vaginale. Un repli naissant de la partie postérieure de l'arcade sous-pubienne, où il était parfaitement délimité, sur les côtés, en avant et en arrière, d'où il s'étendait en forme de boudin assez irrégulier, à trois ou quatre centimètres au dehors du vagin, aurait pu laisser croire d'abord à une hernie, sinon de l'intestin, du moins de la vessie, si la vue de la partie saillante au dehors n'eût aussitôt dissipé cette erreur.

La base de ce long repli de la muqueuse se continuait par sa partie postérieure avec une surface unie, tendue, sur laquelle je sentais l'extrémité céphalique, et où je cherchais vainement, même en parcourant toute la circonférence, l'orifice de l'utérus. Ce fut en soulevant l'ovoïde utérin, et en insinuant avec force le doigt indicateur et le médius entre la tête et la première pièce du sacrum, que je parvins à dégager le bord antérieur de l'utérus et le ramener en avant. En examinant alors la position relative de la tête, je reconnus, à l'absence de suture, ou à peine à un commencement de suture antéro-postérieure, tout à fait en arrière et à droite, à la perception de parties anguleuses en avant et à droite, et à celle plus nette de lobules mobiles adhérents, indiquant une oreille, je reconnus, dis-je, une présentation de la face latérale droite de la tête.

J'introduisis la main toute entière, soulevai et saisis la tête pour la ramener en position occipito-iliaque gauche franche et attendis. Au bout d'une heure, nul progrès, malgré des contractions peut-être un peu plus fréquentes, mais tout aussi faibles.

J'administrai trois grammes de seigle ergoté, en trois doses, de six minutes en six minutes; il y eut des contractions continues, fatigantes, mais toujours impuissantes. Au bout de deux heures, pendant lesquelles j'avais dû m'absenter et confier l'accouchement à la sage-femme, ne voyant encore aucun progrès, et ne devant plus compter sur les seules forces de la nature, j'appliquai le forceps. L'opération présenta ceci de particulier, que l'introduction d'une seule main que je préfère quelquefois, plutôt à cause des assistants, qu'à cause de la facilité de l'opération, pour conduire les deux branches du forceps, me fut impossible, à cause de l'œdème consécutif au relâchement extrême de la muqueuse du vagin dans toute son étendue et à la compression au détroit supérieur sur les vaisseaux de retour. Dans le mouvement de descente de la tête, la projection de la muqueuse devint plus considérable encore, et à sa sortie, elle s'irradiait largement à toute la circonférence des parties extérieures de la génération, qu'elle recouvrait complétement, malgré toutes les précautions qu'on prenait à la retenir. Cette opération me permit d'amener au dehors un enfant volumineux, qui ne tarda pas à donner signe de vie. Une perte de sang assez abondante suivit l'opération. Les contractions utérines, malgré des frictions sur l'abdomen, ne se réveillant pas, pour la faire cesser, et provoquer l'expulsion du placenta, j'introduisis la main dans la cavité utérine, et l'y maintins, en la fermant et l'ouvrant alternativement, dans des mouvements circulaires, jusqu'à ce que j'eusse senti des contractions franches. En la retirant, j'emportai le placenta, qui était déjà entièrement détaché. L'hémorrhagie s'arrêta, la femme fut appropriée, remise dans son lit, et le prolapsus vaginal réduit autant que possible.

Aussitôt survint, avec un sentiment de prostration extrême, un frisson général, qu'à son caractère et à sa durée je ne pus prendre pour ce tremblement nerveux ordinaire en pareille circonstance.

Le pouls restait fréquent, régulier, petit.

Je recommandai le calme autour de la malade, une température moyenne dans la chambre, et prescrivis la potion suivante pour être prise par cuillerée à bouche d'heure en heure :

1° Sirop thœbaïque.	30 grammes.
— de quinquina.	20 —
Eau de laurier-cerise.	15 —
Eau de laitue.	150 —
F. s. a.	

2° Infusion de fleurs de bouillon blanc et de coquelicot alternativement, toujours tiède et en petite quantité à la fois.

3° Lotions sur les parties génitales avec de l'eau de feuilles de morelle et de pavots, et toujours la plus grande propreté, recommandation qu'il est bon de ne pas oublier avec les femmes du peuple ;

4° Applications sur l'abdomen, dans le cas de douleurs ou de tension dans cette région, de cataplasmes minces, faits de la manière suivante :

Feuilles de morelle.	1 partie.
Farine de graine de lin.	2 parties.

Faire bouillir les feuilles de morelle pendant environ cinq minutes, les écraser, mélanger à chaud avec la farine de graine de lin, ajouter s'il en est besoin, suffisante quantité de la décoction de feuilles de morelle et étaler sur un linge.

Le lendemain 27, j'appris que toutes les prescriptions de la veille avaient été nécessaires et exactement suivies. L'abdomen était tendu, douloureux, sensible, surtout à la pression. La muqueuse vaginale était presque entièrement réduite. Les parties externes de la génération étaient un peu tuméfiées. Aucune trace d'écoulement n'avait eu lieu depuis l'accouchement. Il y avait quelque envie de vomir; une soif assez intense; la langue était large, blanchâtre, un peu rouge sur les bords. Le faciès était fortement altéré ; les inspirations courtes ; le pouls toujours faible et fréquent, peu régulier ; l'anéantissement général toujours le même.

Même prescription que la veille et de plus :

1° Un demi-lavement huileux ;

2° Etendre sur toute la région abdominale, avant chaque application de cataplasmes déjà décrits, une petite quantité de la solution suivante :

Extrait de belladone. . .	5 grammes.
Eau distillée simple. . . .	20 —

F. s. a.

28 janvier. La veille, de quatre à cinq heures, il y a eu un frisson assez violent, suivi de chaleur, puis de sueur. Aujourd'hui, pouls petit, fréquent (120 pulsations); même état général, pas d'écoulement lochial, ni sécrétion lactée ; en outre, efforts de vomissements suivis de vomissements verdâtres.

Même prescription.

29 janvier. Retour au bout de vingt-quatre heures du frisson et de la chaleur, l'un et l'autre plus intenses, accompagnés et suivis de délire et d'agitation convulsive dans le cours de la nuit.

Abdomen toujours douloureux et tendu ; faciès plus altéré; peau terne; même état du pouls; prostration extrême.

Administration immédiate, en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, de dix des pilules suivantes :

Sulfate de quinine.	1 gramme,
Acide sulfurique alcoolisé. . .	3 gouttes,
Extrait de quinquina. . . .	2 grammes,

F. s. a. 15 pilules.

Tout le reste comme hier.

30 janvier. L'accès a avancé d'environ deux heures, et a été et moins long et moins intense; le délire à peu près le même, mais assez calme. Même état général.

Cinq des pilules précédentes sont administrées, une chaque demi-heure, de façon à finir deux ou trois heures avant l'heure présumée de l'accès suivant.

31 janvier. L'accès a reparu, à peu près aussi intense qu'hier, mais sans délire, lequel semble avoir été remplacé par un peu de céphalalgie qui persiste encore. Ventre toujours ballonné, douloureux à la pression, surtout à la région hypogastrique; pas de selles. Administration de cinq des pilules déjà prescrites. — Tisane de quinquina; continuer sur le ventre l'application des cataplasmes et de la solution belladonée ; un demi-lavement huileux; usage de la potion suivante par cuillerée à bouche toutes les deux heures dans la journée et toutes les heures pendant la nuit, en respectant les heures de sommeil.

Tridace.	1 gramme,
Sirop de quinquina.	50 grammes,
Eau de fleurs d'oranger. . .	15 grammes,
Eau de mélisse.	150 grammes,

F. s. a.

1er février. Accès plus faible hier. Aujourd'hui pouls moins fréquent, régulier. Nul autre changement dans l'état général.

Prescription : cinq des pilules du sulfate de quinine ; le reste comme hier. En outre, quelques cuillerées de bouillon dont on séparera soigneusement la partie grasse qui le surnage.

2 février. Presque plus d'accès fébrile, ventre moins tendu; toujours suppression de l'écoulement lochial et point de lait; seins nullement développés et insensibles.

Même prescription qu'hier.

3 février. L'accès a manqué complétement; pouls aujourd'hui légèrement fréquent et faible ; quelques traces d'écoulement lochial ont paru dans la nuit; rien du côté des seins, dont le volume est, dit la malade, tel qu'à l'état normal. Appétit toujours nul, mais le bouillon en petite quantité est supporté.

Même prescription.

4 février. Plus de tension ni de sensibilité à l'abdomen ; pas de fièvre ; constipation. Les seins légèrement tendus et sensibles ; état général satisfaisant.

Suppression des topiques narcotiques sur le ventre. La potion du 1er février est réservée pour la nuit seulement.

5 février. Tension et volume des seins moins appréciables ; sensibilité nulle dans toute leur étendue; quelques gouttes de lait à la pression; un peu d'appétit.

Bouillon, potages légers.

6 février. Même état; même prescription moins la potion.

7 février. L'amélioration persiste ; alimentation progressive.

8 et 9 février. La guérison continue; même régime.

10 et 11 février. Une toux fort légère jusqu'ici, et qui n'avait été l'objet d'aucun soin particulier, est devenue parfois très-fatigante, et a provoqué à deux reprises différentes, depuis deux jours, la sortie de l'utérus au dehors de la vulve, quoique la femme n'ait pas encore quitté le lit; le pouls est à peine fébrile; l'appétit a été peu influencé; l'écoulement lochial est presque nul.

Après la réduction pour la seconde fois du prolapsus utéro-vaginal, je prescris :

1° Trois injections par jour avec une décoction d'une partie de poudre de tan dans cinq parties d'eau ;

2° La potion suivante, à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures ;

Thridace	5 décigrammes,
Extrait de jusquiame. .	1 décigramme,
Sirop de quinquina. . .	50 grammes,
Eau de laurier-cerise. .	15 grammes,
Eau de laitue.	150 grammes.

F. s. a.

3° Infusion de fleurs pectorales miellée ;

4° Alimentation légère et substantielle, mais en petite quantité, et en distançant convenablement l'ingestion des aliments de l'usage de la potion. Repos au lit.

13 février. Efforts de toux moins pénibles; l'appétit se maintient: état général satisfaisant.

Même prescription.

14 février. L'amélioration fait des progrès; potion pendant la nuit seulement; les injections trois fois par jour; même régime.

16 février. L'amélioration se maintient; encore un peu de toux et à chacun de ses accès, surtout lorsque la femme est assise, il y a une sensation notable de pesanteur dans l'excavation pelvienne. Du reste l'utérus se maintient dans sa situation normale.

Injections de tan, trois fois par jour. La potion calmante de thridace pendant la nuit. Alimentation légère. Repos au lit.

20 février. Plus de toux, pouls normal, appétit ordinaire; pas d'écoulement lochial depuis le 12; mais faiblesse générale et sensation de pesanteur, et quelquefois de *déchirure* dans les reins et le bas-ventre, plus particulièrement pendant la station verticale. La femme reste quelques heures levée depuis deux jours.

Continuer seulement les injections de tan et bonne alimentation.

24 février. Guérison aussi complète que possible. Quoique la femme reste levée la presque totalité de la journée, la sortie de l'utérus ne s'est plus reproduite.

Je recommande encore les injections de tan pendant plusieurs jours, autant pour consolider la guérison, que pour contrebalancer le fâcheux effet des occupations auxquelles la femme ne va pas tarder à se livrer. Je recommande, enfin, d'éviter tout effort pouvant amener la contraction violente des muscles de la paroi abdominale. Si malgré ces avertissements l'expulsion de l'utérus venait à avoir lieu, l'usage du pessaire deviendrait une nécessité provisoire ou définitive.

L'enfant, qui dut être placé en nourrice peu de temps après

sa naissance, n'a offert à noter aucune particularité, et présente aujourd'hui tous les attributs d'une bonne santé.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre. La présentation de la face latérale de la tête n'est pas une chose rare dans la pratique des accouchements; il l'est moins encore de rencontrer la lèvre antérieure du col de l'utérus, projetée en arrière. Mais ce qui est infiniment plus rare, c'est de la voir se relever en arrière et s'engager fortement entre la tête fœtale et la base du sacrum, de manière à clore tout l'orifice du détroit supérieur, comme dans l'exemple qui nous occupe.

Cette disposition vicieuse pourrait donner lieu à une méprise grave : la perforation de l'utérus dans l'intention de donner issue au liquide amniotique, tout en croyant à une dilatation complète. La continuité de tissu, l'absence de froncement pendant les contractions utérines, suffisent à eux seuls pour faire éviter toute méprise.

Doit-on se rendre compte de cette disposition du bord antérieur de l'utérus, recouvrant toute l'extrémité céphalique, et se réfléchissant fortement en arrière en manière de capuchon renversé, entre la tête même et la base du sacrum, en admettant qu'en raison de la grande laxité des parois abdominales, le fond de l'utérus se portant fortement en avant, le col est projeté en arrière et retenu par l'angle sacro-vertébral pendant la suite du travail ? Cela me paraît probable. En effet, là, la tête rencontrant un obstacle, et pressée encore de haut en bas, cède par sa partie antérieure, en poussant devant elle les parties molles moins résistantes situées derrière la symphyse pubienne, ce qui explique la sortie considérable de la muqueuse vaginale, et décrit ainsi autour de l'angle sacro-vertébral comme centre, un arc de cercle représenté par les parties les plus élevées des bosses fronto-pariétales droites, les surfaces pariétales, temporo-pariétales et enfin temporo-faciales, toutes passant successivement derrière la symphyse pubienne, et cette dernière se montrant en dernier lieu au centre du détroit supérieur.

Ce qui semble le confirmer, c'est que cette projection un peu considérable du col de l'utérus en arrière, est très-rare chez les primipares, et se rencontre presque exclusivement chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, comme celle qui fait l'objet de cette observation, et surtout des grossesses gémellaires, comme j'en ai récemment rencontré deux exemples offrant à peu près les mêmes dispositions. Une ascite ou des tumeurs abdominales guéries, un ancien embonpoint suivi de maigreur extrême, etc., doivent constituer une semblable prédisposition. L'usage d'une ceinture hypogastrique, la position horizontale autant que possible, sont donc naturellement indiqués dans ce genre de circonstances.

Une des particularités qui ont accompagné l'accouchement actuel justifie enfin cette explication. Fort longtemps avant que la sage-femme n'eût reconnu l'impossibilité de le terminer, elle avait rompu une poche amniotique assez saillante, mais petite, située en arrière et en haut, ce qui me laissa croire, jusqu'à ce que j'eus pratiqué le toucher, qu'il devait être question de toute autre présentation que de l'extrémité céphalique. Cette forme de poche n'était évidemment que le résultat de la position vicieuse de l'utérus, en arrière, et de l'obstacle qu'elle rencontrait à se former. C'est après sa rupture, le long du sacrum, que le bord antérieur de l'orifice utérin dut s'appliquer contre l'extrémité céphalique, et s'engager, pendant le mouvement de rotation en avant de cette dernière, entre elle et la base du sacrum.

La partie considérable de repli utérin engagé entre ces deux surfaces contiguës, et la situation très-élevée de la tête, doit même enfin faire supposer que cette dernière, en décrivant son mouvement de rotation en avant, a dû s'élever en arrière en exécutant ce mouvement, non, comme je l'ai déjà dit pour l'intelligence du sujet, exactement autour de l'angle sacro-vertébral, comme centre, mais bien autour d'un axe fictif traversant la tête à environ trois centimètres en avant du point de résistance à l'angle sacro-vertébral.

Cet accouchement n'était donc possible que par la rupture de l'utérus ou par le dégagement de son bord antérieur, et le rétablissement de son orifice en rapport avec l'axe de l'excavation pelvienne.

C'est ce dernier rapport que je m'appliquerai à rétablir aussitôt.

La position latérale de la tête restait-elle alors un obstacle au progrès de l'accouchement? — Evidemment, oui; car, qu'au début, lorsque surtout la femme est forte et bien constituée, on puisse compter sur l'évolution du fœtus, avec ou sans redressement préalable de la tête, cela est incontestable; et encore, c'est au prix d'efforts si prolongés pour la femme, lorsque surtout l'enfant n'est pas très-petit, ce qu'on ne sait jamais par avance, qu'il est toujours sage de ramener l'occiput dans la direction du canal pelvien. Mais lorsque la femme est épuisée par une débilitation antérieure, et des contractions durant depuis plus de trois jours, comme dans le cas actuel, il n'est plus permis d'abandonner l'accouchement à lui-même.

Le redressement opéré, était-il plus sage de compter pour la terminaison sur les seules forces de la nature? Le temps seul pouvait résoudre cette question : il le fit négativement.

Dès lors, deux moyens restaient seulement : l'emploi du seigle ergoté ou l'application du forceps.

Le premier, en raison de la durée considérable du travail et de l'état particulier de faiblesse de la femme, aurait dû être rejeté. L'appréhension qu'on rencontre dans la pratique de la ville, pour toute intervention instrumentale, me fit pourtant avoir recours à ce moyen. Des contractions continues, saccadées, fatigantes, comme toujours, mais sans aucun progrès dans la marche de l'accouchement, c'est tout ce que j'en retirai. En même temps, l'œdème de la muqueuse extraversée devenait de plus en plus considérable et accroissait à chaque instant les difficultés.

L'application du forceps devint donc une nécessité évidente. Elle ne tarda pas à mettre au jour un enfant sans le concours d'aucune contraction de la part de la mère.

Disons ici que nous comprenons peu le soin que prennent certains accoucheurs distingués de placer la femme sur un meuble dur et élevé, table ou commode, etc. Nous comprenons moins encore la nécessité de lui montrer préalablement l'instrument dont on va faire usage. Ce qu'il faut lui montrer, c'est un air plein de confiance, en lui assurant un prompt résultat.

La femme reste dans son lit. Elle est seulement ramenée en travers et retenue par un aide, placé derrière elle. Le siége dépasse largement le bord du lit. Le médecin, à genou, assis, ou debout, suivant la hauteur à laquelle il opère, se place entre les cuisses, retenues de chaque côté par deux aides, et procède à l'introduction des branches, dissimulées jusque-là, mais préalablement ramenées à la température du corps et huilées extérieurement. La main doit toujours les conduire jusque dans l'intérieur de l'utérus, saisir la tête bilatéralement, exercer des tractions modérées, mais fermes et soutenues, dans la direction du canal à parcourir, en ramenant, autant que possible, les plus grands diamètres de la tête, en rapport avec les plus grandes dimensions du bassin; et pour le cas qui nous occupe, amener la tête au dehors de la vulve, l'occiput en avant, puis engager un doigt sous l'aisselle du côté droit pour extraire l'enfant, car tout effort d'expulsion avait cessé, complète les principaux temps de l'opération.

Une hémorragie abondante survint après l'opération. L'introduction de la main dans l'utérus, comme je l'ai dit, me permit de m'en rendre maître. C'est un moyen qui seul m'a déjà réussi quatre fois dans des circonstances analogues et d'une manière aussi complète.

Le séjour de la main dans l'utérus exécutant des mouvements légers d'expansion et de contraction, en tournant sur

elle-même, doit être prolongé jusqu'à ce qu'on sente des contractions franches de l'utérus. J'ai dû attendre une fois environ quarante minutes, pendant lesquelles je pus, avec la même main, à trois reprises différentes, arrêter l'hémorragie, en comprimant l'aorte abdominale. Le retour des contractions le fit seul d'une manière définitive.

Le prolapsus et l'œdème de la muqueuse et des tissus sous-jacents s'étendant aux parties externes de la génération fut une nouvelle cause de difficultés, tant pour le trajet intra-pelvien et la sortie de l'enfant, que pour l'opération elle-même. Je m'efforçai d'éviter les mouchetures recommandées en pareille circonstance, à cause de la gangrène que j'en ai vu une fois être la conséquence, préférant la sortie plus considérable du vagin au dehors.

Ces considérations sont un nouvel argument en faveur de l'intervention plus prompte par le forceps.

La péritonite puerpérale, dont le frisson si violent donnait presque aussitôt le signal, était-elle due plutôt à l'opération que je venais de pratiquer, qu'à la durée considérable du travail? C'est bien plutôt évidemment à celle-ci, aux conditions particulières de la femme et à la pression longtemps continuée de la tête contre la paroi antérieure et le bord inférieur de l'utérus.

L'usage des solanées vireuses en solution et cataplasme sur toute la région abdominale produisit, comme je m'y attendais, le meilleur résultat. C'est le septième cas de guérison semblable que je constate jusqu'ici. Dans les cas de péritonite à forme plus franchement inflammatoire, j'associe l'usage du calomel à dose réfractée. Dans la forme typhoïde, et dans tous les cas où la femme est dans un grand état de débilitation, je rejette les préparations mercurielles de toute sorte. Dans ces dernières formes, et dans le cas qui m'occupe, je fais intervenir de bonne heure et quelquefois dès le début l'usage des toniques et plus particulièrement du quinquina dans ses diverses préparations.

L'alimentation, sujet d'une très-haute importance dans le traitement de toutes les maladies graves, fixe aussi de bonne heure mon attention. Je la fais souvent commencer, en en surveillant attentivement les effets, avant même que la fièvre soit tombée. Dès ce moment, les préparations d'opium doivent être supprimées; celles de thridace et des solanées peuvent être continuées. Si celles-là nuisent, celles-ci sont presque sans effet sur les fonctions de la digestion et de l'assimilation. Il est prudent cependant de ne les administrer qu'une heure avant ou deux heures après l'ingestion de l'aliment, quelque léger et en si petite quantité qu'il soit. Je retire chaque jour de cette manière de faire d'excellents effets. Le premier est de diminuer considérablement la durée du traitement.

Quoique la fièvre intermittente, à forme pernicieuse surtout, soit rare à Paris, on ne saurait cependant méconnaître cette complication dans l'observation actuelle. Le traitement lui-même en montre l'évidence : *naturam morborum curationes ostendunt.* Le sulfate de quinine en effet en a fait justice. La maladie première n'en a pas moins continué sa marche ordinaire.

Le travail de sécrétion lactée, nul pendant toute la durée de la péritonite, commence à peine ensuite et cesse aussitôt. Il en est de même de l'écoulement des lochies, ce qui n'est pas moins remarquable. Ce dernier effet est dû, comme des observations antérieures me portent à le penser, à l'action spéciale de la belladone et de la morelle, employées en pareille circonstance.

Un délabrement aussi considérable que celui que j'ai signalé dans les parois du vagin ne pouvait être promptement suivi de guérison. L'expulsion de l'utérus, sous l'influence d'efforts violents de toux, ne l'a que trop démontré. Les injections, avec la décoction de tan concentrée, m'ont déjà fourni de beaux résultats, associées à l'usage des toniques et de la position horizontale, longtemps prolongée. Ces conditions seront difficilement observées dans le cas actuel. Néanmoins, le résultat ne laisse en ce moment rien à désirer.

Académie impériale de Médecine.

Séance du 13 février 1855. — Présidence de M. Jobert de Lamballe

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Demande d'autorisation pour l'exploitation de sources minérales situées dans les communes de Vittel et de Mandrès (Vosges);

2° Rapport sur le service médical des eaux de Royat, par M. Nivet;

3° Rapport sur les bains de Chatenois, par M. le docteur Mistler;

4° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Jolly, médecin cantonnal à Pont-sur-Saône;

5° Rapport sur une pareille épidémie, par M. Bolut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle;

6° Sur les épidémies qui ont régné dans le département de la Haute-Vienne, pendant l'année 1854.

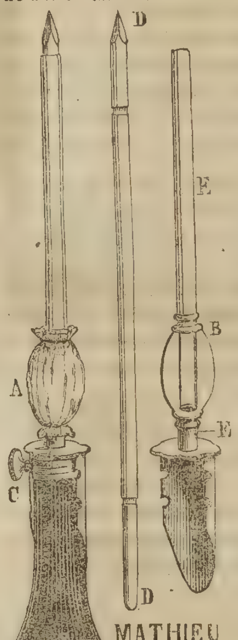
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Variole.

M. le docteur Boinet adresse une lettre que nous avons déjà publiée.

Trocart.

M. Mathieu adresse le modèle d'un trocart dans lequel il a fait une application nouvelle de la baudruche, d'après laquelle l'introduction de l'air est empêchée, dans l'opération de la thoracentèse, par le seul jeu de l'instrument :



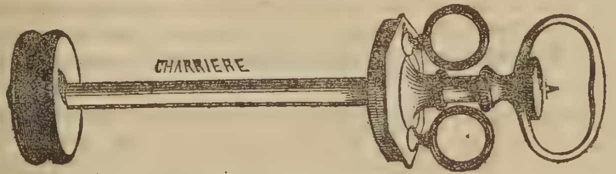
« Outre le poinçon que j'ai rendu mobile sur le manche *H*, afin d'utiliser les deux bouts *DD*, j'ai imaginé, dit M. Mathieu, un nouveau système de soupape. C'est une solution de continuité pratiquée dans la canule près du pavillon ; les deux portions de canule ainsi séparées sont maintenues en face l'une de l'autre au moyen de deux lames qui les réunissent latéralement : cet espace est coiffé par un tube en baudruche *A* que l'on fixe avec du fil en *E* et en *B*. Ce mécanisme permet la sortie et l'entrée du liquide, et s'oppose à l'accès de l'air; il permet aussi à l'opérateur de pouvoir déboucher la canule au moment même où elle fonctionne, et cela sans qu'un atome d'air puisse y pénétrer. Pour y arriver, il suffit de se servir du bout mousse du poinçon, qui, en passant dans la solution de continuité, écarte le tube de baudruche sans le déchirer. Lorsqu'on veut empêcher la sortie du liquide, on saisit entre le pouce et l'index les lames qui unissent les deux portions de canule et on intercepte à l'instant la communication entre les deux extrémités. »

M. Malgaigne. — L'application de la baudruche a été faite il y a 20 ans. On nous annonce une chose que tous les chirurgiens connaissent.

M. le secrétaire perpétuel. — C'est possible; mais cela ne peut être décidé ainsi; ce sera à la commission nommée à nous dire ce qui en est à cet égard.

Appareils à corps de pompe.

M. Charrière fils adresse le modèle d'un piston construit de telle façon qu'il peut être dilaté ou réduit à volonté à l'aide d'une vis de



rappel faisant corps avec la tige et l'anneau, ou bien en tournant une rondelle A; on peut à volonté se servir de l'un et de l'autre mécanisme avant ou pendant l'opération. Ce moyen, dit M. Charrière fils, est aussi appliqué aux pistons à double rondelle en parachute, fabriqués par

mon père en 1839, pour les développer sans y toucher, lorsqu'on les a laissés se dessécher. — Ce nouveau piston, fabriqué d'après les indications de M. le docteur Félix Hatin, est applicable à toute espèce de pompe foulante et aspirante, irrigateurs, appareils hygiéniques, etc.

Décès.

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de MM. Bouley et Jadelot.

Développement des dents.

M. OUDET lit un long mémoire sur ce sujet.

Discussion sur le traitement de la variole.

M. BOUSQUET lit un discours que nous avons publié.

Varicocèle.

M. CHASSAIGNAC lit une note sur le varicocèle. Nous avons publié ce travail.

Pessaires.

M. DURAND-FARDEL, au nom du docteur GILLEBERT D'HERCOURT, qui a déjà présenté une note sur le même sujet, communique de nouvelles preuves apportées par ce médecin à l'appui de l'opinion qu'il a émise touchant l'inefficacité de pessaires à air. Loin de redresser les organes déviés, ces pessaires élastiques s'accommodent au contraire à la forme des parties environnantes. Après avoir introduit un de ces pessaires dans le vagin d'un cadavre et l'avoir insufflé, vient-on à y injecter du plâtre, on observe sur cette espèce de moule solide, revêtu de caoutchouc, toutes les inflexions du conduit qu'il était destiné à redresser. M. Durand-Fardel dépose sur le bureau de l'Académie un certain nombre de ces moules.

Maladies de l'oreille.

M. BONNAFONT présente un appareil destiné à faire des injections gazeuses de chloroforme dans l'oreille moyenne, contre les bourdonnements nerveux. Cet appareil se compose : 1° d'un petit récipient en verre ; 2° d'une petite pompe aspirante et foulante, portant à l'ouverture d'expiration un tube de caoutchouc de 1 mètre de long et terminé par un bout conique en cuivre ; 3° d'une sonde en or ou en argent pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Pour se servir de cet appareil, on verse 1 gramme de chloroforme dans le petit récipient, auquel on adapte aussitôt la pompe, puis on pratique le cathétérisme de la trompe d'Eustache et on fixe la sonde dans cette position. Le patient prend d'une main l'embouchure du tube de la pompe, introduit dans la douille que présente l'extrémité de la sonde et maintient ainsi ces choses en place; d'une main, de la gauche s'il opère sur l'oreille gauche, *et vice versa* s'il opère sur l'autre oreille, il fait aller le piston de la pompe dont le mouvement doit être en raison de la sensibilité du sujet et de la force du chloroforme.

M. Bonnafont assure que les résultats qu'il a déjà obtenus sont assez avantageux pour en faire part à l'Académie. Il ajoute que tous les bourdonnements ne cèdent pas à l'influence de cette injection ; celles, par exemple, qui sont le résultat d'une congestion sanguine ou d'un épanchement quelconque dans la caisse du tympan ne sont nullement modifiées par cette médication qui n'agit que sur les bourdonnements nerveux qui accompagnent si fréquemment la surdité turpide.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CORRESPONDANCE.

Opération césarienne.

A M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du mardi 27 février vous formulez un *desideratum* à l'accomplissement duquel doivent aspirer tous les médecins et surtout ceux de la capitale.

Si, en effet, l'opération césarienne compte partout des succès, à l'exception de notre grande cité, qui sans exception, dit-on, ne l'a jamais connue que par ses revers; si à Fontenay-sous-Bois même cette fatalité qui frappe Paris a pu être trouvée en défaut, comment retarder plus longtemps et ne pas se mettre en demeure d'éclairer une question aussi importante?

En dehors donc des judicieuses considérations que vous avez développées dans votre article, ne pourrait-on pas, pour arriver au but, rechercher :

1° Le nombre des opérations césariennes pratiquées dans les diverses localités, tant en France qu'à l'étranger, mais surtout en France, et leur résultat.

2° Les conditions spéciales qui entouraient les malades, en tenant compte du lieu, de la saison, de l'isolement ou de l'agglomération des habitations, etc., etc.

3° Etablir ensuite par un résumé analytique, autant que cela pourrait se faire, *à priori*, à quelle distance de tel ou tel centre, de tel ou tel quartier de Paris, il serait le plus convenable de pratiquer cette opération, et enfin quelles seraient toutes les conditions les plus propres à en assurer le succès.

Une commission officiellement chargée de ce travail, prise au sein de l'Académie, un appel fait à tous les médecins dans ce but, ne manqueraient pas de fournir bientôt tous les matériaux nécessaires à la solution d'un aussi important problème.

Dr LEMÉNANT DES CHENAIS.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

On lit dans la *Presse :*

« Nous avons annoncé la mort de Joseph Remy (des Vosges), fondateur de la pisciculture, industrie merveilleuse qui, en un temps où les aliments les plus grossiers font si souvent défaut, donne les moyens de mettre un aliment de luxe à la portée de tout le monde.

« Informée par une lettre de M. Haxo de la mort de l'illustre pêcheur, et apprenant que l'homme à qui nous devons l'art de « semer le poison comme on sème le blé » laisse une veuve et six enfants dans un état voisin de la misère, la Société zoologique d'acclimatation a voté immédiatement une somme de *cinq cents francs*, en vue de subvenir aux besoins les plus pressants des héritiers de la gloire et de l'infortune de Joseph Remy.

« Elle a décidé, en outre, qu'une souscription est ouverte en leur faveur.

« Honneur à la Société Zoologique !

« Les souscriptions des *Amis de l'Agriculture, de la Science et de la Justice* sont reçues au secrétariat de la Société, 3, quai Malaquais, Elles seront nombreuses.

« On souscrit également dans les bureaux de l'*Ami des Sciences*, 41, quai des Grands-Augustins. »

Erratum. — Nous croyons utile de rectifier l'erreur typographique qui, dans notre dernier numéro, a attribué à M. *Hourlot* le mémoire sur l'emploi du chloroforme dans les accouchements. Cet intéressant travail est de M. le docteur Houzelot, de Meaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Étude de l'action de la Flanelle, en contact direct avec la peau, et de son influence physiologique, pathologique et thérapeutique, par le docteur FIÉVÉE DE JEUMONT, chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique. — In-8° prix : 1 fr. — Paris, chez J. Hannel, libraire, 10, rue Racine.

Merveilles évangéliques, éclairées par les sciences médicales, par M. G. MARMISSE, in-8°, 1855. — Prix : 4 fr. A Paris, chez l'auteur rue Saint-Jacques, 108, et dans les librairies médicales; à Bordeaux, rue des Ayres, 29, et chez les libraires.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc. ; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronnée par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

4/30

1re Série. Tome 3. — N° 27. 3e ANNÉE. Samedi 3 mars 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX.

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Séance de l'Académie de Médecine.

(*Culture du pavot indigène; — ammoniaque dans les empoisonnements par les narcotiques.*)

Plusieurs actes ont été joués dans la dernière représentation académique; nous ne nous occuperons pas aujourd'hui du plus important, du plus long du moins et de celui qui demande le plus de réflexions pour être convenablement apprécié.

La communication de M. Aubergier, d'ailleurs, qui mérite une attention spéciale de la part de tout le monde, doit nous intéresser d'autant plus, que nous sommes, bien peu il est vrai, mais enfin, un peu, le parrain de ses premiers travaux. Lors du rapport fait, il y a deux ans, à l'Académie, sur les expériences agronomiques et les préparations pharmaceutiques de l'habile investigateur, nous crûmes juste, en effet, de seconder de notre faible crédit les efforts persévérants et éclairés du savant rapporteur, M. Bouchardat, pour faire accorder les encouragements académiques à des essais dont l'utilité ne pouvait être méconnue, et dont le seul inconvénient, pour certains esprits, était d'offrir des avantages éventuels à celui qui était assez hardi pour les entreprendre.

Les résultats obtenus par M. Aubergier, la voie qu'il a suivie, montrent combien il était digne des sympathies de tous ceux qui savent faire passer l'intérêt général de la science et de l'industrie nationale avant les petites questions de métier. M. Aubergier est bien loin encore d'avoir obtenu l'opium à un prix de revient égal, à plus forte raison inférieur au prix de vente, et il a dû subir pendant les années 1853 et 1854 une perte considérable; l'Académie, il est vrai, dit-il franchement, « lui a donné les moyens de supporter les conséquences de ses essais. » Mais qui donc pourrait regretter des encouragements dont on fait un tel usage? Au reste, si M. Aubergier n'est pas encore parvenu à rendre industriellement pratiques ses essais de culture, il en donne des raisons qui justifient des espérances prochaines, et il montre, de plus, combien les opiums obtenus par une intelligente culture indigène l'emporteraient en homogénéité sur les opiums exotiques, et combien, par conséquent, ils répondraient mieux que ces derniers aux justes exigences des praticiens. En résumé, nous ne pouvons qu'exprimer de nouveau toutes nos félicitations à M. Aubergier pour ses courageuses tentatives; quel qu'en doive être le résultat, elles sont dignes de la sympathie des savants et des agronomes, et si le résultat devient jamais pratique, elles auront de plus rendu un service important à la matière médicale et à la médecine pratique.

Nous devons, en terminant, appeler l'attention sur un Mémoire intéressant lu par M. Costa de Serda. Les deux faits que renferme ce mémoire, malgré leur importance, sont sans doute insuffisants pour permettre d'apprécier d'une manière définitive le degré d'utilité de l'ammoniaque dans les empoisonnements par les narcotiques; mais ils ne laissent guère de doutes, du moins, sur cette utilité elle-même dans une certaine mesure; c'est déjà beaucoup. Il serait à désirer que l'auteur pût faire connaître les expériences physiologiques qu'il annonce avant que le rapporteur de l'Académie ne fasse son travail. Il est évident que ces expériences peuvent jeter un grand jour sur la question. C'est surtout en toxicologie que les expériences physiologiques peuvent prouver beaucoup.

H. DE CASTELNAU.

Discussion médicale sur le traitement et la nature de la variole.

Second discours de M. BOUSQUET. (*Séance de l'Académie du 27 février.*)

Messieurs, dans les premières observations que je me suis permises sur le mémoire de M. Piorry, j'ai cru devoir signaler une choquante contradiction. J'ai dit que, spiritualiste en physiologie, M. Piorry est matérialiste à l'excès en pathologie. J'ai fait cette remarque en passant, il pouvait la laisser tomber, il l'a relevée, et voici en quels termes : « Plus que personne, « dit-il, je suis le défenseur de cette grande pensée, que l'âme, « sous l'influence divine, est le promoteur de la formation organique. » M. Piorry se comprend sans aucun doute. Pour moi, je m'incline et je n'insiste pas sur ce point. Il faut dire cependant ce que devient l'âme de M. Piorry. Après avoir créé l'organisation, elle prend son vol, et le médecin reste en pré-

sence de l'organisation; il n'a d'action que sur l'organisation. Je complète la pensée de M. Piorry, et j'ajoute : sur l'organisation sensible et vivante; car il ne contestera pas, je pense, que c'est en tant que sensibles et vivants que les organes s'altèrent et se réparent, en tant que vivants qu'ils sont accessibles aux causes des maladies et aux agents de la thérapeutique.

Cela dit, j'écarte respectueusement l'âme de ces débats, et je me place sur le domaine de la pathologie.

Qu'est-ce que la maladie? C'est, dites-vous, une lésion de l'organisation. Soit; mais il y a des lésions de plusieurs sortes. Une fracture, une luxation, une hernie sont aussi des altérations de l'organisation; mais elles n'intéressent que la configuration, la position, les rapports des parties. L'art peut les produire à volonté sur le vivant, il peut les imiter sur le cadavre. Ici tout est clair, tout se passe au grand jour. Aussi, à peine l'œil a-t-il vu le désordre, que l'esprit sait ce qu'il faut faire pour le réparer et remettre toutes choses en bon état. Ce sont là des lésions mécaniques; elles forment en grande partie le domaine de la chirurgie; et de là vient la sûreté de sa méthode, l'excellence de ses procédés.

La fièvre, l'inflammation, la goutte, l'épilepsie, la folie et ses diverses formes, etc., ne sont pas apparemment comparables aux lésions que je viens de nommer. Il y a donc en elles quelque chose qui les distingue et qui leur a mérité une place à part dans les nosologies comme elles l'ont dans la nature. Cepndant en quoi consiste cette différence, et d'où vient-elle? S'il n'y a que des organes dans le corps, elle est nécessairement dans les organes. Vous l'affirmez, alors même que vous ne la voyez pas. Ainsi, l'esprit prévaut aux sens. Vous affirmez contre le témoignage des sens ce qui est du témoignage des sens. Et pour sauver l'inconséquence, pour mettre d'accord les sens avec l'esprit, on suppose que les maladies, de même que les grandes fonctions de l'économie, se passent hors de la portée de notre vue, dans ces replis impénétrables de l'organisation d'où s'exhale la flamme de la vie. Ainsi, même en ce sens, on peut dire que les maladies ont leurs racines dans la cause de la vie, et qu'elles commencent par être des atteintes cachées de la vie avant d'être des lésions apparentes de l'organisation. Je vous avoue cependant qu'il me vient parfois des scrupules; vous connaissez le traitement moral de la folie, dont M. Leuret se servait si heureusement, j'ai peine à voir une lésion matérielle dans une maladie qu'on guérit quelquefois d'un mot, d'un souffle.

Et quand je considère l'obscurité qui couvre les maladies à leur point de départ, je suis moins étonné si les médecins en détournaient la vue. Elles leur étaient révélées par les symptômes et cela leur suffisait; ils savaient qu'il y a d'étroits rapports, des rapports de causalité entre les symptômes et les lésions organiques, et ils opéraient sur les symptômes presque avec la même sûreté que sur ces lésions elles-mêmes. Ils imitaient en cela la psychologie qui, pour connaître les facultés de l'entendement, ne s'informe même pas des parties qui en secondent l'exercice, ou bien encore la séméiotique qui s'est accoutumée à lire dans les signes l'issue probable des maladies, sans trop remonter à leur source. C'est pour elle une affaire de pure observation et rien de plus. J'explique et je n'approuve pas. J'aime, au contraire, à proclamer la supériorité de la médecine contemporaine sur sa devancière. Mais, croyez-le bien, vos maîtres et les miens savaient presque aussi bien que vous que les maladies intéressent l'organisation, et je ne puis pas comprendre où vous avez pris qu'ils les mettaient *en dehors même des organes*, eux qui croyaient qu'elles étaient répandues dans tout le corps. Et quelle meilleure preuve puis-je vous en donner que les éternelles querelles des humoristes et des solidistes!

Comment donc un esprit aussi éclairé que le vôtre, un médecin de votre savoir, peut-il dire qu'avant lui les maladies étaient regardées comme des *êtres :* heureusement pour votre nom vous avez d'autres titres à la reconnaissance des hommes. Eh quoi! parce qu'en parlant on personnifie les maladies, on leur accorderait une existence indépendante des organes qu'elles affectent! Mais il est impossible que vous le pensiez, et si vous ne le pensez pas, pourquoi le dites-vous? Est-ce à vous qu'il faut apprendre que ce sont là des manières de parler, des artifices de langage pour animer et abréger le discours? Et un poète, comme vous, ne sait-il pas qu'il est de règle d'animer tout ce qui peut être animé, la douleur, la fièvre, la joie, la gloire, l'orgueil, l'envie, etc.? Nous sommes tous un peu païens dans le langage. Mais on sait ce que parler veut dire.

Sauvages est peut-être le seul médecin qui ait comparé les maladies à des *êtres. A la rigueur,* dit-il, *les maladies sont des êtres comme les feuilles du même arbre.* Mais il ne faut pas trop presser ces paroles, elles font entendre la pensée de l'auteur plutôt qu'elles ne la rendent. Les maladies sont comme des *êtres,* elles ne sont pas des *êtres.* Ce n'était qu'une manière de parler, et il y paraît assez, ce me semble, au tour de la phrase. Et, d'autre part, ne voyez-vous pas que Sauvages, professeur de botanique, forçait les analogies pour se donner le droit d'imiter l'histoire naturelle dont il transportait les méthodes de classification dans la pathologie?

C'était en 1763, quatre ans avant sa mort, que Sauvages publia sa nosologie : *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenh'ami mentem et botanicorum ordinem.* Honoré des éloges de Boerhaave, le soin de sa réputation l'obligeait à toute sorte de ménagements dont je suis dispensé. Je sais que mon obscurité me donne du courage, et, dussé-je attirer sur ma tête toutes les foudres de mon puissant adversaire, je déclare qu'il y a des maladies qui sont des *êtres.* Je prend mon exemple dans la petite-vérole elle-même. De même que la plante, la petite-vérole naît de semence, couve au sein de l'organisation comme la plante dans la terre et lève à son heure. Elle a ses périodes, ses âges successifs et distincts comme la plante, et comme la plante, elle reproduit avant de s'éteindre un germe fécond, semblable à celui d'où elle sort, de manière à assurer la perpétuité de sa race, j'ai presque dit sa postérité. Ce que je dis de la variole, on peut le dire de toutes les contagions qui naissent de germe; on peut le dire, quoique bien moins rigoureusement, des maladies vénériennes et même des empoisonnements.

Je sais bien que ce ne sont là que des causes de maladie dont les effets portent toujours sur l'organisation, mais elles ne se comportent pas comme les autres; elles pénètrent, elles s'établissent dans l'économie, et une fois là, elles la troublent, elles la subjuguent à leur gré jusqu'à ce que cette même économie, usant des forces vives qui l'animent, se les assimile ou les rejette de son sein.

Dans un moment d'erreur Bichat a pu dire : Qu'est l'observation si on ignore le siége du mal? Si Bichat eût prévu l'abus qu'on ferait un jour de ces paroles, je me plais à croire qu'elles ne seraient pas sorties de sa bouche. Je n'essaierai pas de le faire parler comme a fait M. Piorry pour Hippocrate. Il ne convient pas à ma faiblesse de se faire l'interprète du génie. Je me borne à répondre respectueusement à Bichat que l'observation est encore beaucoup, alors même qu'on ignore le siége du mal. Par un hasard singulier, il se trouve que les maladies que nous guérissons le mieux sont précisément celles auxquelles il est le plus difficile de marquer la place dans l'organisation. Exemples : le scorbut, la chlorose, la syphilis. Il n'y a pas encore longtemps que MM. Audouard et Piorry ont appelé notre attention sur l'enflure de la rate. Elle était inconnue de Torti. Cependant Torti guérissait-il moins bien la fièvre intermittente, lui qui a tracé d'une main si sûre les règles à suivre dans l'administration de l'anti-périodique? Et M. Andral, dont vous êtes si heureux d'invoquer l'autorité quand elle est pour vous, M. Andral n'a-t-il pas admis et rejeté les fièvres essentielles dans les différentes éditions de sa *Clinique*, sans rien changer ni à l'étiologie, ni aux symptômes, ni au traitement, rien que la place qu'elles occupent dans l'économie?

Vous abuseriez de mes paroles, si vous disiez que je ne mets aucun prix à savoir quelles sont les parties malades. J'en mets beaucoup, au contraire, quoique peut-être un peu moins que vous; mais je n'y ai pas le même intérêt; le siége des maladies n'est pour moi qu'une partie de leur histoire, plus intéressante pour le pronostic que pour le traitement; M. Gerdy vous l'a fait assez voir dans la dernière séance; il est quelque chose de plus pour vous, il est la base de votre agréable nomenclature.

Tout est bon à connaître d'une maladie, non-seulement le siége, mais la manière dont elle se forme et se produit. Veuillez, je vous prie, me prêter votre attention. Ceci est du Montpellier. Quand il n'y aurait que matière dans le corps humain, cette matière est organisée et vivante, nous en sommes convenus. Sans cela elle serait indifférente aux causes extérieures. Mais ces causes, comment agissent-elles? Quelle part prennent-elles à la naissance, au développement des maladies? Question immense et fondamentale en pathologie. Il est heureusement peu de causes qui, comme les virus, les venins et les poisons, soient assez puissantes par elles-mêmes pour vaincre toutes les résistances et s'imposer à l'économie. La plupart, au contraire, n'ont qu'une influence bornée, douteuse, contingente; de sorte que, pour produire leurs effets, il faut que l'économie s'y prête; je ne dis pas assez, il faut qu'elles soient aidées, secondées par l'économie elle-même. La maladie naît de ce double concours : elle est à la fois l'œuvre de la cause extérieure et de la cause intérieure.

Il y a, au sein de l'organisation, une force, une activité qu'elle tourne contre elle-même. Dans l'ordre physiologique, vous voyez des exemples frappants de cette activité dans la croissance et dans l'accouchement. Qu'est-ce qui pousse cet enfant à atteindre taille d'homme? Et comment l'utérus, arrivé au terme de la grossesse, entre-t-il en action sans provocation extérieure, de lui-même, pour se débarrasser du produit de la conception?

Ce sont là, dira-t-on, des lois primordiales; je ne le nie pas, mais elles ne s'accompliraient pas, ces lois, si l'organisation n'était essentiellement active. C'est tout ce que je dis. Eh bien! il se passe quelque chose de semblable dans la *conception*, dans l'*enfantement* des maladies. Pour la plus légère cause, à la moindre occasion, sous le moindre prétexte, enfin, vous voyez l'économie se troubler, s'agiter et produire ici une inflammation, là un abcès, un ulcère, un tubercule, un cancer, etc. On dit alors que la maladie est spontanée, tant les causes extérieures y prennent peu de part. Je ne sais pas même si l'organisation toute seule, en vertu de la seule activité qui l'anime, ne suffit pas quelquefois de produire les maladies de la même manière qu'elle suffit à les guérir. Une chose est certaine, c'est qu'il y a une immense différence entre les maladies qui naissent doucement, sourdement dans nos tissus, et celles qui viennent du dehors; entre les maladies dites spontanées et celles qui sont le résultat évident d'une cause, d'une violence extérieure. Toutes choses égales, les premières sont de beaucoup plus graves, plus rebelles que les secondes.

Ainsi, dans cette manière de voir, la nature fait en partie les maladies, et la nature les guérit soit seule, soit aidée des secours de l'art.

Il est facile de rendre ces idées ridicules en les exagérant. Je proteste contre toute exagération. Renfermées dans de justes limites, je ne crains pas de dire qu'elles jettent la plus vive lumière sur la pathologie. Je les livre à la réflexion de M. Piorry.

Après avoir accusé ses prédécesseurs de faire des êtres des maladies, M. Piorry se tourne contre ses contemporains et accuse les nosologistes d'accumuler, de grouper les symptômes au hasard, sans souci de leur origine, ni de leur signification. M. Piorry fait trop d'honneur à leur imagination, ils n'en ont pas assez pour inventer les symptômes dont ils composent leurs tableaux; ils les prennent servilement dans la nature à mesure qu'ils se produisent. Demandez à M. Grisolle si elles sont des enfants de son cerveau, ces belles descriptions des maladies qui ont fait de son livre un livre classique. Mais vous dites que ces maladies qu'on donne comme des *unités* réunissent vingt états pathologiques différents. Et quand cela serait, encore faudrait-il commencer par les points tels que la nature les offre à nos yeux.

Après cette première opération, je me rapproche de vous, et je conviens que si une maladie est composée, il faut, pour l'attaquer rationnellement, chercher à démêler les éléments qu'elle contient.

Cette analyse est si naturelle, que je suis persuadé que les bons praticiens de tous les temps en ont usé. Barthez a vu avec génie ce qu'ils ont fait, et il leur a dérobé la méthode qu'ils suivaient peut-être à leur insu. Mais prenez garde, il y a une hiérarchie dans les éléments des maladies; ils ne naissent pas tous à la fois; ils n'ont pas tous la même importance. Il y en a presque toujours un qui domine tous les autres et qui fait le caractère et comme le fond de la maladie à laquelle il impose son nom. C'est lui qui l'a fait ce qu'elle est. Dans la fièvre typhoïde, ce sera, je suppose, l'altération de l'intestin; dans l'apoplexie, c'est l'hémorragie cérébrale; dans la phthisie, le tubercule; dans la gravelle, l'excès d'acide urique; dans la fièvre intermittente, le génie périodique, etc. Autour de celui-là d'autres viennent se grouper; mais ils n'y sont pas nécessaires; ils peuvent manquer, la maladie restant la même.

Je n'entre pas plus avant dans cette méthode, dont vous avez pris la première idée à l'école de Montpellier. Vous l'avez avoué ingénûment quelque part dans vos écrits; vous vous en défendez aujourd'hui. Et, pour mieux nous donner le change, vous feignez d'ignorer jusqu'au nom de votre modèle, vous qui avez écrit ces paroles contre les plagiaires : « Le vol des conceptions de la pensée est le plus cruel des larcins. » Vous parlez de Bordeu, et vous dites qu'il n'y a nulle comparaison possible entre vos principes et les siens. Je le savais. Je connais assez bien mon Bordeu; c'est une de mes lectures favorites. Il s'exhale de toutes ses pages une vapeur médicale, un parfum d'esprit et d'érudition qui me charme, et que je ne trouve pas au même degré dans des ouvrages plus modernes.

Mais Bordeu n'a rien à faire ici. La méthode que vous y cherchez, vous ne la trouverez pas; elle est de Barthez; il l'a développée pour la première fois dans un cours de médecine pratique qu'il fit à la faculté de Montpellier vers 1770, et il en a fait l'application à l'étude des maladies goutteuses. C'est donc à Barthez ou à ses disciples que vous l'avez prise; je conviens, d'ailleurs, que vous avez fait tout ce qui dépendait de vous pour la rendre méconnaissable. Vous divisez et sous-divisez sans fin les maladies, vous les mutilez, vous les émiettez; elles se réduisent en poussière entre vos mains, en un *je ne sais quoi qui n'a plus de nom dans aucune langue* : si bien que, sans vous en apercevoir, vous finissez par tomber dans la médecine du symptôme, la plus superficielle, la plus commune, la plus insignifiante de toutes et la moins digne d'un esprit réfléchi. Je ne m'étonne pas si vos états pathologiques sont *innombrables*, comme vous dites. Vous en reconnaissez presque autant qu'il y a de symptômes. Et je suis bien persuadé que vous ne les connaissez pas tous. Chaque jour vous en révèle un nouveau, chaque jour apporte sa découverte.

Et quand vous avez fait subir aux maladies cette horrible mutilation, il ne vous vient pas dans l'esprit de rassembler tous ces lambeaux épars pour les reconstituer, et les présenter telles qu'elles vous apparaissent. Cependant plus vous mettez de finesse dans votre analyse et plus la synthèse est nécessaire. Sans cela, sans cette recomposition, ne voyez-vous pas que vos connaissances n'ont rien de réel? Elles ne sont pas conformes à la nature, c'est-à-dire aux choses telles qu'elles sont.

Que penseriez-vous d'un chimiste qui, voulant donner une connaissance de l'eau, se bornerait à discourir sur l'oxygène et l'hydrogène dont elle se compose?

Voilà pourtant ce que vous faites. Des maladies telles qu'el-

les sont, vous n'en parlez pas, vous croyez avoir toutf ait quand vous avez compté vos états organo-pathiques. Il faudrait au moins en suivre la génération et en apprécier l'importance. Si vous aviez compris que la petite-vérole est presque tout entière dans le virus qui la produit et dans l'infection qui la suit, peut-être auriez-vous un peu plus de méfiance de l'art et de vous-même.

Toutefois, ne vous méprenez pas, je vous prie, sur le sens et la portée de mes remarques. Je n'ai pas l'injustice de vous rendre responsable de l'impuissance de l'art; je ne vous reproche point vos efforts; je m'étonne seulement du prix que vous y mettez. Dans l'impossibilité de saper l'édifice par la base, vous vous en prenez aux girouettes, vous poursuivez l'éruption partout où elle se montre, à la peau, par des emplâtres ou des onctions; croyez-vous cependant avoir beaucoup fait pour le salut de vos malades quand vous avez détourné quelques pustules de la face? Au pharynx, vous portez le caustique deux fois par jour : imaginez-vous un pareil supplice pour éteindre quelques pustules qui se seraient éteintes d'elles-mêmes et beaucoup plus tôt. Votre audace s'augmente avec le péril. Contre les pustules du larynx et de la trachée, vous proposez quoi? la trachéotomie. Sylva, le fougueux disciple du fougueux Chirac, disait qu'il voulait accoutumer la petite-vérole à la saignée; voudriez-vous aussi l'accoutumer à la trachéotomie? Restent vos onctions, vos boissons tempérantes, vos jus d'herbes, vos bains; mais si vous croyez lutter avec ces faibles moyens contre une maladie aussi redoutable que la variole, j'ose vous dire que vous vous abusez.

Il n'est pas de plus habile flatteur que l'amour-propre. Il vous persuade aussi que vos doctrines sont irréprochables. Vous avez mis, dites-vous, trente ans de votre vie à les conduire au point de perfection où elles sont. Vous n'avez mis pas tant de temps, j'en suis sûr, à faire votre nomenclature; elle a dû sortir tout d'un coup de la tête de son père. Ne craignez pas cependant que j'y revienne; il est des choses dont on ne parle qu'une fois.

Vous cherchez à la placer sous le patronage des plus grands noms; elle était, dites-vous, dans les vœux de MM. Chomel, Andral, Bouillaud. Je ne vous dirai pas ce que je sais à cet égard. Mais s'ils la désiraient tant, pourquoi s'en servent-ils si peu? A vous entendre, elle fait assez bien son chemin dans le monde; d'où vient donc qu'on ne la trouve nulle part, ni dans M. Grisolle, ni dans M. Chomel, ni dans M. Bouillaud, ni dans M. Rostan, ni dans les journaux; cependant vous paraissez très-rassuré sur sa destinée. Un jour, c'est vous-même qui le racontez, un plaisant, un mauvais plaisant sans doute, s'égayait sur le mot *scorenctéractasie*. Or, le lendemain de ce jour, vous eûtes la satisfaction d'entendre deux praticiens s'en servir dans une consultation, et un de ses plus chauds adversaires l'employa dans la discussion sans qu'il s'en aperçût. Comment! il dit *scorenctéractasie* sans s'en apercevoir. Il faut convenir que ce confrère était bien distrait.

Et maintenant, ajoute M. Piorry, « riez ou fâchez-vous, vous « servirez la cause que vous attaquez, et la raison, c'est que « les principes de la nomenclature sont incontestables; c'est « qu'elle est utile; c'est qu'il suffit d'y réfléchir pour en être « convaincu; c'est qu'enfin, en dépit de la prévention et de la « paresse, ce qui est bon et vrai dans les sciences finit tou-« jours par réussir. » Il y a du vrai dans ces réflexions, et elles prouvent assez bien que la nomenclature n'est ni bonne ni utile.

Mais d'ordinaire ce n'est pas la nécessité qui fait créer des expressions nouvelles, c'est plutôt l'envie de se distinguer. Est-il, en effet, bien nécessaire de changer un mot qui est d'usage pour faire place à un autre qui doit dire la même chose? Dans les lettres, cela ne serait pas supportable; ceux qui se plaignent de la stérilité de la langue, ne montrent que la stérilité de leur esprit. Ce n'est pas la langue qui manque au talent, c'est le talent qui manque à la langue. Dans les sciences, dans les arts, la règle est différente; une nouvelle découverte exige nécessairement un nouveau mot qui la rappelle et la consacre. M. Bouillaud a trouvé l'inflammation de la membrane interne du cœur, il l'a appelée du nom d'*endocardite;* c'était son droit, il en a usé, et la découverte a pris place dans la science, le mot dans le vocabulaire médical.

Mais entreprendre de réformer, de changer brusquement une langue toute entière consacrée par les chefs-d'œuvres des grands maîtres; effacer tous les mots d'un dictionnaire pour leur en substituer d'autres de sa façon, c'est n'avoir aucune idée de la manière dont les langues se forment, s'accroissent et s'établissent : c'est tenter l'impossible. Ce n'est pas seulement présomption, déraison, c'est quelque chose de plus que tout cela, c'est un fait psychologique tout nouveau, c'est un événement dans l'histoire de l'esprit humain.

Culture de l'opium en France,

Par M. Aubergier, de Clermont-Ferrand.

Lu à l'Académie de médecine, séance du 27 février 1855.

La bienveillance avec laquelle l'Académie a bien voulu accueillir mes travaux, les encouragements que j'en ai reçus, me font un devoir de lui faire connaître le résultat des efforts que j'ai faits pendant les deux années qui viennent de s'écouler pour faire passer d'une manière générale dans la pratique agricole les résultats des recherches qui ont été sanctionnées par sa haute approbation.

Pour y parvenir j'avais à choisir entre deux manières de procéder.

Affermer des terres, et les faire cultiver sous ma surveillance directe, ou m'entendre avec un certain nombre d'agriculteurs qui consacreraient une partie de leurs champs à la culture du pavot, et me les livreraient au moment favorable pour la récolte de l'opium.

Dans le premier cas, j'étais condamné à entrer dans tous les détails, à courir toutes les chances d'une exploitation rurale, que les exigences d'un assolement régulier forceraient à étendre à une surface quatre fois plus considérable au moins que celle qui serait consacrée à l'objet spécial que j'avais en vue.

Dans le second système, non-seulement les difficultés d'exécution semblaient au premier abord s'aplanir, mais encore j'espérais pouvoir multiplier à mon gré les centres de production dans le voisinage des localités où la main-d'œuvre serait abondante, et propager ainsi plus rapidement la culture du pavot et la mise en œuvre de mes procédés pour la récolte de l'opium.

C'est à ce dernier parti que je crus d'abord devoir m'arrêter; mais lorsque je m'appliquai à le mettre en pratique, je m'aperçus, dès le début, qu'il n'était pas exempt de difficultés.

C'est au commencement du mois de mars seulement que j'avais été fixé, la première année, sur la route que j'avais à suivre par le rapport de l'Académie. A cette époque, la plus grande partie des terres qui auraient pu être affectées au pavot étaient consacrées à des cultures dont les semis se font avant l'hiver. Celles qui étaient disponibles étaient vouées à une culture très-lucrative en ce moment, celle de la betterave, à laquelle la production de l'alcool permettra de dominer, sans rivalité possible, tant que les ravages de l'oïdium maintiendront ce produit au cours actuel.

Ce ne fut donc qu'à grand'peine et à force de sacrifices que j'ai pu déterminer quelques agriculteurs à cultiver le pavot à mes risques et périls, à la condition de me livrer leurs champs au moment opportun pour la récolte de l'opium et de la graine, moyennant une redevance convenue. Tous me manifestaient la crainte de voir la nouvelle culture épuiser leurs terres dans une plus forte proportion que leurs cultures habituelles. De

là d'incroyables exigences qui devaient élever le prix de revient de l'opium bien au-dessus du prix de vente actuel dans le commerce. Je ne pensai pas devoir me laisser arrêter par cette considération. Les circonstances qui motivaient ces exigences étaient essentiellement passagères, la pratique devait contribuer à les atténuer; le temps devait les faire complétement disparaître. J'avais, d'ailleurs, la confiance que l'importance qu'on doit attacher à l'uniformité de composition, dans un produit tel que l'opium, permettrait d'équilibrer, pendant cette période de transition, le prix de vente avec le prix de revient. Je pensais enfin qu'il était d'autant plus utile de mettre promptement dans le commerce un opium indigène d'une action constamment identique, quel qu'en fût le prix, que l'existence de cette sorte d'étalon, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, devrait amener inévitablement une amélioration dans le produit fourni par l'étranger. L'application des idées que j'ai consignées, en 1846, dans les comptes rendus de l'Institut conduira donc, si je ne me trompe, au résultat que M. Chevalier voulait atteindre plus promptement, par une autre voie, lorsqu'il demandait, en 1849, le titrage officiel de l'opium.

Je me croyais arrivé au terme et je n'étais cependant encore qu'au commencement des difficultés qui m'attendaient. Les cultivateurs, sûrs du produit des champs cultivés en pavots, apportaient souvent la plus grande négligence dans les travaux qu'ils exigent, et réservaient tous leurs soins, toute leur attention pour les récoltes dont le prix ne leur était pas garanti d'avance.

Qu'il me soit permis de rapporter à ce sujet une petite anecdote fort caractéristique.

J'avais établi une de mes cultures chez un agriculteur fort intelligent, qui avait obtenu une médaille à notre Société d'agriculture, pour avoir amélioré le blé destiné à la semence, en choisissant chaque année les plus beaux épis. Cet homme me demanda un jour de faire nommer une commission pour visiter ses champs qui, disait-il, étaient en très-bon état, où l'on ne trouverait pas une seule mauvaise herbe. Mais vous n'y pensez pas, lui répondis-je, les mauvaises herbes poussent chez vous aussi à l'aise que les bonnes; voyez-les étouffer ce champ de pavots! Ah! c'est juste, répliqua mon homme, mais on n'en trouverait pas ailleurs que dans les pavots!

Un autre m'avait donné de confiance une terre exposée aux ravages d'un ennemi plus dangereux que les mauvaises herbes, et dont il devait être plus difficile encore de se délivrer. Une eau stagnante, dans les temps pluvieux, comme l'a été le printemps de 1853, arrêtait toute végétation, et 2 hectares de terre dans ces conditions entraînèrent une dépense de 1,300 fr., qui fut entièrement perdue. Je n'y récoltai ni un litre de graine, ni une once d'opium.

J'ai réuni dans deux tableaux joints à ce mémoire les résultats de mes cultures en 1853 et 1854. Le chiffre des dépenses pour ces deux années y figure pour la somme de 20,404 fr. 80 c. Si l'on en déduit la valeur de 149 hectolitres de graines, qui a été de 4,485 fr. 45 c., celle de 90 kilog. d'opium qui, au cours actuel de 64 fr., serait de 5,796 fr. 86 c., on voit que la perte équivaudrait à la moitié des frais qui ont été faits.

En 1853, sur 12 hectares cultivés en pavots, et qui auraient dû me donner 120 kilog. d'opium et 180 hectolitres de graines, je n'ai obtenu que 45 kilog. de l'un et 56 hectolitres de l'autre, c'est-à-dire le tiers de la récolte sur laquelle j'aurais été en droit de compter, en égard aux résultats de mes premiers essais faits sur une plus petite échelle. Le prix de revient de l'opium, déduction faite de la valeur de la graine, a varié entre 108 et 173 fr.; il a été en moyenne de 160 fr.

La campagne de 1854 s'est présenté sous de plus fâcheux auspices encore que celle de 1853. Les exigences des agriculteurs se sont accrues en raison de l'augmentation du prix des céréales et leur négligence a suivi la même progression. Aussi, quoique j'eusse étendu mes cultures à 20 hectares au lieu de 12, ma récolte d'opium n'a atteint que 45 kilog., et la moyenne du prix de revient s'est élevée à 190 fr. Cette dernière épreuve a achevé de me démontrer que le mode de propagande que j'avais adopté, et qui aurait pu réussir dans une contrée où la culture du pavot aurait déjà pénétré dans les habitudes des agriculteurs; que ce mode, dis-je, ne pouvait être employé avec succès là où cette plante était restée, jusqu'ici, à peu près inconnue. Heureusement qu'en même temps que je me résignais à recourir, pendant une année encore, à des mains étrangères, j'avais senti la nécessité de modifier le plan que je m'étais proposé d'abord. J'avais affermé des terres et les avais fait cultiver moi-même. Quoique le voisinage de la ville donnât à ces terres une valeur locative très-élevée, qu'il en résultât également une notable augmentation sur tous les frais de culture, le prix de revient de l'opium s'est abaissé à 80 fr. le kilog.

En profitant de l'expérience du passé pour améliorer les résultats des récoltes à venir, j'ai la conviction que ce prix de revient pourra encore être réduit dans une proportion considérable. J'espère en apporter la preuve l'année prochaine.

Cette espérance me semble d'autant mieux fondée, que le point essentiel de mes expériences est sorti victorieux de toutes ces épreuves. Comme l'a constaté M. Chevallier, qui avait reçu pour cela mission spéciale de la Société d'encouragement, les frais de main-d'œuvre, pour la récolte de l'opium, ont toujours été inférieurs au prix le plus bas qu'ait atteint ce produit dans le commerce. Ils ont varié entre 14 et 24 fr. par kilo. Une seule fois ils se sont élevés à 27 fr., parce que j'avais été obligé d'envoyer des ouvrières étrangères dans une de mes cultures, pour échapper à une coalition qui avait pour objet d'élever les salaires à un taux exorbitant.

L'espérance que je manifeste se réalisera donc infailliblement le jour où les frais d'une culture plus économique et et mieux entendue seront couverts par le produit de la graine, résultat sur lequel l'expérience des agriculteurs du Nord permet de compter.

Les 90 kilog. d'opium que j'ai recueillis dans la campagne de 1853 et celle de 1854 ont été obtenus dans quinze localités différentes. Un échantillon de l'opium de chaque localité a été analysé séparément par le procédé Guilliermond. Je ferai observer que les liquides filtrés au bout de douze heures de contact avec l'ammoniaque, temps indiqué pour que la précipitation puisse s'opérer d'une manière complète, ont tous abandonné, après la filtration, une forte quantité de morphine, qui a été, comme la première, dissoute dans la potasse pour en séparer la narcotine. Cette morphine, ainsi purifiée, s'est trouvée exister dans des proportions renfermées entre 10 et 11 p. 100 pour onze échantillons. Dans deux échantillons, la proportion était inférieure à 10 p. 100. Dans deux autres échantillons elle était supérieure et s'élevait à 12,176 et à 12,096. Les deux premiers avaient été récoltés trop tard; les deux autres l'avaient été trop tôt.

On sait que lorsque la récolte a lieu trop tard, non-seulement la richesse en morphine de l'opium est moindre, mais encore le rendement de l'opium est beaucoup plus faible; lorsque la récolte a lieu trop tôt, la richesse en morphine est plus grande; mais alors les capsules n'ont pas acquis assez de développement pour supporter les incisions sans que la graine puisse en souffrir, et que la récolte de cette dernière, si nécessaire pour couvrir les frais de culture, se trouve compromise; celles de mes ouvrières qui ont déjà une certaine habitude ne s'y trompent pas et leur coup d'œil est aussi sûr que les indications de la balance. Une autre cause peut élever le titre de l'opium en morphine. Il est toujours plus riche lorsqu'il provient de semis de pavots de printemps; de l'opium obtenu de semis d'hiver en 1852, m'a donné jusqu'à 14,5 p. 100 de morphine. M. Chevallier a retiré plus encore d'un opium recueilli dans les mêmes conditions.

Il paraît naturel, du reste, que moins les phases de végétation que parcourt la plante ont de durée, plus cette durée est uniforme, plus les produits ont de chance d'être identiques.

Quoi qu'il en soit, la moyenne de la richesse des quinze échantillons provenant des 90 kilog. d'opium recueillis en 1853 et en 1854, est de 10,248. On voit donc qu'il est facile de réaliser, en grand, la production d'un opium présentant le titre que l'Académie a adopté comme type. Si j'insiste sur ce point, ce n'est pas que j'attache une grande importance à des variations qui pourraient se renfermer dans les limites de un ou deux dixièmes; dans les sciences pas plus qu'ailleurs, comme l'a très-bien dit, à ce sujet même, M. Bouchardat : « Le bien absolu n'est pas du ressort de l'homme. »

Lorsqu'on pense que la richesse des opiums répandus dans le commerce qui doivent être considérés comme provenant d'incisions, dont les caractères physiques écartent tout soupçon de fraude, peuvent donner, à l'analyse, une quantité de morphine valant de 3 à 15 pour cent; on pourrait même dire plus; que, par conséquent, il peut y avoir entre la richesse de l'opium de deux pharmacies voisines des différences telles que l'opium de l'une contiendrait cinq fois plus de morphine, serait cinq fois plus actif que celui de l'autre; pourrait-on ne pas considérer comme un très-grand progrès un moyen de renfermer ces différences dans les limites de un ou deux dixièmes? Eh bien, ces variations que je considère, qu'il n'est pas un membre de cette assemblée, j'en suis sûr, qui ne considère avec moi comme insignifiantes, je me crois, plus que jamais, autorisé à dire que je puis les éviter.

Si, sous le rapport du prix de revient, le résultat des deux campagnes de 1853 et 1854 laisse encore beaucoup à désirer, sous le rapport de la constance dans l'uniformité de composition de l'opium, les résultats obtenus continuent à confirmer les espérances qu'avaient fait naître mes premiers travaux. Je ne me laisserai pas décourager par cette différence de prix de revient, parce que j'en connais les causes, que j'ai la conviction qu'il est possible d'y remédier, et que, d'ailleurs, l'Académie m'a donné les moyens d'en supporter les conséquences. Il faudrait ne pas se faire une idée juste des difficultés que présente l'établissement de toute nouvelle industrie, d'une industrie agricole surtout, pour croire qu'on peut échapper aux écoles dispendieuses inséparables d'un début; cela est si vrai, que lorsqu'un gouvernement veut transporter une industrie d'un pays dans un autre, la première chose qu'il fait, c'est de protéger l'industrie nouvelle, en élevant, pour ses produits, les tarifs de douane. N'avons-nous pas un exemple bien remarquable de la nécessité de cette protection, des miracles qu'elle peut réaliser dans l'industrie du sucre de betteraves? Languissante à ses débuts, lorsque le sucre valait 6 fr. la livre, rencontrant des incrédules sur son avenir dont l'opposition allait jusqu'à l'hostilité même dans les hommes de science les plus compétents pour la mieux apprécier, elle lutte aujourd'hui à armes égales avec les colonies et donne de plus beaux résultats qu'aux époques où elle était protégée par le blocus continental ou par des droits d'entrées qui, pendant vingt ans, équivalaient au prix de revient.

Dès ses débuts, l'industrie de l'opium est plus avancée; ce n'est pas moi seulement qui le dis; de nombreuses communications vous l'apprennent de divers côtés. Si elle ne touche pas encore au but, elle peut mesurer l'espace qui l'en sépare, et elle est sûre de le franchir. Elle ne demande pas pour cela la protection de l'Etat; elle n'en a pas besoin. Celle qu'elle a reçue de l'Académie lui suffit; c'est uniquement à elle, ainsi qu'à une mémoire illustre et chère, qu'elle veut pouvoir rapporter son succès.

Académie impériale de Médecine.

Séance du 20 *février* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapports :

— Sur une épidémie de suette, par M. Chevance, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vassy.

— Sur l'épidémie cholérique de 1854, par M. le docteur Chabris, de Sisteron.

— *Id.*, par M. Deroy, de Belin-Baroche (Seine-et-Marne).

— *Id.*, par M. Fruchier, de Digne.

2° Plusieurs notes et échantillons sur des remèdes secrets;

3° Demande d'autorisation d'une source minérale située à Miers (Lot).

4° Plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Variole.

Mémoire sur quelques cas de variole, par M. le docteur Semenas.

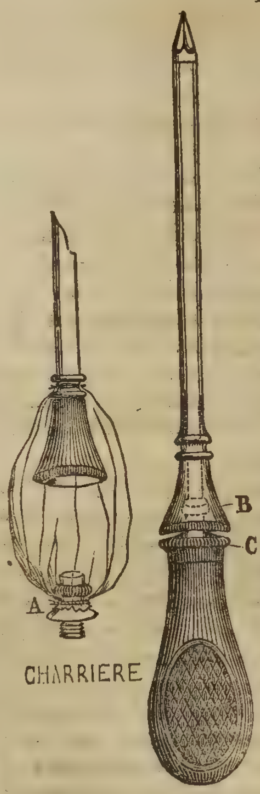
Huile de foie de morue.

Note sur le procédé d'extraction suivi dans une fabrique de Terre-Neuve, pour obtenir une huile de foie de morue d'un vert doré, par M. Hogg, pharmacien à Paris.

Lit hygiénique.

M. Gros, officier d'artillerie à Dijon, adresse le modèle d'un lit suspendu destiné aux blessés et aux malades.

Trocart à entonnoir.



M. Charrière fils présente un trocart dont la canule se termine par un entonnoir dans le genre de ceux des sondes vésicales (comme il l'a déjà fabriqué pour le trocart de M. Baudens et celui explorateur) pour remplacer les grandes gouttières généralement connues dans la pratique.

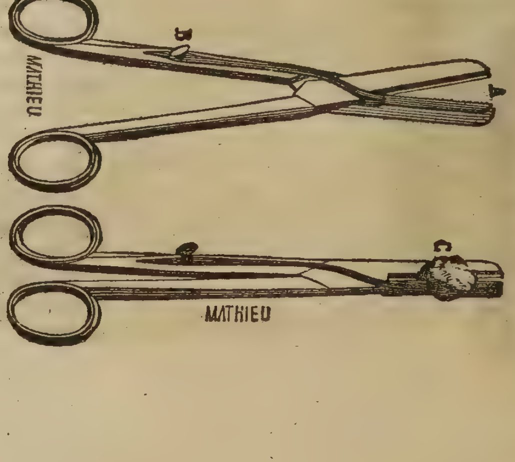
Indépendamment des usages ordinaires des trocarts, cette disposition permet d'y appliquer d'une manière très-simple une soupape en baudruche; d'oblitérer facilement à l'aide du doigt le bout de la canule pour retenir le liquide injecté et de recevoir l'extrémité des canules à injections de toutes grosseurs, etc.

Au moyen du simple collet A qui se visse dans la virole du manche B sur lequel on lie la baudruche, on peut introduire sans difficulté et sans crainte d'introduction d'air, soit la tige du trocart, soit un cylindre pour déboucher l'intérieur de la canule en tendant simplement la baudruche d'une seule main.

Si l'on veut se servir de la tige par son bout mousse, on la démonte en resserrant la rondelle C, ou bien en dévissant la pointe que l'on revisse à l'autre bout, ce qui se fait depuis longtemps.

Ciseaux-pinces.

M. Mathieu présente un instrument destiné à couper et à saisir en même temps les végétations et autres excroissances analogues. Cet instrument sera particulièrement utile pour enlever de petites tumeurs dans les cavités profondes.



Incdent.

M. Malgaigne demande la parole à l'occasion du procès verbal. — Touf le monde peut commettre des erreurs ; et quand on est tombé dans cette faute, ce qu'il y a de mieux à faire c'est de les réparer, s'il est possible, en les avouant. En entendant annoncer, dans la dernière séance, le trocart à baudruche de M. Mathieu, j'ai dit que l'application de la baudruche avait été faite il y a vingt ans dans le but d'empêcher l'introduction de l'air dans les cavités à évacuer. Mais en examinant de près l'istrument de M. Mathieu, j'ai dû reconnaître qu'il y avait là une application nouvelle. Je ne sais pas jusqu'à quel point l'expérience confirmera les espérances de l'auteur ; mais il y a là au moins une idée de perfectionnement.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE.

M. Piorry prononce un discours que nous avons publié.

M. Bousquet fait immédiatement une courte réponse personnelle, et demande que la parole lui soit continuée à la prochaine séance pour faire une réfutation scientifique du discours de M. Piorry.

M. Gerdy prononce une courte allocution qui paraît avoir pour but de démontrer qu'il y a du bon dans l'école de Montpellier et dans celle de Paris ; qu'il est bon pour le progrès de la science qu'il y ait ainsi deux écoles qui marchent dans une voie différente ; que les langues se perfectionnent à mesure que la civilisation marche, mais que ce perfectionnement s'opère peu à peu et non tout à coup comme M. Piorry le voudrait.

M. Piorry répond quelques mots à MM. Gerdy et Bousquet et termine la séance en donnant à ce dernier une cordiale poignée de main qui excite l'hilarité de l'assemblée.

Séance du 27 février.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

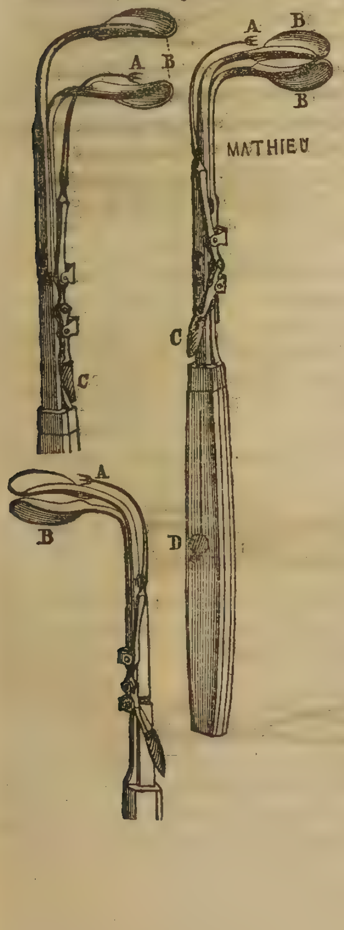
1° Suite des rapports sur l'épidémie cholérique de la Haute-Saône ;
2° Rapport sur la même épidémie, par M. Barret, de Carpentras ;
3° Rapport sur les maladies épidémiques de l'arrondissement de Florac, par M. Monteils-Pons ;
4° Echantillons de remèdes secrets ou nouveaux ;
5° Statistique des décès cholériques dans la ville de Palerme.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Charcellay (de Tours) adresse une note sur la transmissibilité du choléra.

M. le docteur Castorani présente un nouvel instrument construit par M. Mathieu, et auquel il donne le nom d'ophthalmolobe.



Cet instrument sert à écarter les paupières et à fixer le globe de l'œil sans le secours d'un aide dans l'opération de la cataracte. Il se compose d'un manche qui présente vers le milieu de sa face antérieure un bouton qui monte et descend dans une rainure, et devient un élévateur mobile et un abaisseur ; sur le même manche sont adaptées deux cuilères et une aiguille à trois petites pointes, tous de rechange afin de pouvoir opérer sur les deux yeux.

Cet instrument sert dans toutes les opérations de la cataracte, soit primitive, soit secondaire ou fausse, par conséquent il trouve son emploi dans l'extraction, dans l'abaissement, le broyement, dans la délacération de la capsule, dans l'extraction de la cataracte secondaire, par la cornée ou par la sclérotique et enfin dans la pupille artificielle.

Cet instrument devient très-utile parce que l'on ne trouve pas toujours des aides intelligents. L'opérateur armé de l'ophthalmolobe, toute personne peut lui servir d'auxiliaier pour soutenir le malade.

Cancer.

M. Kuhn, de Niederbronn, adresse une note sur un caractère anatomique peu connu du tissu cancéreux à l'état dur, et qui consisterait dans la formation de filaments, lorsqu'on déchire le tissu avec les doigts, dus à la viscosité de la matière albumineuse renfermée dans la trame de la dégénérescence.

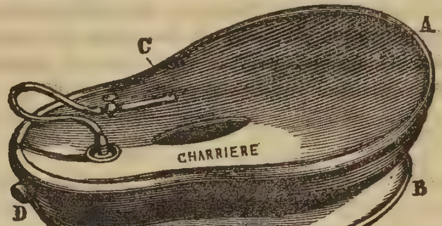
Spiromètre.

M. Galante envoie le modèle d'un appareil destiné à la mensuration de la capacité du thorax, fabriqué d'après les indications de M. le docteur Baudin, médecin de l'hôpital du Roule, et représenté par la figure ci-jointe.

Injecteur hygiénique.

Mme Pau, sage-femme, présente un appareil dont voici la description :

Il est composé de deux parties réunies, superposées, une supérieure



ou récipient, une inférieure ou réservoir, mobile sous la première à la façon d'un soufflet ; c'est le poids du corps qui le fait fonctionner sans l'aide de personne.

Il est en gutta-percha, ce qui permet d'introduire dans sa cavité tous les liquides sans craindre les oxydes ni la décomposition des produits médicamenteux, et peut, par cela, éviter de se servir de la seringue en verre. Il peut également servir pour les lavements.

Cet intrument se trouve chez M. Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie.

LECTURES.

Opium indigène.

M. Aubergier donne lecture d'un travail sur la culture de l'opium indigène (voir ci-dessus).

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Boullay lit un rapport favorable sur une demande d'autorisation, pour l'exploitation d'un établissement d'eaux minérales artificielles situé à Lyon (adopté).

DISCUSSION A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA VARIOLE.

M. Bousquet lit un discours en réponse à M. Piorry (voir ci-dessus).

M. Piorry s'élève avec la plus grande énergie contre la forme sarcastique du discours de M. Bousquet, et il prend l'engagement de renoncer aux ressources du sarcasme et de n'opposer que des arguments et des *idées* aux *épigrammes* de M. Bousquet. Il demande que la parole lui soit réservée pour la prochaine séance.

M. Bouillaud se fait également insrire pour la prochaine séanee.

LECTURES.

Empoisonnement par les narcotiques.

M. Costa de Serda lit un mémoire sur les avantages de l'ammoniaque dans le traitement des empoisonnements par les narcotiques.

Voici l'analyse sommaire de ce travail, d'aprés l'auteur :

Deux femmes ont ingéré l'une 60 grammes de laudanum de Sydenham volontairement ; l'autre, volontairement aussi, une mixture ainsi composée :

Extrait thébaïq. . . .	aa 1 gr.
Stramonium.	aa 1 gr.
Belladone.	aa 1 gr.
Chlorhyd. morphine. .	0, 75
Axonge.	8

Les vomitifs ordinaires sont impuissants à provoquer des vomissements. Le tartre stibié, le café émétisé, etc., sont employés en vain. *Il y a paralysie complète de l'estomac.*

Alors guidé par l'analogie qu'il y a entre l'ivresse et le narcotisme,

on administre l'ammoniaque, et aussitôt des vomissements se déclarent, les symptômes d'intoxication disparaissent, et les fonctions de la vie animale et de la vie organique profondément altérées jusqu'alors se rétablissent.

Mais sous l'influence des vomissements, une intoxication nouvelle se manifeste: c'est l'indice que la sensibilité de l'estomac se réveille, et que cet organe qui pendant *six heures* avait gardé le poison comme l'aurait fait un vase inerte, a absorbé une nouvelle dose de l'agent toxique.

Nouvelle administration de l'ammoniaque : nouveaux vomissements, nouvelle intoxication ; et cette série de phénomènes se reproduit *quatre fois*, jusqu'à ce que l'estomac soit entièrement débarrassé du poison.

Ce que nous venons de dire relativement à l'estomac, s'applique également à l'intestin; les vomitifs ordinaires n'ont pas suffi, les purgatifs ordinaires (lavements d'eau salée et de séné) ne suffiront pas davantage à exciter le tube digestif qui, lui aussi, est paralysé. C'est encore à l'ammoniaque qu'il faudra recourir pour obtenir des garde-robes. — Ainsi plusieurs conséquences découlent de ces faits :

1° Que les narcotiques ingérés *à haute dose* perdent leur action toxique, en paralysant l'estomac et les intestins et en s'opposant ainsi à l'absorption. Ce qui semblerait conduire à cette conséquence paradoxale, que le meilleur moyen de traiter un sujet qui aurait pris 4 grammes de laudanum, serait de lui en administrer 60. On est loin toutefois de proposer un pareil traitement.

2° Les vomitifs et les purgatifs ordinaires sont impuissants à vaincre cette paralysie.

3° L'expérience clinique prouve que l'ammoniaque agit comme *purgatif*, *émétique* et *excitant du système nerveux*. Par conséquent, il est, sinon l'antidote des poisons narcotiques, du moins *le premier remède auquel on doive recourir dans ce genre d'intoxication*.

Insister enfin sur cette succession étrange d'intoxications consécutives, provoquées par les vomissements, qui entraînent à chaque fois une partie du poison, et permettent qu'une portion nouvelle soit absorbée. *Ces faits sont nouveaux dans la science et ne sont mentionnés dans aucun ouvrage de toxicologie.*

Des expériences physiologiques que je ferai connaître plus tard confirment pleinement ces résultats.

PRÉSENTATIONS.

Calorimètre médical.

M. Albinda présente un appareil qu'il désigne sous le nom de calorimètre médical. Il ne nous a pas été possible de saisir le mécanisme de cet appareil.

La séance est levée à cinq heures passées.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. le de docteur Henri Pillore, de Rouen, vient de mourir à l'âge de 47 ans. Il était médecin-chef à l'Hôtel-Dieu et professeur d'anatomie à l'école de médecine de Rouen.

M. Pillore, qui occupait une haute position médicale, était un ancien interne des hôpitaux de Paris (1831 à 1833).

Le corps médical de Rouen avait déjà fait cette année une perte sensible dans la personne de M. le docteur Pihorel, ancien médecin militaire.

— On lit dans la *Presse* : « On annonce que le Corps législatif sera saisi prochainement d'un projet de loi tendant à réprimer d'une manière plus efficace les fraudes qui s'exercent dans le commerce des boissons. » — Il est vivement à désirer que ce projet de loi puisse enfin protéger les intérêts et même la santé des consommateurs, car les falsificateurs ne reculent pas toujours devant des fraudes nuisibles à la santé.

Les nombreuses contraventions qui sont chaque jour constatées et punies à Paris, prouvent combien la législation actuelle est impuissante, car il est impossible de déployer plus de zèle que ne le fait depuis longtemps déjà M. le préfet de police.

Deux arrêtés du Ministre de l'Instruction publique, en date du 22 février, portent : le premier, qu'il est institué près la Faculté des sciences de Paris un laboratoire de perfectionnement et de recherches pour les études chimiques, et que le service en sera distinct du service des cours. Le second, que M. Dumas, membre de l'Institut, est nommé directeur du laboratoire qui sera provisoirement installé à l'École normale.

— Nous trouvons dans l'*Annuaire du Bureau des longitudes* pour 1855 les chiffres curieux qui suivent :

Paris a bu en 1853 : 1 million 241,062 hectolitres de vins en cercles et 11,603 hectolitres en bouteilles ; il a mangé 2 millions 297,575 kilogrammes de raisin; 51 millions 366,193 kilogrammes de viande de boucherie, sortis des abattoirs, et 13 millions 876,501 kilogrammes provenant de l'extérieur ; 4 millions 100,134 kilogrammes de porc ; pour 7 millions 874,030 fr. de marée; pour 1 million 641,359 fr. d'huîtres ; pour 14 millions 933,564 fr. de volaille et gibier ; pour 15 millions de francs de beurre ; pour 7 millions 157,044 fr. d'œufs. Il a brûlé pour 8 millions de francs de combustibles.

Paris a vu naître, en 1853, 34,049 enfants, dont 16,603 filles et 17,446 garçons, dont 10,833 enfants naturels.

Il a vu mourir 38,862 individus, dont 16,792 du sexe masculin et 17,470 du sexe féminin.

Il y a eu dans la capitale 11,574 mariages.

Un individu a atteint 105 ans et 9 mois.

Il est mort 495 individus de la petite-vérole.

Il est né en France, en 1852, 965,080 enfants, dont 70,000 enfants naturels. Il est mort 810,695 individus. L'accroissement de la population a été de 154,385 individus.

La durée moyenne de la vie est actuellement de 36 ans et 7 mois.

La population de la France, qui était, d'après les recensements officiels, en :

1820 de 30,451,187 individus,
1831 32,560,934 —
1836 33,540,910 —
1841 34,230,178 —
1851 35,783,000, est actuellement d'au moins 36 millions, non compris l'Algérie et les colonies.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin ; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

SOUS PRESSE. — Examen critique de la discussion qui a lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, inspecteur général-adjoint des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons de France.— 1 vol, in-8°. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc. ; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronnée par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 28. 3e ANNÉE. Mardi 6 mars 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Discussion à propos du traitement de la variole.

A Monsieur Bousquet, membre et vaccinateur de l'Académie

Monsieur et très-honoré vaccinologue et vaccinophile,

Il est toujours difficile à un orateur de captiver l'attention d'une assemblée quelconque, mais surtout d'une assemblée de médecins dont la plupart déjà sentent le roussi, et sont plus sensibles au tintement d'une bonne consultation qu'à l'harmonie du plus fin des discours ; deux fois, vous avez tenté cette entreprise, deux fois, le succès le plus complet a couronné vos efforts.

Il y a quelque chose de plus difficile encore que de charmer son auditoire, c'est de l'éclairer et de l'instruire; il est fâcheux que vous n'ayez pas étendu jusque-là votre ambition ; j'aurais eu sans doute moins d'épines à mêler aux légitimes lauriers que vous avez cueillis.

C'est dans le *post-scriptum* d'une lettre, a dit je ne sais quel philosophe, qu'il faut chercher la pensée de celui qui l'a écrite ; si la remarque est exacte, je dois regretter que votre discours n'ait pas un *post-scriptum.* Ce n'est pas qu'on n'y trouve çà et là des assertions, des appréciations, des aphorismes, des tentatives de raisonnement même, qui semblent avoir pour point de départ une doctrine médicale déterminée ; mais tout cela se trouve tellement fragmenté, dispersé, contredit, que le fil d'Ariane pourrait à peine nous guider à travers le labyrinthe fleuri de votre harmonique oraison. Or, tout le monde n'ayant pas des Ariane à son usage, et toute discussion étant oiseuse, à mon sens, quand elle ne porte pas sur des textes précis, je me résignerai à discuter quelques-unes de vos plus importantes propositions dans l'ordre où elles se présenteront dans votre discours, sans trop m'inquiéter si cet ordre est bien celui que dicterait une logique sévère.

Presque au début de votre argumentation, vous indiquez un nouveau sens dans lequel « on peut dire que les maladies *ont leurs racines dans la cause de la vie.* »

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique;

Par M. le docteur Bauchet, secrétaire.

Messieurs,

En abordant le compte rendu de vos travaux, pendant l'année 1854, et songeant aux comptes rendus si remarquables de mes prédécesseurs, je ne me dissimule pas toute la difficulté de la tâche que m'impose l'honneur d'avoir été nommé votre secrétaire. Mais si j'éprouve quelque crainte, j'ai du moins la conscience d'avoir apporté tous mes efforts et tous mes soins dans ce travail, et je me sens rassuré en comptant sur votre bienveillante indulgence.

J'ai réuni et classé toutes les présentations, toutes les communications qui nous ont été faites; j'ai rendu à chacun ce qui lui revient. Parmi vos travaux, les uns sont venus confirmer des faits d'anatomie pathologique bien établis; d'autres ont mis en lumière des points moins obscurs; d'autres encore ont besoin de recherches ultérieures qui ne manqueront pas, quand je songe aux ressources nombreuses que nous possédons.

Grâce à l'institution de cette Société, tout ce qu'il y a d'intéressant dans les hôpitaux nous arrive, tout y est discuté; les faits acquièrent ainsi une authenticité nécessaire, et l'on peut venir puiser à plusieurs mains, dans nos bulletins, quand on veut faire quelque ouvrage.

Ce compte rendu, Messieurs, est important; il nous apprend tout ce qui a été fait, il nous indique ce qui reste à faire; c'est un jalon jeté, pour résumer toute une année de travail en commun.

Mais pour se retrouver au milieu de cette multitude de pièces, de faits, de communications, de discussions, il faut suivre un ordre, adopter un plan. J'ai classé toutes nos présentations par appareil, par système; ainsi pour le système osseux, ainsi pour l'appareil respiratoires, etc. ; puis, en terminant, j'ai réuni en quelques chapitres les lésions qui ne peuvent pas entrer dans tel ou tel cadre plus spécialement: les affections cancéreuses, les monstruosités, etc.

Vous verrez, Messieurs, que c'est presque tout un tableau d'anatomie pathologique que j'ai à dérouler devant vous.

Lésions des os.

Parmi les présentations, qui nous sont faites, il n'en est pas qui reviennent plus fréquemment que celles qui sont relatives aux maladies du système osseux et de ses dépendances (articulations synoviales, etc.) Nous en voyons donc presque toutes les séance : les unes viennent confirmer des faits d'anatomie pathologiques, qui paraissent bien établis ; les autres se font remarquer par des particularités, par des accidents plus ou moins frappants, plus ou moins rares ; quelques-unes sont intéressantes par elles-mêmes; d'autres tirent leur intérêt des complications qui les accompagnent.

Avec le secours de Voltaire, je crois avoir, dans ma première lettre, suffisamment résolu cette question, dans tous les sens possibles, pour me dispenser d'y revenir. Vous avez dit, avec autant d'esprit que de raison, « qu'il est des choses dont on ne parle qu'une fois. » Permettez-moi d'être de votre avis et de croire que, pour tous les hommes qui tiennent à parler un langage intelligible, *la cause de la vie* est une de ces choses-là.

Un peu plus loin, vous parlez de la folie et du traitement moral de M. Leuret, et vous ajoutez : « que vous avez *peine à voir une lésion matérielle* dans une maladie *qu'on guérit quelquefois d'un mot, d'un souffle.* » Sur une matière aussi grave, c'est en dire trop ou trop peu; je n'essaierai point toutefois de développer et de discuter même les questions essentielles que soulèveront dans l'esprit de tous les hommes instruits, votre *mot*, votre *souffle* et le *traitement moral;* je vous rappellerai seulement, car je crois vous en avoir déjà fait la remarque, que la science en général et la pathologie en particulier ne sont point une affaire de sentiment : *qu'on ait* ou *qu'on n'ait pas peine à voir une lésion matérielle dans la folie*, cela importe peu; la véritable question est de savoir si, oui ou non, la lésion existe. Or, vous n'ignorez pas que cette lésion existe bien réellement, qu'elle a été trouvée récemment, dans plusieurs des formes de l'aliénation mentale, et qu'il est au moins très-possible, sinon probable, qu'on la trouve plus tard dans toutes les autres formes; non pas peut-être dans celle « *qu'on guérit d'un souffle;* mais, si je ne me trompe, cette forme-là n'existe guère que dans les régions où les fantastiques hyperboles de la poésie remplacent la froide exactitude de l'observation.

C'est certainement un des côtés à la fois les plus curieux et les plus tristes de l'histoire de l'humanité que celui qui nous montre les esprits les plus fins, les plus distingués tombant dans les naïvetés les plus incroyables, dans des vulgarités oiseuses, dans les énormités les plus excessives. Votre discours fourmille de preuves à l'appui de cette amère vérité.

« Le siége des maladies, dites-vous, n'est *pour moi* qu'une partie de leur histoire... »

Comment! *pour vous!* est-ce qu'il peut exister, est-ce qu'il a jamais pu exister, je ne dis pas un médecin, mais un homme de bon sens quelconque, qui ait admis que le siége d'une maladie était tout! — Partie, ajoutez-vous, « plus intéressante pour le *pronostic* que pour le *traitement.* » Après la naïveté, l'erreur : ainsi, vous avez pu penser qu'il est indifférent, *pour le traitement*, de savoir si une collection séreuse ou purulente a son siége dans la plèvre ou dans le péricarde, dans le péritoine ou dans le tissu de l'ovaire; si une hémorrhagie vient des bronches, de la pituitaire ou de la muqueuse gastrique; si une inflammation a envahi la conjonctive, la sclérotique ou l'iris! etc., etc. Evidemment, non, une telle hérésie n'a pu s'emparer sérieusement de votre esprit; mais, tout entier aux soins de polir vos phrases, d'arrondir vos périodes, vous avez laissé de côté les choses pour ne vous occuper que des mots, et vous avez commis le plus inconcevable de tous les oublis.

Que dire de cette autre distraction que vous placez, peu charitablement peut-être, sous l'égide de Montpellier?

« Quand il n'y aurait que matière dans le corps humain, cette matière est organisée et vivante. *Sans cela, elle serait indifférente aux causes extérieures!* »

Si c'est là *du Montpellier*, comme vous le dites, j'aime à croire que c'est du *vieux;* il m'est doux de penser qu'il ne se trouve pas aujourd'hui un seul membre de l'antique faculté qui ne sache que ce que vous appelez les causes extérieures, c'est-à-dire, j'imagine, le chaud et le froid, le sec et l'humide, l'électricité et le magnétisme, etc., etc., agissent sur la matière morte comme sur la matière vivante, et que le minéral, comme l'animal et le végétal, subit les atteintes du temps et des éléments; il ne les subit pas, il est vrai, de la même façon, avec la même rapidité que ces derniers; mais vous n'avez pas

---

Fractures. Il semblerait que tout a été dit sur les fractures, et cependant chaque jour on rencontre une pièce plus ou moins curieuse, comme nous avons pu nous en assurer dans le courant de cette année, comme j'espère vous le montrer dans cette revue.

Nous devons *à M. Trélat* une pièce de *fracture multiple de côtes*, trouvée sur un cadavre, apporté à l'école pratique. Cinq côtes avaient été cassées, quatre s'étaient resoudées; il existait, entre les deux fragments de l'une d'elles, une fausse articulation. Les deux bouts de l'os avaient subi un double écartement, suivant leur épaisseur et suivant leur longueur; le fragment de la portion sternale de la côte était placé au-dessus et en dedans du fragment rachidien.

Nous avons eu plusieurs pièces de *fractures du bassin.*

L'une d'elles intéressait la partie postérieure du rebord de la cavité cotyloïde. Elle coïncidait avec une luxation du fémur dans l'échancrure sciatique. Elle avait été recueillie dans le service de M. *Maisonneuve*, et nous a été montrée par M. *Houël.*

Une autre, qui a été mise sous nos yeux par M. *Marcé*, a été rencontrée en faisant l'autopsie d'un jeune homme, dont nous reparlerons à propos de la contusion du cerveau. Cette fracture affectait le lien d'élection, et la forme des fractures de l'os iliaque. Elle était formée de trois fragments, réunis en Y, au fond de la cavité cotyloïde.

Sur ce même malade, on a pu observer un exemple rare de *fracture du fémur*, qui a été décrite récemment par M. Gerdy. C'est une fracture *en spirale.* Partant du grand trochante, elle descendait en bas, en avant et en dedans, contournait le fémur, en décrivant un tour de spire à peu près complet. Le fémur, comme chacun sait, est tellement conformé, qu'il semble tordu sur son axe, comme si la tête et l'extrémité inférieure avaient été tirées, contournées en sens contraire; les côtes, l'humérus, etc., ont aussi éprouvé un mouvement de torsion. Quand on examine cette disposition normale du fémur, on voit qu'elle a pour centre de torsion cette même ligne que suivait la direction de la fracture. Il semble que pour la produire, la tête du fémur bien fixée, l'extrémité inférieure a été portée brusquement et violemment en dehors, en sens contraire de la torsion normale de l'os.

Ces fractures spiroïdes ne se rencontrent pas seulement sur le fémur, on peut les observer sur tous les os qui ont éprouvé, à un degré plus ou moins prononcé, ce mouvement de torsion sur leur grand axe. J'ai bien présente à la mémoire une fracture, avec cette disposition, sur le corps de l'humérus; les côtes se fracturent assez souvent de cette manière.

Nous devons à M. Parmentier un exemple de *fracture du col du fémur* non consolidée, sur un vieillard de soixante-dix ans. La surface des deux fragments était usée, éburnée, par le frottement

M. *Desnos* nous a montré une *fracture du col du fémur*, survenue chez une femme atteinte de cancer utérin, et qui s'était opérée dans un mouvement que la malade avait fait dans son lit. On voyait, sur cette pièce, une tumeur presque du volume du poing, et il était permis de supposer que cette tumeur était aussi de mauvaise nature, et que c'était sous l'influence de cette diathèse que s'était produite la fracture. Malheureusement, le cancer utérin, la tumeur osseuse, n'ont été examinés qu'à

voulu dire, je suppose, que pour être affectée en tant que vivante, il faut que la matière soit vivante. Ce serait par trop abuser d'un genre de vérités dont il est dangereux d'user même avec discrétion, et lorsque le choix m'est permis, j'aime mieux croire à une erreur, quelque étrange qu'elle soit, qu'à une..... inadvertance plus étrange encore. Malheureusement, ce choix, je ne l'ai pas toujours.

Quand vous avez formulé les propositions qui précèdent, flanquées de quelques autres et d'un certain nombre de syllogismes à l'avenant, vous érigez le tout en corps de doctrine que vous résumez par cet aphorisme fondamental, lequel serait probablement entré dans le post-scriptum, s'il y en avait eu un à votre discours.

« Ainsi, *dans cette manière de voir*, la nature fait en partie les maladies, et la nature les guérit soit seule, soit aidée des secours de l'art. »

Il y aurait donc, selon vous, *une manière de voir* d'après laquelle *la nature* ne ferait pas même *une partie* des maladies, et ne les guérirait, ni seule, ni aidée des secours de l'art. Si vous connaissez un homme qui affiche une telle doctrine, vous devez le dénoncer à l'autorité; un tel homme peut devenir dangereux pour la sécurité publique; tout au moins a-t-il grandement besoin pour lui-même que l'art vienne au secours de sa nature! En attendant que vous fassiez connaître le nom de cet infortuné, je dois devoir déclarer que ni M. Piorry, ni moi, ni aucun anatomo-pathologiste, ni personne ayant le sens présent, n'avons jamais songé à dépouiller la nature du droit de faire une partie des maladies et de les guérir, soit seule, soit avec l'assistance de l'art. Bien plus, je pense, pour mon compte, que la nature fait toutes les maladies spontanées sans le secours de personne, et je ne crois pas être le seul de mon avis, même parmi les anatomo-pathologistes.

J'ai souvent fait part à mes lecteurs de mon aversion pour les discussions oiseuses; s'ils ont eu la bonté de lire les lignes qui précédent, peut-être leur prendra-t-il quelque velléité de douter de ma parole. J'arrête donc ici un examen qu'il n'y aurait aucune utilité à poursuivre, en restant sur le même terrain. Je tiens à dire quelques mots du véritable sujet de la discussion, le traitement de la variole, auquel vous avez à peine consacré une page sur 25 ou 30 dont se compose votre discours. Mais quelle page! apprécions-la, s'il est possible, à sa juste valeur. Voici comment elle commence :

« Croyez-vous avoir beaucoup fait pour le salut de vos malades quand vous avez détourné quelques pustules de la face? »

En conscience, vous dirai-je à mon tour, croyez-vous avoir fait quelque chose d'utile, croyez-vous avoir dit quelque chose de scientifique, quelque chose qui soit digne de votre position, quand vous avez posé une semblable question, sans y faire aucune réponse? Quoi! des observateurs attentifs et laborieux, des hommes éminents, M. le professeur Serres, M. Gariel, M. Piorry, M. Briquet et d'autres encore, parviendront à démontrer, par de nombreuses recherches, qu'on peut faire avorter les pustules de la variole, et vous croyez qu'il suffira, pour frapper leurs travaux de stérilité, de sortir d'un lit de repos où l'on a sommeillé pendant quarante ans, et de venir demander d'un air superbe : croyez-vous avoir fait chose pour vos malades?. Ce n'est point là de la science, Monsieur; ce n'est pas de la discussion; ce n'est pas davantage de la civilité puérile et honnête.

« Contre les pustules du larynx et de la trachée, dites-vous à M. Piorry, vous proposez quoi? la trachéotomie. Sylva, le fougueux disciple du fougueux Chirac, disait qu'il voulait accoutumer la petite vérole à la saignée; *voudriez-vous l'accoutumer à la trachéotomie?* »

Je ne sais pas, vous ne savez pas plus que moi, jusqu'à quel point les données anatomo-pathologiques nous permettent de croire à l'utilité de la trachéotomie dans les cas de pustules varioliques laryngées ou trachéales. M. Piorry, ainsi que je le lui ferai observer en temps et lieu, nous a donné à cet égard son sentiment, fondé, il est vrai, sur une longue expérience; il ne nous a point

---

l'œil nu, et cette pièce perd une bien grande partie de son importance.

M. *Broca*, dont j'aurai bien souvent à vous citer le nom, nous a donné la description d'une *fracture du fémur mal consolidée*, et cependant le malade avait pu se servir de son membre, et la mobilité des fragments n'était pas sensible, quand on étudiait la lésion sur le vivant. C'est que le fragment inférieur formait comme une tablette, un socle, sur lequel venait reposer le fragment supérieur, et que des liens fibreux, très-résistants, les unissaient l'un à l'autre.

Le malade, ai-je dit, pouvait se servir de son membre, mais il en souffrait toujours. Il s'était formé des trajets fistuleux, qui fournissaient constamment du pus, et de temps en temps il survenait autour du foyer de la fracture des bouffées inflammatoires, et il se formait de nouveaux abcès. L'explication de cette non-consolidation, de cette supuration si longtemps prolongée, on la trouvait dans l'existence de deux séquestres situés à l'extrémité de chacun de ces deux fragments du fémur. De ces deux séquestres, l'un plus volumineux, n'était pas encore mobile, et avait déterminé une inflammation et un gonflement dans le reste de l'os; l'autre, plus petit, était mobile, mais tellement enfermé au milieu du cal, partie osseux, partie fibreux, qu'il eût sans nul doute échappé à une exploration faite à travers les parties molles; de telle sorte qu'une opération, par laquelle on aurait tenté d'extraire le plus gros séquestre, eût été une opération longue, pénible, douloureuse, et qui n'eût pas mis le malade à l'abri de nouveaux accidents.

Outre cet enseignement, qui découle naturellement de ce fait, cette pièce est venue une fois de plus démontrer qu'une violence extérieure peut non-seulement produire une fracture, mais encore dénuder, nécroser les fragments dans une plus ou moins grande étendue, sans qu'il existe pour cela de plaie extérieure.

A côté de ce fait, je place une pièce que nous devons à M. *Milard*. C'est une *fracture des deux os de la jambe avec plaie*. Le malade a succombé à une suppuration de plus de trois mois. Les os avaient été fracturés au-dessus des malléoles. La consolidation était presque complète entre les deux fragments du péroné, le fragment supérieur du tibia chevauchait sur l'inférieur en avant et en bas et le dépassait au moins d'un travers de doigt. Un *séquestre*, à peu près mobile, était enchâssé entre le péroné et les deux fragments du tibia, et pour l'extraire, il eût fallu lui creuser une voie entre les os qui l'entouraient.

Pour le membre supérieur, nous avons eu moins de présentations. *M. Foucher* a déjà beaucoup insisté sur les *fractures du radius*. Recueillant les faits qui lui appartiennent et qui sont publiés dans les bulletins de cette année et nos bulletins des années précédentes, on pourrait faire une histoire complète de cette lésion. Ainsi, pour ne citer que les plus récentes, ils nous a montré une fracture consolidée, sur laquelle persistait le déplacement caractéristique; une autre pièce fraîche, qu'il a invoquée pour expliquer le mécanisme de ces fractures (voir le compte rendu de 1852); une troisième qui pénétrait dans l'articulation, et avait déterminé une suppuration articulaire, avec fusées purulentes dans les gaînes tendineuses de l'avant-bras.

Comme il arrive chaque année, nous avons eu un assez grand nombre d'exemples de fractures de crâne.

donné des observations rigoureusement recueillies, ce qui constitue la seule expérience qui ne trompe pas. Mais ce que je sais, c'est qu'il n'est qu'il n'est pas plus irrationnel, *à priori*, de pratiquer la trachéotomie pour une asphyxie produite par des pustules varioliques que pour celle que déterminent des fausses membranes; ce que je sais, c'est qu'il ne saurait suffire, pour condamner d'avance cette opération, d'une plaisanterie qui ne serait que fade et malséante si elle s'appliquait à la variole *sans varioleux*, mais qui est inqualifiable de la part d'un médecin, quand elle s'applique à des malheureux que la douleur torture et que menace la mort. Voici donc en définitive à quoi se réduit la partie pratique de votre discours, celle qui aurait pu être la plus utile : une question incongrue sur l'avortement des pustules; touchant la trachéotomie, une plaisanterie aussi peu digne de votre esprit que de votre cœur. Est-ce bien là l'objet que doit se proposer un académicien qui traite une question de science? Vous ne pouvez le croire. Vous avez pensé sans doute qu'une lutte où l'on avait M. Piorry pour adversaire, atteindrait son but si les champions parvenaient à amuser le public. C'est là un tort, Monsieur, un tort d'autant plus grave de votre part, que vous avez tout ce qu'il faut pour l'éviter, et qu'il ne vous aurait fallu que quelques jours de travail pour associer un peu de raisonnement à votre esprit, un peu de science à votre littérature. Vous avez, je le sais, une certaine tendance à croire que le talent peut remplacer le travail, comme l'ont cru beaucoup de ceux que vous prenez pour modèle, sans en excepter Barthez. Détrompez-vous; je vous l'ai déjà dit et je vous le dis encore en terminant : Dans la science, nul ne peut prétendre à être cru sur parole ; pour convaincre, il faut qu'il démontre ; pour démontrer, il faut qu'il travaille, c'est-à-dire qu'il observe et qu'il ne soit pas réduit après quarante années d'exercice de sa profession, à dire sur une question capitale : *je crois;* il faut qu'il dise : JE DOUTE OU JE SUIS SUR.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur.

Messieurs,

L'étude de l'anatomie du cœur serait incomplète, si elle n'était suivie de connaissances physiologiques sur lesquelles il importe d'être bien fixé; c'est ici surtout que nous allons voir la divergence des idées pour l'explication de tel ou tel phénomène. Après avoir étudié la structure de l'organe, son cadavre, étudions avec soin le jeu de l'instrument à l'état de vie.

On a généralement confondu tous les mouvements du cœur, quoiqu'ils soient de deux ordres et bien distincts. Les uns extérieurs, visibles; les autres intérieurs et cachés (mouvements valvulaires); ce sont ces derniers surtout qui ont été mal appréciés par les physiologistes.

Pour mettre quelque clarté dans notre sujet, nous les étudierons successivement en commençant par les premiers.

Je vous l'ai déjà dit, le cœur est un organe double composé de deux cœurs; en décrivant les mouvements de l'un, nous décrirons ceux de l'autre, puisqu'ils marchent ensemble malgré l'opinion d'un physiologiste qui s'est plu à imaginer l'hypothèse de mouvements successifs du cœur droit et du cœur gauche.

Pendant la visite j'ai appelé votre attention sur deux malades couchés aux numéros 11 et 23 de la salle des hommes; vous avez vu chez eux, particulièrement chez le second, un premier mouvement du cœur qui frappe les yeux, qui fixe l'attention, c'est le choc de la pointe venant frapper la poitrine.

L'un de vous a pris le pouls du malade, l'autre a placé sa main sur le cœur, et en comptant vous avez pu vous convaincre qu'ils répétaient en même temps : un, deux, etc. Vous avez eu la preuve évidente de l'isochronisme du choc de la pointe du cœur avec le pouls. Voilà un premier fait acquis à la science.

S'il était vrai, comme on l'a prétendu, que le choc de la pointe fût isochrone à la systole de l'oreillette, il faudrait admettre que la systole ventriculaire a lieu en même temps; or, comment comprendre que deux mouvements opposés, *contraction* et *dilatation*, aient lieu simultanément. L'expérience que nous vous avons fait faire pour constater l'isochronisme du choc de la pointe du cœur avec le pouls, nous l'avons sou-

---

M. Charrier nous a montré une *fracture par enfoncement* d'une des pièces du *frontal*, chez un enfant nouveau né, masquée, pendant la vie, par un céphalhématome. Elle était le résultat de la pression de la tête contre l'angle sacro-vertébral, pendant le travail de l'accouchement.

Le forceps avait été appliqué, mais aucun des points des cuillères n'avait porté sur l'endroit fracturé.

Pour les autres pièces, elles étaient toutes le résultat de chutes, de coups, de violences extérieures.

L'une d'elles, présentée par M. *Guyot*, au nom de *M. Desciau de Montfort-l'Amaury*, partait du pariétal et s'irradiait en divers sens. Quelques-unes de ces irridiations circonscrivaient une esquille du pariétal; l'une d'elles suivait l'axe du rocher dans le lieu d'élection de ces fractures. Le malade survécut soixante-dix jours à ses blessures (coups de maillet) et succomba probablement, (car les détails sont assez obscurs) à une encéphalite survenue à la suite d'une contusion du cerveau. Toute la partie de l'encéphale, correspondante à la fracture était réduite en bouillie.

Ces lésions de l'encéphale, à la suite de violence extérieures, méritent de nous arrêter un instant. Les symptômes qui se manifesteront à la suite de contusion du cerveau ou de ses enveloppes, ne se montrent pas toujours, comme dans ce cas, immédiatement après l'accident. J'ai vu, dans le service de M. *Velpeau*, il y a dix-huit mois à deux ans, un jeune homme qui avait reçu sur la tête un coup de sabre, ayant intéressé la lame externe du pariétal; le malade sortit six à huit jours après son entrée à l'hôpital, pour y rentrer quelques jours plus tard; il est mort d'une encéphalite, et à l'autopsie on a trouvé une couche de pus sur l'hémisphère du côté correspondant à la blessure, et les signes de l'encéphalite. — J'ai vu un bûcheron, qui, en tombant d'un arbre, s'était fait, à la tête, une blessure large et profonde, mais sans fracture; huit jours après il reprenait ses occupations et succombait un mois plus tard aussi à une encéphalite. La contusion, en effet, quand elle a frappé de mort une partie de l'encéphale, doit déterminer des accidents, un peu plus tôt, ou un peu plus tard; après trois, quatre, six ou huit jours. La commotion se produit au moment où agit la violence extérieure. Ses effets persistent, jusqu'à complète guérison. La contusion agit d'abord comme la commotion, puis il y a rémission dans les symptômes jusqu'au moment où se déclare une encéphalite tout autour du point contus.

Une autre pièce de M. *Gallard* nous offre un autre intérêt. Une jeune fille tombe d'un lieu élevé; il se fait par l'oreille un écoulement séreux d'abord, bientôt purulent. La malade meurt du choléra, un mois après son entrée à l'hôpital. *A priori*, si la malade avait vécu, un fait semblable pourrait être invoqué par les chirurgiens qui prétendent rapporter le suintement par l'oreille à l'écoulement de la sérosité d'un caillot sanguin. Le caillot s'est enflammé, et l'écoulement est devenu purulent... Mais l'autopsie est venue réfuter une fois de plus cette hypothèse : il n'y avait pas de caillot, mais une fracture du rocher. — Cette opinion compte du reste peu de partisans.

(*La suite à un prochain numéro.*)

vent répétée chez des malades qui avaient le pouls à 40 par minute; dans ce cas on ne peut invoquer la rapidité des mouvements. Vous allez voir que les différents physiologistes qui ont procédé par voie d'expérimentation sur les animaux, ont constaté que la contraction de l'oreillette et du ventricule a lieu *successivement ;* soutenir le contraire est une monstruosité physiologique que l'on a peine à comprendre.

Haller conclut des expériences qu'il a faites sur ce sujet que : « Les ventricules et les oreillettes sont le siége de contractions et de dilatations *alternatives.* Les oroillettes se contractent simultanément pendant que les ventricules sont en repos. Peu après elles se relâchent et c'est alors que les ventricules se contractent à leur tour d'une manière simultanée comme les oreillettes. »

M. Magendie, qui a répété un grand nombre de fois ces expériences, s'exprime ainsi : « Si le cœur d'un animal est mis à découvert on reconnaît aisément que les oreillettes et les ventricules se resserrent et se dilatent *alternativement.* Ces mouvements sont tellement combinés, que le resserrement des oreillettes arrive *concurremment* avec la dilatation des ventricules, et, *vice versa*, que la contraction des ventricules coïncide avec la dilatation des oreillettes. »

Plus tard Hope a fait, en Angleterre, de belles expériences sur les mouvements que nous analysons, nous allons vous présenter le résultat de celles entreprises sur des ânes.

« Le premier mouvement du cœur qui interrompt l'intervalle de repos, c'est la systole de l'oreillette. Cette systole consiste en un mouvement de contraction *très léger* et bref, plus considérable dans *l'appendice qu'ailleurs.....* La systole ventriculaire commence subitement et est suivie de la diastole. On reconnaît à la vue et au toucher que la contraction du ventricule consiste en une secousse énergique et soudaine, accompagnée de la dépression du centre au corps du ventricule.

Le choc de la pointe du cœur contre les côtes et le pouls des artères les plus voisines du cœur sont *isochrones à la systole ventriculaire.* »

Les expériences que j'ai entreprises à ce sujet m'ont donné les mêmes résultats que je viens de vous indiquer; elles sont consignées dans le *Traité des maladies du cœur ;* les voici :

« Le 23 février 1834, j'ai mis a découvert le cœur d'un jeune coq vigoureux..... Pendant le cours de l'expérience j'ai vu le cœur glisser doucement dans le péricarde et imiter par les contractions et les dilatations *alternatives* le jeu d'une pompe aspirante et foulante ayant pour réservoir les oreillettes. *Il me sembla* que le cœur s'allongeait en se contractant, et chaque contraction était accompagnée du *redressement en avant de la pointe* de cet organe ; redressement qui donnait au doigt la sensation d'une assez forte impulsion. »

Vous voyez, messieurs, quelle sévérité je mets dans mes observations ; j'ai dit : « Il me *sembla* que le cœur s'allongeait en se contractant ; » je n'affirme pas ce qui n'est pas évident pour moi. Dans les expériences entreprises sur des lapins, j'ai pu me convaincre du fait, mes paroles sont plus explicites : « .....La pointe du cœur se redressait fortement pendant la contraction de ceux-ci (des ventricules) ; lorsque l'on stimulait en quelque sorte cette contraction en frappant le cœur avec la pointe d'un instrument, il se redressait avec une sorte de *bond* et repoussait fortement le doigt qui l'explorait. »

Vous avez vu qu'il est dit en parlant de la pointe du cœur, *redressement.*

Rappelez-vous ce qui se passait chez notre malade du n° 23 quand nous avons appliqué le stéthoscope sur la pointe du cœur ; vous avez remarqué un double mouvement imprimé à l'instrument : mouvement de *propulsion,* mouvement de *redressement.*

En présence d'une pareille démonstration, voyons ce qu'ont pu opposer ceux qui s'obstinent, malgré l'évidence, à faire coïncider le choc de la pointe du cœur avec la systole de l'oreillette.

Nous ne chercherons pas à réfuter M. Pigeaux, qui est revenu de son ancienne opinion; occupons-nous de celui qui défend aujourd'hui cette dernière théorie.

Et tout d'abord, n'est-il pas étrange que, pour arriver à une connaissance exacte sur les mouvements et les bruits du cœur chez l'homme, on ait fait les principales expériences sur des animaux à cœur simple ? C'est d'après elles que l'on nie formellement la projection de la pointe du cœur dans la systole ventriculaire. Laissons parler le partisan de cette théorie : « Le seul mouvement de projection de la pointe en avant que l'on observe, a lieu immédiatement avant la systole, dans la diastole par conséquent, et consiste en un véritable allongement des fibres ventriculaires, qui se fait non-seulement en avant, mais encore en bas et sur les côtes. Quant à la cause de ce mouvement de projection, ou mieux de turgescence, nous avons établi qu'il était l'effet de *l'impulsion communiquée par l'oreillette contractée à l'ondée sanguine qui pénètre dans le ventricule.* Ainsi il est démontré que : 1° dans la systole il y a rétrécissement du ventricule sans projection en avant de sa pointe; 2° que, dans la diastole, il y a ampliation générale du ventricule, apparente surtout à la pointe qui se porte en bas et en avant. Or, nous voilà en contradiction avec l'opinion généralement adoptée. » Voici comment s'exprime le même auteur en parlant de ses expériences sur des animaux à cœur double; « *Supposons* l'oreillette contractée. La tête de la colonne veineuse, soumise à une impulsion continue, se trouve arrêtée aux embouchures des veines, qui sont resserrées par la contraction de l'oreillette; elle fait effort de toute part et se précipite dans la cavité aussitôt que le resserrement contractile en est terminé. Le sang va choquer violemment la paroi antérieure de l'oreillette et lui fait exécuter un mouvement antérieur énergique. Il continue ainsi de couler dans sa cavité, jusqu'à ce que la réplétion soit complète; alors l'oreillette opère sa contraction, qui commence par le resserrement des embouchures veineuses. Cette contraction fait cesser à l'instant la communication qui existait entre le sang arrivé dans l'oreillette et le reste de la colonne, et forme de cette manière l'ondée sanguine. Celle-ci, chassée avec force de haut en bas, d'arrière en avant, soulève les valvules auriculo-ventriculaires, débouche en masse par l'ouverture ventriculaire dans le ventricule, qu'elle distend, *et dont le sommet éprouve alors un mouvement en bas et en avant.* Elle n'est pas plutôt dans le ventricule que celui-ci se contracte; sa pointe, qui était portée en avant, revient à son état normal et se rétrécit dans tous les sens ; les valvules auriculo-ventriculaires s'appliquent contre leur orifice, et l'ondée sanguine, violemment refoulée, relève les trois valvules semi-lunaires et pénètre dans l'artère, qui subit alors ce mouvement bref de dilatation que l'on nomme pouls. Ces différents mouvements par lesquels l'ondée sanguine passe de l'oreillette dans l'artère, se succèdent *fort rapidement, comme convulsivement,* de telle sorte que leur *ensemble paraît former un mouvement unique,* et que *la contraction de l'oreillette, qui est le principal de tous, est presque isochrone avec le pouls artériel, qui en est le dernier.* . . . .
On doit, pour avoir une juste idée de la série des mouvements qui constituent un battement du cœur, *ne considérer que la contraction et la dilatation de l'oreillette.* . . . .
On peut dès lors considérer l'oreillette comme l'*organe central de la circulation,* le cœur proprement dit. »

Vous voyez, messieurs, que l'auteur, comme il l'avoue d'ailleurs, est en contradiction avec l'opinion généralement reçue; il pourrait cependant avoir raison contre elle, s'il était au moins d'accord avec les faits. Ce qu'il a vu sur la grenouille qui a servi à ses expériences, est bien en opposition avec les observations de Haller, de MM. Magendie, Hope, et avec les nôtres, en opposition surtout avec l'expérience que vous avez faite vous-même chez notre malade du n° 23, et où vous avez constaté avec la *dernière évidence* l'isochronisme *parfait du choc de la pointe avec le pouls.* En parlant de ses expériences sur les ani-

maux à cœur double, le même auteur *suppose les choses* au lieu *de les décrire*, c'est l'expression dont il se sert. « Supposons, » dit-il ; puis de là une longue théorie sur la marche d'une colonne de sang que suit son imagination, mais que ses yeux, sans doute, n'ont jamais vue.

Les trois mouvements qui font passer le sang de l'oreillette dans le ventricule se *succèdent convulsivement*, dites-vous, et n'en *forment qu'un unique?* Que *vous supposiez* ainsi la chose chez un malade dont le pouls serait très-accéléré, passe ; mais chez un individu qui aurait seulement 40 ou 42 pulsations par minute, la rapidité des mouvements n'est pas telle chez lui que tous soient confondus en un seul ; dans ce dernier cas, nous avons vu et bien vu, constaté et fait constater aux élèves l'isochronisme *parfait* du choc de la pointe du cœur avec le pouls. Ceci est donc bien contraire à cette contraction de l'oreillette *presque isochrone*, suivant vous, au pouls. Encore une fois nous l'avons toujours vu *parfaitement* isochrone, et *non à peu près.* Ce fait admis, restait à l'expliquer par la contraction de l'oreillette; c'est cette explication que nous avons vainement cherchée sans pouvoir la trouver, et nous n'hésitons pas à dire qu'une semblable théorie est un contresens physiologique, pour parler le langage de Bichat.

Pour avoir, suivant vous, une juste idée d'une révolution du cœur, il faudrait ne considérer que *la contraction et la dilatation des oreillettes ?* Mais, s'il en était ainsi, la physiologie et l'anatomie, qui se prêtent un si puissant appui pour les autres organes, se donneraient ici un démenti singulier. Vous voulez prêter à un réservoir presque complétement dépourvu de fibres musculaires *une force de contraction* considérable, et vous refusez à la portion du cœur essentiellement musculaire la part principale dans les mouvements de cet organe? Puis enfin l'explication que vous nous donnez pour empêcher le sang de refluer par les embouchures des veines *dépourvues de soupapes*, est bien peu satisfaisante ; vous *supposez* toujours ce qui est à *démontrer :* une grande force de contraction. Celle-ci même existerait-elle, que, le sang faisant effort de toutes parts, tendrait autant à s'échapper par les embouchures des veines qu'à être chassé dans le ventricule où il est véritablement aspiré.

Plus loin le même auteur ajoute : « que si le choc de la pointe du cœur est l'effet de la contraction des oreillettes, l'intensité du choc doit toujours prouver l'intensité de la contraction auriculaire ; et toutes les fois que, dans une affection organique du cœur, on voit la cage thoracique violemment ébranlée par le choc de la pointe, on doit conclure qu'il y a contraction violente des oreillettes dépendant de l'hypertrophie de leurs parois. »

Les faits que l'on donne à l'appui de cette manière de voir sont justement empruntés au *Traité des maladies du cœur;* ils sont au nombre de seize, et relatifs à des hypertrophies *des oreillettes* unies à *celle des ventricules.* Les conclusions tirées du principe que vous posez sont légitimes, mais fausses comme le principe d'où elles émanent et dont il faudrait démontrer toute l'exactitude. Or, les observations que vous invoquez en faveur de votre opinion sont loin de lui être favorables ; elles la combattent, au contraire, puisque de toute évidence le choc de la pointe du cœur n'est pas *isochrone* à la systole *auriculaire*, mais bien à la systole *ventriculaire.*

Faut-il ajouter que la direction des fibres contournées du cœur, si bien décrite par M. le docteur Filhas, ne permet à la pointe de se redresser que pendant la contraction ventriculaire.

Voici enfin un dernier argument qui, j'espère, finira par vous convaincre et vous fera voir combien la théorie que nous combattons a été élaborée à l'ombre du cabinet, laissant à l'écart l'observation directe, juge suprême en pareille matière. L'auteur admet que la cause de la projection du cœur en avant, « *c'est l'impulsion communiquée par l'oreillette contractée à l'ondée sanguine qui pénètre dans le ventricule.* » Or, si l'oreillette cessait de communiquer cette impulsion à l'ondée sanguine, ou plutôt si celle-ci n'existait plus, pour que la théorie fût vraie, il ne devrait plus y avoir redressement de la pointe du cœur.

Voici une expérience que j'ai répétée plusieurs fois et dont je vous garantis toute l'exactitude.

Enlevez immédiatement le cœur, chez un animal, placez-le sur une table, hé! bien, le *mouvement de soulèvement de la pointe du cœur persiste encore quelque temps*. Les oreillettes ne recevant plus de sang, ne peuvent donc communiquer à celui-ci la force d'impulsion que vous invoquez pour soulever le ventricule.

Vous voyez, Messieurs, à quoi se réduisent les arguments invoqués pour soutenir la théorie que nous venons de combattre. Pour nous résumer, nous dirons : Le choc de la pointe du cœur est isochrone avec le pouls; nous vous l'avons fait constater chez nos malades; les physiologistes dont nous vous avons rapporté les expériences l'ont observé pendant la systole ventriculaire. Il est impossible d'assigner aux oreillettes le rôle principal dans le jeu de l'organe central de la circulation. Dépourvue de fibres musculaires suffisantes pour des contractions énergiques, MM. Magendie, Hope et nous-même, n'avons jamais observé que des mouvements vermiculaires plus prononcés vers les appendices, et voyez ici combien la physiologie est d'accord avec les données anatomiques; c'est justement cette portion de l'oreillette qui contient le plus de fibres musculaires. Enfin, les oreillettes ne peuvent être considérées que comme des réservoirs; les embouchures veineuses étant dépourvues de soupapes, le sang refluerait de ce côté s'il n'était aspiré par les ventricules au moment où se fait le vide pendant la diastole ventriculaire.

Quelle est la cause du choc de la pointe du cœur? Senac admet trois causes pour l'explication de ce phénomène : 1° la dilatation des oreillettes qui se fait pendant la contraction des ventricules; 2° la dilatation de l'aorte et de l'artère pulmonaire par suite de l'introduction du sang que les ventricules y ont poussé; 3° enfin, le redressement de la crosse de l'aorte par suite de la contraction du ventricule gauche. Toutes ces raisons sont plus spécieuses que solides, et, pour les réduire à néant, il me suffira de vous citer une expérience que j'ai répétée souvent. Quand on met à nu le cœur d'un animal, qu'il est enlevé et placé sur une table, *on observe encore pendant quelque temps le soulèvement de la pointe.* Or, les oreillettes ne peuvent plus se dilater en recevant du sang, et l'action de l'aorte et de l'artère pulmonaire ne peut être invoquée, puisque les vaisseaux sont coupés.

Pour nous, le mouvement de redressement de la pointe du cœnr reconnaît comme cause principale la contraction même du ventricule, son inspection attentive le démontre. Les données anatomiques nous aident bien dans l'explication de ce phénomène. M. Tilhos a indiqué avec soin la disposition des fibres contournées du cœur qui, prenant leur point fixe aux zônes tendineuses de la base de cet organe, impriment, en se raccourcissant, un mouvement de soulèvement à la pointe. M. Tilhos soutient peut-être avec raison que le ventricule gauche opère seul ce phénomène. Enfin, dans ces derniers temps, un jeune physiologiste, M. Hiffelsheim, a imaginé un appareil assez ingénieux au moyen duquel il a cherché à démontrer que le recule est la cause des battements du cœur. Il a donné la formule suivante : le cœur bat, parce qu'il recule; cette formule n'a peut-être pas toute la rigueur que semble lui attacher son auteur, car elle eût été aussi vraie en la renversant et en disant : le cœur recule parce qu'il bat. Quoi qu'il en soit, c'est une cause qui peut s'ajouter aux autres pour l'explication du choc de la pointe du cœur.

Un journal de médecine a rendu compte, il y a peu de jours, d'expériences qui démontreraient que c'est pendant la diastole ventriculaire que le cœur est projeté en avant. Savez-vous sur quels faits se fonde l'auteur? Les expériences n'ont plus porté

sur des animaux de la troisième classe des vertèbres, mais bien sur *des poissons qui viennent d'éclore, et chez lesquels l'œil peut suivre avec facilité la série des mouvements du cœur;* on voit alors que cet organe est projeté en avant au moment de la diastole ventriculaire. Il faut convenir que l'auteur de ces expériences a une habileté rare, puisque chez un poisson *qui vient d'éclore*, il distingue avec une *grande facilité* les différentes parties du cœur et leurs mouvements! On nous permettra de citer simplement ces faits sans même les combattre. Voilà les mouvements extérieurs que je viens de vous décrire, il me reste à vous parler de ceux du second ordre ou intérieurs. Ces derniers ne sont pas visibles comme les précédents, mais leur existence n'est pas moins certaine. Les mouvements intérieurs consistent dans l'abaissement et le redressement des soupapes qui se trouvent à chacun des orifices; mais la puissance qui les met en jeu n'est pas la même pour les valvules placées à l'origine des artères et celles placées à l'embouchure des ventricules avec les oreillettes.

Pour les valvules semi-lunaires de l'aorte et de l'artère pulmonaire, les mouvements sont purement mécaniques, physiques, il n'intervient aucune force musculaire, et en effet on ne rencontre pas de muscle.

Il importe de bien s'entendre sur les mots : *abaissement, redressement.* Nous disons, nous, que les valvules sont abaissées quand elles sont parallèles à l'axe du vaisseau, appliquées contre ses parois; redressées au contraire quand elles sont relevées pour clore l'orifice et empêcher le passage du sang.

Le premier mouvement a lieu quand les ventricules lancent la colonne sanguine à travers les orifices aortique et pulmonaire, et le second quand la diastole ventriculaire succède à la systole; la dilatation du ventricule attire du côté du cœur les valvules abaissées en même temps que la réaction des artères aorte et pulmonaire pressant de toutes parts le sang qu'elles contiennent, tend à le faire reculer du côté du cœur; c'est cet effort même qui a pour résultat de soulever les valvules. Ce qui prouve bien que c'est une force purement physique qui met ces soupapes en jeu, c'est qu'elles remplissent encore leurs fonctions après la mort; si en effet on introduit de l'eau par l'aorte, celle-ci ne pénètre pas dans le ventricule, retenue qu'elle est par les valvules semi-lunaires. C'est une expérience que nous avons répétée un grand nombre de fois.

Vous allez voir que le mécanisme des valvules auriculo-ventriculaires n'est pas le même, elles sont disposées bien différemment; ce ne sont plus de simples goussets comme les valvules sygmoïdes, mais de véritables lames auxquelles de nombreux tendons viennent s'insérer et qui partent eux-mêmes des colonnes musculaires dont nous vous avons indiqué les fonctions en parlant de l'anatomie du cœur. Vous avez vu qu'il y a trois colonnes à droite, une pour chaque lame de la valvule; deux à gauche, celle-ci, comme l'indique son nom, bicuspide, n'en possédant que deux.—Au moment où s'opère la systole ventriculaire, les valvules auriculo-ventriculaires sont dans un état d'abaissement qu'avait exigé le passage du sang dans les ventricules; donc la contraction des colonnes charnues qui s'insèrent aux valvules, a pour résultat le redressement de ces soupapes. Pendant la systole ventriculaire, lorsque la colonne de sang est chassée dans les artères aorte et pulmonaire et que leurs valvules s'abaissent pour lui livrer passage, les soupapes auriculo-ventriculaires ferment l'écluse afin d'empêcher le sang de refluer vers les oreillettes.

Maintenant que nous avons une idée exacte des deux mouvements du cœur, il importe d'étudier l'ordre dans lequel ils s'exécutent; c'est ce qui constitue le rhythme de cet organe.

Pour cette étude, on ne peut prendre indifféremment le point de départ où l'on veut, nous avons quelquefois cherché en vain à commencer par la systole de l'oreillette, mais tout est confusion, il faut pour comprendre quelque chose à la révolution du cœur, commencer au moment de la systole ventriculaire. L'ordre suivant lequel s'exécutent les mouvements a été bien décrit par Haller et M. Magendie. Lorsque la contraction ventriculaire a lieu, les valvules auriculo-ventriculaires ferment l'écluse par le mécanisme sur lequel nous avons insisté déjà, et alors les valvules sygmoïdes s'abaissent, c'est-à-dire viennent se placer parallèlement à l'axe du vaisseau pour laisser passer la colonne de sang lancée par la systole ventriculaire; c'est là ce qui constitue le premier temps composé, comme vous voyez, de plusieurs mouvements. Après la systole des ventricules, il y a un repos (petit repos); puis la diastole pendant laquelle les valvules auriculo-ventriculaires s'abaissent pour laisser libre le passage du sang aspiré des oreillettes dans les ventricules; au même moment les valvules semi-lunaires sont relevées par la double cause que je vous ai indiquée en parlant de ces soupapes; ces différents mouvements forment le second temps, auquel succède le grand repos du cœur. L'ensemble de ces mouvements et le repos qui les suit constituent un battement complet.

Il serait précieux d'avoir un instrument qui mesurât la force des battements du cœur; le sphygmomètre de M. Herisson, modifié, pourrait remplir le but que nous pouvons atteindre en partie au moyen de la vue, de l'inspection et surtout de la main appliquée sur la région du cœur; c'est un instrument que la nature nous a donné à tous et susceptible d'une grande précision quand il est exercé.

Pour en finir avec la physiologie du cœur dont les fonctions mécaniques ne l'empêchent pas d'être un organe vivant, il me restera à vous parler de la théorie de ses bruits.

D[r] E. AUBURTIN,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

Hôpital Lariboissière. M. CHASSAIGNAC.

Des indications de la trachéotomie dans les cas de corps étrangers

La trachéotomie est indiquée toutes les fois qu'il y a imminence de suffocation par un obstacle matériel à l'introduction de l'air par la trachée.

Deux ordres de causes peuvent amener ce résultat, d'une part les corps étrangers, d'autre part une série nombreuse d'affections qui nécessitent l'établissement d'une voie artificielle pour l'introduction de l'air dans les poumons.

Avant toutes choses, disons un mot du moment opportun pour l'opération : 1° dans le cas où il y a certitude complète de l'existence d'un corps étranger dans la trachée, nous avons pour régle d'opérer sur-le-champ, si les autres moyens d'expulsion que l'art peut posséder sont restés impuissants, et, en cas de sursis dans l'exécution de l'opération, de ne pas quitter le malade; 2° dans tout autre cas que celui de corps étrangers, c'est le degré d'asphyxie de l'individu qui nous donne la mesure de la rapidité avec laquelle on doit agir.

Pourquoi cette hâte à opérer dans le cas de corps étrangers? L'expérience a prouvé que tout individu qui a un corps étranger dans la trachée est sous le coup d'une suffocation immédiate, alors même qu'il n'existe chez lui dans le moment présent aucun phénomène grave, aucun empêchement bien manifeste à la respiration. Mais cet individu que vous voyez actuellement si calme, que vous seriez tenté de laisser à lui-même jusqu'à ce que de nouveaux accidents soient venus en quelque sorte vous forcer la main, cet individu peut tout à coup, dans un accès de toux et par un simple déplacement du corps étranger, être atteint d'asphyxie foudroyante avant que vous n'ayez eu le temps de revenir près de lui. On a plaidé, nous le savons, en faveur d'une temporisation indéfinie. Cela ressort d'un très-savant travail de M. Mondière de Loudun, qui

a réuni un certain nombre d'observations d'individus porteurs de corps étrangers dans les voies aériennes, lesquels n'ayant pas été opérés, ont cependant pu survivre et se rétablir complétement, après avoir gardé pendant un plus ou moins grand nombre d'années les corps dont il s'agit. Mais d'abord ces faits se rapportent au côté en quelque sorte chronique de la question. Ils ne prouvent nullement que ce que nous affirmons n'existe pas, à savoir, le danger imminent d'une suffocation mortelle. Dans l'examen des faits du genre de ceux mentionnés par M. Mondière, on a laissé de côté les cas de mort, et ils sont nombreux, qui s'observent dans les premières périodes de l'introduction des corps étrangers dans les voies aériennes. Ainsi, l'argumentation qui repose sur les faits de ce genre ne saurait rien conclure à l'endroit de ce qu'on peut appeler l'état aigu.

Maintenant nous disons même qu'au point de vue de la chronicité de ces corps étrangers, les faits cités par M. Mondière n'établissent point l'opportunité de l'abstention chirurgicale, et il suffit de lire avec quelque attention les observations très-curieuses, du reste, qu'il rapporte, pour voir que ce n'est qu'à travers des accidents sans nombre et qui ont mis très-longtemps leur existence en péril, que les individus atteints ont pu arriver à la guérison spontanée. Ainsi notre affirmation est absolue à cet égard. Du moment qu'il y a un corps étranger dans la trachée et que le chirurgien est appelé, il doit, séance tenante, obtenir d'une manière ou d'une autre la sortie du corps étranger. Que, s'il ne veut pas agir immédiatement par la trachéotomie, il doit alors rester, sans interruption, auprès du malade, sous peine de le laisser en danger de mort.

Notre intention n'est point ici de signaler les variétés nombreuses de corps étrangers qui peuvent pénétrer dans les voies aériennes. Cette énumération, faite dans tous les livres classiques, n'aurait ici aucune utilité. Nous mentionnerons seulement, parmi les divisions qu'on pourrait établir, celle qui nous paraît susceptible de donner lieu à des indications pratiques. Nous voulons parler de la division des corps étrangers en solubles et fixes. Il est évident, en effet, que lorsqu'un corps étranger rapidement soluble s'est introduit dans le conduit aërien, l'opérateur peut s'abstenir de pratiquer la trachéotomie, à la condition toutefois qu'il ne s'éloignera pas du malade et se tiendra prêt à agir, dans le cas où, la dissolution du corps étranger se faisant trop attendre, la suffocation deviendrait imminente et compromettrait sérieusement l'existence.

En dehors de cette circonstance, toutes les variétés connues de corps étrangers rentrent pour nous dans l'indication des corps étrangers considérés en général, indication que nous avons déjà formulée.

Toutefois nous ferons remarquer que, dans le cas où le corps étranger constitué par un objet analogue à une épingle ou un clou serait perceptible à travers la trachée et l'enveloppe cutanée, on pourrait se dispenser de faire la trachéotomie, inciser directement sur le corps en question et l'extraire en le saisissant par une de ses extrémités.

Dans cette question des corps étrangers, trois points seulement intéressent le praticien : Y a-t-il un corps étranger dans les voies aériennes? Doit-on l'extraire? Par quel genre d'opération convient-il de l'extraire?

La certitude de l'existence d'un corps étranger dans les voies aériennes est souvent fort difficile à acquérir. Le commémoratif qui fournit des renseignements précieux à ce sujet, ne peut pas toujours être établi. Et d'autre part, les causes d'accidents analogues à ceux que peut produire la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, surtout chez les enfants, sont assez fréquentes pour donner lieu à de grandes hésitations. Il convient donc de rappeler les circonstances susceptibles d'élcairer cette partie du diagnostic. Ces circonstances sont : 1° des accès de toux convulsifs et saccadés; 2° une douleur fixe, que le malade rapporte à la partie des voies aériennes dans laquelle le corps étranger est arrêté; 3° le *grelottement* perceptible à l'oreille et à la main, signe sur lequel Dupuytren a insisté; 4° l'existence d'une douleur profonde, sourde et générale; 5° la gêne de la respiration dans un des côtés de la poitrine seulement; 6° enfin, suivant la remarque judicieuse de M. Barth, la diminution, voire même la cessation complète du murmure vésiculaire dans ce côté coïncidemment à la persistance de la sonorité normale.

Avec l'ensemble de ces signes on peut arriver, sinon toujours, du moins dans un certain nombre de cas, à reconnaître qu'il existe non-seulement un corps étranger dans les voies aériennes, mais même le lieu précis dans lequel il se trouve.

Doit-on extraire le corps étranger? Nous nous sommes déjà suffisamment expliqué sur cette question.

Par quel genre d'opération convient-il d'extraire le corps étranger? A cet égard, la doctrine que nous professons diffère tellement de celle qui a été enseignée jusqu'ici, que nous sommes obligé d'entrer dans quelques explications à cet égard.

Nous commençons par établir que dans tous les cas, et quel que soit le siége actuel du corps étranger, il faut recourir d'emblée à la trachéotomie. — Cela ne saurait faire l'ombre d'un doute pour les cas dans lesquels le corps étranger se trouve dans la trachée ou dans les bronches. Car l'idée de retirer à travers une ouverture pratiquée au larynx les corps de ce genre n'a pu se présenter qu'à l'esprit de chirurgiens qui n'avaient jamais suffisamment réfléchi à la construction anatomique des parties, ou aux difficultés du manuel opératoire. Mais si, comme on en a des exemples, le corps étranger est arrêté dans le larynx soit au-dessus, soit au-dessous de la glotte, soit même dans les ventricules laryngés, n'y a-t-il pas lieu à une indication légitime pour tel ou tel genre de laryngotomie? Telle n'est pas notre opinion et nous pensons que c'est encore à la trachéotomie qu'il faut avoir recours. D'abord, il faut bien comprendre que, pendant une opération du genre de celle qui consiste à extraire un corps étranger contenu dans le larynx, il peut survenir de nombreuses causes de suffocation, l'écoulement du sang, la chute même dans la trachée du corps étranger qu'on a l'intention de retirer du larynx.

Nous professons donc qu'avant toute chose on doit pourvoir à la sûreté de la respiration, et cela ne peut se faire qu'à la condition d'avoir une ouverture trachéale permettant au besoin d'installer une canule pour pouvoir se livrer sans trouble à l'opération délicate qu'il s'agit d'exécuter sur le larynx. D'autre part, il faut remarquer qu'à travers l'ouverture que donne la trachéotomie, on peut parfaitement retirer de bas en haut certains corps étrangers arrêtes dans le larynx ou les refouler dans le pharynx ou dans la cavité buccale.

Ainsi, nous disons qu'il faut dans tous les cas pratiquer la trachéotomie : 1° parce que si le corps étranger occupe la trachée ou les bronches, c'est la seule opération proposable; 2° parce que dans les cas de corps étrangers laryngiens, elle vaut mieux encore que la laryngotomie pour faire atteindre le but; 3° enfin, parce que dans les cas où on aurait reconnu qu'il faut de toute nécessité agir directement sur le larynx, l'ouverture trachéale joue le rôle d'une soupape de sûreté propre à sauvegarder la vie du malade durant le cours d'une opération délicate et difficile dont une trachéotomie préalable facilite l'exécution.

Les corps étrangers retenus dans le pharynx et surtout dans l'œsophage peuvent devenir une cause d'asphyxie tellement imminente que, si on est dans l'impossibilité de les extraire sur-le-champ, on doit recourir à la trachéotomie pour satisfaire à l'indication la plus urgente. On imite ainsi la conduite d'Habicot qui pratiqua l'ouverture des voies aériennes chez un jeune homme menacé de suffocation pour avoir avalé quelques pièces d'or renfermées dans un linge.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 29. 3e ANNÉE. Jeudi 8 mars 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Appendice à la discussion du cancer.

(*Premier article.*)

Nous sommes obligé de revenir aujourd'hui sur une discussion dont les lecteurs de ce journal sont déjà saturés, discussion que les micrographes n'ont point provoquée, mais devant laquelle ils n'ont pas dû reculer lorsque M. Velpeau les a attaqués devant l'Académie. Après avoir passé quatre mois entiers sur la brèche, nous avions déposé avec joie la plume de la polémique et nous avions repris nos travaux ordinaires, lorsque l'infatigable ardeur de nos adversaires est venue nous arracher encore une fois à nos habitudes pacifiques.

La *Gazette hebdomadaire* a publié, il y a quelques jours, une lettre de M. Virchow, professeur d'anatomie pathologique à l'université de Würtzburg et l'un des micrographes les plus éminents de l'Allemagne. Si ce document précieux eût paru pendant la durée de la discussion, nous nous serions empressé de le reproduire et d'y puiser quelques arguments. Nous ne l'avons pas fait jusqu'ici parce que nous aurions craint, en soufflant sur des cendres chaudes, de rallumer un incendie mal éteint.

Les motifs de cette hésitation n'existent plus aujourd'hui. M. Velpeau vient de rouvrir la discussion. Pendant que la presse et l'Académie oubliaient peu à peu le microscope et le cancer, et que chacun se reposait d'une lutte déjà trop longue, M. Velpeau préparait une nouvelle édition de son dernier discours, édition revue, corrigée, augmentée, et enrichie d'un appendice peu flatteur pour ses adversaires.

Cette publication inattendue, dans laquelle nous sommes souvent et personnellement mis en cause, nous force à prendre de nouveau la plume. Dès lors, nous nous faisons un devoir de consacrer d'abord à la lettre de M. Virchow la sérieuse attention qu'elle mérite.

Cette lettre est d'autant plus précieuse pour nous, qu'elle émane du principal représentant de l'école allemande, et qu'on y trouve, exprimée avec une grande netteté, une doctrine que nos adversaires ont plus d'une

---

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir le numéro 28.)

La trépanation est une opération que l'on pratique rarement, trop rarement peut-être. Il existe, dans la science, bien des observations où cette pratique a été suivie d'un heureux résultat. — Il est des faits, analogues à celui-ci, où les malades, à la suite d'une chute, à la suite d'un accident, ont été trépanés avec succès. Mais c'est surtout à la suite de fracture avec enfoncement de la table interne, dans les cas, où l'on veut arriver à une tumeur siégeant dans le crâne, que cette opération est acceptée par tous les chirurgiens.

A la suite d'une fracture du crâne, compliquée d'épanchement crânéen, *M. Voillemier* a appliqué plusieurs couronnes de trépan. *M. Liégeois* nous a montré la pièce et l'observation est rapportée dans nos bulletins. — La fracture siégeait sur le pariétal et l'occipital, l'épanchement existait bien sous la fracture, dans le lieu où le trépan avait été appliqué. Le caillot sanguin, en partie enlevé, le malade a paru soulagé pendant quelques heures, mais il a succombé assez rapidement.

De l'examen général de ces pièces et de beaucoup d'autres, il résulte que les fractures, dites par contre-coup, si elles existent, sont du moins tellement rares que je n'en connais pas d'exemple bien positif ; la théorie admet qu'elles peuvent se rencontrer, mais la théorie est assez souvent démentie par l'expérience. En attendant, je crois avec M. Aran que les fractures du crâne ont lieu par cause directe, et qu'elles partent du point où a porté la violence extérieure, et je fonde mon opinion sur l'examen des pièces que j'ai pu rencontrer, et sur une quarantaine d'expériences que j'ai faites, sur le cadavre, dans le but d'éclairer cette question.

Exostoses. — Nécroses. — Ostéites, etc.

A côté de ces affections traumatiques des os, il faut placer d'autres lésions du tissu osseux qui peuvent être rangées parmi les lésions de nutrition.

Je cite d'abord un fémur recueilli sur un sujet de quinze à vingt ans, qui nous a été montré par M. Foucher comme exemple de guérison d'un os rachitique. On voyait le tissu osseux dur, rougeâtre... ; mais je m'arrête : c'est dans les bulletins de la Société que nous trouvons le remarquable mémoire de M. Broca sur le rachitisme ; et je me borne à rapporter le fait qui a été mis sous nos yeux sans y ajouter de réflexions.

L'on se sert souvent du mot exostose pour désigner des maladies des os bien différentes les unes des autres. Ce mot exostose est sou-

fois invoquée sans la connaître. « Personne, dit M. Vir- « chow, n'a exposé exactement ma manière de voir. » Il est clair que ce petit reproche s'adresse surtout à MM. Delafond et Velpeau, puisque ces deux académiciens sont les seuls qui aient cité les opinions doctrinales de M. Virchow. Quant à nous, nous avons parlé du savant anatomiste de Würtzburg à propos d'une observation recueillie par lui, et dont la signification nous semblait douteuse, mais nous n'avons pas dit un mot de ses doctrines que nous aurions craint d'altérer, parce qu'elles n'avaient pas encore été formulées d'une manière suffisamment précise.

Il est probable que si la discussion recommençait aujourd'hui à l'Académie,—chose assurément fort peu désirable,— nos adversaires ne se serviraient plus du nom de M. Virchow comme d'un épouvantail destiné à mettre en fuite les micrographes français. Vous prétendez, nous disait-on, qu'il y a des différences entre les éléments cancéreux et ceux qu'on trouve dans les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, mais M. Virchow, que vous considérez comme le premier micrographe de l'Allemagne, voit les choses tout autrement que vous, et affirme que ces éléments sont identiques les uns avec les autres. Vous ajoutez que ces tumeurs n'ont pas les mêmes caractères cliniques; mais M. Virchow affirme au contraire qu'elles se comportent toutes de la même manière. Enfin, vous imposez des noms dissemblables à ces affections que vous croyez différentes,—mais M. Virchow proteste contre vos distinctions illusoires et se joint à nous pour sauvegarder l'antique classe des cancers. Micrographes contre micrographes, école contre école ! Vérité en deçà du Rhin, erreur au delà ! Quelqu'un se trompe ici, à moins que ce ne soit tout le monde.

Voilà ce qu'on nous disait plusieurs fois dans chaque séance. Cela nous touchait assez peu, parce que l'autorité d'un homme, quelque éminent qu'il soit, ne saurait contre-balancer pour nous l'autorité des faits que nous avons observés cent fois. Mais pour le public qui n'a pas les mêmes motifs de conviction, cette argumentation paraissait fort pressante. Les plus bienveillants trouvaient que les micrographes, avant d'aller plus loin, feraient bien de commencer par s'entendre entre eux. Quant aux autres, il se demandaient si ces contradictions d'école à école n'étaient pas de nature à démontrer l'inanité des études microscopiques.

Entre l'école allemande et l'école française, nos adversaires n'hésitaient pas un seul instant. La question de la spécificité des cellules ayant été résolue négativement par M. Virchow, celui-ci devait nécessairement avoir raison contre nous. Tout récemment et à plusieurs reprises, M. Velpeau s'était expliqué sans aucun ménagement sur les *étranges illusions* où était *tombé* le célèbre professeur de Würtzburg (1), mais maintenant il changeait de langage, et élevait très-haut l'autorité de celui qu'il venait de traiter avec si peu d'égards.

M. Virchow ne s'est pas laissé prendre à cette tactique, et il a tenu à protester contre l'abus qu'on avait fait de son nom. Il a donc écrit une lettre qu'il a adressée à la *Gazette hebdomadaire*, journal dévoué comme nous à la cause du microscope. Le choix de ce journal est déjà significatif.

Dans cette lettre, que nous reproduisons textuellement dans le présent numéro, il y a des conclusions pratiques et une théorie. La théorie est loin de nous satisfaire, quoiqu'elle n'infirme en aucune façon nos doctrines sur le cancer ; quant aux conclusions pratiques, elles s'accordent très-bien avec les nôtres, dont elles diffèrent seulement par un détail d'une importance fort secondaire.

Voici comment s'exprime M. Virchow, en parlant des cancers, des cancroïdes et des tumeurs fibro-plastiques :

« On peut donc comprendre toute cette classe sous « une dénomination commune, sous celle de cancer, « *si les cliniciens tiennent à la conserver;* le nom est peu im-

(1) Velpeau, *Traité des maladies du sein*, Paris 1854, in-8, p. 548.

---

vent mal choisi : il emporte l'idée d'une tumeur circonscrite, plantée sur un point quelconque d'un os ou de plusieurs os; tantôt, au contraire, il s'agit d'une hypérostose, tantôt d'une périostose. Il est vrai qu'au lit des malades il serait souvent difficile de différencier ces dernières lésions; et le plus souvent, en même temps qu'il y a de la périostose, il se rencontre de l'hypérostose, ou réciproquement. Mais ne serait-il pas plus avantageux de prendre le mot exostose dans certains cas, quand l'affection est bien limitée; le mot hypérostose, au contraire, lorsque l'affection est diffuse? Cette confusion dans les mots peut amener de la confusion dans les idées. —Je conserverai le mot exostose dans les premiers cas que je vais rapporter; je prendrai le mot hypérostose pour les derniers.

Parmi ces lésions, nous trouvons :

Une exostose des vertèbres cervicales, dont nous reparlerons plus loin ; je rapprocherai de cette pièce une exostose développée entre deux côtes, que nous a montrée M. Verneuil. —Une autre exostose de nature syphilitique, développée sur les os du crâne, que nous devons à M. Charrier, et dans laquelle trois os participaient à l'altération : le frontal, le pariétal, l'occipital. Elle avait déterminé de l'exorbitis, et faisait une légère saillie dans le crâne. Chez le malade qui portait cette exostose, on a remarqué, dans les derniers temps de la vie, un peu de gêne de la parole, un peu de lenteur dans l'expression, fait qui viendrait à l'appui de l'opinion de M. Bouillaud, sur les signes que l'on observe du côté de la parole alors que les lobes antérieurs du cerveau sont comprimés ou altérés.

Une hypérostose, qui occupait l'extrémité inférieure du fémur, et qui nous a été présentée par M. Guyon, doit être rapprochée des exostoses décrites par A. Cooper. L'absence de douleurs ostéocopes éloigne l'idée d'une affection syphilitique; l'altération du fémur fait rejeter aussi l'idée d'une arthrite sèche simple, qui a pour caractère principal d'être bornée à l'articulation et de respecter le corps des os voisins. A l'aide de coupes convenablement dirigées, on retrouvait l'ancien os enfermé dans un tissu aréolaire de nouvelle formation, sécrété entre le périoste et l'os lui-même, qui avait son canal un peu élargi. Au milieu des aréoles de ce nouveau tissu, on trouvait quelques cavités plus larges remplies d'une matière mollasse, un peu fongueuse, que l'on pouvait enlever assez facilement par le râclage. Il est à regretter que cette matière n'ait pas été examinée au microscope. La durée de la maladie, la forme de la lésion, dont le début remontait à plus d'un an, l'absence de douleurs, font penser qu'il ne s'agissait pas d'un cancer. Tout autour de la surface malade on trouvait quelques stalactites osseuses : l'une d'elles occupait le tendon du grand adducteur; une autre était placée sous le muscle triceps, qu'elle avait respecté ; une troisième était située dans la gaîne du jumeau interne, dont l'aponévrose était en partie ossifiée à sa partie supérieure. Du côté de l'articulation, on retrouvait les principales lésions de l'arthrite sèche : induration et plaques osseuses dans la synoviale, franges vasculaires, corps étrangers libres ou pédiculés, usure des cartilages par place; mais une autre lésion du côté des voies urinaires, des varices sur le col de la vessie, venaient encore augmenter l'intérêt de cette présentation. Je reviendrai

« portant. *Je tiendrai néanmoins à un nom spécial* pour « chaque membre de cette classe, parce que entre le car- « cinome (cancer proprement dit), le cancroïde et la « tumeur fibro-plastique, IL Y A DES DIFFÉRENCES TRAN- « CHÉES DE STRUCTURE et de fonction, et que considérés au « point de vue pratique, ils présentent aux cliniciens « DIFFÉRENTS DEGRÉS DE MALIGNITÉ, formant une série des- « cendante qui vient se continuer avec les tumeurs « gélatineuses (colloïdes) et cartilagineuses. »

Ainsi entre les tumeurs cancéreuses, épithéliales et fibro-plastiques, M. Virchow admet qu'il y a des *différences tranchées de structure*. Il n'est pas douteux qu'il s'agit ici de différences histologiques, car toute la lettre de l'auteur roule sur le microscope et sur les cellules. Donc la cellule du carcinome n'est pas la même que celle du cancroïde, et ne ressemble pas davantage aux éléments fibro-plastiques. Il y a entre tous ces éléments des différences tranchées, qui se constatent parfaitement sous des grossissements de 300 à 400 diamètres. C'est là une vérité acceptée et proclamée par toutes les écoles, et, malgré les plaisanteries de M. Velpeau sur les cellules, les collégiens, les noyaux, les toilettes de bal, les nourrices de Bourgogne, les nucléoles et les sirènes, nous espérons qu'à l'avenir on ne contestera plus la possibilité de distinguer les tumeurs d'après leur structure microscopique.

M. Virchow ajoute que des différences symptomatologiques correspondent aux différences histologiques ; que le cancer proprement dit est plus grave que le cancroïde, et celui-ci plus grave que la tumeur fibro-plastique. Il en conclut qu'il faut donner des noms différents à ces choses qui sont différentes. Nous n'avons jamais demandé autre chose.

Voilà comment l'école allemande est en contradiction avec l'école française! Certes, nous ne prétendons pas que ces deux écoles envisagent toutes les questions *histogéniques* sous le même point de vue. Il y a entre elles des différences profondes, que nous indiquerons tout à l'heure, mais qui n'ont aucun rapport avec la pathologie proprement dite, et qui d'ailleurs ne sont pas à la portée des personnes étrangères aux études microscopiques. Quant aux déductions pratiques, les deux écoles, comme on vient de le voir, sont en parfaite harmonie, et M. Virchow a bien raison de dire qu'on a dénaturé ses opinions dans la dernière discussion académique.

Il est vrai que M. Virchow, plus avancé que nous dans la carrière, et plus initié aux faiblesses humaines, fait une petite, une bien petite concession à l'amour-propre des cliniciens purs. Il leur donne l'ombre et garde la proie. Considérant que les *mots importent peu* pourvu qu'on accepte les choses, il consent, *si les cliniciens y tiennent*, à donner à toute cette classe de tumeurs bien distinctes une dénomination commune, celle de cancer par exemple. Mais aussitôt il s'empresse de désigner le véritable cancer, le cancer qui n'est ni épithélial ni fibroplastique, sous un nom particulier destiné à le distinguer des tumeurs que les cliniciens confondent avec lui. Il se sert pour cela du mot *carcinome*, mot bien ancien, qui remonte jusqu'à Hippocrate et qui depuis s'est tellement prostitué avec toutes les tumeurs charnues qu'il s'est attiré le mépris des anatomo-pathologistes. M. Virchow tend à ce mot proscrit une main secourable ; il le relève, le réhabilite et le place en tête du groupe des vrais cancers. Or, carcinome est le nom grec ; cancer est le nom latin ; les deux mots désignent la même maladie, le même animal et le même signe du Zodiaque. L'un vaut bien l'autre, en vérité. Dire que la classe des cancers renferme des carcinomes et d'autres tumeurs qui ne sont pas des carcinomes, c'est comme si on disait qu'il y a des cancers qui sont des cancers, et d'autres cancers qui ne sont pas des cancers. C'est pour éviter cette inconséquence que nous n'avons pas fait la concession illusoire que M. Virchow jette en passant aux partisans de la doctrine classique, pour leur faire prendre patience et pour donner satisfaction à leur amour du passé.

M. Virchow insiste sur la possibilité de la généralisa-

---

sur le fait quand je ferai la revue des lésions de l'appareil génito-urinaire.

Il est une variété d'exostoses qui réclame souvent les secours de la chirurgie, dont j'ai eu l'honneur de vous montrer un exemple. C'est un cas d'exostose sous-unguéale. Cette maladie rebelle s'annonce par une gêne dans les mouvements, une douleur fixe augmentant par la pression, un soulèvement de l'ongle. On voit, quand on l'étudie, qu'elle est produite par les fibres osseuses de la phalange unguéale elle-même, et pour la guérir bien des moyens ont été mis en usage. Quelques chirurgiens ont même proposé de pratiquer l'amputation de la phalangette; mais, dans la majorité des cas, il suffit de réséquer la phalange, d'emporter l'exostose avec l'ongle qui la recouvre, au moyen d'une serpette assez forte et bien coupante, que l'on tient et que l'on manie comme s'il s'agissait de tailler une plume. On observe bien encore quelquefois des récidives, mais elles sont rares, surtout quand on n'a pas craint de porter l'instrument assez profondément. Cette opération s'exécute facilement, promptement, et la guérison ne se fait pas attendre.

Nécroses. — Je vous ai déjà entretenus de deux cas de séquestres, suites de fractures du fémur et des deux os de la jambe. Ce sont des nécroses d'un autre ordre qui vont nous occuper un instant.

M. Guyot a mis sous nos yeux quelques os de la tête nécrosés sur leur table interne. Dans les anfractuosités qui avoisinent la nécrose, on trouvait une substance analogue à du mastic de vitrier. Cette pièce peut être rapprochée d'une semblable lésion, sur laquelle M. Rouget nous a donné précédemment des détails intéressants; or, la présence de cette substance établit une grande probabilité pour faire croire que la maladie est d'origine syphilitique.

Un autre cas de nécrose présenté par M. Titon avait eu pour point de départ une grangrène. Des faits semblables ne sont pas rares; mais le sujet de cette observation nous offrait un point d'ostéogénie assez curieux, sans être tout à fait exceptionnel. L'apophyse acromiale était mobile et ne s'était jamais soudée au reste de l'épine de l'omoplate.

Enfin, je vous signalerai une pièce pathologique de M. Luys : un petit séquestre logé dans l'extrémité inférieure du fémur, dans une petite cavité qui s'ouvrait dans l'articulation fémoro-tibiale. On trouvait dans l'articulation un liquide grumeleux, analogue à du pus.

Ostéites, etc. — Je glisserai rapidement sur un cas d'ostéo-myélite présenté par M. Foucher, qui a tant étudié les maladies du système osseux, et qui a appelé votre attention sur ce sujet dans le compte rendu de l'année précédente. Le périoste était ramolli et se décollait facilement, on voyait sur la surface osseuse un pointillé rouge caractéristique, dans quelques endroits des pertuis, des ouvertures s'enfonçant profondément jusqu'au canal médullaire. La moelle était enflammée, et l'on trouvait les trois degrés de myélite, une rougeur intense, un mélange de substance médullaire et de graisse, une véritable pulpe jaunâtre et du pus bien formé.

Je rapprocherai de ce fait une périostite générale que nous devons à M. Bouillard, ayant envahi les deux os de l'une et de l'autre jambe, le cubitus d'un côté, un métatarsien, etc. Le périoste fongueux, mollasse, épaissi, se détachait avec facilité.

tion des cancroïdes, tout en reconnaissant du reste que cette terminaison funeste est beaucoup plus rare ici que dans le véritable cancer. Les observateurs de Paris n'ont jamais vu rien de semblable, quoiqu'ils aient eu depuis dix ans l'occasion de pratiquer bien des autopsies. A coup sûr, si le cancroïde se généralise dans les viscères, ce ne peut être que dans des cas très-exceptionnels. Lorsque les publications étrangères nous ont apporté, *rari nantes in gurgite vasto,* quatre ou cinq faits d'infection épithéliale, nous avons accueilli ces observations, pour la plupart excessivement incomplètes, avec une certaine méfiance. Nous aimons mieux voir que croire, et M. Velpeau qui à ce propos nous a comparé à saint Thomas, nous a fait un honneur auquel nous sommes sensible. La nouvelle affirmation de M. Virchow dissipe en partie nos doutes, car nous attachons beaucoup d'importance au témoignage d'un homme comme lui; mais on ne peut raisonnablement exiger que nous admettions la chose comme démontrée avant de l'avoir constatée de nos propres yeux.

S'il s'agissait d'une de ces affections rares qui ne se présentent à l'observateur qu'à de longs intervalles, cette réserve ne serait pas légitime. On pourrait nous dire que nous avons rencontré une série heureuse. — Mais il n'en est pas ainsi. Le cancroïde, malheureusement, est une maladie très-commune partout. Dire combien de fois il a été observé à Paris depuis dix ans, serait une chose impossible. Ce n'est pas tout: le cancroïde, quoique incomparablement plus curable que le cancer, ne se termine que trop souvent par une autopsie. Dire combien d'autopsies de ce genre ont été pratiquées à Paris depuis dix ans, serait une chose tout aussi impossible. Lorsqu'une série prend de pareilles proportions, les résultats qu'elle fournit ont bien des chances de ne pas être trompeurs. Or, nous le répétons, la généralisation du cancroïde n'a pas été observée une seule fois sur l'immense théâtre des hôpitaux de Paris. Voilà pourquoi nous hésitons à admettre comme démontrée une chose que nous avons vainement cherchée et qui ne s'accorde pas avec ce que nous avons vu.

C'est là le seul motif de nos hésitations. Nos adversaires ont paru croire que cette réserve prudente avait une autre cause, et qu'il nous répugnait d'admettre la généralisation du cancroïde parce que la démonstration de ce fait serait le coup de mort de nos doctrines. Eh quoi! de ce que l'infection épithéliale des viscères se produirait une fois sur cent, par exemple, en résulterait-il que le cancroïde fût identique avec le cancer? Ne sait-on pas que le cancer se généralise presque toujours lorsque les malades ne meurent pas prématurément, soit par suite d'une opération chirurgicale, soit en vertu du siége spécial de la tumeur qui trouble les fonctions de quelque organe indispensable à la vie, soit enfin par le fait de l'épuisement qui résulte des hémorrhagies ou d'une suppuration trop abondante? Certes, il faut avoir grande envie de confondre des choses très-disparates, pour trouver dans cette différence énorme une ressemblance entre le cancroïde et le cancer.

Mais que ferait à notre doctrine la généralisation, même plus fréquente, des tumeurs épithéliales? Ne sommes-nous pas habitués à distinguer du cancer plusieurs affections qui peuvent comme lui se généraliser? Nous ne parlerons pas des tumeurs fibro-plastiques, parce que nos adversaires prétendent qu'elles sont cancéreuses aussi. Mais les chondromes, que tout le monde sépare des cancers, se généralisent quelquefois; M. Gluge a vu une tumeur cartilagineuse de la clavicule et de l'omoplate récidiver dans les côtes (1), et M. Virchow, dans sa lettre, cite l'observation d'un chondrome de la paroi thoracique, suivi de la production d'une tumeur cartilagineuse au milieu du poumon. Les tumeurs fibreuses elles-mêmes, dont l'innocence est en quelque sorte proverbiale, peuvent se comporter par exception de la même

(1) *Atlas der pathologischen Anatomie,* Lief. IV, et *Pathologische Histologie*, s. 67.

Un cas d'ostéite chronique, venant du service de M. Michon, et qui nous a été présenté par M. Tarnier. L'os était considérablement hypertrophié, le périoste épaissi; le canal médullaire avait disparu. Cette affection avait amené une suppuration abondante, des trajets fistuleux, etc. Le malade était mort d'une fièvre hectique.

Enfin, une pièce qui nous a été montrée par M. Bailly, recueillie sur le cadavre d'un homme mort d'une autre affection. La lésion occupait la partie supérieure du tibia, qui était gonflé, hypertrophié. Le canal médullaire avait disparu; mais on trouvait deux cavités bien nettes, remplies d'une substance mollasse, fongueuse, rougeâtre, de la substance médullaire, comme l'a constaté M. Robin.

Avant de quitter ce chapitre, j'appellerai encore votre attention sur trois présentations : deux sont relatives aux os du crâne; la dernière intéresse la jambe.

M. Chairou nous a montré la calotte crânienne d'un homme, admis à l'hospice des Incurables, qui avait reçu un éclat d'obus à Pesth (Hongrie). On voyait qu'il s'était développé sur la face pariétale de la dure-mère, des noyaux osseux de nouvelle formation, qui venaient réparer, en partie la perte, de la substance.

M. Dolbeau nous a présenté deux perforations des os du crâne, parfaitement semblables et symétriques, situées de chaque côté de la ligne médiane, près des bosses pariétales, bien arrondies, de la grandeur d'une pièce d'un franc, dont les bords étaient amincis. Elles avaient été trouvées sur le crâne d'un vieillard. Nulle trace de violence extérieure, de cicatrice, etc., du côté des téguments. Il s'agissait là, comme nous l'a fait remarquer notre président, d'une atrophie, d'une résorption du tissu osseux. Cette disposition s'observe quelquefois chez les vieillards à des degrés moins avancés; on trouve les os amincis et réduits à un feuillet de la minceur d'un parchemin; à un degré intermédiaire, la perforation est complète dans un point et l'os est réduit à une lamelle mince autour du pertuis.

Corps étranger dans le ligament intéresseux de la jambe. — Si je place ici la présentation de M. Foucher, c'est que je dois lui consacrer un paragraphe spécial. Entre les deux os de la jambe, à la partie supérieure du ligament interosseux, dans l'épaisseur même de ce ligament, M. Foucher a trouvé un corps étranger, qui n'était autre chose qu'une de ces billes de marbre qui servent aux jeux des enfants.

En bas de ce membre, sur le tibia, on voyait des traces d'ostéite ancienne; du côté des téguments des traces de cicatrices déprimées. Il est probable que dans nos guerres civiles cette bille aura servi à charger un fusil, qu'elle aura frappé l'extrémité inférieure de la jambe, sera restée dans les tissus, et aura cheminé consécutivement dans les parties molles et sera venue se loger ainsi dans le ligament interosseux où on l'a rencontrée.

(La suite à un prochain numéro.)

manière, ainsi que le prouve une observation recueillie par M. Paget avec un soin scrupuleux (1). Une femme atteinte de tumeur fibreuse de la mamelle fut opérée, éprouva deux récidives, et finit par succomber. A l'autopsie, on trouva dans ses poumons une trentaine de tumeurs *exclusivement fibreuses*, et tout à fait semblables à la tumeur primitive.

Partira-t-on de ces faits pour replonger dans le gouffre des cancers les chondromes et les fibromes? On n'a pas osé le faire encore, et il est aisé de prévoir qu'on ne le fera pas. Les chondromes et les fibromes, sous les autres rapports, ressemblent si peu au cancer, qu'il est impossible de songer à les en rapprocher. Dès lors il serait absurde de considérer le cancroïde comme un cancer, en se basant sur le caractère très-exceptionnel de la généralisation. Voilà pourquoi nous n'avons aucune raison doctrinale de nier la possibilité de cette généralisation; si nous conservons quelque doute, non sur la réalité, mais sur l'interprétation des faits que nos adversaires ont si souvent invoqués, c'est simplement parce que ces faits ne nous semblent pas absolument démonstratifs, et parce qu'il ne nous a pas été donné de les contrôler par nos propres observations.

Arrivons maintenant à la partie théorique de la doctrine de M. Virchow. Ici nous cessons de nous trouver d'accord avec lui; mais cette dissidence, comme on va le voir, n'a aucun rapport avec les questions pratiques. Il s'agit simplement de l'origine primordiale des éléments qui constituent les tumeurs.

Cette question a fort peu préoccupé M. Lebert et les observateurs français. Peu enclins à la recherche des causes finales, ils ont constaté la forme, les dimensions et la disposition des éléments des néoplasmes, sans s'inquiéter du mécanisme de leur première apparition.

Ayant trouvé dans certaines tumeurs des éléments qui leur ont paru semblables à ceux de l'épithélium, il ont dit que ces tumeurs étaient épithéliales.

Ayant trouvé dans d'autres tumeurs des éléments semblables à ceux qui chez l'embryon et chez l'adulte portent à tort ou à raison le nom d'éléments fibro-plastiques, ils ont donné à cette seconde classe le nom de tumeurs fibroplastiques.

Ayant trouvé enfin dans d'autres tumeurs des éléments qui ne ressemblaient à aucun élément normal, ils ont dit qu'elles étaient hétéromorphes; puis, l'observation clinique leur ayant ensuite montré qu'une pareille structure coïncidait avec une marche clinique désespérante, ils ont stigmatisé ces tumeurs funestes en réservant pour elles le nom terrible de cancer.

Il n'y a en tout ceci aucune théorie. C'est la constatation pure et simple des faits matériels. Nous n'y tenons pas autrement. Qu'on nous démontre qu'il y a une différence entre les éléments des tumeurs épithéliales et ceux de l'épithélium normal, et nous en serons quittes pour renoncer à un rapprochement parfaitement indépendant de l'ensemble de notre doctrine.

(1) Paget, *Lectures on Tumours*, Lond., 1853; in-8°. p. 151.

Qu'on nous démontre encore que les éléments du cancer proprement dit sont analogues à quelques-uns des éléments normaux de l'organisme, et nous ne demanderons pas mieux que de renoncer à considérer le cancer comme hétéromorphe. Nous serons même très-heureux de lui donner un nom nouveau tiré de sa structure homœomorphe, et nous profiterons avec empressement de cette occasion pour nous débarrasser de ce mot absurde de cancer, qui porte le cachet de la barbarie des anciens jours.

On voit que l'histogénie est le moindre de nos soucis. Il nous suffit de savoir qu'il y a trois classes de tumeurs longtemps confondues sous un seul nom et cependant bien différentes, sous le triple point de vue de leur structure à l'œil nu, de leur composition microscopique et de leurs caractères cliniques. Quiconque distingue ces trois classes de tumeurs et leur donne des noms spéciaux, reçoit notre pleine et entière approbation.

M. Virchow est de ce nombre; mais il va plus loin que nous. Il se demande d'où viennent les cellules pathologiques, et ne pouvant croire à leur *génération spontanée*, il cherche s'il n'y aurait pas dans les tissus normaux un élément microscopique susceptible d'engendrer les cellules par prolifération.

Nous n'avons pas les mêmes raisons doctrinales que M. Virchow pour rejeter ce qu'il appelle la *théorie* des générations spontanées. Il n'y a pas ici de théorie; on voit des productions organisées prendre naissance sans œufs et sans germes préexistants et démontrables. C'est un fait; on le constate en disant que cette génération est spontanée, — spontanée s'entend jusqu'à preuve du contraire. Or nous ne croyons pas qu'on ait trouvé jusqu'ici l'origine de toutes les générations dites spontanées, et nous prétendons que celui-là seul fait de la théorie qui dit : On n'a jamais vu l'œuf de certains infusoires ni celui des entozoaires parenchymateux; mais cet œuf doit exister : donc il existe.

Partant donc de cette théorie, qu'il n'y a pas de génération spontanée pour les êtres organisés, M. Virchow arrive à cette autre théorie que ce qui est vrai des êtres doit être vrai de leurs éléments; dès lors l'histogénie pathologique doit combattre, comme la physiologie, la doctrine des générations spontanées. L'auteur ajoute — autre théorie très-contestable — *qu'il n'y a pas de principes divers pour le développement des tissus normaux et morbides* (*sic*); donc *il rejette hautement la spécificité des cellules pathologiques.*

Toutes ces cellules, suivant lui, doivent, par prolifération, provenir d'un germe préexistant. Ce germe quel est-il? Ici surgit une dernière théorie.

Quelques noyaux des cellules embryonnaires échappent aux transformations ou aux modifications diverses qui font disparaître les autres. Ils persistent donc pendant toute la vie, et prennent alors le nom de corpuscules du tissu cellulaire. Ce sont ces corpuscules, de nature cellulaire, qui forment le germe des néoplasmes. Ceux-ci commencent tous par l'accroissement, la division et la multiplication de ces éléments cellulaires *qui ne*

prennent une forme caractéristique qu'à une époque plus avancée de leur évolution.

En d'autres termes, tous les néoplasmes, cancer vrai, cancroïde, ou tumeur fibro-plastique, commencent par les corpuscules du tissu cellulaire, et ne peuvent avoir, par conséquent, à l'époque de leur apparition première, aucune forme caractéristique. Voilà la théorie.

Mais plus tard, ces néoplasmes se développent; l'un devient cancer à cellules propres; l'autre, cancroïde à cellules épithéliales; le troisième revêt la structure dite fibro-plastique. *Tous présentent alors une structure caractéristique.* Voilà le fait.

Nous déclarons que la théorie nous est très-indifférente; quant au fait, nous l'enregistrons avec empressement.

Qu'on ne dise donc plus que M. Virchow rejette la spécificité des cellules. La spécificité de leur origine, soit, et peu nous importe; mais la spécificité de leur forme, M. Virchow, loin de la rejeter, la proclame au contraire, puisqu'il dit que *les cellules prennent des formes caractéristiques.*

N'ayant jamais demandé au microscope autre chose que la forme des éléments et les caractères propres à les distinguer les uns des autres, nous nous trouvons pleinement satisfait de la déclaration de M. Virchow.

Quant à ses théories, elles n'ont pas réussi à nous séduire; mais comme à tout prendre, elles sont fort inoffensives, nous ne croyons pas nécessaire de les réfuter.

Nous n'oublions pas que c'est la publication récente de la deuxième édition du dernier discours de M. Velpeau qui nous a mis la plume à la main. Mais l'espace nous manque aujourd'hui pour répondre à cette attaque véhémente. Ce sera l'objet de notre prochain article.

PAUL BROCA.

Opinion de M. le professeur Virchow sur l'utilité du microscope dans le diagnostic des maladies cancéreuses.

Vous croyons devoir compléter par la publication de la lettre suivante, adressée à la *Gazette hebdomadaire*, la série de documents relatifs à l'application du microscope à l'étude du cancer :

L'Académie de médecine et la presse médicale viennent de débattre la très-importante question de la valeur du microscope et de la cellule cancéreuse. Plusieurs fois mes travaux ont été cités dans les débats; mais personne n'a exposé exactement ma manière de voir. C'est pour apporter quelques nouveaux matériaux à la discussion, et pour éviter les malentendus, que je me permets, monsieur le Rédacteur, de vous adresser les quelques remarques qui suivent :

Je me suis nettement exprimé, en 1847, dans les *Archives d'anatomie et de physiologie pathologiques*, que je rédige, sur la valeur du microscope. J'ai fait remarquer que cet instrument, très utile au diagnostic dans des cas spéciaux, n'avait pourtant pas toute l'importance que l'on en attendait; la question, basée sur d'anciennes vues théoriques, était mal posée. En effet, avant de diagnostiquer une tumeur, il faut connaître à fond les différentes formes de tumeurs, et étudier minutieusement leurs caractères spéciaux. L'anatomie pathologique n'est pas assez avancée de nos jours pour résoudre entièrement ce problème; mais nous en savons assez pour entreprendre l'étude, plus importante encore, des rapports physiologiques des produits morbides, pour suivre le développement de leurs éléments, pour connaître leurs relations avec les tissus sains. Là est, il me semble, le véritable nœud de la question, l'importance réelle du microscope. Je crois que toute la pathologie doit se baser sur les fonctions des cellules, et que les séculaires discussions des humoristes et des solidistes trouveront leur solution dans une pathologie cellulaire fondée sur l'expérience clinique. C'est ce que j'ai nommé « la réforme des vues médicales par le microscope. » Avant donc d'entamer toute discussion sur cet instrument, il faut d'abord s'entendre sur sa valeur théorique; ensuite, et seulement ensuite, on peut en discuter l'application et la valeur pratique ou clinique.

C'est sur ce dernier point qu'a porté la discussion de l'Académie; et si l'on n'a obtenu aucun résultat définitif, c'est qu'on ne s'était pas entendu sur la première partie de la question, savoir, la valeur théorique, scientifique du microscope. On ne peut pas le juger d'après les seuls dogmes de quelques micrographes; et il est évident qu'il ne perd rien de sa valeur, lorsque ces dogmes sont erronés. La maladresse d'un chirurgien prouve-t-elle l'inefficacité de l'instrument dont il se sert? Le chirurgien habile n'obtient-il pas des succès même avec l'instrument le plus simple, et l'histoire de la chirurgie ne nous montre-t-elle pas les chirurgiens les plus célèbres se servant des méthodes et instruments les moins compliqués? Ici je me permettrai de relever le reproche qui a été fait par la micrographie française à l'école allemande, de se servir de trop faibles grossissements. Je prie mes confrères d'outre-Rhin de croire que nous possédons et connaissons toutes les fortes lentilles; mais nous nous sommes convaincus qu'elles ne sont utiles que pour certains cas spéciaux. et nous sommes revenus, *pour les cas ordinaires*, aux grossissements de 300 à 400 diamètres. Quand à ce qui me touche personnellement, j'ai mis en usage, pendant des années, les lentilles de 600 et même 800 diamètres; mais j'en suis revenu aux grossissements ordinaires de 300 à 400, et les instruments dont je me sers sont ceux de M. Schiek, à Berlin. M. Verneuil, qui trouve un intérêt spécial dans ces détails, n'éprouvera, je n'en doute pas, aucune difficulté à se convaincre de la vérité de ce fait, s'il persiste à vouloir *recueillir des renseignements précis.*

Pour éviter des attaques personnelles, assez communes dans les discussions des micrographes modernes, j'ai mis à la disposition de M. Velpeau des pièces pathologiques conservées dans l'esprit-de-vin, mais encore très-convenables pour les investigations microscopiques. Jusqu'à présent, personne ne s'est inquiété d'examiner ces objets. Si, par hasard, quelqu'un trouvait ma description trop succincte, je lui ferais observer que le doute est impossible dès qu'on veut se donner la peine d'examiner les préparations.

Il me semble incontestable que les tumeurs cancroïdes sont malignes comme les cancéreuses; que, comme ces dernières, elles peuvent récidiver, se généraliser, en un mot infecter les tissus voisins et l'économie tout entière. Pour les tumeurs fibro-plastiques, cette opinion est déjà acceptée en France.

On peut donc comprendre toute cette classe sous une dénomination commune, sous celle de cancer, si les cliniciens tiennent à la conserver. Le nom est peu important. Je tiendrai néanmoins à un nom spécial pour chaque membre de cette classe, parce que, entre le carcinome, le cancroïde et la tumeur fibro-plastique, il y a des différences tranchées de structure et de fonction, et que, *considérés au point de vue pratique, ils présentent au clinicien différents degrés de malignité*, formant une série descendante qui vient se continuer avec les tumeurs gélatineuses et cartilagineuses. Ainsi, j'ai observé un enchondrome dans lequel à l'affection primaire de la côte succéda une tumeur cartilagineuse secondaire au milieu du poumon. — Quant au nom de tumeurs *fibro-plastiques*, je ne puis l'accepter, conservant pour ces tumeurs l'ancienne dénomination de sarcome. En admettant même la vérité de l'opinion de M. Schwann, défendue par M. Lebert, savoir, que les fibres du tissu cellulaire adulte proviennent des corps fusiformes de l'embryon, on pourrait d'autant moins nommer *fibro-plastique* une production qui a pour principale propriété la *non-transformation* de ses cellules en fibres. Quant à moi, j'admets (avec presque toute l'Allemagne) qu'une partie des corps fusiformes de l'embryon persiste dans le tissu cellulaire de l'adulte pendant qu'une autre partie se transforme en tissu élastique. Les fibres du tissu cellulaire proviennent de la division fibrillaire de la substance intercellulaire, d'abord muqueuse et gélatineuse. (Voy. les *Bulletins de la Soc. méd. phys. de Wurzbourg*, t. II. p. 150, 314.) La persistance des corpuscules cellulaires (*Bindegewebe-Kærperchen*) est d'une grande importance dans l'histoire des tumeurs, car ils forment les germes de la plupart des néoplasmes et surtout des tumeurs malignes. Le cancer vrai, le cancroïde et le sarcome commencent par l'accroissement, la division et la multiplication de ces cellules, qui ne prennent une forme caractéristique qu'à une période plus avancée de leur évolution. Toute tentative de diagnostic est vaine au commencement, et nul micrographe ne peut dire, en inspectant les portions d'une tumeur naissante, ce qui en résultera plus tard.

En continuant avec soin mes recherches, je ne peux pas trouver, comme je l'avais admis d'abord, un blastème amorphe dans lequel se forment les cellules par génération *équivoque* (spontanée ou libre). Partout je vois la propagation directe des cellules, ce que je nomme leur *prolifération*. C'est la voie par laquelle on peut vraiment reconnaître la continuité du mouvement vital dans les éléments. De même que la physiologie, l'histogénie pathologique doit combattre la théorie de la génération spontanée : il n'y a pas de principes divers pour le développement des tissus normaux et morbides. Ainsi je rejette hautement la doctrine de la spécificité de la cellule pathologique. Tous les éléments histologiques morbides, provenant directement des éléments physiologiques, correspondent à des formes typiques dont le nombre ne varie pas ni chez l'homme ni chez les animaux : tous ne sont qu'une reproduction de formes normales qui se développent dans un temps ou dans un lieu insolites, c'est-à-dire par *hétérochronie* et par *hétérotopie* (voyez mon *Manuel de pathologie et de thérapeut.*, Erlangen, t. I, p. 329-51).

Comme M. Lebert, j'admets en règle générale la grosseur des noyaux et des nucléoles dans les cellules cancéreuses *développées*. Mais il n'y a là-dedans rien de spécifique, et, comme M. Lebert en convient lui-même, rien d'absolument constant. Cette grosseur des noyaux et nucléoles s'observe dans beaucoup de cellules normales et morbides qui persistent longtemps, par exemple, dans les cellules du cancroïde, dont les noyaux et nucléoles l'emportent quelquefois en grosseur sur les cellules cancéreuses. Or, s'il était vrai, comme le croit M. Lebert, que les cellules du cancroïde appartiennent à l'épiderme, il faudrait admettre un cancer dans tous les cas où la continuité des cellules avec l'épiderme ne peut pas être constatée ou présumée vraisemblablement. Mais jamais, à l'origine du cancroïde, je n'ai rencontré les cellules continues avec l'épiderme. Cette continuité n'est apparente que lorsque les masses cancroïdes contenues dans des alvéoles au milieu des tissus viennent éclore au dehors. Je me suis convaincu de ce fait par l'examen minutieux du cancroïde vulgaire des lèvres, c'est-à-dire dans une forme de tumeur où le diagnostic est le moins sujet à erreur. Quant à ce qui touche les fameux *globes épidermiques*, ils sont si peu spécifiques, que l'on en trouve dans toute espèce de verrues, dans la couche profonde des ongles, très-souvent enfin dans le thymus.

Quand une tumeur acquiert un âge avancé, tous ses éléments se décomposent par *sénescence*. Celle-ci est surtout constituée par la métamorphose graisseuse, que M. Meckel et moi avons décrite les premiers, et qui est de la plus grande importance, parce que le détritus granuleux qu'elle produit peut être enlevé par la résorption. Cette résorption acquiert quelquefois de si grandes proportions, que, les cellules étant entièrement enlevées, la tumeur reste formée par sa seule trame, par le stroma, dont l'aspect et la structure sont tout à fait analogues aux cicatrices. Lorsque la formation cancéreuse n'a plus lieu (ce qui arrive rarement), et lorsque aucune épigénèse ne survient dans le pourtour de la tumeur ancienne, le cancer peut se terminer par une espèce d'atrophie sénile. C'est ce que j'ai appelé « cicatrisation et guérison du cancer, » et que M. Lebert admet lui-même, quoique comme exception (*Traité des maladies cancéreuses*, p. 74).

En comparant mes expériences et mes vues avec celles de M. Lebert, on verra que nous sommes diamétralement opposés en ce qui touche le cancroïde. Quant au cancer, nos *observations* sont parfaitement d'accord. Si M. Lebert arrive à d'autres *formules*, c'est qu'il propose des règles admettant des exceptions, tandis que, d'après mes vues, il n'y a pas dans la nature d'exceptions aux lois, mais seulement des lois se représentant plus ou moins souvent. Ainsi, je pose en principe la possibilité d'une guérison spontanée du cancer, tout en accordant la rareté d'une issue aussi heureuse, tandis que M. Lebert dit que le cancer est incurable, mais qu'il peut guérir par exception. C'est donc une querelle de forme, je dirai presque de mots, qui n'empêche pas nos expériences et nos recherches d'arriver à un résultat presque identique.

Wurzbourg, le 7 février 1855. R. VIRCHOW.

Opérations césariennes faites avec succès dans la ville de Paris.

C'est par erreur qu'on dit que l'opération césarienne n'a jamais réussi à Paris. Sans parler des soixante-dix succès comptés à l'Hôtel-Dieu de Paris par Tenon, Jacques-René, dans son Mémoire sur les hôpitaux, il existe des faits authentiques et incontestables. Les cas de guérison les plus remarquables sont au nombre de cinq et ont eu lieu de 1740 à 1787. Ils ont été obtenus par Soumain, Deleurye et Lauverjat.

Observation de Soumain.

Au mois d'avril de l'année 1740, M. Soumain fut mandé rue Guénégaud pour y voir Mademoiselle Desmoulins, âgée de trente-sept ans, n'ayant que 3 pieds 1 pouce de hauteur. Elle était grosse au terme de sept mois. Dans cette première visite, cette femme fit paraître beaucoup d'inquiétude sur l'événement de sa grossesse, avec d'autant plus de raison qu'elle savait être mal conformée dans toutes les parties de son corps, et que cette mauvaise conformation avait commencé dès son enfance. La promesse que lui fit M. Soumain de la voir souvent et de l'accoucher, parut la tranquilliser. Dans les différentes visites que ce chirurgien fit à cette femme, il eut occasion de reconnaître les vices de conformation, et en l'examinant avec attention, il s'aperçut que tous ses os avaient une figure contre nature, principalement la partie inférieure de l'épine et l'os pubis, qui étaient tellement rapprochés l'un de l'autre, qu'il n'y avait entre eux que 2 pouces de distance. Cet examen scrupuleux fit sentir à M. Soumain combien les suites de cette grossesse pouvaient être fâcheuses et l'engagea à songer aux moyens qu'il emploierait pour sauver cette femme et son enfant.

Le mercredi 7 juin, les douleurs commencèrent à se faire sentir; les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent. M. Soumain fut mandé, et ayant examiné l'état du travail, il ne trouva aucune disposition à l'accouchement.

Depuis le mercredi jusqu'au samedi suivant, les choses furent toujours dans le même état; les douleurs et l'écoulement des eaux n'opérèrent qu'une dilatation médiocre de l'orifice de la matrice, et cette dilatation n'eut d'autre utilité que de faire reconnaître plus précisément à M. Soumain l'impossibilité de la sortie de l'enfant.

D'abord qu'il fut assuré que l'étroitesse du bassin et sa figure irrégulière étaient un obstacle invincible qui s'opposait à l'accouchement, il se détermina à l'opération césarienne; tout autre moyen lui paraissant impraticable dans le cas dont il s'agissait. Avant que de procéder à cette opération, il appela en consultation MM. Bourgeois, Puzos, Souchay, Verdier, Gervais, Grégoire, Jard, Chauvin et Lafitte; ces messieurs touchèrent la malade, et, étant certains de l'impossibilité de l'accouchement, furent de l'avis de M. Soumain.

On fit coucher la malade sur le bord de son lit, la tête et la poitrine étant un peu plus élevées que le reste du corps; comme il y avait une dureté squirrheuse à l'épiploon du côté droit, on choisit le côté gauche pour le lieu de l'incision, d'autant que ce côté était plus gros et plus élevé par la position oblique de l'enfant, et que cette élévation se trouvait précisément dans l'endroit qu'il convenait d'ouvrir; alors M. Soumain fit une incision à la peau, à la graisse, aux muscles et au péritoine; d'abord que cette incision fut faite, une portion des intestins se présenta; elle fut retenue et couverte par la main d'un des consultants; on aperçut alors la matrice. Comme les eaux de l'enfant étaient entièrement écoulées pendant le travail, et que la matrice était pour ainsi dire collée aux membranes, M. Soumain l'ouvrit avec beaucoup de précaution, de peur de blesser l'enfant; il aperçut dans l'incision qu'il venait de faire un point blanc d'où il sortait quelques gouttes d'une liqueur blanche; ce qui lui fit connaître qu'il avait coupé toute l'épaisseur de la matrice et vraisemblablement les membranes qui contenaient l'enfant. Il acheva d'ouvrir la matrice et ses membranes par une incision à peu près égale à celle qu'il avait faite aux parties contenantes du ventre; alors, l'enfant parut à découvert; il présentait la partie inférieure du dos et la partie supérieure des fesses. M. Soumain prit beaucoup de précaution pour tirer l'enfant, d'autant plus que les lèvres de la plaie de la matrice étaient si exactement collées sur ses parties, qu'il eut de la peine à introduire ses doigts pour le saisir. D'abord que l'extraction fut faite, il lia le cordon; et, aidé par M. Puzos, il délivra la femme. Lorsque l'arrière-faix fut

détaché, M. Soumain replaça dans le ventre la portion d'intestins dont nous avons parlé, et après avoir rapproché les lèvres de la plaie, fit quelques points de suture aux muscles et à la peau et appliqua un appareil convenable. Il faut remarquer que l'hémorrhagie qui suivit le détachement du placenta ne fut pas considérable; car en examinant les linges qui étaient placés dans le lit de la malade, on remarqua que la quantité de sang qu'elle avait perdu, pendant l'opération, n'excédait point la quantité qu'en perdent plusieurs femmes dans des accouchements naturels et plus heureux.

Quelques jours après cette opération, la suppuration s'établit, le pus devint louable, les vidanges sortirent par la plaie, et quarante-sept jours après cette femme fut en état de sortir et d'aller à l'église. L'enfant avait vingt pouces de longueur, il a vécu dix jours et on a appris qu'il n'était mort que faute de quelques secours que la nourrice négligea de lui procurer.

Des quatre autres opérations césariennes faites avec succès, par Deleurye et Lauverjat, l'une fut pratiquée par Deleurye, en 1777 sur la femme Dufay.

Il est donc certain que l'opération césarienne a réussi plusieurs fois à Paris, malgré l'insalubrité connue de cette ville dans le siècle dernier.

Si cela est hors de doute, pourquoi l'opération césarienne n'y réussit-elle plus depuis plus de soixante ans, malgré un état hygiénique infiniment meilleur?

Pourquoi ne réussit-elle pas à Paris, tandis que les faits de guérison obtenus en province, et autrefois, et actuellement, sont presque innombrables? On fait en France l'opération césarienne, comme on saigne en Italie pour les maux de tête, disait Scipio-Merunia.

Il n'est peut-être pas impossible de résoudre ces questions. Il suffirait de mieux étudier cette importante opération; l'honneur des princes de la science y est engagé, ils ne peuvent être inférieurs à leurs devanciers.

A. DE LIGNEROLLES.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

PRÉPARATION DE L'EMPLATRE DE CANTHARIDES A L'AIDE DU CHLOROFORME.

On n'a pas tardé à mettre à profit la propriété que possède le chloroforme de dissoudre le principe vésicant des cantharides. Voici un mode très-simple recommandé par un pharmacien à Athènes, M. Landerer.

Humectez la poudre de cantharides avec suffisante quantité de chloroforme, mettez-la digérer à une douce chaleur pendant plusieurs jours; mêlez ensuite les cantharides à la masse emplastique qui doit être à moitié refroidie, en prenant les précautions nécessaires pour éviter l'inhalation du chloroforme qui se volatilise.

Cette préparation, suivant M. Landerer, possède au plus haut degré toutes les qualités d'un bon emplâtre; elle est très-active et se laisse parfaitement étendre.

VERMIFUGE TRÈS-EFFICACE, DIT DES DEMOISELLES GARBILLON.

Une longue expérience ayant permis à M. Borson, médecin de l'hôpital de Chambéry, de vérifier la valeur de la formule suivante, cet honorable confrère a engagé M. Caffre à la publier; nous la reproduisons.

Semen-contra en poudre. . . .	120 grammes,
Aloès en poudre.	15 grammes,
Pignons d'Inde en poudre. . .	8 grammes.

Mêlez exactement. Dose : de 1 à 4 grammes le soir et le matin, immédiatement avant la soupe, en bol ou délayée dans un peu d'eau.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La Société anatomique. — Nous continuons aujourd'hui la publication du compte rendu annuel des travaux de la Société anatomique. Ce travail important a été lu par le secrétaire, M. le docteur Bauchet, dans la séance solennelle qui a eu lieu mardi dernier, 27 février, à la Faculté de médecine. Au sortir de la séance, les membres de la Société se sont réunis dans un banquet où nous avons vu régner la plus heureuse gaieté et la cordialité la plus franche. Jamais l'assistance n'avait été aussi nombreuse. Les membres du bureau annuel ont porté un toast à M. Cruveilhier, fondateur et président perpétuel de la Société, ainsi qu'à MM. Malgaigne et Robert qui n'avaient pas dédaigné de venir se joindre à cette fête de famille. Ces éminents personnages ont répondu par de courtes improvisations qui ont été chaleureusement applaudies. M. Cruveilhier a rappelé les humbles débuts et les rapides progrès de la Société anatomique qui, fondée il y a trente ans par une association de jeunes travailleurs, compte aujourd'hui au nombre de ses membres la plupart des notabilités médicales. M. Robert a félicité ses jeunes collègues de leur activité infatigable et de l'importance de leurs travaux, qui ont valu à la Société une prospérité toujours croissante.

L'allocution de M. Malgaigne a été un peu moins générale. Il a bu à la nouvelle génération chirurgicale dont les principaux représentants comptent au nombre des membres les plus actifs de la Société. Persévérez, leur a-t-il dit, dans l'heureuse voie où vous êtes engagés; la science compte sur vous, et le succès ne peut manquer de couronner vos efforts. Un bel avenir est réservé à ceux qui, comme vous, travaillent sans relâche. Le travail surmonte tous les obstacles : *Labor improbus omnia vincit.* Il n'y a dans la science d'autre position honorable que celle qui est acquise par le travail. Mais ce n'est pas assez de travailler; il faut le faire honnêtement et consciencieusement, et si vous me permettiez de terminer par un jeu de mots, je vous dirais que le *labor improbus* ne suffit pas, et qu'il faut y joindre le *labor probus*.

En faisant appel au travail et à l'honnêteté qui sont les vertus dominantes de la jeunesse, M. Malgaigne ne pouvait manquer de trouver de chaleureux échos. Aussi ses paroles ont-elles été accueillies avec un véritable enthousiasme.

Vendredi dernier la Société a inauguré sa trentième année en procédant au renouvellement de son bureau. Ont été élus : *vice-président*, M. Bauchet; *secrétaire*, M. Axenfeld; *vice-secrétaire*, M. Louis Blin; *trésorier*, M. Blain des Cormier; *archiviste*, M. Poumet. *Membres du comité de rédaction :* MM. Broca, Denucé, Dufour, Foucher, Robin et Vidal.

— *Mort apparente.* — Nous donnons, avec la réserve que commandent des travaux récents, la nouvelle suivante, publiée par la *Presse* :

Samedi est arrivé à Ostende un événement qui prouve qu'on ne peut prendre trop de précautions pour s'assurer de la mort réelle. Une fille agée paraissait être décédée ce jour-là; tous les préparatifs pour l'inhumation furent faits, quand, après vingt-quatre heures, elle s'est mise sur son séant, au grand ébahissement des personnes présentes, et a fait voir qu'elle était encore en pleine vie.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc.; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c par la poste.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

13.24

1re Série. Tome 3. — N° 30. 3e ANNÉE. Samedi 10 mars 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir tome II, nos 143, 153 ; tome III, nos 2, 11, 21, 26.)

Rien n'est plus variable, plus irrégulier, plus capricieux que les *symptômes de la gastralgie*, lorsque la névrose gastrique est récente, idiopathique, primitive, simple, et qu'elle n'est pas liée, par conséquent, à l'existence de certaines altérations telles que l'anémie, la chlorose confirmée, la congestion hépatique chronique ; à une lésion imprimant une modification profonde et continue à l'organisme.

« S'il est vrai, dit M. Barras, que les symptômes des gastro-entéralgies soient assez variés, assez disparates même pour faire croire à de grandes différences entre elles, il est également certain que la plupart de ces symptômes existent souvent ensemble. Rien n'est plus commun, par exemple, que de rencontrer la dyspepsie, la cardialgie, le pyrosis, la boulimie réunis chez le même sujet. Il n'est pas moins certain qu'il y a des phénomènes gastralgiques qui, quoique différents en apparence, se succèdent néanmoins ou se remplacent d'une manière alternative. C'est ainsi que l'anorexie succède facilement à la boulimie, et que la gastrodynie remplace quelquefois l'une ou l'autre de ces affections. La douleur cardialgique elle-même fait éprouver des sensations si différentes, que l'on pourrait croire à l'existence de plusieurs états morbides, si l'on ne savait pas que ces sensations peuvent se succéder, non-seulement d'un accès à l'autre, mais encore pendant le même accès. »

Les phénomènes morbides se présentent, au contraire, avec des caractères plus fixes lorsque l'estomac est déjà fatigué par une longue souffrance, lorsque la gastralgie se rattache sympathiquement à une lésion permanente, lorsque, par suite des troubles de la digestion et de la nutrition, l'organisme est soumis aux fâcheux effets de l'alimentation insuffisante : à l'amaigrissement, à l'apauvrissement du sang, à la prostration des forces, à l'alanguissement de la circulation capillaire périphérique et des fonctions cutanées.

Dans le premier cas, les phénomènes morbides sont ordinairement intermittents, se développent *par accès*, lesquels se montrent et disparaissent d'une façon irrégulière, sans cause appréciable, ou bien sous l'influence de l'alimentation, d'une modification du régime, d'une émotion morale, des agents atmosphériques, etc., etc., la même circonstance agissant tantôt dans un sens, tantôt dans un autre ; de telle sorte que l'on voit souvent les accidents cesser un jour par l'intervention du même modificateur

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29.)

Lésions des articulations.

Luxations. — Trois luxations ont rapport à l'articulation du genou ; deux à l'articulation coxo fémorale ; deux à l'articulation tibio-tarsienne.

Et d'abord pour la rotule : M. Tainturier nous a présenté une luxation de la rotule qu'il avait recueillie sur un ancien militaire de soixante-dix ans, mort d'une hypertrophie du cœur. Cette luxation avait été produite par une chute de cheval. Après un certain temps passé dans les ambulances, ce militaire avait pu marcher et se servir de sa jambe, mais il existait une déformation considérable du genou ; la rotule resta luxée en dehors. On sentait bien pendant la vie la rotule sur le condyle externe du fémur ; la réduction était impossible, contrairement à ce qu'on observe le plus généralement, contrairement à ce qui existait sur un malade dont M. Dufour nous a rapporté l'observation. (Un joueur d'orgue, à la suite d'une plaie à la partie interne et antérieure du genou, avait conservé une luxation de la rotule ; et l'on pouvait réduire ce déplacement quand le malade était couché.) On trouvait sur la pièce de M. Tainturier l'explication de cette particularité. Une bande fibreuse dense résistante, formée par le faisceau des fibres aponévrotiques qui de la rotule se portent sur le condyle, et sur le ligament externe de l'articulation, maintenait solidement la rotule dans sa position anormale. Une autre déformation était la conséquence de la première : le tibia, le péroné étaient tirés, contournés en dehors, comme si les cavités glénoïdes du tibia restant en place, on avait fait accomplir au reste de l'os un mouvement de torsion en dehors et en arrière. Ce que l'on pourrait produire artificiellement, si les os étaient assez mous pour être tordus sur eux-mêmes, le ligament rotulien l'avait produit, lentement, graduellement, et cela à cause de sa direction nouvelle depuis la luxation de la rotule.

M. Frémineau nous a fait voir aussi une luxation persistante de la rotule, survenue à la suite d'un épanchement articulaire abondant. Ce fait, qui tout d'abord pourrait paraître singulier, s'explique quand on songe à la position de la rotule plus rapprochée du condyle externe que du condyle interne, et surtout à la résistance, moins considérable en dedans qu'en dehors, du revêtement fibreux qui s'épanouit de la rotule sur les condyles.

Le troisième fait que nous devons à M. Tarnier, est relatif à une luxation congéniale des deux genoux. C'est un des vices de conformation les plus curieux qui aient été observés jusqu'ici. Les deux genoux

qui les avait fait naître quelques jours auparavant, et réciproquement. J'ai vu un jeune homme auquel il suffisait de boire à son dîner un verre de vin de Madère pour éprouver de la gastralgie ; mais, si les accès se reproduisaient plusieurs jours de suite, il buvait à son repas cinq ou six verres du même vin, et les accidents disparaissaient. Ce sont les modificateurs bromatologiques qui provoquent surtout ces anomalies, ces bizarreries que l'on chercherait vainement à expliquer autrement que par la variabilité, la mobilité des impressions nerveuses. On voit tous les jours des gastralgiques qui tantôt digèrent parfaitement les fruits, le melon, le laitage, le homard, la salade, etc., et tantôt ne peuvent ingérer la moindre parcelle de ces substances sans amener un accès; chez lesquels un bon repas est tantôt le meilleur moyen de calmer les accidents gastriques, tantôt le meilleur moyen de les exaspérer. Or, si, comme nous le verrons plus loin, ces résultats contradictoires peuvent quelquefois être prévus, le plus souvent ils ne déroutent pas moins les combinaisons du médecin le plus éclairé que l'expérience du malade le plus intelligent.

Dans le second cas, les accidents, quoique présentant des exacerbations et des rémissions, sont ordinairement continus; les digestions sont toujours plus ou moins pénibles, laborieuses, douloureuses, et c'est alors que la gastralgie est souvent prise pour une gastrite chronique ou pour une dégénérescence commençante.

Nous n'avons pas à tracer ici l'histoire complète des symptômes de la gastralgie, mais nous voulons appeler l'attention des cliniciens sur quelques phénomènes qui se sont présentés à nous avec des caractères inaccoutumés, et qui méritent d'être signalés.

La *douleur gastralgique*, dont nous avons indiqué ailleurs, M. Monneret et moi, les nombreuses variétés (1), acquiert parfois une violence, une acuité et une continuité telles, qu'elle devient bientôt l'accident prédominant de la maladie et la préoccupation exclusive du malade. Elle se montre le matin, dans la journée, pendant la nuit, à jeun comme après les repas, et elle jette les patients tantôt dans l'agitation, les cris, le désespoir, tantôt dans un abattement et un découragement profonds. L'opium est le remède auquel on s'adresse habituellement dans les cas de ce genre, mais l'action de ce dangereux palliatif ne tarde pas à s'épuiser ; il faut alors augmenter graduellement les doses, et l'on finit par arriver à des quantités effrayantes. L'usage du médicament ne tarde pas, d'ailleurs, à devenir une habitude impérieuse, et les sujets subissent, à un degré plus ou moins élevé, tous les inconvénients de l'intoxication chronique par l'opium (1). Une malade que j'ai actuellement sous les yeux prenait chaque jour jusqu'à 400 gouttes de laudanum de Sydenham, et c'est avec un vif intérêt qu'on lira la lettre suivante, qui m'a été adressée par l'un de nos confrères les plus distingués de Paris.

« Vos prévisions n'étaient que trop fondées, et bien qu'il ne s'agisse que d'un breuvage peu goûté des ivrognes, je n'en justifie pas moins le proverbe : *Qui a bu boira*. C'est vous dire assez que je suis toujours sous la domination de la triste et folle habitude que j'ai contractée il y a quatre ans au moins. Je suis même en progrès dans cette détestable voie, et vous serez en mesure d'en juger après avoir lu ce court exposé d'une manie passée à l'état chronique.

« Quand je reçus de vous, à Bellevue, des soins dont je n'ai pas perdu le souvenir, mes plus grands écarts n'allaient pas au delà de 500 à 600 gouttes de laudanum, et mes doses les plus ordinaires étaient de 300 gouttes par jour. Pendant le traitement hydrothérapique, le retour de mes forces me rendit le courage de lutter contre mon habitude, et j'eus quelque temps l'espoir d'être guéri, sinon de la maladie même, du moins du remède plus dangereux encore qui avait pris sur moi tant d'empire. En effet, grâce à la diversion puissante que je trouvais dans les affusions froides, il me fut possible d'arriver, par doses rapidement décroissantes, à la cessation complète de mes boissons laudanisées. Il ne me fallut guère que trois semaines pour obtenir ce résultat, et, lorsque je pris congé de vous, je pouvais me vanter déjà de dix jours entiers d'abstinence. Mais à Paris, des influences contraires ramenèrent bientôt la souffrance et le découragement, et triomphèrent de mes résolutions. Je revins alors aux gouttes fatales : 45 d'abord, et 100 dès le lendemain; puis 200, 500, 750 et 900.

« Enfin, il me parut plus simple de procéder par *cuillerées à café*. Au mois de mai 1853, j'en prenais assez régulièrement de sept à dix par jour. Quelquefois je laissais entre chaque prise une heure ou deux d'intervalle, mais le plus souvent je buvais tout sur-le-champ, en deux, trois ou quatre verres d'eau. Si par hasard je me bornais à deux ou trois cuillerées, le lendemain de ces jours de modération était marqué par une recrudescence invariable, et je doublais ou quadruplais la dose. Dans le cours de

(1) *Compendium de Médecine pratique*, t. IV. p. 257.

(1) L. Fleury, *Cours d'Hygiène*, t. II, p. 234.

étaient déformés, la jambe se fléchissait en avant sur la cuisse, l'on pouvait imprimer facilement à l'articulation des mouvements de latéralité, mais on ne pouvait pas opérer complétement l'extension. Le couturier, le droit interne, le demi-tendineux passaient en avant de l'articulation et étaient devenus extenseurs. La partie postérieure des condyles fémoraux paraissait manquer, la rotule était rudimentaire.

Si l'on cherche dans les recueils et les traités scientifiques des faits analogues à celui-ci, on trouve seulement : que notre honorable président a vu sur un fœtus monstrueux, une déformation à peu près semblable, mais à des degrés moins prononcés; que Sanson, dans sa thèse de 1841, cite un fait analogue, mais observé sur un seul membre; que Wutzer a observé une double déformation des genoux, mais que la rotule manquait des deux côtés.

Le fait de M. Tarnier est donc du plus haut intérêt; c'est surtout la fausse direction des tendons de la patte d'oie qui étonne, et qui paraît donner la clef des désordres que nous avons observés. Mais ici se présente une question embarrassante : cette direction anormale a-t-elle été la cause, ou la conséquence de la déformation des condyles fémoraux? Je ne trancherai point la question en m'appuyant sur cette seule pièce, mais j'avoue que la première hypothèse me paraît la plus séduisante.

Nous avons vu deux cas de luxations du fémur ; l'une présentée par M. Bidart: c'était une luxation incomplète de la tête du fémur en arrière et en bas, dont la réduction était facile, et qui avait présenté pour signes principaux la rotation du pied en dedans, une flexion légère de la cuisse sur le bassin ; l'autre, qui vient de la maison de santé, nous a été montrée par M. Parmentier. On l'a trouvée sur un blessé qui est mort d'une fracture de la base du crâne, et dont il a déjà été parlé. La luxation était complète; les muscles, à l'exception du psoas, étaient lacérés, le pied était dans la rotation en dehors. C'était une luxation sous-pubienne.

Je cite ici pour mémoire une autre luxation présentée par M. Houël, coïncidant avec une fracture de la cavité cotyloïde.

M. Bastien a mis sous nos yeux une luxation du pied en dedans avec fracture de la malléole interne et arrachement de tous les ligaments internes et externes de l'articulation, et de petits fragments osseux, qui restaient adhérents à ces ligaments; cette luxation, survenue après une chute d'un lieu élevé, était évidemment la conséquence de la fracture de la malléole.

Dans ce cas, tout le pied a été luxé; mais il existe dans la science bon nombre d'exemples de luxation d'un des os du tarse, l'astragale. Cette lésion va nous arrêter un instant.

Vous pouvez lire dans nos bulletins la description que M. Foucher nous a donnée d'une luxation de l'astragale, par rotation de cet os sur son axe vertical. Comme elle existe avec tous les détails nécessaires, bien clairement exposés, je ne m'y arrête pas; mais j'insiste sur un autre fait qui nous a été présenté et qui doit être rapproché du précédent.

M. Kœklin a montré à la Société, sans pouvoir donner de détails sur les antécédents du malade, une pièce qui, examinée par M. Foucher, a

l'année 1854, il m'arriva, sept ou huit fois, par mois d'élever cette dose à douze cuillerées, et j'allai même jusqu'à *quatorze* à diverses reprises. Pour en finir sur ce point, et satisfaire au désir que vous m'exprimez, je dois vous signaler ma plus grave orgie.

« Il y a un mois à peine, je me laissai entraîner, tout en lisant et sans presque avoir conscience de ce que je faisais, à boire dans le courant de la journée, c'est-à-dire en neuf ou dix heures de temps, six verres d'eau dans lesquels j'avais fait entrer *dix-sept cuillerées à café de laudanum liquide de Sydenham.* J'imagine que ce sera là mon extrême limite, car, bien que je sois payé pour ne pas croire, en pareille matière, à l'énergie de ma volonté, je ne puis me faire à l'idée d'être à jamais condamné à l'odieuse ivrognerie de l'opium. J'aspire d'autant plus à me soustraire à cette tyrannie stupide, que, depuis longtemps, je ne ressens plus cette espèce d'excitation cérébrale, qui me semblait favorable aux travaux de l'intelligence. Ce qui me retient maintenant sous le joug, c'est l'incroyable état de souffrance et d'épuisement qui résulte pour moi, non pas de la privation absolue de cet agent toxique, mais seulement d'un retard tant soit peu prolongé dans mes heures d'empoisonnement. La douleur est si vive et la prostration si grande, que la nuit, ou le matin dans mon lit, il me faut presque une demi-heure de combat pour étendre le bras jusqu'à la fiole et avaler au plus vite mes trois premières cuillerées. Celles-ci me rendent assez promptement la force de revenir à la charge, et, moyennant six cuillerées dès le matin, je puis gagner le milieu du jour, où je renouvelle la même intoxication. A ces conditions, je recommence à vivre de la vie ordinaire.

« Dans le principe, je ressentais de temps à autre de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges, des fourmillements et de l'engourdissement dans les jambes. Ces accidents n'ont plus reparu ; mais, ce que j'éprouve encore d'une manière permanente, ce sont des picotements à la peau, et, ce qui est beaucoup plus incommode, de la dysurie et surtout une constipation telle que les fonctions du ventre ne se font plus qu'à l'aide de lavements. »

Que pourrions-nous ajouter à ce saisissant tableau, tracé avec une vérité d'autant plus poignante qu'elle émane d'un homme doué des qualités les plus éminentes de l'esprit et d'une grande énergie morale ?

Cette violence extrême de la douleur est d'ailleurs une circonstance favorable au point de vue du pronostic, car on ne la rencontre ni dans la gastrite chronique, ni au début des dégénérescences stomacales ; elle ne préjuge rien, d'autre part, quant à la marche, à la durée, à la ténacité de la gastralgie ; elle n'enlève rien aux chances de guérison que l'on peut déduire des autres circonstances de la maladie, et nous avons vu souvent des individus torturés par d'incessantes et atroces douleurs, guérir non moins rapidement, non moins sûrement que des sujets chez lesquels la gastralgie n'était accompagnée que d'un léger malaise gastrique.

La douleur la plus violente peut également, comme la douleur la plus faible, cesser brusquement sans laisser aucune trace de son existence, se déplacer, être diminuée ou abolie par une pression énergique exercée sur la région épigastrique, par l'ingestion d'une substance tonique et excitante, d'un verre d'eau-de-vie, de curaçao, d'anisette, etc. ; elle n'appartient pas plus particulièrement à la gastralgie sthénique qu'à la gastralgie asthénique, et elle n'est, en aucune façon, l'indice d'une vive irritation gastrique.

Le *pyrosis*, le *soda*, les *rapports acides, âcres*, appartiennent plus spécialement à la gastralgie sthénique, à celle qui se rattache aux maladies du foie, à la diathèse goutteuse.

Le *vomissement* est-il rare dans la gastralgie ? M. Barras assure ne pas l'avoir rencontré plus de *six fois* sur DES MILLIERS de névroses gastro-intestinales qui ont passé sous ses yeux.

Il est impossible de prendre ces chiffres au sérieux, et, quant à nous, même en faisant une large part au hasard qui a pu nous faire rencontrer ce phénomène un nombre de fois exceptionnel, nous ne pouvons admettre une pareille proportion.

En laissant de côté la question de fréquence proportionnelle que nous ne sommes pas en mesure d'établir sur des chiffres suffisamment considérables, nous devons dire que nous avons observé assez souvent les *vomissements alimentaires*, et que ceux-ci ont parfois une ténacité et une régularité qui inspirent de sérieuses inquiétudes aux malades et aux médecins, et qui finissent ordinairement par jeter du doute sur le diagnostic ou par éveiller la crainte d'une lésion grave de l'estomac d'un cancer, d'un ulcère simple ou tuberculeux, etc.

(La suite à un prochain numéro.)

Discussion sur la philosophie médicale et la nomenclature à propos du traitement de la variole et de la vaccine.

Deuxième discours de M. Piorry.

La plus sûre manière de répondre à son adversaire, quelles que soient les formes qu'il emploie, est de mettre la raison avec

---

offert les particularités suivantes : Le pied est légèrement incliné sur son bord externe. Les os de la jambe sont intacts, et parmi les os du tarse, le calcanéum, le scaphoïde le cuboïde, offrent leur disposition normale, mais l'astragale est fracturé, et la lésion, existant au niveau de la partie moyenne de l'os, est sensiblement transversale et divise l'os en deux fragments inégaux : le postérieur, plus petit, a conservé sa place; mais le fragment antérieur, plus volumineux, a été poussé en avant et en dehors, de manière qu'on le trouve placé en avant de la mortaise tibio-péronière, ayant subi un certain degré de rotation en dehors sur son axe vertical : — la poulie astragalienne se voit en avant du bord antérieur du tibia. — La tête de l'os ne repose plus que sur la moitié externe de la fosse scaphoïdienne et la face postérieure de ce fragment porte sur le bord antérieur de la malléole externe. — La partie externe de ce fragment, saillante, a été réséquée, et l'on trouve entre les deux fragments et en dedans un petit séquestre complétement libre. — C'est donc là un exemple de fracture de l'astragale avec luxation du fragment antérieur, le fragment postérieur n'ayant subi aucun déplacement. — Si la tête de l'astragale a été réséquée, c'est qu'on a attribué à sa position, à la nécrose de son extrémité antérieure, la suppuration qui minait la constitution du malade. — Mais l'autopsie est venue démontrer qu'elle était entretenue par le séquestre dont il a été question plus haut.

Ces faits pourront servir plus tard à édifier l'histoire encore très-incomplète des luxations de l'astragale ; — la pièce de M. Foucher est surtout bien curieuse. La variété dont elle offre un exemple est en effet fort rare, et à part le cas mal décrit par Laumônier (*Journal de Fourcroy*, t. II, p. 60), à part l'indication donnée par M. Morel-Lavallée, sur un fait aussi incomplétement décrit par M. Morisson (Dublin, *Medical Press*, 1843), on ne possède jusqu'à présent que l'observation de notre collègue et deux autres faits encore inédits, observés, l'un par M. A. Thierry et l'autre par M. Denonvilliers et dont nous devons la connaissance à M. Broca. Il serait prématuré sans aucun doute de chercher à instituer avec ces trois faits seulement la description de la variété de luxation de l'astragale par rotation de cet os sur son axe vertical, et surtout de chercher à pénétrer le mécanisme très-complexe de sa production.

Mais il est encore d'autres faits de luxation de cet os, par rotation sur son axe antéro-postérieur; et, dans ces cas, l'astragale peut changer de position : tantôt sa face inférieure sera en rapport avec la malléole externe, tantôt avec la malléole interne, suivant que l'astragale a roulé sur son axe antéro-postérieur, de dedans en dehors ou de dehors en dedans. — Il arrivera même que cette face inférieure pourra se placer sous la mortaise péronéo-tibiale, et constituer la luxation sens dessus dessous.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur les luxations de l'astragale; je vous rappellerai seulement la luxation du cuboïde, en bas, sur la pièce de notre collègue, M. Foucher. Que cette luxation soit primitive ou consécutive, elle n'en constitue pas moins une lésion fort intéressante. C'est le seul fait qui existe dans la science de luxation du cuboïde.

soi. Le public juge des formes. Il a apprécié celle que M. Bousquet a donnée à sa réplique. Je ne veux pas en prendre de semblables. Je n'imiterai pas les exemples fournis par des écrivains malveillants, et qui se constituent juges suprêmes d'opinions qu'ils ne connaissent même pas. Je ne fatiguerai pas l'Académie des débats relatifs aux personnes; je lui parlerai de doctrines, de science, et le moins possible de M. Bousquet, en suivant et en réfutant ce qu'il croit être des arguments sérieux. Je chercherai à établir quelques vérités de plus.

En admettant que l'âme est le point de départ de l'organisation, j'ai émis une proposition discutable, sans doute, mais fondée sur des faits et qui n'a elle-même rien d'obscur dans l'expression. Me demander ce que devient cette âme après que l'organisme est formé, c'est me poser une question insoluble; mais ce que je dirai, c'est qu'il serait encore plus clair d'admettre comme établi, que cette âme continue à présider à l'harmonie des organes et des fonctions, que de supposer l'existence d'un principe vital, de forces qui en seraient distincts; ajouter que c'est cette influence de l'âme sur la matière organisée qui constitue la vie, c'est donner de celle-ci une définition plus exacte que la plupart de celles qui en ont été données, et qui ont été parfois inintelligibles (1).

Qui dit organisation, dit *organisation vivante;* car sans cela elle n'existerait pas. L'addition de *vivante* que l'on propose est inutile; quant à celle de sensible, elle ne serait pas justement appliquée : une foule d'êtres organisés sont insensibles, au moins dans le sens où l'on prend généralement ce mot sensibilité. *Exemple :* les végétaux sont constitués par une organisation vivante, mais non sensible; car on n'admet plus, en général, une sensibilité organique telle que la comprenait Bichat.

La sensibilité est évidemment un attribut du système nerveux, et quand celui-ci est détruit ou cesse d'agir, la sensibilité de l'organe, *très-vivant d'ailleurs,* et sur lequel la médecine peut agir encore, est détruite.

Je ne sais si l'on a bien lu les nouveaux éléments de la science de l'homme de Barthez; si on l'a fait, je ne comprends pas comment on a pu approuver les raisonnements si peu solides sur lesquels il établit l'existence d'un principe vital qui est une âme de plus mise tout à côté de l'âme morale. C'est l'existence de ce principe primitif que Bichat, Chaussier, etc., ont nié, et qu'ils ont divisé en propriétés ou en forces. Si l'on prend les expressions qui consacrent ces hypothèses pour des figures, pour des abstractions, comme on l'a dit, je ne vois guère d'inconvénient à les accepter; mais si, comme on le fait généralement, on les individualise, de façon à ce que l'on s'adresse à ce principe, à ces propriétés, à ces forces, et non pas aux organes, alors je déclare que l'on se livre aux spéculations les plus vaines, les plus inutiles et même les plus dangereuses.

M. Bousquet parle de la doctrine des éléments de Barthez, et il ne craint pas de faire imprimer cette apostrophe, qui ajoute encore à la gravité du mot *larcin,* pour lequel, en sortant de l'Académie, il m'avait fait des excuses : « Pour mieux donner le change, me dit-il, vous feignez d'ignorer jusqu'au nom de votre modèle, et c'est vous qui avez écrit cette phrase *contre les plagiaires* : LE VOL DES CONCEPTIONS DE LA PENSÉE EST LE PLUS CRUEL DES LARCINS. Je laisse à M. Bousquet toute la responsabilité de cette attaque; une probité littéraire connue de tous ne laisse aucune excuse à celui qui l'a faite.

. . . .

. . . .

Maintenant, il s'agit de savoir si j'ai cité Bordeu à faux. Je viens de relire ses œuvres éditées par Richerand; j'aurais voulu, pour le degré d'estime que d'anciennes recherches m'avaient donné de cet ouvrage, n'avoir pas été conduit à le consulter de nouveau.

Ce n'est pas dans ses recherches anatomiques, dans celles sur le pouls, sur les écrouelles, dans l'histoire de la médecine, sur le tissu muqueux (tissu cellulaire), que l'on trouve rien de semblable aux éléments des maladies; ce n'est pas non plus dans les recherches sur les maladies chroniques, ouvrage rempli d'observations insignifiantes sur l'efficacité des eaux-Bonnes, eaux de Barèges, de Cauteret, contre les affections à marche lente, que se rencontre rien qui ressemble aux doctrines relatives à la décomposition des maladies en éléments. On y rencontrerait plutôt une idée homœopathique; car, ne connaissant en rien les transformations de tissu des organes, Bordeu n'en tient pas compte, et veut que l'on cherche à guérir les maladies chroniques en les rendant aiguës ou en augmentant les symptômes. En vérité, les homœopathes devront placer Bordeu sur le trône où ils font monter Halinemann.

Je cherchais, mais en vain, je l'avoue, cette *vapeur médicale*, ce *parfum* qui charmait notre collègue, quand j'ai relu l'ana-

(1) Voici, par exemple, celle de Virey (*Dict. scien. méd.*, t. LVII, art. *Vie*, p. 434) : « La vie est un mouvement circulaire soutenu et mesuré par le temps, le temps, cette sphère infinie dont Dieu est le centre et dont les créatures placées à la circonférence décrivent, dans leur orbe rapide, le cercle de leurs destinées. »

Arthrite sèche.

Corps étrangers. — Depuis les communications de M. Deville, depuis le compte rendu si remarquable de M. Broca, et la description de l'arthrite sèche, nous connaissons bien l'étiologie, le mode de développement de ces corps étrangers, et quand une pièce passe sous nos yeux, nous l'examinons à cause des dispositions si variées, des formes si bizarres que nous présentent ces productions, mais nous ne discutons plus sur leur origine. Et cependant, combien de chirurgiens devraient relire nos bulletins, ou venir à quelques-unes de nos séances! Nous avons si souvent l'occasion de voir de ces corps étrangers et M. Foucher nous a montré cette année tant de pièces intéressantes !

Ce serait fastidieux pour vous, Messieurs, de m'entendre répéter ce que vous savez aussi bien que moi, de copier la description de l'arthrite sèche dans le compte rendu de M. Broca; je vais me borner à vous faire le tableau des pièces qui nous ont été présentées.

Les corps étrangers ont en quelque sorte pour siége de prédilection l'articulation du coude; mais ce n'est pas à dire pour cela qu'on ne les trouve pas ailleurs. Je citerai d'abord un groupe de pièces qui nous ont été communiquées par M. Foucher; et encore notre savant collègue ne nous a-t-il apporté que les exemples les plus curieux, parmi ceux qu'il a recueillis. Il a surtout insisté sur un point, sur la mobilité de ces corps étrangers suivant les diverses positions de l'article, fait intéressant et qui peut avoir des conséquences pratiques dans les opérations que l'on peut tenter pour de semblables lésions.

Puis une pièce de M. Voisin : c'est une articulation du coude, dans laquelle on trouve trois corps étrangers. L'un d'eux, placé en avant de l'apophyse coronoïde, triangulaire, mobile, aurait pu faire croire à une fracture non consolidée de cette apophyse, si on n'avait pas trouvé en même temps d'autres lésions de l'arthrite sèche (élargissement, éburnation des surfaces articulaires, etc.), et aussi d'autres corps étrangers.

Une autre articulation du coude, qui nous a été montrée par M. Aubré, était affectée de rhumatisme articulaire aigu, enté sur une arthrite sèche. On y voyait plusieurs corps étrangers dont un s'était creusé une petite loge dans l'extrémité inférieure de l'humérus, à côté de la petite cavité destinée à loger le bec de l'apophyse coronoïde.

Puis une arthrite sèche du genou présentée par M. Guyot. Il y avait ossification de la synoviale et plusieurs corps étrangers. Cette pièce offrait à un degré moins avancé les lésions que nous avons trouvées sur un genou apporté à la société par M. Jessé. Dans ce dernier cas, l'articulation, dont les surfaces étaient comme éburnées, était enveloppée d'une coque osseuse dans laquelle était enclavée la rotule.

Mais le plus beau cas d'arthrite sèche, nous le devons à notre honorable président, qui désigne aussi cette altération sous le nom de *maladie par usure des cartilages.* Elle occupait les deux articulations coxo-fémorales, et a été recueillie sur une femme, morte du choléra, et qui pendant sa vie ne pouvait plus marcher.

(*La suite à un prochain numéro.*)

lyse médicale du sang. Or, qui dit analyse dit décomposition, et on ne peut décomposer qu'en éléments : donc, Bordeu avait établi des éléments, et ces éléments, voilà en quoi ils consistent :

S'élevant sans cesse contre l'analyse chimique, il ne veut autre chose qu'une analyse médicinale. Chaque glande, chaque partie du corps est le centre d'une sorte d'émanation qui constitue pour Bordeu un *ballon*; de sorte que le corps de l'homme est, comme vous le voyez, le siége d'une multitude de ces ballons. L'extraction de l'un d'eux donne lieu à un tempérament, à une cachexie. Voici quelques-uns de ces ballons, quelques-unes de ces cachexies (mot grec qui signifie mauvais, d'où l'on a fait cacochymie, qui le dispute à celui de scorenterectasie en grâce et en élégance): *cachexie bilieuse* (p. 948) (le rectum et la vessie sont des voies ouvertes pour ce ballon abdominal du tissu cellulaire); *couenneuse*, qui se rapporte à la couenne du sang) (p. 949); *laiteuse* (et rien n'est plus curieux que de lire tout ce que Bordeu dit à ce sujet) (p. 952 et suivantes); *séminale* (p. 957) (et là il dit encore des choses qu'on ne croirait guère devoir y trouver); *graisseuse* ou *huileuse* (p. 766); *urineuse*, *splénique* (la rate a aussi son département ou son ballon); *excrémentitielle* (p. 997); *flatuleuse* (p. 1000); *gangréneuse* (p. 1016).

Telle est l'analyse médicinale du sang par Bordeu; je doute fort qu'il puisse se trouver un médecin de quelque instruction qui ose, de nos jours, soutenir de telles idées, qui sont d'ailleurs présentées dans un tel désordre et d'une manière si incohérente, qu'il est fort difficile de les comprendre. Est-ce là, je le demande, que j'ai puisé mes doctrines, et si j'ai eu raison de parler des éléments des maladies de Bordeu, lui ai-je pris quelque chose de son parfum, de son charme et de son esprit? En vérité, je serais honteux de descendre à une telle justification, si je ne voulais pas absolument que l'on ne me regardât comme un plagiaire. Mais, dit-on, c'est Barthez que j'ai pillé. Voyons quels sont les éléments des maladies tels qu'ils sont admis par M. Bérard, de Montpellier, d'après Barthez et Dumas.

Il y a d'abord, d'après Barthez, des éléments de maladies qui intéressent le principe vital, lequel, certes, n'est pas pris ici dans un sens abstrait; ce sont, pour Barthez, les maladies *essentielles*. On trouve, comme ÉLÉMENTS SIMPLES, les *douleurs*, les *spasmes*, la *pléthore*, la *fluxion*, la *phlogose*, l'*érithème*, l'*état bilieux*, *saburral*, la *cachexie*, l'*état putride*, la *faiblesse* ou *adynamie*, la *malignité*, les *lésions des facultés morales*, l'*état rhumatismal* et *catharral*, les états *goutteux*, *herpétique*, *scrofuleux*, *rachitique*, *cancéreux;* puis vient l'*habitude*, la *périodicité*, l'*infection viruleuse*, la présence de *corps étrangers*, les *changements de composition des tissus*, le *resserrement*, le *relâchement*, les *solutions de continuité*, la *privation d'organes!* Dans une seconde section se trouvent des combinaisons binaires, ternaires, quaternaires de ces divers éléments.

Or, je vous le demande, Messieurs, avez-vous vu quelque part une confusion plus grande, un défaut plus complet de méthode, d'ordre, une réunion plus fantastique de toutes sortes de phénomènes mal classés? Et on vient dire que j'ai fait un larcin de cela; oh! je laisse de si vieilles conceptions à Barthez, et je serais bien fâché de dérober quelque chose de cet énorme galimatias.

De la même façon que je déclare n'avoir volé personne, j'affirme que j'ai emprunté aux anatomistes, aux physiologistes, aux cliniciens, les faits innombrables qui me conduisaient à m'éloigner de l'idée de la maladie unitaire, pour étudier, par l'analyse d'abord, par la synthèse physico-pathologique ensuite, les états organo-pathiques élémentaires. D'abord, ce n'est pas moi, mais bien Broussais, qui s'est élevé contre l'idée de la maladie individualisée; c'est encore là, en fait, l'idée mère de la doctrine dite physiologique et qui elle-même était issue du magnifique traité des phlegmasies chroniques. Les travaux de Gaspard, de Magendie, d'Olivier, démontraient, en dehors des idées relatives aux fièvres, l'existence de la septicémie; il était impossible de ne pas voir, depuis les travaux de Petit et Serru, que la lésion des plaques de Peyer ou des follicules de Brunner était un état présentant par lui-même des indications spéciales, et qu'il en était ainsi de ces altérations variées, si bien étudiées par Laennec dans les organes respiratoires, par Corvisart et Bouillaud dans le cœur, par Gasc dans la péritonité. Il ne se pouvait faire que la physiologie ne m'apprît pas que la privation d'oxygène est un état pathologique terrible qui survient dans les maladies aiguës. Ainsi, partout autour de moi, je trouvais des circonstances d'organisation qui se manifestaient dans des collections symptomatiques variées, présentant par elles-mêmes des indications spéciales. Mettons de côté tout orgueil déplacé et avouons franchement que Morgagni est le chef de l'école organo-pathique; que nous sommes tous ses disciples; que ce n'est pas un seul d'entre nous qui puisse usurper la gloire d'avoir fondé la médecine sur l'observation attentive des organes.

On revient encore sur l'unité morbide. Chose remarquable! on m'accuse de larcin quand il s'agit des éléments des maladies présentés d'une manière vague, et l'on combat encore avec amertume l'étude des éléments, alors qu'ils sont autrement, mais positivement établis. Voilà bien l'homme! On loue chez un mort ce que l'on blâme chez un vivant.

Mais ce blâme porte entièrement à faux. Vous voulez qu'en chirurgie il y ait des lésions, et vous admettez des maladies unitaires en médecine! Ne voyez-vous pas qu'il n'y a pas de médecine et de chirurgie, et qu'il s'agit ici d'une seule science? Vous vous frappez vous-mêmes. Sachez lire dans les organes et non pas dans vos livres, et vous verrez partout des altérations de liquides, de tissus, de nerfs, qui sont analogues à celles que l'on voit a l'extérieur. On ne peut comparer, il est vrai, une fracture a la fusion qui n'est qu'un *symptôme* de lésion, mais il est très-permis de la placer tout à côté de la rupture des vaisseaux qui cause une hémorrhagie. Si vous ne trouvez pas de lésions dans les maladies internes, c'est que vous ne savez pas les découvrir.

Dans la première édition de Pinel, l'*apoplexie* était classée parmi les *névroses*. C'est une hémorrhagie par rupture pour les médecins de notre temps. Les fièvres bilieuses, muqueuses, putrides, etc., étaient autrefois considérées comme essentielles; maintenant on sait bien qu'il existe chez ceux qui en sont atteints, une maladie des plaques de Peyer ou des follicules de Brunner.

La fièvre intermittente, regardée comme une maladie primitive, est évidemment liée à une spplénopathie. Les maladies peu nombreuses où l'on ne trouve encore aucune altération, soit du sang, soit des solides, auront le même sort que celles qui ont été rayées de la nosographie, et l'on découvrira chez ceux qui les portent, des lésions qui auront été les causes des symptômes que l'on a groupés pour les former. La véritable chimie date de soixante ans; ses applications utiles sont postérieures aux élucubrations des Bordeu, des Barthez, des Dumas, etc. La microscopie perfectionnée est née d'hier; la percussion a quelque part comme quatre-vingts ans d'ancienneté; l'auscultation est du cinquième lustre de ce siècle; 1826 a vu naître le plessimétrisme, et vous voulez qu'en 1855 on ait tout découvert comme altérations anatomiques! Vous voulez que l'inconnu détruise les faits connus parce qu'une fois l'obscurité régnera, vous prétendez jeter un voile sur quatre-vingt-dix-neuf éclairés! Gardez-donc et vos doctrines prétendues vitalistes et vos obscurités, et laissez au progrès le soin de marcher. Quoi que vous disiez, il avancera et ce ne sera pas vous qui l'en empêcherez.

Citer quelques succès obtenus par le traitement moral dans l'aliénation mentale, n'est rien alléguer contre les doctrines que je défends; car j'ai positivement dit et écrit que l'on ne pouvait agir sur l'âme que par des moyens moraux. Mais encore faut-il, dans ces cas mêmes, insister sur des médications très-matérielles.

Je m'attache, dites-vous, aux girouettes, qui sont pour vous les états pathologiques, et non pas à l'édifice, qui est la variole.

Mais quand on a fait cette figure architecturale, quand on me dit que la variole presque tout entière est dans le virus, évidemment, on fait preuve de n'avoir pas lu le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie. J'ai commencé par parler du virus variolique ou variose ; il est pour moi la cause très-matérielle de tout le mal, et j'ai recherché, en citant d'une façon très-bienveillante de M. Bousquet, ce que l'on pouvait y opposer. J'ai ajouté que malheureusement on ne possédait pas de moyens pour en détruire la fâcheuse influence. Son effet direct est l'altération du sang au variosémie, et j'ai établi que puisque l'on ne pouvait remédier au virus, il n'y avait autre chose à faire que d'avoir recours aux moyens hygiéniques, et surtout aux boissons aqueuses. J'accorderai même à M. Bousquet, sous ce rapport, le *petit-lait* et les *pommes de reinettes* prescrits dans son fameux testament hippocratique. S'il le veut même, quand il y a en plus l'élément pléthorique sanguin ou l'état pathologique panhyperhémie, j'accorderai une saignée ; mais dans l'impossibilité où se trouvent les vitalistes, les organiciens, M. Bousquet et moi, de remédier au principe du mal, j'attaque ce que je puis espérer combattre avec succès, et comme certaines girouettes plus ou moins aigries attirent parfois le tonnerre, je cherche à le prévenir pour empêcher, non pas que *l'édifice du mal* soit démoli, mais pour prévenir le foudroiement de *l'édifice du malade*.

Vous voyez, cher confrère, un supplice dans la cautérisation du pharynx! vous ne l'avez donc jamais pratiquée! Bretonneau, Serres, tous les praticiens seront portés à le croire, quand une opération aussi inoffensive qu'elle l'est est représentée par vous comme une torture.

Je n'ai jamais proposé la trachéotomie contre les pustules du larynx en elles-mêmes; mais j'ai dit, je répète, j'affirme que, dans le cas où un varioleux expire parce qu'une variolaryngite annoncée par l'enrouement, la dyspnée, empêche le malade d'avaler, d'expectorer et par suite de respirer, la trachéotomie est utile et non pas dangereuse.

J'ai accusé, dites-vous, mes contemporains d'avoir fait des êtres des maladies ; j'ai dit, ajoutez-vous, aux nosologistes qu'ils ont groupé des symptômes pour en faire des entités arbitraires : mais Broussais le leur avait dit et prouvé avant moi ; tous ses élèves, qui formaient d'ailleurs la majorité des médecins qui ont étudié de son temps, l'ont répété avec lui. Il me semble même qu'un peu néologue, il a créé aussi le mot *ontologie*. Seulement, il a été lui-même ontologiste en admettant l'inflammation d'une manière trop positive et trop individuelle. Mais, que ce soit lui, que ce soient d'autres qui aient articulé ce reproche, la question est de savoir s'il est juste. Or, vous en convenez, Sauvages considérait les maladies comme des êtres. Lorsque Pinel a groupé ses six ordres de fièvre qu'il combinait entre eux, il les considérait réellement comme des entités ; il les plaçait bien dans les organes ; mais il les individualisait.

Lisez Barthez, Dumas, Bérard, de Montpellier, et vous verrez leurs éléments, si bien définis, si nettement décrits, se compliquant d'une façon si nette et si caractérisée, étant si peu considérés au point de vue anatomique ou physio-pathologique, qu'il est impossible de croire qu'ils aient vu en eux des lésions d'organes. Vous citez le traité de la pneumonie de M. Grisolle; mais voyez donc avec quel soin l'auteur étudie la phlegmasie pulmonaire dans une foule d'affections, établit ses variétés, se fonde sur l'anatomie pathologique pour la pathogénie et le traitement, et voyez combien il se rapproche ainsi de la manière de considérer les faits que je crois la meilleure.

Ce n'est pas cet exemple qu'il fallait choisir; c'était l'histoire de la dyspepsie, de la diarrhée, de la gastralgie, considérées comme des unités morbides, tandis qu'elles sont le résultat des états organo pathiques les plus divers, et qui exigent des traitements tout à fait dissemblables; c'étaient les scrofules, le rhumatisme, prétendues maladies où l'on a réuni les choses les plus disparates et que l'on doit combattre comme s'il s'agissait d'une unité morbide causée par un virus.

Ainsi, les reproches que j'ai faits aux nosologistes étaient fondés, et ceux que vous m'adressez ne le sont en aucune façon.

Mais voici que je suis accusé par vous de diviser sans fin les maladies; je les émiette et je commets le crime de les mutiler.

Ah! cher confrère, que je serais heureux de les mutiler véritablement et de ne pas mutiler les malades ainsi que seraient exposés à le faire les médecins qui ont peur de s'exposer, le matin, aux mauvaises odeurs des hôpitaux, qui fréquentent les bibliothèques.

Un chimiste, dites-vous encore, isole l'oxygène et l'hydrogène et il en forme de l'eau en les réunissant. Cela est exact; mais l'eau est un corps, et vos maladies, telles que vous les particularisez, ne sont pas des réalités matérielles ; ce sont des groupes arbitraires de symptômes. Un peu plus d'oxygène dans le composé, il se forme des corps nouveaux, l'eau oxygénée par exemple. Mais c'est encore là un corps défini. Voyez donc si quelque chose de semblable se voit en pathologie? La fièvre typhoïde a été habillée de je ne sais combien de formes ou de costumes diverses, ce qui prouve qu'elle n'est pas une chose fixée; le rhumatisme offre autant d'aspects, suivant M. Requin, qu'il affecte d'organes dont il prend les noms, et il offre pour caractère principal d'être causé par le froid. Or, voici que ce caractère se retrouve dans la pneumonie, la pleurésie, l'ophthalmie, les névralgies, que l'on ne classe pas parmi les rhumatismes. Or, voyez-vous là quelque chose de comparable à l'oxygène et à l'hydrogène formant de l'eau?

Vos composés symptomatiques malades sont si peu des choses fixes et définies, qu'encore une fois les auteurs ne sont en rien d'accord sur leur nombre, leurs caractères, leurs limites et sur la place qu'il convient de leur assigner dans un cadre nosologique.

Votre cher Bordeu, Bérard, de Montpellier, voient même des maladies dans plusieurs de leurs éléments, tandis que d'autres n'y aperçoivent que des symptômes.

Mais ne trouvez-vous pas difficile de bien spécifier ce que l'on doit entendre par symptômes et par maladies?

L'hydropisie était regardée naguère comme une maladie: aujourd'hui elle n'est plus considérée que comme un symptôme. Le *melena*, l'*hématémèse*, l'*hémoptysie*, sont-ils des symptômes ou des maladies? La diarrhée, la dyspepsie, pour les uns sont des symptômes, pour d'autres ce sont des maladies, etc. Ne m'accusez donc pas tant de traiter, à l'imitation de Sauvages, des symptômes comme des maladies, et veuillez bien me permettre de vous dire comment je considère un état organopathique.

Non, Monsieur, ce n'est pas aux expressions fonctionnelles, ce n'est pas au frisson initial, au point de côté, à l'oppression des forces, à la dyspepsie, aux souffles, etc., que je donne ces noms; ce n'est pas non plus aux ronchus (que l'on prend pour autre chose que des râles, puisqu'on les en sépare); ce n'est pas la dyspepsie que je considère comme états organiques primitifs; si j'agissais ainsi, j'aurais copié, non-seulement Barthez, mais Sauvages. J'appelle ainsi des états matériels, anatomiques ou chimiques, le plus souvent appréciables par les sens, quelquefois démontrés ou du moins rendus très-probables par l'induction et qui sont rigoureusement définis. Ils donnent lieu à des troubles fonctionnels ; ils sont susceptibles de fournir des signes physiques qui les font reconnaître, et je ne m'en occupe qu'autant qu'ils donnent lieu à des indications.

Les changements survenus dans la position, la forme, l'étendue, le volume, dans la largeur des organes; les modifications de circulation, de structure; les altérations de composition dont le sang est susceptible, etc., constituent pour moi des états anatomiques, et quelques faits me conduisent à ad-

mettre comme très-probables certains autres phénomènes tels que des oscillations morbides existant dans les nerfs et constituant aussi des états pathologiques. Il ne s'agit donc pas ici de symptômes ni de maladies tels qu'on les considère généralement; ce sont des faits le plus souvent irrécusables et dont on peut démontrer l'existence; exemples : la présence de matières ou de gaz dans l'intestin; une hémorrhagie, une hydropisie; une augmentation de volume dans le foie, la rate, les reins, le cœur; une proportion de sang plus grande ou plus petite qu'à l'ordinaire; trop ou pas assez de sérosité dans le sang, etc.; chacun de ces états présente, ai-je dit, des indications et des moyens de traitement particuliers.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Observations recueillies par M. THIERRY.

Exostose singulière de la deuxième phalange du doigt auriculaire de la main gauche. — Ulcération. — Amputation du doigt. — Guérison.

Marie-Madeleine B..., âgée de trente-deux ans, marchande des quatre-saisons, portait au bord interne du doigt auriculaire de la main gauche, au niveau de la partie inférieure de la diaphyse de la seconde phalange, une tumeur oblongue, dont le grand diamètre était dirigé d'avant en arrière et de bas en haut, et dont l'extrémité antérieure, plus grosse et plus saillante que l'extrémité postérieure, proéminait fortement vers la face palmaire de la main.

Il y a trois ans, la malade sentit, en se lavant les mains, un claquement douloureux dans l'articulation de la première avec la seconde phalange de ce doigt; à dater de ce jour elle éprouva des douleurs très-légères mais continues dans ce point; peu à peu elle vit se manifester dans le même endroit un gonflement progressif qu'elle ne chercha pas d'ailleurs à arrêter, tant la souffrance et la gêne qu'elle en éprouvait étaient peu intenses. Cependant, il y a quelques mois, par suite d'une irritation mécanique dûe à la profession de la malade, l'extrémité palmaire de cette tumeur devint le siege d'une légère inflammation; bientôt la malade éprouva des douleurs plus violentes, et au bout de quelque temps il se forma en ce point une ulcération qui s'accrut chaque jour de plus en plus; alors seulement Madame B... crut devoir se faire soigner.

M. Thierry proposa l'amputation du doigt en entier, car, malgré la liberté assez grande des mouvements de l'articulation de la deuxième phalange sur la première, malgré son intégrité probable alors, autant qu'on pouvait le constater à travers les chairs gonflées vers ce point et prouvée plus tard par la dissection du doigt amputé, il eût été complétement inutile de laisser la première phalange en place : le moignon qui en serait résulté n'eût été d'aucune utilité pour la malade; il aurait formé, au contraire, un appendice très-gênant par sa position qui l'aurait exposé à tout instant au choc des corps extérieurs.

M. Thierry, assisté de MM. Viguès et Bellencontre, pratiqua l'amputation dans le courant du mois de novembre 1854. Les suites furent des plus simples; pas d'accidents; cicatrisation complète au bout de huit à dix jours.

Après avoir fait macérer le doigt amputé, après avoir enlevé les parties molles, qui ne présentent rien de particulier, et décollé avec précaution le périoste, nous avons trouvé les trois phalanges parfaitement normales; seulement à la partie inférieure du bord interne de la diaphyse de la deuxième phalange est accolé un os nouveau à grosse tubérosité antérieure, convexe, lisse, débordant de deux centimètres la face palmaire de l'os normal. Cette extrémité est comparable jusqu'à un certain point à l'extrémité inférieure d'un cinquième métacarpien; elle est formée par un tissu spongieux, moins dense que le reste de l'exostose; au moment où nous en avons arraché le périoste qui la recouvrait, elle offrait la coloration rouge sanguine de l'ostéite aiguë. Sa petite extrémité, séparée du reste de l'os par une dépression bien marquée, a un volume bien inférieur à la première. L'os nouveau est séparé de l'os normal par une gouttière assez profonde. A la face antérieure et inférieure de l'exostose, on trouve une éminence aiguë, sorte de stalactite rugueuse qui serait probablement devenue par la suite le point de départ de nouvelles productions osseuses.

Un trait de scie, divisant transversalement et la phalange et l'exostose au niveau de leur point de contact, a permis de constater la dépendance intime des deux os, dont la substance offre à ce point une égale densité et une fusion complète. La cavité médullaire de la phalange est normale.

Quand la malade vint consulter M. Thierry, on aurait pu croire, à première vue, à une luxation de la seconde phalange sur la première; mais l'examen direct fit immédiatement reconnaître que cette lésion n'était pas due à une pareille cause. D'un autre côté, les réponses de la malade ne pouvaient faire supposer des antécédents syphilitiques, et d'ailleurs la lenteur avec laquelle le volume de la tumeur s'était accru, l'absence de douleurs violentes, l'aspect de la petite ulcération, ne permettaient pas de rattacher le diagnostic à cette étiologie.

S'agissait-il ici d'une exostose offrant dans sa forme, dans sa position et dans son développement, des caractères tout particuliers, ou bien était-ce là un os surnuméraire, resté pendant longtemps à l'état rudimentaire et qui s'était développé plus tard sous l'influence de causes inconnues? — La première de ces deux opinions est la plus probable; cependant la singularité de sa forme autorise jusqu'à un certain point la dernière supposition.

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS MÉCONNUE. — CAL VICIEUX. — RUPTURE DU CAL LE VINGTIÈME JOUR. — GUÉRISON PARFAITE.

Le 15 décembre 1854, mademoiselle Marie R....., âgée de 19 ans, domestique à Bercy, rue de Charenton, 75, étant montée sur une échelle peu élevée, le pied de celle-ci vint à glisser et mademoiselle R... tomba en avant; son bras droit fut pris entre son corps et l'un des montants de l'échelle, qui reposait elle-même sur le sol. A la suite de cette chute la malade n'éprouva qu'une douleur légère, mais elle ne put se servir de sa main pour ses travaux ordinaires. Effrayée par cette impuissance et par la tuméfaction qui se développa bientôt dans la partie inférieure du membre blessé, elle consulta un médecin qui affirma qu'il n'y avait pas de fracture et qui enveloppa simplement l'avant-bras d'une bande imbibée d'eau-de-vie camphrée, en recommandant à la malade de se servir de son membre. Mais il était beaucoup plus difficile de suivre ce conseil que de le donner, et la malade resta quelques jours sans pouvoir exécuter les mouvements ordinaires de pronation et de supination; ces mouvements devenaient surtout très-douloureux lorsqu'elle cherchait à les produire en tenant sa main dans la flexion forcée.

Le 4 janvier 1855, vingt jours après l'accident, mademoiselle R..... vint montrer son bras à M. Thierry : la main était déviée vers le bord radial; il existait une dépression sensible à la vue, vers la partie inférieure du bord correspondant de l'avant-bras droit, et le doigt promené sur cette partie trouvait, à deux centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne, une saillie qui était évidemment formée par le fragment osseux inférieur réuni vicieusement au fragment supérieur.

M. Thierry fixa l'avant-bras de la malade, enveloppé d'une serviette, dans un étau dont les mors arrivaient au niveau du cal vicieux; saisissant ensuite la main de la malade avec sa main droite et appuyant le pouce gauche sur l'extrémité inférieure du radius, il fit subir à cette partie un mouvement de rotation lent, mais continu en dehors; il parvint ainsi à rompre sans secousse le cal vicieux. Un appareil composé de deux compresses graduées longitudinales, de deux attelles et d'une bande roulée, fut ensuite placé sur l'avant-bras, pendant que deux aides opéraient l'un sur le coude, l'autre sur le pouce et la main légèrement portée en supination, une traction assez puissante pour obtenir une coaptation parfaite des deux fragments.

Le 2 février, l'appareil fut enlevé : la main avait repris sa direction normale; on sentait à travers la peau un cal osseux peu volumineux; mais il n'y avait plus d'encoche au niveau de la fracture; les mouvements de la main s'exécutaient avec facilité. On replaça l'appareil afin de permettre au cal d'acquérir plus de solidité.

Le 9 février, le membre avait recouvré complétement sa forme nouvelle, et ses fonctions s'exécutaient sans la moindre difficulté.

On n'insiste généralement pas assez sur le diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Cette affection, restée méconnue jusqu'à Pouteau qui l'a signalée le premier en 1760, était alors confondue avec les luxations du poignet, lésion qui est très-rare et que l'on avait crue jusqu'alors très-fréquente. Il arrive encore assez souvent aujourd'hui que l'on

méconnaît la nature précise du mal et que l'on abandonne ces fractures à elles-mêmes : on croit, et c'est une erreur grave, que parce qu'on ne perçoit pas la crépitation, il n'y a pas fracture, et dès lors on ne fait rien pour opérer la réduction et pour la maintenir. Or, la mobilité, la déformation et la douleur fixe éprouvée par le malade au-dessus de l'articulation, suffisent pour caractériser cette fracture, qu'il est facile de reconnaître à ces signes, même lorsqu'il y a gonflement des parties molles.

On peut affirmer avec toute assurance que lorsqu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius est reconnue et traitée avec soin, le pronostic n'offre aucune gravité. Mais si elle reste méconnue, ou même si, après la réduction, la partie inférieure du membre malade n'est pas condamnée pendant trente jours au moins à une immobilité complète, le malade pourra rester estropié, et il deviendra quelquefois indispensable de recourir à la rupture du cal pour rendre au membre sa forme et ses fonctions normales.

Rappelons à la suite de cette observation que M. Thierry a déjà publié, dans le journal *l'Expérience,* plusieurs cas de rupture de cal vicieux par le procédé qui consiste à agir sur le fragment inférieur pendant que le fragment supérieur est maintenu immobile dans un étau, et que jamais ce moyen n'a été suivi d'accidents graves.

CORRESPONDANCE.

DE L'EMPLOI DE CERTAINS MÉDICAMENTS DANS LES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez probablement eu connaissance d'un arrêté relatif à la prescription et à l'emploi de certains médicaments, qui a été pris, le 30 janvier dernier, par M. le Directeur de l'assistance publique, dont chacun connaît la constante sollicitude pour les malheureux, et approuvé, le 15 du mois suivant, par M. le préfet de la Seine.

Je vous serai obligé de vouloir bien publier cet arrêté, et de placer, en regard de ses deux derniers considérants et de ses articles 1, 2 et 3, l'extrait suivant des paragraphes 14 et 17 de la lettre que vous eûtes la bonté d'insérer dans votre numéro du mardi 16 janvier 1855.

« Le Directeur,

« Vu le rapport de l'un des inspecteurs de l'Administration, en date du 5 décembre 1864;

« Sur la proposition du chef de la deuxième division :

« Considérant que l'extension donnée au service de traitement des malades à domicile vient augmenter dans une proportion considérable la dépense des médicaments faite par les bureaux de bienfaisance ;

« Qu'il convient de prendre des mesures *pour prévenir les abus* qui pourraient se produire dans la distribution et l'emploi de ces médicaments, et pour assurer ainsi dans l'intérêt de la classe indigente le *meilleur usage des fonds* alloués par l'Administration ;

« Que les dispositions adoptées à cet effet dans les établissements hospitaliers et dont l'expérience a constaté l'efficacité, peuvent être appliquées avec avantage au service du traitement à domicile ;

« Arrête :

« Art. 1. Les *sirops*, le *sucre* et le *miel* employés comme édulcorants, *seront réservés aux seuls malades à la diète* dans le service médical à domicile, comme ils le sont déjà dans le service des hôpitaux.

« Ils ne pourront être prescrits sur la même ordonnance pour plus de trois jours.

« Art. 2. Les personnes qui se présentent *aux consultations publiques ne pourront recevoir que des tisanes édulcorées avec la racine de réglisse.*

« Art. 3. Les substances édulcorantes ci-dessus énoncées ne peuvent être délivrées EN NATURE; elles devront toujours être dissoues préalablement dans les tisanes, ou autres médicaments prescrits;

Extrait des paragraphes 14 et 17 de ma lettre du 16 janvier 1855.

« On peut, par conséquent, sans aucun préjudice pour le malade, supprimer le sirop *en nature*, qui flatte le goût, mais dont l'action n'est pas plus salutaire que celle des médicaments que je viens de nommer.....

... Nul doute que si l'on supprimait l'usage du sirop en nature, on ne fît, sans nuire aux malades, d'immenses économies, par l'emploi de substances d'un prix moins élevé, et la diminution très-sensible du personnel des consultations. »

« Art. 4. Les quantités à délivrer à la fois en vertu d'une seule ordonnance ne pourront dépasser celles qui vont être indiquées pour les médicaments placés sur la liste suivante :

« Sirops et miels autres que ceux qui sont employés comme simples édulcorants ; vins médicinaux ; huile de foie de morue	250 gram.
« Farine de graine de lin,	500 »
« Farine de moutarde,	250 »
« Fleurs et feuilles pour tisanes,	30 »
« Racines, écorces, bois autres que les suivants, gomme arabique, semences d'orge et autres pour tisanes,	60 »
« Salsepareille et gayac,	125 »
« Laudanum de Sydenham et Rousseau pour l'usage interne,	4 »
« Le même, pour l'usage externe,	10 »
« Magnésie pure ou carbonates.	15 »

« Cette liste pourra toujours être modifiée par des arrêtés subséquents, suivant les besoins du service.

« Art. 5. Les médecins qui voudront faire délivrer de plus grandes quantités que celles qui sont fixées pour les médicaments portés sur la liste précédente, devront le faire par des bons motivés. Ces bons seront servis d'urgence, s'il y a lieu; mais ils devront toujours être soumis à la commission des secours de maladie, qui décidera si elle doit en autoriser le renouvellement ou la délivrance.

« Dans tous les autres cas, les sœurs chargées de la tenue des pharmacies, et les pharmaciens de la Ville, fournisseurs des bureaux, seront tenus de ne livrer que les quantités fixées comme maximum par les décisions de l'Administration.

« Art. 6. Les pharmaciens-inspecteurs s'assureront, lors de leurs visites mensuelles, de l'exécution des dispositions qui précèdent, et ils noteront les infractions qu'ils auront remarquées suivant leur importance soit sur le carnet d'inspection, soit dans des rapports spéciaux.

« Art. 7. Les secrétaires-trésoriers des bureaux de bienfaisance enverront chaque trimestre à l'Administration centrale un état sommaire de la consommation des principaux médicaments et du nombre des sangsues reçues et rendues à la Pharmacie centrale, dans les maisons de secours de leurs arrondissements respectifs; ils se conformeront pour le faire au modèle annexé au présent règlement.

« Pour former cet état, il ne sera pas nécessaire de procéder au dépouillement des ordonnances. Les consommations seront constatées d'une manière sommaire par la différence entre la somme des quantités reçues pendant le trimestre et existant au commencement du même trimestre avec celles qui seront trouvées en magasin le dernier jour.

« Fait à Paris, le 30 janvier 1855, « *Signé :* DAVENNE. »

M. le Directeur de l'assistance n'a pas cru, par l'arrêté qui précède, « *imposer aux malades un trop grand sacrifice.* » C'est aussi mon avis.

Je désire que tout le monde pense comme nous, et j'espère particulièrement que le Directeur de l'assistance publique trouvera des imitateurs parmi les commissaires de la Société philanthropique.

L. DE LAFFORE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le célèbre physiologiste M. Bischoff, si connu par ses travaux d'embryologie, vient d'être appelé de l'université de Giessen à celle de Munich. Cette dernière école aura successivement ravi à celle de Giessen ses deux plus grandes célébrités, le baron Liebig et M. Bischoff. Nous apprenons également la nomination de M. Lange (d'Heidelberg) à la chaire d'accouchements de la Faculté de médecine de Prague.

(*Gaz. hebd.*)

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 31. 3e ANNÉE. Mardi 13 mars 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Discussion à propos du traitement de la variole.

A M. PIORRY, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Monsieur le Professeur,

Dans son premier discours, M. Bousquet vous avait tenu à peu près ce langage : « Étrange illusion ! un petit nombre d'élèves intéressés à vous flatter, balbutient quelques-uns de vos mots, et cela vous suffit pour vous faire croire que votre nomenclature fait son chemin ! » Avec une franchise et une naïveté qui vous honorent, vous lui répondites qu'il fut un temps où il y avait plus de danger que de profit à être de votre avis. Il n'y a dans cette réponse à reprendre que le mot *fut*, car ce temps-là, monsieur, n'est point passé, et à l'heure où j'écris, il est toujours très-compromettant, aux yeux de beaucoup de gens, non-seulement d'être de votre avis, mais encore de trouver qu'il peut sortir de votre bouche ou de votre plume quelque chose de vrai, de juste, d'utile à la science ou à l'humanité.

Quelque fâcheuse que soit une situation, le véritable moyen d'en sortir n'est pas de la couvrir d'un voile, ou de la cacher sous des fleurs ; il faut résolument la regarder en face et l'attaquer de front. C'est ce que mon intérêt m'engagerait à faire aujourd'hui, si mes mauvaises habitudes ne m'y poussaient irrésistiblement. Quoiqu'en dissidence avec vous sur quelques points importants, je n'en suis pas moins d'avis, en effet, que vous venez de soutenir avec un grand talent une cause qui, à beaucoup d'égards, est celle de la raison, de la vérité, de la science réelle, et de percer à jour ces prétendues doctrines transcendantes et ces écrivains fameux qui n'abritent que d'immenses outres sous leur langage, tantôt harmonieux et tantôt discordant, mais toujours inintelligible. Quoique je m'applique beaucoup plus à rester dans la vérité qu'à prévoir ce qui m'adviendra pour l'avoir dite, je ne voudrais pourtant pas que mon opinion sur vos discours me portât trop de préjudice auprès de mes lecteurs, et vous me pardonnerez, j'en suis certain, de vouloir conserver toute leur estime, pourvu que ce ne soit pas aux dépens des inspirations de la conscience.

D'ou vient donc cette situation que vous avez constatée dans le passé, que je constate encore dans le présent ? D'ou vient qu'un homme à qui la science doit la première étude vraiment sérieuse de la pathologie du sang ; qui a porté la percussion à un tel degré de perfectionnement, que l'histoire associera infailliblement son nom à celui d'Avenbrugger ; qui a composé le traité de médecine incontestablement le plus riche en matériaux ; dont le zèle scientifique ne s'est pas un instant refroidi depuis quarante ans, et, de nos jours ne trouve guère d'égal que dans celui du professeur Velpeau ; d'ou vient que cet homme rencontre une telle opposition, qu'on ne puisse sans danger trouver du juste dans ce qu'il dit, du bien dans ce qu'il fait ?

Tout cela me paraît venir un peu de vous, beaucoup de l'esprit humain en général, et de l'esprit médical en particulier.

De vous. — Il est certain que votre maintien, votre langage et votre manière d'interpréter celui des autres, votre intonation, vos écrits, vos pensées sortent du cercle moyen dans lequel se renferment les différences, très-nombreuses pourtant, qui existent ordinairement entre les hommes ; que toute votre personnalité, en un mot, est marquée au coin de ce qu'on est convenu d'appeler l'originalité.

De l'esprit humain. — Or, l'originalité appelle l'attention, et appeler trop fortement l'attention, c'est provoquer le plus souvent ou l'admiration ou le dénigrement, et, avec les tendances de l'esprit humain, commander le premier de ces sentiments est bien difficile.

De l'esprit médical. — Mais si les disciples — sans le savoir — de milord Bolimbrooke (1) sont nombreux parmi les hommes, ils le sont bien davantage parmi les médecins : chez un confrère, vertu est bientôt calcul ou hypocrisie ; défaut est bientôt vice ; originalité est bientôt..... « *un événement dans l'histoire de l'esprit humain.* »

Telles sont, si je ne me trompe, Monsieur le Professeur, les causes d'une situation exceptionnelle qui a évidem-

(1) Dont la devise, comme on sait, était : *Nihil mirari.*

ment ses inconvénients, mais qui, peut-être, n'est pas non plus entièrement dépourvue de charmes. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on tient plus au fond qu'à la forme, ces causes ne sauraient être un motif sérieux pour faire oublier à des esprits attentifs ce qu'il y a de vrai dans vos doctrines, d'utile dans vos nombreux travaux. Mes lecteurs, habitués à prendre le bon partout où il se trouve, me permettront de le rappeler brièvement, à propos de la discussion pendante.

Ce n'est point toutefois par là que je commencerai; il faut d'abord que je m'explique en peu de mots sur la distance qui nous sépare et à laquelle j'ai déjà fait allusion. Cette distance, vous le savez, n'existe pas d'hier; nous avons déjà eu l'occasion de la mesurer ensemble. Depuis ce moment, vous êtes resté inébranlable comme la montagne, et je n'ai jamais eu ni le moindre droit, ni la moindre prétention au rôle de Mahomet. D'où il suit que notre position respective est toujours la même.

Comme je l'ai toujours cru, je crois encore que la nomenclature organo-pathique est inutile presque toujours, nuisible souvent, nuisible surtout au succès de vos travaux, en répandant sur eux les antipathies qu'elle soulève. Je ne crois pas me tromper, Monsieur le Professeur, en affirmant que votre grand ouvrage en serait au moins à sa troisième édition, s'il avait porté le titre vulgaire de *Pathologie* MÉDICALE : à ce titre, vous avez substitué celui de *Pathologie* IATRIQUE, et la première édition n'est pas encore épuisée. Pouvez-vous penser que, même à votre point de vue, les avantages d'une telle substitution soient égaux à ses inconvénients?

Vous avez voulu, dites-vous, marcher sur les traces des Lavoisier et des Guyton-Morveau. Permettez-moi de croire que vous vous êtes trompé de chemin; M. Bousquet vous l'a dit, avec raison cette fois : quand Guyton-Morveau créait sa nomenclature, il répondait aux besoins d'une science nouvelle; ses mots exprimaient des faits nouveaux et consacrait le grand fait général, la grande loi, nouvellement découverte, des rapports qui liaient tous les faits anciens. Rien de semblable n'existe pour la nomenclature organo-pathique. Quand on a désigné sous le nom de *spléno-macrasie* l'augmentation de volume de la rate, on ne désigne pas un fait nouveau; on n'établit pas, on ne consacre pas de nouveaux rapports entre ce fait et d'autres faits semblables ou analogues; on substitue purement et simplement un mot inusité, et par conséquent étrange, à des mots connus et qui suffisent aux besoins de la science. Je ne dis pas que cette critique s'applique également à tous vos mots, car ce que je veux éviter avant tout, c'est d'être exagéré, c'est-à-dire injuste; mais elle me semble du moins applicable à la généralité du système, et cela me paraît même assez évident, pour qu'il soit inutile d'en donner de nouvelles preuves. C'est là d'ailleurs une question de forme, qui ne mérite pas, à mon sens, l'importance qu'on lui a donnée. Voici la grande question de fond.

Vous croyez toujours qu'il n'y a dans les maladies que des états organo-pathiques.

Entendons-nous.

Si vous aviez voulu prétendre que l'organisme ne peut être affecté que par des causes agissant sur ses éléments matériels, vous auriez eu raison, très-probablement, comme ont eu raison MM. Rostan, Bouillaud, Andral, Laennec, etc., quoiqu'il soit cependant très-difficile de le démontrer pour tous les cas, et que l'induction seule autorise une telle doctrine.

Mais soutenir qu'il n'y a dans toute maladie que la lésion locale que l'on voit ou que l'on touche; méconnaître que cet état local est la conséquence d'une influence générale qu'il suffirait de vaincre pour faire disparaître l'état local lui-même; là est, suivant moi, l'erreur : voici deux exanthèmes; tout y est semblable ou presque semblable, anatomiquement; tout y est différent médicalement : causes, pronostic, traitement : l'un est une roséole simple; l'autre une roséole syphilitique; en un mot, les deux états organo-pathiques sont l'expression de deux *maladies* essentiellement différentes. Rien ne serait plus facile que de multiplier ces exemples; rien ne serait donc plus facile que de montrer qu'il y a des *maladies*.

Mais est-ce à dire que la cause, que l'individualité morbide ait toujours une aussi grande importance que dans l'exemple précédent, et l'état organo-pathique une importance constamment aussi petite? Loin de moi une telle pensée. Il n'est que trop vrai que, soit ignorance de la cause, soit impossibilité d'agir directement sur elle, soit qu'à la manière de la foudre qui paralyse un cordon nerveux, elle disparaisse après avoir produit son effet, soit, enfin, que cet effet, local, menace de suspendre les fonctions d'un organe essentiel à la vie, la médecine en est trop souvent réduite à agir principalement ou exclusivement sur cet effet local, sous peine de se résigner à une complète inaction ou de s'abandonner aux hasards d'une inspiration, qui n'a d'autre fil que celui de l'ignorance et quelquefois du charlatanisme pour se guider à travers les ténèbres.

De là vient, monsieur le professeur, l'immense utilité de l'étude organo-pathique des organes; de là résulte que vos travaux, malgré ce qu'il peut y avoir d'exagéré dans vos doctrines, de peu séduisant dans votre nomenclature, auront rendu plus de services à l'humanité, auront imprimé à la science un progrès plus réel que les rêveries des Barthez, des Bordeu, des Lordat et de leurs nuageux admirateurs.

Au reste, ne pensez pas que cette admiration soit entièrement platonique : le véritable mobile s'en trouve souvent dans deux *maladies* (car ce ne sont pas là des états organo-pathiques) fort difficiles à guérir : la paresse, qui pourrait, à la rigueur, être un état anatomique, et l'ignorance qui est bien une maladie réelle. Soyez bien persuadé que la plupart de ceux qui s'attaquent aux *chercheurs de lésions* sont incapables de distinguer le râle muqueux du râle crépitant, et l'égophonie de la voix bronchique. Je m'étonne même que vous n'ayez pas profité de l'occasion qui vous était offerte pour étaler devant

le public cette grande vérité. Dans les circonstances importantes, il ne faut pas reculer devant les moyens décisifs : il fallait saisir corps à corps un de vos adversaires et lui dire (comme il m'arriva de le dire autrefois à un syphilisateur) : Vous prétendez que reconnaître une lésion organique ne sert à rien; mais, d'abord, démontrez-moi que vous savez constater l'existence de cette lésion ; venez à l'hôpital ; prouvez-moi que vous pouvez distinguer un bruit péricardique d'un bruit endocardique ; un bruit chlorotique d'un bruit produit par un rétrécissement aortique; un bruit présystolique d'un bruit péri-systolique ; une matité produite par un épanchement pleurétique de celle qui est due à une hépatisation partielle; quand vous m'aurez prouvé, quand vous aurez prouvé au public que vous savez faire toutes ces distinctions, alors nous pourrons ensemble en discuter la valeur; jusque-là votre droit est d'apprendre ou de garder le silence, mais non pas de disserter sur l'utilité du diagnostic anatomique.

Voilà, Monsieur le Professeur, comme on se défait d'une certaine catégorie d'adversaires. Le terrain ainsi déblayé, la discussion peut commencer, plus lucide et plus fructueuse, avec ceux qui auront surnagé à cette épreuve, et qui, gardez-vous d'en douter, seront les moins nombreux.

Je viens d'exposer, Monsieur le Professeur, les deux points importants qui me séparent de vous; sur tout le reste, je n'aurais qu'à vous approuver et à vous exprimer mes justes félicitations; mais comme l'éloge le plus mérité, pour peu qu'il se développe sous une plume inhabile, tourne bientôt à la monotonie, vous ne me saurez pas mauvais gré de terminer ici une épître à laquelle les lecteurs (qu'il ne faut jamais perdre de vue) pourraient bien s'intéresser moins que vous et moi.

H. de Castelnau.

Discussion sur la philosophie médicale et la nomenclature à propos du traitement de la variole et de la vaccine.

Deuxième discours de M. Piorry.

Quand on veut critiquer justement un auteur, il faut l'avoir lu, et ceux qui se sont élevés contre mes états l'ont si peu fait, qu'ils m'ont reproché de considérer isolément les états organo-pathiques, de les avoir analysés et de ne pas avoir étudié, dans leur hiérarchie, leur concordance. C'est cependant là ce que je n'ai cessé de faire, que dis-je! c'est là une des principales études de ma vie.

L'orateur cite à l'appui de cette assertion plusieurs passages extraits de ses Mémoires et ouvrages, et il donne une analyse rapide de son Traité de Médecine et de la manière dont il procède dans son cours de clinique.

Puis il continue :

Telle est en définitive ma synthèse : elle est physiologique et pathologique. Je ne dis pas : Tel homme a une maladie, mais bien : Cet homme est malade de telle façon, parce que ses organes, ses liquides sont dans tel état, parce qu'ils s'influencent de telle façon, et parce que telles causes ont agi; telle souffrance organique en a suscité telle autre, et, comme conclusion, je cherche à faire voir quels sont les risques qu'il y a à courir et quel est le traitement qu'il convient d'employer soit contre chaque état pathologique, soit contre ces états considérés dans leur ensemble.

Ce n'est pas là, il est vrai, la synthèse de la maladie que l'on pourrait placer dans un cadre nosologique; mais c'est la synthèse physiologique et pathologique, s'appuyant de tous les moyens d'observation connus.

Vous voyez donc que, si je mutile, si j'émiette le malade, c'est pour jeter quelque lumière sur l'étude de l'homme malade, et pour mieux diriger la pathologie et la thérapeutique.

L'orateur cite encore ici plusieurs passages de ses livres à l'appui de ses assertions; puis il continue :

Avais-je par hasard, dans mon Mémoire sur la variole, oublié d'étudier la cause du mal, ses effets primitifs, ses effets secondaires, tertiaires, la hiérarchie enfin que suivent les états pathologiques qui se succèdent dans de tels cas? N'ai-je pas d'abord étudié ce que l'on pourrait faire contre la variose et la variosémie qui, pour certains médecins, est toute la maladie? N'ai-je pas établi qu'avant tout il fallait chercher à les combattre, et M. Bousquet, pas plus que d'autres, n'a pu m'apprendre comment il fallait s'y prendre pour cela? Qu'il me permette donc de m'occuper des états anatomiques consécutifs, et qui, fort graves en eux-mêmes, persisteraient alors même que le virus serait detruit!

Vraiment, c'est chose curieuse que de voir avec quelle assurance on proclame dans des discours, dans des articles de journaux, que la variole est toujours la même, qu'elle a une marche fixe, invariable, à jours bien déterminés, à terminaison prévue. Cela est sans doute vrai pour certains cas simples et d'intensité médiocre; mais cela est si faux au lit du malade, que huit fois sur dix il y a des exceptions à cette fixité, à cette régularité, à cette marche dite invariable, à cette terminaison si bien prévue *à priori*. Cela est si juste qu'il a fallu admettre une varicelle, une varioloïde, une variole discrète, une confluente, etc., et qu'il n'est pas une de ces divisions qui ne pourrait comporter des sous-divisions. La seule chose commune, c'est la cause, c'est l'empoisonnement primitif du sang, et cela est si positif que l'on a admis une variole sans pustules, *variola sine variolis*.

La maladie ne serait donc en définitive, pour les médecins qui ne sont pas de mon avis, que le virus et ses premiers effets. Le reste ne serait que des collections de symptômes extrêmement fréquents, comme la vario-dermite; assez communs, comme la vario-pharyngite ; rares, comme la vario-laryngite. Les derniers accidents ne constitueraient pas la maladie et ne seraient en quelque sorte que des épiphénomènes.

M. Bousquet veut qu'il soit d'une importance secondaire de connaître le siége du mal, et il cite Torti, qui guérissait les fièvres d'accès sans savoir que la rate fût malade; mais Torti ne pouvait reconnaître un nombre considérable d'accidents intermittents, fébriles, ou remittents, dont la périodicité était très-mal dessinée et qui se rencontrent sans nombre dans la pratique. Le premier accès d'une fièvre pernicieuse ne pouvait guère être distingué d'une affection continue, et le malade pouvait périr avant que l'on sût à quelle affection on avait affaire. Eh bien! depuis que l'on sait que la rate est malade et est augmentée de volume dans les fièvres d'accès, il suffit d'apprécier par le plénimétrisme cette lésion, selon moi primitive, selon d'autres secondaire, pour reconnaître la nature des accidents, pour administrer du sulfate de quinine, et pour guérir le malade. C'est parce que l'on précise anatomiquement le siége des états organo-pathiques observables dans ce que l'on a appelé fièvre typhoïde, que l'on peut diriger contre cet ensemble de symptômes un traitement rationnel et souvent utile. Ceux qui ne connaissent pas ce siége en sont encore réduits à faire un traitement général contre la maladie *fièvre*, traitement qui, suivant les relevés statistiques, a une influence à peu près nulle sur le résultat.

Avant de connaître la lésion et le siége dans l'apoplexie, on

ne savait en rien ce qu'il convenait de faire, et l'eau des jacobins de Florence partageait avec les saignées et l'émétique les suffrages des praticiens. Mais qui donc a dit à M. Bousquet que, dans les doctrines organo-pathiques, on ne s'occupe que du siége du mal? Que signifieraient donc les désinences admises dans la nomenclature?

N'est-il pas évident que ce n'est pas M. Piorry ou sa nomenclature que l'on a en vue d'attaquer, mais bien l'organopathisme, les travaux de l'école de Paris tout entière?

M. Bousquet et quelques autres ont dit qu'il y a dans les maladies un élément principal et qu'il en est d'autres secondaires. Personne n'a nié et nul ne niera un fait de cette évidence; mais voici ce qui arrive souvent : un malade entre à l'hôpital pour une bronchite, qui est l'élément principal; demain il a une pneumonite qui devient alors le caractère dominant; pendant la durée de cette pneumonite, qui, par hypothèse, a son siége dans le lobe supérieur droit, il se manifeste des accidents d'hémostasie cérébrale, dont la cause anatomique est une compression de la veine cave supérieure (compression si bien étudiée par M. Hervez de Chégoin). Alors cette dernière lésion devient culminante, car elle peut faire périr, et à sa suite se manifeste une altération de structure qui, alors même que la pneumonite serait guérie, enlèverait le malade. Peu de gens meurent de la primitive affection qui les a frappés. Dans l'hémorrhagie cérébrale récente, c'est presque toujours une affection pulmonaire hypostatique qui amène une terminaison funeste. C'est la pyémie, c'est la présence de l'écume ou du pus dans les bronches qui fait succomber celui qui porte des tubercules dans les poumons, etc. Sans doute, il y a dans tout ceci une filiation de phénomènes parmi lesquels il en est de primitifs et de secondaires; mais, en somme, c'est à les connaître tous qu'il faut surtout s'attacher, et cela, pour mieux les connaître et pour augmenter ainsi les chances de guérison du malade.

Un grand nombre de ces considérations sont communes aux organiciens en général, ou aux nosographes intelligents qui placent les maladies dans les organes. La différence entre beaucoup d'entre eux et moi, c'est qu'ils partent, dans leur pathologie et dans leur clinique, d'ensembles de symptômes pour former ensuite des classes.

Ces médecins, par exemple, traitent de la dyspepsie, et ils la divisent en espèces, d'après les lésions qui lui donnent lieu (telles que la scorentérasie, la gastromalaxie, etc.) Je cherche d'abord au contraire à constater par tous les moyens possibles les états anatomiques, et j'arrive ensuite aux symptômes dyspepsie comme à ces affections.

Ce que je viens de dire de la variole et des maladies à virus, à ioses, à germes, est, comme on le comprend facilement, bien autrement applicable aux affections provenant d'une autre source, et dont les symptômes les plus variables et les moins réguliers constituent les caractères.

J'ai beaucoup insisté sur le côté pathologique de la réplique de M. Bousquet, et je pourrais peut-être, inutilement, prolonger cette discussion pendant longtemps. Je serai loin de m'étendre sur ce qui a trait à la nomenclature. Il est d'autant moins utile de le faire, que si l'on croit avec moi que l'étude des états organo-pathiques est indispensable en pathologie, et surtout en clinique, il faudra bien qu'on nomme ces états, et dès lors on sera forcé de se servir de noms propres pour les désigner. Il deviendra dès lors impossible de prendre ces dénominations ailleurs que dans le grec et dans les écrits des médecins anciens et modernes. Or, comme c'est là que je les ai puisés, on arrivera nécessairement à recourir aux mêmes sources et par conséquent à faire des mots tout à fait analogues aux miens.

M. Bousquet n'a rien dit contre la nomenclature qui ait quelque valeur scientifique. Il a parlé d'amour-propre; il a dit que j'avais passé peu de temps à faire ma nomenclature; il a ajouté qu'on ne trouve pas les mots qu'elle consacre dans les écrits de MM. Rostan, Chomel, Bouillaud, Grisolle, ni dans les journaux. Il fait la bienveillante remarque que l'envie de se distinguer fait créer des mots; il a ajouté qu'il est inutile de faire de nouveaux synonymes; il a prononcé de la manière la plus joviale, pour provoquer le rire du ridicule, le mot *scorentérasie*, et il a fini par cette phrase toute polie : « *ce n'est pas seulement présomption, déraison*; *c'est quelque chose de plus que tout cela : c'est un fait psycologique tout nouveau*; C'EST UN ÉVÉNEMENT DANS L'HISTOIRE DE L'ESPRIT HUMAIN. »

Je répète la phrase. (L'orateur la répète, en effet, lentement, en insistant sur chaque mot.) Il me semble que le principal moyen de punir de telles offenses est de les relire devant l'Académie, juge suprême dans ce débat, qui aurait dû rester scientifique. Seulement notre modeste confrère s'est évidemment trompé dans ses allégations. Il m'a fallu tout l'espace de temps qui s'est écoulé de 1834 à 1852. J'ai dû m'éclairer de beaucoup de conseils, me rendre à des critiques justes, profiter de beaucoup de lectures, adopter des mots nouvellement créés, modifier, supprimer, par suite de bons avis, des expressions que j'avais proposées pour faire que les termes de la nomenclature exposassent convenablement les idées que je voulais rendre.

Sans doute, on ne trouve pas les mots que cette nomenclature consacre dans l'ouvrage de M. Rostan, par une raison assez simple : c'est que cet ouvrage a été publié quelques années avant que je n'eusse fait paraître mes premiers travaux sur la nomenclature.

M. Chomel, qui se plaint si fort du langage reçu, et qui désire dans sa pathologie générale qu'une réforme y soit apportée, n'a pas été hostile à la nomenclature, *alors même que celle-ci tendait à décomposer les ensembles ou maladies dites rhumatisme et fièvre typhoïde*, sur laquelle cet auteur a fait ses travaux les plus importants. M. Grisolle a mentionné comme synonymes les expressions en rapport avec un grand nombre d'états pathologiques; enfin, si M. Bousquet avait lu la nosographie de notre honorable collègue M. Bouillaud, non-seulement il y aurait trouvé un grand nombre de mots formés d'après les principes que je défends, mais il y aurait rencontré ces remarquables phrases :

L'orateur cite ici des phrases très-favorables, extraites de la *Nosographie médicale* de M. Bouillaud.

Il continue ensuite :

Se contenter de dire que M. Bousquet ignorait l'existence de ces passages quand il affirmait que les auteurs cités ne se servaient pas de la nomenclature, c'est, il faut l'avouer, avoir quelque indulgence, et surtout respecter beaucoup l'Académie.

Je ferai grâce à ceux qui veulent bien me lire ou m'écouter, du nom des auteurs nombreux qui à l'étranger ont adopté un grand nombre des expressions que je propose. Je dirai seulement que MM. Robin et Lithré, dans leur excellent *Dictionnaire*, ont assigné une place à presque tous les mots dont je me sers.

Le vrai moyen de se distinguer n'est pas de créer des mots; c'est de faire des travaux utiles; c'est ce que je cherche à faire, et je ne désespère pas de voir, dans l'avenir, M. Bousquet se distinguer de cette façon.

Encore une fois les mots de la nomenclature désignent presque toujours des états pathologiques qui n'ont pas été nommés; ils ne sont donc pas des synonymes dont on aurait pu se passer. On a dit que je ne réussirais pas à faire adopter ma nomenclature. Ces prophètes-là ont le secret de lire dans l'avenir; je ne suis pas aussi avancé qu'eux; je sais seulement que l'on utilise déjà un grand nombre des mots qu'elle consacre. Si l'habitude des médecins de notre temps leur fait conserver l'ancien langage condamné par tous; si des livres qu'on a écrits, des écrivains qui craignent de se compromettre, des articles malheureux dont on s'est rendu coupable et que l'on veut défendre conduisent à repousser les progrès du langage médical, la jeunesse est là; désintéressée, elle prend dans

les débats passionnés le côté utile et le juste; à elle il faut parler sans peur; il faut pour elle aborder sans crainte les obstacles.

Et c'est pour cela que loin d'avoir présenté par fraction et d'une manière successive et cauteleuse les mots de la nomenclature, je suis allé droit au but, j'en ai proposé tout d'abord le système général; et si pour le malheur de la science et de la pratique, elle n'était pas adoptée, j'aurais au moins la conscience d'avoir voulu le bien et d'avoir eu la force de chercher à le faire triompher. . . . .

. . . .

Pour complaire à des critiques, j'ai depuis longtemps modifié la terminaison *ectasie* adoptée par les auteurs et notamment par Breschet; par l'abréviation j'y ai substitué le mot *asie*. De là, des composés plus doux que le terme phlébustasie de Breschet, et que celui qui a rendu M. Bousquet si joyeux. Récemment, dans un examen, le judicieux docteur Aran attaquait, mais avec les formes les plus polies cette élision, et disait avec raison qu'il voulait mieux se servir d'une consonnance moins *agréable* alors, qu'elle exprimait mieux une idée. M. Bousquet se rit donc d'un mot que je n'emploie plus, et cela peut-être à tort, parce que des contradicteurs m'ont engagé à le rendre plus court.

Mais qui ne sait que l'habitude d'entendre un terme long et un peu dur, le fait bientôt facilement supporter? Faudrait-il renoncer à son admission alors qu'elle serait utile? Si je lisais devant vous les dénominations de sels consacrées par les chimies végétale ou animale, je pourrais faire déserter les bancs de cette enceinte.

Certes, il est plus court et mieux souvent de dire émétique que tartrate antimonié de potasse, et cependant c'est de la dernière expression que l'on se sert usuellement; car la raison qui finit toujours par triompher a voulu que l'on abandonnât le mot émétique, substance qui, dans une foule de cas, ne fait pas vomir, et qui ne sollicite pas plus cette propriété (de faire vomir) que l'ipécacuanha, le sel marin et beaucoup de poisons.

De la même façon, il faut adopter *scorentérasie* ou *scorectasie* et rejeter *constipation*; ce dernier mot est vague. Il se rapporte à des états divers, tels que la difficulté de rendre les matières contenues dans le rectum, l'absence ou la rareté des évacuations, l'accumulation de résidu des digestions dans les intestins.

Scorentérasie, au contraire, ne peut se rapporter qu'a cette rétention; c'est un état pathologique qui donne lieu a des indications extrêmement importantes.

Mais quand les mots de la nomenclature sont trop longs, on peut facilement les décomposer et les trouver adjectivement, et dire par exemple: entérasie scorhéique, hydrique, aérique, pyoïque, etc. Ce qui exprime des idées précises et tout à fait susceptibles d'être utilisées en pratique.

Des réflexions du même genre seraient applicables à presque tous les mots de la nomenclature organo-pathique.

Que s'il m'était arrivé jamais d'avoir voulu imposer un mot nouveau, en prétendant qu'il ne pouvait être utilement remplacé par des termes plus convenables; que si j'avais tenu beaucoup aux expressions dont je me servais, alors je concevrais la colère de M. Bousquet; mais quand je n'ai cessé de déclarer que si des particules plus expressives, plus harmonieuses, plus courtes, étaient proposées, alors je renoncerais aux miennes; quand j'ai modifié les divers tableaux de nomenclature qui se trouvaient successivement publiés dans les volumes du *Traité de médecine pratique*, et cela en substituant toujours aux termes que j'avais d'abord adoptés des appellations que l'on m'avait ultérieurement et justement proposées; quand j'ai sans cesse dit, qu'étant faible helléniste, et l'étant seulement grâce aux dictionnaires et à mes lectures scientifiques, je laissais à d'autres le soin de mieux faire, franchement je ne conçois rien à l'indignation impolie de l'homme, qui huit jours auparavant me serrait la main avec affection.

J'ai cherché comme Alibert et tant d'autres à faire en médecine ce que Linné avait fait en botanique et en histoire naturelle. Buffon aimait peu les classifications et les nouveaux langages; il les critiquait sans cesse, et cependant son immense talent de bien dire n'a pas empêché le succès de l'œuvre de Linné. J'ai tenté de suivre la route qu'avaient tracée les Guyton de Morveau, les Fourcroy et les Lavoisier; les Chaussier et les Duméril, les Haüy et les auteurs du calcul décimal.

Voilà, messieurs, quelles ont été les principales idées qui m'ont guidé lorsque j'ai proposé une nomenclature médicale. Ces idées ne constituent pas *un fait psychologique tout nouveau;* elles ne sont pas le fruit de la présomption.

J'espère que vous ne les croirez pas déraisonnables. Elles sont nées, en effet, d'un grand événement dans l'histoire de l'esprit humain: l'apparition de la langue scientifique générale que les méditations de Linné, de Guyton de Morveau et de l'Assemblée constituante ont heureusement créée pour le progrès des connaissances humaines et pour le bonheur des hommes.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Note sur nouvel appareil destiné à opérer une révulsion sur un point déterminé de la périphérie du corps.

Par M. Dreyfus.

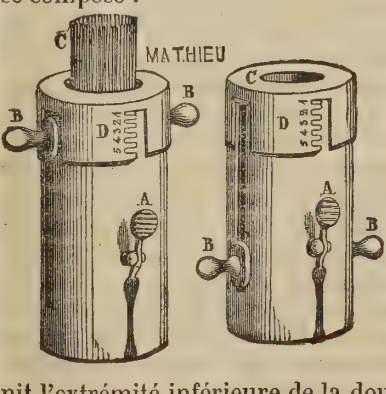
(Communiqué à l'Académie des sciences. — *Séance du* 26 *février* 1855.)

Il n'est peut-être pas de maladie soit générale, soit locale, interne ou externe, qui n'ait à réclamer les bénéfices de la révulsion. Aussi dès l'enfance de l'art, la révulsion a fourni à la thérapeutique des ressources très-étendues. L'idée de déplacer et de disperser les éléments et l'irritation morbifique est due à Hippocrate.

Mais quoique très-nombreux et présentant des modes d'action et des degrés d'énergie très-variables, les moyens de révulsion sont loin encore de satisfaire complétement, et dans tous les cas, le praticien. Les uns, en effet, sont trop insuffisants (les rubéfiants et les vésicants), tandis que les autres excessifs (les caustiques, les cautères actuels), dépassent le but sans le toucher.

Frappé des inconvénients des révulsifs employés jusqu'à ce jour, nous avons longtemps cherché à leur substituer un moyen qui permît d'obtenir l'action la plus puissante sans les désavantages, et d'entretenir d'une manière pour ainsi dire indéfinie, les effets véritablement efficaces de la révulsion; nous croyons que l'instrument que nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie répond parfaitement au but que nous avons voulu atteindre.

Cet instrument auquel nous donnons le nom de *Révulseur*, se compose:



1° D'une douille de six à sept centimètres de hauteur, sur trois de diamètre, et ouverte à son extrémité inférieure;

2° D'un double ressort à boudin terminé par un disque de deux centimètres de diamètre et sur lequel sont implantées vingt à trente aiguilles, ou pointes de deux centimètres;

3° D'une capsule qui garnit l'extrémité inférieure de la douille et qui est destinée à graduer la sortie des aiguilles;

4° De deux boutons engagés dans deux rainures opposées sur le corps de l'instrument et qui servent à l'armer;

5° D'un ressort à bascule, qui par la pression lance les ai-

guilles dans les tissus avec lesquels on les met en contact.

Le double ressort, renfermé dans la douille, fait sortir et rentrer les aiguilles instantanément, ce qui permet aux tissus divisés de revenir immédiatement sur eux-mêmes et d'empêcher le sang de s'en échapper.

Si nous prenons pour types les plus puissants révulsifs jusqu'ici usités, le moxa, le caustique de Vienne, le fer rouge, et que nous cherchions à établir un parallèle entre leurs effets et ceux du révulseur, nous voyons que :

1° Le révulseur agit à une profondeur que l'on peut graduer à volonté;

2° Qu'il ne détruit pas les tissus et ne les altère pas même, tout en y déterminant une pénétration considérable des fluides et par conséquent un mouvement fluxionnaire étendu;

3° Que son application est peu douloureuse et peut être renouvelée à intervalles rapprochés;

4° Que son étendue en surface et en profondeur peut être gradués;

5° Que son peu de volume le rend très-portatif et peut enfin être appliqué instantanément.

Les applications heureuses que dans notre pratique nous avons faites du Révulseur dans le traitement de la myélite chronique, des paralysies qui en sont le résultat, de la sciatique, du ganglion articulaire, du bubon induré, de la céphalalgie opiniâtre, de rhumatismes musculaires invétérés, etc., etc., feront l'objet d'un travail que nous aurons l'honneur de présenter prochainement à l'Académie.

Nous croyons devoir nous borner aujourd'hui à rapporter les deux observations suivantes :

Première observation.—Le 29 novembre 1854, M. B., 17, Faubourg-du-Temple, nous fit appeler pour nous consulter sur l'état de son frère, de Nogent-le-Rotrou, et nous prier de le faire entrer dans une maison de santé appropriée à sa maladie.

Nous apprîmes que trois mois auparavant M. B., âgé de 45 ans, constitution moyenne, tempérament bilieux, homme rangé, laborieux, après une vive émotion, devint triste, rêveur, indifférent à tout ce qui l'entoure; tout lui inspire de la terreur, son regard est incertain, soupçonneux; souvent dans la journée il s'arrête sans raison, brusquement et verse d'abondantes larmes en élevant les yeux vers le ciel. Lorsqu'on lui demande pourquoi il se désole ainsi, il répond qu'il ne sait pas.

L'appétit et le sommeil sont nuls, il n'a pas de fièvre. Le malade a cependant dans la journée des moments lucides et alors il accuse une violente douleur dans la nuque.

La proposition d'appliquer le révulseur fut acceptée par la famille. En cinq semaines, c'est-à-dire après dix séances de dix à douze applications chacune, sur la nuque, M. B. rentra dans sa famille, et jusqu'à ce jour sa santé ne s'est plus altérée. Nous nous contentâmes d'administrer au malade quelques légères purgations et une tisane rafraîchissante.

Deuxième observation.—Le 23 décembre 1854, M. T., négociant, 37, rue de Grenelle-St-Honoré, se présenta dans mon cabinet ; le malade nous donna les renseignements suivants : Le 25 décembre 1847, il fut pris subitement de douleur et de gonflement aux articulations des pieds. Ces douleurs l'empêchèrent de marcher pendant une année entière. Lenflure avec sensation incommode de chaleur persista longtemps dans le pied droit et passa ensuite dans le pied gauche. Il éprouva en même temps des douleurs dans les régions lombaires. Souvent il eut de la céphalalgie, de la fièvre, des battements de cœur, perte d'appétit. Cet état dura jusqu'au 12 juin 1854. Alors la fièvre s'alluma avec plus d'intensité, les douleurs gagnèrent les genoux, le dos. Les muscles du col se roidirent, les mouvements de la tête devinrent impossibles.

M. T. eut la dyspnée. les jambes vacillèrent et ne purent le soutenir; une fievre intermittente quotidienne se déclara et dura trois mois, magré tous les moyens qui lui furent opposés. Le malade maigrit considérablement, perdit l'appétit et les forces. Plusieurs médecins furent consultés, les traitements les plus rationnels employés et son état ne s'améliora pas. M. T., âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution forte, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une taille haute; sa marche est chancelante, incertaine, il avance un pied devant l'autre avec crainte et sans assurance, en s'appuyant sur une canne. Les mouvements de la tête soit latéraux, soit antéro-postérieurs, sont très-incomplets et douloureux, l'insommie, l'anoréxie, les douleurs diverses désignées plus haut persistent. Il ne peut descendre les escaliers qu'en se hissant sur la rampe, pour se laisser glisser jusqu'en bas. . . . . .

Immédiatement, nous sonmettons M. T., c'est-à-dire le 23 décembre dernier, à l'action du Révulseur, nous contentant pour la première fois de faire six applications, trois de chaque côté des vertèbres cervicales. Nous ne devons pas oublier d'ajouter que nous croyons devoir d'abord masser la région sur laquelle nous opérons, car le massage contribue considérablement à augmenter la turgescence du derme et à faciliter la pénétration de l'instrument. Deux fois par semaine nous répétâmes cette opération en élevant jusqu'au nombre de trente-six les applications, dans chaque séance, du Révulseur, et en les étendant depuis la région cervicale jusqu'à celle du sacrum inclusivement.

En somme, le malade eut quatorze séances; n'oublions pas de dire que le traitement général employé antérieurement fut continué. Aujourd'hui, après sept semaines de traitement, M. T. a recouvré entièrement ses mouvements de la tête, l'usage de ses jambes, qui sont d'une solidité remarquable.

L'appétit, le sommeil sont revenus, et il vaque comme avant à ses occupations.

Cet instrument a été fabriqué par M. Mathieu.

PILULES DE STORAX DE CLOSSOEUS CONTRE LES CATARRHES.

Les pilules de storax dites de Sylvius n'étaient pas les seules qui fussent employées dans ces derniers temps. En voici d'autres qui rivalisaient avec les pilules de cynoglosse, et jouissaient, suivant Schrœder, d'une grande réputation contre les catarrhes :

Prenez : Storax. . . . . . . ⎫
Oliban. . . . . . . ⎪
Myrrhe. . . . . . . ⎬ de chaque 4 grammes.
Opium brut. . . . . ⎪
Suc épaissi de réglisse. . ⎭
Safran. . . . . . . 2 grammes.

Faites une masse avec quantité suffisante de sirop de nerprun, et divisez en pilules de 15 centigrammes. Chacune de ces pilules contient 2 centigrammes et demi d'opium brut, et ce dernier étant estimé renfermer moitié seulement de son poids d'extrait, il résulte de là que quatre des pilules précédentes équivalent, en fait, à la dose de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Clossœus donnait ces pilules avec succès aux femmes enceintes qu'une toux fréquente met en danger de faire une fausse couche. Il est étonnant, dit Schrœder, qu'on les ait retranchées de la Pharmacopée royale, d'autant plus qu'elles sont un remède excellent contre les catarrhes. Elles possèdent les mêmes vertus que les pilules de cynoglosse; mais elles contiennent le double d'opium. On ne devra donc pas donner plus de trois à six pilules de storax par jour.

(*Revue de thérap. méd. chirurg.*)

Académie des sciences.

Séance du 12 février 1855. — Présidence de M. Regnaut.

Excision électrique.

M. Leroy (d'Etiolles) donne lecture de la note suivante :

L'excision de parties malades au moyen d'un fil de platine rougi par un courant électrique a été imaginée et appliquée à Vienne et à New-York il y a une douzaine d'années; ce n'est donc pas une invention, mais un perfectionnement que je présente à l'Académie.

Ce qui le caractérise, c'est que les deux bouts du fil se croisent dans

l'œil pratiqué à l'extrémité de l'un des conducteurs, de sorte qu'en les tirant en sens inverse, l'anse, rougie par le courant, se serre à mesure que l'excision s'opère, comme le ferait une ligature avec un fil ordinaire. Cet exciseur à fils croisés est applicable aux tumeurs saillantes pour lesquelles le bistouri peut être à craindre à cause des hémorrhagies, telles que les paquets hémorrhoïdaux et les chutes du rectum, pour l'excision des veines variqueuses des membres et du cordon spermatique, etc.

Quant aux rétrécissements de l'urètre et du rectum, il faut pour en faire l'excision, une autre disposition du cautère électrique que j'ai imaginée, appliquée et publiée en 1852. Ce n'est plus ici un fil, mais un anneau de platine très-mince qui rougit et fait l'office d'emporte pièce. Ses conducteurs sont proportionnés au diamètre des canaux dans lesquels ils doivent pénétrer et agir à une certaine profondeur : pour l'urètre il convient de les construire en fer émaillé, car le cuivre ne se recouvre pas aussi bien de cette espèce de vitrification qui prend peu de place et n'éprouve pas d'altération par la chaleur, comme le caoutchouc ou la gutta-percha.

Cancer.

Le même membre lit un mémoire intitulé : *Sur la diathèse cancéreuse et l'inopportunité des extirpations prématurées pratiqués dans le but de prévenir la dégénérescence.*

M. Leroy (d'Etiolles) présente un mémoire volumineux accompagné de nombreux documents dont il lit l'analyse suivante :

Dans les premiers temps de la médecine, on considérait le cancer comme une maladie constitutionnelle. Il est probable qu'on lui reconnaissait ce caractère dès son apparition, puisque le conseil de ne pas chercher à l'enlever a été donné d'une manière absolue par Hippocrate, par Celse, par Ambroise Paré, sans distinction de période et de durée.

Plus tard cette croyance s'est modifiée et l'on a admis en principe que le cancer est une maladie primitivement bénigne et locale qui, abandonnée à elle-même, subit une dégénérescence maligne dont l'influence s'étend à tous les corps, vicie la constitution et rend la répullulation presque inévitable lorsque l'on fait l'extirpatation des tissus altérés. Cette croyance est devenue un dogme, ainsi qu'on peut le voir par le passage suivant d'un livre du professeur Roux : « Je rappellerai, « dit-il, le sentiment de tous les hommes raisonnables en médecine « qui regardent le cancer comme une maladie locale dans son principe « et qui ne doit dans aucun cas son développement aux effets d'un virus « cancereux préexistant; la saine raison a fait justice du sentiment « opposé qui avait régné pendant si longtemps. » Conformément à ce dogme, le précepte est donné et généralement admis, d'extirper le plus promptement possible toute tumeur, toute altération de tissu capable de subir cette dégénérescence maligne et de produire une infection générale. Or, comme il est fort difficile au début de la maladie de distinguer ces altérations d'avec celles qui doivent rester stationnaires et inoffensives, on extirpait les unes et les autres indistictement.

Quelsques chirurgiens arrivés à la fin d'une carrière remplie d'expérience et d'enseignement ont, il est vrai, manifesté des doutes sur l'opportunité de ces opérations faites ainsi en toute circonstance; Boyer surtout s'est exprimé à cet égard avec beaucoup de franchise :

« Le temps et de nouvelles recherches, écrivait-il, peuvent seuls « fixer le degré d'importance d'opérations si rarement suivies de suc- « cès. » Il ajoutait : « Presque toujours, dans la rechute, la maladie « fait des progrès beaucoup plus rapides et parvient à son terme fatal « beaucoup plus promptement que dans les cas où l'opération n'a pas « été pratiquée. »

Les croyants à la doctrine de la dégénérescence cancéreuse et de l'infection générale secondaire, objectent que si la récidive a eu lieu, c'est que l'on n'avait pas extirpé le mal d'assez bonne heure, avant l'accomplissement de la dégénérescence et de l'infection.

Ne trouvant rien dans les livres qui pût servir de base à une opinion sur la dégénérescence, M. Leroy (d'Étiolles) résolut de rassembler une masse de faits recueillis principalement en vue de la solution de cette question. Il a été secondé dans cette recherche par MM. les ministres de l'instruction publique et des affaires étrangères, en 1840, lesquels, par l'entremise des préfets et des ambassadeurs, obtinrent des médecins de France et de l'étranger, les plus à même d'observer les maladies cancéreuses, plus de trois mille observations, qui lui ont servi à dresser la statistique présentée à l'Académie. Voici quelques chiffres relatifs à cette question de la bénignité primitive et de la dégénérescence : d'une part les extirpations pratiquées dans les six premiers mois qui ont suivi l'apparition de la maladie sont au nombre de 87 ; sur ce nombre, 61 avaient récidivé dans un laps de deux années.

M. Leroy a recherché alors quelle avait été la proportion des récidives lorsque les extirpations avaient été pratiquées plus de cinq ans après le commencement de la maladie, et il a trouvé que sur 97 opérations, il n'y en avait eu que 50.

Ces deux résultats sont peu favorables à la théorie de la bénignité et de la localisation primitives de la dégénérescence et de l'infection générale secondaires.

Les présomptions de diathèse primitive ou même préexistante qui ressortaient de ces chiffres de la statistique ont été confirmées depuis par les observations microscopiques au moyen desquelles on a reconnu les caractères spécifiques du cancer dès l'origine de la maladie.

Le précepte d'extirper aussitôt que possible les ulcérations présumées cancereuses, dans le but d'en prévenir la dégénérescence, serait donc basé sur une fausse théorie.

Les conséquences de son application ne sont pas égales dans les différentes parties du corps, il y en a pour lesquelles l'erreur n'a pas de gravité, la lèvre par exemple, car l'incision fait disparaître là une difformité, quelle que soit la nature de la tumeur ; mais il n'en est pas de même pour le sein, sur lequel l'incision crée une difformité ; pour le testicule, organe dont la privation est pénible et souvent funeste.

Le mémoire de M. Leroy (d'Étiolles) renferme des documents extraits de sa statistique, relatifs à d'autres points de l'étude des maladies cancereuses, tels que la fréquence relative dans les deux sexes, l'influence des causes, etc. Il les a laissés de côté pour analyser seulement la portion qui se rapporte aux questions de la diathèse primitive et de la dégénérescence. En dehors de cette question, il se bornera à faire observer que la statistique confirme ce qu'avait dit Boyer de la marche et de la terminaison funeste plus prompte après les récidives. On y voit en effet que la durée moyenne de la vie est de cinq ans pour ceux qui ne sont pas opérés, et de deux ans seulement après l'opération.

En conclura-t-on qu'il ne faut pas extirper les cancers? Non vraimant; mais seulement qu'il faut restreindre, régulariser l'intervention de la chirurgie, particulièrement en ce qui concerne le précepte des opérations pratiquées prématurément, dans le but de prévenir la dégénérescence. Le lieu qu'occupent les ulcérations cancéreuses ou présumées telles, la rapidité de leur accroissement, la difformité qu'elles causent, le délabrement qu'entraînerait leur ablation après leur développement, les vives douleurs qui les accompagnent quelquefois dès le début, peuvent être souvent des motifs suffisants pour agir de très-bonne heure ; mais on ne doit plus faire un précepte et une règle générale des opérations prématurées.

Séance du 19 février 1855.

Calculs urinaires.

M. Leroy (d'Étiolles) présente un nouvel exemple (le troisième, suivant l'auteur) de rupture spontanée d'un calcul dans la vessie.

Choléra.

M. Wolff, directeur de l'Observatoire de Berne, annonce qu'il résulte de ses observations que la mortalité par suite du choléra a coïncidé à Berne, comme M. Böckel l'avait observé à Strasbourg, avec la diminution de l'*azone* dans l'air.

Séance du 26 février 1855.

Considérations sur la salubrité relative des différents quartiers dans les villes.

M. Junod présente la note suivante :

« En étudiant dans les grandes cités la distribution de la population, on est frappé de cette remarque, sans exception, que la classe aisée a une tendance à se porter principalement vers l'ouest, abandonnant le côté opposé aux diverses industries; il semble que, par une sorte d'intuition, elle ait ainsi deviné les conditions de localité auxquelles il lui faut emprunter les éléments d'immunité dans les grandes calamités publiques.

« Ainsi, pour parler d'abord de Paris, c'est vers le couchant que depuis la fondation de cette grande cité s'est constamment dirigée la classe opulente. Il en est de même à Londres, et généralement dans toutes les villes d'Angleterre. A Vienne, à Berlin, à Saint-Pétersbourg, dans toutes les capitales de l'Europe, en un mot, les mêmes faits se reproduisent, le même mouvement de la population s'accomplit dans la direction de l'ouest, où se groupent constamment les palais des rois et les habitations auxquelles on ne demande qu'agrément et salubrité. Cette particularité remonte à la plus haute antiquité, ainsi que j'ai pu le constater en visitant les ruines de Pompeïa et d'autres villes anciennes. Dans ces mêmes villes, comme cela s'observe à Paris de nos jours, les plus grands cimetières se trouvent à l'est, et le plus ordinairement il n'en existe aucun à l'ouest.

« Si l'on rencontre quelques rares exceptions à cette règle, il est toujours facile de constater que ce développement vers l'ouest a été modifié par des collines escarpées ou par d'autres obstacles infranchissables ou stratégiques. Certaines villes de la Suisse, Neufchâtel entre autres, en offrent des exemples : de même Edimbourg, Rome, qui l'un et l'autre ont dû remonter vers le nord avant de reprendre leur direction normale vers l'ouest.

« Quelle est la signification d'un fait si général? Le hasard ne saurait présider à tant de constance, et alors même que ceux qui dirigent les travaux de construction ne s'en rendent point compte, la raison n'en existe pas moins, bien qu'à leur insu. Cette raison est toute physique : elle se rattache à la pression atmosphérique. Lorsque la colonne barométrique s'élève, la fumée et les émanations nuisibles s'évanouissent rapidement dans l'espace. Dans le cas contraire, nous voyons la fumée et les vapeurs nuisibles séjourner dans les appartements et à la surface du sol. Or tout le monde sait que de tous les vents celui qui fait le plus monter la colonne barométrique est le vent d'est, et que celui qui l'abaisse le plus est le vent d'ouest. Lorsque celui-ci souffle, il a l'inconvénient d'entraîner avec lui sur les quartiers situés à l'est des villes tous les gaz délétères qu'il a rencontrés dans son parcours sur les quartiers situés à l'ouest. Il résulte de là que les habitants de la partie orientale d'une ville ont non-seulement leur propre fumée et leurs miasmes, mais encore ceux de la partie occidentale que leur amènent les vents d'ouest. Lorsque, au contraire, le vent d'est souffle, il purifie l'air en faisant remonter les émanations nuisibles qu'il ne peut rejeter sur l'ouest de la ville.

« Donc, les habitations qui sont à l'ouest reçoivent un air pur, de quelque part de l'horizon qu'il leur arrive : ajoutons que les vents d'ouest étant ceux qui prévalent ou règnent le plus souvent, elles sont les premières à recevoir cet air, tout pur et tel qu'il arrive de la campagne.

« Des faits qui précèdent, nous croyons pouvoir déduire les propositions suivantes :

« 1° Les personnes qui ont la liberté du choix, surtout celles d'une santé délicate, doivent habiter à l'ouest des villes.

« 2° Par la même raison, on doit concentrer à l'est tous les établissements d'où se dégagent des vapeurs ou des gaz nuisibles.

« 3° Enfin, en élevant une habitation en ville, et même à la campagne, on doit reléguer à l'est les cuisines et toutes les dépendances d'où peuvent se répandre dans les appartements des émanations nuisibles. »

— Après cette communication, M. Élie de Beaumont signale quelques faits qui lui paraissent tendre à prouver la constance et la généralité de la loi signalée par M. Junod. Il a remarqué, dans la plupart des grandes villes qu'il a visitées, cette tendance de la population aisée à se porter constamment d'un même côté, qui, sauf l'influence de certains obstacles locaux, est généralement le côté de l'ouest. Turin, Liége, Caen en offrent des exemples. M. Moquin-Tandon a remarqué la même chose à Montpellier et à Toulouse. Paris et Londres présentent, à cet égard, des faits analogues, quoique les fleuves qui traversent ces deux grandes agglomérations coulent en sens diamétralement contraires. Il rappelle les dictons populaires et les pièces de théâtre qui constatent la tendance des habitants enrichis de la cité de Londres à se porter vers l'extrémité occidentale de la grande ville, le *West-End*. Paris s'accroissait dans la direction du nord-est à l'époque où l'on bâtit la Bastille, le palais des Tournelles, l'hôtel Saint-Paul, etc.; mais alors on était encore sous l'influence de la terreur produite par les incursions des Normands, dont les flottilles remontaient la Seine jusqu'à Paris, et n'étaient arrêtées que par le Pont-au-Change. A cette époque, et tant que la même impression dura, on devait avoir beaucoup de répugnance à aller habiter Auteuil ou Grenelle; mais depuis la fondation du Louvre, et surtout depuis le règne de Henri IV, le phénomène a repris son cours normal.

M. Élie de Beaumont est porté à croire que, parmi les causes de ce phénomène, on doit tenir compte de la température et de l'état hygrométrique de l'air, généralement plus chaud et plus humide pendant les vents d'ouest et du sud-ouest que pendant les vents d'est et de nord-est.

Nouvel appareil destiné à opérer une révulsion sur an point déterminé de la périphérie du corps.

M. Dreyfuss communique une note à ce sujet (voir ci-dessus).

De la nature du virus syphilitique, des lois qui régissent son action dans l'organisme; conséquences pratiques pour le traitement des maladies vénériennes.

M. Castano, médecin-major à l'armée d'Orient, ancien médecin chargé du service des vénériens à l'hôpital Saint-André à Rome, communique la note suivante :

(Commissaires MM. Magendie, Andral, Velpeau.)

« En récapitulant les points importants de ce travail, nous pouvons dit l'auteur, le résumer dans les quatre propositions suivantes :

« 1° La syphilis est le résultat de l'introduction, dans l'économie, d'un *végétal fungiforme parasite* ; sa présence, sa germination et son dévelopement dans les tissus où il pullule, forment la cause première des ulcérations que des circonstances et des faits physiologico-pathologiques démontrent à une investigation continue et minutieuse.

« 2° Le corps étranger se développe dans nos tissus ; il fait irruption au dehors en appelant autour de lui des fluides anormaux au milieu desquels il végète.

« Après s'être implanté par ses radicules sur une partie du corps, il refoule devant lui les tissus sains, pour en prendre la place. Le mode de propagation explique la marche et la formation des ulcères

« 3° La guérison de la maladie vénérienne consiste dans la destruction de ce corps nouveau et dans l'élimination entière des spores et sporules qui tendent à le reproduire.

« 4° Les caustiques et les antisyphilitiques spéciaux métalliques agissent en détruisant le végétal parasite, et en rendant impropres à la germination les spores. Dans quelques circonstances, rares du reste, les moyens hygiéniques, les bains et lotions abondantes peuvent éliminer les germes de la maladie, en éliminant les matériaux organiques, sources de la maladie. »

L'Académie reçoit diverses autres communications dépourvues d'intérêt.

BIBLIOGRAPHIE.

Iconographie ophthalmologique ou description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicale, par J. Sichel, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et Paris. — Paris, 1855; livraisons 11e et 12e, in-4°; prix de chaque livraison, 7 50; chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Du Diagnostic et de la curabilité du Cancer, discours prononcé à l'Académie impériale de médecine, le 16 janvier 1855, par M. Velpeau. Paris, 1855, in-8° de 44 pages, 1 fr. 50 c. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Discussions académiqnes. Maladies de l'utérus, par M. Velpeau. Paris, 1854, in-8° de 112 pages; prix, 2 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Dyspepsie et consomption, ressources que la poudre nutrimentive offre dans ce cas à la médecine pratique, par le docteur Lucien Corvisart, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Grand in-8°; prix, 2 fr. 50 c. — Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Des causes, des symptômes et du traitement de la suppression des urines et de leur rétention, par le docteur Petit (de Maurienne); 1 vol. in-12; prix, 2 fr. 50 c. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc.; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c par la poste.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin ; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 32. 3e ANNÉE. Jeudi 15 mars 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Appendice à la discussion du cancer.

(*Deuxième article.*)

Tous ceux qui ont assisté aux deux dernières séances de la grande discussion du cancer, ont eu l'occasion d'admirer l'habileté dont M. Velpeau a fait preuve dans cette circonstance. Sa parole incisive, ses saillies piquantes, et l'expression presque passionnée de ses profondes convictions, ont réussi à intéresser jusqu'à la fin un auditoire déjà fatigué par quatre mois d'attention, et ont reçu pour récompense de vifs applaudissements.

Il est donc bien naturel que M. Velpeau, satisfait de ce succès de tribune, ait jugé opportun de faire réimprimer et distribuer ses deux derniers discours, en faveur de ceux qui ne sont pas abonnés au Bulletin de l'Académie. Mais ce qui est un peu moins naturel, c'est qu'il ait cru devoir y ajouter un *appendice* peu conforme à la louable pensée qui lui avait inspiré son quatrain final :

> ... M'ordonne de te plaindre et de te pardonner!

Gusman mourut après avoir dit ces belles paroles ; les eût-il retirées s'il eût survécu à sa blessure? Nous commençons à le craindre depuis que nous avons lu l'*appendice* de M. Velpeau.

Cet appendice, où l'on compte presque autant d'alinéas que de lignes, renferme cependant la période suivante (p. 43) :

> «Il m'en coûte tant de supposer de la mauvaise foi, ou de la déloyauté chez de jeunes travailleurs pleins d'avenir, dont j'estime et l'ardeur et le talent, que pour m'expliquer de pareils *oublis*, j'aime mieux admettre qu'ils ne m'ont pas entendu, ou qu'ils ne m'ont pas compris, et qu'ils se seront appuyés sur des *éditions incorrectes* de mes discours, pour discuter ou réfuter mes opinions ! »

Le mot *oubli*, souligné dans le texte, est un euphémisme parfaitement transparent.

Plutôt que de nous supposer de la mauvaise foi ou de la déloyauté, chose qui lui coûterait beaucoup, M. Velpeau aime mieux croire que nous ne l'avons pas entendu, ou que nous ne l'avons pas compris. Il sait cependant que personne ne l'a écouté plus attentivement que nous, et il n'ignore pas qu'un homme aussi clair que lui est compris par tous ceux qui ont l'avantage de l'entendre. Notre bonne foi et notre loyauté seraient donc fort compromises si notre éminent adversaire ne nous laissait une ressource malheureusement très-insuffisante, en insinuant que pour réfuter ses discours, nous nous sommes appuyés sur des *éditions incorrectes.* Cet autre euphémisme, amèrement souligné, cache une réminiscence que comprendront seuls ceux qui ont bien voulu lire notre article du 23 janvier dernier.

Les éditions incorrectes dont il est ici question sont les comptes rendus publiés par les journaux quinze jours avant l'apparition du Bulletin de l'Académie. Est-ce notre faute si notre sténographe, en reproduisant religieusement toutes les paroles de M. Velpeau, a eu le malheur de ne pas savoir deviner les changements que l'orateur ferait subir à ses discours en les rédigeant après coup pour les publier quinze jours plus tard? Il est parfaitement vrai qu'en écrivant nos articles, nous nous sommes fait un devoir de citer textuellement, d'après notre sténographe, certaines phrases qui, du reste, retentissaient encore à notre oreille. Il est parfaitement vrai encore que ces phrases, dont nous continuons à garantir l'authenticité, ne se retrouvent pas toutes dans le Bulletin de l'Académie. Mais comment aurions-nous pu éviter cette contradiction, puisque nos articles paraissaient toujours une ou deux semaines avant le recueil officiel?

Les orateurs ont l'habitude de retoucher leurs discours, avant de les livrer à l'impression. C'est un usage qui ne nuit à personne et qui est propre à rehausser l'importance des travaux académiques. Certains tours de phrase qui échappent dans le feu de l'improvisation, supporteraient mal la lecture. Certaines pensées, rapidement émises à la tribune, gagnent beaucoup à être modifiées ou présentées sous un autre jour, atténuées si elles sont trop absolues, relevées si elles sont trop faibles. Il y a des choses qu'on dit et qu'on ne voudrait pas écrire. *Verba volant, scripta manent.* Non-seulement nous trouvons ces corrections tout à fait légitimes, mais encore

nous sommes disposé à louer les orateurs du soin qu'ils mettent à perfectionner ainsi leur œuvre. La science ne peut qu'y gagner.

Nous trouvons tout simple par conséquent que M. Velpeau ait tenu à repolir ses phrases, à retoucher ses subjonctifs et à corriger ses rimes. Mais M. Velpeau n'a pas seulement amélioré la forme de ses discours, il en a parfois modifié le sens. Quelques mots supprimés, quelques mots ajoutés peuvent suffire pour changer l'exacte signification d'une phrase. Ce sont là des choses que notre sténographe ne pouvait prévoir, et il n'est pas étonnant qu'il y ait quelques contradictions entre la version officielle publiée par le *Bulletin de l'Académie* et la version exacte publiée par le *Moniteur des Hôpitaux*.

Ces contradictions ne nous avaient pas échappé; mais nous n'avons pas voulu les signaler, parce que cela n'aurait eu aucune utilité scientifique. D'ailleurs, faut-il dire toute notre pensée? Nous éprouvions quelque satisfaction en constatant que l'encre des journalistes n'avait pas coulé inutilement, et que M. Velpeau n'avait pas dédaigné de prendre en considération quelques-unes des critiques qui lui avaient été présentées.

Mais il ne nous est plus permis de garder le silence. Plus d'un mois après la clôture de la discussion, M. Velpeau vient nous accuser « de mettre nos paroles à la place des siennes (p. 41), » et il jette le soupçon sur notre bonne foi et sur notre loyauté. C'est faire à la presse une situation comparable à celle qui fait le sujet de la fable du Loup et de l'Agneau.

Ces remarques générales nous dispensent de passer en revue l'un après l'autre les 105 alinéas dont se composent les cinq pages de l'*Appendice*. Aussi bien nous ne pourrions le faire sans remettre tous les faits en litige sous les yeux du lecteur qui en a sans doute oublié les détails. M. Velpeau procède constamment de la manière suivante : il prend dans nos articles ou dans ceux des autres journalistes, ou dans le discours de M. Robert, quelques membres de phrase que nous lui avons attribués sur la foi de la sténographie; puis, il ajoute :

« *Moi*, j'ai dit cela? Voici ma phrase (p. 41). »

Et il cite aussitôt, d'après le *Bulletin de l'Académie*, un texte qui diffère effectivement de celui du sténographe.

Ou encore :

« C'est sur le fait de M. Richet notamment qu'ils me font dire à leur guise, etc.

.... Comparez toutes ces assertions à ce que j'ai réellement énoncé et jugez :

J'avais dit :

Une *portion* de la tumeur (*Bull. de l'Acad.*).

Le *fragment*, la *parcelle*, le *superficiel*, sont de l'invention de ces messieurs, on le voit. »

Notez en passant que M. Robert est placé comme nous au nombre des *inventeurs*.

Tel est le procédé qui permet à l'auteur de nous prendre souvent en défaut, et ce qui rend sa tâche plus facile, c'est qu'en citant ses propres paroles, il ne se conforme pas toujours rigoureusement au texte imprimé du *Bulletin de l'Académie*. (Comparez la ligne 35 de la page 41 de l'*Appendice* avec le *Bulletin de l'Académie*, t. XX, p. 65, ligne 22 et 23. La suppression de quatre mots suffit pour donner à la phrase une signification toute nouvelle.)

Avouons cependant que M. Velpeau a eu raison une fois de se plaindre de l'inexactitude de ses adversaires, et rappelons ce fait en quelques mots, car il est bon de rectifier toutes les erreurs, quelque minimes qu'elles soient.

M. Isaac Mayor, dans sa thèse inaugurale (*th. de Paris*, 1846, p. 25), avait indiqué deux faits qui semblaient de nature à confirmer les idées de M. Velpeau sur l'identité du cancroïde avec le cancer.

« Il serait très-important, avait-il dit, de bien établir quelle est la structure microscopique des ganglions engorgés à la suite des affections qui nous occupent. Dans DEUX cas que j'ai pu examiner, *mais que je n'ai pu rapporter que* PAR INDUCTION *aux tumeurs épidermiques*, les ganglions présentaient tous les caractères physiques et microscopiques attribués au cancer encéphaloïde. »

M. Velpeau n'avait qu'un bien vague souvenir de ce passage lorsqu'il dit à l'Académie :

« M. Mayor possède *un* fait dans lequel une tumeur QU'IL ENLEVA, *n'offrit que l'élément épithélial*. Cependant la récidive s'étant faite dans les ganglions, on trouva des cellules dans ces nouvelles tumeurs. »

Après avoir dit cette phrase, M. Velpeau l'a imprimée dans le Bulletin de l'Académie, t. XX, p. 42. Elle est donc parfaitement authentique, mais elle n'est pas plus exacte pour cela.

M. Mayor cite deux cas, M. Velpeau ne parle que d'un seul fait. M. Mayor dit qu'il n'a pas examiné les tumeurs primitives, mais qu'il a cru pouvoir les considérer comme épithéliales. M. Velpeau prétend que M. Mayor a enlevé la tumeur, qu'il l'a examinée au microscope, et qu'il n'y a trouvé que de l'épithélium. M. Mayor, enfin, donne la transformation du cancroïde en cancer comme une induction pure et simple : M. Velpeau la présente comme une chose parfaitement constatée.

Certes, M. Robert aurait eu beau jeu, s'il avait voulu faire ressortir toutes ces contradictions. Il s'est contenté de dire que les *deux* faits de M. Mayor, invoqués par M. Velpeau, n'étaient pas démonstratifs.

C'est ici que M. Robert s'est trompé, et que nous nous sommes trompé après lui. Il a cru et nous avons cru que M. Velpeau avait cité exactement, qu'il avait dit : « M. Mayor possède deux faits, » tandis qu'il avait commis l'erreur de dire : « M. Mayor possède un fait. »

M. Velpeau ne nous sait aucun gré d'avoir eu confiance dans son érudition, et voici comme il nous en remercie (p. 40) :

« Il est curieux de comparer ce que j'ai dit avec ce qu'ils me font dire, surtout depuis que la discussion est close à l'Académie.

J'ai dit :

M. Mayor possède *un* fait dans lequel une tumeur..... »

Cette ligne de points est dans le texte, et elle arrive à propos pour dissimuler les graves erreurs contenues dans le reste de la phrase, mais continuons :

« Ils disent, eux :
« M. Velpeau a cité *deux* faits de M. Mayor. »
« M. Velpeau a commencé par retirer les DEUX faits de M. Mayor,... qu'il avait acceptés comme ayant la valeur d'un fait démontré. »
Où cela s'il vous plaît ? »

M. Velpeau ajoute : la réponse est facile. C'est à la page 42 du t. XX du *Bulletin de l'Academie*, lignes 2 à 5.

« Puis :
« M. Velpeau a déclaré qu'effectivement les faits de M. Mayor ne prouvaient absolument rien. »
Moi, j'ai dit cela ? Voici ma phrase :
Sans vouloir épiloguer sur ce fait, *ce qui me serait facile*, j'accorde qu'il laisse à désirer. (*Bull. de l'Acad.*, p. 425.) »

Le sténographe du *Moniteur des Hôpitaux* a écrit autrement cette dernière phrase :

« Je reconnais tout de suite que pour ce fait de M. Mayor je me suis un peu trop avancé, et que j'ai eu le tort de donner le témoignage de l'auteur pour une autorité micrographique. Je reconnais que M. Mayor n'a pas examiné la première tumeur, qu'il n'a pas affirmé qu'elle fût cancéreuse, qu'il a dit seulement que cela était probable. Je laisse donc ce fait de côté. »

D'après cela nous avions cru que M. Velpeau avait retiré les faits, ou si on veut le fait de M. Mayor (puisque M. Velpeau persiste à croire qu'il n'y en a qu'un). Nous avions compris que dans la pensée de l'orateur ce fait avait cessé d'être démonstratif. Il paraît que nous nous trompions et qu'aujourd'hui encore M. Velpeau trouve qu'il serait facile d'épiloguer sur ce fait. Mais comme il n'a pas jugé convenable d'en venir là, nous sommes excusable de maintenir que le fait et même que les deux faits de M. Mayor ne prouvent absolument rien.

La lettre de M. Virchow, que nos lecteurs connaissent déjà, a été l'objet d'un appendice qui termine l'*Appendice* de M. Velpeau. Notre éminent adversaire se déclare pleinement satisfait des conclusions de M. Virchow ; et il cite une phrase que plusieurs points interrompent fort à propos.

« On peut donc comprendre toute cette classe de tumeurs sous une dénomination commune, sous celle de cancer.... »

On nous permettra bien d'achever la phrase :

« ..... sous celle de cancer, *si les cliniciens tiennent à la conserver*. Le nom est peu important. Je tiendrai néanmoins à un nom spécial pour chaque membre de cette classe, parce que entre le carcinome (cancer proprement dit) le cancroïde et la tumeur fibro-plastique, il y a *des différences tranchées de structure et de fonction*, et que considérés au point de vue pratique ils présentent aux cliniciens *différents degrés de malignité*. »

M. Velpeau qui sans doute n'avait pas lu la fin de la phrase, s'écrie en terminant :

« Je n'ai jamais dit autre chose, je n'en demande pas davantage !
Est-ce entendu ? »

Nous voudrions bien que M. Velpeau n'eût jamais dit autre chose, mais nous croyons comme lui que la cause est entendue. C'est le lecteur qui jugera.

PAUL BROCA.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur.

Après vous avoir parlé des mouvements du cœur, il me reste, pour en finir avec la physiologie, à traiter un point de la question, véritable conquête de la science moderne, à savoir : l'étude des bruits de cet organe. Harvey, dont le nom se rattache à tout ce qui a rapport à la circulation, avait bien entendu quelque chose dans la région du cœur, mais de si mal défini que cette découverte fut comme non avenue.

C'est véritablement à Laënnec qu'en revient la gloire ; sans l'auscultation, sens nouveau dont il a doté la médecine, on ne pouvait rien connaître de précis sur les bruits du cœur.

La meilleure description que l'on en puisse donner, c'est de les écouter ; ils échappent véritablement à toutes comparaisons tant ils ne ressemblent qu'à eux-mêmes. Chez le n° 27 de la salle des hommes, je vous les ai fait entendre ; en plaçant votre oreille sur la région du cœur, vous avez distingué un double bruit imitant assez distinctement le tic-tac d'une montre.

Le mot *bruit* dont on s'est servi pour désigner ce tic-tac est vague, il pourrait s'entendre de bien des phénomènes divers ; aussi, pour éviter toute équivoque, nous servons-nous depuis longtemps de celui de *claquement valvulaire*, que j'emploierai dès à présent, sauf à justifier plus tard cette dénomination.

Il y a dans l'économie des conditions favorables de transmission des sons qui permettent d'entendre les claquements dans une certaine étendue ; le sternum, les côtes, les cartilages sont des corps bons conducteurs. Dans l'état normal, le maximum d'intensité des claquements se fait entendre dans la région précordiale, ils vont en s'affaiblissant à mesure qu'on s'en éloigne, et ils ont moins d'étendue chez les sujets doués d'un grand embonpoint que chez les sujets maigres.

Comme vous le verrez, certains états morbides du cœur peuvent augmenter ou diminuer les bruits du cœur, ainsi que l'étendue dans laquelle ils se font entendre.

Il existe d'autres états morbides que ceux de cet organe, qui produisent le même résultat et sur lesquels Laënnec avait insisté.

Que quelques modifications surviennent dans les propriétés conductrices du poumon, par exemple, et vous verrez des modifications dans l'étendue, dans l'intensité des claquements valvulaires. Ils se transmettent avec plus de force à travers un poumon hépatisé, tuberculisé, un épanchement pleurétique qu'à travers un poumon sain. Dans l'état normal on les entend mieux au sommet du poumon gauche qu'au sommet du poumon droit; mais s'il y a dans ce dernier une excavation tuberculeuse, ils s'entendent mieux sous la clavicule droite que sous la gauche et quelquefois même qu'à la région précordiale.

Peut-on entendre les bruits du cœur à une certaine distance de la poitrine du malade que l'on explore? Nous pouvons affirmer que dans des cas de palpitations passagères ou réellement morbides, nous les avons entendus à quelque distance de la poitrine. Laënnec semble ajouter foi au récit d'un de ses malades lui assurant que l'on entendait les *battements de son cœur dans la chambre voisine de celle où il couchait*. On peut, je pense, sans crainte, taxer ce récit d'exagération.

Les deux tic-tac du cœur ne sont pas tout à fait semblables, et ceux d'entre vous qui ont quelque habitude de l'auscultation, ont pu saisir chez notre malade du n° 27, ces différences.

Le premier bruit est un peu plus sourd et plus prolongé que le second, il est isochrone au choc de la pointe du cœur contre

la poitrine, au pouls, et par conséquent à la systole ventriculaire. Pour nous assurer de cet isochronisme, nous avons répété un grand nombre de fois une expérience analogue à celle que nous vous avons fait faire chez le malade du n° 23, à l'occasion des mouvements du cœur.

On place son oreille sur la région précordiale, on compte, un, deux, à chaque bruit sourd que l'on entend, une autre personne compte à chaque pulsation, et l'on répète en même temps, un, deux.

Il est difficile de comprendre comment certains auteurs ont pu soutenir que ce bruit était isochrone à la diastole ventriculaire. L'un des partisans de cette théorie, M. Pigeaux, lui a donné le nom de *bruit inférieur*. Il a son maximum d'intensité au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Le second claquement est plus court, plus clair, plus éclatant que le premier, c'est celui-là que Laënnec a comparé au lappement d'un chien. Quand on a quelque habitude de l'auscultation, il est très-facile de distinguer la différence qui existe entre ces deux bruits. C'est celui-ci que M. Pigeaux désigne sous le nom de *bruit supérieur*, et qu'il soutenait être isochrone au pouls. Vous savez qu'en parlant des mouvements du cœur, nous vous avons dit que cet auteur avait renoncé a sa théorie.

Le tic-tac que nous venons de décrire est suivi d'un silence dont l'intervalle est d'autant plus long, que les mouvements du cœur sont plus lents. En vous parlant du rhythme de cet organe, je vous ai signalé un *repos* ; maintenant en vous décrivant les bruits, je me sers du mot *silence*; vous voyez que le repos est aux mouvements, ce que le silence est aux bruits.

Le maximum d'intensité du second claquement est dans le point correspondant au sinus aortique, c'est-à-dire un peu au-dessus et au dedans du sein.

Après avoir étudié les caractères de ces bruits, l'ordre dans lequel ils se succèdent, il nous reste à rechercher la cause de leur production. Avant d'arriver à la solution de ce problème, vous verrez que nous aurons à traverser la longue série des idées les plus contradictoires. Il faudrait un volume pour examiner toutes les théories qui ont été émises sur la cause des bruits du cœur, nous vous indiquerons donc les principales seulement.

Dans la dernière partie de son immortel ouvrage sur l'auscultation médiate, Laënnec s'est occupé des maladies du cœur; mais il n'a pas fait jaillir sur elles les flots de lumière dont il a éclairé les maladies des poumons; aussi plusieurs questions sont-elles à l'état de vestige seulement.

Relativement à la cause des bruits du cœur, on ne trouve pas, chez cet auteur, une explication formelle, mais à peine une tentative d'explication. Il se contente de dire que les bruits du cœur sont le résultat des contractions alternatives des oreillettes et des ventricules; mais nulle part, dans son ouvrage, il ne cherche à s'expliquer *comment* ces bruits sont produits sous l'influence de ses mouvements. Il a bien constaté que le premier bruit (*bruit sourd*) est isochrone au pouls, c'est-à-dire à la systole ventriculaire; que le second (*bruit clair*) est isochrone à la diastole ventriculaire et à la systole auriculaire; il indique, dans plusieurs passages de son ouvrage, les modifications apportées dans le timbre de l'un ou de l'autre de ces claquements, mais en attribuant toujours la cause à des modifications dans les parois ventriculaires ou auriculaires. Pour que la théorie de Laënnec fût vraie, on devrait, en effet, trouver dans le tic-tac du cœur des modifications en rapport avec celles observées dans les parois de l'organe. Or, c'est ici que la théorie est en désaccord avec les faits. Quel que soit le degré d'*épaississement* ou d'*amincissement* des parois du ventricule ou de l'oreillette, vous ne trouverez *aucune modification dans les bruits du cœur tant que les valvules resteront intactes.* Au contraire, ces bruits seront profondément modifiés quel que soit l'état du ventricule ou de l'oreillette, *si les valvules sont altérées.* Vous voyez donc que l'explication de Laënnec est complétement fausse.

La théorie de M. Marc d'Épine (de Genève) se rapproche beaucoup de celle de Laënnec : comme ce dernier, il attribue le premier bruit (*bruit sourd*) à la contraction du ventricule, mais il refuse à l'oreillette de déterminer le second, se fondant sur ce fait d'observation que nous vous avons déjà indiqué, à savoir : que l'on n'a jamais observé dans les oreillettes qu'une sorte de mouvement vermiculaire incapable de déterminer le bruit qui coïncide avec la dilatation du ventricule, mouvement que ce médecin considère comme tout aussi actif que la systole, et qu'il regarde comme *cause* du second bruit (bruit clair). Pour M. Marc d'Épine, vous voyez donc que le tic-tac du cœur est produit par le double mouvement de contraction et de dilatation du ventricule.

Les arguments que nous avons opposés à la théorie de Laënnec retombent sur celle du médecin de Genève, et nous ajouterons qu'il n'y a aucune ressemblance entre le bruit rotatoire des contractions musculaires, décrit par Wollasten et Erman, et le tic-tac du cœur.

M. Pigeaux s'est efforcé, dans plusieurs mémoires, de démontrer que la cause du double bruit du cœur était le *frottement de la colonne sanguine* sur les surfaces des cavités cardiaques et des gros vaisseaux. Dans un premier travail, cet auteur regardait le premier bruit (bruit sourd) comme isochrone à la diastole ventriculaire; et le second (bruit clair) comme isochrone à la systole. Il a abandonné cette opinion, et, comme Laënnec et M. Marc d'Epine, il regarde le premier claquement comme isochrone à la systole ventriculaire. Pour M. Pigeaux, le premier bruit est le résultat du frottement du sang contre *les parois des ventricules, les orifices et les parois des gros vaisseaux;* le deuxième bruit est produit par *le frottement du sang contre les parois des oreillettes, les orifices auriculo-ventriculaires et la cavité des ventricules.*

A l'appui de sa théorie, l'auteur invoque des arguments plus spécieux que solides. « La moindre aspérité, dit-il, le plus faible rétrécissement fait naître un bruit sensible, pourvu que le liquide soit animé d'une certaine force de projection... Quand en comprimant l'artère crurale sur l'arcade des pubis, on peut faire naître un bruit si semblable à ceux du cœur... quand on avoue que les bruits anormaux du cœur sont le résultat du frottement du sang contre les valvules, comment peut-on dire sans aveuglement que l'analogie et l'expérience fournissent des preuves contraires à notre théorie ? » Un peu plus loin le même auteur ajoute : « Les liquides mis en mouvement dans notre économie, soit dans les voies respiratoires, soit dans le canal digestif, soit enfin dans les voies circulatoires, ont jusqu'ici joui du privilége de produire les bruits pathologiques que l'on connaît, partout; où il y a frottement des liquides, il y a production de bruits...» Sans doute la moindre aspérité, le plus léger rétrécissement, fait naître des bruits sensibles; mais sont-ils semblables à ce *claquement* si net, si bien frappé que l'on observe dans l'état normal; quelques ressemblances grossières suffisent-elles pour établir une identité parfaite ?

Mettez votre oreille sur la poitrine du n° 23 de la salle des hommes, et vous verrez quelle différence entre le bruit rude, rapeux, occasionné par une lésion de l'aorte, et le tic-tac bien frappé que je vous ai fait entendre chez le n° 27. Oui, en comprimant l'artère crurale, on obtient un bruit, mais un bruit de souffle prolongé, et qui n'a aucune analogie avec ce claquement sec, nettement frappé que l'on entend dans l'état physiologique. Auscultez une femme grosse de sept à huit mois, par exemple, vous entendrez deux bruits bien distincts et qui ne peuvent être confondus, l'un appartenant au fœtus, c'est le tic-tac du cœur; l'autre à la mère, c'est le souffle dit *placentaire*, et que nous considérons, nous, comme évidemment occasionné par la compression des grosses artères du bassin par le produit de la conception. Ici comme dans le cas de compression de l'artère crurale le mécanisme qui produit le phénomène que

vous observez, est le même; mais dans ces deux cas, c'est un *souffle* que l'on entend, et bien différent du *claquement* du fœtus; ces deux bruits sont sous l'oreille, il est facile de saisir leur différence. Or, une cause identique donnerait-elle naissance à des bruits si différents?

Oui, les bruits anormaux du cœur sont *souvent* et *non toujours*, le résultat du frottement du sang contre les valvules, mais quelle ressemblance peut-on trouver entre ces derniers et le tic-tac du cœur? Que les plus graves lésions de l'aorte existent, si les valvules restent libres, on constatera des *bruits nouveaux* ajoutés, mais le *claquement persistera* et dans ce cas on saisira facilement les différences qui existent entre eux. L'auteur n'a apporté à l'appui de sa théorie aucune expérience, aucun fait de physiologie pathologique. Nous ne nions donc pas que le passage du sang à travers les cavités et les orifices du cœur puisse produire des *bruits particuliers*; nous vous montrerons, au contraire, qu'il en produit de très-prononcés dans certains cas pathologiques, mais bien différents de ce claquement de soupape qui accompagne les mouvements du cœur.

La théorie de Hope diffère peu de celle de M. Pigeaux; pour lui le premier bruit est produit par l'impulsion du sang sur les parois des cavités ventriculaires, par les diverses vibrations qui se produisent lorsque le sang passe des ventricules à travers les orifices de l'aorte et de l'artère pulmonaire; le second bruit est occasionné par la réaction des parois des ventricules sur la masse du sang qui y pénètre brusquement pendant leur diastole, ainsi que la collision de ce liquide.

Les objections que j'ai faites à la théorie précédente s'appliquent à celle-ci, je n'ai donc rien à ajouter.

Nous ne nous arrêterons pas bien longtemps à examiner la théorie d'un auteur que nous avons longuement réfuté à l'occasion des mouvements du cœur; il y a entre eux et ces bruits un tel enchaînement que parti d'un principe faux pour les premiers, il a nécessairement abouti à la même erreur pour les derniers. Ainsi vous avez vu qu'il considère le choc de la pointe du cœur comme isochrone à la diastole ventriculaire, et pour les bruits il conclut que celui qu'il appelle inférieur (*bruit sourd*), est l'effet de la dilatation ventriculaire, et le bruit supérieur (*bruit clair*), celui de la dilatation auriculaire.

Pour les bruits comme pour les mouvements, cet auteur est bien en opposition avec tout le monde. En effet, Laënnec, M. Pigeaux, M. Mons d'Epine et Hope considèrent le premier bruit ainsi que le choc de la pointe du cœur comme isochrones à la systole ventriculaire.

Cet auteur dit bien à quel temps correspondent les bruits dans sa théorie, mais nulle part il n'en donne l'explication; car avancer que le *bruit inférieur* est l'effet de la dilatation ventriculaire, et *le supérieur* le résultat de la dilatation auriculaire, ce n'est pas dire comment ils se produisent. Pour lui le premier temps, vous vous le rappelez, est composé d'une série *de mouvements convulsifs*, contraction de l'oreillette, passage du sang de celle-ci dans le ventricule, contraction du ventricule, puis enfin passage du sang de ce dernier dans l'artère; tout cela produirait un claquement net, bien détaché comme celui que vous entendez. En vérité on a peine à comprendre comment un observateur peut se contenter de pareilles raisons.

La même objection se présente pour le bruit qu'il appelle supérieur et qui est l'effet d'une série de mouvements. Puis enfin l'argument présenté aux théories précédentes, à savoir: que les bruits ne sont altérés que lorsqu'il y a *lésion des valvules* et qu'ils demeurent *intacts* quelles que soient les lésions du cœur tant que celles-ci sont libres, cet argument, dis-je, s'élève ici avec toute sa puissance.

Et l'auteur auquel nous faisons allusion n'a pas plus que M. Pigeaux apporté des faits de physiologie pathologique ou des expériences à l'appui de son opinion, or c'est une base sans laquelle une théorie meurt, elle ne peut prendre droit de domicile dans la science qu'à la condition d'être appuyée sur des faits bien observés, bien interprétés.

Nous voici arrivé à l'examen d'une théorie longtemps en vogue et patronnée par le chef de l'école physiologique expérimentale. M. Magendie, peu satisfait des explications données sur les bruits du cœur, pense en avoir trouvé la véritable cause dans un double choc de cet organe contre les parois de la poitrine.

Pour lui, le premier bruit dépend *du choc de la pointe du cœur sur l'endroit de la poitrine auquel il correspond;* et le second bruit est produit *par le choc du ventricule droit sur le sternum pendant la diastole ventriculaire*. M. Magendie a tenu compte de la différence qui existe entre les deux claquements, il a bien reconnu que le second est plus clair, et voici l'explication qu'il en donne. Le second bruit est plus clair, dit-il, et cela tient sans doute à ce que la masse du corps choquant est peu considérable, et que le corps choqué est le sternum qui est beaucoup plus solide que la paroi latérale du thorax en grande partie musculaire. Si la cause du tic-tac du cœur est bien celle indiquée par le célèbre professeur, il est clair qu'une fois la partie antérieure du thorax enlevée et le cœur mis à nu, nous ne devrons plus entendre ce double claquement; or, voyons ce que vont nous apprendre les expériences entreprises à cet effet.

Ayant mis à *découvert* le cœur d'un coq vigoureux chez lequel on avait, avant l'opération, bien entendu le double bruit, nous avons ausculté avec le plus grand soin: 1° pendant qu'il était encore contenu dans le péricarde; 2° une fois enlevé de son enveloppe; hé bien! je puis vous affirmer *avoir distinctement* entendu le double tic-tac, et il n'existait entre le cœur et les parois thoraciques aucune espèce de contact. Ayant rempli d'eau le péricarde, nous avons continué à entendre les bruits. Le bruit occasionné par le cœur contre le bout du stéthoscope était bien différent du tic-tac; c'était un *frottement* que l'on ne pouvait confondre avec eux. Hope, dans les expériences qu'il a entreprises sur des ânes, a obtenu les mêmes résultats que nous. Le cœur fut mis à nu par cet observateur, et au moyen du stéthoscope appliqué sur cet organe, il reconnut que le premier bruit était isochrone à la contraction des ventricules et que le second coïncidait avec la dilatation. L'expérience, répétée sur quatre ânes, fournit les mêmes résultats; on appliqua le stéthoscope sur le ventricule et *les deux bruits furent clairement et indubitablement entendus*. Le même fait a pu se vérifier chez un malade dont M. le professeur Cruveilhier a donné l'observation dans son *Traité d'anatomie pathologique*. C'était un enfant plein de vie et de santé et chez lequel le cœur était placé hors de la poitrine dont il s'était échappé en entier à travers une perforation qui occupait la partie supérieure du sternum; il était nu et sans péricarde. M. Cruveilhier a très-distinctement entendu le tic-tac du cœur; or, puisque le double claquement de cet organe s'entend quand il n'est plus en contact avec les parois thoraciques, on ne peut attribuer au choc exercé par lui contre ces parois la cause de leur existence.

Nous voici, à travers de nombreux systèmes, arrivés enfin à la théorie de M. Rouannet; c'est elle que nous adoptons avec quelques modifications que nous vous ferons bientôt connaître. Dans une excellente thèse soutenue à la faculté de Paris, M. Rouannet explique par le jeu des valvules du cœur le tic-tac de cet organe. Suivant lui, le premier bruit dépend *du rapprochement des valvules auriculo-ventriculaires pendant la systole des ventricules*, et le second bruit est produit par *le choc au retour du sang contre les valvules sygmoïde, pendant la réaction de l'aorte et de l'artère pulmonaire sur la colonne sanguine qui la distend*; mais l'auteur pense que le choc dans le sens qu'on l'entend n'est pas la seule cause du bruit des valvules. Des expériences nombreuses lui ont appris que toute membrane passant de la flaccidité à une distension subite, rend toujours un son qui varie suivant les circonstances. Sa force est en raison de celles qui distendent la membrane; son éclat augmente avec la fi-

nesse et l'inextensibilité du tissu qui la compose. Sous le double rapport de leur texture et de leur jeu, les valvules se trouvent dans les conditions de la production des bruits.

Notre théorie diffère un peu de celle de M. Rouannet, qui considère le premier bruit comme *exclusivement* causé par le rapprochement des valvules auriculo-ventriculaires pendant la systole ventriculaire et que nous regardons, nous, comme *principalement* produit par cette cause; mais tenant compte aussi du brusque refoulement des valvules sygmoïdes contre les parois de l'aorte et de l'artère pulmonaire, ainsi que du choc du sang contre les valvules auriculo-ventriculaires, M. Rouannet attribue *exclusivement* le second bruit au choc de la colonne sanguine contre les valvules aortiques et pulmonaires et au rapprochement brusque de leurs faces opposées qui viennent claquer l'une contre l'autre. Nous pensons que le rôle que cette artère fait jouer au choc au retour de la colonne sanguine contre les valvules sygmoïdes est peut-être trop considérable et que le redressement des valvules sygmoïdes tient autant à *la force aspirante* des ventricules qui se dilatent qu'à la contraction élastique de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Vous voyez que pour l'explication du double bruit du cœur nous reconnaissons des causes multiples sans admettre l'une d'elles à l'exclusion des autres.

Voici donc l'exposition précise du jeu valvulaire qui nous semble présider à la production du double claquement du cœur.

Premier bruit. — Contraction des ventricules: 1° redressement brusque, instantané des valvules auriculo-ventriculaires qui se choquent par leurs faces opposées en même temps qu'elles reçoivent le choc du sang que les ventricules lancent dans les artères aorte et pulmonaire; 2° abaissement soudain des valvules sygmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire par la colonne sanguine que la contraction ventriculaire lance dans ces artères à travers les orifices ventriculo-aortique et ventriculo-pulmonaire.

Deuxième bruit. Dilatation des ventricules: 1° redressement des valvules sygmoïdes attirées par la tendance au vide pendant la diastole et repoussées par la réaction de l'aorte et de l'artère pulmonaire; choc des faces opposées de ces valvules pendant leur adossement en même temps que choc en retour de la colonne sanguine sur laquelle réagit la systole des artères aorte et pulmonaire; 2° abaissement soudain des valvules auriculo-ventriculaires par suite de l'attraction qui accompagne le diastole ventriculaire et aussi en raison de la systole auriculaire qui, de concert avec la diastole ventriculaire, fait pénétrer le sang dans les ventricules à travers les orifices auriculo-ventriculaires.

Nous ne nous en tiendrons pas au simple exposé de cette théorie, nous allons faire pour elle ce que nous avons fait pour les précédentes, c'est-à-dire la soumettre au creuset de l'observation, la rapprocher des faits et examiner si elle est d'accord avec eux.

Vous avez vu que trois idées principales s'étaient tour à tour disputé le privilége d'expliquer le tic-tac du cœur: 1° contraction des cavités du cœur; 2° frottement de la colonne sanguine contre les parois des cavités cardiaques et des artères aorte et pulmonaire; 3° choc du cœur contre le thorax. Nous vous avons démontré qu'aucune de ces théories ne pouvait rendre compte des faits observés, que les auteurs n'avaient apporté à l'appui de leurs opinions ni des expériences directes, ni des faits d'anatomie ou de physiologie pathologique. Nous voilà donc conduit par voie d'élimination à considérer comme vraie la théorie du jeu des valvules, mais nous ne nous contenterons pas de ce genre de preuves.

Nous avouerons que les preuves directes ou expérimentales ne peuvent guère venir nous éclairer.

En effet, comment tenter d'enlever chez un animal les valvules auriculo-ventriculaires sans qu'il succombe à une hémorrhagie avant même que l'opération soit terminée. Mais la nature accomplit ce que nous ne pouvons faire, et nous aurons bientôt à examiner ce que l'on observe quand elle a détruit, par exemple, la valvule bicuspide.

Lallemand, dans sa dissertation inaugurale, avait bien fait voir tout le parti que la physiologie peut retirer de l'étude de la pathologie. Et à l'occasion d'un malade couché au n° 19 de la salle des hommes, nous vous avons montré ce que la pathologie, cette physiologie expérimentale dont la nature se charge de tous les frais, nous avait appris sur le siége de l'organe législateur, coordinateur de la parole.—Ce qui est vrai pour la physiologie du système nerveux ne l'est pas moins pour celle du cœur. La nature amincit, allonge, épaissit, annihile les valvules mieux que nous ne pourrions le faire. Examinez un malade chez lequel la valvule bicuspide sera altérée, vous trouverez une altération du premier bruit.

Si la lésion est assez profonde pour que les lames ne puissent plus se rapprocher, *le premier bruit* disparaît. Toutes les fois que les valvules sygmoïdes sont malades, le *deuxième bruit* est altéré, et pour elles surtout le diagnostic est arrivé à un tel degré de précision que l'on peut même reconnaître si elles sont épaissies; quand cette lésion existe on trouve *constamment* le second bruit plus éclatant, *parcheminé*, comme nous l'appelons. Que ces valvules *soient détruites*, le second *claquement disparaît.*

Vous pouvez considérer ces faits comme certains, ils sont le résultat de l'observation clinique cent et cent fois répétée.

En dernière analyse vous voyez donc qu'à une lésion valvulaire correspond *constamment* une modification de l'un des bruits; les soupapes vivantes sont-elles détruites, le claquement l'est aussi. Quelles que soient maintenant les maladies du cœur *tant que les valvules jouent librement*, les bruits ne sont pas notablement altérés; c'est seulement une augmentation ou une diminution plus ou moins appréciable de leur intensité. Rapprochez maintenant de la nôtre les différentes théories que que nous vous avons exposées, et vous verrez si elles supportent l'épreuve à laquelle nous venons de la soumettre. A elle seule appartient de rendre compte des faits cliniques. Quelques expériences directes ont été entreprises sur de gros animaux afin de savoir quelle part revient aux valvules sygmoïdes dans la production des bruits du cœur.

Le comité de Dublin, après avoir enlevé chez un veau le sternum et les côtes, puis le péricarde, constata l'existence des deux bruits. En comprimant l'aorte près du cœur on altéra le *second bruit.* On introduisit dans ce vaisseau ainsi que dans l'artère pulmonaire une aiguille courbe et fine pour engager la valvule entre celle-ci et la paroi de l'artère; on ausculta avec soin et l'on ne retrouva plus qu'un *bruit* ressemblant au premier et isochrone avec la systole ventriculaire. Dans une autre expérience, l'aiguille ayant été mal fixée, on remarqua que, chaque fois *qu'elle abandonnait la valvule, le second bruit reparaissait.*

Vous voyez donc que les preuves cliniques et expérimentales se réunissent pour étayer la théorie que nous vous avons si longuement exposée.

Pour en finir avec la physiologie de cet organe, il nous reste à examiner quelle est la puissance nerveuse qui préside à ses mouvements.

En 1809 Legallois conclut d'expériences qu'il avait faites que le principe des mouvements du cœur siégeait dans la moelle épinière; mais, dans sa dissertation inaugurale, Lallemand a rapporté l'observation d'un fœtus *privé de moelle* et chez lequel le cœur n'avait pas cessé de battre. Plusieurs observateurs ont vu les battements du cœur survivre à la distraction *lente* de la moelle, surtout chez les jeunes animaux.

Les expériences entreprises par M. Brachet l'ont amené à considérer le système ganglionnaire comme la cause première

des mouvements du cœur; ce qui confirmerait l'opinion émise par Bichat dans son mémoire sur *le principe de la vie.*

Dr E. AUBURTIN,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

Chirurgie. — Mémoire sur l'origine de l'hématocèle rétro-utérine;

Par M. LAUGIER.

(Communiqué à l'Académie des sciences.)

« L'histoire de l'hématocèle rétro-utérine, entièrement due aux travaux modernes, est encore incomplète; on n'est même pas d'accord sur son siége précis : est-il ou non dans le péritoine ?

« Quant à son origine, elle est jusqu'ici fort obscure. On a émis l'idée que si dans la ponte spontanée la migration de l'ovule est imparfaite et l'hémorrhagie un peu considérable, du sang peut tomber dans le cul-de-sac rétro-utérin, et que si une péritonite adhésive séquestre cet épanchement, l'hématocèle rétro-utérine est formée.

« Or cette opinion, qui contient peut-être en germe une partie de la vérité, ne peut passer pour une démonstration : elle me paraît même inexacte. Elle ne tient pas compte des conditions particulières et anatomiques qui donnent lieu à l'hématocèle; de plus, la migration imparfaite de l'ovule n'est pas nécessairement liée à la formation d'un épanchement sanguin au dedans ou au dehors du péritoine.

« Enfin, la migration complète n'est pas incompatible avec l'épanchement de sang rétro-utérin, puisque celui-ci débute quelquefois plusieurs jours après les règles, à une époque où l'ovule est parvenu et séjourne dans la trompe.

« L'accroissement progressif de l'hématocèle demande d'ailleurs une explication. La théorie indiquée plus haut laisserait croire que l'ovaire, après avoir fourni une hémorrhagie, rentre dans l'état normal et reste indifférent aux progrès ultérieurs de l'hématocèle. Nous verrons qu'il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi.

« Toutefois, puisque tous les observateurs ont signalé la coïncidence d'une époque de règles avec le début de l'hématocèle, et que quelques-uns vont jusqu'à le considérer comme l'effet d'une déviation des menstrues, autre hypothèse bien moins fondée que la première, il est naturel de supposer un rôle aux phénomènes de la ponte spontanée dans l'étiologie de la maladie.

« Y a-t-il coïncidence entre la formation de l'hématocèle et la ponte spontanée?

« D'abord, remarquons que la simultanéité de l'hématocèle et de l'éruption des règles n'est point parfaite, en effet.

« 1° Le plus souvent l'hématocèle débute après les règles, quelquefois plusieurs jours après leur terminaison. Or, suivant la théorie de Bischoff, l'ovule sort de la vésicule au moment où l'écoulement menstruel cesse. Le début de l'hématocèle coïnciderait donc avec la sortie de l'ovule ou la suivrait de près.

« 2° Dans des cas plus rares, la suppression des règles, ou leur diminution progressive à diverses époques, est le signe de son apparition.

« 3° Un phénomène à peu près constant de sa formation, soit après un retard, soit à la suite d'une époque régulière, est une perte prolongée plutôt qu'abondante, qui la précède, l'accompagne et se renouvelle à chaque période d'accroissement.

« Un second rapport entre cette maladie et l'évolution vésiculaire, c'est que toutes les circonstances qui, pendant la durée ou à une époque très-voisine des règles, sont de nature à augmenter la congestion sanguine des ovaires, peuvent devenir causes prédisposantes ou occasionnelles de l'hématocèle. Telles sont une menstruation habituellement abondante, un retard, la nécessité de porter des fardeaux trop lourds, le coït pendant les règles.

« Dans plusieurs observations publiées par divers auteurs, on a noté la fausse couche comme la cause immédiate de l'hématocèle; mais il est à remarquer que dans aucune de ces observations il n'est question du produit fœtal, c'est-à-dire que la fausse couche n'a pas été constatée.

« Ai-je besoin de faire observer d'ailleurs que, dans la grossesse utérine dont il est ici question, l'évolution des vésicules de Graaf est suspendue.

« La ponte spontanée et l'hématocèle rétro-utérine ont un caractère commun qui a échappé aux observateurs, et qui établit que leur siége est l'ovaire.

« Les douleurs hypogastriques ressenties pendant les règles sont rapportées en général à l'utérus. Un examen mieux dirigé m'a fait reconnaître que, dans la grande majorité des cas, il existe une douleur plus vive au niveau de l'un des ovaires. Elle est la confirmation de l'état anatomique et du rôle des ovaires pendant la période de fécondité et à l'époque des règles.

« Les recherches anatomiques ont démontré que des deux ovaires le plus gros, et souvent le seul congestionné, est celui où se passe l'évolution vésiculaire. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'une douleur plus vive s'y fasse sentir, ou qu'il soit même le siége unique de la douleur.

« J'ai étendu cette remarque à l'origine de l'hématocèle; j'ai reconnu cette douleur unilatérale ovarienne dans chaque observation d'hématocèle rétro-utérine soumise à mon examen.

« Dans l'hématocèle, la douleur unilatérale est beaucoup plus vive que dans la ponte spontanée; cette douleur ovarienne qui s'exaspère à une légère pression, peut, à toutes les époques, servir à reconnaître le point de départ de la tumeur.

« Mais c'est surtout à l'inspection cadavérique à établir les rapports et à signaler les différences qui existent entre l'état de l'ovaire dans la ponte spontanée et l'altération de cet organe dans l'hématocèle.

« Dans l'évolution de la vésicule de Graaf, il y a une période que l'on peut appeler hémorrhagique; elle suit la rupture de la vésicule. Les vaisseaux intéressés dans cette rupture sont petits et se ferment promptement; ce sont d'ailleurs les seuls qui donnent du sang.

« Dans ces conditions, la persistance même de l'ouverture de la vésicule ne serait pas suivie de la formation de l'hématocèle. M. Négrier a trouvé plusieurs fois la vésicule vide, et communiquant avec le péritoine par un petit canal.

« Mais j'ai signalé plus haut des causes accidentelles qui pourraient rendre cette persistance de l'ouverture de la vésicule de Graaf plus dangereuse, soit en augmentant la congestion de l'ovaire, soit en y produisant la stase du sang veineux.

« Ce ne sont pas alors seulement les vaisseaux intéressés dans la rupture de la vésicule sur le trajet de l'ovule qui fournissent du sang, mais ceux des parois vésiculaires, du corps jaune et du tissu ovarien sur toute la circonférence du kyste vésiculaire.

« Dans l'hématocèle, en effet, l'altération de l'ovaire est très-profonde; il finit par être complétement détruit.

« Dans une pièce que j'ai recueillie en 1853, et la seule que possède le Musée de la Faculté, l'ovaire ouvert dans le kyste n'offre plus que des débris de son tissu. C'est une agglomération de cinq à six mamelons de la grosseur d'un grain de chenevis, de consistance fibrineuse et d'une teinte rouge-jaunâtre qui rappelle celle des corps jaunes.

« Dans une autre pièce présentée, il y a quelques semaines, à la Société anatomique, l'ovaire gauche, déformé, globuleux

et réduit au volume d'une noisette, faisait partie de la paroi du kyste sanguin et s'ouvrait dans sa cavité. Son tissu était friable, de couleur jaune-rougeâtre et tout à fait semblable aux débris fibrineux contenus dans le kyste de l'hématocèle.

« Enfin, l'une des autopsies rapportées dans la thèse de M. Viguès, démontre que l'ovaire peut être complétement détruit.

« Ici, comme on le voit, ce n'est pas une simple congestion, c'est une sorte de morcellement de l'ovaire; cette destruction progressive doit encore, il est vrai, être rapportée à la ponte spontanée, mais les conditions en sont tellement changées, que l'évolution vésiculaire ne peut aboutir qu'à l'hémorrhagie intra et extra-ovarienne.

« L'ovaire, du côté du péritoine, est enveloppé de fausses membranes; le pavillon de la trompe ne peut s'appliquer à l'ovaire pour recevoir l'ovule.

« La nouvelle vésicule trouve moins d'obstacle à son développement et à sa rupture dans la cavité du kyste que vers la surface péritonéale de l'ovaire. Plusieurs pontes successives peuvent ainsi avoir lieu et amènent la fonte de cet organe, à la place duquel on ne trouve plus que des débris de corps jaunes imbibés de sang et une enveloppe épaisse et ferme, dont un côté répond à la cavité du péritoine.

« Pendant le rut, l'ovaire des animaux peut être le siége de désordres semblables. Sur une vache morte d'hémorrhagie interne, on trouva l'ovaire gauche, du volume de la tête d'un homme, crevassé sur une longueur de 16 centimètres, transformé en une sorte de bouillie rougeâtre semblable à la boue splenique, 12 litres de sang dans le péritoine, et dans l'intérieur de la trompe une petite vésicule de la grosseur d'une lentille et qui parut un ovule.

« Du travail précédent, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

» 1° La ponte spontanée est bien, comme on l'a avancé, la cause occasionnelle de l'hématocèle rétro-utérine.

« 2° La congestion physiologique de l'ovaire pendant la ponte spontanée avec persistance de l'ouverture de la vésicule de Graaf ne donne pas lieu à l'hématocèle.

« 3° Il faut, pour que celle-ci soit produite, une congestion exagérée, amenée quelquefois par des causes accidentelles, dont l'action s'exerce soit pendant, soit peu de jours après les règles. Les avortements ne sont pas des causes immédiates de l'hématocèle, ainsi qu'on l'a pensé à tort.

» 4° Ce sont surtout les retours de la ponte spontanée qui augmentent graduellement le volume de l'hématocèle.

» 5° Les vésicules ovariques successives s'ouvrent dans le kyste hématique et y restent béantes, de sorte que l'ovaire est détruit par un petit nombre de pontes spontanées opérées dans les conditions que présente cet organe après le début de l'hématocèle.

« 6° La ruppture d'une vésicule de Graaf étant la voie ouverte au sang qui s'échappe de l'ovaire, le kyste de l'hématocèle sera le plus souvent intrapéritonéal.

« 7° La ponte spontanée et l'hématocèle ont pour caractère commun une douleur abdominale unilatérale dont le siége est l'ovaire où se passe l'évolution vésiculaire.

» 8° Le rut peut causer chez les animaux une congestion ovarienne suivie de la rupture de cet organe, c'est-à-dire des accidents semblables à l'hématocèle rétro-utérine. »

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Des bulletins publiés sur la dernière maladie de l'empereur Nicolas. — Ce n'est pas seulement au point de vue de la sincérité de l'histoire, cet austère roman qui trop souvent ne diffère du roman véritable que par ses prétentions, qu'il serait intéressant de connaître exactement les maladies auxquelles succombent les grands personnages et les souverains; la science aussi y trouverait son compte.

Le premier profit qu'elle en retirerait serait d'abord de pouvoir établir sur des bases certaines l'influence des conditions exceptionnelles dans lesquelles vivent les souverains sur la durée moyenne de la vie; nous ne doutons pas que les peuples ne trouvassent dans ce premier résultat, un frein puissant aux incitations de la haine et de l'envie.

Pénétrant plus avant, la science pourrait ensuite arriver à découvrir l'influence des mêmes conditions sur la manifestation de certaines maladies en particulier, et il ne serait pas impossible qu'elle en pût déduire des préceptes hygiéniques utiles aux grands et peut-être au peuple lui-même.

Nous avons donc regretté plusieurs fois que les bulletins publiés sur les maladies graves de grands personnages ne fussent pas plus explicites, plus scientifiques. Ce regret, nous devons l'exprimer encore à propos des bulletins publiés sur la dernière maladie et la mort inattendue de l'empereur Nicolas.

Non-seulement il est question dans ces bulletins d'une maladie non décrite dans nos ouvrages classiques et parfaitement inconnue de nos professeurs, la *paralysie des poumons*; mais encore le développement des symptômes, la nature de ces symptômes eux-mêmes, s'y trouvent présentés dans des termes complétement inintelligibles, et qui rendent impossible toute opinion fondée sur la nature de la maladie à laquelle a succombé l'illustre malade. On peut bien supposer que cette maladie est une inflammation du poumon droit, une *pneumonie*; mais il serait impossible de l'affirmer. C'est ce dont nos lecteurs se convaincront facilement en lisant avec attention les bulletins suivants, que *la Presse* reproduit d'après le *Journal de Saint-Pétersbourg.*

Comme il n'est pas admissible que ce soit par ordre que les médecins se sont servis dans leurs bulletins de termes aussi vagues, aussi impropres même que ceux qu'ils ont employés, il ne semble pas douteux qu'il ne faille rapporter à une grande négligence, ou à un véritable défaut d'instruction la cause de cette absence de précision. C'est là une remarque qui mérite toute l'attention des souverains, dans l'intérêt de leur santé et de leur vie.

Voici les bulletins qui sont l'occasion de réflexions précédentes :

«Saint-Pétersbourg, 17 février (1er mars).

« S. M. l'empereur est souffrant. Sa maladie n'était d'abord que la grippe, mais depuis 10/23 de ce mois, il s'y est joint la fièvre accompagnée de légers accès de goutte.

» Hier S. M, a éprouvé des douleurs au poumon droit, et la fièvre a été assez forte. La nuit, l'auguste malade n'a pas dormi.

» Aujourd'hui, la fièvre est un peu moindre, et l'expectoration se produit sans difficulté.

» M. MANDT, ENOCHIN, Dr KARELL.

» 17 février 1855. »

Bulletin n° 2 de la santé de S. M. l'empereur.

» 17 février/1er mars, onze heures du soir.

» Dans l'état de S. M. l'empereur, il s'est opéré le changement suivant: vers le soir, la fièvre a augmenté et l'expectoration de la partie affectée du poumon inférieur droit est devenue plus difficile.

» Dr MANDT, ENOCHIN, Dr KARELL. »

« 18 février, à quatre heures du matin.

La difficulté d'expectoration, dont S. M. l'empereur souffrait hier, s'est encore accrue, ce qui indique l'extinction de l'activité du poumon et rend l'état de S. M. très dangereux.

» Dr MANDT, ENOCHIN, Dr KARELL. »

« 18 février, à 9 heures du matin.

» L'état de paralysie des poumons, dont S. M. l'empereur était menacé, continue, et en même temps le danger qui en provient.

» Dr MANDT, ENOCHIN, Dr KARELL. »

« Saint-Pétersbourg, 18 février 1855.

» Ce matin, à 3 h. 1/2, S. M. l'empereur s'est confessé et a reçu le Saint-Sacrement, ayant conservé sa pleine connaissance. »

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 33. 3e ANNÉE. Samedi 17 mars 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De la fonction glucogénique du Foie.

Analyses comparées du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques, etc., pour servir à l'histoire de la production du sucre dans le foie.

Par M. C. G. LEHMANN, professeur de chimie physiologique à l'Université de Leipzig.

(Communiqué à l'Académie des sciences, par M. le professeur CLAUDE BERNARD. — *Séance du 12 mars 1855.*)

« Les résultats des analyses qui vont suivre ont été obtenus sur des chiens et des chevaux soumis à des alimentations diverses. (On a toujours eu soin de placer convenablement des ligatures sur les vaisseaux, pour obtenir sans mélange les sangs dont on a fait l'examen chimique.)

« Je ne m'étendrai pas sur les procédés d'analyse que j'ai suivis : ils se trouvent décrits dans mon *Traité de Chimie physiologique.* Je dirai seulement que toutes les déterminations quantitives du sucre ont été obtenues à l'aide de la méthode par fermentation, excepté dans un cas où j'ai employé comme contrôle la méthode de dosage, par la réduction d'un sel de cuivre (1). Je négligerai également certains détails sur la composition des sangs de la veine porte et des veines hépatiques, qui sont consignés d'ailleurs dans un premier Mémoire que j'ai déjà publié sur ce sujet (2). Je n'insisterai ici que sur les points qui peuvent servir à éclairer la formation du sucre dans le foie.

« 1° *Sucre.* — Le sang de la *veine porte* ne renferme jamais les moindres traces de sucre chez les chiens à jeun et chez les chiens nourris avec de la viande. Les mêmes animaux nourris avec des substances végétales (pommes de terre cuites) présentent évidemment du sucre dans le sang de leur veine porte, mais en quantité si faible que le dosage n'est pas possible.

« Chez des chevaux nourris avec du son de seigle, de la paille hachée et du foin, le sang de la veine porte contient des proportions très-faibles de matière sucrée. J'ai trouvé dans un cas $0^{gr},055$ de sucre pour 100 du résidu sec alcoolique du sang. Dans un autre cas, sur un cheval, le sérum de la veine porte renfermait $0^{gr},0052$ pour 100 de sucre.

« Le sang des *veines hépatiques* contient toujours du sucre en forte proportion. Sur trois chiens nourris avec de la viande, j'ai trouvé les chiffres suivants calculés sur le résidu sec alcoolique du sang : $0^{gr},814$ pour 100, $0^{gr}799$ pour 100, $0^{gr}946$ pour 100. Sur trois autres chiens à l'abstinence complète depuis deux jours, j'ai trouvé dans le sang des veines hépatiques les quantités de sucre ci-après : $0^{gr}764$ pour 100, $0^{gr},638$ pour 100 et $0^{gr}814$ pour 100. Chez deux autres chiens nourris avec des pommes de terre cuites, le sang des veines hépatiques renfermait $0^{gr},981$ pour 100 de sucre chez l'un et $0^{gr},854$ pour 100 de sucre chez l'autre.

« Chez deux chevaux soumis à une alimentation végétale (son, paille, foin), le sang des veines hépatiques contenait dans un cas $0^{gr},635$ pour 100 de sucre et dans l'autre cas $0^{gr}893$ pour 100 de sucre.

« Les résultats des analyses qui précèdent se trouvent résumés dans le tableau ci-contre :

ANIMAUX.	ALIMENTATION.	QUANTITÉ DE SUCRE.	
		dans le sang de la veine porte à l'entrée du foie.	dans le sang des veines hépatiques à la sortie du foie.
Chien.	à jeun depuis deux jours.	*Id.*	0gr.764 p. 100
Id.	*Id.*	*Id.*	0,638
Id.	*Id.*	*Id.*	0,804
Id.	nourri avec de la viande.	*Id.*	0,814
Id.	*Id.*	*Id.*	0,799
Id.	*Id.*	*Id.*	0,946
Id.	nourri avec pommes de terre cuites.	traces impossibles a doser.	0,981
Id.	*Id.*	*Id.*	8,854
Cheval.	nourri avec son, foin et paille.	0 gr. 055 p. 100	0,893
Id.	*Id.*	0 0052 p. 100	0,635

« Il suffira de jeter les yeux sur les quantités comparatives de sucre que contient le sang de la veine porte qui entre dans le foie et le sang des veines hépatiques qui en sort, pour voir que l'opinion de la formation du sucre dans le foie, que M. Cl. Bernard a annoncée le premier, est mise hors de doute.

« 2° *Fibrine, albumine.* — Le sang de la *veine porte* chez les chevaux et chez les chiens renferme de la fibrine qui ne diffère pas sensiblement, par ses caractères et sa quantité, de la fibrine des autres veines. Quelle que soit la nature de l'alimentation, le sang de la veine porte des chiens renferme en moyenne plus de fibrine que celui des chevaux.

« Le sang des *veines hépatiques*, soigneusement recueilli et sans aucun mélange, ne contient pas de fibrine. Les quelques flocons qu'on obtient quelquefois par le battage, chez les chevaux, sont presque entièrement constitués par des globules blancs qui se montrent en très-grande abondance dans le sang des veines hépatiques comparé au sang de la veine porte. Le sang des veines hépatiques chez les chiens se comporte de la même manière par rapport à la fibrine, c'est-à-dire que cette matière disparaît presque en totalité dans le foie.

(1) *Lehrbuch der physiologischen Chimie.* 1850. 3 vol. Leipzig.
(2) *Einige vergleichunde Analysen des Blutes der Pfortader und der Lebervenen.* Berich. ü. d. Verhand. der Konigl. sach. Geselsch. der Wissenschaften. zu Leipzig. 1850.

« Des analyses très-soignées et comparatives entre le sang de la veine porte et celui des veines hépatiques m'ont prouvé qu'une quantité remarquable d'albumine disparaît aussi dans le foie, et la quantité disparue est relativement plus grande chez les chiens que chez les chevaux.

« Sur ce fait incontestable, que la fibrine disparaît dans le foie, j'ai établi mon opinion, déjà émise dans mon premier Mémoire, que le sucre qui se forme dans le foie prend naissance de la fibrine.

« 3° *Graisse et globules sanguins.* — Le sang de la veine porte renferme toujours beaucoup plus de graisse que le sang des veines hépatiques. Le sérum du sang de la veine porte chez les chiens nourris avec de la viande est généralement plus riche en graisse que celui des chevaux. Néanmoins, on ne trouve pas davantage de graisse dans le sérum des veines hépatiques chez les chiens que chez les chevaux.

« Chez les chevaux, les globules du sang de la veine porte sont plus riches en eau et particulièrement en fer; au contraire, ils sont plus pauvres en globulines, en matières extractives et en sels que ceux des veines hépatiques. Chez les chiens, comme chez les chevaux, le sang des veines hépatiques est beaucoup plus riche en globules du sang et en matières extractives que celui de la veine porte.

« J'ai remarqué, sur les chiens comme sur les chevaux, qu'une quantité considérable de fer disparaît toujours dans le sang en traversant le foie. Mais les différences de quantité de fer qu'on rencontre dans le sang qui arrive au foie et dans celui qui en sort, sont plus grandes encore chez les chiens que chez les chevaux. Il en résulte qu'une partie de l'hématine du sang disparaît dans le foie, et contribue probablement à la formation de la matière colorante de la bile, ce que prouverait encore la complète analogie de la bilifulvine et de l'hématoïdine, ainsi que vient de le montrer un de mes élèves.

« *Analyses comparatives du sang de diverses veines avec le sang artériel.* (Toutes ces comparaisons ont été faites avec des sangs toujours pris sur le même cheval.) — Le sang qui sort du foie par les veines hépatiques est toujours le sang incomparablement le plus sucré de tout le corps. Ensuite ce sang se mélange au sang de la veine cave pour remonter vers le cœur. Je ne puis ici que confirmer ce que M. Cl. Bernard a déjà dit depuis bien longtemps, à savoir que le sang de la veine cave inférieure est celui qui contient toujours la plus grande quantité de sucre après les veines hépatiques. J'ai trouvé dans le résidu solide du sang de la veine cave chez les chevaux, 0 gr. 346 pour 100, 0 gr. 211 pour 100 et 0 gr. 492 pour 100 de sucre.

« Lorsque le sang a traversé le poumon et est devenu artériel, on ne trouve généralement pas de sucre. Je n'en ai pas trouvé dans le sang artériel de chevaux qui avaient cependant mangé de l'amidon et de l'avoine. Chez les chiens et chez les lapins, on peut seulement trouver du sucre dans le sang artériel, si le sang veineux renferme plus de 0 gr. 3 pour 100 de sucre. C'est ce qui arrive dans toutes les conditions qui font passer du sucre dans l'urine : par exemple, après la piqûre telle que la fait M. Bernard, après l'injection de sucre en grande quantité dans les veines ou dans l'estomac, ou enfin chez les lapins qui ont mangé des quantités considérables de betteraves ou de carottes. Mais, dans toutes ces circonstances, ce sont encore les veines hépatiques qui contiennent la plus grande quantité de sucre, puis la veine cave, etc.

« Le sang des petites veines, telles que la veine céphalique, la veine digitate, la veine temporale et la veine abdominale externe des chevaux, contient toujours moins de globules du sang, plus de sérum, et par conséquent plus d'eau que le sang artériel. Mais les veines plus grosses, et principalement la veine cave inférieure, contiennent un sang qui possède la même concentration que le sang artériel, ou qui est peut-être même encore plus concentré. Toutes mes expériences semblent montrer qu'une quantité remarquable de globules du sang disparaît dans les vaisseaux capillaires généraux. L'observation que la densité du sang de la veine cave inférieure se rapproche de celle du sang artériel ou même la surpasse, ne dépend pas seulement de l'expulsion de l'eau par la sécrétion urinaire, mais principalement de l'affluence du sang des veines hépatiques; c'est ce que m'ont prouvé d'une manière frappante les analyses du sang d'un cheval qui n'avait pas bu depuis vingt-quatre heures quand il fut sacrifié. La comparaison de toutes ces analyses semble prouver en même temps que dans le foie deux fonctions marchent séparément, savoir la formation du sucre et des globules du sang et celle de la bile, ainsi que M. Bernard l'a pressenti et établi depuis longtemps.

« Le sang des plus petites veines renferme davantage de fibrine que le sang artériel et que celui de la veine cave et de la veine jugulaire. Dans la veine cave, j'ai trouvé deux fois moins de fibrine que dans le sang artériel.

« Le sang artériel contient toujours plus de sels minéraux que le sang veineux. »

Remarques sur la sécrétion du sucre dans le foie, faites dans la même séance, à l'occasion de la communication de M. Lehmann;

Par M. Claude Bernard.

« Lorsque, il y a six ans, j'annonçai aux physiologistes que le sucre est un produit normal de sécrétion chez l'homme et les animaux, j'établis par des preuves expérimentales diverses que cette fonction animale, restée jusqu'alors inconnue, devait être localisée dans le foie. Pour prouver que la matière sucrée est bien réellement formée dans l'organisme, qu'elle ne vient pas du dehors et qu'elle prend naissance sur place dans le foie où on la trouve, j'instituai une expérience physiologique qui est nette et décisive. Sur des animaux carnivores, nourris exclusivement pendant des temps très-considérables (3, 6 ou 8 mois) avec de la viande cuite à l'eau et dans laquelle l'expérience directe ne décèle pas la moindre trace de matière sucrée, je recueillis le sang de la veine porte avant son entrée dans le foie et je n'y constatai jamais, dans des conditions physiologiques convenables, la présence du sucre, tandis qu'en recueillant le fluide sanguin dans les veines hépatiques à sa sortie du foie, j'y rencontrai constamment du sucre en grande quantité.

« Depuis lors ces résultats ont été partout vérifiés par les physiologistes exercés qui les ont reproduits en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, en Amérique, etc. Les belles analyses de M. Lehmann sur la composition comparée des sangs de la veine porte et des veines hépatiques confirment pleinement au point de vue chimique, et avec une autorité des plus considérables en pareille matière, mes propres recherches physiologiques.

« Tous les arguments relatifs à la question de savoir si le foie fabrique ou non de sucre, doivent être ramenés à cette expérience fondamentale qui a pour objet l'examen comparatif des sangs de la veine porte et des veines hépatiques; et tant qu'il restera établi que le sang qui entre dans le foie ne renferme pas de sucre et que le sang qui en sort en contient des proportions considérables, il faudra bien admettre que la matière sucrée se produit dans le foie, car on ne saurait échapper à cette conséquence de la logique la plus simple : que, puisque le sucre n'existe pas avant le foie et qu'il existe après, il faut bien qu'il se soit formé dans cet organe.

« Mais le sucre sécrété dans le foie se répand ensuite dans tout l'organisme, au moyen de la circulation qui le porte par la veine cave dans le cœur droit, puis dans les poumons, etc. Suivant les quantités de sucre qui s'échappent du foie, cette matière peut se trouver détruite en traversant le poumon, ou bien dans certains cas, et particulièrement, pendant et aussitôt après la période digestive, un excès peut se répandre plus loin dans le système artériel et même dans le système veineux superficiel. Néanmoins dans tous ces ces on constate invariablement que la proportion de sucre diminue d'autant plus qu'on

s'éloigne davantage du foie qui est son lieu d'origine. Ce sont ces résultats physiologiques que viennent encore prouver de la manière la plus évidente les analyses de M. Lehmann.

« Cette diffusion du sucre dans tout l'organisme explique donc comment cette matière peut se rencontrer dans le sang de toutes les parties du corps. En 1846 (1), M. Magendie a lu à cette Académie, sur la présence normale du sucre dans le sang, un Mémoire dans lequel il indique déjà que c'est surtout au moment de la digestion que l'on trouve la matière sucrée en plus grande quantité dans le sang. Ce fait était donc connu et admis par les physiologistes depuis longtemps, bien qu'on ne connût pas la formation physiologique de cette matière dans le foie ainsi que je l'ai établi.

« Mais il est arrivé que certains auteurs, ne répétant pas mes expériences méthodiquement et dans les conditions physiologiques requises, n'ont nécessairement pas pu comprendre le rapport qui existe entre cette diffusion du sucre dans l'organisme et son point réel d'origine.

« C'est ainsi que M. Schmidt (2) en 1850, se fondant sur ce qu'il avait trouvé du sucre, en quantité variable, mais toujours très-faible, tantôt dans le sang des saignées pratiquées sur l'homme (traces de sucre non dosées), tantôt dans le sang des animaux de boucherie (0 gr.,00195 à 0 gr.,0074 pour 1000 dans le sang de bœuf), etc., arrive à comparer la diffusion du sucre dans le sang avec la diffusion de l'urée, et poussant sa comparaison jusqu'au bout, cet auteur admet purement par hypothèse que la formation du sucre ainsi que celle de l'urée ne sont localisées dans aucun organe, mais que ces substances se forment partout dans l'organisme, l'urée aux dépens des matières azotées, et le sucre aux dépens des matières grasses.

« Quant aux expériences de M. Schmidt sur la présence du sucre dans le sang, et quant à celles qu'on a pu reproduire depuis dans de semblables conditions, elles peuvent avoir en elles-mêmes, et au point de vue chimique, la valeur qu'on leur accordera; mais on ne saurait leur en reconnaître aucune au point de vue physiologique, parce que les auteurs n'ayant pas tenu compte de l'examen comparatif du sang de la veine-porte et du sang des veines hépatiques, leurs analyses restent insuffisantes et ne peuvent s'appliquer à la question qui nous occupe.

« Lorsqu'on a soin, comme l'a fait M. Lehmann, d'instituer des analyses comparatives du sang dans tous les points du système circulatoire en se plaçant dans les conditions que la physiologie indique, toutes les expériences s'enchaînent naturellement pour établir que le sucre véritable produit d'une *sécrétion intérieure*, à laquelle j'ai donné le nom de *glycogénie*, prend naissance dans le foie aux dépens des éléments du sang et indépendamment de l'alimentation féculente et sucrée, pour se répandre ensuite dans tout l'organisme, où il se détruit successivement en s'éloignant de son lieu d'origine.

« Si l'on ne fait au contraire que des expériences incomplètes en se plaçant dans des conditions non méthodiquement et physiologiquement déterminées, on peut, par l'interprétation des résultats, arriver aux confusions les plus étranges. C'est ainsi, par exemple, que cette comparaison du sucre avec l'urée qui, au point de vue chimique, paraîtrait peut-être spécieuse, ne saurait un seul instant soutenir l'examen physiologique.

« Comment pourrait-on imaginer, en effet, que le foie joue, par rapport au sucre, le rôle d'un organe *dépurateur*, *condensateur*, *filtrateur*, ou qu'il est à la matière sucrée ce que le rein est à l'urée, quand nous savons que le sang qui entre dans le foie ne contient pas de sucre, mais que le sang qui en sort en contient beaucoup, tandis que pour le rein, au contraire, l'urée existe dans le sang qui entre et ne se trouve plus dans le sang qui sort; quand nous savons enfin que si l'on supprime les reins, on fait accumuler l'urée dans le sang, tandis que si l'on arrête la fonction du foie en détruisant certains nerfs qui s'y rendent, le sucre disparaît complétement et rapidement de l'organisme? Il y a donc là, d'une part, un phénomène de production ou de *sécrétion* et, d'autre part, un phénomène d'expulsion ou d'*excrétion*, que l'on doit distinguer de la manière la plus radicale, au lieu de chercher à établir entre eux un rapprochement impossible.

« Je me bornerai à ces quelques remarques pour montrer que les recherches chimiques appliquées à l'explication des phénomènes de la vie ne sauraient être instituées vaguement et comme au hasard, mais qu'elles doivent reposer au contraire sur la connaissance de conditions fonctionnelles précises que la physiologie seule peut déterminer.

« En finissant, je ferai remarquer, ainsi que l'on a pu s'en convaincre, que la formation du sucre dans le foie n'est pas en litige. C'est une vérité physiologique parfaitement établie et complétement acquise à la science. La question qui se trouve actuellement en jeu, c'est de savoir quels sont les éléments du sang que le foie utilise pour fabriquer la matière sucrée. L'hypothèse de cette formation du sucre aux dépens des matières grasses se trouve renversée par mes expériences, dans lesquelles j'ai fait voir que l'alimentation purement graisseuse diminue la production du sucre dans le foie et la quantité de cette matière dans tout l'organisme. Il reste à examiner la théorie de la formation du sucre aux dépens des matières azotées, que les analyses chimiques de M. Lehmann et mes expériences physiologiques indiquent. C'est le sujet dont j'entretiendrai incessamment l'Académie. »

Discussion à propos du traitement de la variole.

Messieurs,

Me voilà donc pour la seconde fois à cette tribune où je n'étais remonté qu'avec une hésitation extrême, tant j'étais heureux de ce doux repos, après lequel aspirent en général tous ceux que les circonstances, plus encore que leur vocation, ont condamnés à de longues et pénibles luttes ! Si les deux adversaires qui se sont mesurés dans cette enceinte ne m'avaient, chacun à leur manière, fait intervenir dans les importantes questions qui les divisent, je me serais abstenu de prendre la parole. Malgré cette sorte de provocation, de part et d'autre également flatteuse, je me plais à le proclamer avec reconnaissance, il m'en coûte beaucoup de m'engager dans le nouveau combat qui se livre au sein de l'Académie. Il m'en coûte beaucoup, parce que mes relations personnelles avec celui de nos collègues dont les doctrines se trouvent en cause, sont tellement amicales, que depuis bien longtemps j'évite avec un soin tout particulier les moindres occasions qui pourraient amener entre nous la plus innocente rupture. C'est ainsi que bien des fois, j'ai entendu mon savant collègue insister sur la fraternité de nos doctrines, dans des cas où son imagination faisait en quelque sorte tous les frais de cette fraternité.

D'ailleurs, il sait parfaitement que depuis plusieurs années, non-seulement je n'ai pas eu la moindre prétention à partager avec lui ou tout autre le sceptre de la médecine, mais que je me suis enseveli de moi-même dans la plus profonde obscurité, et que j'ai essayé, si j'ose parler ainsi, de faire le mort. Il le sait, car je n'ai jamais oublié de le lui dire, lorsque parfois, avec une bonté dont je le remercie, il m'a fait quelque proposition du genre de celle dont je viens de parler. M. Piorry n'ignore pas non plus que jamais il ne m'a compté parmi ceux qui ont pu lui susciter quelques tribulations, sous quelque rapport que ce soit.

Cet exorde que j'aurais voulu vous épargner, messieurs, a

---

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XXIII, 27 juillet 1846.

(2) *Charakteristik der epidemischen Cholera, etc.* V. Carl. Schmidt, page 163. Leipzig und Mitau, 1850.

pour unique but de bien faire comprendre à ceux qui m'écoutent, que, loin d'être animé d'un sentiment hostile envers l'honorable collègue dont je viens de prononcer le nom, je suis sous l'empire d'un sentiment tout opposé. Tel est même le pouvoir de ce dernier sentiment, que je suis prêt à descendre de cette tribune, si l'Académie pense que la discussion actuelle ne mérite pas de nouveaux développements. Je descendrai d'autant plus volontiers, que, tout le monde le sait, je me vois forcé de parler de moi, c'est-à-dire de jouer l'un des rôles les plus délicats, pour ne pas dire un des plus fâcheux personnages, quand on se trouve en présence d'un corps tel que celui-ci, où l'on ne trouve que des maîtres et des juges.....

Puisque l'Académie le veut, *alea jacta est*; mais *si parva magnis componere licet*, je ne suis pas moins troublé que César au moment où il franchit le *Rubicon*.

Cette discussion, vous le savez, messieurs, roule sur quatre grandes questions: 1° la variole et son traitement; 2° les unités ou les individualités en matière de pathologie; 3° la nomenclature médicale; 4° enfin, la philosophie des écoles de Paris et de Montpellier.

Je serai le plus court possible sur chacune de ces questions, dont je ne toucherai que les sommités: *summa sequar fastigia rerum*, espérant toutefois ne pas faire appliquer à mon travail ce mot de *girouettes*, métaphoriquement *inventé* par notre spirituel collègue, M. Bousquet, qu'on n'accusera pas d'une trop vive passion pour les mots nouveaux.

1° *Traitement de la variole.*

M. Piorry ne pouvait aborder la question du traitement de la variole *ou plutôt*, dit-il, des états pathologiques qui lui sont propres, sans quelques préliminaires sur la manière dont il comprend cette maladie, doctrine qu'il croit en opposition avec celle généralement suivie. A part les mots dont M. Piorry a enveloppé cette doctrine, et la forme particulière qu'il donne à tous les sujets qu'il touche, la doctrine de notre collègue est-elle donc bien réellement nouvelle? A sa grande surprise sans doute, je ne le pense pas. Ce qui le porte à croire que le traitement qu'il propose diffère de celui ou de ceux déjà employés, c'est que ceux-ci reposent sur l'*idée générale et doctrinale de l'unité des maladies*, idée qu'il poursuit avec une ardeur qui ne peut être comparée qu'à celle dont il brûle pour sa nomenclature.

Nous aurons à examiner bientôt le système général de M. Piorry sur ce point vraiment capital en philosophie médicale; quant à son application à la variole en particulier, il ne s'est pas aperçu qu'elle déposait contre lui, si les auteurs ont bien réellement enseigné ce qu'il leur attribue. Il dit expressément, en effet, que *les auteurs et les praticiens se sont bien donné de garde de voir dans la variole une maladie toujours la même.* Donc, ils auraient avant lui attaqué l'*idée générale et doctrinale de l'unité des maladies.* Il est vrai qu'un peu plus bas, il accuse de n'être pas pratiques les distinctions établies par les auteurs entre la variole, la varioloïde, la variole confluente. D'où il suit, qu'il est ici plus *unitaire* que les auteurs auxquels il reproche cette doctrine. Que M. Piorry ait ensuite exposé le traitement de la variole en le décomposant en autant d'éléments qu'il en a admis pour cette maladie elle-même, il n'a réellement en cela fait qu'imiter au fond tous les vrais praticiens qui, avant lui, s'étaient occupés du même sujet.

Les mots nouveaux de *variose*, *variosémie*, *variodermite*, *variostomatite*, *variopharyngite*, *variolaryngite*, *variobronchite*, *variopneumonite*, *varioencephalite*, ne nous apprennent rien d'essentiel qui ne fût connu dans l'histoire de la variole, et qui n'eût été l'objet de médications spéciales. Ce qui dans tout cela doit être considéré comme appartenant bien réellement à M. Piorry, offre quelquefois un caractère d'exagération qu'il nous permettra de lui signaler, en même temps que certaines assertions peu conformes à l'exacte observation et à la rigoureuse logique.

Les moyens propres à faire avorter les pustules, la méthode *ectrotique*, dont MM. Serres, Bretonneau, Velpeau, Gariel, Briquet, les uns avant, les autres après M. Piorry, ont proposé l'emploi, ne doivent pas être négligés, surtout à l'égard des pustules de la face en général et de celles des paupières en particulier. Mais ce n'est point là un de ces moyens héroïques qui, dans la variole confluente, nous seraient si nécessaires pour diminuer le chiffre énorme de la mortalité.

M. Piorry, par voie d'induction, a prescrit les sucs de laitue, de cerfeuil, de chicorée, etc., contre la *variole noire*, qu'il appelle *variodermite hémorrhéique*. Mais il n'attache pas, sans doute, une grande importance à cette méthode, importée du scorbut à l'espèce de variole ci-dessus désignée.

Il recommande la cautérisation avec le nitrate d'argent contre la variostomatite et la variopharyngite, sans nous en démontrer convenablement les avantages. Il propose de cautériser surtout au voisinage des orifices des conduits de Sténon et de Warthon, « et cela dans la crainte des phlegmasies *sialostasiques* (dues à la stase de la salive), dont les parotides et les autres glandes salivaires peuvent être atteintes. » Cette crainte de phlegmasies *sialostasiques* des glandes salivaires repose-t-elle sur des faits nombreux bien observés? Je l'ignore. En la supposant bien fondée, la cautérisation dont il s'agit serait-elle, en effet, un moyen préservatif bien certain contre le développement de ces phlegmasies? Point de faits démonstratifs à cet égard.

C'est principalement dans l'article destiné au traitement de la *variolaryngite* et de la *variobronchite* que M. Piorry a formulé quelques propositions thérapeutiques dont on ne saurait lui contester la priorité: elles sont relatives à la trachéotomie et les voici textuellement: après avoir rapporté une opération de ce genre faite par lui-même, il ajoute: « Depuis cette opération, j'ai vu périr un assez grand nombre de variolés pour lesquels on attendit trop longtemps avant de pratiquer la trachéotomie, et je *n'hésite* pas à affirmer que *dans tous les cas* où chez les gens atteints de variolaryngite, il existe de l'enrouement suivi et accompagné de dyspnée et de difficulté dans l'évacuation des crachats pharyngiens, laryngiens et *trachéaux*, il ne faut pas *hésiter* un moment à ouvrir le conduit de l'air. Une fois la trachéotomie faite, les boutons varioliques développés sur la membrane laryngo-trachéale suivront, sans péril, leurs phases régulières, et la guérison définitive devient très-probable.

Sur quelle statistique exacte M. Piorry fonde-t-il une thérapeutique si hardie et un pronostic si consolant? Sur aucune. Je me trompe; M. Piorry a rapporté une statistique composée d'un seul cas. Mais ce cas est concluant, car la malade trachéotomisée par M. Piorry lui-même (1), mourut. Il est vrai que la

(1) Avant cette opération, M. Piorry « avait trop vu de malades succomber dans de tels cas, pour ne pas admettre, dans toute son étendue, l'aphorisme suivant, qui est pour lui la conséquence d'une longue pratique et des plus mûres réflexions: *Toutes les fois que dans la variolaryngite et même dans la variopharyngite, l'abord de l'air dans la trachée et dans les bronches devient difficile, et cela par suite de la présence des liquides qui s'accumulent, il y a urgence de pratiquer l'ouverture du tube aérien.* Si l'on attend au lendemain, presque toujours, lors de la visite, on ne trouve plus qu'un cadavre. C'est ce qui est arrivé plusieurs fois à la suite de discussions que M. Piorry a eues, à ce sujet, avec Bérard jeune, Sanson, etc., et dans lesquelles ces chirurgiens, qui réunissaient la pratique au savoir, se refusèrent, pour le moment où il le croyait utile, à pratiquer la trachéotomie. Désespéré de ces retards qui avaient eu un si fatal résultat, M. Piorry prit sous sa responsabilité de pratiquer lui-même sur une femme atteinte de variolaryngite et qui expirait, l'ouverture de la trachée. »

Nous connaissons le résultat final de cette opération. M. Piorry en raconte un autre qui ne doit pas être passé sous silence. « Je me fis en opérant, dit-il, une petite excoriation à la face palmaire du pouce, d'où résulta, les jours suivants, une pustule variolique qui fut complétement locale. Déjà une première fois, un accident du même genre m'était ar-

malade survécut pendant trente-six heures, et que la canule étant convenablement placée, *il semblait que la vie dût être conservée*; que si, au bout de ce temps, la mort eut lieu d'une manière instantanée, *tout porte à croire*, selon M. Piorry, *qu'elle a été due au déplacement ou à l'obstruction de la canule dont l'élève chargé de surveiller cette femme n'eut peut-être pas tous les soins désirables.*

Après quelques réflexions sur la *variopneumonite*, la *varien-céphatite*, M. Piorry termine ainsi son Mémoire : « Telle est la manière dont on peut *concevoir*, dans les idées *anatomiques et cliniques* que je cherche à propager, l'étude de la variole; il me semble que cette manière de considérer les faits est féconde en applications utiles et pratiques; si vous étiez de cet avis, messieurs, si vous arriviez un jour à penser comme moi, que toutes les collections phénoménales dites *maladies* devraient être ainsi considérées, alors vous seriez conduits à admettre que les dénominations usitées jusqu'à ces derniers temps sont fausses et insuffisantes; vous partageriez même cette opinion : qu'il faut créer des mots nouveaux pour désigner des états pathologiques qui n'ont pas encore été dénommés; vous croiriez encore que, pour devenir intelligibles et pour marcher avec notre temps, il faut adopter un langage précis dérivé de la langue scientifique, c'est-à-dire du grec. La conséquence logique de ces idées serait nécessairement qu'il faut généraliser et systématiser ce langage, qui serait facilement compris à l'étranger comme en France. »

L'Académie sait comment cette proposition a été accueillie par M. Bousquet; mais avant de parler des mots, il faut s'occuper des choses. Nous ne nous occuperons donc de la nomenclature créée par M. Piorry qu'après avoir jeté un coup d'œil sur ses doctrines en matière de pathologie générale ou philosophique, et spécialement en ce qui concerne les *unités*, les *individualités morbides*, les maladies et leur classification.

2° *Unités, individualités, entités, éléments, modes, états morbides* ou *maladies*. — *Leur classification.*

Jamais aucun médecin, sans en excepter Broussais lui-même, n'en voulut plus, que M. Piorry, aux *entités* ou *individualités* morbides. Mais l'*ontologie*, tant poursuivie par Broussais, n'allait pas jusqu'au point de lui faire proscrire les *unités* morbides et le nom même de maladie ou de maladies. Il admettait au moins deux grandes *unités* de ce genre, savoir : cette *irritation*, devenue si fameuse, *grâce à lui*, et l'unité contraire, comme avant lui Brown, ce Broussais de l'Écosse, les avait admises sous les noms de *sthénie* et d'*asthénie*, ce qui fit dire ingénieusement que le *Broussaisisme* n'était que le Brownisme *retourné* ou *renversé*, comme bien avant Brown et Broussais, Thémison les avait célébrées sous les noms de *strictum* et de *laxum*, etc., etc., *dichotomies* dont la saine observation et la saine logique ont fait justice.

Telle est l'antipathie de M. Piorry contre l'unité et les unités morbides qu'il commence et finit ses ouvrages par quelque critique contre elles, sans préjudice des autres attaques dont fourmille tout ce qui sépare ce commencement de cette fin. Ainsi, par exemple, le chapitre premier des généralités du *Traité de pathologie iatrique* a pour titre : *La maladie n'est pas une individualité, une unité*, et le dernier chapitre, intitulé : *Conclusions générales, idée de cet ouvrage*, ne contient autre chose qu'une sorte de consécration de cette doctrine. Le voici tout entier : « Rappelons surtout ici une grande vérité pathologique et féconde en résultats pratiques, vérité dont l'exposition peut servir en quelque sorte de conclusion à cet ouvrage, comme aussi elle en a fourni l'idée principale.

« C'est que, dans toutes les parties de la pathologie, soit qu'il s'agisse de considérations générales sur l'histoire de la science, ou du nom que l'on doive donner aux affections dont le corps de l'homme est susceptible; soit que l'on ait à étudier les lésions organiques pendant la vie ou après la mort; soit que l'on cherche à découvrir les symptômes auxquels ces lésions donnent naissance; soit que l'on remonte à leurs causes, à leur pronostic ou à leur diagnostic; soit enfin que l'on veuille se rendre compte des faits observés et établir le traitement des affections dont on a scrupuleusement étudié l'histoire, il est une règle générale, que l'on doit sans cesse avoir en vue. Cette règle générale est celle-ci : *La maladie n'est point une unité, elle est un composé de nombreux éléments organo-pathologiques; il n'existe presque jamais ou même jamais deux affections semblables; la maladie, de quelque façon qu'on l'étudie, est complexe et ne doit en aucune façon être individualisée ou considérée comme une chose simple et ne peut être rigoureusement et absolument désignée par un nom spécial.* »

C'est ainsi que M. Piorry parle de l'unité, de cette unité, forme de tout ce qui est beau (*forma omnis pulchritudinis*) et de tout ce qui est vrai. Est-ce, d'ailleurs, que ce mot *unité* veut dire simplicité de sujet? s'agit-il ici des *atomes ou des monades?* Le monde tout entier n'est-il pas *un*? L'homme n'est-il pas un, bien que composé de tant de parties diverses? Cette Académie n'est-elle pas composée d'*unités*, d'*individualités*, bien que nul de ses membres ne ressemble exactement à un autre? M. Piorry lui-même n'est-il pas une de ces *individualités?*

Une conséquence *naturelle* et en quelque sorte forcée de cette doctrine, c'est que toute classification rationnelle, philosophique, des maladies est impossible. Comment, en effet, classer ainsi des choses qui ne sont jamais semblables, puisque toute classification rationnelle et philosophique est fondée sur des *ressemblances* et des *différences?*

M. Piorry n'a point reculé devant la conséquence que nous venons de signaler. En effet, voici ce que nous lisons dans le chapitre de ses généralités (généralités qu'il désigne sous le nom de *polygraphies*, synonymie assurément bien *arbitraire*), où il s'occupe des classifications. Après avoir rappelé les attaques de Broussais contre les *nosographies* ou *classifications* (cette synonymie est encore de M. Piorry), il conclut que les *nosographies* ne sont guère admissibles dans l'état actuel de la science. Il admet seulement *qu'il peut-être avantageux* de jeter un coup d'œil général sur les *hémorrhagies*, les *flux muqueux*, les *hydropisies*, les *névroses*, etc., ce qui est, selon lui, à la pathologie spéciale, ce qu'est l'anatomie générale à l'anatomie des organes isolés. Enfin, sa conclusion définitive est celle-ci :

Il ne peut plus y avoir de nosographie ou de classification des maladies, mais il peut y avoir des organo-pathographies, ou des descriptions, des classifications des souffrances dont les organes forment les bases.

Une des grandes erreurs de M. Piorry, dans tout ce qu'il a écrit contre les classifications des maladies, c'est qu'il a cru ou imaginé que les nombreuses classifications qu'il a passées en revue (celles de Johnston, de Sauvages, de Linné, de Vogel, de Cullen, de Sagar, de Vitet, de Darwin, de Pinel, de Baumes, de Tourdes, de Tourtelle, de Récamier, de Richerand, d'Alibert) avaient toutes pour base les *symptômes*, et non les altérations des organes, ce qui n'est pas exact, surtout pour les classifications de Richerand, d'Alibert et de Pinel lui-même.

Une seconde erreur de M. Piorry, c'est de ne pas s'apercevoir qu'aujourd'hui, tous les médecins de la grande école anatomo-physiologique, tout en conservant le mot sacramentel de maladies qu'il veut absolument effacer du vocabulaire médical, lui donnent la signification adoptée par M. Piorry lui-même, c'est-

---

rivé, et mon excellent ami M. le docteur Bally a été atteint d'une semblable pustule, qui, chez lui, donna lieu à la formation d'un tissu érectile d'où, pendant plusieurs mois, s'écoulait du sang en abondance. Il fallut détruire ce tissu pour obtenir la cicatrice. Probablement, la petite vérole qu'avait eue M. Bally, la vaccine dont je porte au bras de très-profondes traces, ont fait que le mal dans ce cas n'a pas eu de manifestatton générale, et que la petite vérole est restée locale. Il y aurait des recherches intéressantes à faire sur ce sujet. »

On ne saurait trop engager M. Piorry à faire ces recherches. En effet, ce qu'il rapporte là n'est rien moins que commun, et surtout une *pustule variolique*, qui donne lieu à la formation d'un tissu érectile, etc.

à-dire que sous ce nom ils désignent les altérations diverses, les états anormaux divers, soit mécaniques, soit physiques, soit dynamiques ou vitaux (*dynamico-vitaux*, si l'on veut plus d'exactitude dans les mots), dont l'organisme en général et les organes en particulier sont susceptibles.

En suivant la seconde des deux méthodes de classification admises par lui, savoir : celle qui prend pour fondement les organes, M. Piorry se fait une illusion profonde, s'il pense avoir découvert quelque principe nouveau de classification. Mais ce qui distingue encore ici M. Piorry de quelques-uns de ceux qui, comme lui, ont pris les lésions de l'organisme et des organes vivants pour premier fondement, pour *pierre angulaire* de leur classification, c'est qu'ils ont essayé de déterminer, autant que le comporte l'état actuel de nos connaissances, la *nature* de ces lésions de l'organisme ou des organes vivants, et que c'est d'après cette nature qu'ils ont établi les grandes classes de leur système nosologique ou *nosotaxique* (grâce pour ce dernier mot).

Cette nature variable des maladies ou des états morbides de l'organisme et des organes vivants, la donnée essentielle sans laquelle nulle classification rationnelle ou philosophique ne pourrait être instituée, est précisément celle à laquelle M. Piorry n'a consacré aucunes réflexions spéciales dans son chapitre des classifications des maladies.

Au reste, comme quelques-uns font de la prose sans le savoir, M. Piorry, dans ses monographies, a fait des classifications où la *nature* des maladies entre comme donnée, comme principe, comme élément. Mais, encore une fois, nulle part il ne s'est occupé d'élever un édifice nosologique reposant sur les solides fondements que fournissent les états morbides ou les maladies considérés dans leur nature ou leur *essence*.

Assurément, s'il n'existait pas des *unités*, des *individualités*, des *entités morbides*, comme le prétend M. Piorry, toute classification rationnelle, philosophique, *naturelle*, serait à jamais impossible. Mais il n'en est pas ainsi, et l'illusion de notre savant collègue tient à ce qu'il s'imagine qu'une maladie, telle qu'on la conçoit et telle qu'on la définit aujourd'hui, est une entité *symptomatique*, du genre de celles dont Broussais (et c'est là un de ses beaux titres de gloire) a fait une si éclatante justice. Il ne s'agit plus aujourd'hui de cette *ontologie* que les progrès incessants de la médecine anatomo-physiologique, depuis Morgagni jusqu'à notre époque, avaient condamnée à disparaître un jour sans retour, mais dont il ne faut pas faire un reproche aux médecins qui vinrent avant l'ère de la médecine anatomo-physiologique, puisqu'alors cette espèce d'ontologie était en quelque sorte forcée. Les *unités*, les *individualités morbides*, les maladies enfin sont précisément aujourd'hui les états organo-pathiques que M. Piorry croit être autre chose; et puisque, dans la discussion actuelle, je suis obligé de parler de moi, nécessité qui seule est mon excuse, je dois dire à M. Piorry que la classification de ma nosographie médicale, fondée sur la nature des maladies, telle que nous la pouvons connaître aujourd'hui, n'est cependant rien moins qu'une classification des divers états anormaux ou des lésions de l'organisme et des organes vivants, considérés sous le quadruple rapport de leurs conditions mécaniques, physiques, chimiques et vitales, ou, si l'on veut, sous le double point de vue de leurs conditions matérielles et dynamiques.

Ces lésions morbides, ces maladies en quelque sorte élémentaires, ces *unités* ou *entités morbides* ainsi rattachées à l'organisme et aux organes vivants, et pour ainsi dire *incarnées*, ont été rangées par moi en douze classes, lesquelles ont été réunies elles-mêmes dans trois grandes familles.

La première classe, sous trois ordres séparés, renferme les *phlegmasies et les fièvres continues*, les excitations ou irritations qui ne s'élèvent pas jusqu'au degré qui caractérise les phlegmasies, les *hypertrophies* et les *hypercrinies* (irritations nutritives et sécrétoires de Dupuytren, Marandel, etc.).

La seconde classe comprend les maladies diamétralement opposées à celles de la première classe, telles que les *gangrènes* ou *asphyxies locales*, les atrophies, les acrinies ou hypocrinies, etc., etc.

La troisième classe est consacrée aux *ataxies*, considérées dans les différents centres nerveux.

La quatrième classe contient les maladies *miasmatiques* et *virulentes*.

La cinquième classe a pour sujet ces altérations de nutrition, de sécrétion, d'hématose, désignées autrefois sous les noms de *cachexies*, de *diathèses*, etc., et auxquelles on peut donner ceux d'*hétérotrophies*, d'*hétérocrinies*, d'*hétérogénies* d'*hétérémies*, par analogie avec les noms d'*hypertrophies*, d'*atrophies*, d'*hypercrinies*, d'*hypérénice*, généralement acceptés.

Les sept dernières classes, sur lesquelles je n'insiste pas, pour ménager les moments de l'Académie, comprennent les lésions qui n'affectent les organes que dans leurs conditions physiques, mécaniques, anatomiques *purement* ou de *structure externe*.

Comme je l'ai dit plus haut, ces douze classes de maladies, par une généralisation plus élevée, peuvent être ramenées à trois grandes familles.

La première famille se compose des maladies organico-vitales ou chimico-vitales, lesquelles portent essentiellement atteinte à la construction chimique, ou, comme on le dit, à la *structure interne* des parties. Dans la seconde famille se rangent les maladies purement dynamiques, les névroses proprement dites, ou les lésions des forces vitales, des forces nerveuses elles-mêmes. A la troisième famille, enfin, appartiennent tous les changements survenus dans les conditions purement physiques, statiques, anatomiques, ou, suivant une expression reçue, dans la *structure externe* des parties.

Je viens d'énumérer, *tels quels*, mes éléments, mes états morbides ou mes maladies simples. Ce sont là, messieurs, mes unités, mes entités morbides élémentaires, et, s'il m'est permis de parler ainsi, mes éléments nosologiques *immédiats* et *médiats*.

C'est avec ces *unités* que l'on pourra former, en les ajoutant, en les combinant diversement, toutes les maladies composées ou compliquées, de même que avec dix chiffres on compose tous les nombres; de même qu'avec les vingt-cinq lettres de l'alphabet on compose tous les mots.

J'ai dit *tels quels* en parlant de mes éléments morbides, et je prie instamment l'Académie de ne pas l'oublier, car j'en ai grand besoin pour réclamer et obtenir son indulgence. Je comprenais bien, messieurs, toute la faiblesse et l'insuffisance de ma classification, lorsqu'en la promulguant pour la première fois, j'écrivais : « Malgré tous les efforts que, depuis plus de dix ans, j'ai tentés, presque chaque jonr, pour trouver une classification nosologique qui satisfît aux conditions fondamentales d'une œuvre de ce genre, je n'y suis point encore parvenu, au gré de mes propres désirs. Je m'empresserai donc de profiter de toutes les améliorations qui pourraient m'être proposées, et je ne cesserai, pour ma part, de travailler au perfectionnement de cette partie de mon ouvrage. »

Pour décider si cette classification constitue un progrès nosologique ou *nosotaxique* (je demande toujours grâce pour ce dernier mot), il faut la comparer aux classifications antérieures, et à celle de Pinel en particulier, la dernière de toutes. Or, quel que soit le résultat de cette comparaison, on restera convaincu qu'une réforme était absolument nécessaire dans cette dernière classification, dont l'une des classes (la 5e) contenait, à côté les uns des autres, sous le titre de lésions *organiques*, la syphilis, le scorbut, la gangrène, le cancer, les dégénérescences tuberculeuses, les scrofules, les anévrismes, les rétrécissements des ouvertures, les tumeurs et affections hémorrhoïdales, les hydropisies, les concrétions biliaires, le diabète sucré, les concrétions urinaires et les vers intestinaux.

Quoi qu'il en soit, il n'y a point de véritable science sans généralisations et sans classifications, ces deux grandes et sublimes opérations de l'entendement humain. Vouloir dépouiller

l'homme des facultés qui président à ces observations, ce serait, j'ose le dire, vouloir lui ravir un des plus beaux fleurons de sa couronne intellectuelle.

(*La suite au prochain numéro.*)

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

Sur la résection de la tête de l'humérus d'après un nouveau mode opératoire.

Par M. BAUDENS.

(Extrait d'un mémoire communiqué à l'Académie des sciences.)

« Toutes les parties de squelette sont accessibles à la résection ; aucune ne s'y prête mieux que la tête de l'humérus, aucune ne donne de plus beaux résultats.

« Quatorze fois nous avons remplacé par la résection l'amputation scapulo-humérale. Treize guérisons, un seul décès, nous autorisent à renverser les termes d'une proposition reçue et à dire : la résection, quand une balle a brisé la tête de l'humérus, doit être la règle, et l'amputation l'exception.

« Notre opinion emprunte ici une grande autorité aux découvertes de M. Flourens sur la régénération des os par la conservation du périoste interne ou externe. C'est là un admirable et vaste champ ouvert au progrès de la chirurgie.

« D'après les auteurs, le cas le plus fréquent après la résection, c'est que l'humérus demeure suspendu au milieu des chairs. Cette appréciation est heureusement tout à fait en désaccord avec notre pratique.

« Quand la résection a pu être limitée à la tête de l'humérus, nous avons toujours obtenu le rétablissement des mouvements du bras ; seulement la nouvelle articulation représente un ginglyme.

« Pour obtenir une articulation nouvelle, il faut 1° maintenir l'humérus au contact immédiat de la cavité glénoïde de l'omoplate ; 2° ménager le plus possible les fibres musculaires et les nerfs.

« Aussi rejetons-nous les procédés opératoires basés sur la formation d'un lambeau, pour adopter la simple incision, mais non telle que White la faisait.

« La méthode de White a été critiquée, parce qu'elle présente sur le vivant des difficultés presque insurmontables.

« Les lèvres de l'incision se resserrent quelquefois si fortement, qu'il n'est pas possible de les écarter pour aller à la recherche de la tête de l'humérus ; d'un autre côté, celle-ci remonte et va se cacher sous la voûte coraco-acromiale par la contraction spasmodique du muscle sous-scapulaire inséré à la petite tubérosité, et des muscles sus, sous-épineux et grand rond fixés à la grosse tubérosité humérale.

« Ces particularités, que nul n'avait encore signalées, nous ont contraint à modifier en 1833 la méthode de White.

« Au lieu de placer, comme lui, la simple incision au côté externe de l'épaule ou, à l'imitation de Percy, Larrey, etc., à la partie moyenne, nous la faisons au côté interne pour trois raisons : 1° la tête de l'humérus est là plus superficiellement placée que partout ailleurs ; 2° on peut découvrir celle-ci dans toute sa hauteur en prolongeant la simple incision dans l'espace compris entre l'acromion et l'apophyse coracoïde ; 3° les quatre muscles insérés aux tubérosités ne sont facilement attaqués que par l'incision interne qui permet de tomber d'emblée dans la coulisse bicipitale.

« Or ces quatre muscles dont les tendons se confondent avec la capsule articulaire, il faut avant tout les couper à leurs insertions, pour deux raisons encore : la première, pour vaincre la puissance qui fait remonter la tête de l'humérus sous la voûte acromiale ; la seconde, parce qu'une fois ces quatre tendons divisés, la capsule *ipso facto* se trouve elle-même suffisamment ouverte pour donner passage à la tête de l'humérus.

« On voit tout de suite que, contrairement à l'opinion des auteurs, il faut, au lieu de s'obstiner à couper de prime abord la capsule articulaire, tout simplement inciser les quatre tendons précités sur le sommet des deux tubérosités de l'humérus.

« Notre procédé se résume en cinq temps.

« *Premier temps.* Le bras étant légèrement tourné en dehors et en arrière, plonger la pointe d'un petit couteau à amputation en dehors de l'apophyse coracoïde directement sur le sommet de la tête de l'humérus ; abaisser le poignet et descendre en droite ligne, à 10 ou 12 centimètres plus bas, en appliquant toujours la pointe de l'instrument sur l'humérus qui lui sert de guide.

« *Deuxième temps.* Si les lèvres de l'incision empêchent par leur contraction de découvrir la tête de l'humérus, couper en travers et dans l'angle supérieur, un trousseau musculaire sans inciser la peau qui ne nuit en rien ; s'abstenir dans le cas contraire.

« Au fond de l'incision se voit la coulisse bicipitale dont la gaîne a été ouverte. Dans cette coulisse est une puissance, la longue portion du muscle biceps ; il faut la couper sans désemparer.

« *Troisième temps.* Ramener au centre de l'incision, par des mouvements légers de rotation du bras en dedans, puis en dehors, la grosse, puis la petite tubérosité, afin de diviser les quatre muscles qui s'insèrent à leur sommet.

« *Quatrième temps.* Par le fait de la section de ces quatre muscles, la capsule se trouvant largement ouverte, porter le coude en arrière et en haut, afin de faire sortir en la luxant la tête de l'humérus ; détacher doucement le périoste et faire glisser sous le col de cet os la scie articulée, pour faire autant que possible une *extirpation sous-périostée.*

« *Cinquième temps.* Lier les vaisseaux, recouvrir avec le périoste conservé, comme d'un petit capuchon, le bout supérieur de l'humérus et le maintenir au contact immédiat de la cavité glénoïde de l'omoplate.

« D'autres considérations restées jusqu'ici inaperçues découlent des quatorze résections de la tête de l'humérus que nous avons faites.

« En voici un aperçu :

« A. Quelles limites faut-il assigner à la résection de la tête de l'humérus ?

« Si cette extrémité est simplement écornée par une balle, il suffit d'en enlever un segment. Un arabe opéré par nous de la sorte en 1835, à l'expédition de Tlemcen, a guéri avec très-peu de raccourcissement du bras. Si les lésions remontent vers l'omoplate, il faut les y poursuivre. Nous avons extirpé avec succès, outre la tête de l'humérus, la cavité glénoïde, l'acromion et toute l'épine de l'omoplate. Une autre fois nous avons enlevé avec cette sphère une partie du corps de l'humérus que nous avons scié au-dessous de l'empreinte deltoïdienne. L'opéré a guéri, mais avec perte de mouvement de l'épaule.

« B. Quand la fracture s'étend de la tête de l'humérus vers la diaphyse de l'os dans la cavité médullaire, est-ce un cas d'amputation, comme le pensait Larrey ?

« Nous combattons sans restriction cette opinion, en nous appuyant sur de nombreux faits puisés dans notre pratique.

« C. Quand une balle a brisé la tête de l'humérus, la résection est-elle indispensable ?

« Lorsqu'on s'abstient, il arrive de trois choses l'une :

« Ou le blessé meurt d'infection purulente, ou il subit une résection consécutive, ou bien il survit avec ankylose, avec des trajets fistuleux, des accidents sans cesse renouvelés.

« D. La résection immédiate doit-elle être préférée a la résection consécutive ?

« Les chiffres vont répondre ; ils comprennent vingt-six blessés reçus dans nos ambulances, et se décomposent de la manière suivante :

« D'une part, onze résections immédiates; dix guérisons, un décès.

« D'une autre part, quinze blessés soumis à l'expectation, parce que les lésions étaient moins graves, ont donné les résultats qui suivent :

« Mort d'infection purulente, huit.

« Résections consécutives avec guérison, trois.

« Survivants avec trajets fistuleux, quatre.

« E. Comment se rétablissent les mouvements articulaires?

« L'articulation qui se reproduit après la résection de la tête de l'humérus diffère essentiellement de l'ancienne. A la place d'une arthrodie, nous avons toujours constaté qu'il se forme un véritable ginglyme.

« Ce ginglyme est d'autant plus puissant que le muscle deltoïde, que les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, ont conservé une intégrité plus grande.

« Les opérés peuvent soulever de lourds fardeaux, lancer une pierre avec force, etc. L'un de nos réséqués, le sieur Rouillon, menuisier à Arcueil près Paris, manie très-bien le rabot et la scie. Le colonel Pl....., encore au service, et que nous avons opéré il y a vingt ans, quand il était sergent-major, se sert de son bras comme de l'autre, met sa cravate, s'est même battu en duel au sabre et a blessé son adversaire.

« L'articulation n'a pu se rétablir chez le militaire auquel nous avons scié l'humérus au-dessous de l'empreinte deltoïdienne; mais en soutenant son coude contre la poitrine avec une courroie, il se sert de la main et de l'avant-bras pour exercer la profession de fileur de cordes.

« C'est encore là, dans ce cas désespéré, un magnifique résultat obtenu, si on le compare à l'amputation du bras en totalité.

« Voici un fait d'un autre genre.

« M. le général de G....., blessé sur la brèche de Constantine, en 1837, d'une balle qui lui avait écorné légèrement la tête de l'humérus, ne fut pas opéré. Vingt fois sa vie a été en danger. A diverses reprises, dix-neuf pièces d'os sont sorties de son épaule; il conserve des trajets fistuleux avec retour d'accidents graves; on est réduit à se demander, après dix-sept ans, s'il guérira jamais radicalement. »

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Sur les maladies de l'armée anglaise en Crimée, par le docteur Daniel Donovan. — Les événements qui se passent actuellement en Crimée offrent un curieux sujet d'étude, par le rapprochement, sur un étroit terrain et dans un commun effort, des deux nations qui se sont depuis longtemps placées à la tête de la civilisation. Si la comparaison de leurs institutions militaires et administratives a déjà donné lieu à d'intéressantes observations, le rapprochement physiologique et psychologique de ces deux armées ne sera pas moins fécond en utiles remarques. C'est à ce dernier point de vue que nous avons extrait les détails suivants d'une notice publiée par un de nos confrères d'outre-mer sur les maladies de l'armée anglaise en Crimée.

Il existe une analogie frappante entre les maladies qui règnent en Crimée parmi les soldats de l'armée anglaise et celles qui désolèrent les campagnes pendant la famine dont le royaume-uni, l'Irlande surtout, eut à souffrir il y a quelques années.

C'était en 1846-47. Les paysans que l'on amenait dans les maisons de secours offraient un appareil symptomatique tout particulier Le visage était hagard, d'une teinte de cire et profondément émacié, les membres enflés et distendus par un fluide transparent, la démarche chancelante; ils poussaient des gémissements et versaient des larmes à la moindre occasion; et quand le temps était devenu plus rigoureux, on les voyait mourir dans les rues ou par les chemins, sans avoir témoigné de souffrance particulière.

On désigna cet état sous le nom de *maladie des grandes routes* (road sickness), et nous appellerons *maladie de la tranchée* (trench sickness), ce qui s'observe sous les murs de Sébastopol. C'est absolument le même cortége de symptômes, et, comme les paysans irlandais, c'est en pleurant que les héros de l'Alma et d'Inkermann se rendent à leur service.

Enfin, aux accidents que nous avons signalés, succédèrent en Irlande une fièvre lente et une dyssenterie scorbutique, qui aujourd'hui exercent dans l'armée anglaise les plus funestes ravages.

Il paraît que 11,000 Anglais sont aujourd'hui atteints de la dyssenterie ou d'affections analogues, que le nombre de cas nouveaux atteint un millier par semaine, et que la mortalité est extrême.

Le *Times*, qui après avoir poussé le gouvernement et le pays à cette désastreuse expédition paraît de temps en temps en éprouver quelques remords, demande si cette effrayante proportion diminuera ou restera stationnaire ou si elle s'accroîtra encore, et il se répond à lui-même : Elle ne diminuera ni ne restera stationnaire, mais elle s'accroîtra rapidement.

Ceci n'est que trop vraisemblable; car la dyssenterie qui règne aujourd'hui est éminemment contagieuse, et les recrues qui sont envoyées en Crimée en sont les premières et les plus sûres victimes; chose tellement notoire, que le recrutement pour la Crimée va devenir absolument impossible. En outre, à une grande distance autour de l'armée, le sol est jonché de cadavres humains superficiellement enterrés et de cadavres de mulets ou de chevaux abandonnés, et dont les émanations ne pourront manquer, au printemps, de développer des miasmes pestilentiels (1).

Le seul moyen de préserver l'armée anglaise d'une destruction complète serait d'abandonner Sébastopol, et d'éparpiller les restes de cette armée à Malte, dans les Iles Ioniennes, et dans les parties les plus salubres de la Turquie. Mais si une telle ressource ne peut être proposée, si la guerre est décidément dans l'esprit de la nation, il faut que le gouvernement et le pays fassent tout ce qu'avec de l'argent et les efforts les plus énergiques on pourra faire pour arrêter ces désastres.

Ce ne sont pas des chirurgiens qu'il faut : la lancette et le scalpel ne peuvent rien contre l'inanition : ce n'est point le calomel ni l'opium qui préviendront ces dyssenteries, ni les diurétiques qui guériront ces hydropisies scorbutiques. Je ne sais pas, ajoute le docteur Donovan, si les mortiers monstres, si les canons à la Lancastre, si les bombes asphyxiantes, et les gabions et les fascines suffiront pour prendre Sébastopol; mais ce dont je suis certain, c'est que la *maladie de la tranchée* ne pourra être guérie qu'en supprimant le *travail de la tranchée*, et en réparant les atteintes profondes que l'organisme de nos soldats a subies par suite de ce travail excessif (2).

— Par décret impérial en date du 10 mars, sont autorisés à accepter et à porter l'ordre Medjidié qui leur a été conféré par S. H. le Sultan, les médecins ci-après : — 2e *classe*, M. Michel Lévy, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Orient. — 4e *classe*, M. Perrier, chef de l'ambulance. — 5e *classe*, M. Busschaert, aide-major.

— Le concours pour l'Agrégation en chirurgie s'est terminé le 9 du courant, à la suite de la discussion de la thèse de M. Garimond. Réuni dans la salle de ses délibérations, le Jury a procédé au vote secret. Pour la première des deux places vacantes, un seul tour de scrutin a eu lieu et a donné 7 voix ou l'unanimité des suffrages à M. Moutet. Un seul tour de scrutin a aussi eu lieu pour la seconde place; il a fourni le résultat suivant : M. Saurel 2 voix, M. Garimond 5 voix. En conséquence, MM. Moutet et Garimond seront les deux nouveaux Agrégés. (*Ann. de cliniq. de montp.*)

Errata du dernier numéro.

Page 250, colonne 2, ligne 4. *Au lieu de* page 65, *lisez :* page 165.

Page 251, colonne 1, lignes 10 et 11. *Au lieu de* M. Velpeau ajoute : la réponse est facile, c'est à la page 42 du tome XX du Bulletin de l'Académie.

Lisez : La réponse est facile. C'est à la page 42 du tome XX du Bulletin de l'Académie, M. Velpeau ajoute :

(1) La commission chargée par le parlement d'étudier les moyens de porter remède à ces tristes conjonctures, a décidé que l'on construirait de grands fours en maçonnerie, destinés à l'incinération de tous les débris humains ou animaux qui pourraient être recueillis.

(2) Il paraît résulter des communications faites à la commission d'enquête instituée par la chambre des Communes, que le nombre des Anglais, insuffisant pour l'étendue des travaux qui leur étaient échus en partage, et qui multipliait au delà de toute mesure les tours de service à la tranchée, a été la véritable cause de cet épuisement (*depressio virium*), qui a surtout caractérisé l'état sanitaire de l'armée anglaise. Cette circonstance est importante à noter.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 34. 3e ANNÉE. Mardi 20 mars 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Observation d'un corps étranger contenu dans le vagin et la vessie.

Par le docteur JOBERT (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le fait que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie des siences me paraît offrir un double intérêt en ce qui concerne la pathologie et la médecine opératoire.

Si je ne me trompe, il s'agit ici, en effet, d'un exemple unique de corps étranger introduit brusquement dans la vessie par le vagin.

Cette observation est d'autant plus curieuse que le crayon qui a séjourné dans la vessie pendant environ huit mois, s'est couvert de plusieurs couches de matière lithique qui se sont groupées autour de lui sans offrir, dans leur déposition, une régularité complète, et c'est, comme on le verra, la forme chagrinée du calcul et ses aspérités qui n'ont permis son extraction qu'avec difficulté, même après avoir pratiqué la division de la presque totalité de la cloison vésico-vaginale.

OBSERVATION. — *Perforation de la cloison vésico-vaginale par un crayon. — Séjour prolongé du corps étranger dans la vessie. — Extraction du calcul au moyen d'une incision faite à la cloison vésico vaginale. — Fistule vésico-vaginale occupant toute la cloison. — Autoplastie par glissement. — Guérison prompte.*

La nommée Louise Lecomte, âgée de quinze ans et demi, d'une forte constitution, a toujours joui d'une excellente santé. A quatorze ans, elle fut réglée pour la première fois, et, bien que la menstruation ne s'établît pas de suite avec une parfaite régularité, l'état général ne subit aucune modification appréciable. A la fin du mois de mai 1854, elle fit une chute qui fut la cause primitive de la lésion pour laquelle elle vint réclamer mes soins.

Notre jeune malade habitait un village où elle était en pension. Montée sur une table à pupitres, au moment où elle se disposait à déposer des livres sur une planche située au-dessus, ses deux pieds glissèrent sur le plan incliné où elle se trouvait ; elle tomba à cheval sur le banc qui était devant la table. Pendant la chute, un crayon en mine de plomb, placé dans une gaîne en bois, s'introduisit dans le vagin, perça la cloison vésico-vaginale et pénétra en grande partie dans la vessie. Elle ne peut donner aucun renseignement précis sur les circonstances qui ont accompagné la chute. Quoi qu'il en soit, elle se releva, ne parla de son accident à personne et continua de se livrer à ses occupations journalières, malgré le changement survenu dans l'émission de l'urine qui était devenue plus fréquente, même douloureuse ; et la sortie d'une certaine quantité de sang par la vessie et le vagin. Cet état se prolongea jusqu'au moment où sa grand'mère s'aperçut que les urines déposaient en assez grande abondance. Le médecin de la famille fut consulté ; mais seulement pour l'irrégularité de la menstruation qui existait depuis plusieurs mois. Il soigna la malade sans obtenir le résultat qu'il attendait du traitement prescrit. Quelque temps après, un second médecin fut consulté. Après avoir interrogé la jeune personne et avoir pris connaissance des antécédents, il examina les parties génitales. Par le toucher, il découvrit un corps dur qui faisait saillie dans le vagin, en se dirigeant vers la vessie dans laquelle il était contenu.

Notre confrère ayant alors obtenu de la malade l'aveu de ce qui lui était arrivé et ayant, par un examen attentif des organes génitaux, reconnu le siége du corps étranger, proposa d'en faire l'extraction. L'habile confrère se décida à le retirer par la voie qu'il avait parcourue ; mais bientôt il s'aperçut qu'on ne pouvait l'extraire par de simples efforts, les tractions exercées sur lui ne parvenant à lui imprimer aucune mobilité à cause de l'excès de volume que la portion intra-vésicale du corps étranger avait acquis par son séjour prolongé au milieu de l'urine. Le 15 décembre 1854, il se décida à pratiquer la taille vaginale. Cette incision permit de la retirer, non sans quelques difficultés, ce qu'explique la forme chagrinée de ce calcul dont je vais donner la description.



1° Il a 9 centimètres de long, mesuré par ses points les moins saillants ; 10 centimètres et demi, par ceux où il offre le plus de volume.

2° Mesuré circonférentiellement, il fournit successivement, de la petite vers la grosse extrémité, 4 centimètres et demi, 3 centimètres et demi, 9 centimètres et 7 centimètres et demi.

Lorsqu'on examine ce corps étranger dans son ensemble, il représente un ovoïde prolongé, irrégulièrement bosselé à l'extérieur, et ce sont, précisément, ces bosselures qui donnent les mesures différentes dont il a été question plus haut. Il a pour centre un crayon qui s'est fendu en deux parties égales, en laissant voir sur une gouttière la mine de plomb. Les deux parties qui composent le crayon sont adossées l'une à l'autre. Ce

crayon est entouré de toutes parts par plusieurs couches concentriques de matière lithique, blanche, poreuse, et ressemblant assez bien, pour l'aspect, à l'écume de mer. La portion de ce corps étranger contenu dans la vessie est entourée d'une masse considérable de substance calculeuse. La partie du crayon qui était contenue dans le vagin contient bien aussi de la même substance; mais ce n'est que par endroits qu'on la rencontre et elle forme, d'ailleurs, dans différents points, une couche excessivement mince.

Scié dans toute sa longueur, le corps étranger a le même aspect, pour la couleur; mais il semble plus dense, plus compact qu'à l'extérieur où il est très-poreux.

Il faisait l'office d'un bouchon qui, dans le commencement, ne permettait pas à l'urine de s'écouler par le vagin; mais, quelque temps avant son extraction, il s'en échappa une certaine quantité par ce conduit, sans doute par suite d'un travail ulcératif.

Depuis son extraction, les urines sont sorties involontairement par le vagin et il ne s'est plus fait sentir d'envies d'uriner. Ces changements sont faciles à comprendre, le réservoir de l'urine n'existant plus.

Lorsque cette malade vint à Paris pour réclamer mes soins, elle se trouvait dans l'état suivant :

1° Les grandes et les petites lèvres, la face interne des cuisses sont rouges et baignées par l'urine.

2° Çà et là, on rencontre de petites ulcérations à l'entrée de la vulve;

3° Le vagin contient de l'urine et une certaine quantité de muco-pus;

4° On recontre sur la ligne médiane, et d'avant en arrière, une grande fente qui fait communiquer la vessie avec le vagin; elle s'étend du bulbe uréthral à un centimètre du col de l'utérus.

5° Sur l'une et l'autre lèvre de la fistule, on aperçoit des irrégularités, des dentelures qui sont dues à l'ulcération et à des déchirures déterminées par le corps étranger;

6° L'urèthre est libre et permet facilement l'introduction d'une sonde d'argent.

Après avoir laissé la malade se reposer et l'avoir préparée par des bains, des injections et quelques laxatifs, je pratiquai l'opération le 7 février 1855, en présence de MM. Bousquet, Vernois, Roger, de plusieurs de mes élèves, MM. Rosé, Blachès, Lallemant, etc.

La malade étant couchée comme pour l'opération de la taille, la paroi recto-vaginale déprimée avec le spéculum univalve, les grandes et les petites lèvres écartées à l'aide de leviers, je procédai à l'opération, composée du ravivement des lèvres de la fistule, de la suture entrecoupée, du décollement et de l'incision des parois vaginales.

A l'aide d'une pince à dents et du bistouri ou des ciseaux, les lèvres de la fistule sont ravivées, de telle sorte que la solution de continuité est entourée par une surface saignante.

Après m'être assuré que le ravivement est complet, je réunis les lèvres de la fistule au moyen de quatre points de suture entrecoupée. Les parties sont rapprochées latéralement, de telle sorte que la suture est longitudinale, placée sur la ligne médiane, et s'étend en avant jusqu'à une petite distance du méat urinaire. Il résulte de cette disposition que le point de suture placé le plus en avant comprend la partie postérieure du bulbe de l'urèthre.

Une incision détache le vagin du col de l'utérus, et deux incisions sont pratiquées sur les parois latérales du vagin, depuis le col de l'utérus jusqu'au méat urinaire. Les lèvres de la fistule sont alors dans un relâchement complet.

Plusieurs injections sont successivement faites dans le vagin, et un tampon d'agaric y est introduit.

La malade est reportée dans son lit, et une petite sonde est mise à demeure dans la vessie.

La journée qui suivit l'opération ne présenta rien de particulier. L'urine, claire et limpide, s'écoula en totalité par la sonde.

Le 8, le tampon d'agaric est retiré. La nuit a été assez bonne; la sonde marche très-bien; il en est de même le 9.

Le 10, même état. Dans la nuit, les règles surviennent; le sang coule par le vagin; cependant, l'urine qui passe toujours en totalité par la sonde a été légèrement colorée.

Le 11, les règles continuent; mais l'urine est claire.

Le 12, l'écoulement menstruel a cessé.

Le 13, j'examine l'état des parties et retire les quatre points de suture. Les lèvres sont parfaitement réunies et forment une ligne rouge, longitudinale, coupée par des sillons transversaux dus à la section déterminée par les fils.

Le 14 et le 15, la sonde marche très-bien. L'urine est claire et limpide. La malade se plaint seulement d'une douleur dans la région sacrée; cette douleur est occasionnée par le décubitus dorsal.

Le 18, la malade est de nouveau examinée. La réunion est complète. La sonde à demeure est retirée, ce qui permet à l'opérée de se coucher sur le côté. Le jour même, elle urine seule, sans aucune douleur. La vessie est déjà assez grande pour que le besoin d'uriner ne se fasse sentir que deux fois par nuit et trois fois par jour.

Les jours suivants, mademoiselle Lecomte commence à se lever.

Le 22, elle est examinée une dernière fois, en présence des personnes qui ont assisté à l'opération. On constate alors :

1° L'état sain des parties génitales qui ne sont plus baignées par l'urine;

2° L'entrée du vagin parfaitement sèche; au fond de ce conduit, on aperçoit une petite quantité de pus;

3° L'urèthre est libre et laisse pénétrer facilement une sonde d'argent;

4° En déprimant la paroi recto-vaginale, et écartant à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, on aperçoit sur la ligne médiane une longue cicatrice rosée, résultant de la réunion des lèvres de la fistule;

5° Sur les côtés, il existe deux autres cicatrices résultant des incisions de débridement. Ces dernières ne sont pas encore complétement cicatrisées; ce sont elles qui fournissent le pus que nous avons vu tout à l'heure au fond du vagin;

6° Au-devant du col, on aperçoit une cicatrice transversale qui indique l'endroit où le vagin a été détaché sur ce point.

Depuis, cette maladie a été visitée de nouveau et on a pu constater sa complète guérison. La vessie faisait admirablement l'office de réservoir, puisqu'elle pouvait, comme autrefois, conserver les urines.

La pudeur de cette jeune fille l'a constamment portée à cacher la cause de son mal. Ni la douleur, ni les écoulements de sang, ni les spasmes, ni les changements apportés dans la miction n'ont pu la décider à indiquer la source de ses souffrances. Il eût été d'autant plus à désirer qu'elle eût fait, dès le principe, l'aveu de ce qui lui était arrivé, qu'on aurait pu alors, probablement, retirer le corps étranger du vagin, sans qu'il en résultât d'accident ou d'infirmité, l'ouverture faite par le crayon n'étant accompagnée d'aucune perte de substance, et pouvant permettre, par conséquent, le rapprochement des différents points de la circonférence de la plaie.

Cette observation fournit une nouvelle preuve de l'efficacité de ma méthode par glissement. Chez cette jeune personne, le vagin a été facilement déplacé de son insertion au col de l'utérus, et la réunion des lèvres de cette grande fistule a pu avoir lieu en dix jours.

C'est à peu près à la même époque qu'une fistule vésico-vaginale, avec perte de substance de la cloison, opérée devant mes distingués confrères Civiale et Costello, par l'autoplastie par glissement, a été guérie dans le même espace de temps.

Quand on songe aux nombreuses et volumineuses aspérités

qui recouvrent le corps étranger, on ne s'étonne pas des difficultés qui se sont rencontrées lorsque notre confrère, M. Montang, médecin à Meulan (Seine-et-Oise), a procédé à son extraction qui n'a pu être faite qu'après avoir débridé la cloison vésico-vaginale du corps étranger, vers le col de la vessie. Malgré ces débridements, sagement exécutés, on n'a pu encore le retirer sans employer un certain degré de force.

Si les corps étrangers contenus dans la vessie prennent rarement le chemin du vagin, il n'en est pas de même de l'urèthre qui, le plus ordinairement, leur sert d'introduction. Que de fois n'a-t-on pas trouvé de calculs ayant pour base des corps étrangers introduits par ce conduit? On a rencontré dans la vessie, par exemple, une pomme d'api incrustée de matière calculeuse. Moteau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, en fit l'extraction. Au bout de trois mois, on retira de la vessie d'une jeune fille un étui de bois entouré de substance pierreuse. Il avait été introduit par le canal excréteur de l'urine.

Des aiguilles d'os ont été retirées de la vessie où elles avaient été introduites par l'urèthre. Au rapport de Morgani, les Italiennes s'introduiraient fréquemment des aiguilles d'os dans la vessie.

Des cure-oreilles sont tombés par la même voie dans la poche urinaire.

On a vu une tige d'ivoire pénétrer par l'urèthre et traverser la vessie pour paraître dans la région hypogastrique. Toute la partie de l'aiguille contenue dans la vessie était couverte de matière lithique, et la portion qui se trouvait en dehors était lisse.

On a vu une aiguille à tête d'ivoire pénétrer dans la vessie, traverser le vagin d'où elle a été extraite.

Toutefois, l'observation que nous venons de rapporter ressemble complètement aux nombreux faits rapportés par les auteurs sous le rapport de la symptomathologie.

Notre jeune malade a, en effet, maigri, et cette maigreur est survenue sous l'influence des excessives douleurs qu'elle éprouvait.

Elle a été affectée de ténesme vésical comme les malades dont on a rapporté l'histoire. Elle ressentait, en effet, de vives douleurs en urinant et des envies d'uriner fréquentes.

Le corps étranger a été entouré de matière lithique dans toute sa portion vésicale, et ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque l'urine s'est échappée par le vagin, que la portion correspondante du corps étranger s'est incrustée de la même matière. Il est certain que, s'il n'était pas survenu une ulcération, le crayon n'eût présenté de matière calculeuse que dans sa portion vésicale. On a pu constamment noter cette différence sur les corps étrangers dont une portion était contenue dans l'intérieur de la vessie et l'autre à l'extérieur.

On a, une fois, dans un cas rapporté par Choppart, extrait le corps étranger par le vagin; mais il était petit et peu volumineux. Il n'était certainement pas possible de l'extraire de cette manière, sans incision, dans le cas dont nous venons de tracer l'histoire.

Discussion à propos du traitement de la variole.

DISCOURS DE M. BOUILLAUD.

(Suite. — Voir notre dernier numéro.)

3° *Nomenclature médicale en général. — Onomisme pathologique de M. Piorry.*

En réponse à une des critiques du discours de M. Bousquet (1), M. Piorry a cité un passage de ma *Nosographie médicale* relatif à son système de nomenclature. C'est ici qu'il importe beaucoup de nous entendre, sous le double rapport des principes qui doivent régir une bonne nomenclature médicale et de leur application. Ce n'est pas d'aujourd'hui, ni de l'époque de la publication de ma *Nosographie* (1846), que je me suis occupé d'un aussi grave sujet. Mes premières réflexions remontent à 1825, et se trouvent dans la préface de mon *Traité de l'encéphalite*. Un second travail sur la même matière fut publié par moi, en 1830, dans le *Journal hebdomadaire* de médecine, travail reproduit en 1831, dans ma dissertation sur les généralités de la clinique pour le concours de la chaire de même nom, et enfin, 1846, dans ma *Nosographie médicale*. Comme mes doctrines d'aujourd'hui ne diffèrent point de celles que j'ai exprimées dans les deux travaux ci-dessus indiqués, je ne puis mieux faire que d'en rappeler les points essentiels: Commençons par celui de 1825, contenu dans la préface du *Traité de l'encéphalite*.

« On peut reprocher à M. Lallemand d'avoir pris l'anatomie pathologique pour le fondement de la classification et de la nomenclature de son ouvrage. Ce n'est, en effet, ni dans les symptômes ni dans les altérations anatomiques, mais bien dans la nature intime des maladies qu'il faut chercher les bases d'une classification et d'une nomenclature rationnelles. Il est vrai que ce système de nomenclature est impraticable dans les cas, encore trop nombreux, où la nature des maladies nous est inconnue. Mais ce qui est toujours possible, c'est de choisir une expression qui ne donne pas une idée incomplète ou fausse de la maladie, comme on le fait en désignant sous le nom de *ramollissement* l'inflammation du cerveau. Cette dénomination n'indique, en effet, qu'une des circonstances anatomiques de la maladie : or, comme les caractères anatomiques d'une maladie varient suivant ses périodes et ses terminaisons pour la désigner d'après ces caractères, il faut lui affecter autant de noms différents qu'il y a de différences dans les altérations anatomiques, système de nomenclature infiniment vicieux. Nous verrons que l'inflammation du cerveau, considérée dans toutes ses périodes, dans toutes ses terminaisons, produit tantôt une simple injection avec rougeur, tuméfaction et légère induration de la substance cérébrale, tantôt un *ramollissement* plus ou moins prononcé de cette même substance, tantôt un abcès, soit simple, soit enkysté, tantôt une induration albumineuse, caséeuse, stéatomateuse, squirrheuse, etc., du cerveau. Or, je ne vois pas de motif pour désigner la maladie sous le nom de *ramollissement* (1) plutôt que sous ceux d'*endurcissement*, de *congestion*, d'*abcès*, etc., aucune de ces dénominations ne saurait être adoptée; autant vaudrait se servir de celles de *convulsions*, de *paralysie*, d'*apoplexie*, etc., ainsi que faisaient les anciens; car les altérations anatomiques ne sont pas plus fixes que les symptômes, c'est-à-dire les altérations fonctionnelles ou physiologiques. Quel est le seul caractère qui ne change pas au milieu des métamorphoses continuelles que subissent les symptômes et les altérations anatomiques? C'est évidemment la nature phlegmasique de la maladie. C'est sur ce point fixe que doit reposer, comme sur sa base la plus solide, la dénomination de la maladie; et puisque l'on appelle l'inflammation de l'estomac une *gastrite*, celle des intestins une *entérite*, etc., je ne vois pas pourquoi tout le monde n'adopterait pas le nom d'*encéphalite* ou de cérébrite proposé par plusieurs médecins et consacré par le nouveau *Dictionnaire de médecine*.....

« Puisse bientôt arriver l'heureuse époque où la médecine sera, comme la chimie, assujettie à une langue fixe et uniforme! Condillac a dit quelque part (1) que les sciences se réduisent à une langue bien faite. On pourrait dire, avec autant

---

(1) Voici cette critique : « Vous cherchez, dit M. Bousquet à M. Piorry, à placer votre nomenclature sous le patronnage des plus grands noms; elle était, dites-vous, dans les vœux de MM. Chomel, Andral, Bouillaud. Je ne vous dirai pas ce que je sais à cet égard. Mais s'ils la désiraient tant, pourquoi s'en servent-ils si peu? »

(1) Personne n'ignore aujourd'hui qu'il existe une espèce de *ramollissement* du cerveau, qui n'a point pour origine une inflammation du cerveau.

(1) *Traité de la langue du calcul.*

de justesse, que les sciences ne peuvent avoir une telle langue qu'au moment où les principaux faits dont elles se composent sont bien connus. La médecine touche à cette grande époque : voici le temps de réformer sa langue. Mais une entreprise si importante exige la réunion d'hommes doués d'une haute instruction, d'un jugement sévère, d'un esprit élevé, philosophique, et dégagé de toute prévention. »

Ce ne fut guère que dix ans plus tard (en 1834) que M. Piorry, d'après sa propre déclaration, commença l'œuvre de sa nomenclature. On voit que déjà je considérais, en effet, comme nécessaire une réforme dans la nomenclature médicale, réforme qui aurait assujetti la médecine à une langue fixe et uniforme, *comme celle de la chimie*, et qu'à mon avis une entreprise aussi importante devrait être confiée à une société de médecine pleinement compétente. On trouvera l'expression de la même opinion dans le second travail, publié en 1830, et dont voici la substance :

Après avoir encore rapporté le passage dans lequel Condillac, le célèbre auteur du *Traité de la langue du calcul*, prétend que la perfection des langues est le meilleur moyen de concourir à la perfection des sciences, et avoir ajouté qu'il ne faut pas oublier de dire en même temps que les progrès des sciences sont la condition *sine qua non* du perfectionnement de leurs langues, il continue ainsi :

Comme toutes les autres, la langue médicale doit reposer sur des principes sanctionnés, non par l'arbitraire, mais par ce suprême législateur que nous appelons la *raison*. Après les sciences métaphysiques proprement dites, la médecine est peut-être celle dont le langage doit coûter le plus de temps et de travail à l'esprit humain pour arriver à sa perfection. C'est qu'en effet, après ces sciences, il n'en est pas de plus difficile que la médecine.

Si les formes morbides dont l'organisation (1) est susceptible étaient moins variées et présentaient toujours à l'observateur des caractères bien tranchés ; si elles existaient toujours à l'état simple ; si les organes et leurs éléments constitutifs étaient moins nombreux, il serait assez facile de construire l'édifice de la nomenclature médicale ; mais malheureusement il n'en est pas ainsi.

On conçoit que les noms des maladies peuvent être puisés dans des sources différentes. Les symptômes et les altérations anatomiques ont tour à tour servi de base à la nomenclature de certaines maladies. Toutefois, *c'est la nature même des maladies qui, d'après les règles d'une saine logique, doit être le fondement de toute bonne nomenclature de ces maladies.* Mais comme la nature des maladies ou la modification survenue dans l'organisation vivante, se traduit à nous par les symptômes et les altérations anatomiques, ces symptômes et ces altérations anatomiques, fournissent des données plus ou moins directes à la nomenclature des maladies.

Remarquez bien, d'ailleurs, que les médecins qui se sont le plus évertués à désigner les maladies d'après leurs symptômes ou d'après les altérations anatomiques, n'en ont pas moins reconnu le dernier principe de nomenclature que nous venons de poser; car les différences qu'ils observaient, les uns dans les symptômes, les autres dans les altérations anatomiques, les conduisaient à en admettre de correspondantes dans la *nature* des maladies, et à dénommer ensuite diversement celles-ci (2).

Au reste, chaque époque n'a pas pu indifféremment consulter la symptomatologie ou l'anatomie pathologique pour la construction de la langue médicale. L'étude de l'anatomie pathologique ayant été interdite aux médecins des premiers âges de la médecine, ils furent obligés de créer des noms symptomatologiques aux maladies *internes*. Au contraire, depuis que l'anatomie pathologique est cultivée avec une sorte de prédilection, il y a une tendance sans cesse croissante de notre part à substituer des dénominations anatomiques aux dénominations symptomatologiques.

Mais les symptômes, les altérations anatomiques et la *nature* des maladies n'ont pas été les seules sources de la nomenclature des maladies. Plusieurs de celles-ci ont reçu des noms tirés des plus grossières comparaisons (*cancer, lupus vorax, éléphantiasis*, etc.).

Après avoir dit que les symptômes, les caractères anatomiques auxquels il était bon d'unir parfois les causes, fournissaient les principales bases de la nomenclature des maladies, je m'empressais d'ajouter : On objectera, peut-être, que dénommer les maladies d'après leurs symptômes, leurs caractères anatomiques, ou leur cause, ce n'est pas les désigner d'après leur nature intime, c'est-à-dire, de notre aveu même, d'après la meilleure base de nomenclature. A cela nous répondrons que, comme nous l'avons fait pressentir plus haut, la nature d'une maladie ne peut nous être connue que par ses symptômes, ses caractères anatomiques ou sa cause productrice, et que par conséquent, nous ne nous écartons point du principe que nous avons posé plus haut.

La modification anatomique et physiologique qu'a subie la partie malade appartenant souvent à l'ordre des phénomènes qui sont du ressort des sciences mécaniques et physico-chimiques, il s'ensuit que c'est réellemet la langue de ces sciences qu'il faut alors transporter dans la médecine. Aussi, dans tous les temps, plusieurs maladies ont-elles reçu des noms chimiques, physiques, mécaniques : Les mots *inflammation, putridité*, etc., sont des dénominations de l'ordre *chimique;* les mots *anévrisme* (cardiectasie, phlébectasie) ou dilatation, *rétrécissements, luxations, fractures*, etc., ont des dénominations de l'ordre mécanique. En se servant de ce langage, les nomenclateurs n'ont fait qu'obéir aux lois de cette analogie qui, selon Condillac, serait l'unique principe que l'on doive invoquer dans la création d'une saine nomenclature (1). M. Andral a si bien senti l'importance de la condition physiologique qui constitue la nature intime des maladies, qu'il a cru devoir la prendre pour une des bases de sa classification anatomo-pathologique. C'est conformément à la méthode qui nous occupe, qu'ont été créés les mots d'*hypertrophie*, d'*atrophie*, etc.

Nous voilà donc fixés sur le premier principe qui doit servir de base à un système philosophique de nomenclature médicale; il faut dénommer les maladies d'après leur nature, telle qu'elle nous est révélée par les causes et les lésions fonctionnelles, et créer par conséquent autant de noms *essentiellement* différents qu'il y a de différences (également essentielles) dans la nature des maladies (1).

Indiquons rapidement quelques autres principes subordonnés en quelque sorte au précédent :

1° Il convient de donner aux diverses maladies des noms d'autant plus analogues que ces maladies ont entre elles plus de ressemblance.

---

(1) Il va sans dire qu'il s'agit ici de l'organisation *vivante*.

(2) Exemples : pour le *ramollissement* (dénomination *anatomique*), on admet le ramollissement *inflammatoire*, et le ramollissement *non-inflammatoire ;* pour l'angine (dénomination dérivée des *symptômes*), angine *inflammatoire*, angine *gangreneuse*, etc., etc.

(1) Lorsque nous ne connaissons pas encore la nature intime d'un acte ou d'un phénomène quelconque, nous comparons cet acte, ce phénomène à quelques autres que nous connaissons et avec lesquels ils offrent une analogie plus ou moins complète. Cela fait, nous donnons aux premiers les mêmes dénominations qu'aux seconds, et nous considérons alors ces dénominations comme étant fondées sur la nature même des phénomènes des actes auxquels elles ont été appliquées. Le mot inflammation lui-même a été créé par ce procédé de nomenclature.

(1) On a vu plus haut que, selon moi, dans certains cas, pour la dénomination Claire, nette et complète de la maladie, on pouvait, on devait même faire intervenir la *cause*. J'admets également que, dans certains cas, pour la détermination de la nature d'une maladie, on doit faire intervenir la *cause*. Je professe cette doctrine depuis de longues années.

2° Une maladie de même nature pouvant affecter des organes différents, il faut que son nom, variable en raison de la diversité des organes, ait aussi quelque chose d'invariable comme sa nature, afin que ce nom représente bien à la fois et le siége (l'organe, le tissu malades) et la nature du mal. C'est conformément à ce principe qu'ont été créés les mots *gastrite, entérite, encéphalite, phlébite, etc.* Grâce à leur désinence commune, ces mots indiquent tous une *inflammation*, tandis que la différence du siége de cette inflammation est exprimée par le *radical* même de chaque mot.

3° Le solidisme ayant régné presque seul en médecine, pendant la période de cette science, il serait bon, aujourd'hui que l'humorisme a reconquis ses légitimes droits, d'introduire dans la nomenclature pathologique des mots spécialement consacrés à la désignation des maladies des liquides, et mieux choisis que ceux proposés par les anciens humoristes.

4° Quant aux maladies compliquées, leur dénomination devrait indiquer les divers éléments morbides qui les constituent. Pour éviter la longueur des mots qui résulteraient, dans certains cas, de l'application de ce principe, les nomenclateurs pourront, sans doute, imaginer différents artifices. Toutefois, la nomenclature des diverses combinaisons morbides constitue, à notre avis, l'un des sujets les plus difficiles sur lesquels puisse s'exercer l'intelligence humaine. Elle prépare de véritables tortures à quiconque voudra s'en occuper sérieusement.

5° Il ne faut pas introduire ou conserver dans la langue de la médecine plusieurs mots qui aient une seule et même signification, et c'est avec le même soin qu'il faut en retrancher ces mots à double sens, ou à sens mal déterminé, qui ne s'y rencontrent encore qu'en trop grand nombre, et qui sont si propres à perpétuer les disputes.

6° Pour apporter dans la nomenclature médicale toutes les améliorations dont les révolutions que la médecine a subies récemment la rendent susceptible, il serait, selon nous, indispensable que ce sujet fût confié à une réunion de médecins les plus distingués sous le rapport de leur capacité, et dégagés de tout esprit de secte ou de système, c'est assez dire qu'un tel œuvre n'est pas sur le point de s'accomplir. Si jamais une semblable réunion d'hommes avait lieu, il ne resterait plus qu'à leur souhaiter plus d'activité dans la réforme du vocabulaire médical que n'en a montré l'Académie française dans la composition du dictionnaire dont elle était chargée. »

Après avoir rapporté ce long passage dans les prolégomènes de ma *Nosographie médicale* (1846), j'ajoutais : « Ce que je proposais de confier à une société de médecine, M. le professeur Piorry vient de l'exécuter à lui seul. C'était le moyen le plus expéditif. Je ne puis que féliciter M. Piorry de la persévérance avec laquelle il a poursuivi la tâche difficile qu'il s'était imposée. On trouvera dans cette *nosographie* un certain nombre de dénominations conformes aux principes de nomenclature que nous avons posés plus haut. *Nous serons heureux d'adopter quelques-unes des dénominations nouvelles proposées par M. Piorry, dont la vaste réforme embrasse jusqu'au nom même de la médecine.* »

Vous connaissez maintenant, messieurs, ma profession de foi tout entière sur la nomenclature des maladies, et vous voyez que les principes fondamentaux d'après lesquels M. Piorry, bien plus tard, a dénommé ce qu'il appelle les états organopathiques, sont précisément celui que j'avais proposé pour la dénomination des maladies, lesquelles ne sont, en dernière analyse, je ne saurais trop le répéter, que des lésions de l'organisme ou des organes *vivants*.

Je me suis strictement conformé à ces principes de nomenclature des maladies dans tout le cours de ma *Nosographie médicale.* Mais, ainsi que je le faisais remarquer, en signalant l'œuvre de M. Piorry, son vaste système d'*onomisme pathologique* ne s'applique pas seulement aux noms des maladies, mais à la plupart des noms usités en étiologie, en symptomathologie, en anatomie pathologique, en thérapeutique, en philosophie médicale, et ne respecte pas même le nom de la médecine ou de la pathologie médicale, qu'il appelle pathologie *iatrique.*

Quoi qu'il m'en coûte de me séparer de M. Piorry dans une matière où il s'est conformé aux principes essentiels que j'avais posés dans les travaux indiqués tout à l'heure, en ce qui concerne les noms des maladies, j'avoue, avec MM. Gerdy et Bousquet, que l'immense réforme de nomenclature opérée par notre collègue, ne saurait être adoptée tout entière, et que sous bénéfice d'inventaire. D'abord, elle contient un très-grand nombre de mots nouveaux qui n'expriment aucune chose nouvelle, ce qui déjà est un très-sérieux inconvénient, mais qui, de plus, sont d'une telle longueur, d'une si laborieuse prononciation, et si peu marqués au coin de l'euphonie, qu'ils n'obtiendront jamais droit de cité dans un vocabulaire médical généralement adopté. Ces mots, ai-je dit, ne contiennent aucune chose, aucune idée nouvelle; ils ne diffèrent des mots connus et universellement acceptés, qu'en ce qu'ils ont été traduits du français ou du latin en grec, par M. Piorry, c'est-à-dire *grécisés.* Nous savons tous, messieurs, que la médecine, comme toutes les sciences en général, fourmille de mots d'origine grecque, et certes ils ne sauraient avoir une plus noble et plus belle origine.

Mais la médecine éprouvait-elle un pressant besoin d'ajouter à ceux qu'elle contient déjà les mots grecs inventés par M. Piorry pour des choses et des idées déjà convenablement représentées par des mots d'une autre origine? Non sans doute. Et d'un autre côté, combien de ces mots superflus, tirés du grec par notre collègue, pèchent, contre les règles et les lois du langage en général, telles qu'elles ont été établies par les hommes les plus compétents, entre autres par Horace et par Boileau, ces deux grands législateurs du beau langage, ces deux arbitres du bon goût. On sait combien tous les deux se sont élevés contre les mots d'une longueur de mesure, les *sesquipedalia verba* (Horace), et les mots *longs d'une toise, ces mots qui de Paris iraient jusqu'à Pontoise* (Boileau). On sait aussi combien les mots d'une prononciation dure, offensante pour les oreilles délicates, leur étaient souverainement antipathiques. Comme eux, comme Horace particulièrement, qui au sujet des Grecs, dit avec son charme accoutumé pour exprimer la douceur de leur langage :

Queis musa loqui dedit ore rotundo,

comme eux, je le répète, qui n'aime la langue grecque? Oui, c'est une langue douce, harmonieuse, musicale, divine, faite pour être parlée par les dieux eux-mêmes, s'ils parlaient une langue humaine. Mais par cela même que le grec est une si belle langue, gardons-nous bien de la rendre en quelque sorte barbare en nous en servant pour créer des mots tels que plusieurs de ceux que l'on trouve malheureusement dans l'*onomisme pathologique* de M. Piorry. Que notre collègue nous permette d'en signaler ici quelques-uns, et qu'il ne nous accuse pas de mauvaise volonté, si nous ne les prononçons qu'avec une plus ou moins grande difficulté ; car nous ferons tous nos efforts pour les articuler de notre mieux.

Dans le seul chapitre des *névraxites* ou inflammations des centres nerveux, nous lisons les mots suivants : l'*enroloiémonévraxite*, la *néloiémonévraxite*, la *dysiloiémonévraxite*, *hémitorachysomyélite*, *nevraxomalaxite* ou *névraxomaxite*, *névraxosilérosie*, *névraxocarciniès*, *névraxonécrosie*, *myosclérosthénie*, *traumamyosclérie*, *algomyosclérie*, *eynosialosie*, *dyspschismie*, *apsychismie*, *hypopsychismie*, *anomopsychismie.*

Nous pourrions objecter que ces derniers mots n'expriment pas des états *organo-pathiques*, mais bien des lésions fonctionnelles, et que les premiers dans lesquels on fait entrer comme élément soit le nom d'une des cinq parties du monde, soit le nom d'un grand fleuve d'Égypte, ne sont pas fondés non plus sur un principe de nomenclature médicale tellement respectable, qu'il fût indispensable d'en enrichir notre vocabu-

laire médical. Laissons de côté cette objection momentanée. Je le demande en grâce et en conscience à M. Piorry lui-même : Quelles oreilles ne seraient offensées par de telles dénominations ? Quelle bouche pourrait les prononcer impunément ? Que diraient les Grecs du temps de Périclès, de Démosthène, de Platon, d'Aristote, si on leur faisait honneur de pareils mots ? Horace aurait-il dit des Grecs qu'ils avaient le don de *parler d'une bouche arrondie* (*musa loqui dedit ore rotundo*), si de telles expressions s'étaient rencontrées dans leur langue ?

Mais c'en est assez et beaucoup trop sur ce point. Que M. Piorry veuille bien y réfléchir, et s'il consent à supprimer tous les mots nouveaux de sa création dont la stricte nécessité n'est rien moins que démontrée, ce n'est pas moi qui blâmerai une réforme qui avait été l'objet de mes vœux à une époque où il ne s'en était pas encore occupé (cela soit dit sans la moindre prétention de lui en discuter la priorité), et aux principes de laquelle je me suis conformé dans ma *Nosographie médicale*.

Ce n'est pas, au reste, la première fois que l'on a échoué dans des tentatives faites pour réformer de fond en comble le langage médical. C'est une mer orageuse et féconde en naufrages. Pour réussir dans une affaire aussi difficile, comme d'ailleurs dans toutes les autres en général, il faut savoir ne pas dépasser certaines bornes, et s'arrêter à cette juste mesure dont les excellents esprits possèdent seuls le secret : *Inter utrumque tene;* c'est pour n'avoir pas observé ce précepte paternel que, selon la fable, Icare succomba dans son audacieuse entreprise et donna son nom à la mer dans laquelle il fut précipité :

Icarus icarias nomine fecit aquas.

Notre savant collègue M. Piorry me permettra-t-il de lui dire que, s'il a subi quelque échec dans son entreprise, un peu moins hardie et moins périlleuse heureusement que celle d'Icare, c'est aussi, en partie, pour n'avoir pas été lui-même fidèle à la *loi du juste-milieu*, de l'*inter utrumque tene ?*

Voici maintenant un assez mémorable exemple d'une doctrine nosologique et d'une nomenclature médicale qui ont une grande ressemblance avec celles de M. Piorry, et qui ont pour ainsi dire avorté, bien qu'elles eussent pour auteur un professeur doué des plus brillantes facultés de l'esprit, et qui s'était déjà signalé par d'importants ouvrages.

Sous le titre de : *Nosologie naturelle*, ou les maladies du corps humain distribuées par familles, parut, en 1817, un ouvrage sur lequel un illustre nosographe porta le jugement suivant :

C'est, dit-il, « un ouvrage très-remarquable, autant par le luxe typographique qui le distingue d'une manière particulière, que par l'élégance du style, la *nouveauté de sa nomenclature* et les gravures des maladies dont l'auteur a fait tracer les dessins.

« Les familles admises dans ce premier volume sont au nombre de dix, et sont désignées par les dénominations de *gastroses, entéroses, choloses, uroses, pneumonoses, angioses, leucoses, adénoses, hetmophécoses*, *blennoses.* La première famille comprend treize genres, subdivisés ensuite en espèces. Ces genres sont désignés par les noms de *polyorexie*, *hétérorexie*, *dysorexie, polydipsie, adipsie*, *lienterie*, *antémisie*, *gastéralgie, gastrite, squirrogastrie, gastrobosie, gastrocélie.* Les espèces du premier genre sont désignées par les noms latins *polyorexia bovina, canina, lapina.*

« Cette distribution nosologique ne paraît-elle pas un peu remarquable par sa singularité ? L'auteur avoue qu'il ne conçoit pas que les maladies désignées sous le nom de *fièvres* puissent former un ordre distinct dans une distribution méthodique. « Pourquoi rassemblerait-on, dit-il, dans le même ordre des phénomènes qui ont des effets si divers ? Chacun d'eux trouve mieux sa place dans le système d'organes où son énergie s'exerce ou se déploie : l'*angiopyrie*, ou fièvre inflammatoire, appartient manifestement à la famille des *angioses;* la *cholypyrie*, ou fièvre bilieuse, à la famille des *choloses;* la *blennopyrie*, ou fièvre muqueuse, à la famille des *blennoses*, etc.

« Une pareille assertion peut-elle être *sérieusement* réfutée ? L'auteur a voulu sans doute s'égayer par un paradoxe piquant à la manière de Rabelais. La juste célébrité dont jouit M. Alibert me dispense de faire connaître plus particulièrement son ouvrage, digne de faire époque dans l'état où se trouvaient alors les connaissances médicales. »

C'est le célèbre médecin de l'hôpital Saint-Louis, l'auteur du *Traité des dermatoses*, etc., c'est Alibert, comme on vient de voir, qui est l'auteur de la *Nosologie naturelle* et de la *Nomenclature nouvelle* ; quant à l'auteur du jugement assez mordant que nous venons de rapporter, c'est le vénérable Pinel lui-même, qui le publia dans la préface de la dernière édition de sa *Nosographie philosophique* (1818). Certes, si la nomenclature de M. Piorry eût été publiée à cette époque, et connue de ce patriarche de la médecine, il ne l'eût pas traitée autrement que celle de son brillant collègue à la Faculté de médecine. Alibert ne se fâcha point de cette critique, et il n'en continua pas moins à vivre en bonne intelligence avec ce Pinel, dont on ne peut prononcer le nom qu'avec une vénération profonde. Pourquoi notre collègue M. Piorry ne suivrait-il pas l'exemple d'Alibert, et cesserait-il de rester l'ami de ceux qui, tout en étant forcés de signaler ce qu'il peut y avoir d'exagéré et de défectueux dans sa nomenclature et dans quelques-unes de ses doctrines, n'en sont pas moins heureux de rendre justice à tout ce qu'il a fait pour les progrès de la saine médecine. C'est bien à tort que M. Piorry attribuerait à des sentiments hostiles contre sa personne, que chacun de nous, au contraire, aime et estime, l'opposition que rencontre son système de réforme *universelle* de la nomenclature médicale : il ne faut pas non plus qu'il s'en prenne uniquement à la *nouveauté*, qui, je ne le sais que trop, a bien de la peine à triompher, lorsqu'elle est légitime. Que de mots nouveaux, en médecine, mais nécessaires, indispensables, n'ont pas été adoptés, presque sans opposition, depuis vingt-cinq à trente ans ! Sans parler des dénominations d'un certain nombre de maladies découvertes depuis cette époque, la percussion médiate et l'auscultation, ces deux belles méthodes d'exploration dont la découverte a constitué une ère séméiologique nouvelle, nous ont fait connaître d'innombrables phénomènes pour lesquels il a bien fallu créer des mots nouveaux, et tous ces mots ont eu presque aussitôt cours dans la science. Il en serait de même de ceux de M. Piorry, s'ils exprimaient des choses nouvelles.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

Mémoire sur une méthode particulière d'appliquer la cautérisation à la réunion de certaines divisions anormales, et spécialement à celles du voile du palais.

par M. Jules Cloquet.

(Communiqué à l'Académie des sciences.)

« Profiter de ce qui est accident dans certains cas, pour en faire un moyen curatif dans d'autres, est une des ressources de la chirurgie. Notre rôle, en effet, dans ces circonstances, se borne à mettre les parties dans les conditions les plus favorables à la guérison ; les efforts de la nature peuvent seuls la produire.

« La force de rétraction dont jouit le tissu cicatriciel produit, à la suite des brûlures, des effets remarquables qui s'accomplissent trop souvent malgré les obstacles de toute nature que le chirurgien cherche à leur opposer. Toutes les fois que l'agent destructeur a porté sur le sommet d'un angle rentrant, les côtés de l'angle sont rapprochés l'un de l'autre avec une énergie presque invincible, et contractent entre eux une adhé-

sion solide et très-résistante, qui part du sommet et s'étend d'autant plus loin que l'action primitive a été plus profonde. C'est ainsi qu'on voit les paupières se réunir dans toute leur étendue, les narines s'oblitérer, la bouche se rétrécir, les bras se souder au corps, les doigts se réunir par une membrane qui rappelle celle des palmipèdes, les deux parties d'un membre qui concourent à la formation d'un ginglyme adhérer entre elles et produire ainsi les mouvements d'extension, les orteils se renverser sur le pied, les doigts se fléchir dans la paume de la main, la tête s'incliner sur la poitrine, jusqu'à ce que le menton vienne toucher le sternum.

« L'énergie avec laquelle cette rétraction s'exerce doit engager le chirurgien à l'utiliser dans les cas où il a des ouvertures à fermer, des divisions à réunir, surtout lorsque des obstacles considérables s'opposent à la guérison. C'est ce que j'ai tenté avec succès pour les divisions du voile du palais et les ruptures de la cloison recto-vaginale.

« Il ne s'agit pas ici de cautériser toute l'étendue des bords de la division pour les transformer en une plaie bourgeonnante dont on favorisera ensuite la cicatrisation par des sutures, des bandages appropriés et par une position convenable. Acquis depuis longtemps à la science, ce procédé réussit quelquefois, mais souvent aussi échoue complétement. La méthode que je propose consiste à porter le cautère uniquement à l'angle de la division dans une étendue restreinte, à laisser la rétraction du tissu cicatriciel s'opérer, puis à pratiquer une nouvelle cautérisation semblable et à attendre encore pour recommencer ensuite, de manière à ramener peu à peu les parties divisées les unes vers les autres, et à les réunir par une suite de cicatrisations qu'on peut considérer comme autant de *points de suture successifs*. On a ainsi le double avantage de pouvoir surveiller incessamment les résultats du traitement et d'obtenir les réunions les plus difficiles par une opération simple, à peine douloureuse et exempte de toute espèce de dangers.

« C'est surtout pour les divisions du voile du palais que les avantages de ce moyen sont incontestables.

« Ce n'est pas seulement en dénaturant les sons, en rendant l'articulation de certaines lettres impossible et, par conséquent, en écartant l'individu qui en est affecté de toutes les professions dans lesquelles il peut faire usage de la parole, que la division du voile du palais est nuisible; mais elle apporte encore à l'alimentation des obstacles graves qui ont une certaine influence sur la nutrition. Aussi cette cruelle infirmité exerce-t-elle une influence tout à la fois physique et morale sur l'individu qui en est affecté.

« Considérée comme étant au-dessus des ressources de l'art, elle avait peu frappé l'attention des chirurgiens, lorsqu'en 1819 un chirurgien français, le professeur Roux, cédant, comme il le dit lui-même, à une inspiration soudaine, conçut l'idée de restaurer le voile du palais et « de ramener ainsi à leur perfection naturelle tant de fonctions dérangées et perverties par la mauvaise conformation de l'isthme du gosier (1). » Avec cette candeur et cette élévation d'esprit qui n'appartiennent qu'au génie, M. Roux confesse qu'une tentative de ce genre avait été déjà faite par Groëfe, de Berlin, mais qu'il l'ignorait complétement lorsqu'il imagina et pratiqua sur le docteur Stéphenson la brillante opération qui décida du sort de la staphyloraphie et la fit admettre de prime abord comme opération régulière. Aussi est-ce à notre si regrettable chirurgien français qu'on doit rapporter l'honneur d'avoir le premier mis en pratique avec succès cette délicate opération et d'en avoir tracé les règles.

« Mais les nombreux instruments inventés pour faciliter les différentes manœuvres de l'opération, les insuccès fréquents, éprouvés par les chirurgiens les plus justement célèbres, par M. Roux lui-même qui ne l'avait pas pratiquée moins de cent quarante fois, attestent assez la difficulté du manuel opératoire.

(1) Roux, *Quarante Ans de pratique chirurgicale*, tome I, page 228.

Les accidents parfois mortels dont elle a été suivie, doivent faire hésiter à l'appliquer dans un grand nombre de cas. C'est une de ces opérations qui ne peuvent être faites que par des chirurgiens très-exercés, assistés d'aides habiles; de plus, elle n'est pas applicable à tous les sujets.

« On ne peut penser à la mettre en usage chez les enfants, et pour la subir, dit M. Roux, ce n'est pas trop du degré de raison et de force de caractère que l'homme possède à dix-huit ou vingt ans (1).

« Il faut en effet que l'opéré s'abstienne de tout mouvement du voile du palais, jusqu'à ce que la réunion se soit opérée; il ne doit ni tousser, ni cracher, ni éternuer, ni faire aucun mouvement de déglutition; il ne doit boire qu'au bout de quarante-huit heures, et encore avec les plus grandes précautions et en cas d'absolue nécessité.

« Ce serait donc, il me semble, rendre un service réel à l'humanité, que d'indiquer un procédé qui pût être facilement appliqué par tous les chirurgiens sur tous les sujets, et qui affranchît ces derniers du régime sévère auquel il faut nécessairement les soumettre.

« La cautérisation méthodique que je propose me paraît remplir parfaitement toutes ces conditions; il ne s'agit donc que de savoir si elle peut réussir.

« La première fois que j'appliquai cette méthode, ce fut en 1826, sur un négociant qui vint me consulter pour une division complète de la partie gauche du voile du palais, suite d'une ulcération syphilitique. Dix-huit à vingt cautérisations faites successivement dans l'angle supérieur de la division avec le nitrate acide de mercure, suffirent pour réunir complétement les bords de l'organe divisés, et rétablir dans leur intégrité les fonctions profondément troublées.

« Dix ans après, en 1836, j'avais opéré à l'hôpital des Cliniques, par la méthode de M. Roux, un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'une division congéniale du voile du palais. Le troisième jour après l'opération, il fut pris d'une quinte de toux, et les trois points de suture furent rompus. Il me parut impossible de revenir à une seconde opération. Plusieurs cautérisations faites en plusieurs jours d'intervalle réunirent le voile du palais dans plus de la moitié de son étendue, et le malade, content des résultats obtenus, ne voulut pas rester plus longtemps à l'hôpital.

« En 1851, M. Nélaton avait à traiter un malade affecté d'une division traumatique du voile du palais; il employa la cautérisation à l'angle supérieur de la division avec le fer incandescent d'abord, puis ensuite avec un fil de platine rougi par un courant électrique, et obtint un résultat complet.

« Le jeune Normand, âgé de douze ans, atteint d'une division congéniale du voile du palais, me fut présenté en 1851. Quoiqu'il fût très-craintif et très-irritable, je n'hésitai pas à appliquer ma méthode, et après vingt cautérisations pratiquées à de longs intervalles, les deux moitiés du voile du palais se sont réunies, et les fonctions de cet organe sont revenues à leur régularité habituelle.

« Voilà donc quatre cas dans lesquels l'opération a été pratiquée avec succès. Pour les quatre malades, les choses se sont passées de même. La douleur a été presque nulle. Aucun changement n'a été apporté dans leur régime et leurs habitudes. Aucun accident n'est survenu; aucun du reste n'était à craindre. L'opération a été des plus simples. Tout chirurgien eût pu la pratiquer. Elle n'a exigé l'assistance d'aucun aide exercé, point capital pour être appliquée dans les campagnes.

« Enfin elle aurait pu être faite sur de très-jeunes enfants.

« Un reproche à faire à cette méthode est la longueur du traitement; mais c'est à la lenteur de son action qu'elle doit son innocuité, et cet inconvénient est bien faible, puisque le sujet n'éprouve aucune altération dans sa santé, aucun changement dans ses habitudes.

(1) Roux, ouvrage cité, tome I, n° 292.

« La cautérisation peut être obtenue par deux moyens différents : les caustiques et le cautère actuel.

« La première fois que j'appliquai cette méthode, j'employai le nitrate acide de mercure. Je réussis complétement. Cependant le cautère actuel est préférable, son action est plus profonde, presque instantanée, par conséquent moins douloureuse. Il donne lieu à une cicatrice plus résistante et qui s'organise plus rapidement. Les trois autres malades ont été opérés de cette manière, et le résultat obtenu est venu confirmer mon opinion. Mais on rencontre quelquefois un obstacle presque insurmontable à son emploi dans la pusillanimité des malades. Heureusement que la physique nous fournit un moyen d'éviter cet inconvénient ; c'est le fil de platine porté au rouge blanc par un courant électrique. Introduit dans la bouche avant que le circuit soit fermé, il ne peut causer au sujet aucune frayeur, et comme il reste incandescent aussi longtemps qu'on le désire, il permet au chirurgien d'agir avec tout le calme et toute la précision désirables.

« La cautérisation ne s'applique pas seulement aux divisions du voile du palais ; elle a été encore employée pour guérir des perforations de cet organe d'origines diverses, comme on peut le voir dans la cinquième observation jointe à ce Mémoire.

« Dans un prochain Mémoire, que j'aurai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie, je traiterai de la cautérisation appliquée méthodiquement à la guérison des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale, et de quelques espèces de fistules. »

Académie impériale de Médecine.

Séance du 6 mars 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur l'épidémie cholérique de Dijon, par M. le docteur Noirot ;
2° Note descriptive et modèle d'un nouveau busc ;
3° Nouvelle note sur les pilules de Bouloumié.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hydrophobie.

Lettre d'un ecclésiastique contenant la formule d'un remède infaillible contre l'hydrophobie.

Fièvre typhoïde.

Mémoire sur le traitement abortif et curatif de la fièvre typhoïde à l'aide de la médication épidermo-stibiée et stibio-iatraleptique, par M. le docteur Poulet, de Plancher-les-Mines.

Philosophie médicale.

Études sur la pathologie d'Hippocrate et la pathologie grecque contemporaine, par M. Guill. Delenda, de Santorin.

Médication révulsive.

M. le docteur Dreyfus présente un appareil que nous avons déjà fait connaître.

DÉCLARATION DE VACANCES.

M. Bérard propose, au nom de la commission des onze, de déclarer trois vacances, l'une dans la section d'anatomie pathologique, la seconde dans celle d'hygiène, la troisième dans celle de médecine légale et de police médicale.

DISCUSSION A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA VARIOLE.

M. Piorry prononce un discours que nous avons publié.

LECTURES.

Anus contre nature.

M. Gosselin lit un travail sur le traitement de l'anus contre nature compliqué de renversement considérable et irréductible. Dans un cas où cette complication existait et paraissait, après la section de l'éperon avec l'entérotome, apporter un obstacle insurmontable au retrait et à la cicatrisation définitive de l'ouverture, M. Gosselin a eu l'idée, après avoir assuré la circulation des matières fécales par l'application de l'entérotome, et avoir constaté que la maladie n'avait aucune tendance à guérir, de pratiquer l'opération occlusive de la manière suivante :

Premier temps. — Ablation de la muqueuse sur toute la surface de l'intestin renversé. — *Deuxième temps.* — Ablation de la peau tout autour de l'ouverture dans une étendue de deux à trois centimètres. — *Troisième temps.* — Inflexion et adossement de la surface tégumentaire à elle-même superficiellement, à l'intestin avivé profondément, et application de cinq points de suture enchevillée. Les fils n'ont traversé que la paroi abdominale, et sont passés au-devant de l'intestin sans le comprendre, de peur de rencontrer le péritoine. — *Quatrième temps.* — Deux incisions circonvoisines pour relâcher les téguments et assurer leur réunion.

Un succès complet a couronné cette tentative. M. Gosselin en conclut que l'avivement de l'intestin, par l'ablation de la muqueuse, est, dans les cas de renversement considérable et irréductible, une ressource précieuse à ajouter aux autres moyens opératoires usités en pareil cas.

PRÉSENTATIONS :

M. Jobert (de Lamballe) présente une jeune fille sur laquelle il a pratiqué l'opération de la fistule vesico-vaginale (*voir* ci-dessus).

Séance du 13 mars 1855.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur les épidémies de 1854 dans l'arrondissement de Compiègne par M. le docteur Vannaque ;
2° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Montbelliard, par M. Vanton ;
3° Plusieurs remèdes secrets.

CORRESPONDANCE PARTICULIÈRE.

Anasarque.

De l'anasarque consécutive à certaines rétentions d'urine par M. le docteur Bourgeois (d'Étampes).

Choléra.

Relation du choléra de Marseille, par M. Pirondy, médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Tumeurs,

M. Ledieu, directeur de l'École de Médecine d'Arras, adresse une Note sur une tumeur abdominale, une ossification utérine et une névralgie anale.

Bandage.

Envoi d'un nouveau modèle de bandage herniaire, par M. Chavasac.

Candidatures.

MM. *Blache*, *Barthez*, *Bayle*, *Beau* et *Parchappe* font acte de candidature pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique ;
MM. *Devergie*, *Boudin*, *Guérard*, *Tardieu* et *Lachaise*, pour la place de médecine légale ;
M. *Henri Bouley*, pour la place de médecine vétérinaire.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Robinet lit deux rapports défavorables sur des remèdes secrets. (Adopté.)

DISCUSSION.

M. Bouillaud prononce la première partie d'un discours qui occupe le reste de la séance.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc. ; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 35. 3e ANNÉE. Jeudi 22 mars 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir tome II, nos 145, 153 ; tome III, nos 2, 11, 21, 26, 30.)

Les vomissements alimentaires qui se manifestent chez les gastralgiques, n'ont aucuns caractères particuliers, spéciaux, propres à faire reconnaître leur cause. Ils ont lieu tantôt immédiatement après l'ingestion des aliments, et à peine ceux-ci sont-ils parvenus dans l'estomac, tantôt une demi-heure, une ou plusieurs heures après le repas. Ils sont parfois d'une acidité extrême laquelle gâte et corrode les dents. Tantôt ils sont intermittents, irréguliers, provoqués par telle ou telle substance alimentaire, par une circonstance accidentelle ; tantôt quotidiens, réguliers, déterminés par tout aliment solide ou liquide introduit dans l'estomac, par une cuillerée de lait ou même d'eau pure, et alors ils ne tardent pas à plonger les malades dans un état fort grave d'amaigrissement et de débilitation.

J'ai déjà rapporté des observations (1) dans lesquelles on voit les vomissements mettre la vie du malade en péril imminent, et ne céder qu'à un traitement hydrothérapique énergique ; voici des faits analogues non moins intéressants :

Observation V. — M. X est âgé de 32 ans, grand, robuste, d'une constitution athlétique, et n'a jamais été malade. En 1848, à la suite de grandes fatigues et de vives préoccupations intellectuelles, ses digestions devinrent laborieuses, douloureuses, accompagnées d'un développement considérable de gaz. Pendant six mois M. X. n'attacha que peu d'importance à ces accidents, et crut pouvoir les combattre efficacement par des modifications de régime. A cet effet, il essaya successivement le régime maigre, le régime lacté, l'alimentation animale et excitante, le café, les liqueurs alcooliques, l'eau de Vichy en boisson pendant les repas, sans en obtenir de résultats satisfaisants.

Dans le courant de l'année 1849, plusieurs médecins furent consultés ; tous s'accordèrent pour diagnostiquer une gastralgie, et diverses médications furent suivies d'après leurs conseils, mais ce fut sans succès bien marqué, et surtout de quelque durée, que le malade se soumit à l'administration des pilules de Vallet, de l'eau de Bussang, du sous-nitrate de bismuth, de la noix vomique, de la belladone, etc. En mars 1850, eut lieu un premier vomissement alimentaire, une heure après un repas ne s'étant écarté en rien du régime habituel. Le vomissement fut brusque, à peine précédé de nausées ou de malaise, et ne fut accompagné d'aucune douleur gastrique. Depuis cette époque jusqu'au mois de juillet, le vomissement se reproduisit une vingtaine de fois avec les mêmes caractères, irrégulièrement, et en l'absence de toutes causes appréciables. Pendant le mois de juillet, les vomissements devinrent plus fréquents, plus réguliers, et le malade, en ayant conçu quelque frayeur, eut de nouveau recours aux lumières de la science. Le laudanum pris à la dose de six à quarante gouttes par jour, des vésicatoires volants, simples ou saupoudrés d'hydrochlorate de morphine placés sur l'épigastre, réussirent parfois à suspendre le vomissement pendant quelques jours, mais n'amenèrent point la guérison. Chose remarquable d'ailleurs, le malade conserve un excellent appétit, mange avec plaisir et n'éprouve plus, après le repas, ni pesanteur, ni douleurs épigastriques, ni flatuosités, etc. ; il semble que le vomissement a remplacé tous les symptômes précédents ; dans tous les cas, il est devenu la seule manifestation de la gastralgie ; quelque temps après le repas (une demi-heure à deux heures), le malade *sent qu'il va vomir ;* il s'absente du salon pendant quelques minutes, rejette sans efforts une certaine quantité de matières alimentaires, se rince la bouche, et tout est dit !

Au mois de septembre, deux cautères volants furent appliqués sur la région épigastrique au moyen de la poudre caustique de Vienne.

A partir du mois de janvier 1851, les vomissements eurent lieu régulièrement une ou deux fois par jour, se montrant constamment après le dîner et deux ou trois fois par semaine après le déjeuner.

Au mois d'avril, M. X... était devenu maigre, très-affaibli, et il prend le parti de recourir à l'hydrothérapie. Le traitement est commencé à Bellevue, le 19 avril 1851. Dès le quatrième jour, les vomissements du matin cessent pour ne plus reparaître ; à partir du 28 avril, les vomissements du soir deviennent de moins en moins fréquents ; ils s'arrêtent définitivement le 13 mai. L'appétit est très-vif, les digestions sont excellentes, les forces et l'embonpoint font de rapides progrès, et M. X... quitte Bellevue le 19 juillet, dans un état de santé qui ne laisse rien à désirer.

Observation VI. — M. X... est âgé de 35 ans, d'une taille élevée, d'une constitution robustre ; il a toujours joui d'une santé excellente, lorsqu'il y a dix-huit mois, à la suite de grandes perturbations morales, ses digestions devinrent tout à coup pénibles et douloureuses. M. Andral, consulté au bout de quelques semaines, crut reconnaître les signes d'une irritation gastrique et prescrivit un traitement antiphlogistique sévère (*plusieurs applications de sangsues sur l'épigastre, bains tièdes, diète ou tout au moins régime très-doux : lait, viandes blanches,* etc.) qui n'amena aucun soulagement. Au bout d'un mois les accidents ayant persisté avec les mêmes caractères et la même intensité, M. Andral jugea, avec raison, qu'il fallait suivre une voie différente ; il conseilla une alimentation animale substantielle (*viandes noires rôties, vin de Bordeaux*) et l'usage des préparations ferrugineuses.

Sous l'influence de cette nouvelle thérapeutique, M. X... éprouva d'abord un soulagement marqué, mais bientôt les accidents se montrèrent derechef avec leur intensité première, et un phénomène nouveau vint s'adjoindre à eux : le vomissement des aliments solides ou liquides introduits dans l'estomac.

Pendant trois ou quatre mois M. Andral essaya de combattre la maladie par les ressources de l'hygiène et de la matière médicale ; n'ayant pu réussir, il conseilla l'hydrothérapie, et le malade vint à Bellevue le 19 avril 1854.

Etat actuel. — L'aspect extérieur de M. X.. est celui d'un malade qui a été épuisé par de fréquentes et abondantes hémorrhagies. Il existe une anémie profonde ; les lèvres et les gencives sont entièrement décolorées ; la face est bouffie, malgré un amaigrissement considérable ; la

(1) Traité d'hydrothérapie, pages 278 et 333.

peau sèche, rugueuse, présente une coloration d'un blanc jaunâtre ou grisâtre qui se rapproche du teint jaune-paille des individus qui sont en proie à la cachexie cancéreuse; le malade est d'une faiblesse extrême, c'est à peine s'il peut faire quelques pas en s'appuyant sur le bras de sa femme. Tout ce qui est introduit dans l'estomac est rejeté au bout d'un temps plus ou moins long, le dîner ingéré à six heures du soir n'étant parfois vomi que pendant la nuit ou le lendemain matin. M. X... n'ose plus manger, les vomissements étant accompagnés de vives douleurs, de violents et pénibles efforts; ses repas se bornent ordinairement à une tasse de bouillon ou de lait; ses excès consistent à manger un peu de poisson ou de blanc de volaille.

A la vue d'un état pareil je fus très-réservé sur le pronostic et très-sobre de promesses touchant l'efficacité de l'hydrothérapie. L'examen le plus complet, le plus méthodique, ne me fit découvrir, à la vérité, aucune tumeur abdominale, mais je restai préoccupé de l'idée d'une lésion organique profonde, se dérobant à nos moyens d'exploration.

L'action du traitement hydrothérapique dépassa toutes les espérances que j'aurais pu concevoir en faveur d'un malade présentant les chances les plus favorables à la guérison. Dès les premiers jours M. X... éprouva une sensation de bien-être et de force qui lui inspira dans l'eau froide une confiance que je ne partageais pas encore ; bientôt les vomissements cessèrent d'avoir lieu, l'appétit devint d'une vivacité extrême, et le malade put le satisfaire largement sans éprouver le plus léger malaise gastrique. L'anémie disparaît rapidement et M. X... quitte Bellevue le 1er juillet, complétement guéri.

Je pourrais citer un grand nombre de faits analogues à ceux que je viens de rapporter, mais ceux-ci suffisent pour montrer: 1° que la *gastralgie idiopathique* la plus simple, provoquée par une cause morale, une perturbation de l'innervation, peut acquérir une gravité extrême, résister à tous les agents tirés de l'hygiène ou de la matière médicale, et compromettre l'existence du malade; 2° que l'hydrothérapie, dans les cas de ce genre, est une médication héroïque, sans équivalent, dont l'efficacité déjoue parfois les prévisions, les craintes du médecin lui-même, et agit avec une rapidité rendue plus surprenante encore par l'intensité et les caractères des phénomènes morbides, l'ancienneté de la maladie et la résistance aux médications précédemment employées.

Les choses, toutefois, ne se passent pas toujours ainsi. Dans certaines *gastralgies sympathiques*, dans celles qui se rattachent à l'hystérie, à la congestion chronique du foie, à la spermatorrhée, etc., les accidents, et les vomissements en particulier, se montrent plus rebelles à l'action de l'eau froide elle-même, et ne disparaissent que quand la cause première du mal a été attaquée et vaincue. L'observation suivante, qu'a bien voulu rédiger l'un des médecins les plus distingués d'Abbeville, M. le docteur Dubois, va nous le prouver et nous fournir, en outre, plus d'un enseignement non moins curieux qu'utile.

Observation VII. — Mademoiselle X. est âgée de vingt ans, d'une forte constitution et d'une taille élevée. Vers l'âge de sept ans, elle fut prise tout à coup de vomissements accompagnés de quelques mouvements nerveux, et si ces phénomènes finirent par disparaître, ce ne fut qu'au bout d'un temps assez long. A l'époque de l'apparition des règles, c'est-à-dire vers l'âge de treize ans, les mêmes accidents se manifestèrent de nouveau avec une ténacité désespérante. Toutes les matières ingérées, aliments et boissons de toutes sortes, glace, médicaments, tout était rejeté, et il survint, en même temps, des accidents hystériques nettement caractérisés. Pendant les attaques, ayant environ une demi-heure de durée, on observait des mouvements convulsifs très-variés et consécutivement des troubles intellectuels revêtant la forme d'une espèce de divagation. Les vomissements, se manifestant immédiatement après l'ingestion, ramenaient les matières introduites dans l'estomac, mélangées parfois d'un peu de bile, mais jamais de sang. Aucun trouble appréciable du côté du système circulatoire.

Pendant six mois les antispasmodiques, spécialement la valériane et l'assa-fœtida en lavements, furent employés concurremment avec des bains tièdes prolongés durant lesquels la malade pouvait, parfois, prendre quelques aliments sans les rejeter. Au bout de ce temps la santé parut se rétablir et les vomissements devinrent assez rares, bien que sous l'influence d'une espèce de pica mademoiselle X. ingérât souvent les substances les plus indigestes.

La menstruation s'accomplissait régulièrement et sans douleur; le sang était coloré, mais peu abondant.

Jusque vers la fin du mois de juillet 1854, la santé de mademoiselle X. se maintint dans l'état suivant : Accomplissement le plus ordinairement régulier de toutes les fonctions, mais à des intervalles plus ou moins rapprochés des *accès* caractérisés par des spasmes nerveux, un besoin extrême de locomotion, de distractions ; l'exaltation des idées, l'exagération de tous les sentiments; les accès sont toujours annoncés par un écartement considérable des paupières et par une dilatation énorme de la pupille, qui donnent au regard une fixité et une expression toutes particulières. Une partie des aliments est rejetée de temps en temps.

Vers la fin de juillet 1854, tout le cortége des phénomènes déjà décrits se montre de nouveau, accompagné de douleurs vagues dans la poitrine, d'une douleur épigastrique que n'augmente pas la pression, et d'une constipation opiniâtre. La glace, les boissons gazeuses acidules sont rejetées, et c'est encore sous l'influence de la valériane et de l'assa-fœtida que les accidents finissent par se calmer. Une puissante distraction fit complétement cesser les vomissements pendant quelques jours, mais bientôt tous les accidents reparurent avec plus d'intensité que jamais : rejet immédiat de toute substance introduite dans l'estomac, douleurs épigastriques, attaques hystériques, délire nerveux, etc.; on emploie sans succès cette fois-ci la glace, l'eau de Seltz, la valériane, l'assa-fœtida, la noix vomique, la strychnine, le sous-nitrate de bismuth, le bicarbonate de soude, l'eau de laurier cerise, la morphine et la belladone par la méthode endermique, le laudanum à la dose de 40 gouttes par jour, etc.; tout échoue, et la malade tombe dans l'amaigrissement sans que le pouls indique d'ailleurs la moindre réaction fébrile.

Chose singulière, tandis que les liquides, que l'eau pure étaient rejetés aussitôt avalés, les aliments solides les plus indigestes, la viande de porc, la croûte de pâté n'étaient rendus que plus tardivement, ou étaient même digérés en partie quelquefois. C'est grâce à cette circonstance que la vie de la malade a pu être entretenue.

Chaque époque menstruelle amenait un ou deux jours de bien-être, avec persistance, néanmoins, des douleurs épigastriques et des manifestations nerveuses. Les émotions morales vives augmentaient ou diminuaient les vomissements suivant qu'elles impressionnaient la malade péniblement ou agréablement.

Au mois de décembre, le docteur Dubois, à bout de ressources, conseilla à mademoiselle X. d'essayer l'hydrothérapie, et le traitement fut commencé à Bellevue le 10 décembre 1854. Administrées méthodiquement pendant cinq semaines, les douches froides eurent pour résultat de faire disparaître les douleurs et les accidents nerveux, mais elles ne modifièrent en rien les vomissements, et, le 19 janvier 1855, les parents de la malade consultèrent M. Chomel, qui rédigea la consultation suivante :

« *Vomitus forsan ab herniâ epiploïca ombilic.*

« Placer dans l'ombilic une demi-boule de cire; la maintenir « en place par un morceau de diachylon gommé de sept cen- « timètres de diamètre; placer sur ce point une pelote plate de « sept centimètres de diamètre maintenue par un ressort en « acier, comme dans tous les bandanges ombilicaux.

« Garder le lit pendant les trois premiers jours, à plat sur « le dos.

« Lavement laxatif de deux jours l'un. — Lavement d'eau « froide simple ou avec addition de miel, de savon ou de « séné.

« *Signé*, CHOMEL. »

Le 20, mademoiselle X... quittait Bellevue pour retourner à Abbeville. L'appareil indiqué par M. Chomel est appliqué avec soin et conservé pendant trois jours, mais s'il ne modifie en rien les vomissements, il comprime l'aorte, en raison de la maigreur de la malade, et détermine une congestion vers la tête. Le docteur Dubois fait connaître ces résultats à M. Chomel, lequel répond dans une lettre en date du 31 janvier « qu'il faut appliquer sur la région épigastrique une vessie remplie de glace, attendu que les vomissements ne reconnaissent certainement point pour cause une *lésion organique* (sic), mais qu'ils sont dus probablement à un pincement de l'épiploon dans quelque ouverture. »

La glace est appliquée et maintenue en place pendant trente-six heures; les vomissements persistent avec la même ténacité et il survient deux syncopes, que la malade attribue au froid et à la pression exercés sur l'épigastre par la vessie remplie de glace concassée.

M. Dubois abandonne les moyens indiqués par M. Chomel, et en revient au laudanum donné à l'intérieur. A partir du 8 février les accidents commencent à diminuer, et aujourd'hui, 14 mars, mademoiselle X... mange toute espèce d'aliments et l'embonpoint revient à

grands pas. Cependant il se manifeste encore parfois soit une douleur vive à l'épigastre, soit un vomissement, qui indiquent que la guérison n'est pas encore complète.

Depuis le retour de Bellevue, les mouvements nerveux, l'écartement des paupières et la dilatation des pupilles n'ont pas reparu.

Cette observation, si curieuse, met en évidence toute l'inanité, tout le danger des doctrines soutenues par M. Beau et par ses adeptes ; elle montre la complète inefficacité de toutes les médications anti-gastralgiques, anti-dyspeptiques qui ne s'adressent qu'à l'estomac, au symptôme, et qui laissent subsister la cause. Mademoiselle X. éprouve, aujourd'hui, une de ces améliorations qui déjà se sont manifestées à plusieurs reprises, mais celle-ci ne sera probablement pas plus durable que les précédentes, et ce n'est qu'en combattant l'affection hystérique que l'on arrivera à un résultat satisfaisant et définitif. Ce résultat aurait-il été obtenu par un traitement hydrothérapique plus prolongé? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, et Mademoiselle X. serait probablement aujourd'hui bien près de sa guérison, n'eût été la malencontreuse intervention de M. Chomel et de sa consultation ornée, suivant l'habitude de l'illustre praticien, d'un diagnostic plus ou moins latin, mais très-peu justifié, en cette circonstance.

M. Chomel semble d'ailleurs affectionner la hernie épiploïque ombilicale; j'ai eu entre les mains plusieurs consultations semblables à celle qu'on vient de lire, sans jamais avoir pu constater ni les signes sur lesquels le diagnostic avait été établi, ni la moindre action favorable exercée par la médication indiquée. Chez Mademoiselle X., en particulier, ni M. le docteur Dubois, ni moi n'avons pu reconnaître le moindre indice d'une hernie quelconque, et il m'est impossible de concevoir ce qui a pu conduire M. Chomel à émettre une pareille opinion.

« Les vomissements, dit M. Chomel dans sa lettre, ne reconnaissent certainement point pour cause une *lésion organique*, » et il semble en conclure qu'ils *doivent*, dès lors, être produits par « *un pincement de l'épiploon dans quelque ouver-* « *ture*. » L'argument est tout au moins bizarre! M. Chomel n'admet-il pas l'existence des *vomissements nerveux?* Est-il possible, chez Mademoiselle X., de méconnaître le vomissement gastralgique lorsque l'on tient compte de l'enchaînement, de la marche, des caractères des phénomènes morbides?

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Bouillaud.

Considérations générales sur les maladies du cœur.

Messieurs,

Nous voici arrivé à la question pathologique de notre sujet, mais on ne peut aborder la description de chaque maladie du cœur en particulier avant d'avoir présenté quelques considérations générales relatives à l'anatomie pathologique, au diagnostic, aux causes, à la nature et au pronostic de ces affections.

Les maladies organiques du cœur sont assez fréquentes et assez graves pour que leur étude mérite quelque soin.

C'est au progrès de l'anatomie pathologique, aidée de l'observation au lit des malades, que nous devons de posséder aujourd'hui sur elles des connaissances exactes, et l'on peut affirmer que leur diagnostic est arrivé au même degré de précision que pour les maladies des organes respiratoires.

Certes, l'exclamation de Baglivi pouvait s'adresser aussi bien aux maladies du cœur qu'à celles du poumon; mais, grâce aux progrès accomplis par les travaux modernes, on peut lui substituer ces consolantes paroles : *Quantum facile est cognoscere morbos pulmonum et cordis.*

Les anciens ne pouvaient posséder aucunes connaissances d'anatomie ni d'anatomie pathologique, puisque l'ouverture des corps leur était défendue; ce n'est donc pas chez eux que nous pourrons trouver des documents sur les maladies du cœur. Mais, tout en proclamant bien haut l'importance extrême de l'anatomie pathologique, s'ensuit-il que nous la considérions comme le seul élément utile, nécessaire au progrès de la science? Non, sans doute. L'anatomie ne peut nous donner que le cadavre de la maladie, et il faut que nous arrivions à connaître son âme, c'est-à-dire la physiologie de l'organe, ce qui serait impossible sans l'anatomie pathologique. Ecoutez comment s'exprime Corvisart dans son discours préliminaire sur les maladies du cœur; après avoir fait sentir que l'anatomie pathologique est la base fondamentale de la médecine, il ajoute : « Ce serait une grande erreur de penser que l'anatomie cadavérique suffit pour atteindre ce but, il s'en faut bien que la chose soit ainsi; le médecin qui n'unirait pas la physiologie à l'anatomie, resterait toujours à la vérité un prosecteur plus ou moins adroit, industrieux et patient, mais il n'aurait jamais qu'une pratique *chancelante* et *incertaine*, surtout dans le traitement des lésions des organes. Combien n'ai-je pas vu au lit des malades émettre de faux diagnostics, les uns accusant le foie, l'estomac d'être malades, lorsque la poitrine était attaquée, et réciproquement; les autres prenant pour toute espèce d'hydropisie, d'asthme, une maladie du cœur. Enfin j'affirme qu'il n'est point d'organe que je n'aie vu accuser faussement soit d'être malade, soit de ne l'être pas par des personnes auxquelles on ne pouvait reprocher le manque de quelques connaisssances anatomiques. » Ici Corvisart, comme il a soin de le dire, entend par physiologie la physiologie d'observation, la physiologie pathologique et non cette physiologie systématique qui *suppose* souvent et qui *explique toujours.*

Cette physiologie dont parle Corvisart est-elle autre chose que l'étude des signes observés pendant la vie, que l'étude de la maladie dont on ne retrouve que le *corps* après la mort et loin d'être ce qu'il était pendant la vie? N'oublions pas, avons-nous écrit quelque part, que les recherches faites après la mort ne nous permettent pas de voir l'organe malade tel qu'il était exactement pendant la vie même sous le point de vue des conditions appréciables à nos moyens directs d'observation; ces recherches ne nous montrent que les restes de la maladie, que le *cadavre* de l'organe malade. Qu'est devenue, en effet, la température? Qu'est devenue la rougeur elle-même dans beaucoup de cas? Je laisse de côté les phénomènes de mouvements et de sensibilité qui meurent en quelque sorte avec l'individu et ne peuvent être l'objet d'aucune investigation posthume pas plus que le principe de la vie.

Il s'en faut bien que le scalpel nous donne la cause, la raison de tout ce que nous observons. Que pendant une grande opération un malade succombe épuisé par la douleur, ayant même perdu une légère quantité de sang, certes l'ausopsie ne nous apprendra rien.

Depuis quelque temps la tribune académique retentit de longues discussions de philosophie médicale qui semblent plutôt rouler sur les mots que sur les choses elles-mêmes. Il n'y a pas de maladies, dit-on, il n'y a que des lésions d'organes. Sans doute, si l'on veut faire de la maladie un être de raison, sans corps, sans forme, un symptôme ne se rattachant à rien, il faut supprimer cette dénomination vide de sens. Mais comment concevoir la maladie sans un siége? et en la définissant: une lésion quelconque survenue dans les conditions mécaniques, physiques, chimiques du corps humain et dans les conditions vitales qui lui sont propres, comment pourrait-on être accusé de cette ontologie si victorieusement combattue par Broussais? Mais cette guerre impittoyable qu'il lui fit, n'alla pas jusqu'à lui faire proscrire le nom même de maladie? On s'en prend aussi aux *unités*, aux *individualités* morbides, mais sans doute parce que l'on s'en fait une fausse idée. Est-ce que *unité* signifie simplicité de sujet? Sans elles, il n'y a pas de distinction possible. Il faut donc les admettre, mais sous la condition de ne pas les abstraire des organes.

Vous avez sous les yeux des altérations pathologiques variables, est-ce que l'on peut confondre cette hypertrophie avec cette atrophie, ce rétrécissement avec cette dilatation? Ce sont donc autant d'*individualités incarnes.*

La négation de la maladie conduit logiquement à la négation d'une classification; or qu'est-ce qu'une science sans classification? Un composé de connaissances disséminées, mal coordonnées, où tout est confusion, désordre, anarchie. L'importance d'une classification a été si bien comprise par les auteurs que tous ont essayé d'en fonder une : voyez Themison, Brow, Bichat, Broussais; ils ont pris pour base l'idée qu'ils se faisaient de la maladie. Et Pinel, en affichant une espèce de dédain pour la recherche de la nature des maladies, la cependant prise, sans y penser, pour base de son *pentateuque* nosologique.

On ne peut pas classer les maladies, a-t-on dit, parce que sur chacun des malades atteints de *la même maladie*, on ne peut trouver le même ordre de succession, le même degré d'intensité. Mais cela empêche-t-il qu'il y ait un caractère commun, invariable, constant : la nature de la maladie? Prenez plusieurs malades atteints d'arthrite rhumatismale, par exemple; chez tous vous ne trouverez pas identité parfaite sous le rapport de l'intensité, de l'étendue, des complications du traitement à apposer; mais cela ne vous empêchera pas de placer cette maladie dans le cadre nosologique; vous tiendrez compte des différences, mais tout en sachant que vous vous adressez à une nature commune.

Jetez les mêmes semences sur des terrains différents, vous récolterez toujours un produit *de même nature* tout ayant des qualités différentes; mais il y aura un caractère commun, constant, qui vous permettra de les distinguer, de les classer.

Les maladies du cœur n'ont été classées que dans ces derniers temps. Si vous parcourez les auteurs anciens, vous n'y trouverez rien sur ce sujet. Galien dans son ouvrage *de Locis affectis* ne donne aucune description des maladies de cet organe. Il faut traverser une longue série de siècles pour arriver à Senac et à Corvisart; ce sont leurs ouvrages qui ont servi de bases à l'étude des maladies du cœur; mais ni dans l'un ni dans l'autre vous ne trouverez une classification. Celui de Corvisart parut en même temps que le *Traité des phlegmasies chroniques* de Broussais, époque doublement mémorable.

Nous avons admis douze classes de maladies dans notre cadre nosologique, et nous y avons fait rentrer les maladies du cœur.

Première classe. — C'est celle des inflammations, elle est de beaucoup la plus nombreuse et nous verrons que cette phlegmasie engendre un grand nombre d'autres maladies que nous rencontrerons dans les classes suivantes. Ai-je besoin de vous en citer des exemples? Vous avez sous les yeux le cœur d'un malade qui a succombé par suite de caillots énormes formés dans le ventricule droit principalement; vous voyez tous les signes anatomiques d'une péricardite, et d'une endocardite. Dans les fièvres, le cœur est l'organe principal, c'est vers lui que tout converge.

Nous avons placé dans un ordre de cette classe l'hypertrophie.

Deuxième classe. — Elle comprend les affections qui consistent en un défaut d'excitation, d'action vitale. — Les défaillances, les lipothymies, la syncope tiennent à la diminution de l'innervation du cœur, et rentrent dans cette classe.

C'est dans un sous-ordre que nous avons placé l'atrophie.

Troisième classe. — C'est celle des désordres dans les fonctions. Le cœur, comme tous les autres organes et plus que beaucoup d'autres, est sujet à ces désordres; sans parler de ces palpitations passagères, il y a des malades atteints d'une névrose du cœur caractérisée par de l'irrégularité, de l'intermittence de ses battements, sans aucune lésion organique. Nous avons eu pendant longtemps au n° 1, de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un malade atteint de cette maladie que nous avons désignée sous le nom *de folie du cœur.*

Quatrième classe. — Ce sont les maladies miasmatiques. C'est dans cette classe que rentre la gangrène du cœur, et l'observation 87 *du Traité des maladies du cœur* est un exemple de gangrène bien confirmée. Mais les altérations du sang rentrent évidemment ici, vous voyez là le cœur d'un malade qui a sucombé à une fièvre typhoïde grave, et dans ses cavités il y a un sang profondément altéré, diffluent et ressemblant à du raisinet.

Cinquième classe. — Ce sont les hétérotrophies, hétérocrinies. Le cancer rentre dans cette classe, c'est une altération de nutrition; et quelques-unes de ces transformations constituent des produits *primitivement sécrétés.* Il est probable que dans les dépôts sécrétés au sein du tissu cellulo-adipeux, il s'opère des réactions plus ou moins analogues à celles qu'a signalées M. Chevreul dans ses belles recherches sur les corps gras d'origine animale.

La nature intime du cancer ne saurait être actuellement expliquée.

Plusieurs auteurs ont rapporté des exemples de cancer du cœur : MM. Récamier, Cruveilhier, Ferrus, Billart, Bayle, Olivier d'Angers, Bertin. Nous en avons nous-même donné plusieurs exemples.

Sixième classe. — C'est celle des épanchements et des hémorrhagies. Les épanchements ne sont pas rares, la quantité du liquide sécrété varie depuis quelques cuillerées jusqu'à un litre. Quant aux hémorrhagies, on en rencontre non-seulement dans le péricarde, mais encore dans la substance même du cœur.

Septième classe. — Solutions de continuité et communications anormales. Le cœur n'est pas plus que les autres organes à l'abri des lésions traumatiques et par conséquent des plaies. Quant aux communications anormales, il pourrait servir de type; nous avons rapporté un assez grand nombre d'exemples de communications entre les ventricules et les oreillettes.

Huitième classe. — Changements de position, déviations. Vous avez vu pendant longtemps au numéro 11 de la salle Saint-Jean-de-Dieu un malade chez lequel un épanchement pleurétique gauche très-considérable avait refoulé le cœur à droite; celui-ci ayant contracté des adhérences intimes en ce point s'y trouve définitivement fixé. Nous avons rapporté des exemples de transposition du cœur. Bichat, Breschet, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire en ont rapporté un assez grand nombre.

Neuvième classe. — Adhésions, insertions anormales. Les adhérences du péricarde ne sont pas rares, en voici un bel exemple sous vos yeux, mais on a trouvé des adhérences générales complètes. Les adhérences des valvules se rencontrent encore assez fréquemment.

Dixième classe. — Changements d'étendue, de volume et de capacité. Les dilatations des cavités et des orifices du cœur sont très-communs. Vous avez sous les yeux des exemples de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire; cette lésion se rencontre assez souvent à l'orifice aortique.

Onzième classe. — Corps étrangers et retenta. On a rapporté des exemples dans lesquels des épingles avaient été rencontrées dans le cœur. Ces caillots denses, glutineux que nous vous avons montrés, ne forment-ils pas de véritables corps étrangers?

Douzième classe. — Changements relatifs à la configuration, au nombre, à l'existence des organes. On a rapporté des exemples de *dexiocardie* qu'il ne faut pas confondre avec le refoulement du cœur, comme celui dont nous vous avons parlé ci-dessus. Béclart a rapporté plusieurs exemples d'acardie dans son Mémoire sur les acéphales. Breschet a cité quelques observations dans lesquelles le cœur était dépourvu de péricarde, d'autres où il y avait une insertion vicieuse des vaisseaux.

Voyez maintenant s'il est possible de supprimer l'une de ces classes : confondrez-vous l'hypertrophie avec l'atrophie, les adhérences du péricarde avec un rétrécissement, une déviation avec une inflammation?

Anatomie pathologique des maladies du cœur en général.

Nous commençons aujourd'hui l'histoire des maladies par l'anatomie pathologique qui ne figure que comme tête de chapitre dans tous les ouvrages écrits avant le commencement de ce siècle, et il ne faut pas être surpris de voir les auteurs rester indécis sur la nature d'un grand nombre de maladies, puisque l'anatomie pathologique est une des bases indispensables pour arriver à la solution de ce grave et difficile problème. Le doute sur la nature de la maladie conduit logiquement à l'expectation ou à l'empirisme. Ouvrez la *Nosographie philosophique* de Pinel, véritable monument scientifique, qui marque pour ainsi dire la transition entre la médecine ancienne et la médecine moderne, vous n'y trouverez rien sur le traitement. Qu'y a-t-il de surprenant? La thérapeutique est le dernier terme de la médecine, elle ne pouvait apparaître que lorsque l'anatomie pathologique serait venue éclairer les questions en litige.

Dans ces considérations générales, nous ne nous étendrons pas bien longuement sur l'anatomie pathologique, puisqu'en parlant de chaque maladie en particulier, il faudra nous y arrêter. Il est bien rare de rencontrer une maladie envahissant le cœur tout entier; le plus souvent c'est une partie seulement de l'organe qui est lésée, ou un seul de ses tissus. Vous avez sous les yeux des pièces d'anatomie pathologique bien variées. Ici c'est une hypertrophie considérable ayant surtout affecté le ventricule gauche, mais vous voyez que l'orifice aortique et les valvules sont libres. Là, c'est une lésion de l'aorte et de ses valvules, l'orifice auriculo-ventriculaire et les valvules mitrales ne sont pas altérées. Parmi toutes ces pièces anatomiques, vous n'en voyez pas une où l'altération porte sur le cœur droit; c'est en effet fort rare, et pour cent lésions du cœur gauche vous en trouverez à peine une pour le droit. Il ne faudrait pas penser que la détermination exacte du siége des maladies du cœur, soit une chose de pure curiosité. Vous examinez un malade et vous trouvez au cœur un souffle rude, pensez-vous qu'il est indifférent de savoir s'il se passe à l'extérieur, c'est-à-dire dans le péricarde, ou à l'intérieur? Il s'en faut bien que la gravité soit la même dans l'un et l'autre cas.

Nous avons déjà dit que l'anatomie pathologique, clef de voûte de la médecine, ne pouvait cependant nous révéler tout; il existe pour le cœur, comme pour les autres organes, des maladies qui ne laissent à leur suite aucun caractère anatomique sensible. Pendant longtemps nous avons eu au n° 1 de la salle Saint-Jean-de-Dieu un malade chez lequel nous avons constaté de l'irrégularité, de l'intermittence dans les battements du cœur, la névrose enfin que nous avons appelée *folie du cœur;* s'il avait succombé à une maladie intercurrente, nous n'aurions certainement rien trouvé à l'autopsie qui pût nous rendre compte des phénomènes observés pendant la vie, et si nous déclarons que cette maladie est une lésion d'organe, c'est parce qu'il est impossible de concevoir une lésion de fonction sans une lésion d'organe, un effet sans une cause.

Pour le cœur, comme pour les autres organes, nous aurons deux catégories de cas bien distincts : ici des maladies qui laissent à leur suite des modifications matérielles accessibles à nos investigations; là, d'autres maladies qui ne laissent après elles aucune modification sensible à nos sens. N'oublions pas que, pour les maladies du premier ordre, les recherches doivent à la fois porter et sur les solides et sur les liquides. Lorsque nous vous donnerons les caractères anatomiques de la péricardite par exemple, nous étudierons avec le plus grand soin les altérations de la sécrétion sous le double point de vue de la quantité et de la qualité, en même temps que celles de la membrane sécrétante.

Diagnostics.

Le diagnostic est une question capitale, sans lui pas de traitement rationnel, toute pratique est *chancelante, incertaine.* A chaque page, dans son livre, Corvisart fait sentir l'utilité d'unir les connaissances anatomiques aux connaissances physiologiques, et il démontre combien l'ignorance des dernières fait commettre d'erreurs au lit du malade. Nous devrons donc nous occuper du diagnostic *anatomique* et du diagnostic *médical.* Certains médecins affectent de croire aujourd'hui que l'école anatomo-physiologique exclusivement préoccupée des altérations pathologiques ne fait entrer que l'étude de celles-ci dans le difficile problème *du diagnostic des maladies;* il s'en faut bien qu'il en soit ainsi.

Est-ce que nous négligeons l'étude du mode de lésions des actions vitales qui a présidé au développement de ces altérations matérielles? Est-ce que chaque jour vous ne nous voyez pas au lit du malade baser notre traitement sur la nature de la maladie? Sans doute, pour y arriver, l'anatomie pathologique est une donnée indispensable, mais elle n'est pas la seule. Nous nous sommes élevés avec force contre les dénominations exclusivement anatomiques. Nous avons dit à M. Lallemand, par exemple : Votre expression de ramollissement *du cerveau* est vicieuse, elle confond sous un même nom des choses de *natures différentes*, reconnaissant des *causes différentes,* et de plus il n'y a pas de ramollissement à toutes les périodes de la maladie, il faut donc baser la nomenclature sur quelque chose d'invariable, c'est la nature de la maladie qui est toujours la même. Nous serions surpris de voir aujourd'hui quelques hommes afficher un certain dédain pour l'anatomie pathologique si nous ne savions combien il est commode de nier l'utilité de ce que l'on ignore. Mais de quoi s'étonner de la part de ceux qui veulent que *la théorie* précède *la pratique,* que toute maladie soit toujours *générale* avant d'être *locale*, que la vie existe indépendamment des organes! Une maladie est toujours générale, dites-vous, avant d'être locale? Mais une épine a pénétré dans le bras de ce malade, autour d'elle s'est formé un phlegmon qui s'est étendu, puis la fièvre s'est allumée, ici, ce me semble, la maladie locale a bien précédé la maladie générale.

Les choses ne se passent pas ainsi à l'intérieur, pensez-vous, mais la chirurgie n'est qu'une médecine extérieure; une pneumonie, n'est-ce pas un véritable phlegmon du poumon? et la nature procède de même dans les deux cas, elle est avare de moyens et prodigue de résultats. C'est là une pensée empruntée par Bichat à Newton, Bichat, le faux dieu de cette médecine spiritualiste dont les représentants veulent baser notre science sur l'*idée que l'on se fait de la vie.* Or, comme personne que je sache ne connaît la vie dans son essence, la médecine serait réduite à quelque chose d'aussi peu défini, d'aussi mal connu; mériterait-elle le nom de science, *cognitio certa ex principiis certis exhorta?*

Non, le diagnostic *anatomique* n'est pas la seule donnée nécessaire pour arriver à la connaissance de la maladie, il faut y joindre le diagnostic physiologique. Pour nous résumer, nous dirons que rien ne doit être omis dans ce qui compose l'histoire complète d'une maladie. L'élément anatomo-pathologique, cet œil de la médecine, suivant l'ingénieuse expression de Frédéric Hoffmann, est donc une des données indispensables, fondamentales pour le diagnostic de la maladie, et il ne peut être négligé que par ceux que Morgagni, dans un profond dédain, appelait *sciolos audaculos* ; mais comme nous l'avons déjà dit, cet élément n'est pas le seul, il faut rechercher l'action vitale sous l'influence de laquelle se développent ces altérations organiques. Une médecine qui tient compte de tout, qui étudie tout, mérite-t-elle d'être appelée *cadavériste,* qualification que lui donnent ceux qui l'ignorent et qui se figurent, en parlant de maladies générales, qu'en exagérant une vérité on peut s'en attribuer la découverte?

Il nous reste à parler des méthodes au moyen desquelles on arrive à recueillir les signes locaux des maladies du cœur. Ceux qui nous sont fournis par la palpation sont fort utiles; en vous parlant de la physiologie du cœur, nous vous avons dit que la main sentait distinctement le jeu des valvules, et de même quand celles-ci sont altérées, détruites, qu'un souffle existe, ce mode d'exploration nous révèle ces modifications. Mais de tous les signes que nous possédons, les plus sûrs, les plus directs, les plus précieux, pour arriver à la connaissance anatomique du cœur, sont sans contredit ceux qui nous sont fournis par la percussion et l'auscultation. Sans eux, tout diagnostic différentiel des nombreuses lésions de cet organe est complétement impossible. Cette vérité sera surabondamment démontrée à mesure que nous étudierons chaque maladie en particulier. Pour manier avec succès ces précieuses méthodes, il faut une grande habitude; il ne suffit pas de posséder un bon instrument pour bien s'en servir. Le cœur, *le grand ressort de la machine humaine*, ne peut être lésé sans avoir un retentissement sur l'organisme, mais variable comme ses maladies.

La physiologie nous a fait connaître le rôle du ventricule gauche dans le mécanisme de la circulation générale; on pouvait donc *à priori* conclure aux effets produits par l'hypertrophie de ce ventricule, c'est-à-dire aux hémorrhagies actives, surtout vers les organes qui n'ont pas une grande force de résistance, comme l'encéphale, par exemple : ici l'observation directe a confirmé les prévisions. Richerand a beaucoup insisté sur cette question de physiologie pathologique, et il a rappelé que Cabanis, Ramazzini et Malpighi étant atteints d'une hypertrophie du ventricule gauche, ont succombé à une hémorrhagie cérébrale. Depuis, plusieurs auteurs se sont occupés de cette question, M. Bricheteau, et Lallemand dans ses lettres anatomo-pathologiques sur l'encéphale. Sur cinquante-quatre cas d'hypertrophie du cœur, rapportés dans le *Traité des maladies du cœur*, on trouve onze cas d'hémorrhagie ou de ramollissement cérébral, c'est-à-dire plus du cinquième.

Depuis longtemps déjà nous avons signalé une circonstance complétement négligée par nos devanciers : c'est la fréquence de la dégénérescence crétacée, par conséquent la friabilité extrême des artères cérébrales chez les sujets qui succombent à une hémorrhagie cérébrale, ayant une hypertrophie du ventricule gauche. Les artères de la base du cerveau une fois enlevées, forment un véritable chapelet de corail.

Nous avons déjà dit que les lésions organiques du cœur droit sont beaucoup moins fréquentes que celles du cœur gauche; aussi possédons-nous peu d'exemples de cette lésion isolée. Le ventricule gauche est chargé de lancer le cœur du centre à la périphérie; le ventricule droit de le chasser jusqu'aux poumons seulement. Il n'est donc pas étonnant de voir l'hypertrophie de ce ventricule exercer une influence directe sur la production des hémorrhagies actives des poumons, hémorrhagies qu'il ne faut pas confondre avec les congestions passives résultant d'un obstacle à la circulation veineuse. Dans certains cas, les symptômes du retard qu'éprouve la circulation, résultent d'un obstacle mécanique à la circulation du sang; mais il s'en faut que cette cause soit toujours celle que nous venons de vous indiquer. Il y a longtemps que nous avons fait voir que la dilatation du cœur a pour résultat d'affaiblir la puissance de contraction de cet organe, et que la mollesse du pouls, les hydropysies, les hémorrhagies passives sont les signes que l'on rencontre dans cette lésion du cœur.

Vous voyez donc qu'il n'y a pas pour toutes les maladies de cet organe une série de signes *communs*, confusion qui a été faite par presque tous les auteurs.

Dr E. Auburtin,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

CLINIQUE CIVILE.

Observations sur les hernies. — Statistique.

J'ai publié dans *l'Expérience*, en 1843, les résultats des diverses opérations des hernies étranglées, que jusqu'alors j'avais été appelé à pratiquer.

Une femme âgée de 60 ans, qui portait une hernie ombilicale du volume des deux poings, survécut onze ans à l'opération.

De quatre cas de hernie inguinale étranglée qui s'étaient présentés à moi, deux furent suivis de succès et deux eurent une suite funeste, surtout par les conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvaient les malades au moment de l'opération.

Enfin, sur dix-sept opérations de hernies crurales étranglées que j'avais pratiquées (à savoir, quatorze chez la femme et trois chez l'homme), cinq avaient été suivies de mort et douze de succès.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'opération de la hernie ombilicale étranglée. Dans ces deux circonstances la hernie n'était pas volumineuse. J'ouvris le sac, et je trouvai toujours dans un état parfaitement sain l'intestin, qui fut réduit après un débridement multiple. Ces deux opérations eurent des suites fâcheuses; les malades furent bientôt prises de péritonite et succombèrent. En somme, donc, la seule opération de hernie ombilicale étranglée que j'ai vue me réussir est celle dont j'ai parlé dans *l'Expérience*, opération où, après avoir fait une incision d'un pouce dirigée sur le collet de la tumeur, j'opérai un débridement peu étendu sans entrer dans le sac.

L'honorable M. Malgaigne est de cet avis que l'étranglement est toujours au collet du sac. On ne peut se dissimuler pourtant que plusieurs chirurgiens célèbres ont émis une opinion contraire, et l'on peut citer à ce propos la pratique d'Astley, Cooper. Je suis aussi de cet avis, à savoir, que, le cas excepté des hernies ombilicales, il faut dans toutes les autres circonstances, quand on opère le débridement d'une hernie étranglée, il faut ouvrir le sac et débrider de dedans en dehors, en comprenant dans le débridement le collet du sac et les anneaux, après avoir dûment reconnu le siége de l'étranglement.

Il m'est arrivé de pratiquer deux fois l'opération de la hernie inguinale étranglée, puis trois fois celle de la hernie crurale. Sur ces opérations qui ont eu lieu depuis celles que j'avais relatées dans *l'Expérience*, je n'ai perdu qu'une malade que j'ai opérée avec MM. les docteurs Ricart de Morny et Allix. Je n'avais pu réduire la hernie à cause de la grande quantité de liquide qui se trouvait entre l'intestin et le péritoine. Toutes ces opérations, excepté la dernière, qui a été suivie de mort, et qui date du mois de septembre 1854, avaient été antérieures toutes à l'invention de l'éthérisation.

Depuis l'année 1846 jusqu'à aujourd'hui, je n'ai donc plus pratiqué qu'une fois l'opération de la hernie étranglée par l'instrument tranchant.

Une fois les propriétés des agents anesthésiques bien établies et reconnues, j'ai fait usage de l'éther, puis du chloroforme. J'eus lieu quatre fois de faire des tentatives de taxis et d'éthérisation, et quatre fois j'obtins de bons résultats. Le chloroforme me réussit tout aussi bien. C'est ainsi qu'avec un de mes confrères, je réduisis une hernie crurale étranglée depuis soixante à quatre-vingts heures; puis avec le docteur Charpentier, une autre dont l'étranglement datait de quarante-huit heures. Dernièrement enfin, appelé avec le docteur Rateau auprès d'une religieuse hospitalière, j'employai fort heureusement le taxis et le chloroforme.

Ainsi donc, il est bien évident pour moi que les agents anesthésiques ont eu une grande influence sur les heureux résultats de mes opérations, et ont aidé puissamment le taxis. Mais la répugnance de quelques personnes à l'endroit de l'éther et du chloroforme m'a obligé de modifier ma méthode. J'ai

toujours eu pour habitude, dans mes tentatives de taxis, de changer la forme de l'ouverture ou du canal par lequel sont sortis l'intestin et l'épiploon, en augmentant le diamètre longitudinal de la partie herniée. Voulant rester fidèle à ce procédé et faire le taxis continu, tout en n'employant pas les agents anesthésiques, j'ai eu recours à des pinces dont je me sers ordinairement et dont j'ai publié la description dans le *Moniteur des hôpitaux* du 13 mai 1854. Pendant qu'une pince modifie la forme rétrécie de la hernie, une autre modifie le prolongement herniaire. Depuis cette publication j'ai employé plusieurs fois cette pince avec succès sans avoir besoin de l'éthérisation. J'avais parlé dans cet article de deux cas parfaitement heureux, dont furent témoins MM. les docteurs Cogeol et Piroult-Deschaumes. J'ai eu ensuite à réduire cinq hernies soit inguinales, soit crurales; et la réduction a été complète à l'aide seule de la pince. La pince encore, mais conjointement avec le chloroforme, m'a réussi dans sept autres cas, dont trois de hernies crurales, quatre de hernies inguinales. Une seule malade est morte; j'avais réduit sa hernie sans agents anesthésiques. Je n'ai pas été assez heureux pour en pouvoir faire l'autopsie; mais cette observation a été publiée récemment par un interne des hôpitaux.

Pour me résumer, je vais grouper en trois catégories les divers cas de hernies étranglées qui se sont présentés à ma pratique, et établir la statistique générale de la mortalité d'après les catégories qui sont basées elles-mêmes sur la diversité des procédés curatifs :

1° *Opérations de hernies ombilicales, crurales, inguinales :*

Elles sont toutes antérieures à l'an 1846, excepté une seule qui s'est terminée heureusement. (J'ai toujours opéré en ouvrant le sac et en faisant un débridement multiple de dedans en dehors.)

Trois hernies ombilicales. — Deux morts sur trois;
Six hernies inguinales. — Deux morts sur six;
Vingt et une hernie crurales. — Six morts sur vingt et une.

2° *Réduction par le taxis à l'aide des agents anesthésiques :*
Huit hernies crurales. — Pas de mort.

3° *Réduction par le taxis à l'aide de la pince en buis :*
Quatre hernies crurales. — Pas de mort;
Trois hernies inguinales. — Pas de mort.

N. B. *Réduction par le taxis à l'aide du chloroforme et de la pince à la fois :*
Trois hernies crurales. — Pas de mort;
Quatre hernies inguinales. — Pas de mort.

Une seule malade est morte entre toutes les personnes qui m'ont fait appeler depuis que je fais usage de l'éthérisation et de la pince en buis. Elle avait refusé l'administration du chloroforme, et bien que sa hernie eût été réduite promptement à l'aide de la pince, elle succomba.

Ainsi donc, en résumé général :
Sur trois hernies ombilicales, une seule a réussi;
Sur treize hernies inguinales, onze ont réussi;
Sur trente-sept hernies crurales, trente ont réussi.

Voilà la statistique fidèle de toutes les hernies que j'ai eues à traiter. Je crois qu'il est du devoir de tous les chirurgiens soit des hôpitaux, soit de la ville, d'en faire autant pour toutes les opérations les plus importantes. La dernière discussion qui a eu lieu à l'Académie à propos du cancer, prouve de quel intérêt il est de savoir à quoi s'en tenir sur le plus ou moins d'avantages qu'offre telle méthode opératoire, tel procédé curatif. Cette opinion que je renouvelle ici, je l'ai déjà émise bien souvent dans diverses brochures relatives à l'enseignement clinique de la chirurgie. Il ne serait pas inutile, je crois, dans l'intérêt de la science et des progrès de l'art, que tout le monde se prêtât à cette statistique des succès de chaque méthode et des revers de chaque traitement. A tous profiteraient les succès de chacun, et à chacun l'insuccès et l'expérience de tous.

A. Thierry.

De l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes.

Par le docteur H. Texier, de Villefagnan.

> « La vie du puissant et du riche n'est pas plus précieuse au médecin que celle du faible et de l'indigent. »
> (Cabanis.)

Nous avons reçu de notre honorable correspondant, M. le docteur Texier, un article que l'abondance des matières ne nous permet pas de publier textuellement; nous sommes obligé notamment d'en retrancher la partie historique, fort bien faite. En voici la partie clinique, que nos lecteurs liront avec intérêt :

Il est peu de maladies contre lesquelles la thérapeutique soit aussi puissante que contre les fièvres intermittentes : le quinquina convenablement administré en fait ordinairement si prompte justice qu'il serait difficile de comprendre l'opposition qui a été faite à ce médicament dans les premières années de son importation, si cette opposition ne tenait à notre nature même et ne venait prouver, une fois de plus, que les meilleures choses, comme les plus mauvaises, trouvent des détracteurs dans ce monde.

Si l'écorce du Pérou et ses produits n'ont pas toujours donné les résultats qu'on était en droit d'attendre, c'est, ou que la fièvre se rattachait à un état particulier de l'économie, comme l'état bilieux, par exemple, et qu'il fallait s'adresser d'abord à cet état avant d'administrer le fébrifuge, ou que le quinquina n'a pas été donné à dose assez élevée. Aussi, M. Bretonneau (de Tours) conseille-t-il d'administrer d'emblée la dose reconnue capable d'enrayer les accidents fébriles, parce que « toute dose de quinquina suffisante perd de sa puissance fébrifuge en se fractionnant, absolument comme une dose de vin perdrait de sa puissance enivrante en se divisant. » Il ajoute encore qu'il faut « continuer les doses préservatrices ou préventives, en les éloignant progressivement. »

Les préceptes de M. Bretonneau, de même que ceux des grands maîtres qui l'ont précédé, de Torti, de Morton, de Sydenham, de Cullen, sont connus du plus grand nombre des praticiens, et pourtant il n'est pas rare de rencontrer, dans des contrées même médiocrement marécageuses, des fièvres intermittentes qui ont plusieurs mois de date et pour lesquelles cependant on a plus d'une fois consulté le médecin. A quoi tient donc cette espèce d'anomalie? Est-ce la science ou le médicament qu'il faut accuser? — Non, c'est le malade lui-même. Beaucoup de nos confrères, de ceux surtout qui exercent à la campagne, ont pu remarquer la difficulté que l'on éprouve à faire prendre à certaines gens de fortes doses d'un médicament qui, comme le quinquina, est d'un prix élevé. Le malade suivra bien le premier précepte de M. Bretonneau, il prendra bien d'emblée la dose de quinquina ou de sulfate de quinine capable d'enrayer pour quelques jours les accidents fébriles (1). Mais les premiers accidents une fois passés, il se croit déjà guéri; il cesse tout traitement, et si, au bout de sept ou quatorze jours, sa fièvre est revenue, il reprendra du sulfate de quinine, comme la première fois, et l'expérience lui aura si peu servi, que si l'on parvient à lui faire prendre une dose préservatrice au bout de cinq ou six jours, il ne faut guère compter qu'il en reprenne d'autres. Si la fièvre est disparue pour toujours, rien de mieux; mais si elle revient une troisième fois, il est bien rare qu'on arrive à le décider à reprendre le même fébrifuge; il est bien plus fréquent de le voir s'abandonner alors à tous les hasards du plus aveugle empirisme, boire de l'urine humaine ou ava-

(1) Si toutefois il ne fait pas demander au pharmacien la moitié seulement de la dose prescrite.

ler des quantités énormes de vin blanc et d'eau-de-vie, ou aller se faire panser de la rate (expression consacrée) par une matrone, ou bien porter au cou, pendant des mois, des sachets de sel de cuisine, etc., etc. Les exemples de toutes ces absurdités ne sont point rares; j'en vois presque chaque jour.

En admettant qu'il se soumette strictement aux préceptes de M. Bretonneau, il faut convenir que le traitement lui deviendra encore assez dispendieux et que cette question aussi est susceptible de faire reculer bien des gens de la campagne. Si l'on ajoute à cela que le goût extrêmement amer des préparations quiniques les rend fort difficiles à prendre pour certaines personnes, pour les enfants en particulier, on comprendra facilement les recherches auxquelles on se livre depuis longtemps pour trouver des succédanés à l'écorce du Pérou.

Parmi ces succédanés, un de ceux qui doivent inspirer le plus de confiance est l'arsénic.

Si, comme je le crois par expérience, ce métal jouit de propriétés médicinales vraiment efficaces, pourquoi la médecine ne l'emploierait-elle pas? — C'est son nom seul qui effraie : à l'idée d'arsenic s'attache naturellement l'idée des crimes qui ont été commis avec ce violent poison. Mais à dose thérapeutique, il est aussi inoffensif que le premier remède venu, ou, pour mieux dire, il n'est pas plus dangereux; car quel est le médicament un peu actif qui, à dose exagérée, ne soit un poison? Le sulfate de quinine lui-même, donné sans discernement, ne pourrait-il pas occasionner des accidents sérieux et même la mort?

Pour ce qui est de l'arsenic, je l'ai administré chez une cinquantaine de malades, et je n'ai jamais eu un seul accident à déplorer, et puis, à dose modérée, il n'empoisonne pas sans avertir : si le malade après l'administration du remède accuse quelques tiraillements d'estomac, des coliques sourdes, des envies de vomir ou des vomissements, c'est une preuve qu'on est allé trop loin; il faut suspendre le traitement et le recommencer à plus faible dose. Ce sont des accidents qui sont arrivés, mais bien en petits, à deux de mes malades, qui pourtant n'avaient pris que huit ou dix gouttes de la liqueur de Fowler. En ne leur en donnant que cinq gouttes, trois fois par jour, tous les accidents ont disparu, et plus tard, j'ai pu élever chez eux progressivement la dose à ce qu'elle était au moment où elle a dû être diminuée et les mêmes accidents ne se sont pas reproduits.

J'ai administré vingt-trois fois l'arsenic contre les fièvres intermittentes, je n'ai jamais eu d'insuccès; deux fois seulement, j'ai eu des rechutes, la première chez un jeune homme qui, après quinze jours de traitement, s'exposa à la fatigue et au froid, la sconde chez un roulier qui reprit son service après trois ou quatre jours. Mais dans les deux cas, en reprenant mon traitement comme au début, la fièvre a disparu complétement ou définitivement.

Voici comment je procède : je commence d'abord par administrer 0 gr. 50 centigrammes de sulfate de quinine immédiatement après l'accès. Au début de ma clientèle, j'administrais chaque fois un gramme de sulfate de quinine, mais l'expérience m'a appris que dans le pays que j'habite, 0 gr. 50 centigrammes suffisent le plus ordinairement pour enrayer pendant quelques jours les accidents fébriles. Si l'accès suivant revient, ce qui est rare, je donne de nouveau 0,50 centigrammes de quinine; puis, au lieu de donner ce médicament au bout de quelques jours et à dose progressivement décroissante, suivant les conseils de Bretonneau et de son élève M. Trousseau, je commence le lendemain, et je continue pendant un mois, à donner trois fois par jour de cinq à dix gouttes de la liqueur de Fowler, suivant l'âge et la force du sujet. Chez les enfants je n'en donne (dans de l'eau sucrée, c'est le véhicule que je préfère) que deux ou trois gouttes précédées ou non de sulfate de quinine au début. Je l'ai administrée ainsi d'emblée chez deux pauvres enfants qui étaient dans une misère profonde, et la fièvre a disparu en cinq ou six jours, ce qui ne m'a pas empêché de continuer le traitement pendant un mois comme chez l'adulte.

La liqueur de Fowler est ordinairement titrée au centième, de sorte qu'en en faisant prendre de quinze à trente gouttes par jour, on donne à peu près de 0 gr. 0075 à 0 gr. 015, c'est-à-dire de 3/4 de centigrammes à 1 1/2 centigramme d'arsenic. On pourrait sans inconvénients pousser la dose beaucoup plus loin, mais c'est ordinairement inutile.

J'ai aussi administré la liqueur de Fowler contre les névralgies et quelques autres affections; mais les succès que j'en ai obtenus sont loin d'avoir été constants, et pour le moment, je ne suis point en mesure de généraliser à cet égard, mais j'espère que plus tard je pourrai le faire.

Il me resterait à dire quelques mots du mode d'action de l'arsenic, mais comme à la campagne il est impossible de pouvoir suivre les malades pour voir agir les remèdes, je me contenterai de renvoyer le lecteur aux travaux spéciaux sur la matière.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — CONCOURS DE 1855-1856.

Première question. — « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillières et métallurgiques du royaume. » — Prix : une médaille d'or de 600 francs.

Deuxième question. — « De la coïncidence et de l'antagonisme des maladies au point de vue de la géographie médicale, et des modifications que les affections les plus répandues dans nos climats ont subies, à certaines époques, quant à leur fréquence et à leur forme. » — Prix : une médaille d'or de 500 francs.

Troisième question. — « Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations sanguines dans les maladies fébriles? » — Prix : une médaille d'or de 500 francs.

Quatrième question. — « Exposer l'état actuel de la science quant aux maladies du système nerveux chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel de ces affections. » — Prix : une médaille d'or de 500 francs.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français, et leur remise devra avoir lieu avant le 15 mars 1856.

Les mémoires manuscrits, lisiblement écrits, seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires, doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répéteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après le terme ci-dessus fixé, seront exclus du concours.

Les manuscrits des mémoires admis à concourir restent déposés dans les archives de la Compagnie comme étant devenus sa propriété; mais leurs auteurs peuvent en faire prendre des copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au secrétaire de l'Académie.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires, et que leurs auteurs auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 36. 3e ANNÉE. Samedi 24 mars 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris 23 mars.

Observations sur la duplicité monstrueuse, faites à l'occasion de la communication de M. de Quatrefages,

Par M. SERRES.

M. de Quatrefages a fait lundi dernier à l'Académie des sciences une communication fort intéressante, relative à un poisson monstrueux. Notre excellent maître, M. le professeur Serres, veut bien nous communiquer à ce sujet des remarques que nos lecteurs liront avec un vif intérêt.

La communication que M. de Quatrefages vient de faire à l'Académie offre beaucoup d'intérêt sous le rapport de la tératogénie, car elle présente le développement d'une monstruosité double observée dans ses différents temps sur un même individu, ou plutôt sur deux individus réunis qui vivent encore.

Dans cette duplicité icthyologique, la réunion des deux embryons s'opère par l'intermédiaire de la vésicule ombilicale de chacun d'eux qui se résolvent en une vésicule ombilicale unique, ainsi que le démontrent les vaisseaux omphalo-mésentériques si bien représentés par M. de Quatrefages. Chez les oiseaux, les réunions analogues s'effectuent par l'intermédiaire de l'allantoïde; chez les vertébrés, l'association des deux individus a toujours lieu entre des parties similaires de l'organisme. Ainsi c'est par la réunion des deux bassins, des deux abdomens, des deux thorax ou des deux têtes que se produisent chez eux les variétés si nombreuses de la duplicité monstrueuse. Chez l'homme en particulier, ce mécanisme autoplastique s'opère avec une précision et une constance qui se lient à la supériorité harmonique de toute son organisation.

Ces faits si nombreux et si bien observés dans ces derniers temps par les anatomistes, ont fait disparaître de la science l'hypothèse des greffes qui avait prévalu jusqu'au commencement de ce siècle, et ont prouvé également que la théorie botanique du *dédoublement* n'était point applicable aux vertébrés pour rendre raison de leur duplicité, quelque séduisante que fût d'ailleurs cette théorie si bien justifiée chez les plantes et surtout pour les fleurs; si bien justifiée encore chez les polypes, chez les infusoires, chez les zoospermes ainsi que chez les annélides, d'après les belles expériences de Bonnet et de Charles Morren.

A la vérité, les doigts surnuméraires que l'on rencontre assez fréquemment chez l'homme ont paru devoir leur origine au dédoublement des artères collatérales de l'arcade palmaire. Certains cas des monstres hétéradelphes ont également paru se prêter à cette explication, mais dans ces cas comme dans les duplicités ordinaires, deux individualités organiques se sont associées et la science ne peut admettre, avec Burdach, qu'un individu se soit fendu en deux pour les produire.

Quoi qu'il en soit, le fait le plus important qui ressort de la communication faite par M. de Quatrefages est celui de la viabilité des monstres doubles chez les vertébrés. C'est sur ce fait de la viabilité de la duplicité monstrueuse chez l'homme, que je désire arrêter un instant l'attention de l'Académie.

Ritta-Christina a vécu huit mois et quelques jours; *Philomèle et Hélène* ont vécu deux mois; *Marie-Hortense* un mois et demi; les annales de la science renferment des cas chez lesquels la vie de deux individus associés s'est prolongée bien au delà de la première enfance. Le plus remarquable est celui des deux jeunes gens qui vécurent jusqu'à l'âge de vingt-huit ans à la cour de Jacques III, roi d'Écosse (1).

De même que Ritta-Christina, ces deux jeunes gens étaient doubles supérieurement à partir de l'ombilic et simples inférieurement. De même que chez nos deux filles, lorsque l'on irritait les parties inférieures, l'impression était perçue en commun par les deux individus; lorsqu'au contraire on irritait les parties supérieures, la sensation s'isolait et devenait individuelle.

L'éducation de ces deux jeunes gens avait été très-soignée; ils excellaient l'un et l'autre dans la musique, ils avaient appris plusieurs langues, *et variis voluntatibus duo corpora secum discordia discutiebant ac interim litigabant.* Du reste, de même que chez Ritta-Christina, leur mort ne fut point simultanée. L'un des deux individus survécut plusieurs jours à l'autre, et la mort du dernier parut hâtée par la putréfaction du corps de son frère.

On conçoit, indépendamment de toute théorie, l'intérêt qui se rattache chez l'homme, à cette communauté de deux vies et l'importance qu'il y a pour deux êtres ainsi associés d'en étudier, comme je l'ai fait, les conditions anatomiques et physiologiques. Ces conditions sont simples comme toutes les œuvres de la nature, et la dualité des vies est amenée à l'unité par un procédé qui consiste à transposer tous les viscères de l'un des conjoints, tandis que ceux de l'autre conservent leur disposition normale.

Ainsi, chez Ritta, chez Philomèle, chez Marie, le foie était situé au flanc gauche, l'estomac dans l'hypochondre droit, le cœcum occupait la fosse iliaque gauche, l'S iliaque du côlon la fosse iliaque droite. Le cœur était situé à droite dans le thorax; la crosse de l'aorte se déjetait à gauche, côté auquel correspondait chez les trois enfants, le tronc brachio-céphalique. Enfin le poumon gauche offrait les deux scissures qui d'ordi-

(1) Historia rerum scoticarum, liber decimus tertius. Auctore Georgio Bochunano; Edimbourg 1490.

naire caractérisent le poumon droit. En présence de cette transposition générale des viscères de l'abdomen et de la poitrine, ceux de Christina, d'Hélène et d'Hortense n'avaient subi aucun changement de position, tous avaient conservé leurs rapports habituels ainsi que leurs connexions normales.

Dans le développement de la duplicité monstrueuse, comment s'opère cette transposition viscérale constante de l'un des enfants à côté de la régularité parfaite des viscères de l'autre? Ce phénomène duquel dépend la viabilité des enfants associés a sa cause dans l'union primitive des deux foies. Or, pour que cette union puisse s'accomplir, il faut de toute nécessité que le foie de l'un des enfants se transpose pour se trouver en présence du foie de l'enfant qui conserve sa position normale. C'est ce qui a lieu par suite de la réunion des deux veines ombilicales, qui servent en quelque sorte de *gubernaculum* à ces dispositions insolites et normales.

Le foie de l'un des enfants ayant passé de droite à gauche, on voit de suite comment et pourquoi la veine cave inférieure et les veines sus-hépatiques amènent au côté gauche du thorax l'oreillette et le ventricule du cœur situés ordinairement à droite, en même temps que la demi-rotation qu'éprouve cet organe fait passer à droite l'oreillette et le ventricule gauche ainsi que la pointe du cœur. Ces évolutions sont mécaniques, elles sont le résultat de l'union des foies et des veines ombilicales des enfants dans le cours de la vie intra-utérine.

Le fait de cette évolution de la base du cœur de l'un des enfants, malgré le voisinage de celui de son frère, a pour résultat d'isoler complètement leur circulation veineuse et pulmonaire, par conséquent de prévenir le mélange du sang veineux et artériel et la mort qui suivrait de près ce mélange.

On voit de cette manière, par quel mécanisme aussi simple qu'admirable, la nature transpose tous les viscères de l'un des enfants, au profit de la vie qui doit être commune à tous les deux.

Après avoir constaté et suivi la vie commune des poissons associés, comme le fait M. de Quatrefages, il sera très-intéressant pour la science de reconnaître les voies anatomiques par lesquelles elle s'entretient dans cette classe de vertébrés.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses;

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

In curatione prius pervestiganda est causa.
Boerhaave.

Cura secundum causas dirigenda.
J. P. Franck.

Souvent aussi la chlorose, quand elle est de longue date, finit par subir une sorte d'altération dans sa physionomie; cette remarque est surtout vraie chez les malades d'un certain âge, et, en particulier, chez les femmes qui ont atteint l'époque critique. Alors, parfois, tandis que les accidents nerveux qui en dépendent prennent un haut degré de développement, ses phénomènes propres se masquent, se larvent, pour me servir d'une expression assez à la mode. Les bruits anormaux du cœur et des carotides disparaissent d'ordinaire, et la peau prend une teinte moyenne habituelle qui n'est ni de la pâleur, ni de la coloration, quelque chose de terne dont la vue seule donne une bonne idée. Dans ces circonstances, la foule des troubles nerveux absorbe l'attention, et si l'on est habitué à ne voir dans la chlorose qu'une série de symptômes bien déterminés, bien classiques, on la méconnaît, parce que les signes, considérés comme pathognomoniques, font défaut, quoiqu'on les recherche.

Ces remarques sont essentielles, et quiconque saura observer en constatera facilement l'exactitude; mais elles ne sont pas les seules que pourrait inspirer l'étude pratique de la chlorose. Cependant, je ne puis m'étendre d'avantage sur ce sujet, quel qu'en soit l'intérêt, et d'ailleurs ces questions ont été traitées avec une grande distinction et le plus grand sens médical par MM. Pidoux et Trousseau (*loc. cit.*).

Je l'ai déjà dit, il n'est pas de cause plus commune des maladies nerveuses que la chlorose. Elle donne surtout naissance à ces affections générales, vegues, mobiles dans leurs formes, que Sydenham et beaucoup d'auteurs modernes (MM. Briquet, Gendrin, Laudouzy, Pidoux, Trousseau) rapportent à l'hystérie ou caractérisent fort bien par l'expression de *mobilité nerveuse;* que M. Sandras décrit sous le nom *d'état nerveux* (*loc. cit.* p. 18); que M. Cérise appelle *névropathie protéïforme* (1) et bien connues des gens du monde sous la dénomination ironique de *vapeurs*. L'influence de la chlorose sur le développement de cet état si commun, si pénible et qui iuspire en même temps si peu de commisération, nettement indiquée par Sydenham (*loc. cit.*) est signalée de nos jours avec la même précision par MM. Pidoux, Sandras et Trousseau. Pour ma part, j'ai recueilli dans le service de M. Sandras des faits nombreux qui déposent tous dans le même sens, et parmi lesquels j'ai choisi l'observation 1re.

Hystérie. Après avoir observé les maladies nerveuses pendant près de trois ans sur une grande échelle, je ne puis assez m'étonner du silence que gardent presque tous les auteurs à l'égard de la chlorose dans l'étiologie de l'hystérie. Il est à peine croyable qu'elle ne soit pas même mentionnée par M. Landouzy (2), dont les recherches bibliographiques paraissent avoir été si considérables. Pour moi, ce que j'ai vu me porte à croire que l'immense majorité des affections hystériques a pour point de départ la chlorose, et j'insiste énergiquement sur ce fait aussi important que peu connu. Sydenham, dans sa lettre à Guillaume Colle, établit cette étiologie avec une haute sagacité, et elle fut admise plus tard par Sauvages (3), par Bosquillon (4), et indirectement par J. P. Franck (5), mais surtout de nos jours par MM. Ashwehl, médecin de l'hôpital Guy, à Londres (6), Briquet, au moins si l'on en juge d'après la médication à laquelle il soumet beaucoup d'hystériques, Forget (de Strasbourg) (7), Bouillaud (*loc. cit.*, tom. III, p. 627), Sandras (*loc. cit.*), Trousseau et Pidoux (*loc. cit.*). Enfin, comme je l'ai dit, l'observation quotidienne confirme les assertions de ces divers auteurs, assertions qui d'ailleurs s'appliquent aussi bien à l'hystero-épilepsie qu'à l'hystérie simple.

Epilepsie. J'ai de puissants motifs pour croire que l'épilepsie se développe parfois sous l'influence de la même cause. L'expression de *cachexie*, employée fréquemment par les anciens auteurs, désignait collectivement plusieurs états morbides parmi lesquels on reconnaît assez souvent les caractères de la chlorose. Ainsi faut-il peut-être l'interpréter dans le passage suivant de Fr. Hoffmann: « Toutes les fois, en effet, que nous cherchons « dans les antécédents les causes de l'affection épileptique et des « autres affections graves et invétérées du cerveau, nous apprenons que la plupart des individus atteints de ces maladies ont « été ou hypochondriaques, ou sujets aux hémorroïdes (8), ou « mélancoliques, ou *cachectiques* (9). » Sauvages confirme cette appréciation du mot *cachexie*, en signalant en ces termes *l'épilepsie cachectique:* « C'est celle qui attaque les sujets pâles, *chlorotiques*, qui ont des obstructions, et qui est occasionnée par une sérosité âcre, salée, superflue, détenue dans le corps à cause

(1) Des fonctions et des maladies nerveuses. Paris, 1842, p. 506.

(2) Traité de l'hystérie; Paris, 1846.

(3) Nosographie méthodique, t. IV, p. 136.

(4) Cullen, Méd. prat. t. II, p. 451, annotations.

(5) Traité de méd. prat. t. II.

(6) Gaz. méd.; Paris, 1834, p. 34.

(7) Recherch. cliniq. sur les névroses, Gaz. méd.; Paris, 1849.

(8) Le mot *hemorrhoïdarios* me paraît employé par Hoffmann dans le sens de *sujet aux hémorragies*.

(9) Méd. rationn. systém. § XVI, p. 12, t. III.

de la suppression du flux menstruel (*loc. cit.*, tom. IV, p. 117). » Le docteur Ashwehl est le seul auteur contemporain qui présente l'épilepsie comme une complication de la chlorose (*loc. cit.*).

Malgré ce petit nombre d'indications, je pense que cette circonstance étiologique mérite de fixer l'attention; et, peut-être, sera-t-on de mon avis lorsqu'on aura vu combien l'anémie et la faiblesse se trouvent fréquemment mentionnées par la plupart des auteurs comme causes de cette grave affection. En outre, on ne pourra s'empêcher d'accorder quelque importance à l'observation 6e, qu'il m'est impossible de ne pas considérer comme un exemple d'épilepsie, à moins que la symptomalogie n'ait aucune valeur.

J'ai vu coïncider une seconde fois cette névrose et la chlorose chez une jeune fille, nièce de la malade dont il vient d'être question; et dans l'observation 142e, empruntée à M. Marotte, le même état diathésique dominait encore tous les accidents.

Cependant je suis loin de me croire suffisamment autorisé par ces quelques faits à admettre la chlorose au nombre des causes de l'épilepsie. Mais Hoffmann, Sauvages et, de nos jours, M. Ashwehl paraissent avoir vu des cas analogues, et cette concordance entre ces diverses observations me semble de nature à mériter quelque attention.

Chorée. Il ne faut pas chercher l'étiologie de la chorée dans les anciens auteurs qui connaissaient mal cette affection. Bien qu'elle ait été indiquée déjà vers la fin du xve siècle, et décrite par Sydenham, Sauvages et Cullen, elle n'a été l'objet d'aucun travail sérieux jusqu'à Bouteille, qui l'étudia plus complétement. Mais nulle part la chlorose ne se trouve mentionnée au nombre de ses causes; et dans les ouvrages ou recueils contemporains, c'est à peine si elle est signalée. M. Ashwehl, dont j'ai déjà cité plusieurs fois le nom et le travail, est peut-être le premier qui ait assigné cette origine à la chorée. Après lui, MM. Sandras (*loc. cit.*, tom. II, p. 518), Sée (*loc. cit.*, p. 432), Rillet et Barthez (1) en ont fait mention, quoiqu'en lui attribuant une importance variable. En outre, MM. Baudeloque, Elliotson, Bouneau, à l'exemple de Mead et de Cullen, ont fait, de nos jours, un heureux emploi des préparations martiales unies au quinquina et à l'opium. Ces citations et les faits que je suis parvenu à réunir me permettent donc d'établir que la chlorose doit occuper une place assez large dans l'étiologie de la danse de Saint-Guy.

Paralysies. On s'étonnera peut-être de voir figurer la paralysie au nombre des névroses que peut déterminer l'affection chlorotique. On chercherait, en effet, vainement dans les auteurs, si j'en excepte MM. Ashwehl, Sandras et Beau (2), la moindre indication de cette coïncidence. Mais, outre l'assertion des trois habiles médecins que je viens de citer, je suis en mesure de prouver par des faits nombreux la fréquence de cette complication de la chlorose. Dans un mémoire de concours pour le prix de l'Académie impériale de médecine (1853), et qui sera publié prochainement, j'ai présenté une quinzaine d'observations confirmatives de ce fait, et je crois devoir reproduire ici l'une d'entre elles (observation 9e). D'ailleurs, on ne rencontre pas seulement en pareille circonstance la paralysie du mouvement, mais aussi, et très-fréquemment, celle du sentiment, surtout l'analgésie, que l'on a l'habitude de rapporter à l'hystérie. Je crois même être parvenu à démontrer qu'une grande partie de ces paralysies fixes, dites hystériques, sont bien réellement chlorotiques, et guérissent par un traitement tonique et ferrugineux convenablement dirigé.

Nevralgies, gastralgies, dyspepsie. Il est à peine nécessaire d'insister sur la nature chlorotique d'un grand nombre de névralgies, que presque tous les auteurs signalent comme l'une des complications les plus habituelles de la chlorose, et contre lesquelles les préparations ferrugineuses avaient été employées à Londres avec succès dès 1812 par Benjamin Hutchinson, mais d'une manière tout empirique. Aussi me bornerai-je à cette simple indication, sans chercher à démontrer un fait si généralement reconnu. J'appliquerai les mêmes reflexions à la *gastralgie* et à la *dyspepsie* nerveuse qui, souvent causes elles-mêmes de la chlorose, lui sont au contraire consécutives dans un grand nombre de cas.

(1) Traité des maladies des enfants ; Paris, 1853, t. II, p. 587.

(2) Leçons sur la dyspepsie recueillies par M. Thibierge, *Moniteur des hôpitaux*, p. 644.

Errata. — Une erreur typographique s'est glissée dans la première partie du mémoire de M. Landry (N° 24, p. 189, 54e ligne). Au lieu de lire : « Les affections nerveuses ne sont pas des maladies, mais de simples expressions morbides, manifestations de divers états organiques originels ou acquis, » lisez seulement : « *Les affections nerveuses ne sont pas des maladies, mais de simples expressions morbides.* »

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIMIE MÉDICALE.

DU FER DANS LES URINES NORMALES ET DANS LA SUEUR,

Par MM. Viale et Latini, professeurs à l'Université de Rome.

MM. les professeurs Viale et Latini ont publié dernièrement dans *la Correspondance scientifique de Rome* un mémoire important sur l'existence du fer dans les urines et dans la sueur. Les conclusions auxquelles ils ont été conduits, nous ont paru mériter l'attention des savants et des cliniciens.

En 1841, M. Donné annonçait à l'Académie des sciences de Paris qu'une certaine quantité de fer existait dans les urines normales. Mais cette assertion n'étant pas appuyée sur des expériences démonstratives, trouva peu de crédit parmi les chimistes, et fut directement combattue par Becquerel et Lhéritier.

Les auteurs des nouvelles recherches ont d'abord fait des expériences sur les urines de deux femmes chlorotiques, qui, quelques jours avant, avaient été traitées au moyen de préparations ferrugineuses. Ces urines furent soumises à l'action du feu, et le charbon qui en résulta, traité par l'acide chlorhydrique allongé, puis avec le cyanure de potassium et de fer jaune, ne donna aucune réaction. Afin de détruire toute molécule organique adhérente, une autre partie de ce même charbon exposée à un feu ardent fut également traitée par l'acide chlorhydrique, et la solution qui en résulta, après avoir été filtrée et évaporée, offrit, sans qu'on eût employé de cyanures, une coloration bleue dans le résidu sec. Ces premiers essais engagèrent MM. Viale et Latini à faire des expériences comparatives pour connaître s'il y avait du fer dans les urines normales.

Trois onces d'urine d'un homme sain qui n'avait pris aucune préparation ferrugineuse furent soumises à l'épreuve : ayant acquis d'abord la consistance du miel, elles furent réduites en charbon au feu d'une lampe à esprit-de-vin, et mises ensuite dans un creuset fermé. Le charbon qui en résulta fut mis dans de l'eau distillée, acidulée d'acide chlorhydrique très-pur, puis exposé au feu d'une lampe à esprit-de-vin jusqu'à ébullition, prolongée pendant quelques minutes; après quoi l'on passa le tout au filtre préalablement mouillé d'acide chlorhydrique allongé. Quelques gouttes de cyanure jaune de potassium et de fer furent versées sur le liquide devenu clair et froid, et l'on obtint une couleur bleue avec un précipité abondant de la même couleur. Cette première expérience indiquait la présence du fer. Les épreuves de comparaison démontrèrent ensuite jusqu'à l'évidence que l'effet de ces réactions n'appartenait pas à la décomposition du cyanure de fer et de potassium employé, mais plutôt à l'existence du fer dans les urines.

Les observations coïncidaient avec ce qui avait été plusieurs fois remarqué par les auteurs, et par d'autres chimistes distingués. En effet, sans faire mention de l'oxyde de fer trouvé par Reel dans le conduit thoracique d'un homme pendu, et par Simon dans le chyle de trois chevaux nourris d'avoine et de petits pois, nous rappellerons que M. Thénard avait constaté la

présence de ce métal dans la sueur, et les auteurs de ce mémoire avaient déjà trouvé des traces de fer très-évidentes dans la masse musculaire du cœur, dans le foie, la rate, les os, et surtout dans l'ivoire après les avoir réduits en cendre.

MM. Viale et Latini évaluent la quantité de fer contenue dans les urines qu'un homme adulte rend dans les vingt-quatre heures à 0,0279014 + 0,0279014 = 0,0558028 grammes.

Ils ont voulu aussi s'assurer si un autre métal, qui s'allie souvent au fer, c'est-à-dire le manganèse, se retrouvait également dans les urines normales. Pour y parvenir, on fit une solution dans l'eau d'une certaine quantité de sulfate de fer, et la solution évaporée à siccité fut reprise ensuite avec l'eau distillée. Suivant la méthode de Trum, ils mirent dans un tube de verre de l'acide de plomb, puis de l'acide nitrique allongé, et enfin la solution de fer qui devait être explorée. Le tube ayant été exposé à l'action d'une lampe à esprit-de-vin, et la réaction vive, qui a lieu lorsque l'acide de plomb se trouve uni à l'acide nitrique, ayant cessé, l'on vit s'élever du liquide une couleur rosée, indice certain d'une quantité, quoique infiniment petite, de manganèse dans les urines.

Par d'autres expériences MM. les professeurs Viale et Latini purent constater la quantité d'ammoniaque qui est contenue dans les urines. Ils en reconnurent une quantité plus grande que n'en trouvèrent Berzelius, MM. Liebig et Boussingault, puisque sur vingt millimètres de liquide ils obtinrent 0,027405 grammes d'ammoniaque.

Pour ce qui concerne la sueur, ce fluide sécrété qui ne diffère pas beaucoup de l'urine quant aux principes constitutifs dont il est composé, l'existence du fer y avait été remarquée par MM. Thenard et Anselmin. Les professeurs Viale et Latini en soupçonnèrent l'existence par la couleur que prend la peau mise en contact avec le cuir tel qu'on l'emploie pour les chaussures, et de ce seul indice ils conclurent que l'emploi de l'acide tannique aurait pu résoudre la question, et détruire les difficultés qui s'y opposaient. Pour soumettre cette conjecture aux épreuves de l'expérience, ils prirent une petite bourse carrée de drap, avec une ouverture interne de deux pouces également carrés. Ce tissu préalablement délivré de toute partie de fer qu'il pût contenir au moyen d'une solution d'acide chlorhydrique et avec de l'eau distillée, fut rempli d'acide tannique, et suspendu au cou d'une personne de manière à la lui faire tomber sur la poitrine. L'expérience dura un mois; au vingtième jour, la partie de la flanelle superposée à la petite bourse prit une couleur bleue foncée, laquelle, dissipée avec l'acide oxalique, fit reconnaître l'existence du fer dans la sueur.

Au trente-unième jour, la même petite bourse fut exposée dans un creuset et pendant une heure à la chaleur d'une lampe à esprit-de-vin. Le résidu qui se forma au fond fut dissous dans l'eau acidulée d'acide chlorhydrique très-pur.

La solution fut filtrée après avoir été lavée avec l'acide chlorhydrique allongé, dont l'excédant fut diminué par l'union de l'ammoniaque jusqu'à ce que la solution pût réagir légèrement sur le papier de tournesol : alors on ajouta quelques gouttes de solfo-hydrate d'ammoniaque, et l'on eut en effet un abondant précipité d'une couleur foncée.

La solution fut filtrée, et l'on versa d'abord de l'eau distillée, puis de l'alcool bouillant sur la partie insoluble. Une fois le sulfure de fer délivré de tout mélange d'avec le soufre, l'on procéda à l'évaluation de son poids qui était de 0,036500 grammes.

Ainsi, d'après les calculs et les déductions nécessaires, l'on pourrait en conclure que la quantité de fer que perd notre corps, par suite des diverses sécrétions, s'élève pendant le cours de trente et un jours, à 41 degrés 53′54″ de latitude, dans le mois le plus chaud de l'année, et sur un homme d'un âge mûr, s'élève, dis-je, à 1,58757 grammes, tandis que celle que l'on rend pendant vingt-quatre heures est de 0,1512420 grammes.

Il ne restait plus qu'à reconnaître, ajoutent les auteurs du mémoire, si le fer que l'on retrouve dans la sueur est uni au manganèse, ainsi que nous l'avons constaté dans les urines. C'était une entreprise difficile, et la petite quantité de fer n'était pas propre à nous rassurer sur le succès de cette expérience. Cependant nous étant servi, comme pour décomposer les urines, de la méthode de Trum, une légère teinte rosée que la réaction nous fit reconnaître, nous engageait plutôt à admettre qu'à rejeter la présence de ce métal.

De tout ce qui précède, les auteurs pensent que l'on peut conclure :

1° Qu'il y a toujours une certaine quantité de fer dans les urines normales;

2° Qu'elle est égale dans les vingt-quatre heures à 0,0558028 grammes;

3° Qu'une quantité remarquable de fer est contenue dans la sueur;

4° Qu'au 41°′ 53 54″ de latitude, le fer qui se reproduit dans la sécrétion du système cutané est pendant les vingt-quatre heures de 0,0512120 grammes;

5° Que pendant le mois le plus chaud de l'année, l'homme d'un âge mûr perd dans les vingt-quatre heures, par l'effet de l'une et de l'autre sécrétion, 0,1070148 grammes;

6° Que ce métal contenu dans les urines et dans la sueur est probablement uni au manganèse, comme il l'est dans les os;

7° Que le fer fait probablement partie des molécules organiques dans les urines et dans la sueur;

8° Que la couleur bleue, que l'on remarque quelquefois dans les urines et celle que prend la peau dans certaines maladies, pourrait être attribuée à une modification de l'action moléculaire organique dans ses principes constitutifs, probablement due au passage de l'état de cyanate à celui de cyanure (1);

9° Que le fer que l'on rend par la sueur dans l'été est moindre que celui que l'on perd par les urines de 0,0035908 grammes;

10° Que le carbone rendu par les urines en un jour, sans compter celui qui est enlevé par les carbures d'hydrogène et par les oxydes de carbone, est égal à 4,092 grammes;

11° Que l'ammoniaque qu'on peut séparer de ce produit de la secrétion urinaire est égale à 2,05536 grammes;

12° Que ce même liquide contient une huile empyreumatique qui, après avoir été distillée à sec, répand une odeur de musc très-sensible à l'odorat;

13° Que les urines contiennent des parties de manganèse;

14° Que l'on a des raisons pour admettre plutôt que pour exclure la présence de ce dernier métal dans le produit de la transpiration.

---

(1) Dans le choléra asiatique, les médecins ont surtout constaté trois conditions morbides, savoir : l'oxygénation du sang diminuée, le refroidissement du corps, la suppression des urines, la couleur bleue du système cutané ou la cyanose. La température du corps est diminuée, parce que les 1015 grammes d'oxygène ordinairement absorbés dans les vingt-quatre heures par un homme sain ne se combinent plus avec le carbone, quelle que soit la forme sous laquelle cet élément se trouve combiné dans le corps humain; l'oxygénation du sang ne s'effectue pas en grande partie; dès lors la même quantité d'oxygène n'étant pas consommée dans un temps préfixé, le degré de chaleur doit proportionnellement diminuer. L'urée, qui est un des principaux produits de l'oxygénation du sang, c'est-à-dire de la combinaison de l'oxygène avec le carbure d'azote (cyanogène) et avec l'ammoniaque, ne doit pas se former du tout, ou bien elle ne doit se produire qu'en très-petite quantité. Car les reins ne peuvent pas séparer du sang un produit qui n'y existe pas, si, comme Stots, on veut admettre son existence dans ce liquide. Dès lors le carbure d'azote qui, par sa combinaison avec le fer, constitue la molécule organique, ne passant pas à l'état d'oxyde, c'est-à-dire ne pouvant pas être brûlé, doit former un sesqui-cyanure de fer, d'où résulte la couleur bleue ou la cyanose.

Discussion à propos du traitement de la variole.

Suite du discours de M. le Professeur Bouillaud à l'Académie de Médecine.

ARTICLE QUATRIEME.

Du vitalisme. — Des écoles de Paris et de Montpellier. — (Bichat, Barthez, M. Lordat, etc.)

I.

Les questions que nous devons examiner ici, roulent sur les principes les plus élevés de la science de l'homme. Dans ces hauteurs de la physiologie, on se trouve en quelque sorte au milieu des nuages et on est exposé à éprouver quelques vertiges. Tâchons de ne pas chanceler, et que le fil d'une saine philosophie, comme celui d'Ariane, nous serve de guide dans les sentiers obscurs où nous allons marcher. Je commencerai par rappeler ce que MM. Bousquet et Piorry ont dit à l'Académie au sujet du spiritualisme ou psychologisme médical; je parlerai ensuite du *vitalisme* des écoles de Paris et de Montpellier, tels qu'ils étaient à la fin du siècle dernier et dans les premières années du siècle présent, et tels qu'on nous les représente dans ces derniers temps. Toutefois, avant de traiter ce dernier sujet, je reviendrai brièvement sur les doctrines anatomo-physiologiques des Morgagni, des Bichat, des Corvisart, des Pinel, des Laënnec, des Broussais, telles que je les ai esquissées dans la discussion sur le cancer, attendu qu'elles ont été attaquées dans un *journal* qui semble vouloir s'arroger le privilége, le monopole du vitalisme et de l'hippocratisme.

J'ai, sous tous les rapports, grand besoin d'indulgence, et je fais un acte ici dont j'aurais bien dû m'abstenir.

Entrons maintenant en matière. M. Bousquet a dit que « spiritualiste en physiologie, M. Piorry est matérialiste à l'excès en pathologie. » M. Piorry lui répond en ces termes : « Plus que personne, je suis le défenseur de cette grande pensée, que l'âme, sous l'influence divine, est le promoteur de la formation organique. » Cette réponse ne satisfait guère M. Bousquet, car il réplique ainsi : M. Piorry se comprend sans aucun doute; pour moi, je m'incline et je n'insiste pas sur ce point. Il faut dire cependant ce que devient l'âme de M. Piorry. Après avoir créé l'organisation, elle prend son vol, et le médecin reste en présence de l'organisation ; il n'a d'action que sur l'organisation...

Cela dit, j'écarte respectueusement l'âme de ces débats. J'approuve notre confrère, et j'aurais dû l'imiter. Mais alors, il fallait renoncer à traiter lè sujet du vitalisme, comme on le verra dans son second discours, consacré à la réfutation de celui de M. Bousquet.

M. Piorry s'exprime ainsi : « En admettant que l'âme est le point de départ de l'organisation, j'ai émis une proposition discutable, sans doute, mais fondée sur des faits et qui n'a elle-même rien d'obscur dans l'expression. Me demander ce que devient cette âme après que l'organisme est formé, c'est me poser une question insoluble ; mais ce que je dirai, c'est qu'il serait encore plus clair d'admettre comme établi, que cette âme continue à présider à l'harmonie des organes et des fonctions, que de supposer l'existence d'un *principe vital*, de forces qui en seraient distinctes; ajouter que c'est cette influence de l'âme sur la matière organisé qui constitue la vie, c'est donner de celle-ci une définition plus exacte que la plupart de celles qui en ont été données, et qui ont été parfois inintelligibles. »

Je conviendrai volontiers que la définition de notre honorable collègue peut être préférée à celle de Virey, qu'il nous a citée, et que l'on peut placer au premier rang de celles qui *ont été parfois inintelligibles*. Mais si la définition de M. Piorry l'emporte sur celle de Virey, je suis obligé de reconnaître, avec M. Bousquet, qu'elle laisse néanmoins beaucoup à désirer sous le rapport de la précision et de la clarté, ces deux qualités essentielles de toute bonne définition. M. Piorry convient lui-même que considérer, avec lui, *l'âme comme le point de départ de l'organisation*, c'est là une proposition discutable. Il ajoute que lui demander ce que devient cette âme, après que l'organisme est formé, c'est lui poser une question insoluble, et je pense que l'Académie tout entière sera de son avis. Mais je ne sais pas trop si cette *docte assemblée* sera de son avis encore, lorsque M. Piorry affirme « qu'il serait encore plus clair d'admettre comme établi, que cette âme continue à présider à l'harmonie des organes et des fonctions, que de supposer l'existence *d'un principe vital*, de forces qui en seraient distinctes, et que c'est cette influence de l'âme sur la matière organisée qui constitue la vie. » Nous verrons en effet, bientôt, que l'âme, telle que la conçoit ici M. Piorry, est, d'après Barthez, essentiellement distincte du principe vital proprement dit, et du ressort spécial de la métaphysique et de la théologie.

Nous verrons ensuite que M. Lordat, l'auteur de la théorie du double *dynamisme*, adoptant, peut-être à son insu, les systèmes de Bichat et de Barthez, qu'il exprime d'une manière brillante et poétique, admet dans l'homme l'existence de deux âmes, dont l'une, de *seconde majesté*, fait la vie du corps humain et ne participe pas a l'immortalité de l'autre, *qui dessert la raison et la volonté*.

Sans m'expliquer plus longuement ici sur cette grave question, que nous retrouverons un peu plus loin, je dirai seulement que l'opinion des Barthez et des Lordat me paraît plus satisfaisante que celle de M. Piorry et de tous ceux qui, avant lui, Stahl en particulier, enseignent qu'une seule et même âme préside à tous les phénomènes du corps humain vivant. En effet, il est une grande classe de phénomènes que les végétaux ont en commun avec les animaux et l'homme, et de là le nom de vie végétative (vie organique de Bichat), que l'on a donné à l'ensemble de ces phénomènes et des forces qui les régissent. Or, en conscience, peut-on dire que les végétaux ont une âme semblable à celle des animaux et surtout à celle de l'homme (1)?

II.

Mais passons à un autre sujet, savoir : le parallèle des *doctrines vitalistes* de Barthez et de Bichat, ces deux grands représentants des écoles de Montpellier et de Paris, à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci. Nous allons mettre en regard les principes fondamentaux de l'un et de l'autre, et ce ne sera pas sans quelque surprise que l'Académie les trouvera essentiellement les mêmes.

THÉORIE OU PROFESSION DE FOI DE BARTHEZ.

1° La science de l'homme a fait peu de progrès jusqu'à présent, et même beaucoup moins à proportion que n'en ont fait d'autres sciences utiles.

La cause de cette différence me paraît être qu'on a négligé, dans l'étude de l'homme, les règles fondamentales de la vraie méthode de philosopher.

2° On ne peut attendre de grands progrès dans une science où la méthode philosophique a été négligée, que lorsqu'on y renouvelle le corps entier de la doctrine, conformément aux vrais principes de cette méthode (2).

Je me propose de donner dans cet ouvrage un essai de la forme nouvelle que doit prendre la physiologie ou la *science de la nature humaine*.

3° La philosophie naturelle a pour objet, la recherche des causes des phénomènes de la nature ; *mais seulement en tant qu'elles peuvent être connues d'après l'expérience*. Les phénomènes de la nature ne peuvent nous faire connaître la *causalité* ou l'action nécessaire des causes dont ils sont les effets, mais seulement nous manifester l'ordre dans lequel ils se succèdent, nous dire quelles sont les règles que suit la production de ces effets, et non ce qui constitue la nécessité de cette action (3). De là, il suit que dans la philosophie naturelle, on ne peut connaître les causes générales que par les *lois que l'expérience réduite en calcul* a découvertes dans la succession des phénomènes. *On peut donner* à ces causes générales, que j'appelle *expérimentales*, ou qui ne sont connues que par leurs lois que donne l'expérience, *les noms synonymes et pareillement indéterminés de principe, de puissance, de force, de faculté*, etc.

---

(1) Je dis surtout celle de l'homme. C'est que je suis de ceux qui tout en considérant l'homme comme faisant partie du règne animal, pensent qu'entre l'espèce humaine et les espèces animales qui s'en rapprochent le plus, il y a un intervalle immense, un véritable abîme, un espace aussi grand, oserai-je le dire? qu'entre l'homme lui-même et Dieu, qui daigna cependant le former *à son image*.

(2) C'est ainsi, ajoute Barthez, que le vice essentiel de la manière de philosopher, qui régnait au temps de Baur, avait rendu nécessaire une semblable réforme dans les sciences, et faisait dire, avec juste raison à ce philosophe : qu'il fallait en reconstruire le système entier, depuis les premiers principes (*instauratio facienda est ab unis fundamentis*).

(3) On entend par cause, selon Barthez, *ce qui fait* que tel phénomène vient toujours à la suite de tel autre, ou *ce dont l'action* rend nécessaire cette succession qui est d'ailleurs supposée constante. L'idée de la *force nécessaire qu'un phénomène* a pour en produire un autre qu'on voit lui succéder constamment, n'est point sans doute une *idée innée ;* mais elle est une notion que l'homme est porté à se former spontanément à l'occasion des idées qui nous viennent par les sens.

Ce passage contient des termes mal définis, et offre par conséquent

4° Toute explication des phénomènes naturels ne peut en indiquer que *la cause expérimentale*. Expliquer un *phénomène*, se réduit toujours à faire voir que les faits qu'il présente se suivent dans un ordre analogue à l'ordre de succession d'autres faits qui sont plus familiers, et qui dès lors semblent être plus connus (1).

5° C'est ainsi qu'après avoir trouvé que la pesanteur et la force centripète de la lune suivent une même loi dans leurs effets, Newton a dit que leur cause commune est la gravitation.

Les progrès de l'astronomie ont ramené à un petit nombre de causes expérimentales, l'immense variété des effets observés dans la physique céleste; et la simplicité de ces ressorts nous présente maintenant dans tout son jour la beauté du plus grand spectacle de la nature.

6° Dans les premiers pas de toute science naturelle, les causes expérimentales que font connaître les lois observées dans la succession des phénomènes ne peuvent être qu'en grand nombre.

7° Il est également nuisible à la marche des sciences naturelles d'y trop étendre le nombre de ces causes, ou de le trop resserrer. Les anciens ont eu trop de facilité à multiplier, dans l'étude de la nature, le nombre des causes expérimentales. La plupart des modernes sont tombés dans un défaut opposé.... Quelques-uns ont ainsi voulu réduire à une seule force les *facultés occultes* des anciens, qu'ils croyaient d'ailleurs pouvoir détruire entièrement (2).

8° Dans toute science naturelle, les hypothèses qui ne sont point déduites des faits propres à cette science...... doivent être regardées comme contraires à la bonne méthode de philosopher (3). On ne doit pas employer des principes étrangers aux faits qui sont l'objet de cette science.

9° Le plus grand nombre des physiologistes du dernier siècle a cru pouvoir expliquer tous les phénomènes de la physique des animaux, par des principes de mécanique ou de physique générale... Cette secte des mécaniciens a été très-bien réfutée par Sthal et les autres anatomistes... Pour rendre compte des principaux phénomènes de la santé et des maladies, ils ont cru qu'il suffisait de recourir à l'influence de l'âme pensante, qui était la seule cause d'action spontanée dans toutes les parties du corps.

Mais les faits ne démontrent d'aucune manière que tous les mouvements qui s'exécutent dans le corps vivant (sans être sensiblement dépendants de la volonté) soient causés par le même être pensant dont l'influence détermine les mouvements volontaires (4).

La bonne méthode de philosopher dans la science de l'homme, exige qu'on rapporte à un seul principe de vie dans le corps humain, les forces vivantes qui résident dans chaque organe, et qui en produisent les fonctions, tant générales, de sensibilité, de nutrition, etc., que particulières, de digestion, de menstruation, etc. (1).

Ma doctrine, sur les points les plus importants de la physiologie, est très souvent diamétralement opposée aux dogmes qui sont propres aux mécaniciens (Bellini et Boerrhaave), à Van-Helmont, à Stahl, à Lacase, et elle est toujours essentiellement différente de toutes les doctrines connues jusqu'à ce jour (1806).

THÉORIE OU PROFESSION DE FOI DE BICHAT.

1° L'époque de Newton, si remarquable pour les sciences physiques, fut nulle pour les sciences physiologiques : que dis-je ! elle recula leurs progrès. On ne vit bientôt qu'attraction et qu'impulsion dans les phénomènes vitaux.

L'impulsion donnée à la science (par là Bichat entend l'ensemble des principes qui dirigent les auteurs) doit être désormais absolument différente dans les livres physiologiques et dans les livres physiques. Il faudrait, pour ainsi dire, un langage différent.

2° L'ouvrage que j'offre au public lui paraîtra, je crois, nouveau..... sous le rapport des principes qui en constituent la doctrine, laquelle ne porte précisément l'empreinte d'aucune de celles qui règnent en médecine et en physiologie.

3° Les sciences physiques et physiologiques ont pour objet la recherche des phénomènes et des propriétés des êtres inorganiques et des êtres organiques (2). Telle est l'immense influence de ces propriétés, qu'elles sont le *principe* de tous les phénomènes. Il ne faut pas remonter au delà d'elles dans nos explications, elles offrent les *principes*, et ces explications doivent en être déduites comme autant de conséquences. Les sciences physiques, ainsi que les physiologiques, se composent donc de deux choses : 1° de l'étude des phénomènes, qui sont les effets; 2° de la recherche des connexions qui existent entre eux et les propriétés physiques ou vitales qui sont les causes.

4° Partout dans les sciences physiologiques, dans la pathologie, dans la thérapeutique, etc., ce sont les *lois* vitales qui président aux innombrables phénomènes dont ces sciences sont l'objet; il n'est pas un seul de ces phénomènes qui ne découle de ces *lois* essentielles et fondamentales, comme de sa source. Si je parcourais toutes les divisions des sciences physiques, vous verriez de même les *lois* physiques être, en dernier résultat, le principe unique de tous leurs phénomènes. Mais cela est si connu, qu'il serait superflu de s'y arrêter (3).

5° Newton remarqua l'un des premiers, que quelque variables que

---

un peu d'obscurité (qu'est-ce que la *force d'un phénomène* pour en produire un autre ?).

Barthez aurait pu dire plus clairement que l'idée de force (innée ou non, ce que je n'examine pas ici) est une de ces idées *primordiales, élémentaires*, aussi *naturelle* que celles de *corps*, de *temps*, d'*espace*, et qui n'ont pas besoin d'explications, par cela même qu'elles sont *primordiales*.

(1) Un *phénomène qui présente des faits !* encore un défaut de précision et de clarté dans les termes.

(2) N'est-il pas curieux de voir Barthez, c'est-à-dire le physiologiste qui, en physiologie, *avait réduit à une seule force* (son *principe vital*), combattre l'*unité* de *forces* ou de *principes* en matière de *physique?* Il triomphe, d'ailleurs, dans cette sorte de combat philosophique.

(3) A l'appui de ce principe, Barthez cite l'exemple de Kepler, lequel pressentant qu'il devait exister un rapport, dans les révolutions des planètes, entre les temps de ces mouvements et les distances de ces planètes au soleil, essaya d'abord, mais en vain, des applications de la géométrie et de la musique à l'astronomie ou à la mécanique céleste. Cet astronome célèbre poursuivit plus tard la même recherche, en comparant des rapports des *puissances*, ou semblables ou diverses, des nombres qui expriment les temps des mouvements des planètes et leurs distances moyennes au soleil, et réussit enfin à trouver cette *loi* qui porte son nom, savoir : que les *quarrés des temps périodiques des révolutions des planètes sont comme les cubes de leurs distances moyennes au soleil.*

(4) « Cela est même d'autant moins probable, ajoute Barthez, que la nature et les facultés essentielles de cet être n'ont été jusqu'ici définies que par des notions *purement métaphysiques* ou *théologiques.* » Selon lui, dans l'état actuel de nos connaissances sur l'homme, *on doit rapporter les différents mouvements qui s'opèrent dans le corps vivant à deux principes différents, dont l'action n'est point mécanique, et dont la nature est occulte : l'un est l'âme pensante, et l'autre est le principe de la vie.*

(1) Van Helmont, dit Barthez, prétendait que chaque organe du corps humain, comme la matrice, la rate, etc., a une vie qui lui est propre et innée depuis le commencement du fœtus; et que la vie commune de tout le corps doit être considérée comme distincte, et comme existant séparément de ces vies particulières. Mais rien ne prouve, ajoute Barthez, que les causes des fonctions de ces organes ne puissent être rapportées aux facultés d'un seul principe vital, modifié et déterminé dans ses opérations par l'organisation propre à chacun d'eux, et que ces causes particulières doivent exister hors de ce principe. La supposition de ces *êtres factices* ne peut que multiplier vainement le nombre des causes occultes et le porter au delà de ce qui peut être utile aux vrais progrès de la science de l'homme.

Il ne faut pas confondre la *vie commune* des organes avec les fonctions spéciales confiées à chacun d'eux.

(2) Pour la connaissance complète de ces êtres, à ces sciences relatives aux phénomènes et aux propriétés (astronomie, physique, chimie, etc., pour les êtres inorganiques; physiologie animale, physiologie végétale, médecine pour les organiques), Bichat ajoute deux autres classes de sciences relatives aux formes extérieures et intérieures (minéralogie, etc., pour les corps inorganiques ; botanique, anatomie, zoologie pour les corps organiques.)

(3) On voit que, dans ce passage, Bichat donne au mot *lois* la même signification qu'à celui de *propriétés*. En cela, il *paraît* s'éloigner beaucoup de Barthez, qui se garde bien de confondre les *lois* avec les *causes générales* qu'il appelle expérimentales, lesquelles *causes générales* ne sont autres que les *propriétés générales* de Bichat, expression qui rentre, en tant que synonyme de celle de *facultés*, parmi les noms indéterminés que Barthez permet d'employer pour désigner les causes générales. Mais c'est par une pure inadvertance que Bichat substitue ainsi le mot *lois* à celui de *propriétés*, ou de *forces*, ou de *facultés*, ou de *principes*. En effet, en parlant plus loin des phénomènes physiques, il dit, comme Barthez, qu'on les *calcule*, que l'attraction a constamment lieu en raison inverse du carré des distances, cette grande loi découverte par Newton.

ussent les phénomènes physiques, tous se rapportent cependant à un certain nombre de principes. Il prouva surtout que la *faculté d'attirer*, joue parmi eux le principal rôle. Attirées l'une par l'autre et par leur soleil, les planètes décrivent leurs courbes éternelles ; attirés au centre de la nôtre, les eaux, les airs, les pierres, etc., se meuvent ou tendent à se mouvoir pour s'en approcher : idée sublime sans doute, que celle qui servit tout à coup de base à toutes les sciences physiques. Rendons grâce à Newton ; il a trouvé le premier le secret du créateur, savoir : la simplicité des causes réunie à la multiplicité des effets.

6° Pendant longtemps, dans les sciences physiques et physiologiques, chaque fait observé était pour ainsi dire l'objet d'une hypothèse particulière....

7° C'est le propre de tous ceux qui ont une idée générale, de vouloir ployer tous les phénomènes à cette idée. Le défaut de trop généraliser a peut-être plus nui à la science que celui de ne voir chaque phénomène qu'isolément.

8° C'est un contre-sens dans les sciences physiques et physiologiques que de les entremêler. Comme les sciences physiques ont été perfectionnées avant les physiologiques, on a cru éclaircir celles-ci en y associant les autres : on les a embrouillées. C'était inévitable ; car appliquer les sciences physiques à la physiologie, c'est expliquer par les *lois* (1) des corps inertes les phénomènes des corps vivants. Or, voilà un principe faux. J'en excepte cependant les cas où le même organe devient le siége des phénomènes vitaux et physiques (2).

9° Brillant de génie, Boerrhaave (le chef de l'école mécanicienne) se laissa éblouir par un système qui éblouit aussi tous les esprits de son siècle.... Moins brillant que profond, Stahl forma pour les sciences physiologiques une époque plus digne de remarque que celle de Boerrhaave. Il sentit la discordance des lois physiques avec les fonctions des animaux : c'était le premier pas pour la découverte des lois vitales ; il ne fit pas cette découverte.

L'âme fut tout pour lui dans les phénomènes de la vie : c'était beaucoup de négliger l'attraction, l'impulsion, etc. Stahl sentit ce qui n'était pas le vrai ; le vrai lui-même lui échappa. Plusieurs auteurs ont

(1) Bichat confond encore ici le mot *lois* avec celui de *propriétés*, *facultés*, *forces*, etc.

(2) Les exemples de ce double rôle des organes sont vraiment innombrables, et Bichat a trop souvent attribué à ses propriétés vitales des phénomènes organiques évidemment produits par des propriétés, ou des *forces*, ou des puissances physiques. Je n'en citerai que l'exemple suivant, qu'on trouve dans l'un des paragraphes relatifs à la circulation des systèmes capillaires. Il y soutient, contrairement aux expériences les plus positives, que tout vaisseau organisé admet ou rejette les fluides qui y abordent, selon que la *vitalité* de ce vaisseau peut ou non en supporter la présence ; que toute disproportion de capacité est étrangère à ce phénomène. « Un vaisseau, poursuit-il, en aurait quatre fois plus que les molécules d'un fluide, qu'*il refuse* de les admettre si ce fluide est hétérogène à sa sensibilité. C'est sous ce point de vue que la théorie de Boerrhaave offrait un grand défaut. A l'époque où ce médecin écrivait, les *forces vitales* (ici Bichat, contrairement à son langage accoutumé, emploie les mots de *forces vitales* pour ceux de *propriétés vitales*) n'avaient point encore été analysées. Il fallait bien employer les forces physiques pour expliquer les phénomènes vitaux : d'après cela, il n'est pas étonnant que toutes ses théories aient été si incohérentes. En effet, dans les phénomènes vitaux, les théories empruntées des *forces* physiques (encore le mot *forces* sous la plume de Bichat) présentent la même insuffisance qu'offriraient, dans les phénomènes physiques, les théories empruntées des *lois vitales* (voilà maintenant le mot *lois* pour celui de propriétés ou forces vitales). Que diriez-vous si, pour expliquer les mouvements des planètes, des fleuves, etc., on se servait de l'irritabilité, de la sensibilité ? Vous ririez : riez donc aussi de ceux qui, pour expliquer les fonctions animales, emploient la gravité, l'impulsion, l'inégalité de la capacité des conduits, etc. » Dans ce passage, écrit, comme tant d'autres, avec trop de rapidité, Bichat commet les erreurs les plus graves. Sans doute il faudrait rire avec lui de ceux qui expliqueraient le sentiment, la volonté, la pensée, etc., par la *gravité*, l'impulsion, etc. ; mais, parmi les phénomènes de la circulation en général et de la circulation capillaire en particulier, sans préjudice de ceux qui sont réellement vitaux, il en est dans lesquels l'*impulsion*, la *gravité* ou *pesanteur*, l'inégalité de capacité des conduits, etc., jouent un rôle plus ou moins essentiel, et c'est des physiologistes qui n'en tiennent pas compte qu'il faudrait rire. Qui ne connaît les belles recherches de M. Isidore Bourdon d'abord, de M. Gerdy plus tard, sur l'influence de la *pesanteur* dans la circulation, et qui n'en a pas constaté la réalité ?

marché sur ses traces, en rapportant à un principe unique, diversement dénommé suivant chaque auteur, tous les phénomènes vitaux.

Ce principe, appelé *principe vital* par Barthez, *archée* par Van-Helmont, etc., est une abstraction qui n'a pas plus de réalité que n'en aurait un principe également unique qu'on supposerait présider aux phénomènes physiques. Parmi ceux-ci, les uns dérivent de la gravité, les autres de l'élasticité ; d'autres des affinités, etc. De même, dans l'économie vivante, il en est qui dérivent de la *sensibilité*, d'autres de la *contractilité*..... L'art doit beaucoup à plusieurs médecins de Montpellier pour avoir laissé les théories Boerrhaaviennes, et avoir plutôt suivi l'impulsion donnée par Stahl (1) ; *mais en s'écartant du mauvais chemin, ils en ont pris de si tortueux, que je doute qu'ils y trouvent un aboutissant.*

III.

Il résulte de ces passages de Bichat et de Barthez que sous les rapports les plus fondamentaux de la science de l'homme, ces deux illustres physiologistes, loin d'avoir fondé à deux écoles essentiellement différentes ou diamétralement opposées, appartiennent à une seule et même école. Ce qu'il y a d'évident comme la lumière, c'est que ces deux grands maîtres sont foncièrement *vitalistes*. Il est vrai qu'en attaquant le *principe vital* de Barthez, Bichat se constitue en opposition avec son rival.

Mais cette opposition elle-même est bien plus *apparente* que *réelle*. Car, tout en admettant un *principe vital unique* chez l'homme, il n'en reconnaît pas moins que des forces *diverses* président aux phénomènes du corps vivant ; et, chose bien digne de remarque, c'est qu'il désigne ces forces sous les noms de forces *motrices* et de forces *sensitives*, noms qui rappellent ceux de *contractilité* et de *sensibilité*, c'est-à-dire des deux grandes *propriétés vitales* auxquelles se rapportent, selon Bichat, tous les phénomènes vitaux. Barthez, comme Bichat, étudie ces forces dans les solides et dans les liquides, et tous deux reconnaissent une *vitalité* dans le sang, sans pouvoir toutefois rigoureusement définir cette vitalité. Sans doute, en descendant dans ces détails et dans ces applications, Bichat et Barthez ne restent pas toujours semblables l'un à l'autre. Mais dans le fond, encore une fois, leurs doctrines ne sont point contraires. Aussi Barthez, comme Bichat, proclame-t-il que sa doctrine diffère à la fois et de celle de Boerrhaave et de celle de Stahl. Que dis-je ! il va jusqu'à se séparer, comme Bichat lui-même, de l'école de Montpellier, telle que l'entendent quelques-uns. Après avoir répété, dans la note 8 du premier volume de ses *Éléments*, que *sa doctrine sur tous les points les plus importants de la science de l'homme, diffère essentiellement de toutes les doctrines connues avant lui, et même qu'elle est diamétralement opposée aux opinions de Van Helmont, de Stahl et des solidistes, entre lesquels il met au premier rang son illustre ami M. Bordeu*, il ajoute : « Il y a quelques médecins qui ont affecté d'avancer et de redire que des opinions de ces auteurs s'est formée, dans l'École de Montpellier, une nouvelle doctrine, qu'ils prétendent sans aucun fondement être la mienne. Je me borne à répondre ici à ces détracteurs indirects, qu'on ne peut indiquer un seul article fondamental en physiologie sur lequel je n'aie combattu, par des assertions qui me sont propres, les idées qui appartiennent spécialement à Van Helmont, à Stahl, et aux solidistes ; *idées qui ont pu d'ailleurs être ou n'être pas adoptées par tels ou tels membres de l'école de Montpellier.* »

Quoi qu'il en soit, ce passage prouve que, même du temps de Barthez, l'*unité* n'existait pas dans l'école de Montpellier. Il prouve aussi, comme d'autres rapportés plus haut, que Bichat était dans l'erreur en confondant la *philosophie* physiologique de Barthez avec celle de Van Helmont et Stahl. Bichat se trompait encore s'il croyait, avec beaucoup d'autres, que Barthez considérait comme un être réel, existant par lui-même, ce qu'il désignait sous le nom de *principe vital*, et que le célèbre physiologiste de Montpellier avait eu la prétention d'*expliquer* les phénomènes vitaux en les rapportant à son *principe vital*. En effet, voici comment Barthez s'exprime formellement sur ces deux articles fondamentaux : « Dans la première édition de mes nouveaux éléments de la science de l'homme (1778), j'ai rapporté les phénomènes de l'économie animale à l'action d'un principe vital. Cependant je n'ai jamais

(1) La doctrine générale de cet ouvrage ne porte précisément l'empreinte d'aucune de celles qui règnent en médecine et en physiologie. Opposée à celle de Boerrhaave, elle diffère de celle de Stahl, et de celles de tous les auteurs qui, comme lui, ont tout rapporté, dans l'économie vivante, à un principe unique, principe abstrait, idéal et purement imaginaire, quel que soit le nom d'âme, d'archée, de principe vital, etc., sous lequel on le désigne.

affirmé (comme on me le fait dire) que ce principe soit un être existant par lui-même et distinct de l'âme et du corps de l'homme. Je n'ai jamais pu penser (quoique plusieurs personnes me l'aient faussement attribué), que le nom de *principe vital*, introduit dans la science de l'homme, donnait l'explication ou la clef d'aucun phénomène. Mais je crois toujours qu'il est utile aux progrès de cette science, d'y employer ce nom de *principe vital*, ou tout autre qui serait pareillement abstrait et vague ; et j'ai suffisamment développé les raisons de cette assertion.... J'ai constamment dit qu'on ne voit que d'une manière infiniment superficielle, et comme nulle, ma nouvelle science de l'homme, lorsqu'on lui oppose des discussions sur l'opinion que je puis ou dois avoir concernant l'*entité* du principe vital. Je suis on ne peut pas plus indifférent pour l'*ontologie*, en tant qu'elle est la science des entités (1). »

Enfin, dans le chapitre III (t. I), intitulé : *Considérations scientifiques sur la nature du principe vital de l'homme*, Barthez déclare qu'on ne peut pas *décider si le principe vital de l'homme existe par lui-même, ou s'il n'est qu'un mode du corps humain vivant.*

De même que Bichat, Barthez fait une application de sa *théorie* des propriétés vitales à la connaissance des maladies et à leur traitement. Examinez tous les phénomènes des maladies, dit le premier, vous verrez qu'il n'en est aucun qui ne puisse, en dernier résultat, se rapporter à une des propriétés vitales (les diverses sensibilités et contractilités établies par lui). La vérité incontestable de cette assertion, ajoute-t-il, nous mène à cette conséquence non moins certaine pour le traitement des maladies, savoir, que tout moyen curatif n'a pour but que de ramener au type qui leur est naturel les propriétés vitales. Leur *augmentation*, leur *diminution* ou leur *altération* sont, en dernière analyse, les buts invariables de nos méthodes curatives. Voici maintenant comment parle Barthez : « Le renouvellement qui est nécessaire dans la physiologie. doit avoir de grandes influences sur le perfectionnement de la médecine pratique. Ma théorie étant déduite le plus simplement et le plus rigoureusement qu'il est possible, des faits qui appartiennent à la science de l'homme, a une utilité qui s'étend sur toute la science de la médecine pratique. D'après cette théorie, les maladies sont essentiellement des suites *d'affections du principe de la vie dans l'homme* (accroissement et diminution des forces de ce principe). Il est un grand nombre d'hommes bornés, ou jaloux, qui refusent de reconnaître la liaison intime qu'ont dans leurs progrès la science de l'homme et celle de la médecine pratique. Mais de même qu'il suffit de marcher pour répondre aux sophistes qui combattent l'existence du mouvement, on ne doit opposer à ceux qui nient le rapport nécessaire et réciproque que ces deux sciences ont entre elles, que des nouveaux pas qui le démontrent. »

Voilà certainement des liens de parenté bien incontestables entre la théorie vitaliste de Bichat et celle de Barthez. On ne trouve pas chez ce dernier, à la vérité, rien qui approche des belles considérations que Bichat a présentées sur les progrès de l'anatomie pathologique et sur la valeur réelle de cette partie des connaissances médicales. Cependant, lorsqu'il dit que la mécanique est une branche fort importante de la science de l'homme ; que plusieurs des avantages mécaniques de la structure des organes du corps humain ont été négligés ou mal vus et qu'il croit avoir démontré un grand nombre de ces usages des parties, qui n'avaient point été indiqués avant lui ; que l'anatomie comparée est très-importante pour appuyer les observations déjà faites sur les usages des organes du corps humain et pour en faire naître de nouvelles ; que si l'on considère dans diverses espèces d'animaux la structure des organes semblables, leur mécanique manifeste une extrême *simplicité* de fins, et une immense *variété* de moyens ; qu'on reconnaît dans cette mécanique des beautés sensibles et infiniment supérieures aux perfections imaginaires qu'y ont voulu montrer Galien et beaucoup d'autres ; en présence de toutes ces réflexions, il est impossible de ne pas voir que, tout en étudiant plus spécialement les *forces vitales*, Barthez n'en a pas moins tenu compte des conditions physiques et anatomiques, et qu'il ne lui a manqué, pour parler comme Bichat de l'anatomie pathologique, que d'avoir un peu plus fréquenté les salles d'hôpitaux et les amphithéâtres.

(1) Dans la note 2 du premier volume, Barthez signale comme singulièrement conforme à sa doctrine, le passage suivant publié dans un ouvrage de physiologie qui n'a paru qu'en 1800 : « La chose qui se trouve dans les êtres vivants, et qui ne se trouve pas dans les morts, nous l'appellerons *âme, archée, principe vital* ; X, Y, Z, comme les quantités inconnues des géomètres. Il ne nous reste qu'à déterminer la valeur de cette *inconnue*, dont la supposition facilite, abrége le calcul des phénomènes que nous connaissons, et de ceux que nous cherchons à connaître. »

En résumé, le jeune et glorieux auteur des *Recherches sur la vie et la mort*, et de l'*Anatomie générale*, laisse bien loin derrière lui l'illustre et savant auteur des *Nouveaux éléments de la science de l'homme, sous le rapport des faits, des expériences et des observations*, lequel, par compensation, l'emporte évidemment sur Bichat, sous le point de vue des recherches d'érudition relatives aux questions transcendantes de la philosophie des sciences physiologiques.

IV.

Telles étaient les deux célèbres écoles de Paris et de Montpellier, sous le règne de Bichat et de Barthez. Il me faut, maintenant, vous entretenir, messieurs, d'une prétendue nouvelle école *vitaliste*, que nous désignerons, pour la distinguer des précédentes, sous le nom de néovitaliste ou mieux d'*ultra-vitaliste*. Le *journal* qui la représente ne se distingue pas d'ailleurs par un excès de tolérance et de charité, mais bien par son zèle à faire une guerre sans trève à ce qu'il appelle l'école de Paris, l'école *organique*. *Il répète sur toutes les variations*, depuis trente ans, *sans plus se lasser que s'il remplissait une mission*, que cette école pour la désignation de laquelle il *fit* le mot *anatomisme*, est une école *matérialiste, cadavériste*. Voici, d'ailleurs, comment ce journal (la *Revue médicale*) formule en quelque sorte son école et celle qu'il *poursuit*.

« Il ne peut exister en médecine que deux écoles : l'une qui considère les organes sains ou malades comme des instruments de la vie ; les maladies comme des réactions ou fonctions anormales de l'organisme, et les altérations organiques comme des effets, des produits et des résultats éventuels de ces réactions ou fonctions anormales ; c'est la nôtre, c'est l'école *vitaliste* ou *spiritualiste*.

« L'autre qui cherche et prétend découvrir dans les organes, dans leur texture, dans les molécules dont ils se composent, la raison, le pourquoi de la vie et tous les phénomènes physiologiques par lesquels elle se manifeste ; c'est l'école *matérialiste, anatomique, anatomo-pathologique, organique, éclectique*, comme il vous plaira de l'appeler, car c'est tout un. »

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— LE CONCORRS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN DU BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX. — Ce concours vient de s'ouvrir :

Les juges sont :
MM. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu ;
Devergie, médecin à l'hôpital Saint-Louis ;
Frémy, médecin à l'institution de Sainte-Périne ;
Cullerier, chirurgien à l'hôpital de Lourcine ;
Barth, médecin à l'hôpital Beaujon.
Les juges suppléants sont :
MM. Grisolle, médecin à l'hôtel-Dieu,
Manec, chirurgien à la Salpêtrière.

Les candidats sont au nombre de vingt-six. Ce sont : MM. Dumoulin, Destouches, de Beauvais, Clairin, Charcot, Chammartin, Caillault, Cahen, Boivin, Blondeau, Axenfeld, Grange, Hervieux, Laboulbène, Labric, Lamaestre, Matice, Mesnet, Montanier, Piogey, Racle, Rotureau, Simonet, Empis, Triboulet, Woillez.

La première épreuve, composition écrite, a eu lieu le mercredi 14 mars. La question tirée au sort a été celle-ci : *Du délire envisagé au point de vue du diagnostic et du pronostic des maladies* (les affections mentales exceptées).

— Plusieurs membres du corps médical de Rouen, corps peu favorisé dans les nominations qui ont été faites depuis quelque temps dans l'École de Médecine de Rouen, nous demandent si la nomination de M. le docteur Patin, qu'ils ne connaissent pas, en remplacement de M. Pillore, décédé, est bien réelle. Cette nomination est très-réelle en effet, et d'après les renseignements qui nous sont parvenus, M. le docteur Patin est un homme d'un véritable mérite. Nous désirons que ces renseignements puissent consoler le corps médical de Rouen, qui compte aussi bien des hommes distingués, d'avoir vu choisir en dehors de son sein le nouveau professeur.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 37. 3e ANNÉE. Mardi 27 mars 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Goitre hématique. — Cautérisation. — Succès.

Par M. le docteur DESGRANGES,

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc., etc.

L'observation que je publie me paraît digne d'intérêt à plus d'un titre. Le cas était grave, la région délicate, l'expectation dangereuse; et si bon nombre de méthodes pouvaient être proposées, bien peu, en tant que moyen applicable à la lésion donnée, étaient de nature à subir l'épreuve d'un examen approfondi. On sera de mon avis, je crois, si l'on veut bien me lire, ou seulement jeter un coup d'œil sur les figures, que je joins au texte, afin d'en rendre l'intelligence plus claire et plus facile.

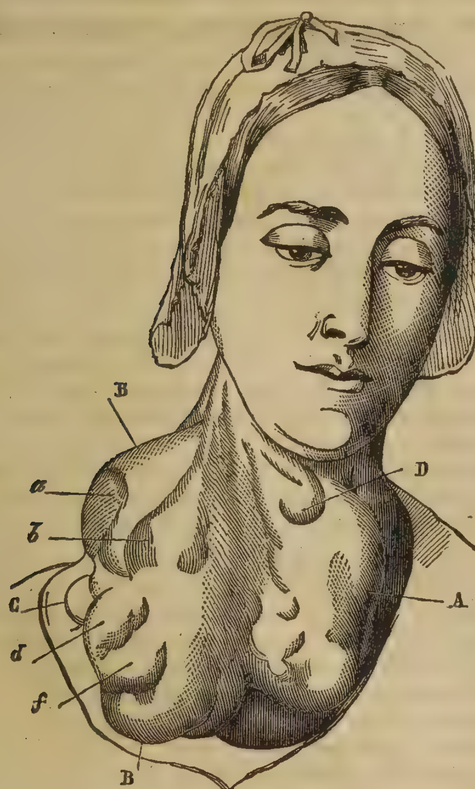


Fig. 1. A, lobe gauche;
BB, lobe droit. — *abdf*, bosselures de ces lobes;
C, extrémité inférieure (la seule visible sur la figure) du lobe postérieur;
D, petit kyste antérieur.

OBSERVATION.

Goître hématique enkysté ; — kystes multiples indépendants ; — fongosités carcinomateuses ; — Excision des kystes, cautérisation actuelle et immédiate des plaies ; — cautérisations successives à l'aide du chlorure de zinc ; — suites simples ; — cicatrisation ; — succès remarquable.

Magdeleine Charles, vingt-sept ans, dévideuse, bien réglée, quoique tardivement, de faible constitution, amaigrie, pâle, avec plusieurs cicatrices d'abcès scrofuleux au cou, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 15 septembre 1854, pour une tumeur énorme de la région thyroïdienne, sans que rien dans ses antécédents conduise à soupçonner la cause de son mal.—Invasion remontant à deux ans et demi.

ÉTAT LOCAL (Fig. 1). Tumeur, dans son ensemble, irrégulière, *trilobée*, d'un aspect difforme, repoussant et volumineuse au point d'être limitée en haut par l'os hyoïde, — en bas, au devant du sternum, par la troisième côte, — alors que latéralement elle s'étale au delà du cou, mais plus à droite qu'à gauche.

Nulle part la peau n'est ulcérée; partout on la voit lisse et plus ou moins tendue. Elle conserve dans quelques points sa coloration normale; dans d'autres, elle est bleuâtre, nuance due à son extrême amincissement, qui laisse voir par transparence la coloration brune du liquide contenu; ailleurs la peau est sillonnée de veines variqueuses.

Sur toute la tumeur, sauf quelques points limités que nous indiquerons : *fluctuation évidente*, perceptible à une grande distance et d'une netteté remarquable au niveau des bosselures les plus saillantes. Essaie-t-on de la produire d'un lobe à l'autre? Elle fait défaut; preuve certaine, ajoutée aux indices fournis déjà par la configuration extérieure, qu'il s'agit bien ici de plusieurs poches indépendantes.

Examinée en détails, cette masse est formée de plusieurs kystes accolés et liés entre eux par des adhérences assez intimes pour que la même impulsion les fasse tous mouvoir sur une base commune; et cette base, étroite comparativement, s'étend, d'un côté à l'autre, du sterno-mastoïdien gauche au bord antérieur du trapèze droit, et de haut en bas, de l'os hyoïde à la fourchette du sternum. Néanmoins, ce n'est pas une mobilité franche de la tumeur sur sa base; ce n'est guère qu'un déplacement dû, pour une bonne part, à la mobilité normale des organes cervicaux, plutôt qu'une locomotion de la tumeur, ceux-ci restant en place.

Des trois lobes principaux qui la composent :

1° Le plus ancien, ou *lobe gauche* (Fig. 1–A), situé sur la glande thyroïde, est ovoïde, lisse, recouvert d'une peau mobile et normale. Son volume et ses connexions avec le reste

sont mieux rendus par le dessin que par la plus minutieuse description. — Fluctuation manifeste, masquée pourtant par l'extrême tension du kyste.

2° Le deuxième lobe, ou *lobe droit* (Fig. 1-BB), placé au premier plan de la région cervicale, est énorme; de plus, il est d'une forme indéfinissable qui se prête mal à une description, en même temps que son volume échappe à la mensuration par le fait de ses connexions avec les parties environnantes. Quoi qu'il en soit, il touche en haut à l'os hyoïde, et en bas il arrive à la troisième côte. Mais ce qui donne surtout à ce lobe un aspect singulier, ce sont quatre bosselures bleuâtres (Fig. 1-*abdf*) produites par une résistance inégale de l'enveloppe cystique, qui a cédé plus dans ces points qu'ailleurs, et qui, vu sa ténuité, laisse voir par transparence la coloration brune du liquide contenu.

Entre ce lobe et le précédent, sur le sillon même qui les sépare, on trouve un *petit kyste* (Fig. 1-D) superposé, indépendant, et n'adhérant que faiblement aux deux autres.

Au-dessous de ce kyste, près du bord intérieur de la tumeur et dans l'échancrure interlobaire, il y a un point de suppuration, un trajet fistuleux de quelques millimètres, qui date d'un an, époque où fut ponctionné un kyste isolé en cet endroit, et duquel sortit une grande quantité de sang rouge. Une autre fois encore, le malade perdit beaucoup de sang coagulé à la suite d'un coup violent porté sur la tumeur; et, supposé son récit exact, c'est le grand kyste à droite qui se serait rompu. Bref, cet accident n'eut pas de suites.

3° La troisième portion de la tumeur ou *lobe postérieur*, dont le dessein, pris de face, ne laisse voir que l'extrémité inférieure (Fig. 1-C), est située sur la région latérale du cou; elle est plus allongée de haut en bas que transversalement; elle se compose d'un kyste égal à une grosse noix, attenant par en bas à plusieurs petits corps durs, arrondis, sans fluctuation évidente et contigus, à la manière d'une chaîne, jusqu'à la clavicule. Ce sont peut-être des kystes dont la petitesse et la profondeur ne laissent pas bien apprécier la nature; ou plutôt (manière de voir qui me paraît fondée) ne seraient-ce pas des ganglions cervicaux engorgés? Le doute, à ce sujet, vient de ce que certains de ces corpuscules présentent une fluctuation douteuse, tandis que d'autres donnent manifestement la sensation d'un corps solide.

Douleurs dans la tumeur ; céphalalgie fréquente; angines répétées. — Déglutition, respiration, parole libres et à peu près normales. — Faiblesse générale, pâleur, amaigrissement; néanmoins les grandes fonctions régulières.

Diagnostic. En face d'un cas pareil, plusieurs questions devaient être posées et résolues avant de songer à aucun traitement.

1° La fluctuation établissait, à n'en pouvoir douter, qu'il s'agissait d'une tumeur cystique. En outre, la succussion facilement perceptible entre certaines bosselures, et faisant défaut d'une portion de la masse à l'autre, conduisait à admettre un kyste multiloculaire, ou plusieurs kystes accolés, mais tout à fait indépendants, ainsi que l'aspect extérieur déjà le faisait pressentir.

2° La coloration foncée du liquide était à présumer, d'après la teinte bleuâtre des bosselures les plus élevées, de celles où l'enveloppe, réduite à une mince pellicule, se trouvait en état d'emprunter sa coloration au corps immédiatement en contact avec elle.

3° La nature hématique du liquide était à supposer, dans une région très-vasculaire, au voisinage de la thyroïde si prédisposée aux altérations cystiques. — Toutefois, si les caractères précédents militaient en faveur d'une part prise par la glande thyroïde à la formation de la tumeur, il y avait, d'un autre côté, tendant à faire admettre une lésion indépendante, des raisons sérieuses, tirées d'abord de l'existence du petit kyste isolé en avant sur le sillon interlobaire, ensuite de l'indépendance de ce kyste assez volumineux, formant la bosselure la plus élevée du lobe postérieur. Cependant, eu égard aux deux lobes antérieurs, les plus gros et les plus caractéristiques, il était rationnel de dire : *kystes hématiques thyroïdiens.*

4° Y avait-il là simple extravasation sanguine, ou bien s'élevait-il du fond de la poche quelques fongosités de nature douteuse ou maligne? Je m'en préoccupai peu, je l'avoue, au point de vue opératoire, une fois que j'eus arrêté un plan de traitement qui, dans l'une et l'autre hypothèse, devait parer à tout événement. Au reste, la nécessité d'agir était pressante; car, à défaut de prévisions basées sur la distension du kyste et sur la nature hématique du liquide intérieur, les antécédents ne nous apprenaient-ils pas la possibilité d'une rupture et l'imminence d'une hémorrhagie grave?

Opération (5 octobre 1854).

1° Ethérisation ménagée.

2° Incision du lobe gauche (Fig. 1-A), du lobe droit (Fig. 1-BB), et du petit kyste antérieur (Fig. 1-D).

3° Excision de la peau, doublée de la poche cystique, jusqu'au pourtour de la base de chaque lobe.

4° Cautérisation au fer rouge des plaies résultantes, dans toute leur étendue, afin d'arrêter l'hémorrhagie, d'augmenter la rétraction des chairs, et surtout de substituer à ces vastes surfaces, livrées à la suppuration, des plaies par le caustique infiniment moins dangereuses.

Le lobe gauche saigne peu; y éteindre des fers rouges, en carboniser la surface est chose aussi prompte que facile. — Le lobe droit, au contraire, donne cours à une hémorrhagie abondante par quatre jets artériels, qui s'élancent, gros individuellement comme la temporale, du sein d'une fongosité logée profondément contre la thyroïde et grosse tout au plus comme une forte noix. Le tissu en est d'une extrême mollesse, au point que la main la détache en très-grande partie, sans le secours d'instruments. Provisoirement les doigts des aides tempèrent l'hémorrhagie, jusqu'à ce que le fer incandescent soit mis à portée et que, une fois tout disposé, on le pose lestement sur le point hémorrhagique. Mais la force des jets artériels le refroidit bien vite et le sang coule toujours en abondance. Alors, pour rendre l'application du feu praticable, nous couvrons, durant quelques minutes, la plaie de tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer à 30° de Baumé, et par bonheur, sous l'action de ce puissant hémostatique, l'hémorrhagie diminue et la carbonisation de la plaie s'exécute sans nouvel embarras. Dire combien j'ai promené de cautères rougis à blanc dans cette plaie, je ne le puis; tout ce que je suis en droit d'affirmer, c'est qu'à la fin de cette opération nous étions dans un nuage épais de fumée, tous péniblement impressionnés de l'odeur de chair brûlée; mais bien autrement préoccupés, moi surtout, de la faiblesse extrême de la malade, malgré le peu de temps mis à exécuter tout ce que je viens de dire. Le pouls était faible, dépressible, précipité, les lèvres livides, la face inerte et la tête vacillante, inclinée par son propre poids. La respiration heureusement était encore régulière, assez profonde; aussi me tenais-je pour satisfait, craignant dès le début la syncope dont j'étais menacé, d'avoir ménagé l'éthérisation, en faisant retirer l'appareil aussi souvent que l'anesthésie était complète, et ne le faisant rapprocher que si la malade s'agitait sous une impression douloureuse. J'avais hâte d'en finir, heureux d'échapper à des accidents prochains, quoique non arrivés. Je m'en tins donc à l'excision, puis à la cautérisation du lobe gauche, du lobe droit et du petit kyste antérieur; je remis à plus tard la cautérisation du kyste appartenant au lobe postérieur.

Pansement avec des tampons imbibés de perchlorure de fer; après quoi, la malade, bien revenue à elle-même, est portée dans un lit chauffé.

Anatomie pathologique. La *sérosité* qui s'écoule des kystes à la ponction est rougeâtre, sanguinolente et fortement albumineuse.

Les *kystes* sont à parois assez épaisses, dures, tomenteuses à l'extérieur et liées par des fibrilles celluleuses aux tissus ambiants. A l'intérieur : surface lisse, de nature séreuse, sauf dans les points où siégent les concrétions et les fongosités dont nous allons parler. La poche cystique, dans tous les points en dehors de sa base adhérente au cou, c'est-à-dire dans les deux tiers au moins ou les trois quarts de sa surface, est doublée par la peau plus ou moins amincie, sillonnée çà et là de veines variqueuses.

Dans le lobe gauche, au point correspondant à la glande thyroïde, se voit une surface fongueuse, recouverte de *concrétions calcaires*, granuleuses, de très-petit volume.

Dans le lobe droit et sur la glande thyroïde, apparaît, ainsi que je l'ai dit, une *masse fongueuse*, très-molle, rougeâtre, vasculaire par dessus tout, et grosse à peu près comme une forte noix. La simple pression des doigts la rompt et la détache; mais aussitôt, de la solution de continuité s'élancent les jets de sang qui ont rendu la cautérisation si difficile et l'opération périlleuse. En un mot, on dirait de la substance cérébrale ramollie et fortement injectée, ou quelque chose d'analogue au fongus hématode des Anglais. A l'extérieur, plus que profondément, cette fongosité est parsemée de granulations calculeuses que l'œil découvre, mais que le doigt saisit encore mieux. Et, chose remarquable ! loin d'être de simples corpuscules solides, ces granulations sont de petites sphères creuses, renfermant dans leur enveloppe calcaire une gouttelette de sérosité limpide. Cette poche d'un nouveau genre se compose, entre autres éléments, de carbonate de chaux, que l'action d'un acide fort trahit sous le microscope par un grand nombre de bulles aériformes. Qu'y avait-il de plus dans cette production minérale? Je l'ignore. Quelques centigrammes, à peine, de matière recueillie ne pouvant suffire à une analyse complète, me fournissent une excuse valable.

Au microscope (Nachet, — ocul. 1', — obj. 7) :

1° Cellules cancéreuses bien caractérisées, irrégulières dans leurs contours, granuleuses à l'intérieur; les unes petites, les autres très-larges; les unes avec un seul noyau, d'autres avec des noyaux multiples (Fig. 2.). — Ces noyaux retractent fortement la lumière; ils sont larges par rapport à la cellule, ronds ou ellipsoïdes, à contours réguliers, bien dessinés, et munis d'une ou de plusieurs nucléoles.

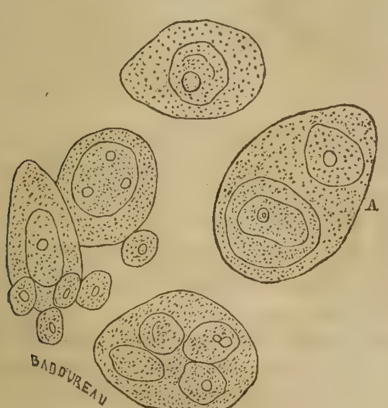


Fig. 2. Cellules cancéreuses ;
A. Cellule-mère;

2° Une cellule-mère contenant une cellule avec son noyau et un noyau isolé (Fig. 2-A) ;

3° Des noyaux isolés, en tout pareils à ceux que portent les cellules;

4° Beaucoup de globules sainguins et des granulations en très-grand nombre;

5° A un faible grossissement (ocul. 1, obj. 1), et dans le tissu des points les plus congestionnés, on trouve des capillaires gorgés de sang et des ampoules pleines de globules sanguins, ampoules dont les connexions avec les capillaires ne peuvent pas être saisies.

Suites de l'opération (du 5 au 15). A part un peu d'agitation et d'insomnie les trois premières nuits, à part aussi un peu de fièvre, caractérisée par inappétence, chaleur à la peau, et enduit blanchâtre à la langue; — état général bon.

Localement : — suintement sanguin durant quatre jours; un peu de rougeur et de gonflement, puis suppuration abondante. et finalement bon aspect de la plaie, après la chute des eschares, vers le huitième jour.—Pour toute complication : toux légère, constipation habituelle.

(Matin et soir, pansement simple d'abord; plus tard avec le digestif animé. — Boissons pectorales, pot. cal. av. aconit. — Lav. laxat. — Bouillons, aliments légers pour commencer, et au huitième jour le quart du régime.)

TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE.

A la chute des eschares produites par le fer rouge, les plaies étaient généralement d'un aspect assez bon; elles s'étaient rétrécies au point d'avoir, celle du lobe droit 6 centimètres de long sur 4 de large, et celle du lobe gauche, à peu près les mêmes dimensions. Seulement, le fond de la plaie droite était anfractueux, et recélait encore une portion de fongosité suspecte; celle de gauche, fongueuse également, était voisine d'une bosselure assez-forte et très-dure de la glande thyroïde; bosselure qui, avant l'opération, était dissimulée par l'énorme volume des kystes. — Il restait donc à modifier profondément ces plaies fongueuses; de plus, il convenait, à gauche, d'attaquer la bosselure thyroïdienne; guidé par l'espoir de réaliser le plus possible la régularité normale. Des cautérisations répétées avec le *chlorure de zinc* devaient nous conduire à ce résultat.

Mais avant d'en faire l'exposé, que je dise, en peu de mots, que le petit kyste antérieur se recouvrit, à la chute des eschares, de bourgeons charnus de bonne nature, de façon que la cicatrisation en fut complète le 28 novembre, cinquante-trois jours après l'opération.

1° *Plaie du lobe droit* (16 octobre). Application de chlorure de zinc durant vingt-quatre heures, profondément insinué dans l'anfractuosité de la plaie ; après toutefois l'avoir soigneusement explorée et reconnu l'éloignement des gros vaisseaux.

Quatre jours après, chute de l'eschare, fait dû à la mollesse des tissus; et, à dater de cet instant, la plaie, d'un bel aspect, recouverte de bourgeons charnus pleins de vitalité, que plus d'une fois il fallut réprimer avec le nitrate d'argent, sans qu'il y ait eu rien là qui sortît de la pratique usuelle, la plaie, dis-je, se rétrécit rapidement et fut cicatrisée complétement cinquante jours après l'opération (25 novembre). Et notez que cette cicatrice n'était nullement difforme; que, bien au contraire, elle était peu apparente et presque linéaire.

2° *La plaie du lobe gauche* nous donna plus à faire, nous étant proposé de la modifier et de détruire simultanément la bosselure thyroïdienne qui en était voisine, et qui, par sa saillie, nuisait à la régularité des formes.

Dans ce but, nous fîmes *six cautérisations* avec le chlorure de zinc; les premières, sur toute la surface; les autres sur une partie de celle-ci, suivant que, dans le premier cas, nous voulions modifier la plaie, ou, dans le second, détruire en profondeur la bosselure de la glande.

Ces cautérisations, faites aux dates que voici : 16 octobre (celle-ci coïncidait avec celle du côté droit), 3, 8, 23, 28 novembre et 5 décembre, furent de vingt-quatre heures les quatre premières fois, et de neuf heures seulement les deux dernières.

Les eschares mirent en général quatre à cinq jours à se détacher; une seule fois (la première) l'élimination dura dix-sept jours.

Un fait vrai, c'est que la marche de cette plaie du lobe gauche n'a pas été à beaucoup près aussi simple ni aussi rapide qu'à droite. — Sous les eschares on voyait, dans le principe, les chairs bourgeonnantes donner de nouvelles proportions à la saillie attaquée; d'un autre côté, après la chute des eschares, l'aspect, au lieu d'être vermeil, était blafard, diphthéritique; état qui persistait malgré l'usage des stimulants (digestif animé) et de légères cautérisations au nitrate d'argent. Cependant, le résultat, pour s'être fait attendre, n'en fut pas moins satisfaisant; car on peut regarder comme insignifiante la petite portion de glande thyroïde épargnée par la cautérisation.

3° *Opération sur le kyste du lobe postérieur* (6 décembre 1854). J'ai déjà dit que la faiblesse de la malade, lors de la première opération, m'avait fait ajourner l'ouverture du kyste situé au sommet du lobe postérieur; mais les forces de Magdeleine Charles s'étant bien rétablies, et surtout en face de son désir exprimé de voir tout le mal détruit avant son départ, — bien que ce qui restait fût peu de chose en comparaison de ce qui avait disparu, — j'arrêtai une seconde opération, d'après les idées qui m'avaient dirigé la première fois.

1° Ouverture du kyste, la malade préalablement endormie;

2° Cautérisation au fer rouge de toute la surface:

3° Pansement avec des bourdonnets imbibés de perchlorure de fer, à raison d'un suintement sanguin qui persiste.

Le kyste renfermait de la sérosité jaunâtre et un amas de grumeaux demi-solides, comparables à de la fibrine concrète. — Au *microscope :* 1° des globules de sang; 2° quelques éléments fibro-plastiques; 3° de la graisse; 4° des lamelles de fibrine amorphe.

Les *suites* de cette opération furent trop simples pour que j'en fasse un historique à part; j'arrive donc aux soins ultérieurs de la plaie réduite, après la chute des eschares, à une surface large de quatre centimètres environ.

Quatre fois la plaie fut cautérisée avec le chlorure de zinc (9, 10, 17 décembre, 8 janvier), la première imparfaitement, la deuxième à la superficie seulement et sans beaucoup d'avantage, la plaie paraissant s'être comblée quoiqu'il s'y trouvât encore une anfractuosité; à la troisième et à la quatrième, le caustique fut poussé jusqu'au fond de l'arrière-cavité, et, pour le coup, le résultat cherché fut obtenu.

Les trois premières cautérisations furent chaque fois de neuf heures seulement, par la raison que la malade s'y prêtait avec répugnance et se plaignait amèrement des souffrances qu'elle endurait; mais nécessité fait loi, la quatrième opération fut de vingt-quatre heures.

A partir des cautérisations profondes, dont les eschares tombèrent du quatrième au huitième jour, la plaie, d'anfractueuse qu'elle était, devint superficielle, le fond s'étant comblé; puis, au lieu de la teinte grisâtre, blafarde qu'elle avait conservée en dépit du nitrate d'argent et du tannin en pansement, elle prit un bon aspect et marcha vers la cicatrisation, n'ayant offert d'autres particularités qu'une petite hémorrhagie dont fit justice le perchlorure de fer.

4° Les *phénomènes concomitants* de ce long *traitement complémentaire* furent simples, on peut le dire, en ce qui a trait aux cautérisations. En effet, si elles causèrent de vives douleurs, de l'insomnie la première nuit, de l'abattement moral et un peu de faiblesse, elles ne déterminèrent jamais de fièvre, loin d'engendrer des complications, à moins cependant qu'on ne veuille rattacher aux opérations ou à l'usage du caustique, ce qui serait mal fondé, deux angines tonsillaires intercurrentes : l'une ancienne (9 novembre), que j'ai omis involontairement de mentionner en son lieu; l'autre plus récente (3 janvier), et qui, toutes les deux, suivirent une marche régulière et se terminèrent par résolution, à l'aide de moyens simples, vers la fin du premier septenaire.

Mais au milieu de toutes ces alternatives, et malgré les entraves apportées au rétablissement complet par ces phlegmasies auxquelles la malade était prédisposée, l'état général n'a cessé d'être bon. L'appétit s'est toujours réveillé promptement et tous les jours on a pu constater le retour des forces, que l'on favorisait par l'administration du quinquina à l'intérieur, par un bon régime, et par du vin de choix.

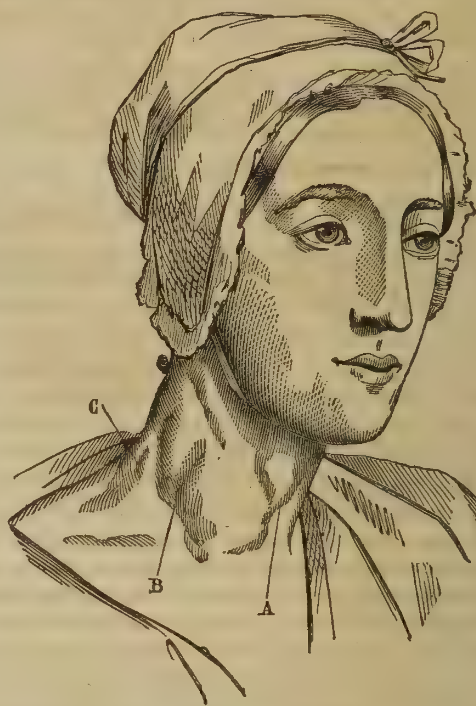


Fig. 3. A. Cicatrice du lobe gauche.
B. Cicatrice linéaire du lobe droit.
C. Cicatrice incomplète du lobe postérieur.

Résultat. — Au sortir de l'hôpital (28 janvier 1855), après quatre mois et demi de traitement, Magdeleine Charles a le cou de volume à peu près normal (Fig. 3), laissant voir une cicatrice à gauche large comme une pièce d'un franc, et à côté de celle-ci une petite bosselure, non difforme à raison de sa faible saillie (Fig. 3-A); en outre, à droite, une cicatrice linéaire, longue de plusieurs centimètres, à la place du lobe droit (Fig. 3-B); enfin, plus en arrière, toujours à droite, une plaie non encore cicatrisée, large tout au plus comme une pièce d'un franc, là où se trouvait le kyste du lobe postérieur (Fig. 3-C).

Ce n'est point tout encore. La mâchoire inférieure qui se trouvait projetée en avant, c'est-à-dire vicieusement croisée avec la supérieure, est revenue à sa place, donnant au visage une expression différente, plus naturelle; et c'est là, plus que dans la pose de la tête, qu'il faut chercher la raison du peu de ressemblance des deux desseins dont je puis, quant aux détails, garantir l'exactitude,

Actuellement, je pourrais me livrer au jeu facile de discuter les méthodes proposables en pareil cas; je pourrais montrer l'*injection* sans chances de succès dans un kyste à parois fongueuses, recouvertes de granulations calcaires; bien plus, on m'accorderait qu'elle y eût été dangereuse, en provoquant de l'inflammation dans un kyste susceptible de se rompre, de suppurer, ou même de donner lieu tout d'abord à une hémorrhagie grave. — De même pour le *séton* ou tout autre corps étranger passé au travers de ces kystes: danger d'hémorrhagie, danger d'une vaste suppuration. — A plus forte raison, que fût-il advenu, si l'on se fût livré à l'ablation totale de la tumeur?

L'hémorrhagie, la syncope, en dehors de mille obstacles, de mille autres périls, eussent fait achever, j'en ai la conviction, cet horrible travail sur un cadavre!

Je livre donc ce fait isolé à l'appréciation des chirurgiens, qui ne me blâmeront pas, je l'espère, d'avoir confiance en une guérison radicale, malgré la présence de la cellule cancéreuse dans la fongosité d'un lobe. — Jusqu'ici, tout va bien. Magdeleine Charles ne m'a *rien fait dire*, elle qui m'avait tant promis le bulletin de sa santé, surtout *si elle était mauvaise*; s'il y avait menace de récidive; s'il apparaissait une production nouvelle, si petite qu'elle fût. — Or, qui ne sait combien les malades tiennent religieusement de semblables promesses, alors qu'ils sont oublieux, à nous désespérer, si rien ne les oblige à songer au médecin qui les a soignés? D'où je conclus: « Point de nouvelles, bonnes nouvelles. » (8 mars 1855.)

Discussion à propos du traitement de la variole.

Suite et fin du discours de M. le Professeur Bouillaud à l'Académie de Médecine.

Voici le complément de la définition de l'école nouvelle qui s'appelle vitaliste ou spiritualiste (*Rev. médic.*, fév. 1855, pag. 252-53).

« Nous sommes de fait de l'école de Montpellier; mais nous sommes de droit de cette médecine qui permet au médecin de dire, sans contradiction, le symbole des apôtres, depuis *credo* jusqu'à *amen*. L'école de Paris n'ayant en physiologie humaine qu'un système sans âme, et l'école de Montpellier ayant, par contre, en physiologie humaine un système à deux âmes, on peut préjuger sans danger que devant le *credo*, si la première pèche par défaut, ce qui est certain, la seconde pèche par excès. La doctrine véritable et conforme est celle qui fonde la physiologie humaine sur une seule âme intellective qui suffise aux facultés de l'entendement et aux fonctions de l'organisme.

Nous sommes médecins de cette doctrine qui est celle de Galien, ce qui donne fort à présumer qu'elle est celle d'Hippocrate; en tout cas, c'est celle de l'église ou de saint Thomas d'Aquin, ce qui est tout un. »

On conviendra, ce me semble, qu'il y a là réellement une alliance du sacré et du profane, dont l'invention appartient à la *Revue*, et que personne ne sera tenté de lui disputer. Rallier à une seule et même doctrine Hippocrate et Galien d'une part, saint Thomas d'Aquin et l'église d'autre part!!!

Je n'aime point à plaisanter sur des choses aussi sérieuses et aussi respectables: mais, en vérité, est-ce que Galien et Hippocrate, qui partagent, selon la *Revue*, avec l'église et saint Thomas, la gloire d'avoir fondé son école vitaliste et spiritualiste, avaient récité sans contradiction le symbole des apôtres depuis *credo* jusqu'à *amen?* Au reste, passons, et que l'Académie me pardonne si je suis condamné, sous peine de ne rien dire de la nouvelle école vitaliste, à placer sous ses yeux des passages en apparence si peu physiologiques et vitalistes, dans le sans ordinaire de ces mots. J'ai droit à ce pardon, car je remplis un devoir.

Puisque la seconde école définie par la *Revue* n'existe réellement que dans son imagination (école *matérialiste, cadavérique*), ainsi que cela a été démontré dans une précédente discussion, et qu'il n'en existe, selon elle, que deux, nous devrions tous tant que nous sommes, appartenir à celle de ce Journal. Mais après nous avoir exclus comme *matérialistes, cadavéristes*, etc., elle nous exclut encore comme *vitalistes*, se fondant sur ce que notre vitalisme n'est pas le sien. Cela prouve au moins que les deux écoles établies par elles ne sont pas les seules qui existent.

Voici encore quelques passages (car je ne puis procéder autrement qu'en offrant des citations textuelles, pour ne pas m'exposer au reproche d'avoir mal compris la nouvelle école); voici, dis-je, quelques autres passages concernant les écoles de Paris et de Montpellier.

Après avoir dit de notre collègue M. Bousquet, qu'il ne saurait renier Montpellier comme berceau médical, attendu que ses écrits glorifient la nouvelle Cos aussi expressément que son accent accuse les bords de la Garonne; et qu'il a écrit dans sa thèse que la maladie est une fonction, *ce qui est là un fragment d'architecture médicale dont on ne trouve plus vestige à Paris*, la *Revue* ne s'aperçoit pas qu'il eût mieux valu pour M. Bousquet qu'elle l'eût rangé parmi les disciples de l'école de Paris. En effet, selon elle, tandis que l'ancienne Cos *représente la vraie religion médicale, la médecine catholique,* la moderne Cos *est le foyer du protestantisme médical*, et selon elle encore, le *protestantisme médical de Montpellier est plus* (c'est-à-dire pis) *que la liberté de conscience, ce zéro de toute religion qui règne à Paris.*

De M. Bousquet, passons à M. Gerdy, et voyons encore comment, à son sujet, elle juge les écoles de Paris et de Montpellier.

« Grâce à des jugements distributifs semblables à celui que M. Gerdy a fait applaudir par l'Académie (M. Gerdy avait dit que l'école de Montpellier *pense*, et que l'école de Paris *travaille*), l'école de Montpellier se relève puissante dans l'opinion publique. Donc ne vous laissez pas tromper aux fiançailles saint-simonniennes dans lesquelles on vous promet, comme aux îles d'Utopie, que l'harmonie naîtra de l'alliance à dot égale du *manœuvre et du penseur*. La vérité d'expérience est que si vous les enfermez un jour ensemble, le lendemain vous ne trouverez qu'*un maître et un valet*. Le philosophe, dis-je, aura soumis l'ouvrier, et l'opinion applaudira, qui plus est, à la transformation du ménage. C'est comme si vous associiez dans la même gloire *le professeur et l'appariteur, vous comprendrez mieux ceci : Nam de te fabula narratur.*

« Or, avant que Paris s'engage plus avant dans l'alliance dont M. Gerdy a composé l'épithalame, école de Paris, *école de travailleurs à la pièce*, voyez ce que vous allez faire. Pour moi, si la comparaison est aussi permise qu'elle est juste, vous tombez de la liberté de conscience, qui est le zéro de toute religion, dans le protestantisme, qui est plus que ça. Il y a donc mieux que cela à faire (1). »

Maintenant que par tous ces passages nous pouvons nous former quelque idée du *vitalisme* de *la Revue médicale* (*journal des progrès de la médecine hippocratiste et vitaliste*), nous serons moins surpris de ce que ce journal n'ait point souscrit à l'hommage que j'ai rendu, dans une discussion encore récente, aux Morgagni, aux Haller, aux Bichat, aux Pinel, aux Corvisart, aux Laënnec et aux Broussais. On sait, d'ailleurs, que je n'avais alors d'autre but que de démontrer, par des extraits textuels, que ces illustres maîtres n'avaient jamais enseigné la doctrine qu'on avait supposée à l'école dite *anatomique*, et que partout ils avaient donné l'exemple de la féconde alliance de la physiologie à l'anatomie. Quant à la *profession de foi vitaliste* qui pouvait les distinguer les uns des autres, je n'avais pas à m'en occuper. Or, c'est précisément à l'occasion de mon discours, que *la Revue médicale* a reproduit ses accusations de *matérialisme* et de *cadavérisme*. Elle a écrit que « mes citations probantes feront à ses lecteurs, elle en est sûre, le même effet que le zèle naïf ou intéressé de ces disciples du XVIIIe siècle qui, par des pensées éparses recueillies dans les œuvres de Voltaire, de Diderot, de d'Alembert, d'Holbach, Lamétrie, etc., prétendaient prouver que l'école encyclopédique était éminemment chrétienne.

« Haller, continue *la Revue*, respecta, dit M. Bouillaud, les droits sacrés des puissances vitales. Mais ces droits étaient aussi peu sacrés que ces puissances étaient respectables, puisqu'il considérait celles-ci comme des *propriétés* de la matière organique. Voilà, par

---

(1) Non satisfaite d'avoir attaqué la philosophie de Paris et de Montpellier, *la Revue* s'en prend ici à Bacon, ce glorieux réformateur de la scolastique, ce panégyriste illustre de l'école expérimentale et rationnelle. « Depuis que le grand Bâcon, dit-elle avec une ironie ultra-vitaliste, a écrit, entre autres naïvetés contre la philosophie, que lorsque la physique sera complète, la métaphysique serait nulle, dans ce latin peu classique : *Quando physica erit perfecta, metaphysica nulla erit;* depuis lors, dis-je, il n'est pas que vous n'ayez remarqué l'inconséquence dans laquelle se laissent surprendre ceux qui jurent le plus par Bacon de leur aversion réfléchie pour la philosophie. Cette inconséquence vaut la peine qu'on la prenne sur le fait à l'Académie de médecine de Paris. Si vous y voyez un orateur que personne n'écoute..., vous pouvez, sans peur de perdre, parier cent contre un qu'il débite une observation de fait ou un fait d'observation de la plus haute importance. Mais si vous voyez un orateur qui se fait écouter, vous pouvez dire avant de l'entendre qu'il tient son auditoire dans la sphère de l'intelligence qui domine les faits d'observation et même les observations de fait. C'est que Bacon, sous prétexte d'empêcher l'homme de tomber de haut, lui avait enseigné à ramper. Or, l'homme est fait pour planer; de là les contradictions des corps savants, qui, en définitive, se composent d'hommes, et en portent la nature indestructible. »

Bacon a écrit contre la philosohie! C'est par Bacon que certains hommes jurent le plus de leur aversion réfléchie pour la philosophie! Et c'est *la Revue médicale* qui *glorifie* la philosophie! *O tempora! ô mores!*

ma foi, un vitalisme bien étrange que celui qui fait de la vie une propriété de l'organe ; à ce compte, *je ne connais pas de matérialiste éhonté qui n'ait droit à une place honorable dans le sanctuaire de M. Bouillaud* »

Le tour de Bichat étant venu, *la Revue* s'exprime ainsi : « Bichat, par son invention des deux vies dans l'homme, l'une organique et l'autre animale, se trouve doublement vitaliste : le malheur, c'est que ces deux vies, chez Bichat, n'étaient autre chose que ce qu'étaient les puissances vitales chez Haller, des propriétés organiques; *de sorte que le double vitalisme de Bichat revient à un organicisme doublé de beaucoup de matière...* »

Comme *la Revue médicale* en veut à Broussais d'une manière toute spéciale, et qu'elle a répété sur toutes les variations et sans plus se lasser que si elle remplissait une mission, que l'école de Paris telle que Broussais nous l'a faite, ou telle qu'elle a été consommée par Broussais, est une école *matérialiste, anatomiste, cadavériste*, on ne sera pas étonné qu'elle lui ait réservé sa critique la plus acerbe. Nous n'en citerons que ce court passage, placé à la suite de l'article de mon discours relatif à la grande place que Broussais a occupée dans l'école anatomo-physiologique :

« Ces exagérations ne se réfutent pas : la confusion des mots *vitaliste* et *physiologique!* Les dernières leçons du réformateur qu'on dut interdire d'autorité, la suppression des mots *fièvre* et *maladie*, et la substitution à leur place de l'*organe enflammé*, le sort actuel de sa pathologie et de sa thérapeutique, sa mort, tout cela explique l'embarras de M. Bouillaud à finir sa litanie vitaliste autrement que par un éclat qui fît plus de bruit oratoire qu'autre chose »

« Bref, dit en terminant la *Revue*, M. Bouillaud a voulu, dans son discours, démontrer que, par ses aïeux au moins, l'école de Paris est vitaliste; mais la difficulté de la tâche et la *véracité* de l'orateur ont été plus fortes que sa logique. *Toutes les prémisses étant pour le matérialisme, M. Bouillaud en a déduit le vitalisme.* Il fallait du courage pour cela; il en a eu jusqu'au bout. Valait-il mieux agir ainsi que de faire volte-face à l'instar de M. Velpeau, par exemple? Nous ne voulons pas nous prononcer dans une affaire de goût ; mais M. Bouillaud, à sa manière, est venu démontrer aussi clairement que M. Velpeau à la sienne, que le vitalisme est mieux porté aujourd'hui que l'organicisme, et ce ne sera pas, s'il plaît à Dieu, une affaire de mode, mais de vérité. »

La *Revue*, qui ne tolère d'autre *vitalisme* que le sien, et qui serait dans son droit si elle avait effectivement *démontré* la vérité de ce vitalisme, la *Revue* semble ne point se douter qu'elle ne s'est pas même donné la peine de le définir sérieusement. En effet, elle nous dit bien que, dans son école *vitaliste* ou *spiritualiste*, les organes sains ou malades sont considérés comme les instruments de *la vie*, mais elle a oublié de nous apprendre ce qu'elle entend par la vie, comment elle formule cette grande inconnue du problème. Qu'elle nous donne donc de *la vie* une définition claire, précise, exacte, qui soit universellement adoptée, et dès lors tout sera fini : nous serons tous vitalistes et spiritualistes comme elle. Mais jusque-là, qu'elle ne s'étonne pas si, dans cette matière, il règne encore tant de systèmes différents, si M. Bousquet n'est pas vitaliste comme M. Piorry, si M. Piorry ne l'est pas comme M. le professeur Cayol, si l'école de Paris ne l'est pas comme celle de Montpellier, si M. Cayol lui-même ne l'est pas à la façon de ceux qui, adoptant les rêveries mystiques d'un cerveau malade (*ægri somnia*), se sont constitués les disciples du dynamisme homœopathique, et n'ont pas reculé devant l'énormité de placer Hahnemann et saint Thomas d'Aquin à côté l'un de l'autre, etc.

V. — Mais quelles sont donc précisément aujourd'hui les doctrines vitalistes que l'on enseigne dans les deux grandes écoles de Paris et de Montpellier, et qui sont également condamnées par la *Revue médicale?* En quoi diffèrent-elles essentiellement de celles de Bichat et de Barthez, que nous avons mises en parallèle au commencement de ce discours? C'est à ceux de nos collègues qui se livrent plus spécialement aux études et à l'enseignement physiologiques que revient de droit la tâche de répondre, d'une manière pleinement compétente, à ces questions. Pour moi, qui n'ai nullement la prétention de représenter l'école de Paris, qui accepte pour moi seul la responsabilité de tout ce que j'ai dit et de ce qui me reste à dire, je ferai connaître ma profession de foi personnelle, après avoir exposé quelques nouvelles considérations sur les écoles de Montpellier et de Paris, telles que je les trouve formulées par M. Lordat dans le dernier cahier du *Journal des progrès de la médecine hippocratique et vitaliste*, sans oublier de placer en note les propres appréciations de ce journal.

Je serais bien heureux de pouvoir trouver ailleurs un exposé fidèle et lumineux de ce *néo-vitalisme*, traduit en quelque sorte aujourd'hui à la tribune de cette académie, mais je ne puis le saisir que là où il est et comme il y est. Est-ce ma faute, si tel qu'on nous le développe en l'opposant à ce qu'on appelle le *matérialisme*, le *cadavérisme*, l'*organicisme* de l'école de Paris, il excite des idées et des sentiments auxquels ceux qui m'écoutent ne s'attendaient peut-être pas? Est-ce ma faute si, sous le nom de ce *néo-vitalisme*, on a compris à la fois des thèses de physiologie proprement dite et des thèses de psychologie, de théologie et de religion? A Dieu ne plaise! Ce n'est point moi qui ai soulevé tout cela, ce n'est point moi qui ai, par des attaques aussi injustes que peu mesurées, amené une pareille discussion. J'ai défendu, selon mes faibles moyens, la grande école qu'on poursuit en la désignant, il faut bien que je le répète, sous les épithètes peu amicales, en conscience, de *matérialiste, cadavériste*, etc. Je la défends encore aujourd'hui; voilà mon rôle, ma *mission*, puisque ce mot a été employé, et je prie l'Académie et tous ceux qui m'écoutent de ne pas l'oublier, car il m'importe beaucoup que cela soit bien entendu. Je n'ai jamais aimé la polémique et les vaines disputes; ce n'est donc, encore une fois, qu'à mon corps défendant, et à mon grand déplaisir, que je me suis vu obligé de répondre aux attaques tout à fait gratuites (surtout en ce qui me concerne) des nouveaux vitalistes. Que si, dans ma réponse, j'ai mis quelquefois un peu de vivacité, j'aime à espérer qu'on me le pardonnera en faveur de mes intentions, et en réfléchissant bien aux provocations, sous l'empire desquelles j'ai été entraîné dans une discussion qu'il eût été plus sage de ma part, j'en conviens volontiers, de ne pas aborder. Cela bien compris, je poursuis, et, grâce au ciel, j'aurai bientôt achevé une tâche qui me pèse et que d'autres auraient, sans doute, mieux remplie que moi.

Au reste, dans tous les temps, vous le savez, Messieurs, les philosophes se sont occupés des hautes questions qui constituent en quelque sorte la métaphysique des sciences naturelles. Ces questions ont été agitées par tous les grands philosophes de la Grèce, et de Rome en particulier, et par plusieurs de leurs poëtes les plus admirés :

Felix qui potuit rerum cognoscere causas!

a dit Virgile. Et n'est-ce pas dans le même poëte, qui était en même temps philosophe, ainsi que son meilleur ami, Horace, n'est-ce pas dans Virgile que nous lisons encore ces vers remarquables, qui ne sont pas sans quelque rapport avec le sujet qui nous occupe :

Spiritus intùs alit totamque infusa per artus,
Mens agitat molem.....

La recherche des causes premières, des forces, des puissances, des principes qui produisent tous les phénomènes de la nature, et celle des lois auxquelles ces phénomènes sont assujettis, est, sans contredit, une des plus hautes occupations de l'esprit humain. Ce travail, j'ai presque dit cette fonction de notre esprit, est, d'ailleurs, aussi naturelle que les fonctions de voir, d'entendre et d'observer. La faculté de l'entendement qui préside à cette recherche des *causes et des forces* est le plus beau présent, le don le plus sublime que Dieu nous ait fait! Mais l'exercice de cette faculté vraiment philosophique doit lui-même avoir ses règles, et trois fois heureux ceux qui s'y livrent sans jamais les violer!

Mais passons enfin aux doctrines qui caractérisent essentiellement le vitalisme actuel de l'école de Montpellier. En voici la formule, d'après le vénérable et savant professeur Lordat, pour la personne et le caractère duquel je me sens les plus intimes sympathies :

« L'homme, objet de la médecine, est un être dont l'unité se décompose didactiquement et de bas en haut :

« 1° En un agrégat matériel, le corps; 2° en une âme de *seconde majesté*, mortelle et néanmoins de l'ordre métaphysique, laquelle fait la vie de ce corps, et que Barthez appelait *principe vital;* 3° en un âme intelligente et immortelle qui dessert la raison et la volonté.

« L'homme est donc un double dynamisme (1). »

L'école de Paris, selon le célèbre physiologiste de Montpellier, serait *monothélite*, c'est-à-dire qu'à l'instar de Sthal, elle n'admettrait qu'une seule âme pour présider à tous les actes ou phénomènes du corps humain vivant (2).

---

(1) Les *néo-vitalistes* de *la Revue médicale* jugent ainsi qu'il suit la *formule* de M. Lordat : « L'école de Paris a beau jeu de l'école de Montpellier et de son double dynamisme, qui n'est qu'une ingénieuse imagination pour esquiver la difficulté d'expliquer l'organisme vivant avec l'âme intellectuelle toute seule; c'est-à-dire d'expliquer la vie dans les organes, et leurs fonctions sans *majordome organique* ou sans *âme de seconde majesté*. (Ce sont les sobriquets équivalents du *principe vital* dans l'idiome de la nouvelle *Cos.*) »

(2) La *Revue médicale* assure que « Paris ne sait pas sa formule, ne

Si la définition de l'école de Paris, par M. Lordat, est bien telle que nous la donne le *journal* auquel je l'emprunte, elle est, ce me semble, de nature à surprendre un peu cette école.

Quant à l'école de Montpellier, telle qu'elle est formulée pour ainsi dire par M. Lordat, d'une manière aussi brillante que poétique, il me semble qu'elle ne diffère pas essentiellement de l'école de Barthez, si l'on substitue le nom de principe vital à celui d'*âme* de seconde majesté. D'un autre côté, cette formule ne rappelle-t-elle pas un peu l'heureuse et belle distinction de *vie organique* et de vie animale, établie par notre Bichat? Pour faire ressortir ce rapport d'une manière en quelque sorte palpable, il suffirait de donner le nom de *double dynamisme* au *double* genre de *propriétés vitales* qui, selon Bichat président aux phénomènes de cette *double* vie. Mais je ne sais si Bichat et M. Lordat consentiraient à cet échange de dénomination. Quoi qu'il en soit, je n'insisterai pas davantage sur la formule de M. Lordat, et j'arrive à ma profession de foi personnelle en matière de *philosophie physiologique*, dont voici les articles fondamentaux, sous le double rapport de la physiologie proprement dite, et de la médecine ou de la *pathologie*, qui n'est, en définitive, autre chose que la *physiologie pathologique*.

Premier article. — J'admets assurément, avec M. Lordat, qu l'homme est un être dont l'*unité* se décompose en éléments qu'il importe de déterminer le plus exactement possible.

Deuxième article. — Or, l'analyse nous montre d'abord ces deux grands éléments, savoir : 1° Un *corps organisé* ou composé d'*organes*, c'est-à-dire d'instruments infiniment variés, destinés chacun à remplir une fonction spéciale, ce qui fait de ce corps lui-même la plus merveilleuse machine de la création; 2° des *forces*, des *puissances*, des *principes* qui meuvent, *vivifient, animent* cette merveilleuse et divine machine, s'il m'est permis de me servir de cette comparaison, déjà employée par Corvisart, avec des réserves que j'adopte pleinement (1), cette *machine humaine* pour tout dire en un mot déjà consacré.

Troisième article. — Ces *forces*, ces *puissances*, ces *causes*, ces *principes*, ces *facultés* ou *propriétés* (2), peuvent être ramenées à deux principales catégories, et c'est là précisément ce qu'ont fait Barthez, Bichat, M. Lordat, chacun sous une forme et dans un langage différents, il est vrai, et, peut-être aussi dans un *esprit différent*, ce que je n'ai pas à décider.

J'admets pour ma part cette distinction, cette catégorisation, en laissant à chacun, jusqu'à nouvel ordre, la liberté de l'exprimer à sa manière.

Quatrième article. Étant admis que les deux ordres de *forces*, de *puissances*, de *principes*, de *facultés*, de *conditions vitales* ou *dynamico-vitales*, appartiennent exclusivement au corps humain vivant, il ne reste plus, pour avoir une idée complète de toutes les forces qui agissent sur ce corps ou agrégat matériel, que d'ajouter aux deux ordres précédents, celui des forces auxquelles obéissent tous les corps de la nature en général, telles que la pesanteur ou force de gravitation, l'affinité. etc., forces que Bichat et Barthez eux-mêmes n'ont point oubliées dans leur énumération des *forces* ou des *propriétés*, mais dont ils n'ont pas toujours tenu un compte suffisant dans l'application ou dans la praque (1).

Toutes ces *causes générales*, toutes ces forces, etc., qu'elles s'exercent sur des corps inorganisés ou sur des corps organisés, peuvent être et sont réellemement conçues par notre esprit comme distinctes de ces corps, mais il est certain, évident que sans la connaissance de ces derniers, des phénomènes qu'ils nous présentent et des lois auxquelles ils sont assujétis, elles seraient, pour ainsi dire, comme non avenues, c'est-à-dire que nous n'aurions aucun moyen d'en constater la présence et les effets. C'est pour cela que Barthez leur a donné le nom de causes *expérimentales*, ainsi que nous l'avons vu précédemment.

Supposez que les mouvements des corps célestes ou les mouvements analogues qui se passent dans d'autres corps, n'existent pas, et par suite, les grandes lois que les Newton et les Képler ont découvertes et calculées, que deviendrait l'idée de la pesanteur ou de la force de gravitation? Sans la connaissance de la distance et de la masse des corps, comment pourrions-nous apprécier cette force, laquelle, ainsi que tout le monde le sait, depuis Newton, agit en raison directe des masses et inverse du carré des distances? On peut en dire autant des phénomènes physiques de toute autre espèce et des phénomènes chimiques, dans lesquels interviennent les forces électriques ou électro-magnétiques, les affinités, etc.

Il en est de même des phénomènes dont le corps vivant est le siége. Sans doute, nous avons nécessairement en nous l'idée d'un principe devie, de forces vitales, ainsi que l'idée du rapport qui existe entre ce principe de vie, ces forces vitales et les phénomènes que nous observons dans le corps en question, phénomènes que nous considérons comme des *effets* (ce rapport est connu sous le nom de *causalité* ou de rapport de cause à effet). Mais, encore une fois, sans la connaissance du corps lui-même et des phénomènes dont il est le siége, comment apprécier et calculer, pour ainsi dire, les diverses forces vitales?

Les corps, leurs phénomènes, et les forces, voilà donc les deux grands facteurs dont il faut tenir compte : déterminer exactement la valeur de chacun d'eux, voilà l'éternel problème que nous avons à résoudre dans nos recherches. Malheur à ceux qui négligent une de ces données, ou qui ne l'apprécient pas d'une manière exacte! C'est de là que naissent ces innombrables erreurs que nous trouvons dans l'histoire de toutes les sciences naturelles en général, et de la médecine en particulier. Il est réservé à un si petit nombre d'hommes de posséder, à un haut degré, toutes les facultés intellectuelles et morales nécessaires pour l'étude des questions générales et particulières dont ces sciences se composent, qu'il ne faut pas s'étonner des erreurs dont elles fourmillent. D'un autre côté, comme tous ceux qui s'en occupent, quelque différentes que soient d'ailleurs leurs facultés et les recherches auxquelles ils se sont livrés, ont les mêmes prétentions, et *croient* également, quelque diverses que soient leurs opinions ou leurs doctrines, avoir trouvé la vérité, on conçoit que les querelles et les disputes scientifiques sont en quelque sorte fatales et inévitables. Comment et quand cesseront ces variations, ces dissidences d'écoles et de doctrines en médecine? Jusques à quand, au lieu de cette *unité* de doctrines médicales tant souhaitée, aurons-nous les doctrines des Facultés de Paris, de Montpellier, de Strasbourg, de toutes les écoles secondaires, etc., etc., etc.? Quand nous sera-t-il donné de ne plus dire *oui* avec Hippocrate, *non* avec Galien; ou bien encore :

---

se doute pas du *monothélisme* qu'on lui prête, et qu'il n'a jamais pensé à l'âme. Paris, voué à l'œuvre inférieure de l'anatomisme ou de la médecine facile des faits, a rempli sa *mission de manœuvre*. Cette mission nécessaire, il fallait que quelqu'un la remplît, cette part lui est tombée, il s'en est acquitté jusqu'au bout. Voilà le bon et le vrai de l'école de Paris.

Mais fière des mille découvertes qu'elle portait dans la science, l'orgueil s'est emparé de l'école de Paris, et lui a caché le véritable caractère de sa mission; elle a cru pouvoir se poser comme autorité dominante au lieu de se regarder comme une servante à la tâche. Voilà le mal et l'erreur; l'orgueil n'en fait pas d'autres. Mais la servante peut devenir maîtresse. Pour cela quelle garde son monothélisme animique, mais qu'elle l'apprenne. »

(1) « Me permettra-t-on, dit Corvisart, une comparaison, dont je sens autant que personne, je crois, l'énorme disparité et presque l'inconvenance. Eh bien! je compare le corps humain à une machine. Certes, tous les arts réunis n'en produiront évidemment jamais une aussi compliquée, ni aussi exactement en harmonie admirable et parfaite... » Corvisart ajoute en note : « Quel que soit le principe de la vie, sa nécessité, sa puissance, et l'*adoptant dans toute l'extension de sa plénitude inconnue*, etc., etc. »

(2) Dans le parallèle établi entre les doctrines générales de Bichat et de Barthez, on a vu que, selon ce dernier, on peut se servir indifféremment de ces expressions, comme formules indéterminés, comme des X, Y, Z du langage algébrique. Sans penser absolument comme Barthez sur ce point qu'il serait trop long de discuter, j'ai cru pouvoir me servir ici de son autorité. Le lecteur comprendra facilement la raison de mes réserves. Les expressions indiquées sont dans le sens de Barthez, également synonymes de celles de *conditions dynamiques*.

(1) Je crois devoir rappeler ici ce que j'ai déjà dit plus haut, savoir, que l'homme se distingue par un ordre de facultés tellement supérieures, qu'en le plaçant parmi les animaux, à titre d'*animal raisonnable*, on ne fait pas encore assez : il en est au moins le roi. Avec M. Lordat, il faut placer ces facultés souveraines sous l'empire d'un principe psycologique qui n'appartient réellement qu'à l'homme. Parmi les espèces les plus élevées de l'échelle animale, quelle est celle qu'on puisse réellement comparer à l'espèce humaine? Nous admettrons la légitimité de cette comparaison, quand on nous aura montré une espèce autre que l'espèce humaine qui possède une religion, un gouvernement, des institutions politiques, des codes, des tribunaux, des universités, des académies, des temples, des palais, des bibliothèques, etc., etc.

Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au delà? Quand? Je l'ignore. Mais ce que je sais très-bien, c'est que pour arriver à cette *unité* de doctrines, d'écoles, de systèmes, en médecine, comme dans toutes les sciences naturelles, en général, il faut absolument procéder dans nos recherches, sous le double rapport de l'observation et de la philosophie scientifique, avec une *exactitude rigoureuse,* méthode qui ne permet de rien considérer comme vrai qui ne soit clairement démontré.

Voilà, mon école, Messieurs, et je n'en reconnais pas d'autre. C'est la seule qui soit de tous les lieux et de tous les temps, mais à la condition d'être toujours fidèle à son principe, condition dont toute la difficulté n'est bien sentie que de ceux qui se la sont imposée. C'est l'École de cette médecine EXACTE, pour le triomphe de laquelle je n'ai cessé de combattre depuis vingt ans passés.

Me voilà donc délivré de ma profession de foi. Le ciel en soit loué! Je déclare qu'en ce qui touche aux *forces vitales*, ces causes premières qu'il n'est pas donné à notre esprit de connaître dans leur nature, ces vrais *mystères* de notre science; je déclare, dis-je, qu'en ce qui touche mon *vitalisme*, je réclame cette tolérance et cette indulgence que je ne refuserai jamais à quiconque les réclamerait de moi en une matière aussi délicate. Je le soumets humblement à la discussion de tous les hommes compétents et de bonne foi, bien disposé à profiter de leurs lumières.

C'est donc ici le moment de rappeler une dernière fois à ceux qui m'entendent, qu'en exposant devant eux la doctrine des *néo-vitalistes,* presque sans la discuter, j'ai laissé à chacun le soin de la juger.

Mais bien loin de vouloir exciter contre ceux qui l'enseignent et la professent un sentiment d'intolérance, je me suis plaint de ce que de leur côté ils n'accueillaient pas avec toute la modération, toute la charité désirables les doctrines différentes de la leur. L'histoire est là pour nous apprendre tont ce que l'esprit d'intolérance peut entraîner de mal à sa suite. Encore, si cet esprit ne s'attaquait jamais qu'aux mauvaises doctrines. Mais hélas ! combien de fois n'a-t-il pas sévi sur les meilleures sur les plus glorieuses découvertes? Est-ce pour avoir trouvé et enseigné une doctrine erronée que Galilée fut condamné? Est-ce encore pour avoir découvert et enseigné une doctrine erronée, que Harvey eut tant à souffrir de ses contemporains? Et, si de l'ordre intellectuel, nous passions à l'ordre moral et religieux, que verrions-nous encore? Mais n'insistons pas sur des exemples trop connus des plus injustes persécutions. Puissent-ils ne jamais se renouveler! Ne soyons pas chrétiens de nom seulement, soyons-le surtout en réalité, et n'oublions jamais que de toutes les vertus chrétiennes, l'amour du prochain est la plus belle et la plus sainte. Si l'on pouvait refuser ce sentiment à quelques hommes, assurément ce serait à ceux qui les premiers en ont manqué et à *d'autres* que le divin auteur de l'Évangile a pris soin de signaler lui-même. Toutefois, il est encore plus beau de leur pardonner, et si l'on ne peut aller jusque-là, qu'un sentiment de dédain soit du moins notre unique vengeance.

Si donc quelques-uns continuent à nous désigner sous le nom de *matérialistes,* de *cadavéristes,* de disciples d'une école sans âme, etc., ne leur répondons que par des travaux et des recherches propres à contribuer aux progrès de la science, et marchons sur les traces de ces grands maîtres dont le temps ni de vaines clameurs ne sauraient flétrir les lauriers (1). Qu'importe à Corvisart, à Pinel, à Laënnec, à Broussais, à Bichat, à Morgagni qu'on leur ait adressé les attaques dont nous avons précédemment entretenu l'Académie? Les noms des Pinel, des Corvisart, des Laënnec, ne sont-ils pas toujours glorieusement inscrits sur les murs de cette enceinte? et les statutes de Bichat et de Broussais ne sont-elles pas toujours debout?

---

(1) N'est-ce pas ici l'occasion de rappeler cette belle strophe de Lefranc de Pompignan?

> Le Nil a vu sur ces rivages,
> Les noirs habitants des déserts,
> Insulter par leurs cris sauvages
> L'astre éclatant de l'univers.
> Cris impuissants! Fureurs bizarres!
> Tandis que ces monstres barbares
> Poussaient d'insolentes clameurs,
> Le Dieu poursuivant sa carrière,
> Versait des torrents de lumière
> Sur ces obscurs blasphémateurs.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 mars 1855, l'Empereur a confirmé les nominations suivantes faites dans l'ordre de la Légion d'honneur par le général en chef de l'armée d'Orient, pour services signalés rendus dans les hôpitaux de Constantinople.

Officier : M. Morgue, médecin principal de 1re classe.

Chevaliers : MM. Lagouest, médecin-major de 2e classe; Lantenois, pharmacien aide-major de 1re classe; Burnot-Laboulay, médecin-major de 2e classe; Cornillon, pharmacien aide-major de 2e classe.

— D'après les statistiques dressées en Bavière et conformément à ce que Casper avait déjà démontré, la profession médicale est de toutes celles dont les membres ont le plus haut chiffre de mortalité; les trois quarts des médecins succombent avant 50 ans et les dix onzièmes avant 60 ans. Sur 1,688 médecins vivants, en Bavière, en 1852, 4 seulement (8,34 pour cent) étaient âgés de plus de 80 ans; parmi eux, aucun ne s'était voué exclusivement à la pratique de la médecine. Les dix médecins les plus avancés en âge comptaient en somme 792 ans (79,2 ans en moyenne), tandis que les 10 plus âgés, pris dans d'autres professions libérales, représentaient les chiffres suivants : prêtres catholiques, 878 ans; professeurs des écoles, 875; ministres protestants, 865; juristes, 850. Sur 100 individus entrés dans la profession médicale, 26 seulement avaient atteint, en Bavière, l'âge de 50 ans; encore cette proportion est-elle plus favorable qu'en Prusse, où 19 seulement sur 100 atteignent la cinquantaine.

— Le concours d'agrégation en chirurgie, ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, s'est terminé le 9 du courant par la nomination de MM. Moutet et Garimond.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc.; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

SOUS PRESSE. — *Examen critique de la discussion* qui a lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. DE CASTELNAU, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, inspecteur général-adjoint des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons de France. — 1 vol, in-8°. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 38. 3e ANNÉE. Jeudi 29 mars 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Des causes et de la nature des maladies du cœur.

(Suite. — Voir les numéros des 6, 15 et 22 mars).

Messieurs,

Nous avons montré pour les maladies du cœur les progrès qu'a faits la médecine depuis un quart de siècle environ, au point de vue de l'anatomie pathologique et du diagnostic; nous allons voir que, sous le rapport de la recherche de leurs causes et de leur nature, les travaux modernes ont aussi comblé une grande lacune.

Tout organe chargé d'une fonction spéciale offre des particularités à étudier, mais nous ne tarderons pas à voir que les maladies du cœur se développent sous l'influence des mêmes causes que celles de la plupart des autres organes. C'est vers ce *grand ressort* que se répercutent presque tous les dérangements des autres rouages de notre machine vivante, le cœur jouit, en effet, du fâcheux privilége de trouver dans la plupart des maladies fébriles, une source d'états morbides; c'est là un point que nous aurons soin de développer longuement en faisant l'histoire de l'endocardite.

Sous le double point de vue des causes et de leur nature, les maladies du cœur peuvent être rangées en trois classes : 1° causes traumatiques; 2° causes morales; 3° causes physico-chimiques.

Nous n'aurons pas à nous occuper des premières, elles forment, pour ainsi dire, un chapitre à part; occupons-nous donc des deux autres.

Sénac, dans le second volume de son *Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies,* s'exprime ainsi, après avoir parlé des signes qui permettent de reconnaître ce qu'il appelle *les vices* du cœur : « A mesure que l'on pénètre dans les maladies du cœur, la médecine paraît plus stérile; elles demandent peu de remèdes. » Un peu plus loin, il s'étend longuement sur l'influence des causes morales, mais, suivant lui, elles n'agissent pas toutes de la même manière; ainsi la crainte et la terreur n'ont pas le même mode d'action que les chagrins et la tristesse; l'explication qu'il en donne est fondée sur une théorie toute spéculative.

Les deux causes principales que reconnaît Corvisart sont : 1° l'action même de l'organe; 2° les passions des hommes. Il examine la continuité d'action du cœur, et il évalue à presque trois milliards le nombre de pulsations d'un homme qui meurt à quatre-vingt-dix ans; puis, considérant combien de causes viennent troubler le jeu de cette merveilleuse machine, combien d'efforts elle doit surmonter, il trouve là des raisons suffisantes pour expliquer la grande fréquence des maladies du cœur. « Voyez, dit-il, le fœtus sorti du sein de sa mère; dès cette époque commencent des obstacles à l'action du cœur.... L'occlusion du trou ovale, l'oblitération du canal artériel, le développement de l'artère pulmonaire.... les cris, les vagissements de l'enfance, les pleurs, la danse, la course, le saut, la lutte, l'escrime, l'usage des instruments à vent, etc., etc. » « Voilà, ajoute Corvisart, une immensité effrayante de causes, dont les effets sont inévitablement ressentis par le cœur (1). »

Sans doute si chacune de ces causes pouvait déterminer une maladie organique, on devrait regarder comme un miracle l'existence des hommes pendant quelques heures seulement. Mais d'abord cette assertion de Corvisart est singulièrement exagérée, car chaque mouvement du cœur est suivi d'un repos très-court à la vérité, mais aussi très-fréquent, et Laënnec avait établi que sur vingt-quatre heures les ventricules ont douze heures de repos, et les oreillettes dix-huit. Hope a réduit ce chiffre, il est vrai; mais tout en tenant compte de ce qui peut y avoir d'inexact de part et d'autre, il reste démontré que le cœur jouit d'un repos notable qui constitue son intermittence d'action.

Les efforts dont parle Corvisart, pas plus que les cris, les pleurs, etc., etc., ne peuvent véritablement être considérés comme causes des maladies du cœur, car chacun de nous s'y trouve exposé en plus ou en moins, et cependant nous n'avons pas tous une affection organique du cœur. Mais, au contraire, si *ces efforts,* pour nous servir de l'expression même de Corvisart, n'existaient pas, il y aurait *maladie du cœur,* dans le cas, par exemple, de non-occlusion du trou ovale.

Le même auteur passe en revue un peu plus loin les causes qui agitent le cœur. « Qui, s'écrie-t-il, niera l'immense puissance de ces causes? La colère, la fureur, la crainte, l'envie, la jalousie, la peur, la terreur, l'amour, le désespoir, la joie la tristesse, etc., etc.... Enfin oserai-je dire que, par une fatalité déplorable, les plus nobles passions, les plus beaux sentiments, réagissent aussi sur le cœur pour troubler son action.... Et je pense que les lésions organiques du cœur ont été plus fréquentes dans les horribles temps de la révolution que dans le calme ordinaire de l'ordre social (2). » Mais quel est donc l'homme qui ne soit agité par une ou plusieurs des passions bonnes ou mauvaises mentionnées ci-dessus? Si elles pouvaient déterminer des lésions organiques du cœur, leur nombre devrait être égal à celui de la population; car ceux assez privilégiés du ciel pour être exempts de l'une ou de l'autre de ces passions : la colère, l'amour, l'ambition, la vengeance, etc., etc., seraient victimes de leurs plus beaux

(1) Corvisart, *Maladies du cœur*, Disc. prél., p. 29.

(2) Corvisart, *Maladies du cœur*, Disc. prél., p. 21.

sentiments. Sans doute la révolution française a fait palpiter bien des cœurs, mais il ne faut pas ajouter à tous les griefs justes ou injustes que l'on a élevés contre elle la responsabilité d'avoir donné naissance aux lésions organiques observées par Corvisart. D'ailleurs nous manquons et nous manquerons toujours de documents statistiques exacts pour vérifier le fait qu'il signale.

Les législateurs philosophes et politiques, les moralistes, les prédicateurs, les rhéteurs et les poëtes pourront rendre de grands services à l'humanité par le sage emploi qu'ils feront de leurs talents, mais le cœur, sous le rapport de ses lésions organiques, est bien en dehors de leur sphère d'action. Quiconque a lu avec soin l'ouvrage de Corvisart, restera convaincu que pour lui la lésion de structure du cœur est l'effet du trouble apporté par l'influence des efforts dont nous avons parlé plus haut, ou des passions qui troublent l'action de cet organe. Si cette opinion était vraie, on devrait observer des lésions organiques du cœur à la suite de palpitations violentes et prolongées; or, ses névroses, surtout celles liées à un état chlorotique, sont certes bien communes; l'observation directe est donc facile aujourd'hui que nous possédons les signes physiques qui nous permettent de distinguer, avec *une certitude mathématique,* si ces palpitations se rattachent à une névrose ou à une lésion organique du cœur. Cette observation nous la faisons chaque jour, depuis longues années, et nous pouvons affirmer que nous voyons fréquemment des personnes nerveuses tourmentées depuis longtemps par de violentes palpitations sans que celles-ci aient jamais amené de lésions organiques du cœur.

Quelques médecins regardent cependant encore les influences morales comme susceptibles d'engendrer quelquefois ces maladies, à quoi tient cette croyance? A ce que beaucoup d'entre eux prennent, malgré les progrès de la médecine, des palpitations chlorotiques pour des palpitations se rattachant à une lésion organique du cœur. Il n'y a pas de jour où nous n'ayons à déplorer une semblable méprise, méprise dangereuse qui peut faire provoquer l'emploi d'un traitement contraire et mortel. Cette croyance est donc fondée sur une erreur de diagnostic, et celle-ci peut-elle passer pour un fait acquis à la science? Nous reconnaissons donc l'influence des causes morales sur le développement des affections nerveuses du cœur, mais non sur celui de ses lésions organiques.

Corvisart a signalé un grand nombre de causes que nous venons d'apprécier, mais il a omis la plus importante de toutes, et peut-être par l'idée fausse qui lui faisait considérer le cœur comme à l'abri de toute vicissitude atmosphérique. « Le cœur, dit-il, dans la région qu'il occupe est à l'abri de toute impression de la part de l'air et de ses intempéries variables, brusques et modifiées; *on peut affirmer* en général qu'il n'en est pas sensiblement modifié et qu'il n'en contracte *pas de maladies* (1); » affirmation bien erronée, qui a dû empêcher Corvisart de rechercher les maladies là où elles se rencontrent. Quoi de plus commun que la péricardite ou l'endocardite coïncidant avec une pneumonie, avec une pleurésie et surtout avec une arthrite rhumatismale! Corvisart, il est vrai, ne pouvait étudier l'endocardite, dont la découverte est de nos jours. La coïncidence de ces deux maladies isolées ou réunies est telle dans les circonstances que nous venons d'indiquer, que nous avons pu établir la loi suivante sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs bien souvent: Dans les cas graves d'arthrites rhumatismales surtout, la coïncidence de la péricardite ou de l'endocardite réunies ou séparées est la règle, la non coïncidence l'exception; dans les cas moyens ou légers, la non coïncidence est la règle, et la coïncidence l'exception. Quand nous vous aurons montré ce que deviennent ces maladies non guéries, les désordres qu'elles laissent à leur suite vous comprendrez comment l'histoire complète de l'endocardite à l'état aigu et chronique a pu complétement changer la face de la pathologie du cœur.

(1) Corsvisart, Disc. prél., p. 25.

Corvisart, dans son ouvrage, a beaucoup insisté sur les causes qu'il appelle *héréditaires*, mais bien des auteurs, avant lui, les avaient mentionnées; Sénac, Morgagni, Lancisi et Albertini, ces deux derniers principalement, ont parlé de familles dans lesquelles plusieurs générations auraient été atteintes d'affections organiques du cœur. Nous sommes loin de nier l'influence de l'hérédité dans les maladies en général, il est impossible de ne pas la rencontrer à chaque pas depuis le rhumatisme, la goutte, le tubercule, jusqu'aux scrofules et à l'aliénation mentale elle-même; mais il ne suffit pas de constater cette influence, il faut encore en déterminer les limites. Par hérédité on doit entendre non la maladie elle-même que les parents ont présentée, mais la tendance de l'organisme à la contracter avec le concours des causes occasionnelles; chacun porte en soi pour ainsi dire son patrimoine organique; c'est là une question d'une si haute valeur pratique que nous ne manquons jamais de signaler son importance.

Un père ayant une maladie organique du cœur donnera-t-il nécessairement à ses descendants ce fatal héritage? Non, mais il leur transmettra la prédisposition en vertu de laquelle, dans des conditions déterminées, ils seront aptes à contracter une maladie qui abandonnée à elle-même pourra laisser cette trace indélébile. Quelle grande confiance peuvent d'ailleurs nous inspirer ces observations de Lancisi et d'Albertini, aujourd'hui que nous savons l'incertitude du diagnostic des maladies organiques du cœur avant les précieux moyens d'investigation que nous possédons et dont nous avons déjà parlé à l'occasion du diagnost

La nature des maladies est déduite de la connaissance exacte de l'anatomie pathologique, des lésions fonctionnelles et de l'étiologie; nous venons d'étudier avec soin ces trois points de la question, nous serions donc en état dès à présent de rechercher la nature des maladies du cœur. Mais nous avons dit un peu plus haut que l'histoire complète de la péricardite et surtout celle de l'endocardite à l'état aigu et chronique avait complétement changé la face de la pathologie du cœur; nous pensons donc que l'étude de la nature de leurs maladies sera plus à sa place lorsque nous connaîtrons exactement la péricardite et l'endocardite, leur marche et les lésions chroniques organiques qu'elles laissent à leur suite, quand elles n'ont pas été arrêtées à leur période d'acuité.

Du pronostic des maladies du cœur.

Le pronostic est loin d'être le même dans toutes les maladies du cœur. *Hœret lateri lethalis arundo*, telle est la fatale épigraphe de l'ouvrage de Corvisart; vraie pour beaucoup de lésions chroniques organiques, elle ne peut cependant s'appliquer indistinctement à toutes. Cet auteur considérait la péricardite comme presque toujours mortelle; nous savons, au contraire, aujourd'hui combien cette maladie est peu grave par elle-même. Parmi celles qui entraînent essentiellement et immédiatement la mort, il faut ranger la rupture des parois du cœur. Puis les plus graves, celles qui sont essentiellement mortelles, mais dans un temps variable, sont les déformations des valvules et les rétrécissements considérables des orifices. Nous voyons fréquemment des malades atteints d'une hypertrophie moyenne du cœur sans complications graves du côté des valvules ou des orifices, vivre pendant de longues années, et avec des soins bien entendus, on peut, malgré ces lésions, leur procurer une longue existence. Celles-ci tirent surtout leur gravité de leur siége; certaines productions accidentelles peuvent se développer dans le péricarde sans troubler notablement l'état général, tandis qu'elles seraient funestes si elles donnaient naissance à un rétrécissement considérable des orifices, ou si elles annihilaient la valvule mitrale par exemple.

Le traitement des maladies du cœur ne peut être abordé

dans un chapitre consacré aux généralités, il est trop variable suivant les cas. Nous les développerons donc avec beaucoup de soins, en parlant de chaque maladie en particulier.

De la péricardite.

Je ne sais si l'on connaît le nom de l'auteur qui le premier a parlé de la péricardite, mais il est bien certain que la connaissance exacte de cette maladie date d'une époque très-voisine de la nôtre. On trouve chez Sénac quelques lambeaux seulement relatifs a son histoire. « Le péricarde, dit-il, peut s'enflammer de même que toutes les autres parties du corps... les inflammations de cette *capsule* sont fort rares... j'ai vu souvent, après des pleurésies, le péricarde épaissi et rempli d'une matière qui paraissait purulente. » Voilà à peu près toutes les connaissances anatomo-pathologiques qu'il possédait sur la péricardite; si nous passons maintenant aux signes qu'il donne pour reconnaître cette maladie, tout est confusion et incertitude. Corvisart nous a mieux fait connaître cette maladie sous le point de vue anatomique, mais quelle indécision il avoue lui-même dans le diagnostic!

Si nous passons à Laënnec, son disciple, nous allons voir que d'obscurité régnait encore sur la péricardite. « Il est peu de maladies, dit-il, plus difficiles à reconnaître que la péricardite, et dont les symptômes soient plus variables... j'ai vu *quelquefois deviner* des péricardites, et j'en ai *deviné* moi-même; car je ne crois pas que l'on puisse employer le mot *reconnaître*, quand on n'a pas de signes certains et qu'il arrive aussi souvent de se *tromper* que de rencontrer *juste*... Je dois avouer que l'*auscultation médiate* ne donne pas de signes beaucoup plus sûrs de la péricardite que l'étude des symptômes généraux(1). » N'est-on pas surpris d'entendre un pareil aveu de la part d'un homme tel que Laënnec; pour qu'il n'ait pas reconnu cette maladie, il faut bien qu'il ne l'ait pas cherchée là où elle se rencontre, car il aurait certainement fait jaillir sur elle les mêmes lumières qu'il a répandues sur les maladies des organes thoraciques.

M. Louis, dans son mémoire sur la péricardite, a signalé *la voussure* de la région précordiale: c'est là une donnée seulement qui a son importance sans doute, mais qui ne se rencontre pas dans tous les cas. Nous verrons bientôt que si le diagnostic n'était possible qu'à la condition de trouver ce signe, peu de péricardites seraient susceptibles d'être reconnues.

J'ai voulu placer sous vos yeux ce simple aperçu des connaissances relatives à la péricardite, depuis Sénac jusqu'à M. Louis, afin de vous faire comprendre comment chacun des auteurs que nous avons cités a éclairé la question, mais sans la résoudre. L'histoire d'une maladie *n'est complète* que lorsque l'on connaît exactement son anatomie pathologique, son diagnostic, sa nature, ses causes, et j'ajoute sur son traitement, qui forme pour ainsi dire la couronne de l'œuvre scientifique. Nous allons vous démontrer que ces différents points sont aujourd'hui suffisamment connus pour que l'histoire de la péricardite puisse être placée à côté de celle de la pneumonie et de la pleurésie.

— Nous commençons maintenant la description des maladies par ce qui était ignoré autrefois : l'étude des altérations anatomiques. C'est Laënnec qui a introduit cette manière de procéder, et remarquez combien elle est conforme à la physiologie, car, comment étudier une fonction avant de connaître l'instrument? Déjà nous avons dit, et nous ne saurions trop le répéter, que la lésion anatomique n'est pas la maladie tout entière, mais un élément indispensable qui en forme le corps; c'est donc par lui que l'on doit commencer. Nous ne donnerons pas à la maladie le nom tiré des signes anatomiques, puisque ceux-ci n'en constituent qu'un des éléments, n'en forment que le cadavre; nous la désignerons d'après la nature, et pour arriver à la connaître trois choses sont indispensables: 1° l'anatomie pathologique; 2° l'étude des lésions fonctionnelles; 3° l'étiologie.

(1) Laënnec, 4e éd., tome III, p. 373.

Anatomie pathologique de la péricardite.

Il faut, pour connaître complétement les caractères anatomiques de la péricardite, les étudier : 1° dans le tissu même qui en est le siége; 2° dans les produits de la sécrétion.

Quand la maladie a existé un certain nombre de jours, on rencontre constamment sur le péricarde une rougeur, une injection plus ou moins prononcée, mais loin d'être cependant ce qu'elle était pendant la vie. Sans doute, nous ne pouvons juger par comparaison, puisque cette rougeur nous n'avons pu la voir dès le début de la maladie, mais nous savons ce qui se passe pour les organes extérieurs soumis à notre observation directe; pour l'érysipèle, par exemple, combien il s'en faut qu'après la mort on retrouve une rougeur aussi prononcée que pendant la vie! Il nous arrive chaque jour de constater à l'autopsie une injection très-marquée dans tel ou tel tissu, et, 36 ou 48 heures après, de trouver une diminution considérable. L'injection a plutôt son siége dans le tissu cellulaire sous-jacent que dans la membrane séreuse elle-même. Sur le cœur du n° 27, et que nous vous avons montré, vous avez pu remarquer sur le bord externe du ventricule gauche, une coloration d'un rouge vif, rutilant, sous forme de bandes assez larges; ce n'était pas là le résultat d'une simple injection, mais bien d'une effusion sanguine au-dessous de la membrane séreuse. Il faut éviter avec le plus grand soin de confondre avec des rougeurs inflammatoires ces congestions *posthumes*, *cadavériques*, que l'on rencontre dans quelques circonstances; elles présentent d'ailleurs des caractères si différents qu'avec quelqu'habitude il est impossible de commettre une semblable méprise.

La séreuse est plus épaissie, plus opaque, plus friable qu'à l'état normal, où il est assez difficile de la séparer de la membrane séreuse sur laquelle elle se déploie; lorsqu'elle est enflammée, au contraire, elle s'enlève facilement par lambeaux, le tissu cellulaire sous-jacent ayant perdu sa force de cohésion; c'est là, d'ailleurs, une loi de l'inflammation de toutes les membranes séreuses quand le tissu cellulaire est en jeu.

A l'état normal, la sérosité, d'ailleurs très-peu abondante, est visqueuse, transparente. Dans la péricardite, l'altération porte tout à la fois sur la quantité et sur la qualité, ce qui permet de distinguer anatomiquement un épanchement, suite d'une inflammation, d'un épanchement, suite d'un hydro-péricarde; dans ce dernier cas, l'altération porte exclusivement sur la quantité.

Dans la péricardite, l'épanchement présente deux éléments à considérer : 1° l'élément liquide; 2° l'élément solide, désigné sous le nom de lymphe plastique, coagulable, de pseudo-membranes. Dans quelques cas, la partie liquide est rouge, sanguinolente, c'est qu'elle contient en effet une quantité de sang variable; c'est à ce genre d'épanchement que plusieurs auteurs ont donné le nom d'*hémorrhagique*. La partie liquide est trouble, lactescente; sa quantité peut varier depuis quelques grammes jusqu'à plusieurs litres. Corvisart a rapporté une observation dans laquelle le péricarde contenait quatre livres de liquide; dans deux des observations du mémoire de M. Louis on a trouvé la même quantité. Dans quelques cas, l'épanchement est formé d'un liquide crémeux, verdâtre, qui est du véritable pus; cette remarque avait déjà été faite par Senac: « J'ai vu souvent, dit-il, après des pleurésies, le péricarde épaissi et rempli d'une matière qui paraissait *purulente* (1). »

Il faut maintenant nous occuper du second élément de l'épanchement, cette lymphe coagulable, et l'étudier dans toutes

(1) Senac, *Traité de la structure du cœur, de son action, de ses maladies*, tome II, p. 346.

ses transformations, car elle présente des caractères différents suivant l'époque à laquelle on l'examine.

Si on a l'occasion de faire l'autopsie à un moment très-voisin du début de la maladie, les pseudo-membranes présentent les caractères suivants : elles se déposent sur le péricarde en masses amorphes, quelquefois n'occupant que le feuillet viscéral, mais le plus souvent les deux. A cette période, elles ont une consistance assez faible et ressemblent au blanc de l'œuf légèrement coagulé ou bien à l'humeur vitrée; leur couleur est d'un gris tirant un peu sur le jaune. Mais pour constater ces caractères, il faut, comme nous l'avons dit, observer les altérations pathologiques à un moment très-rapproché du début de la maladie, tant son organisation se fait avec une grande rapidité. Quelquefois, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, on commence déjà à voir de petits points rouges qui bientôt deviennent des vaisseaux, puis cette matière plastique subit alors les nombreuses transformations que nous ferons bientôt connaître; mais, avant, nous devons appeler votre attention sur des particularités que l'on ne retrouve pas dans les pseudo-membranes des autres séreuses. Celle-ci présente les caractères suivants : sa face libre est inégale, réticulée, et cette observation avait déjà été faite par Senac : « On trouve, dit-il, assez souvent une matière condensée dans le péricarde; ordinairement elle est blanche, et elle se ramasse comme une espèce de croûte qui revêt le cœur et qui s'attache aux parois de son enveloppe. Dans plusieurs cadavres, elle forme une masse semblable à des *rayons de miel* (1). » Elle n'avait pas non plus échappé à Corvisart : « On ne peut, dit-il, en donner une idée plus exacte qu'en la comparant à la surface interne *du bonnet ou second estomac du veau*, sauf la profondeur de ces espèces de mailles (2). » Lorsque le cœur est pour ainsi dire enveloppé de toutes parts dans une coque de pseudo-membranes, nous avons comparé son aspect à celui d'un ananas ou d'une pomme de pin, et Hope à ce que l'on observe lorsque deux assiettes plates recouvertes de beurre viennent à être appliquées l'une contre l'autre et brusquement séparées.

Chez un malade, couché au n° 26 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, chez lequel nous avions constaté tous les signes d'une péricardite générale, nous avons trouvé à l'autopsie le feuillet viscéral du péricarde recouvert d'une fausse membrane d'un rouge très-vif, dont la rudesse et la villosité lui donnaient, à la vue et au toucher, beaucoup de ressemblance avec la langue du chat. Le fait constaté, en voici la théorie : au moment où cette lymphpe lastique commence à s'organiser, sa consistance est molle, et alors le cœur, par ses mouvements, oppose sans cesse l'un contre l'autre les deux feuillets du péricarde recouverts de fausses membranes, puis ils se séparent brusquement; il se produit donc ici le même mécanisme que dans l'expérience de Hope.

Nous venons de voir les pseudo-membranes telles qu'on les rencontre dans la péricardite aiguë, il faut maintenant les étudier dans leurs périodes d'organisation définitive et dans leurs diverses transformations, qui appartiennent principalement à la péricardite chronique. Ici le péricarde s'épaissit, s'hypertrophie, à l'instar de presque tous les autres tissus chimiquement enflammés, mais dans l'inflammation de cette séreuse comme de toutes les autres, l'épaississement siége plutôt dans le tissu cellulaire sous-jacent que dans le péricarde lui-même. Il arrive le plus souvent que cette épaisseur tient à une pseudo-membrane organisée et tellement adhérente à la séreuse elle-même qu'elle semble se confondre intimement avec elle. Mais il est généralement facile de la détacher du péricarde, que l'on trouve alors avoir conservé son épaisseur normale.

Fréquemment à la place de la matière plastique, on ne rencontre que des adhérences plus ou moins intimes, générales ou partielles; d'autres fois des brides cellulo-fibreuses s'étendant d'un des feuillets du péricarde à l'autre.

Quand on trouve de ces pseudo-membranes organisées, greffées sur le péricarde qu'elles doublent, on les voit rarement recouvrir toute la surface du cœur, elles sont le plus souvent partielles; mais elles s'étendent souvent jusque sur les gros vaisseaux qui partent de cet organe, et principalement sur l'aorte; elles ont une teinte opaline, blanchâtre, laiteuse, d'où le nom de *taches laiteuses*. Les auteurs antérieurs à Corvisart, avaient déjà remarqué ces taches dont ils attribuaient la formation à *l'impression des parois de la poitrine sur le cœur quand sa contraction se porte vers les côtes*. Une semblable explication a-t-elle besoin d'être réfutée? Si elle était exacte, on devrait constamment trouver ces taches, ce qui n'est pas, et, de plus, elles se rencontrent aussi à la face postérieure du cœur, sur les côtés et à la pointe. Corvisart essaie de donner une explication touchant l'origine de ces *taches laiteuses*, mais sans oser cependant les rattacher à un état pathologique.

« Cette matière blanche, dit-il, paraît avoir été déposée là par une exsudation semblable à celle qui se fait ordinairement à la suite de l'inflammation des membranes séreuses... Est-il raisonnable de penser que ces taches soient des traces d'une inflammation locale, légère et ancienne de la membrane extérieure du cœur... j'ai peine à le croire (1). » Les raisons qui empêchent Corvisart de regarder ces *taches* comme se rattachant à une inflammation, c'est que, dit-il, on les rencontre sur le foie, sur le poumon, sur la tunique extérieure des intestins; mais tous ces organes sont tapissés par une séreuse, ils sont fréquemment le siége d'inflammations, et leur origine est la même que pour celles du péricarde. Quant à Laënnec, il rattache ces taches à une péricardite. « Elles sont, dit-il, l'effet d'une péricardite partielle, et de la conversion d'une fausse membrane albumineuse en tissu cellulaire condensé et membraniforme. L'analogie doit porter à le croire et suffit presque seule pour le démontrer, car aucune production de ce genre ne se forme dans l'économie animale, sans le développement préalable d'une exsudation albumineuse (2)? » Ce qui manquait à Laënnec pour substituer l'observation directe, c'est-à-dire la démonstration à l'analogie, c'était le diagnostic certain de la péricardite. En effet, aujourd'hui que nous savons reconnaître cette maladie à son début, il nous est facile de rattacher les lésions trouvées après la mort aux signes observés pendant la vie, et l'on peut, pour ainsi dire, suivre pas à pas toutes les transformations de la pseudo-membraneuse. Nous savons donc que ces *plaques*, *taches laiteuses*, sont les restes d'une inflammation. Ces fausses membranes sont ordinairement celluleuses, cellulo-fibreuses, mais on les retrouve assez souvent à l'état fibro-cartilagineux, osseux, et cette transformation s'opère quelquefois dans le tissu fibreux du péricarde. Nous retrouverons toutes les modifications à l'intérieur du cœur, quand nous ferons l'histoire de l'endocardite. Enfin, dans plusieurs des observations consignées dans le *Traité des maladies du cœur*, nous avons noté des granulations tuberculeuses et des végétations développées sur le péricade.

D[r] E. Auburtin,

Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

(1) Senac, *loc. cit.*, p. 351.
(2) Corvisart, *Maladies du cœur*, p. 19.

Leçons cliniques sur l'altération des liquides dans les maladies.

Par M. Becquerel, médecin de l'hôpital Lariboisière,

Recueillies par MM. Perret *et* Maurin, *internes des hôpitaux.*

Les altérations du sang pendant la grossesse ont été fort bien étudiées, d'abord par MM. Andral et Gavarret, ensuite par

(1) Corvisart, p. 45.
(2) Laënnec, 4[e] éd. t. III, p. 369.

M. Hersant, plus tard par MM. Devillers et Regnault; enfin les travaux qui me sont communs avec M. Rodier m'ont permis de vérifier l'exactitude des résultats annoncés par ces éminents observateurs. Ces altérations sont très-importantes à connaître, et connues à leur début, elles peuvent donner lieu à des indications thérapeutiques très-différentes. C'est ce que vous allez voir, messieurs, par le tableau de ces altérations.

Dans presque tous les cas de grossesse, les globules diminuent et tombent au chiffre 100. A partir du septième mois jusqu'à la fin de la grossesse, l'albumine subit des oscillations toujours au-dessous de la moyenne physiologique, et varie entre soixante-cinq et soixante-dix grammes. En même temps, la fibrine s'élève au-dessus de la moyenne physiologique et atteint le chiffre 4, 9, sans toutefois arriver au chiffre 5.

Ces changements constituent une véritable imminence morbide, et donnent l'explication des phénomènes qui se produisent pendant la grossesse.

La diminution des globules suffit à elle seule pour expliquer l'anémie et les bruits du souffle vasculaires. La diminution de l'albumine est bien certainement la cause d'un bon nombre d'infiltrations qui ne se lient à aucune altération des reins ou du cœur; enfin, l'augmentation de la fibrine est, sinon cause immédiate, au moins une prédisposition très-grande aux diverses phlegmasies qui sont si fréquentes pendant et après la grossesse.

Dans un grand nombre de cas la femme devient pléthorique; la quantité de sang, au lieu de diminuer en tout ou dans ses parties constitutives, subit une augmentation sensible et admise d'après les caractères symptomatologiques.

Dans ce cas, hâtons-nous de le dire, il n'y a pas de perte d'équilibre dans les éléments du sang, pas d'oscillation dans les chiffres physiologiques; c'est la pléthore pure, le défaut de proportion entre la capacité vasculaire et la quantité du liquide en circulation.

Je ne dois pas laisser passer les hydropisies qui se manifestent pendant la gestation sans vous faire l'histoire curieuse et non encore complète dans la science, des altérations que subit le sang et surtout des causes qui président à ces altérations.

On compte quatre espèces d'hydropisies. — 1° *Mécaniques.* — Elles sont produites par la compression de l'utérus sur les veines caves et iliaques; il est facile de concevoir par la diminution d'albumine que j'ai signalée plus haut, que cette compression doit amener beaucoup plus rapidement une infiltration à laquelle l'état du sang prédispose déjà la femme enceinte. Cet état n'offre par lui-même aucune gravité et disparaît dès que l'accouchement a eu lieu, et que les soins hygiéniques et une alimentation réparatrice ont rendu à la femme toute la richesse de son sang.

2° La deuxième espèce est rare et peut être définie de la façon suivante :

Quelquefois on voit survenir des infiltrations, sans qu'un atome d'albumine passe dans les urines, et sans qu'il y ait d'altération dans le sang lui-même.

3° La troisième espèce est celle, plus commune, dans laquelle on trouve de l'albumine dans les urines et pas d'altération du sang. On n'a pas constaté, il faut bien le dire, d'altération des reins, soit, que les observateurs n'aient examiné que très-superficiellement, soit, messieurs, et c'est là ma croyance, que les moyens d'examen aient jusqu'alors été insuffisants. C'est dans ces cas nombreux que l'on voit survenir des hydropisies générales.

4° La quatrième espèce est celle qui est manifestement due à une altération des reins, et constitue la néphrite albumineuse. C'est au docteur Cahen qu'on en doit l'observation.

Comment reconnaître qu'il n'y a qu'une simple filtration de l'albumine ou bien qu'il y a une altération des reins?

Je ne dois pas vous cacher, messieurs, que je considère ce point de pathogénie comme l'un des plus difficiles, et cependant il n'est pas impossible au praticien attentif et scrupuleux d'établir un diagnostic différentiel exact. Dans la maladie de Brigth, tous les éléments qui entrent dans la composition de l'urine subissent une diminution, les sels sont diminués, l'urée, l'acide urique sont diminués, la matière colorante disparaissant aussi peu à peu, les urines seront pâles et d'une densité bien inférieure à la densité physiologique. Si à ces caractères on ajoute la présence de l'albumine constatée soit par l'acide nitrique, soit par la chaleur, on pourra sans crainte diagnostiquer une maladie de Brigth. Au contraire, une coloration intense, une densité à peu près physiologique donneront à penser que, les sels de l'urée, l'acide urique étant conservés à l'état normal, il y a tout lieu de diagnostiquer toute autre affection qu'une maladie de Brigth.

M. Cahen a constaté la présence de l'albumine dans les urines, toutes les fois qu'il y a éclampsie chez les femmes enceintes; il est évident qu'elle ne tient pas à une simple filtration de l'albumine et qu'elle se lie à des altérations qu'on trouve dans les reins après la mort. La plupart des femmes qui sont atteintes d'éclampsie périssent sans qu'on puisse amener de soulagement à leur affreuse position.

Résumons :

1° Hydropisies mécaniques; ne sont pas dangereuses;

2° Hydropisies dont on ne trouve l'explication dans aucune altération du sang ou des reins et constituant une prédisposition fâcheuse à l'état puerpéral;

3° Hydropisies avec albumine dans les urines sans altération du sang et sans lésion organique appréciable; prédisposent bien certainement à l'éclampsie;

4° Hydropisies avec albumine dans les urines, coïncidant avec une éclampsie; état mortel le plus ordinairement.

Etat puerpéral. — Les altérations qui existaient pendant la grossesse persévèrent et souvent augmentent pendant la période qui suit l'accouchement et qui prend le nom de *période puerpérale*. Il y a alors une disposition toute spéciale pour la femme à contracter des maladies, la plupart mortelles. Ces maladies ne surviennent que comme complication et sont de deux sortes : 1° les phlegmasies puerpérales, métro-péritonites, péritonites, ovarites, etc. Je vous ai dit, messieurs, que pendant la grossesse, le chiffre de la fibrine augmentait bien souvent et que cette augmentation constituait une imminence morbide, qui se manifeste malheureusement très-souvent et en dehors de toutes nos prévisions pour la série de maladies dont je viens de parler. Pendant que dure l'état puerpéral les globules ne bougent pas. Aussi l'indication des émissions sanguines, qui est très-nette, exige-t-elle des précautions, car l'albumine et les globules tendant à diminuer, si on accélère cette diminution par la saignée et qu'on la pousse un peu loin, on plongera la malade dans une anémie profonde dont il est très-difficile de la tirer.

La fièvre puerpérale à laquelle la femme semble prédisposée par toutes ces altérations, pourrait être classée à part. M. Hersant a constaté que dans vingt-sept cas, l'albumine était tombée au chiffre 40 au lieu de 80, qui est le chiffre de l'état normal. Si donc vous avez affaire à une hydropisie dépendant d'une diminution considérable de l'albumine, la femme sera sous l'imminence de la fièvre puerpérale.

Phlegmasies. — Ce n'est que depuis une quinzaine d'années que l'étude du sang dans les phlegmasies a été bien faite. C'est dans cette classe nombreuse qu'on trouve des altérations nettes, franches, qui permettent de diagnostiquer à coup sûr, d'après les altérations constatées dans les éléments constitutifs du sang.

Enysch et Dehaen ont fait une histoire à peu près complète de ces altérations; MM. Piorry et Bouillaud annonçaient, il y a vingt ans, une augmentation dans la quantité de fibrine, par le seul aspect de la couenne et sans le secours de l'analyse. C'est à MM. Andral et Gavarret qu'appartient d'avoir fixé la science sur ce point capital, et s'il m'est permis de vous citer

mes travaux et ceux de M. Rodier, je vous dirai que nous avons confirmé par nos recherches ce que ces messieurs avaient posé en loi. Cette loi, la voici, elle est toujours vraie et ne souffre pas d'exception.

Dans les phlegmasies, la fibrine augmente toujours de quantité.

Si on fait à un malade atteint d'une phlegmasie, une saignée de 1000 grammes, on trouve :

1° La densité tombée à 1055 au lieu de 1060.

2° Les globules diminués et sur une moyenne de plus de cent cas, elle était tombée au chiffre de 120. Cette diminution se lie à la diète prolongée, et vers la fin de la maladie cette augmentation se trahit par l'anémie profonde où tombe souvent le malade.

3° La fibrine augmente, c'est là le fait principal, et si MM. Piorry et Bouillaud l'avaient annoncé par la simple vue du caillot sanguin, les travaux subséquents ont fixé les lois de cette variation.

Il y a cinq lois principales que voici :

1° Augmentation de fibrine comme fait général.

2° Augmentation constatée dès le début de la maladie, mais pas avant.

3° Augmentation proportionnelle à l'intensité de la maladie et à sa gravité. Dans cent cas au moins on a trouvé sur 1000 grammes de sang, 6 grammes de fibrine, et en ayant égard au chiffre de fibrine trouvée, on a pu former une sorte de cadre pathologique plus solidement établi que la plupart des classifications établies.

Phlegmasies en général, 6. — Bronchite aiguë, 5. — Pleurésie, 6. — Rhumatisme articulaire, 6. — Pneumonie, 7, 5; dans un cas, 6, 8. — Le chiffre le plus élevé que l'on ait atteint est 10.

4° L'augmentation survient, soit qu'elle constitue toute la maladie, soit qu'elle survienne comme complication.

5° La fibrine diminue après chaque émission sanguine. — Cela tient sans doute à ce que la phlegmasie cède de son intensité.

Les autres éléments constitutifs du sang subissent des altérations notables. Ainsi :

La cholesterine augmente de 0,150 à 0,2000.

Le savon animal augmente de 1,0 à 1,5.

Le chlorure de sodium notablement diminué est réduit au chiffre de 3 grammes.

Les sels alcalins tombent au chiffre de 2 grammes, 5.

Le phosphate de chaux est surtout augmenté.

Sérum. — De même que le sang, le sérum est diminué de densité et à peu près dans des proportions égales : au lieu de 1030 nous avons le chiffre 1025. C'est à la diminution de l'albumine qu'on doit cette diminution de densité du sérum. Sur cent saignées, la moyenne que nous avons trouvée est :

1° 73,35 maxima;
2° 64,75 minima.

La diminution est donc de 5 à 6 grammes pour 1,000 grammes de sang.

En résumé, Messieurs, cinq modifications : 1° Augmentation proprement dite de la fibrine; 2° diminution des globules; 3° diminution de l'albumine; 4° augmentation d'albumine; 5° diminution de la soude et des sels alcalins.

Vous allez voir que de ces oscillations nous ferons sortir la théorie de la formation de la couenne; mais avant d'en parler j'ai quelques mots à vous dire sur les théories diverses proposées pour expliquer cette augmentation de fibrine. Simon attribue l'augmentation de la fibrine à la transformation d'un certain nombre de globules. Suivant cet auteur, pendant que le sang traverse les tissus et subit les modifications qui doivent en faire un agent réparateur, une certaine quantité de globules passe à l'état de fibrine. Or, dans les phlegmasies l'activité circulatoire étant plus considérable, les globules subissant plus rapidement les transformations dont nous avons parlé, une plus grande quantité de fibrine est formée et de là la couenne qui surnage le caillot sanguin après extraction de la veine.

Cette explication est très-répandue parmi les médecins allemands. Je ne puis la partager, et voici l'objection que je lui fais :

Toutes les fois qu'il y a de la fièvre, il y a surcroît d'activité circulatoire et cependant nous savons fort bien que la couenne ne se forme pas dans toutes les maladies où la fièvre est l'élément dominant.

Une deuxième théorie fait dépendre l'augmentation de la fibrine de la transformation d'une certaine quantité d'albumine en fibrine.

M. Dumas avait cru pouvoir tirer cette conclusion de la lecture de nos travaux sur le sang et il n'avait pas hésité à la présenter à l'Institut. Quoique fille très-légitime de notre œuvre, nous n'osons pas encore adopter entièrement cette opinion, parce que nous ne savons comment expliquer cette trans formation de l'albumine en fibrine.

M. Cahen a dit que l'action des sels alcalins favorisait singulièrement cette transformation. Il faut de nouvelles études pour donner raison à cette théorie qui coïncide avec la diminution du chiffre de l'albumine.

M. Marchal de Calvi fait jouer à la chaleur qui se développe dans le corps, pendant la période phlegmasique, un rôle très-important; il dit que cette chaleur est cause de la transformation de l'albumine en fibrine. Mais l'objection faite à la théorie de Simon est souverainement applicable à celle de M. Marchal de Calvi. Comment se fait-il que dans la fièvre typhoïde il n'y ait pas formation de fibrine en excès?

Couenne. — J'ai un instant laissé la couenne de côté, j'y reviens et je m'arrête aux deux seules théories qui aient rallié quelques médecins.

La première : celle de M. Magendie adoptée par M. Andral.

La voici : Toutes les fois que la fibrine augmente, celle qui est nouvellement formée est plus mollasse et se coagule avec plus de difficulté. Dans la saignée, la fibrine ancienne emprisonne les globules et se précipite au fond du vase, celle de nouvelle formation forme la couenne proprement dite, celle-ci est donc, d'après cette théorie, l'indice véritable du degré d'inflammation produite.

Mais dans l'anémie et dans la chlorose on rencontre souvent une couenne très-épaisse, et cependant il n'y a pas de fibrine de nouvelle formation, d'origine inflammatoire. La deuxième théorie est celle de M. Donné. Il y a, dit-il, diminution de la densité du sérum, par diminution de proportion de l'albumine. Les globules se précipitent avec plus de rapidité; ils ne peuvent pas se précipiter sans entraîner une certaine quantité de fibrine. — La précipitation de la seconde partie de la fibrine sans mélange de globules est la conséquence de ce défaut de densité. Voilà la couenne formée. Cette théorie que M. Donné avait déduite de simples aperçus, nous l'avons rendue vraie avec M. Rodier, par nos analyses et nos recherches sur la densité du sérum, dans une foule de cas observés par nous.

Les conséquences pratiques qui découlent de ces transformations des éléments constitutifs du sang sont des plus importantes, surtout au point de vue thérapeutique.

1° Il n'y a rien à dire de la méthode expectante : c'est la nature qui fait tous les frais de la guérison.

2° Les bons effets produits par la méthode antiphlogistique peuvent s'expliquer par la déplétion qui se fait dans le système circulatoire et par la réabsorption rapide des éléments enflammés par tous les points de l'organisme.

— La saignée, en diminuant la quantité de fibrine, produit aussi une diminution sensible des globules et conduit les malades à des anémies quelquefois profondes qui prolongent beaucoup la durée de la convalescence.

M. Andral fit pratiquer six saignées pour un rhumatisme articulaire très-tenace, et la malade resta huit mois anémique.

3° La méthode contro-stimulante offre trois médicaments principalement employés : le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, et le tartre stibié.

Ces sels pénétrant dans le sang, il s'opère une sédation dans les phénomènes inflammatoires. La question consiste tout entière à savoir comment a lieu cette sédation.

J'ai fait extraire de la fibrine d'une saignée par les procédés connus. Je l'ai fait laver avec soin, afin de la mettre pure en expérience.

On divisait cette quantité de fibrine en trois parts égales :

La première, mise dans un flacon très-bien bouché et dans une dissolution de 0,50 centigrammes de sulfate de quinine dans 50 grammes d'eau distillée;

La deuxième, dans une dissolution de nitrate de potasse;

La troisième, dans une dissolution de tartre stibié.

Ces trois flacons soumis à une chaleur constante de 45° dans une étuve et pendant vingt-quatre heures.

Voici les résultats obtenus :

Le premier ne contenait plus trace de fibrine, le sulfate de quinine avait tout dissous.

Le deuxième était incomplétement attaqué, cependant on apercevait des traces de dissociation et même une diminution dans la quantité employée.

Le troisième était presque entièrement dissous et offrait un aspect légèrement lactescent.

Supposez donc, Messieurs, que le tartre stibié, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, soient introduits dans le torrent circulaire d'un malade atteint d'une phlegmasie, vous aurez la clef de la cessation de la fièvre dans les trois expériences que je viens de vous citer. Placés dans des conditions bien supérieures à celles dont je vous ai parlé, aidés par l'action des sels contenus dans le sang et par une activité circulatoire qui rend constant l'effet de la chaleur, ces agents modificateurs rendent à la fibrine ses propriétés et empêchent son augmentation en la redissolvant dans le sang même.

On comprend donc que sans émission sanguine et par le seul effet de ces puissants modificateurs, la maladie soit enrayée et que tous les phénomènes cessent avec la plus grande rapidité

(La suite prochainement.)

CORRESPONDANCE

(Traitement de la variole suivant le mode arabe usité à Zanzibar (côte orientale d'Afrique).

Extrait d'une lettre de M. *E. Kuhlmann, chancelier-drogman au consulat de Mascate.)*

Par M. le docteur RIÉGÉ.

La variole, qui fut pour la première fois décrite, en 622, par Aharoun, sous le nom de Djidri, est une des maladies les plus communes et les plus terribles sur la côte orientale d'Afrique. Voici en quelques lignes le traitement employé par des Arabes modernes dans les contrées avoisinant le berceau même de ce fléau.

Les indigènes des états de Mascate et de Zanzibar donnent à cette maladie une terminologie qui, tirée de deux espèces de graines du pays, peint l'aspect extérieur des pustules : ainsi ils la désignent sous le nom de m'hindi (maïs) ou de m'tama (pois sec).

Ils distinguent plusieurs périodes : 1° l'invasion; 2° l'éruption; 3° la dessiccation; 4° la desquamation; 5° la convalescence.

1° *Invasion.* En présence des signes précurseurs ordinaires de la variole (fièvre, céphalalgie, douleurs lombaires, etc.), pour reconnaître si le malade couve ou non cette affection, on lui fait boire du lait avec du maïs grillé : si la maladie supposée existe réellement, l'éruption se manifeste presque instantanément; si, au contraire, aucune pustule ne se montre, on a la certitude que la variole ne s'en suivra pas.

2° *Éruption.* Aussitôt le cas reconnu, on isole le malade de toute atteinte de l'air extérieur et de tout contact de personnes étrangères; il est exclusivement confié aux soins d'une personne qui a déjà subi cette maladie et qui doit elle-même éviter toute communication avec les autres pendant tout le traitement.

Le patient est étendu sans vêtement sur une natte grossière recouverte d'une pièce de toile bleue de Guinée (espèce de mousseline d'Inde servant de voile aux négresses); on attribue à ce tissu ou plutôt à sa teinture, riche en indigo, une action salutaire, surtout sur la peau. On saupoudre ce drap de lit de sable très-fin pris au bord de la mer, dans le but de diminuer, par le frottement continu et insensible du corps, la démangeaison cuisante produite par l'éruption, et aussi d'accélérer la marche des pustules : une couchette moelleuse ne tarderait pas à énerver le patient. Les indigents se font simplement un lit dans le sable, avec ou sans toile bleue, selon leurs moyens. Si par suite de son état de nudité, le malade se plaint du froid, on le recouvre d'un léger drap et l'on allume un réchaud auprès de lui.

Après avoir pourvu au coucher, on pratique de fréquentes fumigations, non avec des parfums, ils sont réputés nuisibles, mais, au contraire, avec des substances nauséabondes, telles que des excréments d'âne mêlés à de la gomme arabique que l'on brûle sur un réchaud.

Défense sévère au malade de se gratter, de se laver, même de se mouiller, surtout au visage, de boire de l'eau froide, pendant toute cette période d'éruption. Il doit souvent étirer ses membres, ployer ses articulations, afin de leur conserver la souplesse; mâcher de la canne à sucre brute, pour prévenir l'engourdissement des muscles de la face et pour nettoyer la bouche et les dents.

L'organe de la vue, toujours menacé dans cette maladie, est l'objet de soins préventifs très-grands. Matin et soir et plus souvent, si le malade en sent le besoin, on fait des instillations dans les yeux avec du coton imbibé de l'urine du malade à laquelle on ajoute, aussitôt que possible, la pellicule d'une des pustules desséchées. Cette pratique doit nous paraître singulière, mais l'effet n'en existe pas moins et consiste dans la production d'une sensation de fraîcheur agréable et calmante. Dans la période de dessiccation, cette instillation est remplacée par la *sourmah* (poudre minérale fréquemment employé par les orientaux par coquetterie ou par raison de santé); on s'en peint les bords internes et externes des paupières.

On porte une attention toute particulière à empêcher : 1° le refroidissement de la région abdominale, accident si souvent mortel; 2° l'obstruction des voies respiratoires; pour prévenir cette dernière, on fait manger au malade des amandes, de la croûte de pain ou autres substances dures; on lui fait boire, deux ou trois fois par jour, une infusion très-chaude d'anis, de gingembre, etc., de ghighillan, édulcorée légèrement, boisson aromatique fort agréable et qui amène une détente réelle dans les voies de la respiration et de la déglutition. On combat la sécheresse des fosses nasales en faisant aspirer fortement par le nez du beurre frais ou, à défaut, du *ghée* (beurre fondu, presque rance fait avec du lait de buffle et venant de l'Inde) liquéfié à une douce chaleur. Cette inhalation doit se faire très-fréquemment et pénétrer jusque dans les fosses nasales postérieures.

La boisson ordinaire, pendant toute cette période, consiste en une infusion d'anis, en sirop d'orgeat coupé avec du lait ou de l'eau, en lait chaud et sucré ou en bouillon de brèdes. On ajoute à ces boissons un peu de safran, lorsqu'il y a constipation, ou bien l'on fait mâcher quelques grumeaux d'encens; si au contraire il existe un peu de relâchement, on donne de la décoction de riz.

3° *Dessiccation.* — Les accidents du côté de la vue et des organes respiratoires et digestifs étant ainsi combattus, si le malade atteint le septième jour, époque à laquelle l'éruption est complète, on le considère comme hors de danger. A partir de ce jour, comme il n'y a plus apparence de formation de pustules nouvelles, en enduit le corps, matin et soir, de la tête aux pieds, avec du beurre frais ou avec du *ghée* liquéfié; cet enduit étant sec, d'heure en heure on masse le malade au moyen de linges chauds appliqués avec une certaine force successivement sur toutes les parties du corps où l'éruption s'est manifestée; cette manœuvre attendrit les pustules, hâte leur maturité et leur dessiccation. Si quelques-unes ne paraissent pas vouloir céder, on les perce au moyen d'une aiguille fine maniée avec dextérité : une fois ouvertes, elles sont vidées, aplaties, enduites de ghée et massées avec des linges chauds.

C'est pendant cette période que se forment souvent un ou plusieurs abcès, de grandeur variable et ramenant un peu de fièvre par leur formation; aux yeux des indigènes ces abcès indiquent la fin, le couronnement du mal, ils emportent les derniers vestiges du venin que recélait le corps. Selon qu'ils sont isolés ou accouplés, on les appelle père, père et mère de la variole, (abou djidri, abou-oun oumam djidri).

Dès que la dessiccation paraît suffisamment avancée, c'est-à-dire vers le douzième jour, on enduit, matin et soir, le corps avec un mélange

de curcuma et d'huile de sésame qu'on laisse sécher sur la peau; puis on continue, comme précédemment, le massage au moyen de linges chauds. Le traitement au curcuma fait éprouver au malade, à la première application surtout, une sensation de fraîcheur étrange, très-calmante, et procure aux malades tourmentés de pénibles insomnies un sommeil paisible, réparateur et accompagné de rêves agréables.

Si, malgré ce traitement au curcuma, les abcès viennent à s'ouvrir et suppurer, on les recouvre d'un onguent noir fait avec de la suie, de l'urine de vache et de ghée; cet onguent calme l'irritation et amène une prompte guérison.

4° *Desquamaton.* — Du moment où la dessiccation est très-avancée, il est permis d'aérer le local; lorsque les pellicules desséchées sont en grande partie tombées naturellement et que des taches rouges indiquent la trace des pustules, on fait prendre au malade un bain d'eau de mer, en pleine eau plutôt qu'à domicile; là on procède au lavage général qui débarrasse le corps des pellicules encore adhérentes. Mais préalablement on a soin de couvrir les yeux d'une pâte faite de dattes et de ghée, pour préserver cet organe du contact de l'eau provenant du lavage de la tête; cette précaution étant prise, on frotte le corps avec une pâte faite de feuilles d'un arbre appelé *setter*.

5° *Convalescence.* — Après ce premier bain, le malade peut à volonté se promener, se laver, se baigner et faire usage de savon; mais le jour même de cette ablution générale et aussi le lendemain, son contact étant réputé le plus dangereux, il doit s'abstenir de toucher qui que ce soit, à moins que la personne n'ait été antérieurement atteinte de la maladie. Il convient de brûler ou de jeter à la mer tous les effets de corps ou du lit qui ont servi pendant la maladie.

Après les bains de mer qui doivent être assez fréquents, on doit prendre beaucoup d'exercice, se promener au soleil dont la chaleur contribue puissamment à effacer les rougeurs de la peau; mais au déclin du jour, on doit rentrer et même se couvrir de linges chauds.

Tous les soirs, il est prescrit de faire sur la tête des lotions avec une mixture d'eau et d'une poudre très-fine de faux santal de Madagascar: on laisse sécher et subsister jusqu'au lendemain, et l'effet en est calmant et rafraîchissant pour la peau.

Quelques jours après le premier bain, le convalescent doit se purger et renouveler la purgation trois mois de suite; le purgatif usité en ce cas consiste en séné et en raisins secs triturés ensemble, et qu'on laisse en contact pendant une nuit, puis on en prépare une infusion.

Six semaines après le début du mal, la barbe et la tête doivent être complétement rasées.

Pendant toute la convalescence, un régime exclusivement végétal et lacté est prescrit; les œufs, le poisson, la viande et même le bouillon sont interdits, ainsi que le vin et les boissons fermentées; ce régime doit être suivi pendant quarante jours et même trois mois si les forces du malade se permettent.

Tel est, en résumé, le traitement suivi sur la côte orientale d'Afrique, si voisine des pays où s'est montrée pour la première fois la variole, et si souvent elle-même visitée par de cruelles épidémies de cette maladie. Certes, on y remarque des pratiques étranges aux yeux des médecins d'Europe; mais les résultats de cette médication ne laissent pas que d'être avantageux, et il est aisé de voir qu'elle est accommodée spécialement à un climat très-chaud et au voisinage de la mer, comme dans les États de Mascate et de Zanzibar.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

HONORAIRES MÉDICAUX. — PRIVILÉGE DES MÉDECINS SUR LE DOMAINE PUBLIC. — JUGEMENT. — *Dans une contribution ouverte pour la répartition des deniers provenant d'une succession vacante, le médecin qui a donné ses soins au malade a un privilége antérieur aux droits de succession dus à l'État.*

On lit dans le *Journal des Connaissances médicales pratiques*, l'exposé du fait suivant :

Cette décision a été rendue dans une affaire qui intéressait le rédacteur en chef de ce journal.

Un sieur H... est décédé laissant une succession embarrassée, qui n'a pas été acceptée par les héritiers. Les meubles ont été vendus; le prix a été versé à la caisse des consignations pour être réparti par voie de contribution entre les créanciers.

M. le docteur Caffe et d'autres créanciers privilégiés ont produit à cette contribution pour soins de dernière maladie.

De son côté, l'État réclamait un privilége avant tout autre créancier, pour les droits de succession.

Le jugement suivant a été rendu le 23 mai 1854 par la deuxième chambre du Tribunal civil de la Seine.

« En ce qui touche la collocation par privilége réclamée par l'administration de l'enregistrement,

« Attendu que d'après l'art. 2098 du Code Napoléon, le privilége à raison des droits du Trésor et l'ordre dans lequel il s'exerce, sont réglés par les lois qui les concernent;

« Attendu que plusieurs lois spéciales ont réglé ce privilége, notamment la loi du 5 septembre 1807 en ce qui touche les biens des comptables et les recouvrements des frais de justice criminelle; la loi du 12 novembre 1808 pour le recouvrement des contributions directes et la loi du 22 août 1791 pour l'administration des douanes;

« Que par ces dispositions le législateur a pris le soin d'indiquer le rang de ce privilége parmi tous ceux établis par le Code Napoléon;

« Qu'il n'en a pas été de même à l'égard de l'administration de l'enregistrement;

« Qu'en effet la loi du 22 frimaire an VII, spéciale aux droits de cette nature, s'occupe seulement de leur fixation, des valeurs sur lesquelles ils sont assis, des déclarations à faire, des peines à encourir, mais ne parle pas de privilége, encore moins du rang qu'il devrait occuper;

« Que le législateur n'ayant pris aucune décision, les tribunaux ne peuvent suppléer au silence de la loi;

« Qu'ainsi il n'y a pas lieu d'admettre cette collocation à titre de privilége;

« Par ces motifs, rejette du chapitre des priviléges la collocation de l'administration de l'enregistrement pour les droits de mutation; ordonne qu'elle sera colloquée seulement au marc le franc, et la condamne aux dépens de la contestation. »

Le domaine ayant laissé périmer les délais utiles de l'appel, le jugement est ressorti avec plein effet.

M. Caffe a donc reçu de la caisse des dépôts et consignations la somme de cinq cent soixante francs, qui a été immédiatement consacrée à des actes de bienfaisance.

— *La Presse* publie, d'après *le Danube*, la nouvelle suivante :

« Le médecin de l'empereur Nicolas, le docteur Mandt, a quitté la Russie en toute hâte et en secret. On lui reproche d'avoir trop longtemps caché à son auguste malade que son poumon était attaqué. De plus, on le blâme d'avoir composé lui-même, en sa qualité d'homœopathe, les médicaments destinés à l'empereur, au lieu de les avoir fait préparer par un pharmacien. Une grande irritation s'est manifestée contre ce docteur à Saint-Pétersbourg, et l'empereur Alexandre lui a, dit-on, fait conseiller de quitter la Russie. »

Nous aimons à croire, pour l'honneur de la profession, que cette nouvelle n'est pas rigoureusement exacte; un médecin qui agit dans sa conviction ne relève que d'elle; les hommes de la haute société doivent ne jamais perdre de vue ce principe, que le peuple seul est excusable de méconnaître quelquefois dans son ignorance. Mais ce que nous avons dit à propos des bulletins publiés sur la santé de S. M. l'empereur Nicolas, prouve quel intérêt il y aurait pour les souverains à s'entourer de toutes les lumières possibles avant de fixer le choix des hommes auxquels ils confient leur vie.

Nominations des nouveaux elèves en pharmacie, et distributions des prix aux internes en fonctions.

Avant-hier a eu lieu sous la présidence de M. Davenne, la distribution des prix aux internes en pharmacie des hôpitaux et la nomination des internes. Après une courte et digne allocution de M. le directeur général et quelques mots de MM. Boudet et Baudrimont, ont été proclamés internes : MM. Adrian, Lombard, Berquier, Perron, Auger, Mercier, Mortreux, Frogé, Déchamps, Houllier, Bresonneau, Dellasuda, Soulès, Damart, Missol, Loyer, Adam, Babeau, Belin, Lahaye, Gindre, Morin, Traverse, Laffont, Nassans, Pinchon, Joulie, Féron.

Prix des internes.

1re division.

Prix. — M. SARRADIN, interne à l'hôpital du Midi.

2e division.

Prix. — M. GALLOIS (François-Narcisse).

Accessit. — M. GALLOIS (Charles-Athanase).

Mentions honorables. — MM. EURY, SAINT-LAURENT et PICQUOT.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 39. 3e ANNÉE. Samedi 31 mars 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 31 mars.

SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Comme tous les hommes qui sont parvenus à une position élevée, M. Leverrier a ses détracteurs et ses apologistes. Notre incompétence en matière astronomique nous interdit de prendre place parmi les uns ou les autres. Mais il suffit d'avoir des yeux et des oreilles pour se convaincre du zèle extrême, de l'immense activité que le nouveau directeur de l'Observatoire déploie dans ses fonctions, de la véritable rénovation qu'il opère dans un établissement qui, il faut bien le reconnaître, était dans un état de désordre et d'infériorité peu dignes de la France.

Parmi les innovations et les améliorations que M. Leverrier a projetées et qui sont déjà en voie de réalisation, il en est une que nous avons maintes fois réclamée et qui concerne trop spécialement la médecine et l'hygiène publique, pour que nous n'y insistions pas un instant.

Personne n'ignore quel rôle les épidémiographes ont fait jouer aux influences magnétiques et hygrométriques, à la température moyenne ou extrême, etc., dans la production des maladies épidémiques. La direction des vents surtout a servi à expliquer une foule de particularités dans l'histoire des épidémies et leur marche plus spécialement. Or, toutes ces explications sont passibles de l'objection que nous adressâmes à M. le professeur Piorry, lorsqu'il lut son Mémoire sur la nature et le traitement du choléra.

« Pour attribuer légitimement au vent l'influence que vous lui accordez, lui disions-nous, il ne faudrait pas seulement savoir de quel côté sont tournées les girouettes de Paris, il faudrait encore connaître, d'une manière très-précise, la direction des girouettes de Rouen, d'Orléans, d'Amiens, de Nancy, de Dijon et des villes plus éloignées encore, c'est-à-dire pouvoir déterminer rigoureusement si le courant qu'on observe dans une station donnée est un courant local, accidentel, ou bien un courant qui règne sur une vaste superficie, et, dans ce dernier cas, quels sont le lieu et le moment où il a pris naissance, le lieu et le moment où il a fait place à un courant différent ou opposé. »

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30.)

Les cavités cotyloïdes sont énormément dilatées, rugueuses, inégales, éburnées dans quelques points. — La tête de l'un et l'autre fémur est aussi érodée, éburnée, et elle a surtout perdu sa forme arrondie, pour devenir anguleuse, inégale. Le col a diminué considérablement, et se trouve former un angle droit avec le corps de l'os. On trouve dans les articles plusieurs corps étrangers, plus ou moins volumineux, les uns libres, les autres attachés à un pédicule plus ou moins large. — Les deux articulations sont énormes ; chacune d'elles est plus grosse que les deux poings réunis : la capsule fibreuse est épaissie, indurée; elle est remplie d'une synovie filante, roussâtre. — Le tissu cellulaire ambiant est aussi épaissi, induré; les muscles, surtout le psoas, sont devenus comme fibreux. On trouve même dans le psoas une aiguille osseuse, qui semble appartenir à sa gaîne aponévrotique. — Ajoutez à cela que le bassin lui-même, par suite de cette altération, était élargi, surtout au niveau de la symphyse pubienne, et vous aurez en quelques mots le tableau de la pièce que nous a présentée M. Cruveilhier.

Avant de passer aux opérations qui se pratiquent sur les articulations, je dois vous rappeler encore deux pièces : l'une de M. Parisot, l'autre de M. Dolbeau.

Dans le premier fait, c'est une arthrite tuberculeuse, ou plutôt une tumeur blanche tuberculeuse du genou. L'examen de la pièce a été fait par M. Broca ; c'est vous dire qu'il ne manque rien pour que l'observation ait toute la valeur qu'elle mérite.

Au centre de l'articulation, on trouvait des masses tuberculeuses, mélangées à du pus, la syniviale épaissie, fongueuse, infiltrée aussi de tubercule, facilement reconnaissable; elle était comme déchiquetée dans certains points. — On voyait aussi du tubercule infiltré dans le tissu spongieux de l'extrémité du fémur et du tibia.

Dans le second, c'est une ankylose incomplète du coude, trouvée sur un squelette. — Le cubitus est soudé à l'humérus : le radius est libre et son extrémité supérieure roule dans un ligament annulaire, en partie ossifié.

Désarticulations. — Résections.

Les amputations partielles du pied ont de tout temps et surtout depuis Chopart et Lisfranc, préoccupé les chirurgiens. Parmi elles, l'amputation, dite sous-astragalienne, a pris un rang qu'elle mérite, et déjà nous comptons au moins huit opérations de ce genre, pratiquées, et suivies d'un heureux résultat. Deux fois cette année M. Nélaton y a eu recours; deux fois M. Lorain nous a montré l'altération qui avait réclamé cette opération (une carie des os du tarse et du métatarse). M. Nélaton

Aucun épidémiographe n'ayant jamais possédé ces notions, indispensables pour établir les rapports qui peuvent exister entre les maladies et la direction des vents, toutes les opinions qu'ils ont émises à cet égard ne peuvent être que de pures suppositions.

Des observations météorologiques faites sur une vaste échelle pouvaient seules permettre une opinion motivée sur les hypothèses des épidémiographes, et ces observations nous les avons réclamées plusieurs fois chaque année, depuis l'épidémie de 1849.

Grâces soient donc rendues à M. Leverrier, qui va, enfin, réaliser, avec le large et libéral concours de l'administration, un progrès qui manquait à la France, et qui, outre les avantages qui en résulteront pour les sciences physiques et l'astronomie, peut encore rendre les plus grands services à l'hygiène publique. Nous savons que les vœux exprimés dans la presse médicale ne retentissent guère sous les voûtes de l'Observatoire ni même dans les salles du palais Mazarin, et nous savons que tout l'honneur de la belle initiative que vient de prendre M. Leverrier, lui appartient entièrement. Notre seule intention en rappelant nos vœux réitérés est de montrer que la médecine n'avait pas été la dernière à réclamer un progrès dont le célèbre directeur de l'Observatoire vient de commencer la réalisation. — D'après les premières observations, déjà communiquées à l'Académie, on prévoit que dans quelques années la science possédera des tableaux complets, fondés sur des observations quotidiennes, sur la direction des vents, sur la température, sur l'état hygrométrique, etc., des divers points de la France. L'attention que l'Académie a prêtée aux premières et incomplètes communications de M. Leverrier prouve tout l'intérêt que ces observations présenteront, quand elles seront parvenues au développement et au degré d'exactitude qu'il est maintenant permis d'espérer.

— Un chirrugien distingué, M. Mounier, est venu appuyer sur une nouvelle et immense série de faits cette doctrine soutenue par MM. Baudens et Sédillot (quoique par des motifs notablement différents) que, dans les accidents dus au chloroforme, la cause réside dans l'opérateur et non dans l'agent anesthésique et les conditions physiologiques des patients. Nous avons plusieurs fois présenté des remarques qui nous paraissent décisives contre ce qu'une pareille opinion peut avoir de trop absolu; la société de chirurgie a complétement adopté nos vues sur ce point; nous croyons donc inutile d'insister spécialement sur cette question.

— M. Mandl a présenté une théorie fort ingénieuse pour expliquer les fatigues et les altérations de la voix chez ceux qui font un grand usage de cet organe. Des observations rigoureusement recueillies pourront seules nous apprendre jusqu'à quel point cette théorie concorde avec les faits, et jusqu'à quel point elle est susceptible d'applications pratiques. Le travail de M. Mandl n'offre rien de positif sous ce double rapport.

— On a pu juger par les remarques de notre savant maître, M. le professeur Serres, de quel intérêt a été la présentation de M. de Quatrefages. Notre incompétence en tératologie nous interdit de faire autre chose ici que de mentionner ce fait que nos lecteurs trouveront textuellement au compte rendu.

— Nous ne dirons rien aujourd'hui des communications de MM. Lehmann et Bernard sur la question à l'ordre du jour, et dont nos lecteurs ont eu les premiers connaissance. D'autres travaux nous y ramèneront sous peu de jours. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. MAISONNEUVE.

Nouveau procédé pour l'uréthrotomie d'avant en arrière, permettant la guérison immédiate des rétrécissements sans dilatation préalable.

Quand on songe à tout ce que l'on a imaginé de méthodes et de procédés pour la guérison des rétrécissements de l'urè-

---

eût probablement compté deux succès de plus si l'un de ses opérés n'était mort du choléra. — Sur cette pièce nous avons pu constater une altération remarquable de l'articulation tibio-tarsienne. M. Lorain avait vu un gonflement assez notable et observé une douleur assez intense à l'extrémité du moignon. Le malade succomba, et à l'autopsie on trouva une suppuration abondante, et surtout une fausse membrane, bien nette, bien évidente, assez étendue, couvrant une grande partie de la synoviale de l'articulation tibio-tarsienne.

M. Tarnier nous a montré une pièce pathologique digne de nous arrêter quelques instants. Un malade était entré dans le service de M. Michon, pour une affection des os du pied, avec suppuration, trajets fistuleux au niveau de l'extrémité postérieure des cinquième et quatrième métatarsiens.

Après un examen attentif, M. Michon reconnut que la lésion était bien limitée, et réséqua le quatrième métatarsien et l'extrémité postérieure du cinquième. Trois mois après, le malade était complétement guéri et marchait bien. Mais, deux mois plus tard, il mourait du choléra. Il était curieux de rechercher l'état des parties amputées.

Les deux derniers orteils étaient relevés sur la face dorsale du pied, dont le diamètre antéro-postérieur était devenu moindre. La partie restante du cinquième métatarsien s'était inclinée et rapprochée du cuboïde et du troisième métatarsien. Le diamètre latéral du pied était un peu moins étendu. Du reste, la guérison était complète; les os étaient sains et la cicatrice parfaitement établie.

Les résections sont, sans contredit, une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne; tout le monde est d'accord pour reconnaître leurs avantages, quand on les pratique sur le membre supérieur. De telles opérations sont plus rarement mises en usage pour le membre inférieur. Les résections partielles du pied, des métatarsiens, ont été pratiquées un petit nombre de fois. L'on n'en trouve qu'une description incomplète et peu détaillée dans les auteurs, même les plus modernes. Voilà pourquoi j'ai insisté sur le fait de M. Michon.

C'est surtout le premier et le cinquième métatarsiens que l'on a réséqués jusqu'à présent, et cela parce que l'on peut fixer, pour enlever ces os, pour attaquer leurs articulations, des règles plus nettes que pour les autres métatarsiens; et cependant les résections des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens ne présentent pas beaucoup plus de difficultés; elles offrent pour les résultats ultérieurs des avantages incontestables, surtout dans les cas où l'on pourrait extraire la partie antérieure de ces os, sans toucher aux articulations postérieures.

Ainsi comprise, ainsi exécutée (une seule incision dorsale, une coupe de l'os avec la pince de Liston, etc.), l'opération est d'une exécution prompte et commode.

Je ne quitterai pas ce sujet sans vous citer un fait qui m'est personnel. J'ai pratiqué, il y a bientôt deux ans, une amputation médio-tarsienne, et le malade est resté complétement guéri; il marche, monte à l'échelle, etc., et ne se sert que d'une simple bottine, sans coussin, sans appareil. Nous aurons probablement l'occasion de revenir sur ce sujet, et je pourrai alors vous soumettre quelques réflexions sur les conséquences de l'amputation, dite de Chopart.

thre, on a peine à comprendre que l'on puisse encore découvrir quelque chose d'utile sur ce terrain si rebattu; et, malgré les espérances de M. le marquis d'Argenteuil, étions-nous dans la persuasion profonde que la science avait dit à peu près son dernier mot sur ce point.

Aussi n'avons-nous pas été médiocrement surpris en voyant l'autre jour, à l'hôpital de la Pitié, M. Maisonneuve imaginer sous nos yeux et appliquer immédiatement un procédé nouveau qui, par la simplicité et la facilité de son exécution, paraît devoir faire une véritable révolution dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Déjà, depuis longtemps, les travaux de M. Reybard nous avaient appris que l'incision était la véritable et la seule méthode curative des rétrécissements. Mais les procédés d'exécution offraient des inconvénients tels que, malgré son efficacité réelle, cette méthode ne recrutait presque aucun partisan parmi les praticiens et les malades.

Le principal obstacle à la vulgarisation de cette méthode gissait surtout dans l'impossibilité où se trouvait ordinairement le chirurgien de l'appliquer immédiatement. Pour introduire les instruments sécateurs, il fallait employer d'abord la dilatation, et cela pendant des semaines et des mois. D'un autre côté, cette dilatation une fois obtenue, la plupart des inconvénients sensibles du rétrécissement disparaissaient, de sorte que le malade se souciait peu de se soumettre alors à une opération sanglante et que le chirurgien lui-même insistait médiocrement sur sa nécessité.

Le nouveau procédé que nous avons vu mettre en pratique par M. Maisonneuve, a pour but essentiel de combler cette lacune regrettable et de permettre l'application facile et sûre de la méthode d'incision à tous les degrés de la maladie, et cela sans dilatation préalable.

Voici en peu de mots en quoi il consiste :

Premier temps : Étant donné un malade affecté de rétrécissement, M. Maisonneuve constate d'abord par les moyens usuels sa position, puis il introduit dans l'urèthre une bougie appropriée à son degré d'étroitesse, et dont l'extrémité libre est munie d'un petit ajustage, à peine plus volumineux qu'elle.

Deuxième temps : Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, M. Maisonneuve visse sur son ajustage l'extrémité d'un uréthrotome à double fin, c'est-à-dire susceptible d'inciser d'avant en arrière et d'arrière en avant. Il pousse ensuite avec précaution l'uréthrotome et la bougie qui le précède, jusqu'à ce que la pointe de l'instrument soit arrivée au rétrécissement. Là, le chirurgien le fait manœuvrer de manière à couper la bride; puis, continuant à le faire cheminer dans l'urèthre, toujours précédé par la bougie qui lui sert de conducteur, il explore toute la longueur du canal, en incisant de la même manière tous les rétrécissements qu'il rencontre.

Troisième temps : Quand l'instrument a ainsi parcouru le canal dans toute sa longueur, M. Maisonneuve le retire doucement, de manière à faire une nouvelle exploration rétrograde. Il retrouve les mêmes obstacles, mais incisés; s'ils offrent encore de la résistance, il les incise de nouveau d'arrière en avant, et il continue ainsi jusqu'au méat urinaire.

Malgré sa complication apparente, rien n'est plus simple que cette manœuvre. Guidé par la bougie qui y est solidement attachée, l'uréthrotome pénètre avec la plus grande facilité à travers les rétrécissements sans être exposé à la moindre déviation, et l'opération s'exécute avec une sécurité complète.

Académie des sciences.

Séance du 5 *mars* 1855. — Présidence de M. Regnault.

Anesthésie.

M. Mounier communique la description du procédé suivant qu'il a employé, sans accident, plusieurs milliers de fois, dit-il, à l'hôpital de Dolma-Bagtché :

« L'appareil dont je me suis toujours servi était extrêmement simple : il consistait en un cornet de papier assez évasé à sa base pour embrasser le nez et la bouche du patient, et tronqué à son sommet, de manière à laisser facilement pénétrer l'air pendant l'inspiration; une pincée de charpie introduite au fond du cornet, tenant lieu d'éponge. Vingt à trente gouttes de chloroforme étaient versées dans le cornet et imbibaient la surface de la charpie. Le blessé était couché horizontalement, en supination. L'expérience nous ayant appris que l'éclat de la lumière et le bruit étaient des conditions qui retardaient sensiblement, si elles n'empêchaient pas l'action du chloroforme, on étendait une compresse sur les yeux du malade, et tous les assistants observaient un profond silence. Un aide intelligent explorait les battements du pouls, les mouvements respiratoires, et mesurait le temps à l'aide d'une montre à secondes. Le cornet était alternativement rapproché ou éloigné de la bouche du malade, pendant quelques secondes; et à mesure que l'anesthésie se manifestait, on tenait l'appareil plus près de la face et plus longtemps. On interrogeait la sensibilité du malade par des pincements à la peau, et son intelligence par des questions réitérées. Le silence du blessé était pour nous l'indice de l'opportunité d'agir, et ce moment a toujours été celui du commencement de l'opération.

Enfin, M. Rouget nous a présenté un moignon, suite d'amputation du pouce, et a surtout insisté sur la disposition des nerfs. Il n'y avait pas de renflement à leur extrémité. Le nerf collatéral interne, arrivé vers l'extrémité amputée, se recourbait de dedans en dehors, contournant le moignon et venant se réunir au collatéral externe.

Tendons, articulations. — Kystes des doigts (ganglions).

Il est une affection dont nous avons souvent des exemples à la Société, et qui, pour être assez commune, n'en est pas moins très-intéressante; je veux parler de ces petites tumeurs désignées sous le nom de ganglions.

Il y a longtemps que l'on a fait justice de la valeur, de la signification de ce mot, et cependant il est encore employé tous les jours. C'est qu'en effet tous les pathologistes le comprennent et qu'il ne préjuge rien; c'est qu'il s'applique aux caractères physiques, palpables, d'une affection qui remonte à des causes diverses.

Ces tumeurs, ces petits kystes sont de trois ordres : les uns, sous-cutanés, rappellent les lois générales qui président à la formation des bourses séreuses. Elles ont la même étiologie que les bourses séreuses des malléoles externes chez les tailleurs; de la région dorsale chez les portefaix; de la rotule chez les personnes qui sont souvent à genoux, les parqueteurs, les religieuses, etc. Mais elles ne portent le nom de ganglions que quand elles existent dans des régions où il se développe d'autres tumeurs plus profondes, dont je parlerai dans un instant, au poignet, aux articulations des doigts, etc. — Dans cette première catégorie vient se ranger une pièce présentée par M. Foucher: une bourse séreuse sous-cutanée, très-petite, pleine de liquide, qui devenait tendue pendant l'extension, etc., et qui était placée au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange d'un des doigts. Elle ne communiquait ni avec l'articulation ni avec la coulisse fibro-synoviale.

D'autres tumeurs reposent sur la coulisse des tendons qui leur a donné naissance; et, dans ce cas, les unes tiennent à ces gaînes tendineuses par un pédicule, par un goulot, qui s'est oblitéré, les autres peuvent disparaître quand on les comprime. Nous devons à M. Foucher une pièce où l'on voyait fort bien un kyste qui tenait à la coulisse fibro-synoviale. — Mais tout n'est pas dit quand on a déterminé le point de départ du ganglion; existe-t-il dans les gaînes des tendons de ces petits culs-de sac, de ces follicules synovipares, si bien décrits par M. Gosselin, pour des synoviales articulaires? Ces petites tumeurs sont-elles dues à l'oblitération ou au développement anormal de ces follicules, ou bien faut-il les rapporter à une hernie de la séreuse des tendons? M. Foucher, d'après ses propres recherches, est porté à admettre qu'il existe aussi, dans les coulisses fibro-synoviales, des follicules semblables à ceux des articulations; — la pièce qu'il nous a présentée devrait être rangée parmi les tumeurs de cette nature. Mais il ne faut pas rejeter d'une manière absolue, pas plus que pour les articulations, la théorie de la formation de ces kystes par hernie de la séreuse à travers une éraillure des fibres qui la doublent.

Ces recherches, ces présentations de M. Foucher nous conduisent

« Si la manœuvre chirurgicale durait longtemps, on versait dans le cornet une seconde, une troisième dose de chloroforme, qui toujours était inspiré d'une manière intermittente.

« Or, quand on a vu le chloroforme réussir ainsi constamment dans les opérations les plus variées, dans les plus légères comme dans les plus graves, la question est jugée, et tout esprit impartial doit convenir que ce n'est pas l'agent anesthésique, mais bien la manière de l'employer qui a été la cause des accidents funestes qu'on a eu trop souvent à déplorer. »

Séance du 12 mars 1855.

Altérations de la voix.

M. Mandl présente un mémoire intitulé : *De la fatigue de la voix dans ses rapports avec le mode de respiration.* L'auteur le résume ainsi :

« Le médecin est consulté quelquefois par les artistes pour une certaine faiblesse de la voix à laquelle l'examen le plus minutieux ne permet d'assigner aucune des causes organiques décrites dans les ouvrages de pathologie. Cependant, lorsque les artistes ont chanté ou déclamé pendant quelque temps, on entend leur voix s'affaiblir, se couvrir, devenir rauque, criarde. Cette altération, d'abord peu prononcée et passagère, se manifeste plus tard avec une grande facilité au moindre exercice; finalement la voix se perd complétement : elle est, comme l'on dit, brisée ou cassée.

« Incertain d'abord sur les causes de cette affection, j'ai cru plus tard devoir fixer mon attention sur l'activité du larynx même, et je me suis demandé jusqu'à quel point une dépense de forces trop considérable, fatigante, dans l'émission de la voix, pourrait contribuer à l'origine de cet affaiblisssement. L'examen de la question m'a bientôt amené à considérer les divers modes de respiration auxquels les professeurs de chant attachent tant d'importance. Plusieurs parmi eux affirment que la respiration exécutée avec la portion supérieure du thorax, brise la voix, et l'expérience paraît venir à l'appui de ces idées. Il s'agit donc de démontrer, par des recherches anatomiques et physiologiques, les rapports qui peuvent exister entre le mode de respiration et la dépense des forces nécessaires pour mettre en jeu les agents de la voix. Cette dépense mesure la fatigue.

« L'émission de la voix se fait pendant l'expiration qui doit se prolonger pendant toute la durée de la phrase musicale ou parlée. Les agents expirateurs qui chassent l'air, afin qu'il serve à la production du son, entrent donc en lutte avec les agents inspirateurs, qui veulent le retenir pour prolonger l'expiration.

La lutte qui s'établit ainsi entre les agents inspirateurs et les expirateurs, et que nous appelons *lutte vocale*, est variable suivant le type de la respiration : plus elle est considérable, plus grande est la fatigue qui s'ensuit. Afin de pouvoir apprécier et déterminer exactement le degré de fatigue lié à cette lutte, il est nécessaire d'examiner préalablement le jeu des muscles dans tous les points intéressés pendant la respiration, quel que soit le mode suivant lequel s'accomplit cette fonction.

« La respiration peut s'effectuer d'après trois types divers, le type diaphragmatique ou abdominal, le latéral (costo-inférieur) et le claviculaire (costo-supérieur de MM. Beau et Maissiat). Dans le premier type, on voit les parois abdominales se soulever et s'affaisser alternativement par la principale action du diaphragme; dans le second type, ce sont les côtes inférieures; dans le dernier enfin, les côtes supérieures, surtout la première, et avec elle le sternum et la clavicule, qui sont déplacés.

« La lutte entre l'inspiration et l'expiration, c'est-à-dire la lutte vocale, et par conséquent aussi la fatigue qui en résulte, est à son moindre degré dans la respiration abdominale, parce qu'alors un petit nombre de muscles seulement (principalement le diaphragme) est mis en jeu, parce qu'il ne s'agit que du déplacement des viscères mous et mobiles de la cavité abdominale; parce que pendant l'inspiration le larynx reste dans sa position normale; que la glotte ne subit ni élargissement ni rétrécissement notables ; que les cordes vocales ne sont ni relâchées ni tendues d'une manière appréciable. L'expiration nécessaire à la modulation du son trouve donc les organes principaux dans leur position et tension naturelles. Le déplacement du larynx, le rétrécissement de la glotte, la tension des cordes vocales, la dilatation des poumons, toutes choses nécessaires à la production du son, peuvent, par conséquent, s'effectuer sans résistance, sans luttes notables et ainsi sans fatigue.

« Dans la respiration claviculaire, au contraire, la lutte vocale et avec elle la fatigue sont très-considérables, parce que beaucoup de muscles agissent dans l'inspiration et l'expiration ; parce que les parties fixes et peu flexibles qui composent la portion supérieure du thorax, doivent être déplacées ; parce que le larynx est fortement abaissé (1), la glotte élargie et les cordes vocales relâchées pendant l'inspiration, et que pendant l'expiration nécessaire à la modulation du son, le larynx, la glotte et les cordes vocales doivent se trouver dans des conditions diamétralement opposées. Tous ces mouvements sont tellement enchaînés les uns aux autres, que l'inspection seule de la clavicule et des épaules permet de deviner la position du larynx.

« Ces tractions opposées, exercées sur le larynx pendant le chant, lorsqu'on a adopté la respiration claviculaire, rendent l'émission de la

(1) Cet abaissement s'opère à l'aide des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens, fixés sur la première côte et le sternum. En effet, dans l'inspiration claviculaire, la première côte et le sternum s'élèvent à l'aide des muscles scalènes, sterno-mastoïdiens, etc. ; tous les muscles fixés à la première côte et au sternum sont requis pour opérer ce déplacement, par conséquent aussi les sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens : mais le second point d'attache de ces deux muscles se trouve sur le cartilage thyroïde et sur l'os hyoïde, qui sont mobiles et ne peuvent par conséquent leur servir de point fixe. Il s'ensuit que le larynx s'abaisse nécessairement, lorsque dans l'inspiration claviculaire on élève la première côte et le sternum. Ces deux os restent immobiles dans l'inspiration abdominale ; aussi le larynx ne change-t-il pas de place.

---

tout naturellement à la troisième série des ganglions : — ceux qui ont pour origine les articulations elles-mêmes. — Autrefois c'étaient des hernies de la synoviale : si elles étaient réductibles, l'orifice de communication de la cavité articulaire et de la poche accidentelle existait encore; si elles ne disparaissaient pas sous une pression continue et prolongée, si l'on ne pouvait pas refouler le liquide de la poche dans la synoviale, le goulot était oblitéré. Et l'on était satisfait. Certes, il y a bien des cas où l'on peut encore soutenir cette opinion; il y a bien des tumeurs de la région poplitée, qui peuvent être rapportées à une hernie de la synoviale. J'ai décrit il y a deux ans, dans le *Moniteur des Hôpitaux*, quelques faits tirés de la clinique de M. Velpeau qui venaient à l'appui de ce que j'avance. Il y a aussi d'autres tumeurs qui reconnaissent une autre origine. Il y a des bourses séreuses (par exemple sous le jumeau interne) qui peuvent se remplir et faire croire à une tumeur de la synoviale; et comme tantôt elles sont indépendantes, et tantôt s'ouvrent dans la synoviale articulaire, elles rentrent, pour le diagnostic, dans la classe des tumeurs qui nous occupent.

Si ces propositions sont quelquefois vraies, telle ne sera pas l'étiologie ordinaire de ces tumeurs, et je puis ajouter que M. Foucher nous a fait voir des kystes formés par des bourses sous-musculaires, mais que nous n'avons pas eu de pièce qui pût justifier la théorie des hernies synoviales. M. Gosselin, dans un travail bien connu, est venu nous donner la clef de la formation de ces ganglions. — Après bien des recherches sur le cadavre, sur les articulations des animaux, M. Gosselin a démontré qu'il existait, dans les bourses synoviales, des culs-de-sac, déjà indiqués par Muller et quelques autres anatomistes, et auxquels il a donné le nom de follicules synovipares. Que le goulot de ce follicule se rétrécisse, ou s'oblitère; voilà le premier degré du kyste synovial : c'est un petit soulèvement, gros comme un petit pois, un grain de millet, une tête d'épingle. Et ces petits corps sont si fréquents qu'il est rare d'ouvrir plusieurs articulations carpiennes sans en rencontrer. Ils sont surtout au niveau du scaphoïde et du grand os, etc. — Si le liquide augmente dans leur intérieur, la petite tumeur se développe, proémine en dehors de l'article : voilà le ganglion profond. Puis ce ganglion peut grossir, se développer; il soulève, il contourne les tendons et peut faire croire *à priori*, qu'il tient à la coulisse fibro-synoviale. Une pièce de M. Foucher était dans ce cas. C'était un de ces kystes, qui tenait à l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil. Ou bien cette tumeur se divise en plusieurs poches, l'une plus profonde, plaquée contre l'articulation sous les tendons, une autre plus superficielle, située entre la peau et les tendons, et reliée par une gorge qui les fait communiquer largement. Entre elles existe une rigole, dans laquelle glissent les tendons. C'est ce qu'on pouvait voir sur une pièce de M. Cruveilhier, à la partie postérieure du poignet.

On peut, dans presque tous les cas, voir en même temps que ces kystes d'autres petites élevures indiquées plus haut. En tout cas, il est possible de suivre leur gorge, leur pédicule, leur base d'implantation, le plus souvent oblitérée, jusqu'au lieu d'élection des follicules synovipares. (*La suite prochainement*)

voix plus difficile, plus fatigante, moins harmonieuse. L'effort considérable, l'enflement du cou, le gonflement des veines jugulaires, le renversement de la tête, l'inspiration bruyante, forment le cortége habituel de cette respiration fautive; elle peut même occasionner, à la longue, dans les muscles intéressés, une excessive sensibilité et des contractions spasmodiques; les tiraillements dans la région mammaire, les enrouements instantanés, se trouvent ainsi fréquemment expliqués. Cet état pathologique peut, dans les muscles intrinsèques du larynx, amener leur atrophie plus ou moins complète avec perte de la contractilité et perte de la voix consécutives.

« La respiration latérale se combine toujours dans les profondes inspirations avec le type claviculaire ou l'abdominal, dont elle partagera par conséquent les inconvénients et les avantages.

« Le médecin doit, par conséquent, s'appuyant sur des raisons anatomiques et physiologiques, insister sur ce que le type de la respiration claviculaire soit banni dans l'enseignement et dans la pratique du chanteur. L'expérience des artistes et l'enseignement de quelques-uns de nos premiers maîtres de chant se sont déjà depuis longtemps prononcés dans ce sens. Nous n'avons par conséquent nullement la prétention d'indiquer le premier les dangers de la respiration claviculaire; notre but est uniquement de démontrer, par des preuves scientifiques, les conséquences forcées et invariables de certains mouvements respiratoires, et d'expliquer par des arguments anatomiques l'opinion de quelques artistes.

« Du reste, la nature fournit une preuve frappante de la vérité des remarques précédentes. La respiration claviculaire, en effet, est impossible chez les oiseaux qui passent pour les modèles du chant: chez eux, les parois abdominales seules se dilatent pendant l'inspiration, tandis que le thorax reste immobile dans toute sa partie supérieure. Les poumons fixés en arrière poussent les intestins devant eux à l'aide de nombreux sacs aériens qui remplissent les fonctions du diaphragme: mais la respiration claviculaire est impossible, car les oiseaux sont privés des muscles sterno-mastoïdiens et trapèzes, et aussi, suivant M. Bernard, de la branche externe du spinal. C'est pour ainsi dire un précepte donné aux artistes par la nature. »

Physiologie de l'ouïe.

M. Cabot soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Physiologie des sensations de l'oreille.* — Les comptes rendus ne donnent pas d'autres indications.

Électricité thérapeutique.

M. Rouillon fait connaître les résultats de quelques expériences qu'il a faites sur l'action thérapeutique de l'*électricité* qui se produit quand deux substances, capables de se combiner chimiquement, sont mises en présence, soit dans l'intérieur du tube digestif, soit sur la peau d'un être vivant. — L'auteur appelle surtout les expérimentations des médecins sur les faits de cet ordre.

Glucogénie.

M. Bernard lit deux notes que nous avons les premiers publiées.

Corps étrangers dans la vessie.

M. Jobert (de Lamballe) adresse une observation que nous avons publiée.

Séance du 19 mars.

Météorologie.

M. Leverrier expose un plan général d'observations astronomiques et météorologiques auquel l'administration a bien voulu donner son concours et qui d'après les ordres qu'elle a donnés doit être suivi sur *la plus vaste échelle,* en France et dans nos possessions d'outre-mer.

Monstruosités.

M. de Quatrefages présente sous le titre de : *Formation des monstres doubles chez les poissons,* l'observation et les considérations suivantes :

« J'aurais désiré, dit M. de Quatrefages, attendre, pour parler de ces recherches à l'Académie, qu'elles eussent porté sur un plus grand nombre de cas; mais possédant encore en vie, en ce moment, un sujet qui doit être extrêmement rare, j'ai pensé qu'il serait vu avec intérêt par ceux de nos confrères qui s'occupent de cette question. Il s'agit, en effet, d'un monstre double dont j'ai pu suivre le développement pendant près de deux mois (du 24 janvier au 18 mars), et qui s'est formé par la soudure de deux individus primitivement entièrement distincts. C'est la première fois que l'observation directe permet de décider une question qui a divisé, pendant deux siècles, les esprits les plus éminents.

« Le sujet de cette observation me fut remis, le 24 janvier, par M. Millet, inspecteur des eaux et forêts, qui s'occupe de pisciculture avec un zèle bien connu de tous. L'œuf d'où était sorti le monstre était éclos depuis dix-sept à vingt jours. En avant, on voyait encore très-nettement une scissure assez profonde indiquant le point de soudure des deux vitellus confondus partout ailleurs en une masse unique. Deux jeunes poissons entièrement séparés, adhéraient en face l'un de l'autre à ce double vitellus. Celui de droite avait la face difforme et manquait complétement d'yeux; tout le reste de son corps était, au contraire, très-développé. L'individu placé à gauche avait la tête bien conformée, si ce n'est que les yeux n'étaient pas circulaires, et que l'opercule présentait des dimensions évidemment exagérées; mais le corps était difforme, comme bossu, et au delà de l'anus il se repliait en tire-bouchon.

« L'appareil circulatoire, autant que j'ai pu le reconnaître par un examen rendu incomplet par la nécessité de ne pas fatiguer un sujet aussi précieux, n'offrait guère d'anomalies que dans l'individu de droite. Là, dans la région de la joue gauche, on voyait un amas sanguin, et deux autres pareils, en demi cercle, se trouvaient du côté droit, au pourtour de l'espace qu'aurait dû occuper l'œil.

« Les deux vaines abdominales, destinées à former plus tard les veines-portes, occupaient leur place ordinaire; leurs ramifications s'étendaient indifféremment sur le double vitellus, et se continuaient avec les racines des veines vitellines, qui devaient former plus tard les veines hépatiques. Mais, et c'est là un fait important à noter, il y avait de fréquentes anastomoses entre les dernières ramifications de la veine abdominale de chaque individu avec les premières racines de la veine vitelline de l'autre; de sorte qu'il se faisait entre eux un échange de sang continuel. L'appareil vasculaire vitellin de l'individu placé à droite était, d'ailleurs, sensiblement plus développé; ce qui explique le retard relatif manifeste que présentait le développement de l'individu placé à gauche.

« On comprend quelles précautions j'ai dû prendre pour conserver vivant un sujet qui devait me montrer comment se forment, soit les monstres autositaires, soit les monstres parasitaires : car, à cette époque, il était difficile de prévoir à laquelle des deux classes appartiendrait le produit. Je fus assez heureux pour réussir. Le développement suivit sa marche ordinaire comme dans un œuf normal, seulement l'individu de droite conserva un avantage marqué. Le 19 février, les deux poissons se touchaient en chevauchant un peu l'un sur l'autre. Les parois abdominales étaient prêtes à se rejoindre sur la droite de l'individu placé à droite. A sa gauche, un large espace occupé par le vitellus les séparait encore. Aujourd'hui la résorption du vitellus est à peu près complète, et il est facile de voir que l'individu de droite, bien plus fort que son frère, aurait déjà besoin d'être nourri. C'est ce que je compte faire; mais le succès de cette tentative est tellement incertain, que j'ai cru devoir placer sous les yeux de l'Académie un objet qui, je l'espère, offrira quelque intérêt à tous ceux qui connaissent l'histoire de la tératologie.

« On voit que la réunion est complète et que les deux individus adhèrent par un espace assez limité correspondant à la région abdominale au delà du point d'insertion dans le foie des veines-portes (veines abdominales). L'individu jusqu'à présent placé à droite est devenu supérieur. Quoique aveugle, c'est lui qui transporte son frère dont la difformité a augmenté et qui est tout pelotonné.

« On peut, dès à présent, conjecturer presque à coup sûr quelles sont les dispositions organiques que révélera la dissection de ce monstre. Les foies seront confondus. Peut-être même y aura-t-il adhérence sur un point de l'intestin, mais sous tous les autres rapports les viscères seront simples et normaux, sauf les anomalies indépendantes de la monstruosité double. Quoi qu'il en soit, on voit qu'il résulte clairement de ce fait que le monstre double s'est formé par la coalescence de deux embryons primitivement séparés comme l'avait soutenu Lemery contre Winslow et Haller, comme l'ont toujours admis MM. Geoffroy-Saint-Hilaire père et fils, malgré l'autorité de Meckel.

« J'ai déjà observé trois autres cas de monstruosités, et j'ai encore deux sujets bien vivants que je suis avec attention. Dans ces trois cas, les sujets sont doubles antérieurement, simples postérieurement.

« La distribution méthodique de ces monstres ichthyologiques présentera peut-être quelque difficulté. Dépourvus d'ombilic, ils ne peuvent, dans certains cas, être classés d'après les principes si rationnels et si nets établis par Isidore Geoffroy. Cependant, en s'aidant des analogies anatomiques, je pense pouvoir les ramener à la classification de notre confrère. Ainsi, celui que je mets sous les yeux de l'Académie devra former un genre nouveau, pour lequel je proposerai le nom de *Gastéropage.*

« Les quatre monstres doubles que j'ai étudiés jusqu'ici m'ont tous présenté des monstruosités simples portant sur les individus compo-

sants. Chez l'un d'eux, ces anomalies étaient telles, que, s'il eût vécu, le résultat eût été sans doute un monstre parasitaire. Dans celui même que je mets sous les yeux de l'Académie, on voit que chaque individu a sa part d'accidents tératologiques. L'un est aveugle, l'autre entièrement dévié. Si Lemery eût connu des faits analogues, on voit qu'il n'eût pas manqué de les opposer au plus fort argument de Winslow.

« M. Millet a bien voulu me promettre de conserver à mon intention tous les monstres doubles qui écloront dans ses rigoles. Mais, bien que le fait soit parfois très-fréquent dans certaines couvées, comme l'avait déjà observé Jacobi, comme M. Millet l'a également constaté, il s'est montré jusqu'à présent assez rare. Aujourd'hui, bien des personnes s'occupent de pisciculture, et je serais bien reconnaissant si elles voulaient m'adresser les monstres doubles ou triples qu'elles viendraient à rencontrer. Dans des études de cette nature, on ne saurait trop multiplier les observations et les expériences avant de poser des conclusions qui pourraient sans cela être prématurées. »

A propos de cette observation, M. Serres présente quelques remarques importantes que le célèbre professeur a bien voulu publier d'abord dans ce journal. (Voir le *Moniteur* du samedi 23 mars.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le *Journal des connaissances médicales pratiques* publie l'article suivant dont nos lecteurs pourront apprécier diversement le caractère pratique, mais dans lequel on ne pourra méconnaître les excellentes intentions de l'auteur.

Mesure à prendre pour améliorer la position du corps médical.

« Dans un article très-bien fait, inséré dans son Journal des connaissances médicales et pharmaceutique, numéro cu 20 février 1855, M. le docteur Caffe, en parlant des médecins cantonnaux, déplore l'espèce d'abaissement dans lequel tombent les médecins qui consentent à faire de la médecine au rabais, non moins nuisible à l'homme de l'art qu'à la noble profession qu'il exerce. Il reproche à des confrères d'accepter des fonctions trap peu salariées, indignes d'eux et de la science médicale.

« C'est au médecin à imposer dignement à une administration le « chiffre des émoluments auxquels il a droit ; qu'il reste ensuite libre « de convertir en actes de bienfaisance. Ce n'est pas à lui à recevoir « l'aumône, c'est à lui à la faire. La confiance intime dont il jouit, lui « donne chaque jour mieux qu'à tout autre, l'occasion de porter des « secours efficaces aux angoisses de la misère privée.

« Nous ne comprenons pas, dit-il, qu'un docteur en médecine aliène « la liberté de ses actions, la *spontanéité et la gratuité* des bienfaits « qu'il est appelé à répandre pour un si modique traitement (600 fr. « par an). Il devient fonctionnaire public sans compensation en rap- « port avec son éducation, ses besoins et nos mœurs actuelles.

« Nous nous affligeons en voyant convoiter un traitement qui n'at- « teint pas le gage des gens de service, qui ont en outre le blanchis- « chissage, la nourriture et le logement., etc. »

« Telles sont les pensées pénibles que la création des médecins cantonnaux insuffisamment honorés, suggère à M. le docteur Caffe. Il ne peut, sans éprouver une profonde douleur, voir ses confrères pousser la faiblesse au point d'abdiquer avec empressement leur dignité, et de ravaler cette science médicale qui, de toutes, devrait être la plus respectée. Quand on possède l'art le plus péniblement acquis, et le plus utile aux hommes, celui de conserver la santé, devrait-on se laisser assimiler pour la rémunération du service rendu, aux êtres le plus bas placés dans l'échelle sociale? La dignité d'un médecin ne doit-elle pas se révolter devant une aussi injuste assimilation?

« Personne plus que moi ne partage les cruelles angoisses qu'éprouve aujourd'hui M. le docteur Caffe. L'affligeant spectacle que nous donnons à la société me cause d'inexprimables souffrances. On ne tombe point si bas sans aimer à regarder d'où l'on est parti, on ne perd pas sa puissance et sa gloire sans éprouver des regrets. Cette médecine, qui jadis refusait avec dignité les trésors d'Artaxercès, accepte tout maintenant, même les plus grandes humiliations! On l'emploie à toutes les combinaisons, dans tous les travaux, cans toutes les industries, réglée, tarifée et toujours humiliée. On lui refuse même l'honneur de discuter avec elle la position qui lui est faite par des étrangers. La case est ouverte sans qu'on s'inquiète de la question de savoir si l'on trouvera un personnel pour la remplir. On est bien trop sûr du succès! Les précédents ne sont-ils pas là? L'embarras du choix seul est à craindre: quel changement! quelle triste décadence!

« Ainsi, la plaie du corps médical est béante, affreuse, je la vois, tous les jours je la constate; certes je ne saurais la nier, elle n'est que trop visible. Mais au lieu de la reprocher à nos confrères, je voudrais la guérir en donnant le moyen de la cicatriser peu à peu.

« Pour montrer comment on pourrait atteindre ce but, je vais indiquer les motifs de la conduite des médecins, je dirai ensuite ce qu'il faudrait faire pour que cette conduite pût toujours être digne et honorable.

« Le diplôme de médecin est certainement un très-beau titre, mais il devient un laurier stérile pour celui qui n'a pas d'autres ressources, et auquel il ne procure pas des moyens d'existence. Un grand nombre de médecins sont dans la nécessité de rendre immédiatement leur profession assez lucrative pour subvenir aux besoins d'indispensables dépenses. Or, chacun de nous ne le sait que trop par expérience, il faut plusieurs années de pratique pour pouvoir retirer du produit de sa clientèle les ressources suffisantes pour vivre honorablement.

« Que faire donc lorsqu'on n'a pas la possibilité d'attendre cette clientèle lucrative, toujours si lente à venir? Il faut chercher, trouver et saisir avec empressement tous les moyens possibles de gagner de l'argent; sans cela le présent est compromis, et l'avenir perdu. Quand on sait que des centaines de médecins sont dans cette dernière catégorie, on ne s'étonne pas de voir faire la chasse aux places salariées, même les plus minimes. Avant tout il faut avoir du pain, dont beaucoup de gens manquent, même des gens d'esprit.

« Ainsi, trêve de reproches, ne blâmons pas ceux qui ne sont peut-être pas blâmables. Sondons plus profondément la plaie, cherchons les causes qui l'entretiennent et le moyen de les faire disparaître.

« Les médecins ne sont pas suffisamment rétribués; leurs recettes sont moindres que les dépenses qu'ils devraient faire. (Je ne parle pas des princes de la science, mais des médecins en général.) Cette circonstance, qui produit un état de gêne dans tout le corps médical, est due à ce que les médecins ne s'entendent pas entre eux, car, s'ils voulaient tous exiger une rétribution convenable, ils l'obtiendraient et vivraient dans l'aisance. L'accord serait donc un moyen de salut; mais, hélas! il n'existe point.

« Le défaut d'entente tient moins au caractère du médecin qu'au mode d'organisation du corps médical. En effet, contrairement à ce qui se pratique dans toutes les autres corporations, où chacun est classé par ses chefs, les médecins sont jugés et classés par le public, c'est-à-dire par des personnes qui ne peuvent les juger, puisqu'elles n'appartiennent même pas à leur corporation.

« C'est, par conséquent, sur le public, un public ignorant, que le médecin doit s'appuyer, pour améliorer sa position, et non sur des chefs naturels capables d'apprécier son instruction, ses études, son mérite réel. Cette obligation a créé chez le médecin la nécessité de sacrifier le savoir au savoir-faire; elle a fait naître les charlatans et la mauvaise confraternité. Quand on n'est point jugé par ses pairs, on grandit dans l'esprit du public à mesure que l'on dit, ou fait dire du bien de soi et du mal des autres. La faute de tout ceci ne doit donc pas être attribuée au médecin, qui use des principales ressources qu'on a mises à sa disposition, mais à l'organisation médicale, qui a placé dans nos mains de telles armes. Quand on établit le principe, il faut s'attendre à en supporter les conséquences. Si le public juge le médecin, celui-ci s'efforcera de lui plaire. Dieu sait ce que l'on fait pour obtenir un pareil résultat. De temps à autre la police correctionnelle l'apprend aussi.

« Laisser les médecins tels qu'ils sont, prendre des mesures pour leur donner un juge compétent, irrécusable, voilà ce que l'on doit faire pour guérir la plaie du corps médical.

« Toutes les personnes qui ont embrassé une carrière autre que la médecine; l'ouvrier, le soldat, le prêtre, l'avocat, l'ingénieur, le préfet, le diplomate, etc., se soutiennent entre elles parce qu'elles n'ont nul intérêt à se nuire, leur classement étant fait par des chefs qui se fondent, pour cela, sur des motifs éclairés, et non sur la médisance ou la calomnie. Le mérite de leur travail, qui se fait au grand jour, peut d'ailleurs être facilement apprécié. Toute méchanceté contre leurs collègues leur tournerait à mal. L'union, la bonne harmonie, le grandit, au contraire, en augmentant la puissance de la corporation à laquelle ces personnes appartiennent.

« Le médecin est isolé, il travaille dans l'ombre, devant un juge aveugle qui ne peut voir son travail, qu'il doit pourtant apprécier. Le médecin fait l'opinion de son juge, souvent en disant du bien de soi, quelquefois du mal de ses collègues; puis le jugement est rendu, et communiqué à tout l'entourage du malade. Si le médecin est adroit, ce jugement lui est *toujours* favorable; il n'en est pas de même s'il n'est que savant. Dans ce dernier cas, la plus belle cure compromet quelquefois sa réputation, parce qu'un confrère, mieux avisé, a su se faire attribuer tout le mérite de cette guérison, et blâmer avec adresse l'emploi du remède qui a sauvé le malade. Un juge a le droit de se tromper

quand il apprécie des choses qu'il ne connaît point. Celui qui nomme un pareil juge seul commet une faute. Or, c'est là que je voulais arriver pour montrer qu'il est utile de donner au médecin un juge plus compétent, qui, sans se tromper, récompense le mérite, et punisse le charlatanisme.

« Ce juge, dont la compétence est incontestable, incontestée, se trouve dans la chaire de l'Ecole de médecine. Les professeurs de la Faculté sont nos généraux en chef, ils doivent, naturellement, avoir le droit, qu'ils ont déjà exercé, de nous examiner et de nous classer par ordre de mérite. Quel médecin peut trouver à cela que'que chose à dire, si l'utilité de cet examen est d'ailleurs démontrée? Ne verront-ils pas tous dans cette mesure une heureuse innovation, un moyen sûr de faire rendre justice à leur véritable savoir?

« Si de la théorie nous descendons à l'application, n'est-il pas aisé de démontrer qu'on peut, pour les examens des médecins, employer le mode adopté pour les examens des candidats à l'école polytechnique? Deux commissions composées, l'une et l'autre, de trois professeurs de l'école (1), se rendraient, tous les ans, chacune dans dix chefs-lieux de département, pour y examiner, en cinq jours, les 200 médecins qui exercent dans le département (2). A l'hôpital de la ville, la commission ferait subir à chacun des praticiens, au lit du malade, un cinquième examen (uniquement pratique) pendant dix minutes, après quoi elle exprimerait, par des chiffres, le degré d'instruction que chaque candidat aurait montré. Ces divers chiffres de classement seraient inscrits dans un procès-verbal dont il resterait un double dans les bureaux de la préfecture.

« Le médecin qui aurait obtenu un chiffre de points supérieur à 100, par exemple, recevrait le titre de médecin major, et celui qui aurait un chiffre supérieur à 200, par exemple, serait nommé médecin principal (civils). Une marque distinctive portée à la boutonnière par le major, au cou par le principal, indiquerait le degré hiérarchique.

« En cinq années, les commissions auraient ainsi visité tous les départements, et classé, par ordre de mérite, tous les médecins de France.

« Par ce jeu régulier des deux commissions, chaque médecin serait examiné et classé tous les cinq ans (3).

« Comme premier effet de ce classement des médecins par l'autorité compétente, les hommes instruits seraient traités avec considération, inspireraient la confiance, et trouveraient dans une belle clientèle les éléments d'une honnête aisance. Leur mérite serait reconnu, incontesté, même par leurs collègues, qui craindraient de montrer maladroitement leur jalousie en attaquant le jugement rendu par la Faculté.

« Comme second effet de ce classement, les médecins moins instruits travailleraient avec zèle et persévérance pour obtenir, au prochain examen, un meilleur rang, et par suite les priviléges qui y sont attachés. Tous les médecins deviendraient studieux, parce que, à l'avenir, ils devraient leur position plus à leur savoir qu'à leur savoir-faire.

« Alors les grandes réputations médicales seraient toujours méritées et légitimement acquises. Alors aussi on pourrait, avec vérité, retourner la proposition d'un de nos spirituels professeurs de l'école qui disait : pour réussir, un médecin doit posséder un grain de savoir et neuf grains de savoir-faire. Il s'établirait entre les médecins une lutte, mais une lutte de bon aloi, celle de l'émulation et du travail, qui produit les hommes de génie et détruit les charlatans. Les médecins se respecteraient entre eux, et feraient vénérer la médecine.

« Par suite de cette entente parfaite, tous les médecins seraient plus honorés et mieux rétribués; en France, on trouve de l'argent pour toutes choses; on a des milliards pour faire la guerre et soutenir l'honneur national, on n'en manquera point pour racheter sa vie. L'important est de montrer qu'il y a nécessité d'en donner. Au lieu de s'amoindrir mutuellement par une guerre sourde, les médecins s'uniraient pour travailler, s'instruire, s'entendre et se faire respecter. Ils ne doivent pas craindre les fâcheux effets du classement, tous les médecins, instruits ou moins instruits, gagneront de quoi vivre honorablement le jour où le public cessera d'être leur client et leur juge; car, là est véritablement l'épine du corps médical. Pour avoir une position supportable, il ne faut pas être à la merci de son débiteur. Si l'autorité compétente assigne à chacun sa place, elle détruira la rivalité, et mettra tout le monde d'accord. Dès que l'accord règnera entre les médecins ils seront tous heureux; les malades sont assez nombreux et assez riches pour donner à tous les médecins des honoraires suffisants. Mais il est juste que les médecins les plus instruits soient mis à même d'obtenir les plus beaux honoraires.

« Ainsi, ce classement fait par les professeurs de la Faculté sera un avantage pour les médecins, pour la science médicale, et même pour le public, qui appréciera beaucoup la possibilité de connaître les hommes dont il doit attendre les plus utiles secours au moment du danger.

« La présence du médecin désigné comme le plus capable donnera du courage au malade, de l'espoir à la famille, et à tous, la volonté nécessaire pour exécuter scrupuleusement les prescriptions; souvent le salut est dans cette dernière circonstance; aussi, en donnant au médecin la force morale qui résulte d'une confiance sans bornes, la Commission médicale aura puissamment contribué à sauver plus d'un malade.

« Que faudrait-il donc faire pour obtenir une réforme si salutaire, où tout le monde trouverait son compte? Il faudrait que M. le ministre de l'instruction publique, venant en aide au corps médical, nommât deux Commissions d'examen qui fonctionneraient pendant deux mois chaque année.

« Il n'y aurait pas à craindre le refus de se soumettre à cet examen; car les médecins, les vrais médecins, ceux qui méritent réellement ce nom, reconnaîtraient bientôt l'avantage qu'ils peuvent, ou pourront retirer de cette épreuve; les autres, s'il y en avait, seraient, pour leur refus de concourir, privés des *priviléges* attachés au titre de médecin : comme faire partie des jurys médicaux, des conseils d'hygiène, des commissions médicales judiciaires, être médecin des hôpitaux, des prisons, des colléges, de tout établissement de l'Etat, etc. Ils seraient pour la médecine ce que sont, dans la société, les personnes qui ont perdu leurs droits politiques. Cette sorte d'humiliation, infligée à des médecins, rendrait leur situation intolérable et très-compromettante pour leurs intérêts. Ils se hâteraient de s'y soustraire, en se soumettant à un examen, qui d'ailleurs ne met rien en péril, puisque, après comme avant, ils seront médecins, et pourront même être considérés comme des médecins instruits. Dans un concours, tous les candidats peuvent montrer un grand talent. Ce genre d'épreuve ne compromet personne. L'autorité peut donc, sans inconvénient, exiger cette sorte de sixième examen; je dis plus, l'intérêt de la société que le gouvernement a mission de sauvegarder lui impose le devoir de faire connaître les plus grandes capacités médicales.

« Ainsi, aucune raison sérieuse ne s'oppose à l'adoption de cette mesure (1), qui améliorerait suffisamment la position du médecin, mettrait en plus grand honneur la science médicale, et procurerait au public de plus sûres garanties de guérison. Mieux qu'une loi et la police correctionnelle, elle détruirait le charlatanisme et le *banditisme* médical. Elle lierait étroitement les médecins entre eux, et les maintiendraient tous, j'en suis convaincu, dans une voie digne et toujours honorable; ce qui serait, pour le corps médical tout entier, un grande et bien douce consolation. »

L. DE LAFFORE.

La Faculté de médecine de Paris est en veine de réformes ou du moins de modifications. Nous avons annoncé récemment la prolongation des fonctions d'aide d'anatomie, nous avons à annoncer maintenant l'abréviation des fonctions d'agrégé ou du moins la diminution du nombre des années actives de ces fonctions. On sait que les agrégés sont aujourd'hui nommés pour neuf ans, et qu'ils entrent en fonctions presque immédiatement après leur nomination. D'après une décision prise par la Faculté, et qui ne tardera pas sans doute à être revêtue de la sanction ministérielle, les agrégés seraient toujours nommés pour neuf ans; mais ils feraient trois ans de stage, ce qui réduirait en définitive à six ans leurs fonctions actives. Par cette mesure, la Faculté a

(1) Un de ces professeurs appartiendrait à la Faculté de Paris, l'autre à celle de Strasbourg, et le troisième à celle de Montpellier.

(2) Il y a en France 11,250 docteurs en médecine, 7,250 officiers de santé, en tout 18 500; ce qui fait, à peu près, 200 médecins par département. Celui de la Seine, ayant près de 1,500 médecins, serait considéré comme formé de sept départements. Au lieu de cinq jours, les examens y dureraient 35 jours. De cette façon les départements médicaux à examiner seraient de 92 et non de 86.

(3) Pourquoi, dira-t-on, examiner une deuxième fois un médecin déjà classé, et qui serait ainsi exposé à perdre le rang qu'il a obtenu au premier examen? Parce qu'il faut toujours donner au médecin la possibilité de profiter des études faites, et au malade celle de connaître la capacité actuelle du médecin, capacité que l'âge et les maladies peuvent modifier.

(1) Je ne prétends pas dire, on le comprend bien, qu'elle ne présente aucun inconvénient; est-il une mesure qui n'en offre pas? La perfection n'appartient pas à la nature humaine. Une mesure est toujours bonne lorsqu'elle offre plus d'avantages que d'inconvénients. Or, je suis persuadé que celle-ci est de ce nombre.

surtout eu en vue de pouvoir faire un concours tous les trois ans, tandis qu'elle est obligée en ce moment, de mettre un intervalle de six ans entre deux concours. Cet inconvénient est très-réel et suffit pour justifier le projet de la Faculté. Elle a voulu aussi éviter quelques autres inconvénients trop peu sérieux pour que nous croyions utile de les mentionner. Les agrégés nommés il y a neuf ans gagneront à cette mesure trois années de prolongation, c'est à-dire la durée du stage des nouveaux élus.

— Nous avons reçu de quatre sources différentes des avis touchant une lettre, plus que singulière, qui a été écrite à un journal politique par un membre de l'Académie. Comme nos honorables correspondants, nous avions lu cette lettre. Mais beaucoup de raisons dont la principale est la situation faite à la presse nous ont empêché d'en entretenir nos lecteurs; cette dernière raison n'existant pas moins aujourd'hui qu'il y a huit jours, nous ne pouvons que persister dans notre silence. Ceux de nos lecteurs qui ont lu cette lettre peuvent seulement être convaincus que le sentiment qu'elle a produit sur nous est absolument le même que celui qu'ils ont éprouvé eux-mêmes.

— Ce que nous avions depuis longtemps prévu et maintes fois prédit est arrivé : Pour éviter les démissions, M. le Ministre de la guerre vient, par un arrêté, d'exiger des médecins qui entrent dans la carrière militaire l'engagement d'honneur de rester pendant cinq ans au moins au service l'Etat.

— Ont été désignés pour composer le jury français relatif à la pharmacie, à la médecine et à la chirurgie, dans l'exposition universelle :

Jurés titulaires. — MM. Rayer, Nélaton, Mélier, Bussy, et Henri Bouley, professeur à l'école d'Alfort.

Jurés suppléants. — MM. Ambroise Tardieu et Demarquay.

— Le concours pour une place de médecin du bureau central des hôpitaux vient de s'ouvrir.

Les candidats sont au nombre de vingt-cinq. Ce sont : MM. Axenfeld, de Beauvais, Blondeau, Boivin, Cahen, Caillault, Chammartin, Charcot, Clairin, Destouches, Dumoulin, Empis (Simonet), Grange, Hervieux, Laboulbène, Labric, Lamaestre, Malice, Mesnet, Montanier, Piogey, Racle, Rotureau, Triboulet, Woillez.

La composition écrite a eu lieu mercredi dernier. La question était celle-ci : « Du délire envisagé au point de vue du diagnostic et du pronostic des maladies (les affections mentales exceptées). »

— Exposition universelle. — L'hygiène, la pharmacie, la médecine et la chirurgie, sont compriss dans le 4me groupe, XIIme classe des objets qui feront partie de l'exposition universelle. Le jury de cette section est composé de la manière suivante :

Jurés titulaires : MM. Rayer, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité;

Nélaton, professeur de clinique à la Faculté de médecine, chirurgien à l'hôpital des Cliniques;

Mélier, membre de l'Académie impériale de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de la France ;

Bussy, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine, directeur de l'école de pharmacie ;

Bouley (Henry), professeur à l'école vétérinaire d'Alfort.

Jurés suppléants : Tardieu (Ambroise), professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène publique de la France ;

Demarquay, chirurgien des hôpitaux.

— On lit dans le *Journal du Puy-de-Dôme* du 18 mars :

« Une épidémie qui exerce des ravages presque aussi prompts et aussi étendus que le choléra sévit depuis deux ou trois mois dans quelques communes du département de l'Allier, et particulièrement à Bellenave, canton d'Ebreuil, arrondissement de Gannat. Plus de cent personnes, sur dix-huit cents qui forment la population de cette commune, sont mortes en moins de deux mois; cinq de la même famille et habitant le même toit sont mortes dans une semaine. On n'assigne aucun nom à cette maladie; elle prend par un violent mal de tête où le sang paraît affluer ; les yeux deviennent noirs, et si l'on n'a pas immédiatement recours à une application de sangsues, on meurt en quelques heures. »

— Armée d'Orient. — On lit dans le *Dublin Medical Press :* Le principal hôpital français, le *Mejidieh*, à Péra, est maintenant une école complète de chirurgie militaire. L'hôpital anglais de Scutari, au contraire, est un lieu de peste (*a pest house*), rempli de cinq ou six cents soldats affamés, se mourant de dyssenterie, de scorbut, de rhumatisme... La mortalité des troupes anglaises est de 1 sur 88, et celle des troupes françaises de 1 sur 360.

ACIDE LACTIQUE DANS LA DYSPEPSIE,

M. Handfield a employé l'acide lactique dans plusieurs cas; il a été tellement satisfait de ses effets qu'il le regarde comme une addition utile à faire à la matière médicale ; il l'a expérimenté sur lui-même et n'en a éprouvé aucun résultat désagréable; au contraire, il lui a semblé que les facultés digestives étaient augmentées; il l'a administré principalement dans des cas de dyspepsie irrative où la digestion était pénible et imparfaite depuis quelque temps. Il ne conseille pas de l'administrer dans le commencement du traitement dans les cas graves, mais après que l'irritation et l'éréthisme vasculaire ont été un peu diminués. On doit le prendre au moment du repas; il semble suppléer un des constituants du suc gastrique sain, qui est probablement imparfaitement produit. Son usage n'a pas besoin d'être borné aux cas de dyspepsie, mais il peut s'étendre à tous les cas où il est à désirer d'augmenter le ton et le pouvoir de l'estomac. C'est un médicament agréable.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Du bandage plâtré, etc., de son application dans le traitement des fractures, par M. A. Mathysen, docteur en médecine et en chirurgie, etc.; broch. in-8°. — 1854. Liége, imprimerie de Grandmont-Donders, libraire, rue Vinave-d'Ile, nos 20-608.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc. ; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin ; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

SOUS PRESSE. — Examen critique de la discussion qui a lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, inspecteur général-adjoint des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons de France.— 1 vol, in-8°. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 40. 3e ANNÉE. Lundi 3 avril 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS: 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Glucogénie animale.

Nous renvoyons encore une fois à un autre jour le vitalisme et l'organicisme; la glucogénie, qui vient de produire un nouveau travail de M. Figuier, entre, grâce à ce travail, dans une phase assez inattendue pour qu'il y ait intérêt urgent à ne pas la laisser s'accomplir sans l'observer attentivement.

M. Figuier suppose que les deux nouvelles expériences qu'il a faites, non pas *avec* des chiens, mais *sur* des chiens, deviendront l'objet de critiques. En cela, nous ne croyons pas qu'il se soit trompé, et avec une franchise qui n'exclut en rien notre affection pour lui, notre grande et sincère estime pour ses travaux, pour une ardeur scientifique si rare de nos jours, nous lui dirons que ces critiques seront bien naturelles. Lui-même, nous l'espérons, en conviendra sans peine, quand il aura lu les remarques suivantes:

Dans son premier travail, M. Figuier avait trouvé 1° : dans le sang du lapin, 0,57 p. 100 de sucre ou 5,7 p. 1000 (1) ; dans le sang de bœuf, 4,8 p. 1000, et dans le sang de l'homme, 5,8 p. 1000 ; c'est-à-dire, que 1000 grammes de sang de lapin et de sang d'homme renferment sensiblement 6 grammes de glucose, et que 1000 grammes de sang de bœuf en renferment sensiblement 5 grammes ; le tissu du foie en renfermait, suivant les premières recherches de M. Figuier, de 10 à 12 grammes. Dans la concordance de ces résultats, obtenus sur des sangs pris au hasard, on pourrait voir une sorte de loi relative à la présence du sucre dans le sang, une sorte d'étalon glucométrique. Par les résultats nouveaux de M. Figuier, tout est remis en question, même en admettant dans sa rédaction des *lapsus calami* qui nous paraissent d'ailleurs probables.

Dans la première expérience (voir plus loin au compte rendu de l'Acad.), M. Figuier résume ainsi l'analyse du sang de la *veine porte* d'un chien tué *deux heures* après le repas.

> J'ai trouvé ainsi que *le sang* sur lequel j'avais opéré, *contenait* sur 100 parties, 0,248 de glucose.

Ce qui veut dire que 1,000 grammes de sang de la veine porte auraient contenu 2gr,48 (deux grammes et demi) de glucose.

L'analyse du sang dans la seconde expérience, dans laquelle

(1) Dans toutes les analyses physiologiques et pathologiques du sang décrites dans les traités de physiologie et de médecine, les proportions de chaque principe sont toujours rapportées à 1000 parties de sang. MM. les glucologistes, qui tiennent à être clairs, devraient bien se conformer à cet usage pour éviter toute confusion, et rendre plus facile la comparaison du sucre avec les autres principes du sang; nous adopterons désormais cet usage dans nos articles.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39.)

Notre honorable président nous disait, en nous montrant la pièce dont je viens de parler, qu'il admettait complétement la théorie de M. Gosselin. Enfin, Messieurs, je regrette de quitter si vite un sujet si intéressant; il est des cas où un ganglion sous-cutané peut avoir eu pour origine un de ces kystes plus profonds, implanté primitivement au sein des articulations. J'ai disséqué, il y a quelques jours, une de ces tumeurs, qui paraissent bien sous-cutanées, sous laquelle glissaient les tendons extenseurs du poignet. On voyait un long pédicule réduit à un cordon fibreux, qui reliait le ganglion à l'articulation même. C'était le fait de M. Cruveilhier, dans lequel aurait manqué la poche sous-tendineuse.

Colonne vertébrale.

Aucune des lésions qui nous ont été présentées n'était le résultat d'une violence extérieure. Nous n'avons eu ni fracture, ni luxation de a colonne vertébrale.

Parmi les pièces que nous avons vues, les unes étaient des faits rares d'anatomie pathologique, d'autres viennent confirmer des idées bien établies. Ainsi nous avons eu plusieurs cas d'*arthrite vertébrale*. Dans l'une, qui nous a été montrée par M. L. Blin, il existait une gibbosité bien marquée : c'était un jeune enfant tuberculeux. Le tissu cellulaire, au-devant de la colonne vertébrale, était épaissi, induré, on aurait cru tout d'abord que c'était une collection purulente, un abcès par congestion à la suite d'une tuberculisation des vertèbres. Il n'y avait pas de pus. Cinq ou six vertèbres offraient des traces d'ostéite : quelques-unes étaient usées sur une de leurs faces ; parmi les disques intervertébraux, les uns étaient sains, les autres étaient pulpeux. Quelques-uns avaient été résorbés, et les vertèbres voisines étaient presque complétement soudées. Dans un autre cas qui nous a été aussi montré par M. L. Blin, l'*arthrite vertébrale* avait eu pour point de départ une rougeole. L'enfant est mort de méningite, et à l'autopsie on a trouvé une gibbosité dans la région dorsale, peu marquée, avec ostéite des vertèbres environnantes et inflammation des disques intervertébraux, induration du tissu cellulaire sans trace de suppuration.

L'arthrite vertébrale, si bien décrite par M. Ripoll, est une lésion bien réelle, fondée sur des faits rigoureusement observés. Tantôt elle provoque la formation d'un ou plusieurs abcès ; le plus souvent elle se guérit sur place, sans suppuration, après un temps en général assez long. La gibbosité est le résultat de l'altération des disques intervertébraux et de leur résorption. Les vertèbres se touchent alors et finissent par se souder. C'est une affection peu grave, même quand elle

le chien a été tué *quatre heures* après le repas, est ainsi résumée par M. Figuier :

Le sang recueilli pesait 76 grammes. A la seconde évaporation il a laissé un résidu du poids 0gr,39. J'ai trouvé, en analysant un poids connu *de ce résidu*, qu'IL renfermait 0,231 pour 100 de glucose.

Ici, ce n'est plus *le sang* qui contient près de *deux grammes et demi* de glucose pour 1,000, c'est le résidu de la double solution alcoolique et aqueuse filtrée de ce sang; or, comme ce résidu ne forme, dans l'expérience en question, que la 195e partie, soit, sensiblement, la 200e partie du sang lui-même (0gr,39 pour 76 grammes de sang), il s'ensuit que 1,000 grammes de sang auraient contenu en réalité 2gr,31 de glucose divisés par 200, soit 0,0115, c'est-à-dire 1 centigramme 1/10 pour 1,000 grammes de sang. Ce chiffre de 0,0115 prouverait donc que M. Figuier a poussé jusqu'aux *millionnièmes* l'analyse quantitative du glucose du sang. Quelque habile chimiste que l'on soit, les millionièmes sont bien difficiles à atteindre, surtout quand il s'agit de substances aussi protéiformes, qui se dérobent aussi subtilement que le glucose aux investigations de l'expérimentateur.

Il nous paraît bien difficile de tirer une conclusion quelconque de deux expériences qui présentent d'aussi légitimes motifs de suspicion ; celle qui en découlerait, c'est que le sang de la veine porte qui renferme deux grammes et demi de sucre pour 1,000, *deux heures* après le repas, n'en présente plus de traces (1 centigramme pour 1,000 grammes) *quatre heures* après le repas. Une telle conclusion est elle-même trop inattendue pour qu'aucun physiologiste puisse l'accepter sans contrôle. — La seule chose qui paraisse acceptable, c'est que le sang de la veine porte peut contenir à un moment donné deux grammes et demi pour 1,000 de glucose, et c'est là un résultat assez nouveau et assez important pour faire beaucoup d'honneur à M. Figuier s'il vient à être confirmé.

Quant au sang des veines sus-hépatiques, M. Figuier a obtenu un résultat qui ne serait guère moins important que le précédent, puisqu'il a constaté que le sang de ces veines ne contenait que *des traces* de glucose *deux heures* après un repas pris après *quarante* heures de jeûne. Ce résultat est complétement opposé à ceux que M. Bernard a obtenus, *sans* exception, non-seulement après quarante heures, mais encore après quatre, six et huit jours de jeûne. C'est donc à la chimie à décider qui s'est trompé de M. Bernard ou de M. Figuier.

Ce fait est considérable dans la question qui s'agite, et il est bien certain que s'il venait à se confirmer, la théorie de la glucogénie hépatique serait fortement ébranlée. Nous ne tarderons pas à être édifiés à cet égard, car la commission de l'Académie a, par extraordinaire, pris sa mission au sérieux, et elle se propose de faire répéter sous ses yeux toutes les expériences de M. Figuier. En attendant, nous aurions quelques autres observations à présenter à l'habile écrivain; mais, comme nous serions obligé de les répéter à notre excellent ami, M. Marchal (de Calvi), à propos d'un article de lui que nous allons reproduire, nous les renverrons à notre prochain numéro.

H. DE CASTELNAU.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses;

Par M. O. LANDRY, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

In curatione prius pervestiganda est causa.
BOERHAAVE.

Cura secundum causas dirigenda.
J. P. FRANCK.

Beaucoup d'autres névroses peuvent naître encore sous la même influence, comme le prouvent les travaux de plusieurs médecins et l'observation de chaque jour. Je citerai, entre autres, l'*amaurose* indiquée dès 1818 par M. Noirsain (1), puis par MM. Blaud (de Beaucaire) (2) et Fs. Cunier (3), et dont j'ai eu l'occasion de voir deux exemples fort remarquables dans le service de M. Saudras; l'*asthme nerveux* signalé par M. Bataille (de Versailles), qui en obtint trois fois la guérison par les préparations martiales, faits auxquels je crois pouvoir ajouter l'observation seizième qui m'est propre. Quoique je ne possède aucun fait écrit, j'ai vu trop souvent l'*hypochondrie* ou la *mélancolie* coexister avec la chlorose et guérir avec cette affection, pour qu'il me soit permis de citer ces maladies nerveuses comme une de ses conséquences assez communes. M. Ashwehl lui attribue aussi la perte temporaire de quelques facultés intellectuelles ou affectives. J'ai observé il y a peu de temps, chez une jeune femme, une monomanie homicide qu'elle s'efforçait de

(1) *Dissertatio de amaurosi*, lov 1818.
(2) *Bulletin de thérapeut*, t. XVII, nov. 1839, p. 345.
(3) *Bullet. de thérap.*, t. XVIII, 1840, p. 93.

---

donne lieu à la formation d'un abcès, si on la compare à une lésion bien plus commune et dont nous avons eu aussi des exemples. Je veux parler de la tuberculisation des vertèbres et des pièces que nous ont présentées MM. L. Blin, Blain des Cormiers, Warmont.

M. L. Blin nous a montré une pièce bien curieuse, une *carie de l'atlas*. L'arc postérieur était détruit, l'arc antérieur était soudé à l'occipital. L'enfant ne pouvait plus soutenir sa tête qui s'affaissait, et alors il était menacé d'asphyxie. Il est mort dans un de ces moments. La tête s'était portée vers le sternum, et l'apophyse odontoïde, saillante en arrière, avait comprimé la moelle et déterminé la mort.

Enfin, Messieurs, je vous citerai une *exostose* des vertèbres cervicales, que nous devons à M. Boullard. Placée sur les lames postérieures des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales, elle faisait un relief, bien marquée en arrière, et laissant intact le canal rachidien. Elle était constituée par une saillie osseuse qui intéressait en même temps chacune des vertèbres que je viens de citer, et qui même se prolongeait plus loin en haut et en bas

Je rapprocherai cette lésion d'une autre pièce que nous a fait voir M. Verneuil. L'*exostose* était placée entre deux côtes qui, pour la constituer, s'envoyaient réciproquement des prolongements osseux.

Si je signale à côté l'une de l'autre ces deux présentations, c'est pour insister sur une disposition assez fréquente, que l'on rencontre, quand l'exostose siége entre deux os qui se touchent, ou qui son voisins l'un de l'autre. L'exostose est formée par plusieurs os en même temps. Cette loi était vraie dans la pièce de M. Boullard, dans la pièce de M. Verneuil. M. Broca a vu une semblable lésion entre deux métacarpiens, M. Foucher entre le tibia et le péroné, et moi-même entre deux métatarsiens et entre deux vertèbres.

Appareil respiratoire.

Fosses nasales. — Deux présentations relatives aux polypes de cette région nous ont été faites, l'une par M. Fano, l'autre par M. Lorain. Une troisième pièce de M. Barnier, relative à l'oblitération du canal nasal, nous occupera plus loin.

Sur la pièce de M. Fano, on pouvait presque étudier l'origine des polypes des fosses nasales; les uns, muqueux, occupaient la superficie de la muqueuse; les autres, plus denses, fibreux, étaient constitués par toute l'épaisseur de cette membrane.

Les polypes remplissaient toute la cavité des fosses nasales sur une pièce qui a été mise sous mes yeux par M. Verneuil.

Le fait de M. Lorain est relatif aux polypes naso-pharyngiens. Celui-ci avait sa base d'implantation principale sur l'apophyse basilaire; il proéminait dans les sinus maxillaires, et un de ses prolongements avait pénétré jusque dans le crâne par les sinus frontaux.

M. Rouet nous a présenté un petit kyste situé à l'entrée des fosses nasales, peu apparent à l'extérieur, surtout visible sur une coupe pratiquée à la partie postérieure du pharynx. Ce kyste à parois assez épaisses, qui s'était creusé une petite loge à l'ouverture osseuse des fosses nasales, était rempli d'un liquide un peu louche, un peu gluant.

dissimuler et qui s'est rapidement amendée sous l'influence d'un traitement tonique et ferrugineux. Enfin, l'observation quinzième nous montre un exemple d'*aliénation mentale* liée à la même cause.

Ces faits et tant d'autres répandus dans les divers ouvrages ou recueils de médecine, m'autorisent à affirmer que la chlorose joue un rôle immense dans l'étiologie des affections nerveuses, et qu'elle est apte à développer les formes les plus variées et les plus inattendues de ces maladies.

L'observation deuxième fournira une preuve de cette dernière assertion. Il est donc urgent de donner à cet état morbide la plus grande attention, car, je le répète, elle domine très-souvent les indications curatives des névroses.

OBSERVATIONS DE NÉVROSES CHLOROTIQUES.

OBSERVATION I. — Chlorose, névropathie générale. Médication tonique et ferrugineuse. Guérison.

Resumé. — Une fille de 16 ans, extrêmement délicate, dont la mère était sujette à des attaques de nerfs, présentant tous les attributs d'un tempérament lymphatique et même scrofuleux, et toute sa vie sujette à des palpitations, à des douleurs névralgiques, etc., entre dans le service de M. Sandras, le 7 juin 1851, pour des accidents nerveux qu'elle a déjà éprouvés plusieurs fois, quoique moins intenses, et qui avaient été calmés, mais jamais entièrement guéris par un traitement ferrugineux ou tonique toujours incomplet.

En mai 1851, tous les accidents prirent une nouvelle intensité: faiblesse, palpitations, étouffements, essoufflements, douleurs vagues, inappétence, constipation, règles irrégulières, leucorrhée, gastralgie, etc.

A son entrée, outre les syptômes précédents, je constatai ce qui suit : faiblesse extrême du système musculaire, mais aucun phénomène paralytique réel ; parfois, de petites convulsions passagères des muscles de la face et une sorte de frémissement fibrillaire de ceux des membres ; fourmillements aux extrémités ; douleurs vagues dans les parois thoraciques et dans la tête ; hyperesthésie ; analgésie en d'autres points ; aphonie ; affaiblissement et fréquentes aberrations de la vue. Hallucinations dont elle a conscience, et qui ne troublent pas l'intelligence ; surdité fugitive ; bourdonnements d'oreilles, vertiges, étourdissements ; jamais d'accès convulsifs ni de sensations de la boule hystérique. Pas de fièvre ; face et peau très-pâles ; pouls petit, mou, dépressible ; bruits du cœur secs, rapides, petits ; le premier est quelquefois soufflé à la base ; souffle intense dans les carotides ; sang des règles très-pâle, presque aqueux.

Traitement : Quatre pilules de Vallet ; magnésie calcinée, deux grammes après chaque repas ; affusions d'eau froide le long du rachis.

30 *août.* Le même traitement a été continué. Les fonctions digestives se sont améliorées rapidement ; les forces générales se sont rétablies ; tous les phénomènes nerveux ont graduellement disparu. Aujourd'hui la santé est excellente, et cette jeune fille a pris un embonpoint et un teint rosé qu'elle n'avait jamais eus.

Le souffle des carotides est presque nul. Elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION II (1). — *Clorose, affection nerveuee multiforme. Traitement tonique et ferrugineux. Guérison et rechutes successives.*

Résumé. — X..., journalière à l'hôpital Beaujon, âgée de 22 ans, entre le 5 avril 1851 dans le service de M. Sandras. C'est une jeune femme d'une constitution assez chétive, maigre et sèche, présentant toutes les apparences propres au tempérament nerveux. Jusqu'au début de l'affection actuelle, elle n'accuse d'autres troubles de la santé qu'une variole, une rougeole, un rhumatisme articulaire, des palpitations et des essoufflements habituels auxquels elle n'a jamais fait attention. Ses règles étaient régulières, mais d'une abondance peu en rapport avec son aspect extérieur, et duraient d'ordinaire dix jours.

Dans les premiers jours de novembre 1850, elle éprouva *subitement* au bout des doigts un froid considérable, sans aucune cause apparente. Les bouts des doigts devinrent d'un rouge sombre avec couleur violacée des ongles et furent le siége d'une douleur vive, comparée par la malade à celle de l'*onglée*. Ces accidents, loin de se dissiper, prirent de jour en jour une intensité nouvelle. Pendant les premiers jours, le froid douloureux était remplacé la nuit par une chaleur brûlante et intolérable. Bientôt le froid devint permanent, les phalanges prirent une teinte d'un rouge violacé passant au noirâtre en certains points ; la douleur s'exaspéra, et le moindre contact l'exaltait jusqu'à déterminer des convulsions très-violentes d'apparence hystérique.

Cet état fut successivement considéré par MM. Robert et Huguier comme une affection locale des vaisseaux, puis comme

(1) Cette observation, très-incomplétement recueillie par une personne étrangère au service, a été publiée sous le nom impropre d'*acrodynie* dans *l'Abeille médicale* de 1851.

Tant d'auteurs ont écrit sur la fistule lacrymale ! Tel moyen, infaillible aujourd'hui pour guérir cette infirmité, ne donnait le lendemain que des insuccès ! C'est ainsi que tour à tour on a vanté : le clou, le séton, l'oblitération du sac, la canule, l'établissement d'une ouverture artificielle, le cathétérisme, l'excision des points lacrymaux, les injections, les antiphlogistiques.... j'en passe encore et des meilleurs. Et cependant tous ces procédés ont eu des succès, les uns momentanés, les autres durables. Les antiphlogistiques n'avaient pas leur raison de dominer toujours la pratique, alors que l'on supposait que la fistule lacrymale pouvait avoir pour point de départ ici une inflammation, là une oblitération du canal lacrymo-nasal, et cependant cette méthode a eu bien du succès ! Et Lisfranc la vantait beaucoup, et, de nos jours, des chirurgiens la posent comme supérieure à toutes les autres. Voici quelques faits qui viennent à l'appui de cette opinion : Dans le service de M. Maisonneuve, à la Pitié, est entré un malade à qui l'on a enlevé un maxillaire supérieur avec le plancher de l'orbite, et il est atteint de fistule lacrymale. M. Barnier nous a montré les fosses nasales d'une jeune fille, affectée d'ozène syphilitique, et qui est morte du choléra. Le canal nasal est complétement oblitéré, et il n'y a pas traces de tumeur lacrymale. Et l'on a vu des cas semblables à la suite de polypes naso-pharyngiens qui comprimaient et obstruaient le canal nasal.

La fistule est presque toujours le résultat d'une inflammation du sac lacrymal, sous l'influence de causes diverses, parmi lesquelles l'oblitération du canal nasal ne doit probablement pas être placée au-dessus des autres. Le traitement antiphlogistique peut guérir dans bon nombre de cas.

Larynx, trachée-artère, bronches. — Si nous descendons maintenant dans l'arbre aérien, nous trouvons, pour le larynx, deux cas de gangrène, l'un qui a été précédé de diphthérite, observé sur un jeune enfant, et qui nous a été montré par M. Vidal, l'autre que nous devons à M. Luys, et qui vient d'un adulte.

Dans le premier, il s'agit d'un jeune enfant qui est entré à l'hôpital avec des signes de coqueluche, et qui a succombé à une bronchite capillaire ; il avait offert pendant la vie quelques symptômes de croup : voix rauque, toux caractéristique, etc. A l'autopsie, on trouva deux petites plaques diphthéritiques sur les piliers du voile du palais, une ulcération gangréneuse du larynx, pas de fausses membranes.

Le second était un abcès gangréneux du larynx ; l'altération a envahi l'épiglotte. Le malade suffoquait ; la trachéotomie a été pratiquée et il a pu vivre quelque temps. Outre ces deux lésions, on trouvait encore une altération que je signale ici : *une ossification de l'artère coronaire.*

Dans ces deux faits, le premier surtout, on aurait pu croire que l'on avait affaire à une laryngite pseudo-membraneuse. Cette affection est assez commune, surtout à l'hôpital des Enfants, et chaque année nous en apporte des exemples nombreux. Aussi ai-je à vous indiquer plusieurs présentations qui nous ont été faites sur ce sujet.

M. Vidal nous a montré l'appareil laryngo-bronchique d'un jeune enfant qui était mort du croup ; il existait des fausses membranes dans toute l'étendue du larynx, de la trachée et des bronches ; il n'y en avait

symptomatique d'une lésion du cœur et traité par des applications de sangsues et cinq saignées dans un assez court espace de temps. Un peu d'amendement se manifesta dans les douleurs, mais aucune amélioration réelle, et même le bout du nez, puis le pourtour du pavillon de l'oreille droite participèrent à la maladie. Les orteils ne présentèrent jamais rien de semblable.

La malade entra dans le service de M. Sandras à l'occasion d'un redoublement de tous les symptômes. Les douleurs surtout acquirent un caractère atroce, et s'accompagnèrent de convulsions hystériformes d'une extrême violence, mais sans la moindre sensation de boule œsophagienne. Outre l'état des doigts, du nez et de l'oreille droite précédemment indiqué; je recueillis les détails qui suivent : caractère variable, triste ou gai sans motifs; digestions faciles; constipation opiniâtre; vertiges, bourdonnements, palpitations, pouls petit et dépressible, *mais bien sensible aux deux radiales.* Au premier temps du cœur, bruit de souffle dont le maximum est à la base, et qui se prolonge avec plus d'intensité dans l'aorte et les carotides. C'est un souffle doux qui disparaît quand la malade fait un effort. La teinte cyanique des doigts s'étend par vergetures jusque sur le bord interne de la main et de l'avant-bras. Les extrémités des doigts sont froides, ridées et comme desséchées. Le moindre contact détermine d'atroces douleurs ; cependant le sentiment tactile est perdu et la malade ne sent pas les petits corps qu'on lui donne à tenir. — Les douleurs dont ces parties sont le siége reviennent par accès irréguliers, et lorsqu'elles ont atteint un certain degré d'intensité, elles déterminent des convulsions que la malade n'a jamais éprouvées et n'éprouve jamais en l'absence de la douleur. Les accès se renouvellent plusieurs fois chaque jour et sont marqués par l'augmentation de la teinte cyanique; dans leur intervalle, cette teinte est remplacée par une teinte d'un blanc mat, comme si les doigts étaient exsangues. Aucun autre trouble du sentiment; rien du côté des mouvements, des sens ou de l'intelligence; aucun symptôme vers les centres nerveux. — *Traitement :* quatre pilules de Vallet; deux grammes de magnésie à chaque repas; trois portions; viande rôtie.

Outre cette médication générale, divers moyens ont été essayés contre l'état des doigts : bains gélatineux, applications topiques de chloroforme, sirop de morphine, irrigations froides, onctions avec une pommade à la strychnine. Tous ces agents ont plus ou moins calmé la malade, mais toujours momentanément. A partir du milieu de mai, l'état général s'est amendé et l'état local a paru s'améliorer, mais d'une manière encore peu sensible. Au commencement de juillet, l'état général était très-bon, le souffle du cœur et des carotides presque nul : l'état des doigts a subi le même amendement. Le 5 août, les doigts ont repris leur couleur habituelle, il n'y a plus de douleurs et, depuis le 23 mai, il n'y a plus eu d'attaques convulsives. La sensibilité tactile de la pulpe des doigts a reparu. — Plus de souffle dans les carotides, embonpoint. La malade reprend son service de journalière tout en continuant son traitement.

3 *février* 1852. Depuis six mois aucun accident nerveux ne s'était manifesté. X... avait joui d'une excellente santé jusqu'en octobre. A cette époque elle est devenue enceinte et a négligé son traitement. Dès lors l'état général s'est altéré de nouveau, la chlorose a reparu. Il y a quelques jours, en apprenant la mort de son mari, X... a été prise de convulsions semblables à celles que nous avons déjà vues chez elle. Cet accès s'est terminé par un délire continu, mais sans fièvre, qui a duré trois jours et a disparu sous l'influence de la morphine en potions. Pendant les convulsions la teinte cyanique des doigts a reparu passagèrement. La santé générale est très-altérée : toux sèche, quinteuse, sans aucun signe recueilli par l'auscultation. Souffle intense au cœur et aux carotides. Palpitations, gastralgies, amaigrissement considérable, analgésie générale. 4 pilules de Vallet, 4 grammes de magnésie calcinée. 2 portions : viande rôtie.

22 *avril.* La grossesse paraît toucher à son neuvième mois. L'état général ne s'améliore pas; tous les signes de la chlorose et l'analgésie persistent. Depuis quelque temps elle est prise fréquemment d'une aphonie complète sans toux, sans douleur au niveau du larynx, sans aucun signe d'inflammation du côté de cet organe. Cela lui arrive presque tout à coup et dure plusieurs heures ou plusieurs jours sans aucun trouble dans la respiration. Les doigts ont parfois de la tendance à bleuir. Pas de convulsions.

Juin. Cette femme est accouchée au commencement du mois. Depuis quelque temps l'analgésie avait en grande partie disparu. Après l'accouchement il y a eu une hémorrhagie considérable; la malade est restée très-pâle, amaigrie. L'analgésie a partout reparu. Elle est sortie pour aller à la campagne.

15 *novembre.* La malade, après plusieurs mois de séjour à la campagne, était revenue grasse, fraîche, bien portante, ne présentant plus aucun accident nerveux. Elle avait repris du service à l'hôpital (8 octobre). Mais bientôt elle a maigri de nouveau, la face est redevenue pâle, les palpitations ont reparu. Hier elle a été prise de violentes douleurs aux extrémités des doigts, qui ont pris rapidement la teinte cyanique autrefois signalée; en même temps les doigts se sont contracturés et elle a

---

pas dans le pharynx. Si l'affection pseudo-membraneuse se propage le plus souvent de l'arrière-gorge dans le larynx, il est loin d'en être toujours ainsi, comme l'ont prétendu quelques auteurs, et la laryngo-bronchite pseudo-membraneuse existe souvent sans l'angine. Notre honorable président nous a rappelé une épidémie de diphthérite dans laquelle la trachée, les bronches, le larynx étaient seuls affectés, et où ce dernier organe paraissait être la limite de l'affection.

Il n'y avait pas non plus de fausses membranes dans l'arrière-gorge dans le fait de M. Codet, à qui nous devons une belle observation de croup sur une femme de vingt-trois ans.

Lorsque la maladie, malgré les efforts du médecin et l'emploi de toutes les ressources que la thérapeutique met à sa disposition, a fait des progrès et menace d'étouffer le malade, il est une dernière ressource, une dernière planche de salut : la trachéotomie, et l'on doit à cette opération, chaque année, un assez bon nombre de succès à l'hôpital des Enfants malades.

Nous avons eu cette année plusieurs pièces recueillies sur de jeunes enfants morts assez longtemps après l'opération, et sur lesquels on a pu étudier l'effet des canules à demeure.

Dans l'un de ces faits, qui nous a été montré par M. Vidal, le jeune malade est mort quinze jours après l'opération. Parmi les ulcérations qui criblaient la trachée et les bronches, et qui étaient dues à l'affection pseudo-membraneuse, l'une d'elles, plus large, moins superficielle, était le résultat du frottement du bec de la canule. L'enfant avait succombé à une pneumonie lobulaire, avec quelques abcès à la base de l'un des poumons. Il y avait aussi une ulcération produite par la canule sur une pièce que nous a montrée M. Goupil. Il l'avait recueillie sur un enfant qui était mort une dizaine de jours après l'opération, d'une affection intercurrente.

Sur une autre pièce de M. Goupil, provenant d'un enfant qui avait succombé un mois après sa guérison, à une rougeole, la cicatrice de la peau était solide, sans adhérences aux tissus sous-jacents ; l'ouverture de la trachée était linéaire et bouchée par de la lymphe plastique assez complétement organisée.

Le croup n'est pas la seule maladie qui réclame quelquefois la trachéotomie; et je n'hésite pas à poser en fait qu'on doit y avoir recours chaque fois qu'un malade est menacé d'asphyxie et que l'on a reconnu que la cause du danger était placée au-dessus de la partie moyenne de la trachée-artère. Si, dans certain cas, l'affection est incurable, si l'opération ne peut pas en arrêter les progrès, le chirurgien a du moins la consolation d'avoir prolongé les jours du malheureux et la conscience d'avoir employé toutes les ressources qu'il possédait.

Je me souviens, Messieurs, d'avoir vu pratiquer la trachéotomie dans le service de M. Monneret, à l'hôpital Bon-Secours, dans un cas de laryngite syphilitique. La malade allait mourir ; l'opération fut pratiquée; elle revint à la vie, et l'on put triompher de l'affection du larynx et enlever ensuite la canule. La malade sortit guérie de l'hôpital.

(*La suite prochainement.*)

eu une forte attaque convulsive à la suite de laquelle les doigts sont restés bleus, froids et contracturés. Aujourd'hui je constate de l'analgésie sur les avant-bras et les mains, et un souffle intense aux carotides.

1er *décembre*. Cette malade a essayé de s'empoisonner en avalant plusieurs grammes de laudanum. Elle est tombée dans un narcotisme profond avec vomissements, qui s'est terminé par un trisanis et un état tétanique général. Café en boissons et en lavements, tartre stibié. Elle est revenue à la vie après deux jours. Depuis, tout son corps est resté analgésique ; anesthésie aux extrémités, qui étaient froides et engourdies. La cyanose des doigts avait disparu. Paralysie presque complète du mouvement dans les membres inférieurs ; incomplète dans les membres supérieurs. Gastralgies très-vives, palpitations violentes, souffle intense au cœur et aux carotides. État moral très-impressionnable ; larmes fréquentes. Traitement ferrugineux, magnésie, viandes rôties.

Graduellement les membres inférieurs ont repris un peu de force à mesure que sa santé générale s'améliorait, et aujourd'hui, se sentant assez forte pour marcher, elle part pour la Salpêtrière en qualité d'infirmière. Dès lors j'ai perdu cette malade de vue.

OBSERVATIONS II. Chlorose, paralysie des quatre membres, vomissements nervemx, état nerveux très-intense. Traitement tonique et ferrugineux. Guérison.

Résumé. X..., sous-maîtresse d'institution, âgée de 24 ans, entre, le 25 juillet 1851, dans le service de M. Sandras. Tempérament d'apparence lymphatique modifié par une grande susceptibilité nerveuse. X..., élevée à la campagne jusqu'à l'âge de 16 ans, s'était bien portée jusqu'à cette époque. Alors s'établit la menstruation : elle fut d'abord régulière, mais après quelques mois un refroidissement la supprima. Dès lors la santé s'altéra, l'appétit se perdit, des quintes de toux fort pénibles la fatiguèrent pendant six mois. En désespoir de cause on lui pratiqua une saignée : pendant l'écoulement du sang elle eut une violente attaque de nerfs qui dura quatre heures. Ce fut le début d'une succession de désordres nerveux qui n'ont presque jamais cessé jusqu'à ce jour malgré le retour de la menstruation : perte de l'appétit, gastralgies, constipation ; palpitations, règles irrégulières, peu abondantes, sang aqueux et décoloré ; vertiges ; bourdonnements d'oreilles ; grande faiblesse générale ; toux quinteuse ; attaques convulsives très-fréquentes ; état nerveux extrême, etc... Ces divers symptômes se sont successivement amendés, puis aggravés à plusieurs reprises et, parfois, compliqués d'autres phénomènes. En 1848, les convulsions s'accompagnèrent d'accès de délire avec chant, revenant presque chaque jour. Elle fut traitée à la Charité par de fréquentes émissions sanguines : aucun accident ne diminua, et il ne tarda pas à se développer une paralysie qui envahit graduellement les quatre membres, puis la langue, malgré l'application réitérée de ventouses scarifiées en grand nombre le long de la colonne vertébrale. Ces accidents se dissipèrent enfin sous l'influence d'un traitement ferrugineux, de la strychnine et d'une bonne nourriture. Plus tard ce fut une aphonie complète, etc.... Les antispasmodiques, de violentes révulsions, les ferrugineux et les toniques ont été mis en usage contre ces divers symptômes et presque toujours avec succès, mais d'une manière fort irrégulière. Enfin, en juillet 1851, tous ces désordres prenant une nouvelle intensité, X..... se décida à entrer de nouveau à l'hôpital. (Les détails qui précèdent m'ont été fournis dans une lettre très-circonstanciée par feu M. le docteur Baudin, qui longtemps a soigné la malade.)

(*La suite à un prochain numéro*).

Académie des sciences.

Séance du 26 *mars* 1855. — Présidence de M. Régnault.

Glucogénie.

M. L. Figuier, agrégé de chimie à l'école de pharmacie de Paris, donne lecture du mémoire suivant :

La communication faite récemment à l'Académie se compose : 1° de la présentation d'une série d'expériences dues à un chimiste étranger, et qui prouvent que, dans certaines conditions, le sang de la veine porte est privé de sucre, tandis que celui des veines sus-hépatiques contient de notables quantités du même produit ; 2° de réflexions qui consistent à montrer que les résultats obtenus par M Lehmann tranchent sans retour la question qu is'agite.

J'établirai à la fin de ce mémoire que les résultats obtenus par l'habile chimiste de Leipzig ne déposent nullement en faveur de la théorie glucogénique ; mais j'exposerai d'abord les faits qui sont l'objet de mon travail.

Dans la note présentée à l'Académie, il est dit que le phénomène de la formation du sucre dans le foie est « une vérité physiologique parfaitement établie et complétement acquise à la science. » La démonstration de cette vérité repose, dit-on, surtout sur ce fait, depuis longtemps reconnu, que le sang de la veine porte est dépourvu de sucre, tandis que le sang qui sort du foie est chargé de ce produit.

Or, je viens annoncer à l'Académie l'existence certaine, incontestable, du fait que l'on révoque en doute, c'est-à-dire prouver que le sang de la veine porte, au moment de la digestion d'un repas de viande crue, renferme une notable quantité de sucre.

Voici le détail des expériences qui établissent le fait que j'annonce, et que je serais heureux de pouvoir répéter, dans un bref intervalle, sous les yeux de la commission nommée par l'Académie pour l'examen de mon précédent travail.

I. Un chien jeune et de forte taille a été privé de toute nourriture pendant trois jours. On a commencé alors à le nourrir avec de la *viande de bœuf crue*, et l'on a continué pendant huit jours ce régime. Au bout de ce temps, le chien a été laissé à jeun pendant quarante heures. On lui a donné alors un repas composé de deux livres et demie de viande de bœuf, et, *deux heures après*, on a procédé à l'opération qui consistait à recueillir séparément le sang de la veine porte et celui des vaisseaux situés au-dessus du foie. A cet effet, une incision a été pratiquée au flanc droit de l'animal ; le doigt indicateur, introduit par cette ouverture, et suivant le bord inférieur du foie, a permis de saisir le paquet des nerfs et des vaisseaux qui pénètrent dans cet organe ; la veine porte étant saisie, on l'a liée. Après cette ligature, on a ouvert l'abdomen, ce qui a permis d'apercevoir les vaisseaux de l'intestin noirs et gonflés par la stase du sang, suite de la ligature. En incisant la veine porte, on a recueilli le sang de ce vaisseau. On s'était procuré de même celui des veines mésentériques. Après ces diverses opérations, la poitrine de l'animal a été ouverte, et l'on a recueilli le sang du ventricule droit du cœur et celui de la veine cave inférieure à son entrée dans cet organe. Enfin, on a extrait le foie. L'estomac du chien contenait encore une assez grande quantité de viande non digérée et d'une couleur grisâtre.

Sang de la veine porte. — Ce sang pesait 102 grammes. Il a été coagulé par l'addition de trois fois son volume d'alcool. Le liquide, passé à travers un linge, a été rendu acide par quelques gouttes d'acide acétique et évaporé à siccité. Le poids de ce résidu était de 1,07. En reprenant par de l'eau distillée, on a obtenu une liqueur limpide qui a été évaporée à siccité. Le poids de ce dernier résidu était de 0,61. Une partie de cette liqueur, *traitée par le réactif de Frommhertz, a fourni un précipité abondant de sous-oxyde de cuivre,* ce qui indiquait la présence d'une notable quantité desucre.

Le lendemain, avec la liqueur cupro-potassique titrée à 5 centigrammes de sucre d'amidon pour 10 centimètres cubes de liqueur, j'ai procédé à la détermination de la quantité de glucose contenue dans un poids connu du résidu de l'évaporation. J'ai trouvé ainsi que le sang sur lequel j'avais opéré contenait, sur 100 parties, 0,248 de glucose. Ajoutons que le sang des veines mésentériques renfermait aussi du sucre, mais la proportion n'en a pas été dosée (1).

(1) On s'est assuré, avec un autre chien placé dans les mêmes conditions qu'après un jeune de quarante heures, la veine porte ne contenait pas de sucre. A cet effet, le chien a été tué par la section du bulbe rachidien. L'abdomen étant ouvert, on a appliqué une ligature sur la veine porte et l'on a

Sang pris au-dessus du foie. — Le poids de ce sang était de 25 grammes. Traité comme précédemment, il a laissé un résidu poids de $0^{gr},150$. Le réactif cupro-potassique n'a indiqué dans ce résidu que des *traces à peine appréciables* de glucose. La quantité en était si faible qu'ayant essayé de la doser avec la liqueur cupro-potassique qui avait servi à l'analyse du sang de la veine porte, je n'ai pu y parvenir; car la coloration bleue de la liqueur titrée a été à peine altérée par l'effusion de la presque totalité du liquide.

Dans le sang pris au-dessus du foie, *deux heures après le repas*, il n'existait donc que des traces de glucose.

Quant au *foie*, qui pesait 315 grammes, il était chargé d'u e quantité notable de sucre.

Il résulte de cette première expérience que, chez un chien nourri de viande crue et tué *deux heures après le repas*, on trouve dans la veine porte une quantité notable de glucose, et qu'il n'existe que des traces de ce produit dans le sang qui sort du foie, bien que ce dernier organe soit lui-même chargé de sucre.

II. La même expérience a été répétée, *quatre heures après le repas*, avec un chien placé dans les mêmes conditions que le précédent, et nourri exclusivement depuis douze jours avec de la viande de bœuf crue. Au bout de quarante heures de jeûne, on a donné à ce chien un repas composé de deux livres de viande de bœuf crue, et, *quatre heures après*, on l'a opéré comme le précédent. On a recueilli, par incision, le sang de la veine porte. La poitrine étant ouverte, on a pris le sang du ventricule droit et celui de la veine cave inférieure. La digestion étai presque entièrement terminée, car l'estomac ne contenait plus que quelques morceaux de viande au milieu d'une masse demi-liquide e pultacée qui n'occupait qu'une partie du viscère. En procédant à l'analyse comparée de ces deux sangs, j'ai obtenu les résultats qui suivent :

Sang de la veine porte. — Le sang recueilli pesait 76 grammes. A la seconde évaporation (l'évaporation du liquide aqueux), il a laissé un résidu du poids de $0^{gr},39$. J'ai trouvé, en analysant un poids connu de ce résidu avec la liqueur cupro-potassique titrée, qu'il renfermait 0,231 pour 100 de glucose.

Saug pris au-dessus du foie. — Ce sang pesait 25 grammes. Le résidu alcoolique pesait $0^{gr},165$. On a trouvé, par le même procédé d'analyse, que ce sang contenait 0,304 pour 100 de glucose.

Le *foie* renfermait une quantité notable de sucre.

Ainsi, chez un chien nourri de viande crue, et tué *quatre heures après le repas*, on trouve du glucose dans le sang de la veine porte, et le sang qui sort du foie renferme alors une quantité de glucose plus considérable que quand on l'a recueilli deux heures seulement après le repas.

Examinons maintenant les conséquences auxquelles conduisent ces deux expériences si importantes dans la question qui nous occupe.

Ce que tout le monde remarquera certainement dans leur résultat, c'est la démonstration de ce fait capital, que le sang qui pénètre dans le foie pendant la digestion renferme déjà du sucre, et que, par conséquent, le foie ne joue point dans la production de ce principe le rôle qui lui a été attribué.

Une seconde particularité, qui ressort des mêmes expériences, frappera peut-être moins que la précédente, mais elle est pour nous tou aussi précieuse, car elle démontre avec évidence que le foie est bien comme nous l'avons dit, un organe dans lequel les produits de la digestion viennent séjourner un certain temps, s'y accumuler, s'y réunir, pour être ensuite répandus et distribués dans la circulation générale.

Rapprochons, en effet, les résultats de ces deux expériences. Dans la première, quand on recueille le sang *deux heures après le repas*, le sang qui provient du foie ne renferme encore qu'une quantité insignifiante de sucre, bien que cet organe soit rempli de matière sucrée. Dans la seconde expérience, faite *quatre heures après le repas*, le sang qui s'échappe du foie contient des proportions notables du glucose. Ne voit-on pas là la démonstration évidente de ce fait, que le foie arrête quelque temps dans son tissu les matières qui lui sont apportées de l'intestin? Par suite de l'extrême lenteur de la circulation dans l'organe hépatique, par la nature même du tissu spongieux de cette glande, le sang est contraint de subir dans le foie une stagnation qui a pour effet d'y retenir ces produits un temps plus ou moins long. Aussi, lorsque, dans la première expérience, nous avons recueilli le sang deux heures seulement après le repas, nous avons saisi le moment précis où le sucre, arrivant du tube intestinal par suite de la digestion, avait pénétré dans le foie, mais n'avait pas eu le temps d'en sortir, et se trouvait encore arrêté dans le réseau vasculaire de cette glande. Et c'était un spectacle remarquable et plein d'enseignements physiologiques que de voir s'échapper d'un foie gorgé de sucre un sang presque dépourvu de ce produit! Mais lorsque, dans la seconde expérience, on a recueilli le sang quatre heures après le repas, on a laissé au glucose le temps de s'échapper par les vaisseaux sushépatiques, et l'analyse a permis de constater dans le sang de ces vaisseaux l'existence d'une notable proportion de matière sucrée.

Si quelques doutes pouvaient subsister sur la réalité du mécanisme physiologique que nous signalons, il nous suffirait de rappeler que le glucose n'est pas la seule substance qui, dans les conditions normales, se trouve en quantité notable dans le foie et en faible proportion dans le sang. Un fait tout semblable s'observe pour l'albuminose. Nous avons trouvé dans le sang du bœuf et des lapins jusqu'à 3 pour 100 d'albuminose, tandis que le même produit ne figurait dans le sang des mêmes animaux qu'en très-faible proportion. C'est que l'albuminose, comme le glucose, retenue dans le foie pendant un intervalle assez long après la digestion, est reprise peu à peu par les veines sus-hépatiques et déversée dans le sang, où elle doit disparaître soit par la respiration, soit par l'assimilation organique (1). Je rappellerai enfin, à l'appui de la même opinion, que, depuis Orfila, les toxicologistes ont posé le principe de chercher dans le foie, de préférence à tout autre organe, les substances vénéneuses qui ont pénétré par absorption dans l'économie.

La réunion de ces divers faits nous paraît suffisante pour établir la vérité de la proposition que nous avions avancée dans notre premier mémoire, en disant que le foie est un organe dans lequel les produits de la digestion doivent séjourner et être tenus un certain temps en réserve. Cette idée a été, en effet, considérée par beaucoup de personnes, qui jugeaient d'ailleurs la question avec impartialité, comme une simple explication, comme une théorie mise à la place d'une autre. On voit aujourd'hui que ce n'est pas en vertu d'une idée préconçue que nous avons adopté cette opinion, mais que nous n'avons fait que traduire et exprimer par là un fait organique susceptible d'être vérifié par l'expérience.

Comme les raisons qui précèdent pourraient peut-être paraître insuffisantes, il nous a paru utile d'instituer une expérience spéciale pour démontrer que, dans le cas où nous nous étions placé, le reflux du sang du foie dans l'intérieur de la veine porte ne peut avoir les conséquences que l'on pourrait lui prêter; nous avons voulu prouver, par l'expérience, que le sang du foie, quand on ouvre l'abdomen d'un animal, ne se mêle pas forcément avec celui des vaisseaux abdominaux. Pour cela, à un chien de moyenne taille, nous avons donné un repas presque entièrement composé de sucre ou de substances pouvant se transformer en ce produit, c'est-à-dire une soupe au lait à laquelle on avait encore ajouté une certaine quantité d'empois d'amidon et de glucose en nature. Après ce repas, le chien fut laissé *trente-six heures* sans recevoir d'autre aliment. L'abdomen fut alors largement ouvert de haut en bas sans pratiquer préalablement aucune ligature. Après cette ouverture de l'abdomen, l'animal, vivant, fut abandonné à lui-même pendant quelques minutes, et alors seulement la veine porte fut liée au-dessous du foie et le sang recueilli. Or, le foie, examiné aussitôt, contenait une quantité notable de glucose; au contraire, le sang de la veine porte était entièrement privé de sucre, ce qui prouve suffisamment que le mélange n'avait pu s'opérer entre le sang de l'organe hépatique et celui de la veine porte, car, s'il en eût été ainsi, le sang de la veine porte eût renfermé du sucre comme celui du foie.

Les expériences que nous venons de rapporter amènent aux conclusions suivantes :

1° Chez les chiens nourris de viande crue, tués deux et quatre heures après le repas, il existe du sucre dans le sang de la veine porté.

2° Le sucre introduit dans le foie par la veine porte, séjourne un certain temps dans cet organe; après cet intervalle, il commence à être charrié par les vaisseaux sus-hépatiques, et transporté dans le système général de la circulation.

3° Quand la digestion intestinale est accomplie, et que le tube digestif s'est entièrement débarrassé de la matière sucrée fournie par les aliments, le sang qui, après avoir parcouru le cercle de la circulation,

---

recueilli le sang de ce vaisseau. Ce sang ne renfermait aucune trace de glucose; on s'en est assuré en le traitant par l'alcool suivant le procédé ci-dessus décrit.

(1) Il faut ajouter que ces deux matières servent aussi probablement à la sécrétion de la bile et aux autres sécrétions d'un ordre secondaire qui s'accomplissent dans le foie. C'est ce qui concourt à expliquer la prédominance du sucre et de sa longue persistance dans l'organe hépatique.

etourne au foie par la veine porte, est privé de glucose; mais, en traversant le foie, il reprend une nouvelle quantité de ce produit, de telle sorte que le sang des veines sus-hépatiques versé dans le cœur droit par la veine cave inférieure, renferme nécessairement une certaine quantité de sucre.

4° Il résulte de là, que chez les animaux à jeun depuis deux ou trois jours, il n'existe point de sucre dans la veine porte, mais que les veines sus-hépatiques en renferment une certaine quantité; ce dernier principe a été cédé au sang de ces vaisseaux par le foie, qui constitue dans l'économie un véritable réservoir de glucose.

— Après avoir entendu la lecture de ces conclusions, l'Académie n'aura aucune peine à reconnaître que les faits contenus dans la communication qui lui a été adressée, dans l'avant-dernière séance, au nom de M. Lehmann, ne sont point contraires à nos propres résultats, ni à la manière dont nous considérons l'origine et la distribution successive du sucre dans l'économie animale. Que dit, en effet, M. Lehmann? Qu'il n'a point trouvé de sucre dans *la veine porte de trois chiens à jeun depuis deux jours*, et qu'il en a trouvé, chez les mêmes animaux, dans le sang des *veines sus-hépatiques*. Ce résultat n'a rien que de conforme à nos propres conclusions. On sait depuis longtemps que le foie conserve du sucre pendant plusieurs jours chez les animaux laissés à l'abstinence. C'est le résidu des digestions antérieures qui ne disparaît que très-lentement du tissu de cette glande, et dont on peut retrouver des traces même après dix ou douze jours de jeûne absolu. Il est donc tout simple que dans le sang de la veine porte d'un chien à jeun depuis deux jours, on ne trouve point de sucre, et qu'il en existe dans celui des veines sus-hépatiques. Ce principe a été tout simplement emporté par le sang dans son passage à travers un organe sucré.

M. Lehmann ajoute qu'il n'a pas non plus trouvé de glucose, ou qu'il n'en a trouvé que des traces dans la veine porte, chez des chiens et un cheval soumis à des régimes de différente nature. Mais je dois faire observer que, dans l'extrait du travail de M. Lehmann qui a été communiqué à l'Académie, on a négligé de faire mention du nombre d'heures qui se sont écoulées entre le repas et le moment de la saignée de la veine porte. Cette circonstance était pourtant indispensable à établir. Supposez, en effet, que le sang ait été recueilli à une époque éloignée de la digestion, par exemple, sept à huit heures après le repas, et, d'après ce qui a été dit plus haut, l'absence du sucre dans le système de la veine porte n'aura plus rien que de simple et de très-naturel. Il est donc indispensable que l'oubli que nous signalons soit réparé.

Nous ajouterons que, d'après la manière dont sont représentés, dans l'extrait du même travail, les résultats numériques, il est presque impossible de les comprendre. En effet, dans le tableau récapitulatif, les chiffres paraissent se rapporter à 100 parties de sang pris dans sa totalité; de telle sorte que, pour prendre un exemple dans le premier résultat inscrit sur le tableau, on attribuerait au sang des veines sus-hépatiques du chien à jeun, 0gr,764 pour 100 grammes du liquide sanguin. Mais, d'un autre côté, dans le cours de la rédaction, M. Lehmann annonce qu'il rapporte ses résultats au poids du *résidu alcoolique du sang*. Laquelle choisir de ces deux manières si opposées de représenter les résultats d'une analyse chimique? On comprend que, jusqu'à ce que l'auteur même de ces expériences ait indiqué nettement ce qu'il a obtenu, il faut renoncer à discuter de pareilles ambiguïtés. Ces éclaircissements une fois fournis, nous espérons que l'opposition qui semble exister entre les résultats de M. Lehmann et les nôtres disparaîtra, et nous nous applaudirions vivement de cet accord (1).

Qu'il nous soit permis d'ajouter, en terminant, que le fait du dépôt temporaire du sucre dans le tissu hépatique permet de rectifier une expérience qui a été invoquée récemment dans des leçons publiques pour démontrer la sécrétion du sucre par le foie. Voici en quoi cette expérience consiste :

On prend un chien à jeun depuis deux à trois jours, on recueille le sang de la veine porte, et l'on constate que dans ce sang il n'existe aucune trace de sucre. Au contraire, le sang des veines sus-hépatiques, traité par les mêmes procédés chimiques, fournit des signes non douteux de la présence du glucose. De cette expérience on tire la conséquence que le glucose trouvé dans la veine porte provient du foie, qui a la propriété de le sécréter, puisqu'il n'en existait point dans le sang pris au-dessous du foie et qu'on en trouve dans le sang recueilli au-dessus de cet organe. Cette expérience et la conclusion que l'on en tire pourraient être citées en exemple pour montrer qu'en physiologie, pas plus qu'en chimie, il ne faut se hâter de conclure. Quand on sait, en effet, que le foie est un véritable réservoir de matière sucrée, qui pendant plusieurs jours conserve ce produit dans son tissu, cette expérience perd toute sa valeur; car on voit tout de suite que le sucre trouvé dans les veines sus-hépatiques provient tout simplement du foie, où il se trouvait emmagasiné. Lorsque le sang a parcouru tout le cercle circulatoire, lorsqu'après avoir subi, pendant tout ce trajet, l'action chimique de la respiration, il retourne au foie par la veine porte, il est tout simple qu'il soit dépourvu de sucre.

Cette expérience, qui est présentée comme un argument presque sans réplique en faveur de la théorie glucogénique, ne prouve donc rien et ne peut rien prouver. Pour arriver à une conclusion expérimentale à l'abri de toute objection, il faudrait agir sur un animal *deux à trois heures après le repas*, et rechercher alors si le sang de la veine porte contient ou non du sucre. Bien entendu que, pour chercher le glucose dans le sang, on ne se contenterait pas de faire bouillir ce sang avec de l'eau et du sulfate de soude. En effet, en opérant ainsi on n'élimine point l'albuminose, qui existe en grande quantité dans le sang de la veine porte pendant la digestion, et en très-faible proportion dans le sang des veines sus-hépatiques. Or, la présence de l'albuminose dans le sang est un obstacle, aujourd'hui bien connu, à la manifestation du sucre par le réactif de Frommhertz, et l'emploi de ce procédé chimique, vicieux et illusoire, est précisément ce qui a causé toutes les erreurs, toutes les confusions que nous nous attachons à combattre. On traiterait les deux sangs par l'alcool, selon le procédé que nous avons fait connaître, et qui a pour résultat de précipiter l'albuminose, et par conséquent de laisser le sucre accessible au réactif cupro-potassique qui sert à déceler sa présence.

On voit, d'après les faits contenus dans ce mémoire, que la théorie de la formation du sucre dans le foie n'est pas en litige : elle est jugée.

Méthode sous-cutanée.

M. J. Guérin lit un mémoire dont nous publierons un extrait.

— Plusieurs autres communications ont été faites sur lesquelles nous reviendrons.

CORRESPONDANCE.

ERRATA.

Mon cher Castelnau,

Les auteurs du compte rendu de mes leçons, que vous voulez bien publier dans votre estimable journal, ont tout à fait oublié de me soumettre, comme ils l'avaient fait pour les précédentes, la rédaction de celle que vous avez fait paraître dans le numéro de jeudi dernier du *Moniteur des Hôpitaux*. Aussi m'a-t-on fait commettre des erreurs qui dénaturent complétement ma pensée.

Comme il s'agit d'une question fort ardue et qui a des conséquences pratiques importantes, je viens vous demander une petite place dans votre plus prochain numéro pour la publication de ma lettre. Il s'agit des diverses espèces d'hydropisies qui peuvent se développer dans le cours de la grossesse.

Quatre sortes d'hydropisies peuvent se développer chez une femme enceinte et ces quatre espèces sont loin d'avoir toutes la même valeur diagnostic et surtout la même gravité.

PREMIÈRE ESPÈCE. — *Hydropisies mécaniques.*

Ce sont peut-être les plus communes; elles sont la conséquence de la compression exercée par l'utérus chargé du produit de la conception sur la veine cave inférieure et sur les veines iliaques. Leur production est favorisée par la densité moins grande que présente le sang des femmes enceintes et la légère diminution d'albumine qui existe dans son sérum. Ces hydropisies sont bornées aux membres inférieurs et elles n'ont d'autre importance que l'incommodité qu'elles procurent aux femmes qui en sont atteintes. Le seul fait de l'accouchement suffit pour la faire disparaître.

DEUXIÈME ESPÈCE. — *Hydropisies liées à une altération du sang, mais sans albumine dans les urines.*

L'altération du sang que cause ces hydropisies consiste dans la diminution de proportion de l'albumine du sérum du sang, diminution qui

(1) L'auteur pense que M. Bernard a commis la même erreur dans la leçon dont le compte rendu a été publié dans les numéros du 10 et du 13 février dernier. Il établit par des citations que la quantité de sucre trouvé dans le sang des veines hépatiques par M. Lehmann ne se rapporte pas à 100 parties *de sang*, mais bien à 100 parties du *résidu de l'évaporation du liquide sanguin.*

est quelquefois assez considérable et à laquelle on ne peut assigner d'autre cause que le fait même de la grossesse et son influence sur les divers principes immédiats du sang. Cette espèce d'hydropisie, comme du reste les deux suivantes, tend à se généraliser; il est très-important de la diagnostiquer et de la distinguer nettement de la troisième et de la quatrième variété, car elle ne prédispose pas comme ces deux dernières à l'éclampsie. C'est, du reste, l'analyse seule du sang qui peut permettre d'en établir l'existence.

Cette espèce d'hydropisie disparaît après l'accouchement, mais d'une manière beaucoup plus lente. Il est d'observation que les femmes qui l'ont présenté conservent de la faiblesse pendant un temps assez long, et, pour me servir d'une expression vulgaire, elles se remettent beaucoup plus lentement et plus difficilement que d'autres.

TROISIÈME ESPÈCE. — *Hydropisies avec altération du sang et urines albumineuses, mais sans maladie de Bright proprement dite.*

Ces hydropisies sont la conséquence de l'altération du sang (diminution de l'albumine) produite par la déperdition de l'albumine par les reins. Jusqu'à ces derniers temps on avait pu penser que cette déperdition avait lieu sans qu'il existât de lésion matérielle des reins. D'après un travail récent, postérieur à mes leçons, et qui m'est commun avec M. Robin, cette albumine serait due à une modification particulière survenue dans les cellules épithéliales des tubuli des reins, modification consistant dans l'infiltration de ces cellules, et des tubuli eux-mêmes par de nombreuses granulations de nature protéique. Cette infiltration est analogue à celle que M. Robin avait déjà trouvé dans l'albuminurie cholérique, et, comme cette dernière, elle est susceptible de guérison.

Le diagnostic absolu de cette lésion avec une maladie de Bright véritable est bien difficile pendant la vie, et cependant il serait très-important d'y arriver, car la question du pronostic y est entièrement subordonnée, car s'il y a possibilité de guérison dans un cas, il y a impossibilité à peu près absolue dans le deuxième.

C'est chez les femmes atteintes de telles hydropisies que l'on doit redouter l'éclampsie et la prédisposition à la source puerpérale.

Sans doute, l'éclampsie n'en est pas une conséquence nécessaire, et de ce qu'on trouve simultanément une hydropisie générale, une altération du sang et des urines albumineuses, on ne peut affirmer que ce terrible accident surviendra. Mais le contraire a lieu, c'est-à-dire que toutes les fois qu'il y a éclampsie, on est certain de trouver, non pas une hydropisie, mais des urines albumineuses et une altération du sang.

Sous le rapport de la terminaison de cette troisième espèce d'hydropisie, deux choses peuvent arriver :

1° S'il ne survient pas d'éclampsie, la guérison est à peu près certaine;

2° Si l'éclampsie arrive, la terminaison est subordonnée à cette dernière, c'est-à-dire qu'il peut y avoir terminaison fatale ou guérison, car l'éclampsie, même avec urines albumineuses, n'est pas nécessairement mortelle.

QUATRIÈME ESPÈCE. — *Hydropisies dues à une maladie de Brigth,*

Le diagnostic de cette espèce d'hydropisie est très-important à établir. A cet égard, on pourra se fonder sur la quantité un peu plus considérable d'albumine sur la présence dans les urines de fragments de tubuli, de filaments fibrineux et de globules graisseux, et à l'aide de ces signes, établir un diagnostic approximatif.

L'éclampsie peut venir compliquer cette espèce d'hydropisie tout aussi bien que dans l'espèce précédente; seulement ici elle est infailliblement mortelle.

Si l'éclampsie ne survient pas, la maladie ne s'arrêtera pas après l'accouchement ; les accidents continueront de marcher, l'hydropisie d'augmenter et la terminaison fatale aura lieu au bout d'un certain temps.

On voit, d'après les détails dans lesquels je suis entré, combien sont différentes entre elles les différentes espèces d'hydropisies qui peuvent se développer pendant la grossesse.

Dr A. BECQUEREL.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La première prédiction que nous avions faite lors de la réorganisation du service de santé s'est réalisée, quand M. le ministre de la guerre a imposé aux nouveaux médecins militaires, l'obligation de servir l'État pendant cinq ans au moins. La seconde est sur le point de s'accomplir : les médecins des hôpitaux civils, vont dit-on, prendre la plupart les services des hôpitaux militaires, dont les titulaires vont remplir leurs fonctions dans l'armée active.

— Nous avons reçu de notre savant confrère M. Baudens, une lettre que nous sommes obligés de renvoyer au prochain numéro.

— Un des grands rédacteurs de nos grands journaux publiait il y a quelques jours la nouvelle suivante :

« Les petits poissons rouges font l'ornement des cheminées de beaucoup de salons. Mais peu de gens connaissent leur origine et savent qu'ils ont été importés en France, en 1819, par Lesueur, revenant des terres australes. Les villes de Louhans et de Verdun, près Châlons-sur-Saône, en font un commerce assez considérable. Il s'en est vendu beaucoup dernièrement dans ces localités, et il en a été envoyé, lors de la dernière foire, une assez grande quantité en Belgique, en Prusse et en Hollande, où *ces mollusques* se vendent, en raison de leur grosseur, jusqu'à 1 fr. 25 c. et 1 fr. 50 c., valeur de France. Un négociant de Lyon en a expédié d'un seul coup dans la Prusse rhénane pour une somme de 6,000 fr. »

Ce mot de *mollusques* rappelle celui non moins heureux d'un des *savants* médecins des hôpitaux de Paris qui, publiant une de ses observations cliniques, disait en parlant d'une application de sangsues que la moitié de ces *petits reptiles* avait refusé de mordre.

— Tous les comptes rendus cliniques qui paraissent dans le *Moniteur* sont publiés sous la responsabilité des chefs de service, et quand il arrive que leurs opinions ont été inexactement rendues, il est convenu entre eux et la rédaction qu'ils la rétabliront dans les numéros qui suivent immédiatement la publication. Nous croyons devoir donner cette explication à propos du dernier compte rendu de la clinique de M. Maisonneuve, qui, ayant paru sans signature, pouvait être attribué à la rédaction même du *Moniteur*. Certes, la responsabilité des opinions et de la pratique de M. Maisonneuve peut-être portée avec honneur; mais le *Moniteur* a la modestie de se contenter de son propre fonds et de laisser à ses honorables collaborateurs tout le mérite de leurs idées.

— M. le professeur Cl. Bernard commencera son cours à la Sorbonne, demain mardi 3 avril, à midi et demi, et le continuera les mardi et samedi à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Avis.* — Messieurs les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique, pour les cours d'été, aura lieu le mardi 10 avril, dans une des salles de la Faculté.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc. ; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin ; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 41. 3e ANNÉE. Jeudi 5 avril 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal ; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Bouillaud.

Des causes et de la nature des maladies du cœur.

(Suite. — Voir les numéros des 6, 15, 22 et 29 mars).

Symptômes de la péricardite; son diagnostic.

Nous venons de vous montrer la péricardite morte, il faut maintenant vous la faire connaître vivante, rechercher son âme; nous arriverons à ce but en étudiant la physiologie de la maladie, étude qui serait impossible si nous ne possédions le corps, c'est-à-dire l'anatomie pathologique.

Nous espérons démontrer que le diagnostic de la péricardite, grâce aux signes qui nous sont révélés par les grandes méthodes de la palpation, de la percussion et de l'auscultation, est aussi certain, aussi facile que celui de la pneumonie et de la pleurésie. Nous pourrions donc commencer par l'exposition de ces signes, mais nous pensons qu'il est préférable de rechercher quels étaient ceux connus des auteurs antérieurs à notre époque médicale; et si nous comprenons bien l'insuffisance de ces derniers pour arriver au diagnostic exact de la maladie, nous apprécierons mieux les progrès accomplis de nos jours et l'importance des signes physiques dont nous aurons à parler ensuite.

Nous savons à quoi se réduisaient les connaissances de Senac relativement à l'anatomie pathologique de la péricardite, voyons celles qu'il possédait pour arriver à son diagnostic. Après avoir rapporté les opinions de Rondelet et de Salius Diversus qui placent en première ligne la douleur de la région péricordiale, il ajoute : « La violence de la fièvre, la soif brûlante, la dureté du pouls, la difficulté de respirer, la douleur vers le sternum, l'oppression, les défaillances, sont les signes de l'inflammation du péricarde. Ils sont d'autant moins équivoques qu'ils peuvent être déduits des principes de la théorie... Mais, dira-t-on, ces signes sont les mêmes dans la pleurésie. Il est vrai que la plupart se présentent dans cette maladie; mais *les défaillances, les palpitations du cœur, la soif, le siége de la douleur, la toux sèche*, indiquent l'inflammation du péricarde, et nous permettent de la distinguer de celle du poumon (1). » Si un malade se présentait à notre observation avec des défaillances, de la soif, une toux sèche, une douleur vers le sternum, nous serions fort embarrassé d'établir un diagnostic de quelque valeur avec ces signes, mais nous *supposerions* plutôt une pleuro-pneumonie qu'une péricardite, contrairement à l'opinion de Sénac.

Si nous passons à Corvisart, nous ne trouverons pas entre lui et Sénac le même progrès pour les signes de la péricardite que celui que nous avons constaté pour l'anatomie pathologique. En effet, il n'a presque rien ajouté à ceux exposés par son devancier. Il dit que : presque toutes les péricardites qu'il a rencontrées étaient compliquées de pleurésie, de pneumonie, et que les signes de l'une de ces maladies étouffent presque toujours ceux de l'autre; mais cependant, ajoute-t-il, « les syncopes fréquentes, *cette douleur brûlante dans la région du cœur*, cette vascillation irrégulière du pouls, caractérisent la péricardite (1). » La longue série des autres symptômes qu'il indique, tels que : l'altération des traits, la figure grippée, une anxiété constante, la respiration haute, pénible, entrecoupée, les défaillances incomplètes, peuvent se rencontrer dans la péricardite ; mais nous verrons qu'ils ne lui appartiennent pas en propre, ils ne peuvent donc pas aider à la reconnaître. Enfin, pour Corvisart les symptômes sont d'autant plus obscurs que la péricardite est plus aiguë.

On est vraiment surpris de voir Laënnec avouer aussi complétement qu'il le fait l'incertitude du diagnostic de la péricardite, le peu de résultats fournis par l'auscultation.

« Il est, dit-il, peu de maladies plus difficiles à reconnaître « que la péricardite et dont les symptômes soient plus va- « riables..... Dans d'autres cas, on observe *tous les signes attri- « bués par les nosographes à la péricardite, et l'on ne trouve à « l'ouverture aucune trace de cette maladie*, et quelquefois rien « qui justifie le trouble de la circulation..... J'ai vu quelque- « fois *deviner des péricardites* et j'en ai *deviné* moi-même. »

« Voici, ajoute Laënnec, les symptômes que *je crois* pouvoir donner comme accompagnant ordinairement la péricardite : les contractions du cœur donnent une impulsion plus forte et quelquefois un bruit plus marqué que dans l'état naturel; à des intervalles plus ou moins longs, surviennent des pulsations plus faibles et plus courtes qui correspondent à des intermittences du pouls dont la petitesse contraste extraordinairement avec la force des battements du cœur; quelquefois il peut à peine être senti. Lorsque ces signes surviennent tout à coup chez un homme qui n'avait jamais éprouvé de symptômes de maladie du cœur, il y a une *grande probabilité qu'il est attaqué de péricardite*..... Dans quelques cas la région du cœur rend un son mat, mais le plus souvent ce signe n'est pas bien évident..... Il ne *faut accorder qu'un certain degré de confiance à ces signes, lors même qu'ils sont tous réunis, car la péricardite peut exister sans eux, mais ils peuvent aussi exister dans tout leur ensemble, sans qu'il y ait de péricardite* (2). » Cette déclaration formelle de Laënnec touchant le manque de signes

(1) Sénac, tome II, page 348.

(1) Corvisart, ouv. cit. page 8.

(2) Laënnec, tome III, page 379.

propres à faire reconnaître cette maladie, nous dispense de tout commentaire. Il combat en différents endroits quelques-uns de ceux invoqués par Corvisart, tels que la coloration plus intense de la *pommette gauche;* il émet quelques doutes sur la douleur de la religion précordiale qui, dit-il, est loin d'être constante, et manque dans les cas de *péricardites simples.*

M. Louis, dans un mémoire remarquable qu'il a publié sur la péricardite, a rapporté deux observations de cette maladie, puis il a soumis à l'analyse celles d'autres auteurs, Morgagni, Corvisart, Bertin, etc. Il a le premier fait connaître un signe qui aurait une plus grande valeur encore que celle que nous lui reconnaissons s'il était constant, la *voussure de la région précordiale* et une matité correspondante. Nous ne nous arrêterons pas à une objection que M. Louis se pose à lui-même, à savoir: la difficulté dans un cas de complication d'épanchement pleurétique, de rattacher la matité plutôt à l'épanchement péricardique qu'à celui de la plèvre. Quand on a quelque habitude de la percussion, on surmonte facilement cet embarras. Mais nous examinerons avec soin cette autre question : « On opposera peut-être, dit-il, à ma manière de voir que la percussion ne peut être véritablement utile qu'autant que l'épanchement de sérosité ou de pus dans le péricarde est considérable, et que cela n'a pas toujours lieu. Cette objection, il faut l'avouer, a encore quelque fondement; mais il faut dire aussi qu'il arrive *rarement que la quantité de liquide épanchée dans le péricarde ne soit pas assez copieuse pour obscurcir le son de la poitrine dans la région précordiale* (1). »

Il s'en faut bien que la quantité du liquide soit toujours aussi abondante que semble le croire M. Louis. Au début de la maladie, il n'existe quelquefois pas d'épanchement, ou bien il est très-peu abondant; et pour le reconnaître, il faut une attention extrême et une grande habitude de la percussion. Dans ce cas, il n'y a certes pas dans le péricarde *huit ou dix onces de liquide*, quantité qui semble nécessaire à M. Louis pour établir son diagnostic. Il n'est pas étonnant, d'ailleurs, que cet auteur ait cru l'épanchement du péricarde toujours assez abondant pour donner une matité étendue, puisque c'est dans ce cas seulement qu'il a pu reconnaître la péricardite.

Quant à la voussure, M. Louis ne l'a signalée que dans les épanchements très-considérables, tandis que nous avons démontré qu'elle existe dans certains cas où l'épanchement est médiocre seulement; puis il manque au début de la maladie quand il n'y a pas encore de liquide dans le péricarde. Ce signe peut donc aider à reconnaître la maladie, mais il n'est qu'une donnée pour arriver au diagnostic. Quant aux signes fonctionnels, ils sont exactement ceux fournis par les auteurs précédents. M. Louis insiste aussi avec une sorte de complaisance sur la *douleur de la région précordiale.* « En résumé, dit-il, une subite apparition d'une douleur assez vive à la région précordiale, accompagnée de palpitations et de dyspnée, l'irrégularité des pouls..... tels sont les symptômes qui nous ont fait reconnaître au premier abord l'affection qui nous occupe (2). » On le voit, dans son Mémoire, M. Louis a fait de louables efforts pour éclairer le diagnostic de la péricardite, mais il n'a rien dit des signes fournis par l'auscultation, et sans eux il est impossible.

Signes locaux de la péricardite à sa période de congestion et d'épanchement.

Ces signes sont de deux ordres : les uns fonctionnels, les autres physiques; commençons par étudier les premiers.

Tous les auteurs anciens et modernes qui ont écrit sur la péricardite notent en première ligne, parmi les signes de cette maladie, une douleur atroce, déchirante, pongitive, dans la région précordiale. En effet, on a souvent rencontré cette douleur dans la péricardite; mais rappelez-vous que celle-ci a été

(1) Louis, *Recherches anatomico-pathologiques*, page 279.

(2) Louis, ouv. cit., p. 265.

observée presque toujours comme complication d'autres maladies, et lorsqu'elle est simple, dégagée par conséquent de complications, Laënnec avait déjà émis quelques doutes sur son existence. Quelle est donc la cause de l'inconstance de la douleur dans cette maladie? Nous avons besoin de nous étendre longuement sur cette question; elle est d'une importance capitale.

Rappelons d'abord que le cœur et ses enveloppes, plusieurs autres organes, le foie, la rate, l'intestin grêle, le cerveau, ne sont pas doués de la sensibilité animale générale de Bichat, et qu'il a été démontré que la douleur est un symptôme que l'on ne rencontre pas dans les organes privés des nerfs du sentiment (1). Sans doute, nous sommes en opposition avec tous les pathologistes qui la considèrent comme un signe commun à toutes les inflammations, mais nous sommes d'accord avec la saine observation. Les inflammations les plus intenses du foie, de la rate, de l'intestin grêle peuvent exister *sans douleur;* un violent phlegmon, si douloureux quand il se développe dans des tissus doués de sensibilité, peut exister dans un membre paralysé du sentiment sans la *moindre douleur.* Bichat savait parfaitement que tels et tels organes ne sont pas sensibles dans l'état physiologique, et pour expliquer son apparition pendant l'inflammation, il disait : Les organes ou tissus insensibles à l'état normal deviennent sensibles sous l'influence de l'inflammation. C'est là une grande erreur échappée à Bichat, et malheureusement reproduite par un physiologiste dont les remarquables travaux d'ailleurs ont éclairé bien des questions douteuses, relatives à l'anatomie et à la physiologie du système nerveux. La maladie peut, sans doute, opérer bien des changements, mais elle est incapable de rendre *sensible* un organe ou un tissu *insensible.* Non, les parties dépourvues de sensibilité à l'état normal n'en acquièrent point par le développement d'une inflammation; dans ce cas, quand la douleur existe, elle est due à l'extension du travail phlegmasique aux parties voisines douées du sentiment, travail qui peut être quelquefois borné aux cordons nerveux sensibles. Mettez à découvert chez un animal l'un des organes privés de nerfs du sentiment, dont nous avons parlé plus haut, on peut impunément le tirailler, le broyer, le déchirer, le brûler sans *provoquer de douleur;* certes, si l'inflammation était susceptible de rendre sensible un organe qui ne l'est pas à l'état normal, de semblables manœuvres devraient produire le même résultat; cependant il n'en est rien. Mais, si la péricardite n'est pas douloureuse, comment Senac, Corvisart, M. Louis mettent-ils au premier rang des signes fonctionnels propres à cette maladie, *une douleur atroce, déchirante?* Que l'on se rappelle que ces auteurs ne connaissaient pas la péricardite rhumatismale, découverte toute récente, qu'ils ont constamment rencontré cette maladie avec la pneumonie, la pleurésie, à ce point que Corvisart a écrit : « *Je n'ai point d'observation propre d'une péricardite aiguë sans complication* (1). » Or, privés des signes qui pouvaient faire reconnaître la péricardite, il n'est pas étonnant qu'ils aient rattaché à celle-ci l'*élément douleur* qui appartient de fait à la pleuro-pneumonie, nous avons vu plus haut que Laënnec déjà avait douté de la douleur dans le cas de péricardite simple. Mais, dira-t-on, aujourd'hui que la péricardite rhumatismale est connue, comment tous les auteurs qui ont écrit sur elle, placent-ils encore *la douleur* au premier rang des signes qui lui appartiennent? Probablement, d'après l'autorité de Senac, de Corvisart, de M. Louis. Il y a cependant celle des faits qui l'emporte, et c'est la seule que nous reconnaissions, *non solùm numerandæ sunt observationes, sed* etiam *perpendendæ.*

(1) Travail publié en 1834 dans le tome III du Journal hebdomadaire, sous ce titre : « Quelques réflexions tendant à prouver que la douleur ne doit pas être rangée parmi les symptômes essentiels de l'inflammation, et que ce phénomène est le signe spécial de l'irritation de la classe de nerfs auxquels on a donné le nom de nerfs du sentiment. (Bouillaud.)

(2) Corvisart, page 6.

Ce n'est pas pour la péricardite seulement que l'on met en désaccord l'anatomie et la physiologie avec la pathologie. M. Chomel, sans doute aussi d'après l'autorité de Bichat et de Pinel, place encore pour l'arthrite rhumatismale le siége de l'inflammation dans le tissu fibreux, quoique les injections les plus fines y démontrent à peine la trace de quelques rares vaisseaux et qu'il soit assez difficile de faire concorder les douleurs atroces de cette maladie avec l'insensibilité du tissu fibreux. Prenez maintenant la fièvre typhoïde dégagée de complication, M. Louis lui-même place au premier rang des signes fonctionnels *une douleur abdominale;* or, depuis le commencement de la clinique, vous nous voyez interroger avec le plus grand soin tous nos malades; aucun ne nous a signalé cette douleur spontanée; nous avons pu, chez plusieurs, déprimer les parois abdominales jusqu'à la fosse iliaque sans la provoquer.

Revenons maintenant à notre sujet. Chez le malade couché au n° 27 de la salle des hommes, qui a succombé à des concrétions formées dans le cœur, nous avions constaté les signes d'une péricardite intense dont nous vous avons montré les altérations pathologiques, chaque jour nous lui avons demandé s'il éprouvait une douleur dans un point quelconque de la poitrine, et toujours sa réponse a été négative. Chez une jeune fille rapidement guérie d'une arthrite rhumatismale avec coïncidence de péricardite, couchée au n° 2, de la salle Sainte-Madeleine, vous avez noté aussi absence de toute douleur dans la région précordiale. Avez-vous vu enfin dans nos salles *une seule péricardite dégagée de complication* et accompagnée de douleur? Non. Nous pouvons affirmer que depuis longues années que notre attention est fixée sur ce point, le résultat a toujours été le même. Pour nous résumer, nous dirons: puisque la péricardite n'est douloureuse que lorsque certaines complications existent, qu'elle ne l'est *jamais* quand elles manquent, il est logique de rapporter à ces dernières l'*élément douleur.*

Les autres symptômes locaux notés par les auteurs dans cette maladie sont: les battements du cœur plus forts, plus fréquents qu'à l'état normal, ils ont quelquefois leur régularité; d'autres fois ils sont tumultueux, irréguliers, intermittents.

Signes physiques. — Voyons maintenant quels signes nous sont révélés par la palpation, la percussion et l'ausculation. La palpation, même dans la péricardite naissante, nous permet déjà de constater un phénomène d'une certaine importance, en effet la main appliquée sur la région précordiale fait sentir *un grattement* produit par le frottement des pseudo-membranes qui doublent le péricarde; ce phénomène est d'autant plus marqué, que celles-ci sont mieux organisées, plus rugueuses, et il a lieu surtout pendant la systole ventriculaire. A mesure que l'épanchement se produit, les battements du cœur sont moins sensibles à la main et lui échappent complétement quand il est considérable.

La percussion va nous fournir des signes d'une plus grande importance et qui auront acquis un degré de certitude quand ils seront confirmés par l'ausculation. Si on pratique la percussion chez un malade atteint de péricardite naissante, quand l'épanchement est nul, ou presque nul, on peut déjà constater une légère augmentation dans la matité de la région précordiale, et qui est due à la turgescence inflammatoire dont le cœur est le siége. Tout cela est bien délicat sans doute, mais n'existe pas moins, il faut certes une grande habitude de la percussion pour constater ce résultat. Si déjà un très-léger épanchement a lieu dans le péricarde, ce mode d'exploration le fait reconnaître, c'est ce que nous vous avons montré chez une malade couchée, il y a quelques mois, au n° 2 de la salle des femmes. En parlant de la physiologie du cœur, vous avez vu qu'à l'état normal, la limite extrême de la matité de cet organe correspond exactement au lieu même où bat sa pointe. Il n'en est plus ainsi quand un épanchement seulement très-léger existe; on trouve alors que la matité déborde la pointe surtout à gauche, et que son étendue varie suivant l'abondance de l'épanchement; dans certains cas elle n'a pas plus d'un centimètre; la pointe du cœur présente donc une forme mousse, arrondie, telle qu'on la rencontre dans l'hypertrophie. En parlant de l'auscultation, nous verrons les phénomènes que l'on constate par cette méthode, et ils serviront à établir la valeur du signe que nous venons de mentionner. A mesure que l'épanchement se résorbe, la matité diminue et se retrouve en rapport exactement avec la pointe du cœur. Puisque la matité, pour la maladie qui nous occupe, est due au liquide épanché dans le péricarde, il est facile de comprendre que son étendue est en raison directe de la quantité de celui-ci, elle pourra donc occuper quelquefois le tiers inférieur et même la moitié de la partie antérieure et externe du côté gauche du thorax.

Les signes que nous fournit la percussion peuvent dépendre d'une cause autre que l'épanchement péricardique; c'est donc par la considération réunie de ces signes et de ceux que va nous donner l'auscultation, que nous pourrons établir un diagnostic exact.

Nous avons vu que l'immortel auteur de la découverte de l'auscultation avait considéré comme nuls les résultats fournis par cette méthode dans le diagnostic de la péricardite. L'un de ses chefs de clinique, M. le docteur Collin, a, le premier, signalé un bruit particulier auquel il a donné le nom de *bruit de cuir neuf;* il existe bien réellement, mais dans quelques cas seulement; il a été constaté chez le malade de la première observation du *Traité des maladies du cœur.* Si *ce bruit* fait souvent défaut, nous allons en retrouver d'autres plus constants et qui permettent d'établir le diagnostic sur des bases certaines.

Si l'on place l'oreille sur la région précordiale d'un malade atteint de péricardite dans sa période de congestion, alors que des pseudo-membranes commencent à se développer, on entend un *frôlement, un frou-frou* plus ou moins marqué dans une étendue variable, tantôt vers la pointe, tantôt vers la base ou le bord externe du sternum; il est isochrone aux mouvements du cœur, on peut l'entendre pendant la systole et la diastole; mais il est ordinairement plus marqué pendant la contraction ventriculaire, c'est l'analogue du bruit signalé par Laënnec dans la première période de la pleurésie, et auquel il a donné le nom de murmure *ascensionis et descensionis.* Dans certains cas ce *frou-frou péricardique* ressemble assez au froissement d'une étoffe de soie ou de parchemin. On comprend d'ailleurs que son caractère varie suivant l'épaisseur, le degré de consistance, d'organisation des fausses membranes, et il peut dans certains cas se rapprocher du bruit de scie ou de râpe, tel qu'on le rencontre dans les lésions des orifices et des valvulés, à ce point que quelquefois il faut une grande habitude de l'auscultation pour savoir si ce phénomène se rattache à celles-ci ou à la péricardite; quand il appartient à cette dernière maladie, il est plus superficiel, plus diffus, plus large, plus éparpillé; c'est là un caractère d'une haute importance qui le distingue du bruit de scie ou de râpe que l'on rencontre dans les lésions valvulaires et qui est plus circonscrit, plus limité, plus filé. On comprend bien que c'est l'exercice seul de l'oreille qui puisse faire saisir ces nuances. La théorie de ce phénomène est facile quand on connaît les conditions physiques et anatomiques qui l'accompagnent; à cette période de la maladie les fausses membranes commencent à recouvrir les feuillets opposes du péricarde qui, pendant les mouvements du cœur, frottent l'un contre l'autre comme une étoffe de soie que l'on frotterait entre les doigts.

Quand ce frou-frou tire sur le bruit de scie ou de râpe, déjà les feuillets du péricarde sont recouverts de fausses membranes plus épaisses, inégales, aréolées, imitant quelquefois la langue de chat, telles enfin que nous les avons décrites en parlant des altérations pathologiques de la péricardite. Nous ne dirons rien ici du *bruit de cuir neuf* qui ne se rencontre pas à cette période de la maladie. On a noté dans la péricardite un

véritable *bruit de soufflet* que plusieurs auteurs considèrent encore comme propre à cette maladie; mais dans les cas où il fut observé il y avait en même temps une endocardite ou des caillots formés à l'intérieur du cœur; nous pensons donc que ce phénomène se rattache plutôt à l'une des lésions que nous venons d'indiquer qu'à la péricardite elle-même. Nous avons eu pendant longtemps un malade couché au n° 1 de la salle St-Jean de Dieu atteint d'une péricardite et d'une pleurésie dans la région précordiale; le bruit de frottement était plus rude dans cette dernière maladie et masquait en partie le *frou-frou* de la première; en faisant arrêter la respiration, il a été facile de rendre à chacune d'elles la part qui lui revenait dans la production des bruits.

Si maintenant on pratique l'auscultation quand un épanchement même léger commence à se faire dans le péricarde, on constate une diminution marquée dans l'intensité des bruits valvulaires, sans qu'ils soient modifiés dans leurs autres caractères; on entend à la base du cœur un frottement que l'on ne retrouve pas à la pointe. A mesure que l'épanchement devient plus abondant, il refoule le cœur de manière à ce qu'il ne soit plus en contact avec les parois pectorales, et le double claquement valvulaire est obscurci, lointain.

Dr E. Auburtin,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

Note historique sur la présence du sucre dans l'organisme animal.

(*Communiqué à l'Académie des sciences dans sa séance du 2 avril* 1855.)

Par M. Schnepf.

La note que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie des sciences a été inspirée par des lectures récentes faites dans cette enceinte, sur la présence du sucre dans le sang de l'homme et des animaux; elle a pour but de préciser la part que la chimie et la physiologie ont eue dans cette importante question de biologie.

Ce qui distingue avant tout les travaux scientifiques, dans la première moitié du XIXe siècle, ce sont les recherches expérimentales et les observations que fournit la nature vivante. Dans tous les pays, dans toutes les sphères de la société règne un esprit de contrôle et d'investigation. Le domaine de la science n'est plus, aujourd'hui, exploré par une seule classe d'hommes, le concours de tous et de chacun est productif. Il serait toutefois à désirer que les observateurs français fussent plus convaincus de cette grande vérité, et qu'avant de proclamer *nouveaux*, certains faits sur lesquels ils bâtissent aussitôt des théories, ils se fussent assurés, tout d'abord, de leur nouveauté autant que de leur véracité. On ne saurait trop, dans les sciences, se rappeler ce dicton devenu proverbial: « *Nihil novi sub sole.* »

La question de la présence du sucre dans l'économie vivante est une de celles qui n'ont pu être examinées, que depuis que les connaissances chimiques ont elles-mêmes acquis plus de précision, depuis que la chimie-physiologique qui, toute contemporaine qu'elle est, occupe déjà un domaine bien vaste; depuis, dis-je, que cette science a recherché et analysé les produits qui résultent de la transformation ou des métamorphoses que les substances assimilables et non assimilables éprouvent dans l'organisme. Mais si les connaissances chimiques sont indispensables dans cette étude biologique, celles de l'anatomie et de la physiologie ne le sont pas moins; ne faire intervenir qu'un ordre d'éléments, ce serait s'exposer à tomber ou dans les théories du vitalisms, ou dans le positivisme de la chimie. Ces deux tendances opposées se montrent aujourd'hui en France, comme ailleurs, quoique la physiologie semble menacée de l'envahissement des chimiâtres ou plutôt des chimistes proprement dits.

En réunissant les documents de cet historique, j'ai acquis la conviction profonde que, s'il est logique de conclure à la présence d'un corps ou d'un élément dans un organe ou dans un liquide de l'économie quand on est parvenu à l'isoler au moyen des réactifs de la chimie, il semble bien téméraire de soutenir que tel autre élément ne s'y trouve pas, parce que les réactifs ne l'y décèlent pas. Nous savons par exemple, grâce au travaux du professeur Frerichs (die Brigtiche Nierenkh., 1851), qu'on chercherait vainement l'urée dans le sang de certains individus atteints cependant d'uromie; on méconnaîtrait même les effets pathologiques qui peuvent accompagner cette maladie, si ce savant professeur ne nous avait appris que l'altération du sang doit être rapportée aux produits de la transformation de l'urée, c'est-à-dire à la présence du carbonate d'ammoniaque dans le sang.

Il serait peu intéressant de rappeler l'opinion des anciens médecins qui ont reconnu le sucre chez les diabétiques dans la saveur douceâtre des urines et qui soupçonnaient déjà sa présence dans le sang; c'était là, il est vrai, un état pathologique. Des recherches plus précises ont été faites par Ambrosiani (*in Froriep's Notizen.* B. 48) et par Ress (*in Guy's hospital*, rep. 1838); ces deux observateurs ont extrait du sang des diabétiques des petits cristaux de sucre. Toutefois, les chimistes, Vauquelin, Berzélius, etc., n'ayant pu l'isoler au moyen de leurs analyses, refusèrent de croire à l'existence du sucre dans le sang. C'est ainsi qu'à une époque encore peu éloignée de nous, il restait toujours à résoudre le grand problème de savoir si le sucre, produit du règne végétal, est introduit comme aliment dans l'organisme animal, s'il passe en nature du tube digestif dans le torrent de la circulation, ou bien s'il résulte de quelques-unes des métamorphoses qui s'accomplissent au dedans de l'économie animale. Il est certes très-curieux, très-instructif et très-important, autant pour le chimiste que pour le médecin, de voir par quelles phases toutes ces questions ont passé et comment on doit les envisager dans l'état actuel de la science.

Avant tout la physiologie devait demander à la chimie des réactifs capables de déceler la présence du sucre, à une approximation assez grande pour permettre aux observateurs de se passer des analyses chimiques longues et difficiles. Ce problème n'est qu'en partie résolu; il l'est même assez peu pour qu'il soit possible d'attribuer, en grande partie, les résultats contradictoires aux réactifs employés; le seul moyen infaillible qu'il y ait encore, c'est l'analyse chimique quantitative. En effet, les chimistes ne peuvent plus se contenter des réactions obtenues par la potasse, par la fermentation, ni même par la liqueur cupro-potassique, surtout depuis que le professeur Lehmann (*Handb. der physiolog. chemie.* Leipzig, 1853), Uhle (*Versache üb. d. geitw. Uebergang. d. Zuckers in d. urin.* Leipzig, 1852), et Schrader (*üb. d. Erzgg. d. diabetes.* Gotting, 1852), ont remarqué que cette liqueur chauffée avec des matières organiques donne des dépôts jaunâtres et rougeâtres même, sans qu'il y ait présence de sucre; ils ont reconnu que ces dépôts sont formés de phosphate de cuivre et d'une matière organique. Les chimistes prétendent même que la liqueur cupro-potassique étendue d'eau et chauffée donne souvent, sans l'intervention d'aucune autre susbtance étrangère, un précipité d'oxyde de cuivre.

Parmi les aliments non azotés que l'animal tire du règne organique figurent surtout les matières amylacées et saccharoïdes; c'est d'elles qu'il doit être question tout d'abord, ainsi que de leur manière de se comporter dans le tube digestif, sous l'influence des sucs salivaire, gastrique, entérique, pancréatique et de la bile. Que deviennent-elles par l'action de ces différents agents? Fournissent-elles le sucre qu'on trouve dans l'économie animale, ou bien celui-ci est-il le résultat de métamorphoses?

§ 1. *Des matières amylacées et saccharoïdes dans le tube digestif.*

Le premier agent modificateur que ces substances rencon-

trent dans l'appareil de la digestion, c'est la salive. Au XVIIe siècle déjà l'école iatrochimique a soupçonné dans la salive l'existence d'un ferment; mais ce n'est que la chimie contemporaine qui a découvert ce corps singulier, la diastole, dont le pouvoir de transformer les substances amylacées en sucre est aujourd'hui reconnu par tous les physiologistes; même, d'après les recherches de Schwann, de Wright et de Jambowitsch, la salive rendue acide agit encore sur l'empois, de sorte que les matières amylacées parvenues dans l'estomac ne se trouvent pas encore à l'abri de l'action de la salive malgré la présence de l'acide ou des acides du suc gastrique. Jambowitsch a pu contater que la quantité de sucre obtenue des aliments féculents est en rapport avec la proportion de salive qui agit sur eux. Aussi il a lié les conduits excréteurs des glandes salivaires chez un chien, il a introduit de l'amidon dans son estomac, et après neuf heures et demie de séjour, il a rencontré l'amidon parfaitement intact, il ne s'était pas formé de sucre (*in Physiolg. des menchen.* Thomas, 1853, p. 225).

L'action du suc gastrique sur l'amidon a été surtout bien étudiée par le professeur Valentin. (*Lehrb. d. Physiolg. d. Mensch.*, Braunschweig. 1846.) Ce savant physiologiste a établi des digestions artificielles avec des muqueuses gastriques et des substances amylacées; il a maintenu le contact pendant des jours entiers sans remarquer de transformation sucrée. Quelquefois il s'est produit une fermentation qui a dégagé de l'acide carbonique, et alors il y avait dans le mélange un peu de glucose, de l'acide lactique et de l'alcool. Tous ces phénomènes peuvent d'ailleurs s'expliquer par la fermentation. (T. I, p. 325.) Les expériences d'Hoffmann (*in Hœser s' archiv.*, 1844), qui faisait agir le suc gastrique sur de la fécule, avaient appris qu'une faible proportion de sucre prenait naissance dans ces conditions, mais que la plus grande partie de la fécule passait intacte de l'estomac dans le duodénum. Les résultats auxquels ces deux physiologistes arrivaient venaient confirmer les belles expériences et les analyses du professeur Lehmann (*De pinguedinum commodis de usu in metastœchosi animali.* Lipsiæ, 1843) et de Simon (*Beitrg. zur physiolog. patholog. Chemie und microskopic.* Berlin, 1843). Ces savants chimistes ont constaté, en effet, qu'en maintenant un mélange de fécule ou de sucre avec des substances protéiques et de la graisse, à une température de 30 à 40°, à l'abri de l'air, pour empêcher la formation de l'acide acétique, la liqueur se charge d'une certaine proportion d'acide lactique. La fermentation lactique a converti plus ou moins complétement le sucre en acide lactique; la chimie nous apprend qu'il n'y a là qu'un effet de dédoublement sans aucune intervention étrangère puisque 1 équivalent de sucre $C_{12}H_{10}O_{10}$ est $= 2$ éq. $C_6H_5O_5$, formule qui représente l'acide lactique. D'après ces auteurs, la formation lactique s'établit plus facilement avec le sucre de lait qu'avec le sucre de raisin, et plus facilement avec celui-ci qu'avec le sucre de canne; elle se fait plus lentement encore avec l'empois.

A peu près à la même époque, M. Cl. Bernard a publié (*in Gazette médicale*, 1844) un Mémoire sur le rôle du suc gastrique dans la nutrition. Il injecte dans le sang de trois chiens une dissolution aqueuse de sucre, puis du sucre digéré par le suc gastrique, et il trouve, dans le premier cas, du sucre dans les urines; dans le second, il n'en trouve plus; d'où il conclut que le sucre, sous l'influence du suc gastrique, a été détruit dans le sang. La suite de cet historique prouvera que si M. Bernard n'a pas trouvé de sucre dans les urines, cela ne veut pas dire qu'il n'y en avait pas dans le sang. Il aurait pu, d'après ce qui précède déjà, y constater une proportion plus grande d'acide lactique.

Ainsi non-seulement une certaine proportion de matières amylacées, mais encore de substances sucrées franchissent le pylore et viennent, dans l'intestin grêle, subir l'influence du suc pancréatique, de la bile et du suc entérique. Il faut toutefois tenir compte également de la fermentation lactique qui commence dans l'estomac déjà, et qui attaque un peu les matières amylacées et saccharoïdes, mais qui va être activée dans la portion suivante du tube digestif.

Le professeur Valentin (t. I, p. 356) nous apprend qu'ayant maintenu, pendant dix-huit heures, de la fécule de pomme de terre dans une eau chargée de suc pancréatique, à une température de 35°, il a vu s'établir une fermentation prononcée; le liquide s'est troublé, il contenait de nombreux grains de fécule, mais pas de glucose d'une manière appréciable. Il pensait, à cette époque, que le suc pancréatique n'avait d'autre action sur les matières amylacées que celle de les amener à un état intermédiaire à la fécule, à la dextrine et au glucose, par conséquent, de les disposer à subir des modifications ultérieures. Mais après avoir pris connaissance du remarquable travail de MM. Bouchardat et Sandras, inséré dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, en 1845, travail dans lequel ces habiles expérimentateurs montrent la rapidité avec laquelle le suc pancréatique transforme l'empois en dextrine et en gomme, le savant professeur de Berne reprend ses anciennes expériences, en remplaçant la fécule par de l'empois. Il constate, au bout de quinze heures, que l'empois est complétement dissous, que le mélange a pris une odeur aigre et fade qu'il croit pouvoir attribuer à la présence de l'acide lactique et que, de plus, il renferme du glucose, comme MM. Bouchardat et Sandras l'avaient annoncé.

Valentin fait remarquer que ce fait paraît en rapport avec l'observation de Daubenton qui a reconnu que le pancréas des herbivores est plus volumineux que celui des carnivores. Il ne cadre cependant pas trop bien avec les idées de M. Bernard qui professe que le suc pancréatique sert principalement à émulsionner les graisses. Mais toutes ces expériences ont été reprises par Leng (*de adipis concoctione et absorptione.* Mitaviæ, 1850); ce physiologiste a reconnu que les corps gras ne développent d'acides gras que quand ils ne sont pas mélangés avec le suc gastrique; qu'il y en a d'autant moins de produits que l'acidité du suc gastrique est plus prononcée; qu'en neutralisant cet acide, soit artificiellement, soit naturellement par la bile, il se forme des acides gras; il est, par conséquent, amené à penser que l'émulsion et l'absorption des corps gras ne dépend pas de l'action du suc pancréatique sur ces corps gras, mais simplement de l'état de neutralité dans lequel ils se trouvent. D'après ce même observateur, le suc pancréatique, traité par l'alcool et séché à une température de 30 à 40°, perd toute espèce d'influence sur la graisse et les substances amylacées. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de cette dernière particularité, le suc pancréatique n'a que peu d'action sur la fécule crue, et les recherches chimico-physiologiques décèlent encore des grains de fécule dans le gros intestin et même dans les fèces. (Valentin, t. I, 338.)

Ces résultats sont peu d'accord avec l'opinion émise, en 1845, par MM. Bernard et Barreswil (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XXI), sur l'existence d'un principe organique analogue dans la salive, le suc gastrique et le suc pancréatique dont l'action serait modifiée simplement par leurs réactions différentes. Valentin a vérifié cette théorie. Il a neutralisé avec de la potasse le chyme acidulé; il y a mêlé de l'empois et il a obtenu une fermentation avec un peu de sucre de raisin; il a cependant conservé quelques doutes sur la présence de ce sucre, surtout parce que l'empois ne s'est pas fluidifié. Jamais il ne lui a réussi de dissoudre l'albumine dans de la salive acidulée; jamais il n'a obtenu de la dextrine ou du glucose par l'intervention de la salive acidulée ou du chyme ayant de même une réaction acide, tandis que le suc pancréatique, dans un mélange acide, liquéfie l'empois avec une grande rapidité. Ainsi, suivant ce physiologiste, il est tout à fait contraire à l'expérience de dire que les trois sucs salivaire, gastrique et pancréatique ne diffèrent que par leur acidité ou leur alcalinité (t. I, 331).

Dans le *duodenum*, les substances amylacées et saccharoïdes

subissent aussi l'influence de la bile. Les expériences de Valentin (*loc. cit.*, 352) sur ce sujet sont précises : « Après avoir soumis à une digestion artificielle, dit-il, un mélange d'amidon, de bile de bœuf filtrée et maintenu le tout, pendant vingt-quatre heures, à une température de 30 à 40 degrés, j'ai filtré la masse ; elle ne contenait qu'une faible quantité d'une substance analogue à la dextrine ; en remplaçant l'amidon par de l'empois, j'obtenais un peu de glucose. Mais on arrive aussi à des résultats semblables en remplaçant la bile par de l'eau, en ayant soin de conserver le mélange à la température indiquée. » Nous voyons que, dans les expériences de Hoffmann, la bile fraîche est également restée sans action sur les matières amylacées (*in Hœser's archiv.*, 1844). Ces physiologistes font remarquer cependant que la bile, débarrassée du mucus par de l'alcool et par une faible proportion d'acide chlorhydrique, transforme promptement l'empois en glucose.

En faisant agir un mélange de bile et de suc pancréatique sur de l'empois, à la température de 36 à 40°, Valentin lui trouva, après vingt-quatre heures, une réaction franchement acide et il découvrit dans la masse du glucose. La fécule crue, mise à la place de l'empois, donne lieu à une vive fermentation et à un dégagement de gaz acide carbonique; mais la fécule n'était pas attaquée; il ne s'était pas formé de glucose.

Voici comment le professeur Valentin a étudié l'influence de la bile sur le sucre de canne : « J'ai dissous, dit-il, 1,01 gr. de sucre de canne dans 17,85 de bile de bœuf filtrée et contenant 10 0/0 de parties solides; j'ai fait digérer pendant 23 heures, à une température de 30 à 40° toute cette masse qui a émis une odeur fade, nauséeuse et dont la réaction n'était ni acide ni alcaline. Après y avoir versé la quantité suffisante d'acide sulfurique, il s'est montré cette belle coloration violette que Pettenkofer a indiqué, le premier, comme étant un des caractères propres au sucre de canne..... La bile contenait donc encore une proportion notable de sucre. » (*Loc. cit.* 353.) En répétant les expériences ci-dessus avec le sucre de canne, mais en joignant à la bile du suc pancréatique le professeur de Berne a encore excité dans cette masse une fermentation tellement vive que le bouchon du vase a été lancé au loin. Une disposition convenable lui a permis de se convaincre qu'il se faisait un dégagement d'acide carbonique, le mélange avait une réaction acide, il contenait du sucre encore pendant deux jours.

Il faut tenir compte également de l'influence du liquide que sécrètent les glandes de Brunner, de Lieberkuhn et de Peyer sur les aliments amylacés et saccharins. Frerichs (*in Wagner's Handw der physiolog.*) et plus tard Zander (*de sucro enterico, dorp.* 1850) ont isolé le suc entérique. D'après ces auteurs il a une réaction alcaline, tant dans le duodénum que dans le reste de l'intestin grêle et le gros intestin. Frerichs lui accorde peu d'énergie digestive; il a cependant remarqué que, sous son influence, l'empois subit, après douze heures, un commencement d'altération; tandis que Zander, en faisant réagir sur l'empois la sécrétion duodénale d'un chien, a constaté la présence du glucose après cinq heures; en même temps le mélange contenait encore une faible portion d'amidon. Tiedemann et Gmelin, de même que Schultz, Frérichs et d'autres physiologistes, après eux, considèrent le renflement cœcal comme un estomac complémentaire, capable de désagréger les matières amylacées entrées en fermentation et de les convertir en glucose. Dans les digestions artificielles, établies par Valentin, la muqueuse cœcale a amené une fermentation prononcée, pendant laquelle la graisse surnageait et restait intacte; les substances amylacées disparaissaient en partie seulement. De là il est permis de conclure que le produit de sécrétion de la muqueuse intestinale est apte à entretenir la fermentation que nous avons vue commencer dans l'estomac, et à convertir les aliments amylacés en glucose.

Il reste encore à signaler, après la fermentation alcoolique et lactique du sucre, un autre mode de destruction de cette substance hydrogénée, paraissant confirmer cette grande loi établie par Prout (*Chimistry, meteor. and the function of digestion consideret. — London*, 1834), à savoir, que les aliments de trois groupes, les substances amylacées ou saccharoïdes, les corps gras et les matières protéiques peuvent se transformer les uns dans les autres, même dans l'organisme vivant. Une expérience de Scharling (*de chimicis calculorum vesicariorum rationibus.* Hanniæ, 1839) tend à prouver la possibilité de la transformation *de la fécule en corps gras*. Il a lavé de la pulpe de pomme de terre dans de l'eau froide, il l'a conservée humide pendant trois jours, à une température de 30 à 40°; une fermentation qui a engendré de l'acide carbonique et de l'acide butyrique s'était établie ; le mélange est traité par du carbonate de soude filtré et le résidu est lavé avec de l'alcool, puis distillé avec de l'acide sulfurique; de cette façon il a obtenu des gouttes d'huile en proportion assez grande pour qu'elle n'ait pu être considérée comme représentant la faible quantité d'huile que contient la pomme de terre normalement.

Liebig apporte de nouveaux faits à l'appui de cette opinion, dans la deuxième édition de sa *Chimie animale* (Braunsw., 1843) ; il prouve que les carbures d'hydrogène peuvent donner naissance à de la graisse. Un an après, MM. Pelouze et Gelis (*Annales de chimie et de physiq.* 1844) soutiennent la même opinion qui, toutefois, trouve de l'opposition en France, de la part de MM. Dumas, Boussingault et Payen (*Ibid.* 1843). Dans un travail postérieur cependant, MM. Dumas et Milne-Edwards (*Ibid.* 1844) se rangent à l'opinion soutenue par Liebig et admettent que les abeilles transforment le sucre en cire.

Plus tard, Meckel (*de genesi adipis in animalibus.* Halæ, 1845) annonce que la bile mêlée avec le glucose, jouit de la propriété d'exciter une fermentation pendant laquelle celui-ci est converti en graisse. Il a été conduit à cette opinion par ses propres expériences qu'il a faites de la manière suivante : Il a choisi deux flacons d'égale grandeur, et les a remplis avec 180 grammes de bile de bœuf ; dans l'une, il a ajouté en outre 3,5 grammes de sucre de raisin préparé avec du miel; il a porté ces deux flacons dans ses aisselles pendant vingt-quatre heures. De l'un, de celui qui contenait du glucose, il a ensuite enlevé par l'éther 0,320 grammes ; de l'autre, seulement 0,135 grammes. Ayant communiqué le fait à Marchand, il convient avec ce chimiste de reprendre les expériences. Ils remplissent quatre flacons, chacun de 110 grammes de bile de bœuf; dans deux d'entre eux, ils mettent 4 grammes de sucre de raisin préparé avec de l'amidon; ces derniers flacons abandonnent à l'éther, l'un 0,87 grammes, l'autre 1,84 grammes; tandis que les deux autres ne cèdent que 0,48 grammes et 0,54 grammes. Ils ont constaté encore, à l'aide de la potasse, que l'intervention du sucre n'a pas seulement augmenté la quantité de graisse saponifiable, mais aussi la proportion de cholestérine ; que de plus aussi, les liquides contenaient encore du glucose.

Quels que soient le talent et l'autorité de ces deux savants observateurs, des faits de cette importance ne pouvaient se produire en physiologie sans appeler le contrôle des physiologistes. Aussi, voyons-nous Schiel entreprendre des expériences entièrement semblables; mais ses résultats ne lui donnent pas une conviction aussi absolue de l'augmentation de la proportion de la graisse; cet expérimentateur pense que le sucre intervenant, facilite simplement la décomposition de la bile. (*Jeitsch., f. ration. méd.*, 1846.)

Des faits précédents basés sur l'expérience de l'observation, on peut conclure que les matières amylacées servant à la nutrition arrivent dans l'estomac en grande partie à l'état de glucose ou de dextrine ; une autre partie dont la quantité ne peut encore être appréciée, résiste dans cette première portion de l'appareil de la digestion, et ne subit une transformation analogue que dans l'intestin grêle; une proportion plus faible encore échappe même complétement à l'action digestive du cœcum et du gros intestin, et est expulsée avec les fèces. ***Il y***

a, par conséquent, du sucre en dissolution dans la masse alimentaire de l'estomac, de l'intestin grêle et du cœcum, quoiqu'il soit ici en bien faible proportion. Nous avons vu que cette dissolution sucrée est attaquée par la fermentation qui commence déjà dans l'estomac, qui s'active surtout dans le duodénum; qu'elle diminue vers la fin de l'intestin grêle, mais qu'elle persiste néanmoins dans le gros intestin et surtout dans le cœcum. Cette fermentation laisse dans le tube digestif de l'alcool, de l'acide lactique, et peut-être aussi dans l'estomac, du moins, de l'acide acétique, qui passent assez promptement dans le torrent de la circulation, tandis que l'hydrogène et l'acide carbonique sont en grande partie poussés au dehors avec les autres excréments, et notamment avec quelques substances amylacées qui n'ont pas été attaquées.

(*La suite à un prochain numéro*).

COLLÉGE DE FRANCE.

Glucogénie.

Note sur la présence comparative du sucre dans le sang de la veine-porte et dans le sang des veines hépatiques;

Par M. Cl. Bernard.

Dans la séance de l'Académie du 12 mars dernier, j'ai rappelé que M. Lehmann, de Leipsick, venait encore avec une autorité des plus considérables en pareille matière, confirmer une de mes expériences fondamentales, à l'aide desquelles j'ai établi depuis longtemps que le foie fabrique du sucre. Cette expérience consiste comme on sait à montrer que chez les animaux carnivores à jeun ou en digestion de viandes, il n'existe pas de sucre dans le sang de la veine-porte qui circule des intestins vers le foie, tandis qu'il en existe constamment en forte proportion dans la sang qui sort du foie par les veines hépatiques pour circuler vers le cœur.

Dans la dernière séance de l'Académie, on a nié l'exactitude de ces résultats constatés et vérifiés par les hommes les plus compétents et les plus habiles. L'auteur de cette négation est arrivé non-seulement à dire que chez les animaux carnivores à certaines périodes de la digestion, il y a du sucre dans le sang de la veine-porte, aussi bien que dans celui des veines hépatiques, mais il n'a pas craint d'avancer que deux heures après un repas on trouve chez les chiens qui ont mangé de la viande de bœuf crue une plus forte proportion de sucre dans le sang de la veine-porte que dans le sang pris au-dessus du foie. L'assurance avec laquelle une pareille assertion a été avancée, pourrait peut-être en imposer à certaines personnes, c'est pourquoi je crois de mon devoir de venir déclarer ici que ces expériences sont absolument inexactes. Par suite d'expériences très-nombreuses faites depuis six années et que j'ai répétées devant des savants de tous les pays, je ne devais avoir aucun doute à cet égard. Je viens même encore cette semaine de refaire mon expérience devant différents physiologistes et chimistes en plaçant les animaux dans les diverses conditions de digestion et spécialement dans celles indiquées par l'auteur du mémoire en question, soit relativement à la nature de l'alimentation, soit relativement à l'époque de la digestion, soit enfin relativement à la manière dont le sang a été traité pour y rechercher la matière sucrée. Or, je déclare de nouveau que j'ai toujours obtenu le résultat que j'avais avancé, à savoir que chez les chiens en digestion de viande cuite ou crue, il n'y a pas de sucre dans le sang de la veine-porte, ni une heure, ni deux heures, ni trois heures après le repas, et qu'il y en a, au contraire, dans les mêmes circonstances constamment et en forte proportion dans le sang et la veine hépatique.

Maintenant, quant à apprécier la cause d'erreur ou les raisons qui ont déterminé l'auteur du Mémoire en question à avancer de pareilles assertions, ce rôle appartient à l'Académie qui, je l'espère, ne tardera pas à faire son rapport; et par un sentiment que l'Académie comprendra, j'ai l'honneur de prier M. le président de vouloir bien nommer à ma place un autre commissaire pour examiner le Mémoire de M. Figuier.

CORRESPONDANCE.

Anesthésie.

Nous avons reçu de M. Baudens la lettre suivante :

Paris, 25 avril 1855.

Mon cher confrère,

Dans le numéro du 31 mars de votre journal, vous dites : « Un chirurgien distingué, M. Mounier, est venu appuyer sur une nouvelle « et immense série de faits cette doctrine soutenue par MM. Baudens « et Sédillot (quoique par des motifs notablement différents) que dans « les accidents dus au chloroforme, *la cause réside dans l'opérateur*, « et non dans l'agent anesthésique et les conditions physiologiques des « patients. »

Vous me prêtez là une opinion *absolue* que je vous prie de vouloir bien rectifier dans un des prochains numéros de votre journal.

Je n'ai jamais dit que la cause des accidents réside dans l'opérateur seul, de même je me suis gardé d'avancer que ce dernier y est toujours étranger.

Mu par le seul mobile de la vérité, j'ai écrit, et c'est encore ma conviction, que le chloroforme a été employé très-souvent sans s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour éviter autant que possible tous dangers; j'ai insisté sur la nécessité de réglementer l'administration du chloroforme, et j'ai indiqué certains moyens.

M'appuyant sur les admirables découvertes de M. Flourens, qui a constaté que l'action de l'agent anesthésique est successive et progressive, j'ai donné le conseil de ne jamais dépasser *avec intention* l'abolition du sentiment. Je me suis élevé comme je m'élève encore aujourd'hui contre la doctrine généralement professée, et en particulier par la société de chirurgie citée dans l'article auquel je réponds, de pousser l'action du chloroforme jusqu'à la perte du mouvement, jusqu'au collapsus; parce qu'un pas de plus, la mort qui n'est encore qu'apparente sera réelle, car le bulbe rachidien où M. Flourens place le nœud vital sera lui-même envahi.

Plus de deux mille fois j'ai usé du chloroforme en suivant ce précepte, M. Mounier vient de l'employer, à Constantinople, environ trois mille fois en suivant les règles que j'ai posées;

Pas plus que moi il n'a eu d'accidents à déplorer, et jamais non plus il n'a rencontré d'inconvénients sérieux au point de vue de l'opération à ne pas arriver jusqu'au collapsus;

Dès lors, je ne comprends pas l'obstination des chirurgiens à courir au devant d'un danger d'homicide en donnant le conseil de demander à l'anesthésie à la fois l'abolition du sentiment et du mouvement. Je pense qu'agir ainsi est une haute imprudence que rien ne justifie, et tant que cette imprudence sera commise, il ne sera pas permis de dégager, en cas de mort la responsabilité du médecin, des conditions physiologiques des patients.

Est-ce à dire que, d'après moi, la cause des accidents réside uniquement dans l'opérateur, et non dans l'agent anestésique, et les conditions physiologiques des patients ? Nullement. Mais pour arriver à la vérité, pour faire la part qui incombe à l'un et aux autres, il faut suivre le conseil que je donne. Pour moi je le déclare hautement, je renoncerais aux bienfaits du chloroforme, jamais je n'oserais l'employer, si je devais en user comme on le fait généralement.

Tout à vous,

Baudens.

Nous nous sommes déjà expliqués plusieurs fois devant nos lecteurs touchant les principes de M. Baudens sur l'administration du chloroforme; nous n'avons donc pas à y revenir longuement. Nous avons proclamé plusieurs fois que ces principes étaient bons, mais qu'ils lui étaient communs avec tous les chirurgiens, moins peut-être M. Sédillot, car tous les chirurgiens se contentent de l'abolition de la sensibilité pour opérer, et M. Baudens se trompe quand il croit que la Société de chirurgie a donné le conseil de conduire les malades jusqu'au collapsus. Ce que la Société a dit, et avec raison, à notre avis, c'est que, avant d'opérer, le chirurgien doit attendre que l'in-

sensibilité soit complète, et qu'il n'est pas en son pouvoir d'empêcher que la paralysie du mouvement ne suive, dans certains cas, la paralysie du sentiment, tant est grande quelquefois la rapidité avec laquelle ces périodes se succèdent. Dans les cas de mort par le chloroforme les mieux connus, c'est ainsi que la mort est survenue. Les découvertes de M. Flourens, quelque admirables qu'elles soient, ne peuvent rien contre cette vérité d'observation; les 2000 faits de M. Baudens lui-même et les 3,000 de M. Mounier, en supposant que cet habile opérateur ait bien compté, n'y peuvent pas davantage. Des séries heureuses ne prennent rien pour ou contre une méthode; il y a un praticien à Paris, qui pense que le chloroforme ne fait jamais courir de dangers quand on l'administre chez des malades à jeun et dans une position aussi horizontale que possible; ce praticien a administré plus souvent le chloroforme à lui seul, que tous les chirurgiens de Paris ensemble, et il n'a, dit-il, jamais eu à déplorer le moindre accident; ce praticien est M. Delabarre. M. Baudens pense-t-il que la méthode de cet habile dentiste soit meilleure que celle de M. Barrier, de Lyon, Vallette, d'Orléans, ou Ad, Richard, de Paris, etc.? Voilà toute la question en ce qui concerne la méthode. Or, qui juge la méthode, en pareil cas juge la pratique: il est évident que s'il y a une méthode qui permet dans tous les cas d'atteindre l'insensibilité sans la dépasser, le chirurgien qui n'a pas su employer cette méthode est pour le moins coupable d'homicide par imprudence. C'est cette conséquence rigoureuse de la doctrine de M. Baudens que nous n'avons jamais pu admettre, et qui nous paraît aujourd'hui encore, aussi contraire à l'observation qu'aux intérêts des chirurgiens.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine. — La réunion annuelle de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine a eu lieu le 28 mars dernier, sous la présidence de M. Vée, pharmacien de Paris et inspecteur-général de l'assistance publique. Cette Société, fondée en 1824 dans le but de venir en aide aux confrères malheureux, a voulu étendre ses bienfaits en distribuant des prix aux élèves en pharmacie qui, pendant leur stage officinal, se sont fait remarquer par la bonne conduite et la constance dans le dévouement professionnel. Les élèves qui viennent d'être couronnés dans cette séance annuelle, sont :

Pour la première catégorie de six ans de stage.

Premier prix *ex æquo :* MM. Viginier (Louis), élève de M. Roussel; Dautrevaux (Ernest), élève de M. Grand.

Pour la deuxième catégorie de quatre à six ans de stage.

Premier prix : M. Cornut (Auxence), élève de M. Jutier. — Deuxième prix : M. Trinquart (Amable), élève de M. Jobert.

Pour la troisième catégorie de deux à quatre ans de stage.

Premier prix : M. Portron (Narcisse), élève de M. Bourières. — Deuxième prix *ex æquo :* MM. Vinchon (Alfred), élève de M. Hottot; Putois (Henri), élève de M. Robiquet.

Mentions honorables.

MM. Festal (Alexis), élève de M. Boissel; Marie (Paul), élève de M. Trablit; Etienne (Georges), élève de M. Blondeau.

Les applaudissements qui se sont fait entendre à l'appel des lauréats ne permettent plus de douter que cette nouvelle institution de 1853, déjà appréciée par ceux qui en recueillent les avantages, sera encouragée et maintenue par les *trois cent vingt-trois* pharmaciens qui forment la Société.

Après la distribution des prix, le secrétaire du conseil d'administration (M. Pennes) a lu son compte rendu de l'exercice de 1854. Cette revue exacte du passé a paru satisfaire l'assemblée, surtout lorsqu'il a été fait mention des démarches fructueuses faites auprès du gouvernement pour obtenir une modification dans le décret du 22 août 1854, qui, mal interprété, pouvait *annuler les droits* des pharmaciens de première classe au profit de ceux de la deuxième classe.

Après la lecture du compte rendu, il a été procédé aux élections, afin de remplacer les membres sortants du conseil d'administration. Ont été élus à une très-grande majorité :

M. Fumouze, *vice-président;* MM. Vée, Gobley, Reynal, Massignon, Philippe, Blayn fils, *conseillers.*

Le conseil se trouve composé ainsi pour 1855-1856 :

MM. Schaeuffèle, *président;* Fumouze, *vice-président;* Pennes, *secrétaire-général;* Favrot, *secrétaire-adjoint;* Hottot, *trésorier;* Labélonye, Bourières, Duroy, Gille, Vée, Gobley, Reynal, Massignon, Philippe, Blayn fils, *conseillers.*

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1855. Ont été nommés :

Président honoraire, M. Davenne, directeur de l'assistance publique; président, M. Dufour (2e arrondissement); vice-président, M. Janin (3e arrondissement); vice-président, M. Labarraque (5e arrondissement): secrétaire général, M. Fontès (4e arrondissement); secrétaire, M. Thibault (5e arrondissement); vice-secrétaire, M. Caron (4e arrondissement); secrétaire-trésorier, M. Moret (1er arrondissement); secrétaire-archiviste, M. Machelard (11e arrondissement).

Conseil d'administration. — M. Collomb (6e arrondissement); M. Payen (4e arrondissement); M. Nicolas (1er arrondissement).

— Par un décret en date du 30 mars, il est créé à Nantes une école préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le docteur A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc.; 1 vol, in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50.

Traité de Thérapeutique et de matière médicale, par A. Trousseau, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc.; et H. Pidoux, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc.; cinquième édition, considérablement augmenté, deux forts volumes in-8°, Paris, 1855. Prix : 20 fr. — Chez Béchet jeune, libraire-éditeur, rue Monsieur-le-Prince, 22.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 42. 3e ANNÉE. Samedi 7 avril 1855.

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

Note historique sur la présence du sucre dans l'organisme animal.

(*Communiqué à l'Académie des sciences dans sa séance du 2 avril* 1855.)

Par M. SCHNEPF.

(Suite. — Voir notre dernier numéro.)

§ 2. *Passage du sucre dans la masse du sang.*

La physiologie nous a appris que les vaisseaux absorbants qui rampent dans les parois du tube digestif appartiennent à deux ordres différents, aux veines et aux chylifères. C'est surtout Frérichs qui, évaluant la densité des liquides contenus dans l'estomac entre 1021 et 1035, inférieure, par conséquent, à celle du sang, insiste particulièrement sur la rapidité avec laquelle ces liquides passent dans les veines de l'estomac. « D'après Moleschott, est-il dit à la page 290 de la *Physiologie* de Thomas (Leipsig, 1853), il est vraissemblable que tous les aliments dissous passent directement dans les chylifères et dans les veines ; pour l'albumine et *le sucre il est suffisamment prouvé qu'ils sont absorbés par les veines....* » Cette faculté absorbante, disputée aux veines depuis la découverte des lymphatiques, est surtout établie par les expériences de Stannius (in Vierordts archiv. 5, physiolg. Heilk. 1852), qui a prouvé qu'en interrompant la circulation du sang on arrête aussi l'absorption ; dans un cas seulement les lymphatiques ont été trouvés gorgés.

De ce que les veines gastriques et mésentériques amènent du sucre dans le système de la veine-porte, on a conclu que la bile devait verser de nouveau dans l'intestin le sucre ou au moins une partie du sucre que les radicules veineuses y avaient puisé. MM. Bouchardat et Sandras (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1845) ont principalement avancé cette opinion ; aussi pensent-ils que ce n'est que la lenteur avec laquelle le glucose arrive ou prend naissance dans l'intestin grêle qui empêche la saturation du sang et la formation de glucosurie. Mais rien n'autorisait, jusque-là du moins, à admettre l'existence du sucre dans la bile. Le professeur Bouchardat, auquel je viens de rappeler ces analyses, m'affirme que les animaux étaient nourris exclusivement avec du sucre et que leur économie s'en trouvait saturée ; mais il existe dans la science des analyses contradictoires de la même époque : Budge (in Roser und Wunderlich's arch., 1845), ayant nourri un chien avec du sucre de canne, le tue et trouve du sucre dans l'estomac, dans l'intestin grêle et le gros intestin, dans l'urine et *dans le sang*, mais *pas de trace dans la bile.* Valentin suppose également que le sang de la veine-porte charrie du sucre, puisqu'il pense que la bile ne se charge que de la quantité de glucose qu'il faut ajouter à celle du sang des veines sus-hépatiques pour obtenir la proportion normale contenue dans le sang de la veine-porte

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40.)

Je vous ai présenté, il y a quelques années, une tumeur fibro-plastique implantée sur une des deux cordes vocales supérieures, et qui avait étouffé le malade pendant la nuit. La trachéotomie, dans ce cas, eût prolongé au moins les jours de ce malheureux.

Si je vous signale ces deux faits, c'est pour arriver à vous rappeler un cas de cancer du larynx que nous devons à notre savant collègue, M. Barth, et qui a soulevé toutes ces réflexions.

Un homme âgé de cinquante-six ans était entré à l'hôpital Beaujon pour une affection du larynx. Vous avez vu dans nos bulletins, Messieurs, le diagnostic si bien raisonné que M. Barth avait porté et que l'autopsie est venue confirmer. Le cancer, limité aux cordes vocales, n'atteignait pas encore la trachée ; il avait à peu près en superficie l'étendue d'une pièce d'un franc, et le malade est mort suffoqué. M. Barth avait insisté pour que l'on eût recours à la trachéotomie, et l'examen de la pièce a prouvé qu'elle eût certainement retardé le moment de la mort.

Un autre intérêt s'attache aux pièces dont j'ai encore à vous parler sans quitter l'arbre respiratoire.

M. Barth nous a présenté un exemple fort remarquable de la dilatation des bronches chez une femme de trente-six ans. La malade avait présenté de la dyspnée, de l'oppression, de la toux, et l'affection avait débuté depuis un mois seulement. A la percussion, on avait trouvé de la sonorité à gauche, un son obscur et de la matité à la base du poumon droit. A l'auscultation, pas de retentissement de la voix, pas de craquement, excepté au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, à droite, où l'on entendait un souffle caverneux avec de la bronchophonie. Même souffle à gauche au niveau de la racine des bronches.

Il s'agissait, Messieurs, ainsi que je vous l'ai déjà dit plus haut, d'une dilatation bronchique, maladie que l'on a si souvent confondue avec des cavernes pulmonaires ; et cette affection présentait ceci de remarquable que son origine était récente, et que la femme était d'un âge où l'on observe rarement cette lésion

Nous comptons dans nos bulletins beaucoup de pièces que l'on pourrait rapprocher de celle-ci, et nous les devons en grande partie à M. Barth. J'aurai encore à vous signaler plusieurs présentations fort remarquables de notre excellent collègue, et je suis sûr d'être votre interprète en priant M. Barth de recevoir les remercîments de la Société.

Je suis forcé à regret de glisser sur toutes les considérations que M. Barth nous a développées, je n'ai pu que vous les indiquer sommairement.

Puis vient une pièce de M. Goupil c'est une tumeur formée par les

(*loc. cit.*, 361 et suiv.). Il était d'ailleurs bien accepté dans la science que le sucre ne passe dans l'urine qu'autant qu'il se trouve en excès dans le sang. Kersting (*saccharum sanguine receptam urinam probatur experimentis.* Missenæ, 1845) a observé sur lui-même qu'en prenant du sucre en petite quantité il n'en trouvait pas dans l'urine; la même chose eut lieu quand il s'administrait un lavement contenant du sucre en dissolution; tandis que l'urine d'un animal dans le sang ou dans la cavité abdominale duquel il avait injecté du sucre de canne ou du sucre de raisin contenait une proportion notable de sucre. D'ailleurs M. Magendie (*Gazette médicale*, 1846), dit formellement que le sang peut renfermer *de la dextrine et du sucre* sans qu'il soit possible de déceler la présence du sucre dans les urines. Ce qui signifie évidemment que, dans l'état de santé ordinaire, le sang peut contenir du sucre. Le monde savant semblait si peu douter de l'existence du sucre dans le sang normal, que nous trouvons cette croyance déjà formulée dans la *Physiologie* de Valentin (1846) : «En prenant, dit ce savant professeur, *du sucre dans les boissons, il passe plus vite dans la masse du sang par cela seul qu'il est en dissolution. Cependant le chyle en contient parfois également et même dans une telle proportion qu'il présente une saveur franchement sucrée.*» (*Loc. cit.*, I, 395.) Tiedemann et Gmelin avaient d'ailleurs déjà trouvé du sucre dans le chyle d'un chien qu'ils avaient nourri avec de l'amidon; ils ont, en même temps, rencontré de la gomme et du sucre dans le tube digestif du même animal.

Est-il besoin de rappeler la composition du lait pour prouver que le sang contient normalement du sucre? Il ne viendra, en effet, à l'idée de personne de dire que la glande mammaire fabrique du sucre! Il est même digne de remarque et contraire à certaines théories que la proportion de sucre diminue dans le lait quand l'alimentation devient plus végétale; c'est la proportion de beurre qui augmente dans ces conditions; le sucre et la caséine augmentent au contraire quand l'alimentation est plus animale. (Simon et Valentin, *loc. cit.* II, 152.) Ainsi, jusqu'ici nous voyons que du sucre en dissolution arrive par les chylifères et le système de la veine-porte dans l'oreillette droite du cœur chez tout être soumis à une alimentation végétale ou mixte. Tous les physiologistes admettent que, dans le sang, le sucre a une tendance à être détruit, qu'il est en partie brûlé et converti, soit en acide lactique, soit en acide carbonique et en eau qui sont chassés par la perspiration pulmonaire. Il concourt ainsi au phénomène de l'hématose et devient une véritable substance alibile. La partie de glucose détruite dans le tube digestif a également fourni à la masse du sang quelques-uns de ses éléments hydrogénés, notamment l'acide lactique, l'acide acétique et peut-être aussi de la graisse.

Tel était l'état de la science, lorsque M. Bernard est venu, en 1848, annoncer que « le sucre se forme dans le foie et que cet organe est en même temps le siége et l'origine de la matière sucrée chez les animaux ; .....que cette formation de sucre est indépendante d'une alimentation sucrée et amylacée. » (Arch. génér. de médecine, 4e série, T. 18.) Cet habile expérimentateur fonde son opinion sur ce qu'il a pu déceler, à l'aide des réactifs indiqués plus haut, la présence du sucre dans les veines sus-hépatiques et dans le foie, tandis qu'il n'en trouvait pas dans le sang de la veine-porte, ni chez les carnivores ou chez les animaux qu'il ne nourissait qu'avec de la viande, ni même chez des herbivores. La conséquence paraissait forcée, comme le disait ce physiologiste lui-même. Ce qui découle de ce premier travail, c'est que le foie, le sang des veines sus-hépatiques et des cavités droites du cœur contiênt du sucre. Sa proportion n'est pas indiquée, et quoique l'analyse chimique quantitative n'ait pas été consultée, M. Bernard a néanmoins le mérite d'avoir découvert uue fonction nouvelle du foie, fonction dont il a exagéré l'importance en cherchant à l'expliquer par une hypothèse.

Le fait reste, encore aujourd'hui, acquis à la science ; mais l'hypothèse s'est évanouie devant les résultats d'expérimentations ultérieures.

Pour les physiologistes et les chimistes qui ont suivi les progrès de la science pendant la première moitié de ce siècle, l'existence du sucre dans le sang normal n'est pas plus un doute que pour les auteurs qui résument ainsi cette question (*Physiolog. ves Menschen*, Thomas. Leipzig, 1853): « Il a été prouvé dans ces derniers temps, est-il dit à la page 347, qu'il y a du sucre dans le foie, et Scherer en a trouvé également dans la chair des animaux; Liebig aussi a contaté la présence de l'acide lactique dans la chaire, Van Lœr dans les poils et Lehmann dans le cristallin ; cependant on n'a pas suivi le développement de ces substances; *il est reconnu toutefois qu'elles existent dans le sang.* »

Dans une autre œuvre collective de pathologie et de thérapeutique, publiée depuis un an, par les plus grandes célébrités médicales de l'Allemagne, sous la direction du professeur Virchow, nous trouvons dans un chapitre du professeur Vogel, sur les altérations du sang, la description d'un état particulier de ce fluide qu'il appelle *mélitémie* et qu'il annonce ainsi : « Une assez grande proportion des substances que nous prenons comme aliments ou bien renferment déjà du sucre, ou bien se

---

ganglions bronchiques, trouvée à l'autopsie d'un enfant tuberculeux qui n'a pas offert de signes d'asphyxie. C'est une de ces lésions si intéressantes au point de vue de l'anatomie pathologique, et qui ont souvent donné lieu à des symptômes de phthisie laryngée, par suite de la compression de nerfs récurrents. Ces tumeurs font le su et d'une thèse de *M. Hourmann*, dans laquelle elles ont été bien décrites.

Pour les poumons, je vous rappellerai une pièce de *M. Boullard* dans laquelle on trouvait ces organes farcis de tubercules miliaires; une escharre gangreneuse sans communication avec l'arbre aérien, que nous a montrée M. *L. Blin*, et qui, pendant la vie, n'avait donné lieu à aucune odeur, à aucun signe de la gangrène de ces organes ; une présentation de M. *Tarnier*, une apoplexie pulmonaire avec induration, carnification du tissu de ces organes ; et une note de M. *Verneuil* sur un fait de pneumonie chronique qu'il a résumé ainsi : coloration grise, état granuleux, friable, absence de vascularisation du parenchyme pulmonaire ; désagrégation facile des vésicules par la disposition des tissus fibreux et élastiques et des vaisseaux ; production de matière amorphe remplaçant ces vésicules et les oblitérant; quelques corpuscules granuleux, quelques épithéliums déformés ; point de pus ni de tubercules.

M. *Vidal* nous a présenté un épanchement purulent des plèvres et un abcès du médiastin antérieur chez un jeune enfant de deux ans. Le petit malade présentait au bas du sternum une tumeur, large comme un pièce de cinq francs, agitée de battements isochrones aux battements du cœur et du pouls ; tumeur en partie réductible, mais dont la réduction provoquait des accès de dyspnée, et quand on la comprimait, quand on la palpait avec soin, on sentait un rebord osseux, dur, et qui offrait une perforation centrale.

L'autopsie vint démontrer qu'outre l'épanchement purulent des plèvres auquel avait succombé le jeune malade, il y avait un abcès déterminé par l'altération, la carie de la partie inférieure et interne du sternum et des cartilages costaux correspondals.

Pour achever ce qui est relatif à l'appareil respiratoire, il me reste à vous parler de quelques pièces sur le thymus et le corps thyroïde.

L'on n'est pas fixé sur l'époque précise de la disparition du thymus ; l'on sait du reste qu'il persiste plus ou moins longtemps. Il existait encore, bien développé, sur un enfant de cinq ans, que M. Boullard vous a montré. C'est un fait à enregistrer, et qui offre quelque intérêt.

Notre président a mis sous nos yeux un corps thyroïde dont les deux lobes étaient transformés en deux hématocèles, avec épaississement considérable des parois du kyste et des caillots stratifiés, tout à fait semblables à ceux que l'on observe dans les anévrysmes anciens. Cette pièce lui était adressée par un médecin de province, sans aucun renseignement.

Enfin, M. Fano nous a fait voir une petite tumeur dure, osseuse, grosse comme un petit œuf de pigeon, qu'il a observée dans un des lobes du corps thyroïde, et dont la coupe rappelait celle d'une pomme de Grenade, avec de petites loges remplies d'une bouillie, d'une pulpe rougeâtre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

transforment en sucre dans l'organisme. Cette substance subit dans le corps d'autres changements dont le résultat final est la formation d'acide carbonique et d'eau. Mais dans bien des circonstances cette décomposition du sucre ne se fait pas, ou du moins, se fait d'une manière insuffisante, *alors le sucre s'accumule dans le sang et se mêle aux produits de sécrétion, surtout à l'urine*, etc. » (Handb. *V. Patholog. méd. thérapic*, t. I et II, page 448.) Ainsi le glucose existe dans le sang, et tant qu'il ne s'y accumule pas il ne donne pas lieu à un état morbide.

§ III. — *Du foie considéré comme organe sécrétant du sucre.*

L'expérience avait appris à Tiedemann et Gmélin, de même qu'à Valentin, que les chylifères versent du sucre dans les cavités droites du cœur; Budge avait prouvé, par l'analyse chimique, ce que la physiologie enseignait déjà, savoir : « que les animaux tirent du règne végétal des substances amylacées et sacchoroïdes, le sucre qu'on trouve dans leur sang normalement et dans leurs urines pathologiquement. Les physiologistes qui, à l'époque de la publication du travail de M. Bernard, étaient au courant de la science, devaient accueillir ses conclusions avec une certaine défiance. D'ailleurs, puisqu'on savait que les chylifères versent du sucre dans le sang, on pouvait déjà dire que si le foie contient du sucre, c'est qu'il en reçoit par l'artère hépatique, et, quelque minime que soit la quantité de sang artériel qui pénètre dans cette énorme glande, on pouvait affirmer que tout le glucose trouvé dans le foie et les veines sus-hépatiques n'était pas formé dans le foie. Mais il y avait une autre source à explorer encore : c'était le système de la veine-porte, quoique M. Bernard déclare n'y pas avoir découvert de sucre à l'aide de réactifs. La question était délicate et digne d'un chimiste expérimenté. Le professeur Lehmann, auteur d'un *Traité de chimie physiologique* parvenu, en peu d'années, à sa deuxième édition, cherche à apprécier, au moyen de l'analyse quantitative, les différences de composition entre le sang de la veine porte et celui des veines sus-hépatiques. Nous extrayons de son travail (*in Bor. v. Sachsisch.* Akad. 1850) les résultats relatifs à l'existence du sucre. Le savant professeur avoue que, même chez les animaux soumis à une alimentation végétale ou mixte, on ne trouve, le plus souvent, dans la veine-porte qu'une proportion minime de glucose que l'analyse quantitative ne peut déterminer très-exactement; que cependant il en a constaté une fois 0,055 °/o des matières solides du sang de cette veine; que des proportions très-appréciables existent, au contraire, dans les veines sus-hépatiques; ainsi chez trois chevaux placés dans les mêmes conditions, il en a trouvé 0,635, 0,893, 0,776 °/o des matières solides du sang des veines hépatiques. Le sérum de ce même sang ne contenait, dans un cas, que 0,0059 et dans un autre seulement 0,0041 °/o de sucre ; par conséquent dix fois moins que les matières solides du sang de la veine-porte.

Il est bien singulier que M. Bernard, dans son mémoire publié sur ce sujet en 1853, ni M. Figuier, lors de sa communication, n'aient fait mention des analyses du professeur Lehmann, quoique ces deux expérimentateurs parlent des travaux de ce chimiste distingué.

Ainsi l'on savait, depuis une dizaine d'années, que le sang des cavités droites du cœur contenait du sucre; l'on savait depuis près de cinq ans que le sang de la veine-porte versait cet aliment hydrogéné dans le foie; l'on savait, dans cette Allemagne laborieuse, qu'on traite parfois de rêveuse, que l'animal emprunte au règne végétal, entre autres éléments, le sucre; l'on savait tout cela quand on est venu l'annoncer jusque dans l'enceinte de l'Académie des sciences, comme une nouveauté.

Il ressort cependant des expériences de M. Bernard et des analyses de Lehmann que le foie joue un rôle actif dans la question du sucre de l'économie animale. Mais rien n'autorise à croire que cette glande le crée d'une substance protéique; il y aurait à prouver, au préalable, que les matières azotées peuvent se transformer en substances non azotées et en sucre. Emettre de pareilles opinions, c'est, il nous semble en ce moment, appuyer une hypothèse par d'autres hypothèses. N'est-il pas plus conforme aux résultats de l'expérimentation physiologique que je viens d'exposer, de dire que le foie secrète du sucre qu'il trouve dans le sang, comme le rein sécrète l'urée qu'il trouve de même dans *la liqueur mère de l'économie*, suivant l'expression allemande. La proportion de sucre est dix fois plus grande dans les veines sus-hépatiques que dans la veine-porte; si elle était la même dans le sang qui entre et dans celui qui sort du foie, il est évident que cet organe n'exercerait aucune influence sur le sucre de l'économie. Mais cette différence, quelque grande qu'elle soit, n'a rien de plus étonnant que celle qui existe entre la quantité d'urée de l'urine et celle du sang. Cette substance azotée est à peine appréciable dans l'état normal du sang, d'après les analyses de Marchand, de Simon et de Lehmann, tandis qu'elle peut s'élever dans l'urine jusqu'à 4,124 0/0, d'après les expériences de Lehmann, de Bischoff et de Beneke.

Si nous réfléchissons d'ailleurs que le sang fait 720 révolutions complètes en vingt-quatre heures ou 36 en une heure, nous voyons que s'il laissait à chaque révolution toute sa proportion de sucre dans le foie, il y aurait en une heure trois fois plus qu'on n'en trouve dans les veines sus-hépatiques. Il faut reconnaître, en outre, avec Valentin, que tout tissu glandulaire exerce une action élective, spéciale sur le principe qu'il élimine du sang.

C'est ainsi que la proportion d'urée s'accumule dans le sang quand les reins sont extirpés, comme MM. Prévost et Dumas l'ont constaté; mais cette accumulation est loin d'être en rapport avec la quantité d'urée qui aurait été sécrétée si les organes sécréteurs avaient fonctionné. Il ne répugne donc pas, en saine logique, de dire que le foie sécrète le sucre contenu normalement dans le sang d'un animal qui est nourri avec des aliments végétaux ou mixtes. Mais il reste encore à examiner si « la formation du sucre est indépendante d'une alimentation sucrée ou amylacée, » comme M. Bernard l'a annoncé en 1848.

Cette proposition ne renferme rien qui doive nous surprendre, après ce que nous venons d'entendre, puisque le sang des herbivores et des omnivores contient une proportion de sucre plus ou moins considérable, puisque la chair musculaire contient du sucre et que les tissus de l'économie renferment des produits de la décomposition de ce principe nutritif; mais voyons néanmoins comme elle concorde avec les recherches expérimentales.

En ma qualité d'historien, il est de mon devoir de peser la valeur de toutes les données qui ont successivement constitué la science. On peut considérer le traité de physiologie de Valentin comme étant l'expression de l'état de nos connaissances en 1846; il y est dit, t. 1, p. 784 : « Les résultats auxquels l'analyse chimique des éléments est arrivée jusqu'à ce jour, apprennent que la composition générale des masses musculaires se rapproche à un très-haut degré de la composition de l'ensemble des parties constituantes du sang. » Les vues élevées de cet observateur sagace découlent des faits et s'enchaînent entre elles; ainsi nous lisons à la page 203 du même volume : « Il est remarquable combien les combinaisons des mêmes substances organiques avec des matières inorganiques diverses amènent de particularités et des diversités de forme. » Nous allons voir comment toutes ces choses se lient aux faits d'observation.

Le docteur Baumers (*in C's Wihschr*, 1851) a nourri quatre carnivores (deux renards, un chien et un chat) avec de la viande exclusivement, pendant plusieurs semaines. Puis les ayant sacrifiés, il put constater la présence du sucre dans le foie. Dans un de ces cas seulement, dit-il, *le sang de la veine-porte a permis de constater la présence du sucre.* Dans le supplément que le professeur Valentin ajoute, en 1851, à son *Traité de physiologie*, nous trouvons, à la page 63 : « Scherer (*in* Van Verhandlg., *V. Physik medicin.. Gesell., in* Würzburg, B. I) a

extrait du jus de viande une espèce particulière de sucre, appelée *inosite*. Cette substance sucrée a pour formule $C^{12}H^{12}O^{12} \times 4(HO)$; elle est insensible aux réactifs du glucose et du sucre de canne. C'est donc à l'état de nature que le carnivore trouve dans le sang et la chair musculaire le sucre qui circule dans la masse de son sang; cette substance alibile est dans ses aliments aussi bien que dans ceux des herbivores et des omnivores. Pourquoi, d'ailleurs, n'y aurait-il que quelques êtres condamnés à former une matière qui est départie avec tant de profusion au plus grand nombre des créatures?

Le mammifère ne prend pas seulement du sucre dès sa naissance, il en trouve déjà, pendant sa vie fœtale, dans les eaux de l'amnios et même dans l'allantoïde. Les analyses de Uhle, élève du professeur Lehmann, ont parfaitement démontré cela. (*Versuez üb V. Zeitw., Uebergg. Ves Zeukers in V. Harn.*, Leipzig, 1852.) Il n'est donc pas étonnant que M. Bernard ait trouvé du sucre dans le foie de *jeunes veaux pris aux abattoirs*. (*Archiv. génér.*, 1848), et cela, comme nous le voyons, ne pouvait pas être une preuve que le sucre se forme dans le foie.

L'argument que M. Bernard tire de la présence du sucre dans le foie et les veines hépatiques d'un animal privé de toute espèce d'aliment pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines ne peut pas davantage résister aux conclusions qui découlent des faits précédents. Le sang de l'animal ne perd, dans chacune de ses révolutions, qu'une faible proportion de son sucre, sous la forme d'acide carbonique et d'eau, par la perspiration pulmonaire. Cette perte est en rapport avec la richesse du sang en sucre. Les expériences de MM. Regnault et Reiset, sur la perspiration, prouvent, en effet, que la proportion d'oxygène exhalé dans l'acide carbonique est plus considérable chez les herbivores, les granivores que chez les carnivores, relativement à la proportion d'oxygène enlevé à l'atmosphère. Tout cela n'avait d'ailleurs pas échappé à Valentin, puisqu'il disait déjà en 1846: « Les animaux épuisés par la faim perdent, néanmoins et sans cesse, de l'acide carbonique et de l'eau par la perspiration, de l'eau, de l'urée et d'autres composés par les urines; leur desquamation continue et leurs fèces renferment des matières sous une forme qu'elles n'avaient pas dans les aliments. De là nous pouvons conclure, ajoute ce savant, que l'échange des gaz et le jeu des organes entretiennent une métamorphose incomplète des éléments, même quand l'alimentation suffisante fait défaut. (I, 775.)

Les résultats des analyses de M. Figuier diffèrent de ceux qui précèdent en ce qu'ils indiquent une proportion de sucre beaucoup plus considérable dans le sang de la veine-porte et dans celui des veines sus-hépatiques. Des recherches ultérieures décideront cette question de plus ou de moins, mais il reste acquis à la science que le foie des carnivores comme celui des herbivores et des omnivores, reçoit du canal alimentaire le sucre que charrient ces vaisseaux. Comme le rein, le foie enlève au sang une certaine proportion d'une substance à éliminer; dans les deux cas, il y a plutôt excrétion que sécrétion, puisque le sucre et l'urée existent en nature dans le sang, et que les deux substances sont expulsées l'une par les voies urinaires, l'autre par les voies aériennes.

§ IV. — *Du sucre accumulé dans le sang.*

L'existence du sucre dans le sang à l'état physiologique et pathologique a fait le sujet d'un grand nombre de travaux. Un élève de Lehmann, M. de Becker, est arrivé à cette conclusion que l'urine ne peut contenir du sucre qu'autant que le sang renferme, soit après l'absorption dans le tube digestif, soit après l'excitation cérébrale, une proportion de sucre comprise entre 0,11 et 0,20 0/0. (*Zandb. d. physiolog.*, *chemie* de Lehmann; 2ᵉ édit.; Leipzig, 1853.)

Selon quelques observateurs, Uhle, Budge, Baumers, etc., on peut nourrir des lapins avec des aliments sucrées sans obtenir de glucosurie; le professeur Lehmann s'est lui-même soumis à une alimentation saccharoïde sans pouvoir constater de sucre dans ses urines; il ne nie cependant pas que cela ne soit possible, et Budge en a trouvé dans l'urine d'un chien; Schmidt, dans l'urine d'un chat; ces deux animaux avaient été nourris avec du sucre de canne. A quoi tiennent ces différences? Uhle en fait le sujet d'un travail intéressant (*Versunt. üb. V. Zeitw. Uebgg., V. Zenkers in V. Harn.*, Leipzig, 1852). Ce chimiste remarque que l'urine contenant du sucre présente toujours une réaction acide, il injecte par conséquent dans les veines d'un chien le mélange suivant: eau 12, glucose 0,4 et potasse 0,8; il obtient des urines alcalines et exemptes de sucre.

La même chose a lieu quand il remplace la potasse par du carbonate de soude. Il pense alors que le sucre se transforme en acide sous l'influence de l'alcalinité du sang; que celui-ci neutralisé par les acides engendrés n'agit plus sur le sucre qui, dès lors, se trouve en excès et passe dans les urines. Il institue une nouvelle série d'expériences; il nourrit des lapins avec de l'orge et de l'acide tartrique destiné, à cause de son absorption rapide, à neutraliser l'alcalinité du sang; mais les urines ne se chargent pas de sucre d'une manière bien tranchée. De nouvelles recherches et analyses sont nécessaires pour juger cette question.

Relativement à la proposition de M. Bernard, qui dit que « la production de la matière sucrée, qui serait une des fonctions du foie, paraît liée à l'intégrité des nerfs pneumo-gastriques..» (*Archives générales* 1848.) Uhle et Schrader, deux disciples des professeurs Wagner et Lehmann, ont constaté que ce n'est pas en excitant la moelle allongée, au niveau de l'origine des nerfs pneumo-gastriques, qu'on engendre la glucosurie, mais la face postérieure du bulbe, dans le quatrième ventricule, vers la partie supérieure et à 2 1/2 m. m. de chaque côté du sillon longitudinal médian. Lehmann dit même, dans la nouvelle édition de sa *Chimie physiologique*, qu'il a pu, avec M. de Becker, engendrer la glucosurie en irritant d'autres points que la moelle allongée. Ainsi cela est arrivé toutes les fois que ces observateurs ont piqué entre les tubercules quadrijumeaux et même en incisant jusqu'à la partie moyenne du pont de Varole. La section des nerfs vagues, d'après Frerichs, n'a d'autre influence sur la digestion stomacale que celle d'arrêter la chymification des matières albuminoïdes; il s'est assuré que la transformation des substances hydrogénées continue comme dans l'état normal (Thomas, *loc. cit.*, p. 275). Le professeur Lehmann déclare formellement, dans sa *Chimie physiologique*, qu'il serait contraire aux lois les plus simples de la chimie de penser que certaines excitations de filets nerveux dussent influencer l'apparition du sucre dans le foie; que si cela était admissible, il faudrait constater tout d'abord une accumulation des matières élémentaires et fondamentales du sang dans le foie pendant la durée de cette irritation. Or, ce physiologiste ajoute que, loin d'avoir remarqué une accélération dans la circulation hépatique, il a, au contraire, *toujours* observé un ralentissement dans la circulation chez les diabétiques et chez les animaux soumis à ses expériences. Il avoue, d'ailleurs, que, dans l'état actuel de nos connaissances (1853), il ne reste plus rien de vrai, quant à l'origine du sucre dans les urines, que ce fait, que *le sucre passe dans les urines parce qu'il n'est pas détruit dans le sang.*

Il est facile de se convaincre, en examinant les expériences et les analyses de Lehmann, de Budge, d'Uhle et de Schrader, que toutes ces sources de sucre que certains médecins ont trouvées dans les urines des épileptiques, des hystériques, voire même des vieillards en général, sont taries, de même que les théories bâties sur elles se trouvent écroulées.

Résumé.

Donc conformément aux documents que j'ai recueillis sur la présence du sucre dans l'économie, on peut conclure, quant à l'état actuel de la science, que les matières amylacées et saccharoïdes deviennent assimilables dans presque toute l'étendue

du tube digestif sous la forme d'une dissolution sucrée; qu'une grande partie subit la fermentation et passe dans les vaisseaux absorbants à l'état d'acide lactique, d'alcool en partie, peut-être aussi à l'état d'acide acétique et de matière grasse; qu'une faible proportion seulement parcourt le tube digestif sans être transformée et qu'elle est expulsée avec les fèces; qu'une partie du sucre en dissolution est absorbée par les chylifères (Tiedemann et Gmélin, Valentin, Budge, etc.,) et mêlée avec le sang veineux qui se rend dans l'oreillette droite; qu'une autre partie passe directement dans les radicules de la veine-porte, où sa présence en quantité a été constatée pour la première fois par le professeur Lehmann; que les veines sus-hépatiques contiennent une proportion de sucre beaucoup plus considérable que le reste du système circulatoire; que le foie aussi contient du sucre, comme M. Bernard l'a signalé le premier; que le sucre, en nature dans le sang normal, est sécrété par le foie, comme l'urée est sécrétée par les veines; que, non-seulement les aliments végétaux, les liquides qui baignent le fœtus et le lait dont se nourrissent les jeunes mammifères renferment du sucre, mais encore la chair des animaux contient une espèce de sucre que *Scherer* appelle *inosite* et qui n'est pas plus sensible aux réactifs du sucre de raisin qu'à ceux du sucre de canne; que, par conséquent, la source du sucre chez les carnivores comme chez les herbivores et les omnivores est dans le tube digestif; que le sucre est alibile soit à l'état d'acide lactique, d'alcool, peut-être même de graisse et d'acide acétique, soit en dissolution dans le sang où il se brûle pour servir à l'hématose; que la glucosurie survient quand la proportion de sucre s'accumule dans le sang par suite d'une combustion insuffisante; qu'enfin l'excitation de parties nerveuses étrangères à l'origine des nerfs vagues, situées dans le quatrième ventricule, entre les tubercules quadrijumeaux et dans le pont de Varole, amène la glucosurie.

MÉDECINE COMPARÉE

Du Tétanos comparé.

A M. H. de Castelnau, Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

Il vous a paru utile au but que poursuit si dignement le *Moniteur des hôpitaux*, de tenir ses lecteurs un peu au courant de ce qui se fait en médecine vétérinaire. Vous avez pensé que s'il est vrai que notre médecine doive beaucoup à sa sœur aînée, pour les lumières qu'elle lui a prêtées à ses débuts, celle-ci pouvait être maintenant en position de payer au moins une portion de sa dette; et qu'elles étaient à peu près arrivées à présent, l'une et l'autre, à se prêter un mutuel concours dans cette admirable voie du progrès, dont la poursuite passionne tous les gens de cœur et de bon sens. Voilà ce que vous avez pensé, Monsieur, et je suis fier autant qu'heureux d'avoir été chargé de l'accomplissement de cette tâche.

La médecine vétérinaire, en effet, a besoin d'être mieux connue de la médecine humaine, qui dédaigne peut-être un peu trop ses enseignements, et qui, dans tous les cas, quand elle veut bien les rechercher, n'a pas toujours la main heureuse, comme je le montrerai tout à l'heure. Quand même nous n'aurions pour nous que notre grande facilité à pratiquer des autopsies, dans toutes les conditions de la pratique; quand même nous ne pourrions offrir que nos faciles démonstrations de l'influence des agents hygiéniques; quand même, dis-je, nous n'aurions que cela, il me semble, à moi aussi, que le temps est venu pour nous de rentrer dans le giron de la *médecine générale*, et de montrer à ceux de nos confrères qui appliquent leurs soins aux animaux *prétendus raisonnables*, qu'ils peuvent avoir quelque chose à gagner à des relations étroites. La science est une, assurément, et l'organisation est soumise partout à des lois uniformes. Indépendamment des lumières acquises, et dont il nous a été possible de tirer parti en nous les appropriant, nous n'avons pas eu à tenir compte de certains préjugés sociaux : voilà pourquoi notre marche a été si rapide. La reconnaissance nous fait un devoir de nous acquitter, autant qu'il est en notre pouvoir, envers notre sœur aînée; et, je le répète, humble apôtre de *la science*, je suis heureux et fier de porter ici témoignage, pour ma part, en face de la médecine humaine, des progrès réalisés en vétérinaire, comme, dans un autre ordre de travaux, je suis appelé à le faire ailleurs en face de l'agriculture.

Seulement, j'ai le regret d'avoir à débuter, dans cette mission, par une sorte de revendication. Aussi bien ne dois-je pas trop m'en plaindre, puisqu'après tout ce dont je vais tout d'abord m'occuper, nous fournira, j'espère, une démonstration patente de la nécessité que je proclamais à l'instant, et sera la meilleure preuve de l'utilité du travail qu'on a bien voulu me confier. Il serait à bien prendre toujours heureux de pouvoir mettre à point l'exemple à côté du précepte, le fait à côté de la théorie.

Les lecteurs de ce Journal n'ont pas encore oublié l'intéressante *observation de tétanos, suite de castration chez l'homme*, que leur a communiquée M. le docteur Texier (de Villefagnan), et qui a paru dans le numéro du 9 janvier dernier. Or, ils se souviennent que l'honorable docteur, impuissant à trouver dans les annales de la médecine humaine les faits dont il avait besoin pour étayer certaine théorie sur le *modus faciendi* de la cause du tétanos, a éprouvé le besoin de faire une petite excursion dans notre domaine, et a pris, un peu au hasard, ce qui lui est tombé sous la main, puis l'a donné carrément comme étant l'état de la science chez nous. C'est précisément contre ce procédé que nous avons à nous expliquer aujourd'hui; car je l'ai déjà insinué, M. Texier, entre autres, n'a pas eu la main heureuse. Il est certain que, à tous les points de vue le devoir me commande de rétablir les choses : l'intérêt de la considération de notre corps comme le respect de la science m'en font une obligation.

La question du tétanos est, on peut le dire, une question essentiellement vétérinaire; car la fréquence de cette maladie est heureusement beaucoup plus remarquable dans notre médecine, et, encore une fois, nos moyens pour l'étudier rencontrent moins d'entraves. Nos archives fourmillent de faits, et il y en a pour tous les goûts. Mais, par une fatalité que j'ai peine à concevoir, M. Texier, pénétré de cette vérité, a voulu, pour éclairer ses recherches sur le *modus faciendi* de sa cause, consulter « les ouvrages de médecine vétérinaire, » et il s'est trouvé que, pour lui, notre bagage se réduisait au *Dictionnaire* de M. Hurtrel d'Arboval et à la *Pathologie bovine* de Gellé. A ce compte, nous serions bien pauvres; car, dans une science jeune comme la nôtre, et qui depuis vingt-cinq ans a fait des pas de géant, les livres vieillissent vite. C'est ce qui est arrivé pour les deux exemples dont il est question. Loin de représenter chez nous l'état de la science, il est depuis longtemps notoire que, à l'exemple de tous les néophytes qui sont toujours plus royalistes que le roi, les deux auteurs ont, à leur époque, beaucoup renchéri sur la doctrine physiologique, et se sont montrés plus broussaisiens que Broussais. Tout en tenant compte des services qu'ils ont pu rendre à un moment donné, et sans attaquer leur mémoire, — ce qu'à Dieu ne plaise que je fasse jamais, quant à moi, pour aucun de nos devanciers, — je dis que nous sommes à peu près d'accord sur la valeur de leurs doctrines, à l'endroit du tétanos, et qu'en feuilletant nos recueils périodiques avec plus d'attention, l'honorable médecin de Villefagnan se fût facilement convaincu, par maint article sur la question, que rien n'est moins admis que les idées qu'il nous attribue; idées au moins singulières, et que M. Leblanc a sans doute été étonné de se voir mettre sur le dos. Il se fût alors épargné la peine de les reproduire pour se préparer un facile triomphe, en les réfutant.

Dans un travail sur le tétanos, communiqué à la société centrale de médecine vétérinaire, en 1850, j'écrivais ceci : « Mal-

gré les autopsies nombreuses d'animaux tétaniques qui ont été faites, il n'est rien de moins connu que les lésions caractéristiques de cette affection. La plupart des observateurs n'ont rien vu du tout; d'autres, au nombre desquels figure Gellé, fidèles à leur école, ont constaté l'inflammation ou simplement l'*irritation* de la moelle épinière. Tout tend à prouver que ce sont les premiers qui, jusqu'à présent, sont dans le vrai. Or, que conclure de là? Que, selon nous, l'autopsie d'un tétanique ne peut désormais amener un résultat qu'autant que celui qui s'y livrera aura à sa disposition des moyens d'investigation qui n'ont pas encore été employés; que, hors de là, la description de l'état sain ou en apparence maladif de tels ou tels organes d'un tétanique, ne peut être d'aucune utilité tout au moins, si ce n'est nuisible, en ce sens qu'elle peut donner le change aux esprits par trop anatomo-pathologistes, et surtout systématiques. »

Ce passage prouve, j'imagine, que pour ma part je n'ai pas attendu la réfutation de M. Texier pour révoquer en doute les assertions de l'école physiologique, à l'endroit du tétanos; et les bienveillants lecteurs de ce journal peuvent être assurés qu'il en est de même de tous ceux de mes confrères qui se sont tenus à la hauteur de la sience. Comme l'honorable docteur, et avant qu'il l'ait écrit, tout le monde chez nous considère le tétanos comme une névrose, pour cette bonne raison que, ne sachant à quoi l'attribuer, et voyant du reste clairement qu'il se traduit par un trouble grave de l'innervation, on se trouve porté à croire qu'il a son essence dans le système nerveux. Le mot de névrose, si je ne me trompe, n'a pour personne un autre sens. Nous appelons cela une névrose provisoirement, et en attendant que quelqu'un nous en ait révélé la nature. Qu'est-ce qu'une névrose? Nous nous le demandons; nous nous posons la question de savoir en quoi consiste l'altération dynamique des fonctions du système nerveux, en l'absence de toute espèce de lésion matérielle appréciable à nos moyens actuels d'investigation. Personne encore n'a même essayé de la résoudre. On s'est déclaré satisfait de ce semblant de solution, qui, en réalité, tranche la question par la question : c'est une névrose. J'avoue que, pour mon compte, elle ne m'a jamais satisfait; et j'ai cherché du reste à y jeter quelque faible lueur par le travail dont je viens de parler, en publiant plusieurs observations qui démontrent l'influence de l'électricité atmosphérique sur le développement et la marche du tétanos chez quelques-uns de nos animaux domestiques. Ces observations se rattachent à une série d'expériences que je me propose d'entreprendre en temps et lieu, et qui, j'ose du moins l'espérer, pourront faire un peu avancer la question. Mais ces idées me sont toutes personnnelles, et je n'ai pas certes la prétention d'avoir fixé la science à se sujet. Quoi qu'il en soit, voilà sur ce premeir point son état actuel; et l'on voit déjà qu'il est bien loin d'avoir les couleurs sous lesquelles l'honorable M. Texier l'avait présenté.

J'ai à signaler maintenant en passant une assertion de notre auteur, qui, par cela même qu'elle est un peu bien affirmative, semblerait avoir été puisée dans des observations encore empruntées à nos annales. Or, ici, il n'est point seulement coupable d'avoir mal choisi; mais je dirai qu'il l'a tout simplement et tout gratuitement empruntée à son imagination, pour les besoins de sa cause. « Le tétanos, dit-il, ne se développe guère et peut-être même ne se développe-t-il jamais à la suite de la castration chez les jeunes poulains à qui l'on fait subir cette opération avant qu'ils soient aptes à la reproduction. Cela tient à ce que la sécrétion spermatique n'existe pas encore, l'influx nerveux ne se porte guère du côté du testicule et ne peut pas s'y accumuler après l'opération. »

Il y a là deux choses: un fait d'observation et une théorie. Laissons la théorie de côté pour le moment, et occupons-nous du fait. Le tétanos ne se développe pas chez les animaux sur lesquels on a opéré la castration avant l'âge où ils seraient propres à se reproduire, pour une excellente raison, à savoir que, malheureusement, on n'est pas encore parvenu à faire accepter dans la pratique la castration hâtive, qui est pourtant si rationnelle; et dans le pays qu'habite M. Texier moins qu'ailleurs, attendu que les jeunes chevaux qu'on y élève sans les y faire naître, ne sont jamais châtrés qu'entre trois et quatre ans. Il est certain, cependant, que moins un organe est développé, moins il est sensible, et moins sa compression doit occasionner de douleur. Remarquez que je ne dis pas son ablation; car il ne faudrait pas croire que celle-ci jouât le moindre rôle dans la production du tétanos, pas plus que la plaie qui en résulte. Il y a des procédés de castration qui n'ont jamais été suivis du développement des phénomènes tétaniques. J'ai vu, pour ma part, — et j'ai publié le fait,—ces phénomènes se produire avec une intensité telle, qu'ils ont entraîné la mort, sur une petite mule de quelques mois, à la suite de la ligature d'une exomphale par un guérisseur empirique. M. Texier soutiendrait-il que dans ce cas, l'accumulation de l'influx nerveux sur le point exigu de l'application de la ligature, fût assez considérable pour en arrêter la circulation, et produire ainsi la contraction tétanique de tout le système musculaire? Ceci nous amène tout droit à la nouvelle théorie de l'auteur, au *modus faciendi* de la cause du tétanos, qu'il a imaginé. Je dois m'en occuper, puisque encore à ce propos il a demandé ses autorités à la vétérinaire, et puisque, aussi bien, tous autant que nous sommes, nous vivons, comme je le disais plus haut, dans l'attente d'une révélation de l'essence du tétanos.

Et d'abord, moi qui suis de ma personne passablement curieux, je demanderai à M. Texier ce qu'il entend par *influx nerveux*, par cet influx qu'il fait à son aise circuler, s'arrêter et s'accumuler sur un ou plusieurs points. Ce sont là des idées neuves, pour nous vétérinaires, qui ne sommes peut-être pas bien au courant des découvertes physiologiques récentes, quelque peine que nous prenions pour suivre le courant, et qui auraient besoin d'être développées et expliquées; car enfin, il faut le dire, nous sommes un peu obligés de deviner. Est-ce donc que le système des nerfs, comme le double système des artères et des veines, présenterait un circuit complet, et qu'il y aurait des capillaires nerveux comme il y en a d'artériels? M. Texier, j'imagine, admet que ce qu'il appelle l'influx nerveux part du centre, qui est le cervau et la moelle, pour s'irradier à la circonférence; il admet aussi, vraisemblablement, que c'est sous l'influence de l'irritation de cet influx provenant du centre, et dirigé à chaque instant par une volition déterminée, que le système musculaire entre en contraction? Or, s'il admet tout cela, il ne peut pas se dispenser d'admettre aussi que chaque dose émise par le centre, sous l'influence de la volition, s'use par l'effet de son résultat, et demande une nouvelle dose pour produire à nouveau le même effet; ce qui exclut l'idée d'une circulation continue; puisque les effets sont sous l'empire de la volonté. Or, l'idée de circulation étant démontrée impossible, comment expliquer la possibilité d'une accumulation, même partielle? Et, encore, l'accumulation du sang et l'arrêt de la circulation dans un point de l'économie entraînent-ils nécessairement l'accumulation et l'arrêt dans tout le système? Pourquoi en serait-il autrement de la circulation de l'influx nerveux, si circulation il y a? Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans tout ceci, quelque étrange que paraisse la théorie, c'est qu'il en résulte positivement que M. Texier considère comme avéré que l'influx nerveux prend naissance à la périphérie; et c'est une idée que j'aurais bien voulu lui voir développer et démontrer. Je lui en eusse été particulièrement reconnaissant, surtout s'il m'eût expliqué rationnellement, en même temps, comment un courant d'air froid est propre à provoquer son accumulation. Il se borne à dire: «L'influx nerveux s'accumule sur les nerfs qui arrivent à la partie lésée; il ne circule plus, et quand il se trouve là en excès, il fait défaut sur le reste du système nerveux; les nerfs ne peuvent plus, dès lors, obéir à la volonté, ils ne peuvent plus commander aux muscles; de là une perturbation générale, de là la con-

traction. » Voilà à coup sûr de la bonne physiologie pathologique ; et les déductions en sont logiquement enchaînées, absolument comme le fameux *voilà pourquoi votre fille est muette*, du *Médecin malgré lui*. J'aime assez les hypothèses, dont un savant de ma connaissance dit qu'elles sont des promenades faites autour de la vérité ; mais à la condition qu'elles soient mieux parées et plus séduisantes que celle-ci.

Mais voyons un peu les faits pratiques sur lesquels M. Texier l'appuie. Ce sont encore des faits vétérinaires.

Il cite d'abord deux cas empruntés à MM. Tafanel et Dumont, d'une part, et à M. Valtat, de l'autre, dans lesquels le tétanos a guéri, après que les animaux qui en étaient frappés furent opérés de la castration ; puis plusieurs autres, dans lesquels la maladie a également guéri à la suite de traitements assez compliqués, et où les révulsifs ont joué un certain rôle, entre autres moyens. Il plaît à notre auteur d'attribuer ces guérisons aux seuls phénomènes de révulsion; nous ne le chicanerons pas trop pour cela ; car, après tout, pourquoi cela ne serait-il pas vrai? Il est certain cependant qu'on peut également dire : pourquoi cela ne serait-il pas faux? Je veux seulement chercher à me rendre compte de l'opération logique par laquelle ces faits peuvent être considérés comme probants, à l'endroit de la théorie nouvelle sur la circulation et l'arrêt de l'influx nerveux.

M. Texier pose en principe, en axiôme faut-il dire plutôt, que les phénomènes tétaniques sont dus à une accumulation de l'influx nerveux sur le trajet des nerfs qui se rendent à une partie lésée, et que par conséquent ils résultent d'un arrêt de la circulation totale de cet influx ; que, dès lors, c'est en appelant sur un autre point, par une vive douleur, une révulsion de ce même influx, qu'on rétablit la circulation. Les cas dont il s'agit n'auraient, selon lui, d'autre explication. Mais, ces cas étant tous des exemples de tétanos spontané, s'ils venaient d'un côté à l'appui de la doctrine de M. Texier, il faut bien reconnaître aussi que de l'autre ils lui portent un rude coup ; car, où serait ici la partie lésée ? où serait le nerf sur le trajet duquel l'influx nerveux se serait accumulé? Cela ne l'embarrasse point, tant il est vrai qu'on se laisse souvent entraîner à des idées préconçues, et il se prononce carrément à ce sujet. Et si ses lecteurs ont eu l'idée de se reporter aux sources qu'il indique, ils en ont dû être bien étonnés. Ainsi, en consultant le rapport du regrettable M. Vatel à la société centrale de médecine vétérinaire, ils se sont aperçus que le rapporteur y a réuni tous les faits de ce genre qui ont été publiés, et qui s'élèvent à sept ou huit, dont cinq de guérison ; mais ils auront remarqué que chez tous ces derniers, l'opération n'a pas été pratiquée avant le huitième jour de la maladie, et, chez plusieurs, après quinze jours et trois semaines; tandis que les premiers sont des cas de tétanos grave et rapide, dans lesquels la castration a été impuissante, bien qu'elle eût été pratiquée presque au début. Aussi, M. Vatel qui est à tort accusé par notre auteur d'avoir émis à ce sujet une opinion favorable, a-t-il fait au contraire preuve d'une bien sage réserve. Pour rétablir les faits altérés par M. Texier, pour ne pas faire peser sur la mémoire de notre si estimable confrère la responsabilité d'une erreur grave, je veux citer ici textuellement les conclusions de son rapport :

« D'après l'exposé des quelques faits qui précèdent, — y est-il dit, — votre commission est d'avis : 1° que si les observations connues jusqu'à ce jour sur la castration employée comme moyen curatif du tétanos *paraissent* en général favorables à cette opération, on ne saurait cependant considérer celle-ci comme infaillible dans tous les cas, et par conséquent la conseiller toujours au début de la maladie, à l'exclusion de tous autres moyens thérapeutiques ; 2° que la différence des résultats de la castration *tient vraisemblablement plutôt à la marche plus ou moins rapide du tétanos, ou à des causes encore inconnues, qu'à l'époque à laquelle l'opération a été pratiquée*, puisque cel-ci a réussi entre les mains de M. Valtat le septième jour, de M. Tisserand le huitième jour, du rapporteur de votre commission le dixième jour, de M. Taffanel le quinzième jour, et de M. Prudhomme le dix-septième jour du début de la maladie ; 3° que la question de savoir si c'est à la révulsion ou à l'énervation que doit être attribuée la guérison du tétanos par la castration, ne peut être résolue aujourd'hui. On ne connaît pas encore bien en quoi consiste la modification de l'économie dans le tétanos ; comment dès lors prouver que cette maladie a cédé plutôt à une révulsion qu'à une énervation, ou à tout autre modification thérapeutique occulte encore inconnue ? »

C'est un fait acquis, en vétérinaire, — et j'en pourrais citer un grand nombre d'exemples, — que, quels que soient les moyens employés, le tétanos n'a guéri que dans les cas où il marchait en progressant lentement, et où il n'avait pas atteint les régions musculaires principales. Et ils sont nombreux dans leur variété, les procédés thérapeutiques, empiriques ou systématiques, qui ont été opposés au tétanos. Tous comptent des succès et des revers; et s'il s'agissait de se prononcer par une statistique bien faite, on serait fort embarrassé. Cela démontre d'une manière à peu près certaine, selon moi, que, dans ces cas de marche lente, le tétanos, par le fait de sa propre durée, s'use de lui-même ; que si, dans quelques-uns, cette usure est aidée par l'emploi de moyens rationnels, dont les plus remarquables sont, sans contredit, les anesthésiques, puisqu'ils ont une action diamétralement opposée à l'influence tétanique, il en faut conclure que, dans la majorité, elle s'est produite malgré le traitement, puisqu'il a si souvent eu pour effet de stimuler le système nerveux par une excitation douloureuse nouvelle. Les cas de castration me paraissent particulièrement de cette nature.

Et, à ce propos, j'ai le regret d'avoir encore à *rectifier* une autre assertion du médecin de Villefagnan, qu'il me paraît avoir émise un peu légèrement. Il a dit ceci : « J'ignore si depuis la communication de M. Valtat, la médecine vétérinaire a essayé la compression ou la section des nerfs des membres comme moyens curatifs du tétanos chez les animaux ; *mais ce qu'il y a de sûr, c'est que les faits favorables à la castration chez le cheval se sont multipliés et que cette opération est aujourd'hui généralement conseillée à l'école d'Alfort dans le but que lui assignait M. Valtat.* » J'ignore où il a puisé de pareilles affirmations; mais ce que j'affirme de la manière la plus positive, c'est que, depuis cette communication, *aucun fait nouveau de ce genre* n'a été publié en médecine vétérinaire; et je me porte garant pour mes honorés maîtres de l'école d'Alfort, qu'ils n'ont pas à se reprocher d'avoir adopté absolument de pareils principes, et de les enseigner comme l'avance M. Texier. A Alfort, comme pour tous les praticiens instruits, l'état de cette question en est encore au point si bien indiqué par M. Vatel ; et les faits relatés par lui n'ont pas acquis, depuis, plus de valeur qu'il ne leur en avait alors accordé. Plus j'y réfléchis, plus je trouve inconcevable une semblable affirmation ; et je défie ce médecin de fournir les preuves sur lesquelles elle est basée par lui. Il est singulier qu'on fasse parler avec autant de légèreté une institution de l'ordre de l'École d'Alfort. Depuis la découverte de l'action anesthésique des vapeurs d'éther, ces vapeurs seules ont été opposés, et plusieurs fois avec succès, aux accidents tétaniques, surtout dans les cas à marche lente et dont l'intensité était restée dans de certaines limites. A l'opposé de toutes celles qui avaient été empiriquement essayées jusque-là, cette méthode de traitement paraît rationnelle; et il est à croire qu'elle sera couronnée de succès toutes les fois que la guérison sera possible. Pour ce qui est de la castration ou de toute autre opération plus ou moins douloureuse, telle que compression du cordon testiculaire ou d'un nerf quelconque, il est certain que personne n'y songeait plus, lorsque M. Texier a senti le besoin de les exhumer, pour appuyer sa théorie sur le *modus faciendi* de la cause du tétanos.

Aussi bien, revenons un peu sur cette théorie; car il est sans doute plus de notre intérêt que de celui des médecins d'en vé-

rifier l'exactitude, pour cette raison que nous aurions plus qu'eux l'occasion de la mettre en pratique. Et s'il pouvait m'être démontré qu'elle est juste, je prendrais volontiers, pour ma part, l'engagement de la faire connaître à mes confrères dans la Chronique trimestrielle des sciences dont les rédacteurs du *Recueil de médecine vétérinaire* ont bien voulu me confier la rédaction, et par laquelle je cherche à leur inspirer, comme je le fais ici pour les lecteurs de ce journal, le goût des études de médecine comparée.

S'il est vrai que le plus souvent le tétanos traumatique reconnaît pour point de départ une opération douloureuse, une compression plus ou moins forte d'une branche nerveuse plus ou moins considérable; ou bien une dilacération des fibres du névrilème, il faut aussi reconnaître qu'on le voit souvent apparaître à la suite d'opérations des plus simples et des plus bénignes, et sans que, dans un cas pas plus que dans l'autre, les refroidissements ou toute autre cause extérieure appréciable y aient joué notoirement le moindre rôle. Je l'ai vu, pour mon compte, se développer deux fois après la si innocente et si usuelle opération de l'amputation de quelques coccygiens. Et tandis que, la première, l'animal succombait en moins de deux jours; la seconde, il guérissait parfaitement. Dans l'un comme dans l'autre cas, les inhalations éthérées avaient exclusivement été mises en pratique; seulement, dans le premier, les phénomènes avaient suivi une marche pour ainsi dire foudroyante, sous l'influence de l'état orageux de l'atmosphère, — influence qu'il m'a été donné de constater une autre fois depuis, dans des conditions qui ne laissent pas le moindre doute, et que j'ai consignées dans le travail que j'ai cité plus haut.

Eh bien, dans tous ces cas, est-il possible d'admettre la cause toute mécanique de M. Texier, pour expliquer le développement d'un tétanos complet? Est-il possible d'admettre que l'accumulation de l'influx nerveux au petit bout de la queue où se rendent tout simplement les petits filets nerveux nécessaires à la nutrition de cet organe secondaire, ait été assez considérable pour en arrêter la circulation, — si, encore une fois, circulation il y a, — et produire le trismus? Autre chose maintenant. Si c'est en vertu de l'arrêt de la circulation de l'influx nerveux, par suite de son accumulation dans un point, que se produit le tétanos, comment se fait-il donc qu'il ne soit pas d'emblée général, et que, sous l'influence de la même cause matérielle (je parle seulement du tétanos traumatique), on voie se produire tantôt le trismus, tantôt l'opisthotonos, et tantôt l'emprosthotonos ?

Décidément, les cas de castration chez le cheval, pas plus que ceux de sétons, de vésicatoires, d'amputations et autres mutilations opposées au tétanos dans des temps qui ne sont plus à la hauteur de notre science, n'autorisent donc suffisamment M. Texier à conseiller ces moyens à ses confrères; et si, voulant avec raison étudier cette question à l'aide des faits acquis à notre médecine, il avait plus amplement puisé dans nos annales, ou mieux peut-être, s'il s'y fût mis sans idées préconçues, il se fût assurément convaincu par là du peu de fondement de sa théorie, en même temps qu'il eût pris de nos connaissances à ce sujet une meilleure opinion que celle qu'il a cru devoir produire, pour la faire suivre d'une triomphale réfutation. Rien n'est plus honorable que de savoir rendre complète justice aux autres; comme rien n'expose à être injuste et à tomber dans l'erreur, plus qu'une érudition incomplète et tronquée. Quiconque veut prendre la plume sur un sujet quelconque, doit, d'abord, s'assurer de ce qui a été fait avant lui sur ce même sujet par d'autres; non point, comme certains le pensent, pour faire un vain étalage de cette érudition; mais uniquement pour ne pas recommencer à nouveau ce qui a été fait déjà, et ensuite pour ne pas s'exposer à attribuer à ceux qui cultivent la science des opinions et des doctrines qui ne sont pas du tout les leurs.

Cela, Monsieur, démontre, à mon sens, la profonde utilité des études comparatives, et donne une idée des services que nos sciences, ou plutôt les branches de la science que nous professons, peuvent se rendre mutuellement. Je n'ai certainement pas la prétention de suffire à toutes les exigences de cette nécessité. Je ne puis viser qu'à faire naître dans l'esprit de vos lecteurs le goût de ces études, en leur prouvant, de temps à autre, qu'ils peuvent y gagner quelque chose. Si j'arrive seulement à atteindre ce but, nous n'aurons pas à nous plaindre, et nous pourrons être assurés que vous n'aurez pas mal employé les colonnes de votre journal, et moi mon temps. Ce que je puis dire, c'est que si je n'y arrive point, ce ne sera pas faute de bonne volonté.

Je vous promets, pour le mois prochain, d'intéressants faits de contagion de la gale du cheval à l'homme.

Agréez, etc.

A. SAMSON,
Collaborateur du *Journal des Vétérinaires du Midi*, et du *Recueil de médecine vétérinaire.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

SUR UN MOYEN DE CONSERVER LE VACCIN A L'ÉTAT LIQUIDE,
Par M. LE DOCTEUR MAURIN.

Voici un procédé très-simple, que j'emploie avec succès depuis plusieurs années, pour conserver liquide le virus-vaccin et le transporter en cet état à de grandes distances.

Il suffit, pour cela, d'envelopper les verres chargés de virus dans quelques feuilles fraîches de poirée, ayant soin de renouveler ces feuilles lorsqu'elles commencent à se flétrir ou pourrir, c'est-à-dire tous les huit ou dix jours.

Le vaccin ainsi conservé est, après un très long temps, assez frais pour qu'on puisse en charger la lancette sans avoir besoin de le dissoudre au préalable.

Je me suis servi de vaccin entretenu frais par ce moyen depuis plus d'un mois, et il m'a donné les meilleurs résultats.

(*Revue Thérap. du Midi.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. Calvo (de Marseille) a été nommé médecin de l'exposition (section des beaux-arts).

— Une école préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres vient d'être créée à Rouen comme à Nantes. On sait, d'ailleurs, que ces deux villes étaient déjà pourvues d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

— La *Gazette de Cologne* annonce ce qui suit :

« Dans le semestre d'hiver actuel, 18,201 étudiants ont été inscrits dans les 28 universités allemandes: 847 professeurs en titre, 253 agrégés, 46 professeurs honoraires, 450 maîtres particuliers et quelques maîtres de langues; en tout 1,699 personnes sont chargées de l'enseignement donné dans lesdites universités. Pendant le semestre d'hiver de 1851-1852, le nombre des étudiants s'était élevé à 19,354; l'été suivant, à 17,810; pour le semestre d'hiver de 1852-1853, à 18,596, et, pendant l'été, à 17,905. Le nombre total des étrangers dans toutes les universités d'Allemagne est de 2,714. »

Pour donner un véritable intérêt à ce document, la *Gazette de Cologne* aurait bien dû distinguer les étudiants d'après les facultés dans lesquelles ils étudient. Dans tous les cas, le chiffre de 18,000 nous paraît considérable, même en l'appliquant à toutes les facultés réunies.

— Par décret du 10 mars, sont autorisés à accepter et à porter l'ordre du Medjidié, qui leur a été conféré par Sa Hautesse le Sultan, suivant les désignations ci-après, les Français dont les noms suivent :

Deuxième classe. — M. le docteur Michel Lévy, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Orient.

Quatrième classe. — M. Périer, médecin, chef de l'ambulance.

Cinquième classe. — M. Buschaërt, médecin aide-major.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 43. 3e ANNÉE. Mardi 10 avril 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

AVIS. — A partir du 15 *avril courant, les bureaux du* MONITEUR DES HOPITAUX *seront transférés chez le Rédacteur en chef, rue de l'Odéon*, 22.

Encore un mot sur la glucogénie.

A M. MARCHAL (de Calvi).

Mon cher ami,

Vous avez désiré que votre opinion sur le grand débat physiologique pendant fût mise sous les yeux des lecteurs du *Moniteur des hôpitaux.* Je ne puis que me trouver très-heureux qu'un tel désir vous soit venu. Votre intervention ne peut être nulle part déplacée, et la science ne peut manquer de trouver son profit à voir entrer en lice un esprit distingué, qu'aucun autre mobile ne conduit que la recherche sincère de la vérité. Avec de tels esprits, la critique a ses coudées franches et se sent à l'aise; elle peut porter ses coups avec assurance et sans crainte, car elle sait que ses traits rencontreront dans l'intelligence et la bonne foi de son adversaire un bouclier qui les empêchera toujours de pénétrer jusqu'au cœur. C'est dans cette conviction ou plutôt avec cette certitude que je vais me livrer à un examen rapide de quelques-unes des vues que vous avez émises à propos de l'intéressant débat soulevé par M. Figuier.

Laissez-moi vous dire d'abord combien votre début m'a étonné, venant d'un homme aussi sincèrement que vous ami du progrès positif, c'est-à-dire du progrès qui ne repose pas sur des rêveries plus ou moins généreuses, mais bien sur des réalités rigoureusement établies.

Parlant de la *philosophie expérimentale*, vous vous demandez si l'on peut donner le nom de philosophie à *une méthode qui ne fait presque aucun cas du raisonnement.* Je ne sais pas (car l'érudition n'est pas mon fort, et vous savez que je n'y ai aucune prétention), je ne sais pas si quelqu'un a jamais admis une *philosophie* expérimentale; pour mon compte, j'ai vécu dans la croyance que la philosophie comprend l'étude de phénomènes et d'abstractions qui ne peuvent guère fournir matière à expérience, et je pense que si ce quelqu'un existe, ce quelqu'un a eu tort.

Mais en prenant philosophie pour synonyme de méthode, vous n'avez certainement pas pu croire sérieusement qu'il se se soit jamais rencontré, en aucun lieu ni dans aucun temps, un homme, encore moins une méthode, qui ait proscrit, dans l'étude des sciences, le raisonnement; il est impossible que vous ayez considéré comme des ennemis du raisonnement, Bacon, Galilée, Blaise Pascal, Toricelli, Guyton-Morveau, Lavoisier, Berzélius, Hunter, Haller, Spallanzani et tant d'autres, qui ont suivi une même voie et qui n'auraient pas attaché à

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique :

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40 et 42.)

M. Cruveilhier, dont nous invoquons souvent la vaste expérience nous a dit à ce propos qu'il y avait quelquefois plusieurs de ce corps, à la fois dans un même lobe, ou dans les lobes du corps thyroïde; que quelquefois un lobe entier était converti en une tumeur qui, quoique plus volumineuse, offrait le caractère de celle qui nous était présentée.

Je passe sous silence la pièce relative aux hydatides des poumons. Ces productions parasites feront l'objet d'un examen spécial.

Mais je dois vous signaler un cas de *syphilis des nouveau-nés*, qui nous a été présenté par M. Depaul : antécédents du côté de la mère, pemphygus, *altération des poumons*, du thymus, rien ne manque à cette observation.

Appareil circulatoire.

Maladie du cœur et des vaisseaux. — Je diviserai ce chapitre en plusieurs sections : 1° l'organe central, le cœur, ses cavités, ses valvules; 2° les artères; 3° les veines; 4° les tumeurs vasculaires.

§ I. — M. Provent, sur jeune enfant qui s'était fracturé la cuisse a trouvé sur la face antérieure du cœur une plaque ecchymotique, que M. Charcot a considérée comme un commencement de rupture du cœur. Cette idée était d'autant plus vraisemblable qu'on ne voyait aucune trace de contusion sur la cage thoracique.

Les exemples d'hypertrophie sont assez communs : Dans un cas, présenté par M. Isambert, il existait en même temps hypertrophie des parois et dilatation des cavités. On trouvait, pendant la vie, un bruit de souffle, au deuxième temps, bien limité près du sternum. Les valvules sigmoïdes de l'aorte, un peu épaissies, n'étaient nullement insuffisantes.

Il en était de même d'un autre cas de M. Charcot; la dilatation s'étendait dans l'aorte, dont la paroi interne était couverte de plaques crétacées; il n'y avait point d'insuffisance; on trouvait à l'auscultation un bruit de souffle au premier et au second temps. Sans avoir besoin d'admettre qu'il existait *probablement* une insuffisance, pour se rendre compte du second bruit, n'a-t-on pas l'explication de l'un et l'autre dans la présence des plaques athéromateuses de l'aorte, dans le frottement de l'ondée sanguine pendant la systole, alors que le sang est foulé dans l'aorte, et pendant la diastole, alors qu'il s'arrête et retombe vers les valvules sigmoïdes.

Sur une pièce de M. Duchaussoy, outre une hypertrophie du cœur, on trouvait un *caillot remplissant l'auricule*, et qui offrait sur deux points un aspect qui aurait pu faire croire qu'il s'était formé du pus dans son intérieur. Mais ces prétendus abcès étaient surtout dus, pour M. Charcot, à un amas de globules blancs.

leurs découvertes ou à leurs opinions une très-grande importance, si elles n'avaient pas eu l'expérience pour fondement. Non, vous n'avez point cru cela; votre plume, dont la grande distinction et l'extrême bienveillance n'excluent pas une certaine tendance à l'impétuosité, ne peut avoir écrit une accusation si grave, que par une de ces distractions faciles à concevoir dans le feu de la composition, mais dont il faut pourtant se garantir autant que possible, surtout lorsqu'on a pris comme vous, dans la science, une position honorable qu'il vous serait si facile de grandir en consacrant à l'expérimentation patiente la moindre partie des qualités brillantes dont la nature s'est montrée prodigue à votre égard. Laissons donc à l'écart ces accusations banales, impossibles; abandonnons-les à ceux qui n'ont d'autre ressource que de chercher à couvrir leur ignorance sous le bruit d'une creuse phraséologie; reconnaissons que ceux qui expérimentent, aussi bien que ceux qui n'expérimentent pas, raisonnent du mieux qu'ils peuvent, et que la seule question, entre les uns et les autres, c'est de savoir lesquels raisonnent le moins mal. C'est cette question, si vous le voulez bien, qu'ensemble nous allons chercher à tirer au clair, en ce qui touche la glucogénie.

— Vous vous disiez-donc que si le foie formait du sucre avec le sang, comme il y a toujours du sang, il y aurait toujours du sucre; certes, il n'y a dans ce raisonnement rien que ne comprenne parfaitement un ami de l'expérience; seulement celui-ci se serait peut-être demandé : il y aurait du sucre, où? dans les urines? Vous paraissez le croire. — Mais, aurait ajouté l'ami de la méthode expérimentale, s'il arrivait par hasard que le sucre, formé quelque part dans le tube digestif ou ses annexes, fût détruit en traversant le poumon, on s'expliquerait très-bien qu'on n'en trouvât pas dans les urines. Pensez-vous qu'un ami du raisonnement doive s'insurger contre ce raisonnement, surtout si l'ami de l'expérience, non content de raisonner, procédait aussitôt à l'analyse du sang avant son entrée dans le poumon et après la sortie de ce viscère, et qu'il trouvât du sucre avant, mais non pas après?

Il est vrai que vous vous disiez encore : « Ne pourrait-il pas arriver que M. Bernard, si habile qu'il soit, n'eût pas trouvé le sucre dans la veine porte, et que pourtant le sucre s'y trouvât? »

C'est là ce que nous appelons un raisonnement, et de plus un raisonnement qui avait raison. Comment se fait-il donc que le trouvant si bon, vous ne l'ayez pas appliqué à vos diabétiques, où vous-même avez fait de l'expérience naturelle, ou, ce qui est la même chose, de l'observation. « Il est impossible d'avoir traité un diabétique..... Supprimez les féculents, et vous ne trouvez plus de sucre dans les urines. »

Il n'y a plus de sucre dans les urines? En êtes-vous bien sûr. « Ne pourrait-il pas arriver que M. Marchal (de Calvi), si habile qu'il soit, n'eût pas trouvé le sucre dans les urines, et que cependant le sucre s'y trouvât? » Voilà votre modestie dans un grand embarras, mon cher ami : ou il vous faut avouer que votre raisonnement n'avait pas raison, ou vous devez vous déclarer plus habile que M. Bernard, ce que vous ne ferez certainement pas, même quand vous le penseriez. Vous ajoutez, il est vrai, que « MM. Lehmann, Figuier, Longet ont prouvé qu'en effet il y avait du sucre dans la veine-porte. — Mais y pensez-vous? Lehmann, Longet et Figuier sont des expérimentateurs et leurs expériences ne valent que ce que vaut leur habileté; qui nous garantira que cette habileté est plus grande que celle de M. Bernard? Ce n'est donc pas à une éventualité aussi fragile que vous pouvez subordonner votre raisonnement; il est bon ou il est mauvais indépendamment de méchantes expériences.

D'ailleurs, en les tenant pour bonnes, elles sont loin de renverser la doctrine de M. Bernard, car je tiens encore à ce que j'ai dit : pour qu'il fût démontré que le foie ne sécrète pas du sucre, il faudrait avoir prouvé qu'il en entre dans l'organe autant qu'il en sort. A ce désir, si bien fait, il me semble, pour satisfaire l'ami le plus ami possible du raisonnement, vous opposez deux arguments, l'un que j'ai eu peine à comprendre, venant de votre part, l'autre d'une importance réelle et que je me plais à proclamer.

Vous vous associez d'abord à cette hypothèse que le foie est un magasin, un entrepôt, et qu'on y trouve l'arsénic, par exemple, bien longtemps après qu'il s'y est introduit. On l'y trouve, sans doute, mon cher ami, et ce fait n'était point inconnu aux amis de l'expérience; mais on l'y trouve, à quelle condition? Probablement à la condition qu'il n'en est pas sorti. Mais le sucre sort incessamment du foie, et, dans l'état actuel des choses, on doit penser qu'il en sort en plus grande quantité qu'il n'y entre. Or, je ne sais pas si un établissement qui recevrait chaque jour 50 barriques de sucre et qui en livrerait 500 serait pour les amis du raisonnement un entrepôt; mais je sais que les amis de l'expérience l'appelleraient une fabrique.

En second lieu, vous me demandez si 1 gramme de sucre n'est pas aussi bien 1 gramme dissous dans un litre que un verre d'eau, et s'il est nécessaire qu'on trouve la même proportion de sucre dans la veine-porte que dans les veines hépatiques, en admettant qu'il passe plus de sang dans les premières

---

Sur une autre, de M. Duclos, c'était une de ces lésions décrites par Corvisart, sous le nom d'*anévrisme passif*. Dilatation énorme et totale du cœur, sans hypertrophie des parois, avec agrandissement considérable des cavités et des orifices.

Nous devons à M. Rossen un autre exemple d'anévrysme du cœur, congénital, et s'ouvrant dans le ventricule gauche derrière l'insertion des tendons de la valvule mitrale. La malade a succombé rapidement à un accès de dyspnée, et n'a offert, pendant la vie, d'autres signes que la vitesse des battements du cœur qui étaient incalculables.

M. Vidal nous a fait voir une hypertrophie du cœur, avec les particularités suivantes : l'orifice aortique est considérablement rétréci : deux des valvules sigmoïdes sont soudées entre elles, l'autre est perforée, et loge une petite végétation fibrineuse, crétacée, qui est implantée sur elle, et qui s'est aussi creusée une petite loge, dans l'artère aorte, dont les tuniques sont refoulées en dehors. L'enfant, âgé de quatorze ans, avait tous les signes physiques, physiologiques, de la maladie qui l'a tué.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. M. Vulpian nous a rapporté une observation dans laquelle, malgré un rétrécissement bien prononcé de l'orifice aortique avec ossification des valvules sigmoïdes, on n'avait constaté qu'un bruit de souffle très-peu marqué au premier temps, et à la base. Cette particularité s'expliquait néanmoins par l'existence d'un double hydrothorax, une dilatation du ventricule gauche, avec hypertrophie des parois, et surtout par un phénomène, si bien décrit par M. Beau l'Asystolie.

On lira à ce sujet, avec un grand intérêt, un rapport fort bien fai de M. Charcot.

Dans une autre présentation de M. Vulpian, c'est tout le contraire : on reconnaît des signes très-marqués d'insuffisance; le diagnostic n'est pas un instant douteux. A l'autopsie on trouve qu'il n'y a pas d'insuffisance, mais ici, comme dans le fait de M. Charcot, déjà cité, il y a dans l'aorte des plaques crétacées, qui expliquent facilement les symptômes observés pendant la vie.

M. Boscredon a mis sous nos yeux une autre lésion des valvules du cœur. La valvule mitrale a ses deux voiles réunis et formant une espèce d'entonnoir, dont l'évasement regarde en haut et dont l'orifice admet à peine une plume d'oie. Cette valvule est épaissie, indurée. A l'auscultation, on trouvait un bruit de souffle continu, râpeux, à double renfoncement, ayant son maximum à la pointe.

Sur un enfant de cinq ans, M. L. Blin a trouvé : une endocardite valvulaire et cavitaire, affection peu commune chez les jeunes sujets; les valvules sigmoïdes, réduites au nombre de deux, presque égales, affectant à peu près la même disposition Sur l'une d'elles, cependant, on voyait la trace de la soudure de deux valvules.

Cette observation rentre dans les idées émises par Peacock, qu'une semblable difformité prédispose aux inflammations primitives ou secondaires.

(*La suite à un prochain numéro*).

que dans les secondes. Je l'ai déjà dit, je me hâte de le répéter, cet argument est sérieux, non pas peut-être autant que vous le pensez, mais assez du moins pour qu'il faille en tenir compte. Il est certain que pour établir une comparaison rigoureuse entre la quantité de sucre de la veine-porte et celui des veines hépatiques, il faudra déterminer approximativement la quantité de sang qui traverse chaque vaisseau en vingt-quatre heures. De votre côté, vous m'accorderez bien, je pense, que pour arriver à cette détermination, il faudra user au moins autant de l'expérience que du raisonnement.

En attendant, je crois que mon petit calcul de sucre de la veine-porte < sucre de la veine sus-hépatique conserve toute sa valeur, et que c'est encore lui seul qui résoudrait la question, alors même que l'expérience viendrait à donner un corps à votre hypothèse, ce que je serais d'ailleurs heureux de voir si telle est la vérité; car, soyez-en bien convaincu, je ne suis l'*adhérent* de personne; mon cœur et ma raison font ménage à part, et si l'un aime sincèrement ses amis, l'autre aime pour le moins autant la vérité. — Heureux si tous ceux que ma critique doit à la fois louer et conseiller étaient faits autant que vous pour comprendre ce langage.

H. DE CASTELNAU.

Remarques critiques sur la fonction glacogénique du foie.

Par M. MARCHAL (de Calvi).

(*Extrait*).

Il y eut grande émotion dans le monde scientifique lorsque M. Cl. Bernard annonça, d'après des expériences, que le foie sécrète le glucose au lieu de le recevoir tout préparé, comme on pouvait le penser. Chose étonnante! il n'y eut pas d'opposition; aucune protestation ne se mêla au long applaudissement qui accueillit une telle découverte.

La philosophie expérimentale, si une méthode qui ne fait presque aucun cas du raisonnement peut être appelée une philosophie, a façonné les esprits de telle sorte que ce qui paraît appuyé sur des expériences, particulièrement sur des vivisections, s'impose tout de suite. La raison humaine est à genoux devant le fait brut, qui la traite en pays conquis.

Pour mon compte, je le dis comme cela est, je n'ai accepté aucunement la découverte de M. Bernard. Je me disais :

Il est impossible d'avoir traité un diabétique par la diète animale sans avoir acquis la preuve que la production du sucre dans l'économie dépend du genre d'alimentation. Supprimez les féculents, et au bout de quelque temps vous ne trouvez plus de sucre dans les urines. Si le foie faisait du sucre avec le sang, comme il y a toujours du sang, il devrait y avoir toujours du sucre.

Je me disais aussi : incontestablement la salive en nature, ou la diastase salivaire que M. Mialhe en a extraite, change l'amidon en glucose. Cela est facile à reconnaître, peut-être même trop facile pour que l'on daigne s'y arrêter. Tant il y a que si la nature (je parle au figuré, car je ne suis point un naturiste) peut faire du sucre avec de la salive, dans la bouche et dans l'estomac avec la salive buccale, dans l'intestin avec la salive pancréatique, pourquoi s'amuserait-elle à le détruire, uniquement pour désobliger la veine-porte et se donner la peine de recommencer sa besogne dans le foie? Ce serait absurde, donc ce n'est pas. On me dit bien qu'il y a du sucre dans le foie et qu'il n'y en a pas dans la veine-porte, et c'est M. Bernard, une autorité, qui le dit; mais il se pourrait bien que M. Bernard, si ingénieux, si habile qu'il soit, n'eût pas trouvé le sucre dans le sang de la veine-porte, et que, pourtant, le sucre s'y trouvât... J'avais raison. Le raisonnement avait raison. C'est incroyable, mais il faut le croire, puisque ce sont les expérimentateurs qui le disent.

Voilà d'abord M. Figuier, qui a trouvé du sucre dans le sang.

Il est à regretter que M. Figuier n'ait pas expérimenté distinctement sur du sang veineux et sur du sang artériel. Chez les animaux, c'est sur du sang artériel qu'il a dû opérer, et il faut s'étonner, puisque le sang artériel contient du sucre, qu'il n'y en ait pas constamment dans les urines. Aussi bien je crois que les urines en contiennent beaucoup plus souvent qu'on ne pense. Je l'y ai trouvé chez des individus qui n'éprouvaient aucun symptôme morbide, mais seulement après avoir rendu la liqueur de Barreswill plus alcaline. La découverte du sucre dans la masse du sang sera peut-être utile à la pathologie, car diverses circonstances donnent lieu de croire que le sucre en excès agit défavorablement sur le système nerveux et sur la peau. On dit que, dans l'Inde, l'usage presque exclusif du riz dans l'alimentation d'un grand nombre d'individus a de fâcheux résultats, notamment sur la vue; et d'un autre côté, j'ai vu se produire chez les diabétiques des lésions particulières du derme. Ce ne sont encore là que de faibles indices, mais ils pourraient conduire à mieux. En somme, la découverte de la présence du sucre dans la masse du sang ne prouve pas encore la fonction glucogénique du foie, mais elle est très-importante.

La preuve contraire à l'hypothèse de M. Bernard, c'est M. Longet qui l'a fournie, *sans en avoir l'air*.

Car si le sang de la veine-porte contient du sucre, si le foie reçoit du sucre par cette veine, qu'ai-je besoin de supposer qu'il en secrète lui-même? Et comment le sang de la veine-porte n'en contiendrait-il pas, lorsqu'il y en a dans l'estomac, dans l'intestin, dans le foie et dans les veines sus-hépatiques, en deçà et au delà du foie? Que deviendrait donc le sucre d'en deçà? En vérité ce n'est pas la peine d'insister.

J'avouerai que dans l'état actuel de la question, une difficulté m'arrête. Comment la peptone empêche-t-elle la réaction dans le sang de la veine-porte et ne l'empêche-t-elle pas dans les veines sus-hépatiques, car là, tout le monde est d'accord, il y a du sucre. M. Longet semble considérer le foie « comme une sorte de filtre propre à isoler l'un de l'autre les deux produits ultimes de la digestion des matières albuminoïdes et des matières saccharines, d'abord confondus et comme masqués l'un par l'autre pendant un certain parcours. » C'est fort bien, mais séparés dans le foie, ces produits se retrouvent dans les veines sus-hépatiques, où le réactif montre le sucre. Il faut qu'il y ait autre chose qu'une simple séparation à travers le foie.

Une circonstance essentielle a été négligée dans cette discussion, c'est la présence, dans la bile, d'une matière sucrée, appelée sucre biliaire, par Berzélius, et picromel par M. Thénard, qui l'y a découverte. D'où vient cette matière sucrée? De la veine-porte, sans doute. Mais que résulte-t-il de sa séparation? C'est le sujet d'une nouvelle étude, désormais indispensable.

On pense bien que M. Bernard n'est pas resté silencieux en présence des attaques dont sa théorie a été l'objet. Il a expérimenté de nouveau, et le *Moniteur des hôpitaux* nous a donné le résumé de ses expériences.

Examinons donc les arguments présentés par M. Cl. Bernard, ou par ses adhérents, en faveur de sa théorie, si fortement ébranlée.

On a commencé par citer les expériences de M. Lehmann, dont les résultats, à ce que l'on prétend, confirment pleinement ceux de M. Cl. Bernard. (M. Marchal rappelle ici ces expériences. Voir le *Moniteur des hôpitaux*, 22 février 1855.)

Je commence par nier ce premier fait. M. Bernard n'avait pas trouvé de sucre dans le sang de la veine-porte, et c'était son principal argument en faveur de la fonction glucogénique du foie. Il disait, et semblait pouvoir dire avec toute assurance : puisque le foie donne du sucre et n'en reçoit pas, c'est lui qui le fait. M. Lehmann, au contraire, montre que le foie reçoit du sucre; donc ses expériences infirment celles de M. Bernard au lieu de les confirmer.

Cela posé, il nous faut avoir raison de la conclusion tirée des expériences de M. Lehmann, considérées en elles-mêmes. Voyez, disent les partisans de M. Bernard, voyez l'énorme différence qui existe entre la quantité de sucre contenue dans le sang des veines sus hépatiques et celle qui est contenue dans le sang de la veine-porte; combien est grande la première, et faible la seconde! Si le foie reçoit si peu de sucre et en donne tant, il faut bien que ce soit lui qui fournisse la différence. Consultez la balance, dit M. de Castelnau, sous une forme qu'il affectionne et qui peut tromper d'autant plus qu'elle a toutes les apparences de l'exactitude : « Si elle (la balance) répond que : *glucose de la veine-porte = glucose des veines sus hépatiques*, nous sommes pour MM. Figuier et Longet, contre M. Bernard; mais si elle répond : *glucose de la veine-porte < glucose des veines hépatiques*, nous restons pour M. Bernard, contre MM. Figuier et Longet (ajoutons, et contre M. Lehmann). » (*Moniteur des hôp.*, 13 février.) Hé! non, mon cher ami, répondrons-nous à M. de Castelnau, vous ne serez plus pour M. Bernard, car avec M. Bernard, il faut admettre que le foie sécrète tout le sucre livré à la circulation par les veines sus-hépatiques; or, vous êtes bien obligé d'admettre, dès à présent, qu'une partie de ce sucre lui vient de la veine-porte, et alors, naturellement, vous serez conduit à vous demander pourquoi le foie se donnerait la peine de faire du sucre, quand il en reçoit de tout fait.

L'excès de sucre dans le sang des veines sus-hépatiques ne prouve rien. D'abord en réfléchissant qu'on avait commencé, pour une raison quelconque, par ne pas trouver de sucre dans le sang de la veine-porte, on pourrait bien, sans offense envers les expérimentateurs, supposer que la même raison leur en a fait trouver moins que dans le sang de la

veine-porte. Ensuite, il ne s'agissait pas de prendre 100 grammes de sang des veines sus-hépatiques et 100 grammes de sang de la veine-porte, et de chercher le sucre dans ces deux quantités. Il aurait fallu pouvoir chercher le sucre dans *tout* le sang des veines sus-hépatiques et dans *tout* le sang de la veine-porte; car s'il y avait plus de sang dans celle-ci que dans celles-là, il pourrait bien y avoir, en somme, autant de sucre dans l'une que dans l'autre.

Mais, me répondra-t-on, comment voulez-vous qu'il y ait plus de sang dans la veine-porte que dans les veines sus-hépatiques? S'il en était ainsi, l'excès de sang de la veine-porte s'amasserait indéfiniment dans le foie, et la condition normale de ce viscère serait une obstruction chaque jour croissante. Aussi je ne dis pas qu'il y ait en réalité plus de sang dans la veine-porte que dans les veines sus-hépatiques; je dis seulement qu'à un moment donné il peut passer plus de sang dans l'une que dans les autres; et cela est non-seulement possible, mais infiniment probable. L'anatomie, qui nous montre la veine-porte se distribuant à la manière d'une artère et ses ramifications indépendantes du tissu du foie par l'adjonction de la capsule de Glisson, l'anatomie nous montre aussi, par cela même, que les conditions circulatoires, les conditions de mouvement, ne sont pas les mêmes dans les deux ordres de vaisseaux. On a donc lieu de penser que le sang de la veine-porte, à un moment donné, qui est celui de la digestion, circule plus rapidement que celui des veines sus-hépatiques, et que, précisément, le laps de temps qui fait la différence est employé par le foie à séparer du sang de la veine-porte tout ce qui doit en être séparé, notamment ce picromel ou sucre biliaire, dont personne ne s'est inquiété jusqu'ici dans la discussion pendante. S'il passe plus de sang par la veine-porte dans un espace de temps déterminé, il y passe aussi plus de sucre qu'on ne pourrait le supposer d'après les résultats de M. Lehmann, et c'est ce qui vicie profondément ces résultats. Il faudrait pouvoir déterminer la force relative du courant circulatoire dans les deux ordres de vaisseaux. Là est la difficulté. Mais on doit toujours supposer que cette force est plus considérable dans la veine à caractères artériels que dans les veines proprement dites. Le lecteur achèvera facilement cette démonstration, que je ne veux ni ne puis développer.

Puisque j'ai été conduit à faire des emprunts à l'anatomie, pourquoi ne lui demanderais-je pas une autre *raison* qui a bien sa valeur? Encore des raisons! Tout le monde sait combien sont minimes les moyens d'existence du foie, si volumineux qu'il soit et si favorisé de la nature qu'il paraisse. L'artère hépatique est d'une exiguïté pitoyable. C'est pourtant le sang de cette artère qui devrait pourvoir à la production du sucre, si c'était là une sécrétion comme toutes les sécrétions.

Mais on ne peut pas le supposer. C'est à peine si le foie a de quoi s'entretenir avec le sang artériel qu'il reçoit, et vous voulez qu'il en tire encore une si prodigieuse quantité de sucre! Non, ce n'est pas, ce ne peut être l'artère hépatique qui donne le sucre exporté par les veines sus-hépatiques; il faut donc que ce soit le sang de la veine-porte. Or, les ramifications gastro-intestinales de cette veine plongent à même dans des flots de dissolution saccharine, et l'on voudrait!...... Mais à quoi bon formuler une conclusion qui se présente si naturellement à l'esprit?...

Passons à un autre argument de la défense.

« M. Bernard a pris un chien à jeun depuis quatre jours et a montré que, chez lui, le sucre était *nul* dans la veine-porte et en quantité considérable dans les veines sus-hépatiques. Or, que contient la veine-porte ici? Rien que le sang qui lui vient des artères mésentériques, et nullement des produits de digestion. Cette faculté qu'a le foie de faire du sucre persiste encore chez des animaux qui n'ont pas mangé depuis dix-huit jours. » (*Monit. des hôp.*, 22 février.)

Ainsi, de ce qu'un animal, privé de tout aliment depuis plusieurs jours, a du sucre dans les veines sus-hépatiques, on conclut, non pas que ce sucre vient du foie, ce qui serait trop simple, mais qu'il est fait par le foie. Voyons cependant : est-ce que, quand le foie recèle de l'arsenic, long temps encore après l'ingestion de cette substance, il pourrait venir à l'esprit de quelqu'un de prétendre que c'est le foie qui l'a produit? J'ai trouvé dans le cerveau d'un homme qui avait été traité par l'émétique à haute dose, une proportion notable de ce sel; est ce le cerveau qui l'avait produit? Non; il en est du sucre comme de la graisse: il reste en dépôt pendant un certain temps dans le foie, pour les besoins de la respiration, comme la graisse dans le tissu cellulaire.

Donc, la présence du sucre dans le foie et dans les veines sus-hépatiques, chez des animaux soumis à une longue abstinence (comme chez les animaux nourris de viande exclusivement), ne prouve aucunement qu'il soit sécrété par le foie. Le foie n'est pas une fabrique de sucre, c'est un entrepôt et une raffinerie.

Voilà maintenant un fait qui, au premier abord, semble péremptoire en faveur de la théorie de M. Bernard. Citons-le, nous le discuterons ensuite.

« M. Bernard a pris un autre chien, auquel il avait coupé le pneumo-gastrique vingt-quatre heures auparavant, et alors il a montré que déjà le *sang* de cet animal ne contenait plus du tout de sucre, même dans les veines hépatiques, et qu'on en trouvait à peine dans le foie lui-même. »

« Au bout de quarante-huit heures après la section du pneumo-gastrique, il n'y a plus trace de sucre nulle part, pas même dans le foie; donc si l'on supprime l'action du système nerveux du foie, il ne se fait plus de sucre. Est-ce clair? » (*Ibidem*).

Non, ce n'est pas clair, et pour plusieurs raisons.

D'abord on ne supprime pas l'*action du système nerveux du foie*, en coupant le pneumo-gastrique, attendu que le foie reçoit d'autres rameaux nerveux que ceux qui lui viennent de ce nerf; il en reçoit du plexus solaire, qui forme le plexus hépatique, et l'on admet généralement qu'il reçoit aussi quelques filets du nerf diaphragmatique. C'est élémentaire, et je passe outre. Ensuite, quand on coupe le pneumo-gastrique, ce n'est pas seulement dans le foie que l'on trouble l'action du système nerveux; la section de ce nerf, entre autres effets, trouble la respiration, la chymification, la circulation. Dans cette perturbation générale, quelle est la part du foie sur la disparition du sucre dans son tissu et dans le sang des veines sus-hépatiques?.... Mais j'admets, je reconnais que la section des nerfs pneumo-gastriques influe sur le foie. M. Longet nous l'apprend. Sur des chiens auxquels il avait coupé les pneumo-gastriques, aussitôt après la chymification, il trouva la bile moins dense, plus séreuse, beaucoup plus fluide et moins fortement colorée. « Quant au foie, ajoute-t-il, son tissu, plus friable que de coutume, était injecté et offrait une teinte d'un noir verdâtre; ses vaisseaux contenaient parfois des caillots sanguins analogues à ceux que l'on rencontre souvent dans les vaisseaux du poumon. La gêne circulatoire que ces dernières lésions pourraient faire supposer dans le foie expliquerait la plus grande fluidité de la bile (par une exsudation consécutive de sérosité).» (*Traité de physiologie*, T. I, p. 342.) Ne se pourrait-il pas que, dans ce tissu altéré, la recherche du sucre au moyen de la liqueur cupro-potassique fût restée infructeuse par l'effet de cette altération même? Le sucre existerait toujours dans le foie, mais il ne serait plus possible de le déceler, parce qu'il disparaîtrait dans l'altération générale du tissu hépatique.

En résumé, les effets de la section du nerf pneumo-gastrique sont loin de prouver que le foie sécrète le sucre.

Est-ce la section du faisceau innominé de la moëlle allongée qui le prouve?

M. Bernard coupe ce faisceau entre l'origine des nerfs acoustiques et celle des pneumo-gastriques, chez un lapin, en suivant un procédé très-ingénieux, et, après une heure environ, l'urine de cet animal contient une quantité considérable de sucre. Alors, le professeur : «Ainsi, messieurs, cet animal est devenu diabétique sous vos yeux. *Cette expérience vous montre quelle influence exerce, sur la production du sucre, le système nerveux du foie.* » (*Moniteur des hôpitaux*, 22 février). Ni plus, ni moins, et c'est bientôt fait. Ainsi, voilà qui est entendu : c'est le faisceau *innominé* du bulbe qui préside à l'action nerveuse dans le foie, et qui, par conséquent, régit les fonctions de ce viscère. Comment se peut-il donc, alors, que la section de ce faisceau, au lieu d'anéantir la fonction glucogénique du foie, comme le faisait tout à l'heure la section du pneumo-gastrique, laisse subsister cette fonction, au point que l'urine contienne une proportion considérable de sucre? Comment lier ces deux faits? et quelle confusion ne jette-t-on pas dans notre esprit! Quoi! la section du pneumo-gastrique, qui est l'agent de transmission, arrête la glucogénie hépatique, et la section du faisceau innominé, qui est l'agent central, l'entretient et même la fait prospérer!!... Ne pourrait-on pas expliquer plus naturellement la glucosurie consécutive à la section du faisceau innominé en disant que cette lésion arrête la combustion du sucre dans le poumon, et que, n'étant pas brûlé là, il est éliminé par le rein? Remarquez, s'il vous plaît, à l'appui de ce que je viens de dire, que le faisceau innominé (que je dois supposer être le faisceau *intermédiaire* de M. Longet intermédiaire aux pyramides et aux corps restiformes) a les plus grands rapports avec la respiration, tellement que la section de ce faisceau, au niveau de la huitième paire, supprime instantanément cette fonction.

Le fait découvert par M. Bernard, l'influence du système nerveux central sur la glucosurie, est d'une importance capitale; mais il ne prouve pas du tout que le foie sécrète le sucre.

Ce fait est d'une importance capitale en ce qu'il donne lieu de supposer que le système nerveux central peut être le point de départ de la glucosurie chez l'homme.

Un industriel fut obligé de suspendre ses paiements à la suite de la révolution de février, et en éprouva le plus grand chagrin, moins pour les pertes subies que pour l'honneur de sa maison. Il devint taciturne et perdit l'appétit. Bientôt la soif le tourmenta, mais il fut longtemps sans le dire. Enfin, m'étant trouvé un jour avec lui, et l'ayant vu boire avec excès, je me doutai qu'il était glucosurique, ce qu'il fut facile de constater. En l'absence de tout antécédent de famille ou personne pouvant expliquer la production de cette maladie chez un homme jusque-là très-bien portant, je fus conduit à me demander, et je me demande encore s'il ne faudrait pas en accuser un trouble du système nerveux central, dû à l'état moral.

Une circonstance très-curieuse qui se rattache à ce cas, est la suivante. Pendant que le malade était diabétique, mais avant que j'eusse eu occasion de le reconnaître, sa femme devint grosse et accoucha d'une fille. Cette enfant avait la peau très-mince et mobile sur les muscles, qui étaient bien développées et très-fermes. L'absence de tissu cellulaire sous-cutané, ou au moins l'extrême minceur de la couche de ce tissu, me frappa beaucoup, et je ne pouvais m'en rendre compte. La petite fille avait d'ailleurs très-mauvaise apparence; elle était pâle, et parfois comme défaillante. A trois mois, il semblait qu'elle ne voyait pas. Il n'existait pourtant aucune altération matérielle des organes visuels. Elle tétait longuement et avidement, et poussait des cris continuels, quand on restait un peu de temps sans lui donner le sein.

On avait cru devoir changer sa nourrice, qui paraissait excellente, et la seconde ne tarda pas à être épuisée. L'enfant, de plus en plus tourmentée par un besoin insatiable, n'avait de repos qu'au sein. On ne savait qu'en penser. Je fis suspendre l'allaitement, et je donnai de légers potages, et pour boisson, de l'eau, qui paraissait plaire beaucoup. La petite fille se ranima; mais, au bout de quelques jours, elle fut prise de convulsions et mourut dans l'opisthotonos le plus caractérisé. C'est seulement quelque temps après que j'eus occasion de reconnaître le diabète du père, et l'idée qui me vint à l'esprit se présentera naturellement au lecteur, c'est que le père avait transmis sa maladie à son enfant. Si un enfant montrait cette soif inextinguible, avec cette faiblesse, on devrait essayer les urines.

Je me suis laissé aller à cette citation, à cause de son intérêt, et je reviens en deux mots à la glucogénie, pour conclure définitivement d'après la discussion à laquelle je me suis livré, que cette prétendue fonction du foie n'est fondée ni en fait, ni en raison.

(*La France médicale et pharmaceutique.*)

Nouvelles observations sur l'inertie de la vessie;

Par M. le docteur L.-Aug. MERCIER.

J'ai publié, il y a quelques mois (*Gazette médicale* du 16 décembre 1854), un Mémoire dans lequel je cherche à démontrer que l'inertie ou atonie primitive de la vessie est une maladie extrêmement rare, et que, si certains chirurgiens la croient si commune, c'est qu'ils n'ont pas tenu compte d'obstacles qui, en gênant le cours de l'urine, amènent graduellement la distension de la vessie, et, par suite, lui font perdre plus ou moins de sa contractilité.

Ai-je tort ou raison? Cette question touche directement à la thérapeutique, et deux mots vont le faire comprendre.

Des chirurgiens ont la prétention de guérir radicalement la rétention d'urine où l'inertie de la vessie joue un rôle, en s'adressant à cet organe seulement; mais je soutiens que ces guérisons, peu nombreuses en comparaison des insuccès, ne sont qu'incomplètes et éphémères, par la simple raison qu'on ne combat qu'un élément secondaire de la maladie, et que, l'élément primitif persistant, les effets ne tardent pas à se reproduire (1).

M. Civiale vient de reprendre la discussion dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 8 février 1855, et, comme on devait s'y attendre de sa part, il défend la fréquence de l'atonie essentielle à l'égard de laquelle, dit-il, « les opinions des chirurgiens ne sont pas fixées, quelques-uns même ayant contesté les faits *qui ont mis cet état en évidence*,... et affirmant que l'urine n'est pas expulsée par la raison *seule* qu'on trouve un obstacle mécanique à sa sortie. »

M. Civiale, suivant sa coutume, ne cite pas ces chirurgiens. Cependant peut-être aurait-il été plus convenable de le faire, d'abord pour ne pas donner lieu à de fausses interprétations, et ensuite pour mettre le lecteur en état de consulter les diverses pièces de la discussion et de porter un jugement éclairé.

Moi, par exemple, je n'ai jamais soutenu l'opinion exclusive que combat M. Civiale; je n'ai jamais contesté les faits qui mettent l'atonie vésicale en évidence; mais je crois les avoir mieux interprétés, et peut-être n'aurait-il pas eu si beau jeu s'il eût tenu compte de tous les éléments du problème. Passer par-dessus la difficulté, ce n'est pas la résoudre; il me sera, je crois, facile de le prouver.

M. Civiale commence par dire: « Il y a vingt-cinq ans que j'ai signalé aux praticiens une série de cas insidieux, et presque toujours graves, dans lesquels la vessie se contracte si faiblement que, même à l'aide des puissances auxiliaires, elle ne parvient pas à se débarrasser de toute l'urine qu'elle contient. (*Loc. cit.*, p. 131.) »

Pourquoi rappeler cette date? Est-ce pour prouver qu'il a raison? Je ne sache pas que, en médecine, cet argument ait beaucoup de valeur? Est-ce comme titre de priorité? Mais est-ce qu'à son entré dans la science, il n'y a pas trouvé cette opinion toute faite et universellement admise?

Citons seulement quelques classiques:

P. 230 du tome II de l'ouvrage de Chopart, je trouve ce qui suit: « La vessie, comme tous les autres viscères et les autres organes, devient moins irritable; elle n'a plus assez d'action pour expulser la totalité des urines, et sa faiblesse cause la rétention de ce liquide. Cette espèce de paralysie attaque rarement les jeunes gens. *J'en ai vu un exemple à un jeune homme de 22 ans...* » Je noterai en passant qu'après un traitement de six mois, « il lui restait *encore* un suintement séreux par l'urètre. » Ne pourrait-on pas croire, d'après cette dernière phrase, que l'atonie chez ce jeune homme n'était pas aussi primitive que le supposait l'auteur?

P. 129 du tome III des œuvres chirurgicales de Desault, il est dit que, chez les vieillards, « la vessie devenue, comme les autres parties du corps, moins irritable, n'est plus stimulée par la présence des urines, et n'est avertie du besoin de les rendre que par le sentiment douloureux qui naît de la distension de ses parois. Elle se contracte alors; mais ses fibres allongées ont à peine assez de force pour surmonter la réaction naturelle que leur oppose le canal de l'urètre. » L'auteur cite parmi les causes prédisposantes, les habitudes sédentaires, la négligence à vider sa vessie, les travaux de cabinet, et il ajoute que, chez certains, l'abus des organes génitaux et des boissons diurétiques peuvent produire les mêmes effets que la vieillesse, soit en jetant les fibres de la vessie dans le relâchement, soit en usant leur sensibilité. (Ibid. p. 129, 137 et 141).

Larbaud a émis des idées toujours identiques en 1812. Bien plus, M. Civiale a publié un chapitre intitulé: « *Catarrhe vésical par l'excès ou le défaut de contractilité des parois vésicales.* (*Mal. des org. gén. urin.*, 2e édit., t. III, p. 533), et il assure que

---

(1) On a d'ailleurs vraiment lieu d'être surpris de la facilité avec laquelle se forment certaines convictions à cet égard. Presque toutes les observations de guérisons qui ont été publiées avaient pour sujets des hommes pris de rétention depuis quelques jours ou quelques semaines au plus; mais est-ce qu'on n'a pas de tout temps obtenu des guérisons semblables à l'aide du simple cathétérisme employé méthodiquement, d'antiphlogistiques, etc.? Supposons un homme atteint d'engorgement de la prostate ou de valvule musculaire du col vésical. Le cours de l'urine n'est pas arrêté; mais la rétention est imminente et elle apparaît sitôt qu'une inflammation vient augmenter le gonflement prostatique ou la contracture musculaire. Qu'alors l'obstacle se trouve affaissé par le passage des instruments, ou réduit par la disparition de l'inflammation et que l'urine reparaisse, on trouve ce résultat tout simple et l'on ne dit rien; mais qu'on ait ajouté à cela la noix vomique, l'ergot de seigle ou l'électricité, on crie au miracle.

Qu'on publie, comme je l'ai fait, des guérisons de rétention complète datant de sept et neuf ans: ces faits auront, ce me semble, un peu plus d'importance.

« *plus de la moitié* des catarrhes sont les conséquences immédiates de l'atonie et de la faiblesse de la vessie (p. 536). » Or, Larbaud a écrit : « Les seules vraies causes de ce catarrhe sont l'atonie et une susceptibilité plus grande de ce viscère. » (*Rech. sur le catarrhe, la faiblesse et la paralysie de la vessie*, p. 28.)

Je pourrais encore citer Boyer et beaucoup d'autres; mais il est bien avéré, je crois, que M. Civiale n'a rien signalé de nouveau à cet égard.

A-t-il voulu seulement dire que, depuis vingt-cinq ans, il avait eu le temps de changer d'opinion si l'expérience ne lui en eût pas démontré la justesse? Mais ne ressemblerait-il pas quelque peu à ce chirurgien qui, dit-il, se fait remarquer par l'importance qu'il attache à toutes les productions de son cerveau (*Traité prat. et hist. de la lithot.*, p. 549), et n'aurait-il pas fait pour une idée adoptive comme moi pour celles qui me sont propres? L'amour d'un père, vrai ou putatif, est toujours plus ou moins aveugle; peut-être le mien est-il dans ce cas; mais du moins, quand j'ai émis mon opinion, j'avais l'avantage de n'y avoir pas été bercé par mes maîtres, de n'avoir pas, par conséquent, besoin de faire violence à de vieilles convictions, à un faux point d'amour-propre : je ne cédais qu'à l'évidence des faits.

Et d'ailleurs, je le répète, je n'ai pas nié d'une manière absolue l'atonie essentielle de la vessie. Seulement, tandis que, pour M. Civiale, elle se présente *souvent*, pour moi elle est extrêmement rare, puisque je n'ai rencontré qu'un, ou tout au plus trois cas où la faiblesse ne fût évidemment consécutive à un obstacle matériel ou à une paraplégie commençante. (Voir *Gaz. méd.*, loc. cit.)

M. Civiale donne une singulière raison à l'appui de sa manière de voir; il dit que si l'on a créé l'atonie primitive, c'est qu'il se présente une série de cas compliqués d'obstacles dans l'urètre ou au col de la vessie, et qu'on a négligé les explorations locales qui ne laissent aucun doute à cet égard (*Moniteur des hôpitaux*, p. 132).

Il me semble que cet argument aurait bien plus de valeur si nous eussions fait échange d'opinions.

Je suppose qu'un malade ait la vessie paresseuse et que deux chirurgiens l'examinent. L'un prétend que l'inertie est primitive et sans lésion organique; l'autre trouve au contraire qu'il existe une lésion de ce genre dont l'inertie vésicale n'est que la conséquence.

On ne peut échapper à ce dilemme : ou bien ce dernier croit trouver quelque chose là où il n'existe rien, ou bien c'est lui qui emploie les meilleurs procédés.

Je sais bien qu'entre ces deux alternatives, M. Civiale ne sera pas embarrassé du choix. Il me reste donc à prouver qu'il y a véritablement quelque chose là où je dis que quelque chose existe, et je ne puis y parvenir qu'en citant des faits qui nous sont communs. Ces faits sont aujourd'hui assez nombreux, toutefois; pour qu'on ne puisse me soupçonner de les plier au débat actuel, je vais les prendre dans des publications qui datent déjà de plusieurs années.

Le malade n° 2 de mes *observations et remarques nouvelles sur le traitement des valvules du col de la vessie* (1847) avait consulté M. Civiale qui, comme plusieurs autres spécialistes, ne vit chez lui qu'un rétrécissement. Or, comme il se passait des sondes énormes et que néanmoins il n'urinait qu'avec une extrême difficulté, à quoi M. Civiale attribua-t-il cette difficulté? Je ne sais; mais ce que je sais positivement, c'est qu'il ne proposa jamais au malade de le débarrasser d'une valvule du col de la vessie qui le conduisit presque à la ruine et au marasme. Je divisai cette valvule et le rendis à la santé.

Le sujet de l'observation 8 avait aussi consulté M. Civiale qui, sans doute, crut à une atonie de la vessie, puisque, après avoir usé sans résultat de bougies volumineuses, il lui fit administrer des douches chaudes sur les reins et tous les jours des injections froides dans la vessie. Appelé, je trouvai une valvule du col de cet organe; mais le dépérissement généra et la fièvre étaient tels, que M. Ségalas, chirurgien consultant, me dit que ce serait me compromettre, moi et mon opération, que de la pratiquer dans des conditions si fâcheuses. Malgré ces bienveillantes observations, j'opérai, enhardi par mes précédents résultats, et le malade revint à un état qui lui permit de retourner dans son pays, de faire plusieurs longs voyages en diligence et de reprendre ses occupations de fabricant de vin de Champagne.

L'observation 4 de ma *troisième série* (1850) est des plus remarquables au point de vue actuel. Je vais la reproduire en peu de mots et y ajouter des détails nouveaux.

Nozot, rue de la Grande Truanderie, 43, était âgé de cinquante-trois ans environ lorsque en 1844 il s'aperçut d'un dérangement notable dans l'émission ordinaire. En 1846, la rétention est devenue complète, et, après plusieurs traitements infructueux, le malade entra à Necker dans le service de M. Civiale. « Ce chirurgien, dit le docteur Maingault qui a recueilli l'observation, le sonda deux fois, lui dit qu'il n'avait pas besoin de rester à l'hôpital, qu'il peut se traiter lui-même et se guérir seul; *il lui conseille seulement des injections d'eau fraîche.* »

Ce traitement et plusieurs autres qu'il suivit jusqu'en 1848 (sondes à demeure, vésicatoires, etc.) n'améliorèrent en rien son état, et il ne rendait pas une seule goutte d'urine sans sonde.

Enfin, le 22 septembre de cette même année, après avoir reconnu une valvule du col de la vessie, je le fis entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Blandin.

Trois opérations furent sans résultat; ce que voyant, Blandin voulait en rester là, pensant que, indépendamment de l'obstacle qu'il avait lui-même reconnu, il pouvait y avoir une vraie paralysie de la vessie provenant d'un coup de sang que le malade avait éprouvé, en 1846, lorsqu'il faisait ses premières injections, et qui lui avait laissé une légère faiblesse du bras droit.

Quant à moi, convaincu que l'obstacle était, sinon tout, du moins à peu près tout, je ne me rebutai pas, et j'en fis une quatrième le 28 octobre, en présence de Blandin et du professeue Bouisson de Montpellier.

Cette fois le malade urina *librement*, ainsi que le prouve une leçon de Blandin insérée dans la *Gazette des hôpitaux* de 1849, page 36.

Malheureusement je fus obligé de quitter Paris le 4 novembre pour un voyage qui devait durer tout l'hiver, et je ne pus prendre les soins à l'aide desquels je préviens la réunion des parties divisées. Malgré cela, lorsque je revins au mois d'avril, Nozot urinait encore un demi-verre spontanément. Je trouvais que l'obstacle s'était reproduit, et je lui promis qu'une nouvelle opération, faite dans des conditions plus favorables, serait suivie d'une guérison définitive. Mais M. Guillon, qui l'avait soigné vainement avant moi, avait regagné sa confiance en lui promettant de le guérir à l'aide de cataplasmes dans le rectum.

Le 17 mai, la rétention était redevenue complète.

Je ne sais ce qui se passa; mais, sans doute, les cataplasmes restant sans effet, on eut recours à un traitement plus direct, car finalement il survint une inflammation phlegmoneuse de tout le scrotum et le malade fut forcé d'entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, d'où il ne sortit qu'au bout de plusieurs mois, ayant le testicule gauche presque entièrement dénudé, et une fistule de l'épididyme droit.

Dans les derniers mois de 1852, une lettre de M. Demarquay m'apprit qu'il avait dans son service un malade qui pouvait m'intéresser. C'était encore Nozot que je trouvais dans l'état que je viens de dire, et n'urinant pas une seule goutte spontanément.

Je l'engageai à venir me revoir et je lui promis de nouveau guérison; mais il savait qu'il m'avait causé tant de désagréments qu'il n'osa le faire.

Enfin, le 14 avril 1853, je le rencontrai dans mon voisinage et il m'avoua que très-souvent il y passait ainsi dans l'espérance de me rencontrer. Je lui dis de venir me voir le lendemain, et, le 16, je l'opérai par excision. Le soir même il urinait à plein canal. Le 17, le sang était arrêté. Point de fièvre, pas le moindre accident, et, le 3 mai, je le présentai à l'Académie de médecine, urinant avec force, de la manière la plus normale: il restait à peine deux ou trois cuillerées d'urine dans sa vessie.

Il n'y a que quelques jours que je l'ai revu et son état n'a pas changé. Il a d'ailleurs été constaté à plusieurs reprises par M. Robert; car ce pauvre malade n'était pas au bout de sa triste odyssée.

J'espérais d'abord que le rétablissement de la miction et la cessation des sondes permettraient au testicule dénudé de se recouvrir; mais il n'en fut rien, malgré une foule de moyens employés pendant cinq à six mois; et comme cet homme était seul et ne pouvait subvenir aux soins et pansements que nécessiterait une opération faite chez lui, je le fis entrer à Beaujon, où le chirurgien que je viens de nommer lui pratiqua la castration. Celle-ci laissa une fistule qui n'est pas encore cicatrisée, de même que celle de l'épididyme droit.

Enfin, il y a quelques mois, il vint de nouveau me consulter pour un suintement qu'il éprouvait depuis longtemps à l'anus, et je découvris, dans les plis de cet orifice, une petite fistule à laquelle l'introduction multipliée des cataplasmes dans le rectum ne fut peut-être pas étrangère.

Je priai encore M. Robert de le recevoir dans son service, et, pendant tout le temps nécessaire pour l'opération et le traitement, ce chirurgien put observer l'état de la miction.

Il est évident, d'après le traitement qu'il conseilla, que M. Civiale croyait à une atonie pure et simple de la vessie: Eh bien, j'en appelle à M. Civiale lui-même, qui de nous a le mieux diagnostiqué?

Par mes *Observations relatives au traitement de la rétention d'urine chez les hommes âgés*, publiées en 1852, je signalerai encore ici le n° 9, qui a pour sujet M. Combie, conservateur des hypothèques à Amiens. Cet homme fut pris en 1842 d'une rétention complète qui se dissipa d'abord, mais devint continue en 1845.

Il consulta alors M. Civiale qui ne jugea pas à propos de le sonder et lui conseilla un *régime tonique et des injections froides.*

Ce traitement, ainsi qu'une saison passée à Vichy, ayant été sans effet, M. Civiale fut de nouveau consulté en 1850. Il s'abstint encore d'exploration, jugeant *à priori* qu'il n'y avait pas de pierre et resta muet sur la cause de la rétention d'urine, tout en la déclarant *incurable*.

Enfin, au mois de mars 1852, des signes de pierre étant venus compliquer la rétention d'urine, M. Combie me fut adressé par les docteurs Padieu, d'Amiens, et Destrem, de Paris.

Je constatai, en effet, la présence d'une pierre dans la vessie; mais je trouvai aussi une valvule au col de cet organe.

Je commençai par extraire la pierre à l'aide de la lithotritie et de ma sonde évacuatoire à double courant.

Puis, le 3 juin, j'excisai la valvule, en présence des docteurs Robert, rapporteur de la dernière commission d'Argenteuil, et Destrem, et le cours de l'urine *qui était gêné depuis dix ans et complétement supprimé depuis sept*, se rétablit parfaitement.

J'ai revu plusieurs fois M. Combie depuis cette époque, et il a constamment bien uriné jusqu'à sa mort qui eut lieu à la fin de janvier 1855, à la suite d'accidents rapides, que M. Destrem m'a dit être de nature cholériforme (1).

(1) Ce fait était un de ceux que M. le rapporteur de la commission d'Argenteuil avait en vue lorsqu'il disait dans son rapport, en parlant de mon procédé d'excision des valvules du col de la vessie : « Les faits nombreux dont votre commission a été témoin sanctionnent l'importance et l'utilité de ce procédé opératoire. »

M. Civiale nous vante l'excellence de ses moyens d'exploration; mais il faut convenir que s'il ne les emploie pas, comme chez le dernier malade, ou s'il les emploie comme chez ceux qui précédent, il faut convenir, dis-je, que ses assertions ne peuvent avoir grande autorité.

J'ai dit plus haut pourquoi je me borne à ces faits : je crois d'ailleurs qu'ils suffisent, car ils prouvent que, dans beaucoup cas où M. Civiale ne trouve que des atonies de la vessie, moi je trouve des obstacles matériels, et qu'en les faisant disparaître j'en fais cesser les effets. Ma manière de voir et d'agir n'est donc pas aussi *regrettable* qu'il le prétend.

Veut-on d'ailleurs connaître les propres faits de M. Civiale, ceux à l'aide desquels il étaie son idée d'atonie? Les voici :

Il parle d'abord d'une demoiselle russe dont la vessie s'élevant au-dessus de l'ombilic, avait été prise pour toute autre chose, il ajoute : « L'état de cette demoiselle dépendait primitivement d'une névralgie de l'urètre et du col vésical qui avait produit dans l'excrétion de l'urine un trouble à la suite duquel étaient survenues, d'abord l'atonie, puis la paralysie de la vessie. » (*Mal. des org. gén. urin.*, 2e éd., t. III, p. 245.) Or, qu'il s'agisse réellement d'une névralgie, ou que ce soit, comme je le suppose, une de ces inflammations chroniques de la partie profonde de l'urètre, qui amènent si souvent les valvules musculaires du col de la vessie, toujours est-il qu'une contraction trop grande de cet orifice a précédé l'inertie vésicale.

Plus loin, M. Civiale nous dit qu'il ne faut pas mettre de sonde à demeure parce que *l'irritabilité de l'urètre et du col de la vessie pourraient être tels, que la présence de la sonde donnât lieu à des accidents*, et deux exemples viennent à l'appui (*Ibid.*, p. 255). Ainsi rien ne prouve encore que l'irritabilité du col n'a pas précédé l'inertie du corps de la vessie.

Dans le même chapitre, il est question d'un octogénaire que divers praticiens n'avaient pu sonder. L'auteur pénétra sans peine, il l'affirme; mais le malade ne parvint jamais à vider sa vessie sans sonde (*Ibid.*, p. 258). Sont-ce là des preuves d'une atonie simple et primitive, et n'arrive-t-il pas tous les jours que des engorgements de la prostate n'opposent aucun obstacle à la sonde convenablement dirigée? Et s'il n'y avait rien, les praticiens en question étaient donc bien maladroits!

M. Civiale cite encore un octogénaire épuisé dont la vessie avait, dit-il, perdu tout son pouvoir expulsif. On lui mit une sonde *à demeure* et la santé se rétablit. Il ne dit pas si la miction se rétablit également; mais en aurait-il été ainsi, que ce ne serait pas une preuve. Les sondes à demeure affaissent souvent et ulcèrent même quelquefois l'obstacle.

L'observation suivante a pour sujet un prêtre anglais qui avait des difficultés d'uriner, et comme on convient qu'il avait un léger engorgement de la prostate, je ne vois pas pourquoi une atonie essentielle est absolument nécessaire pour expliquer la dysurie (*Ibid.*, p. 259).

Voilà les seules observations à l'aide desquelles M. Civiale tranche une question qu'il sait très-controversée. Les faits les plus saillants ne lui inspirent pas le moindre doute. Ainsi, il remarque que « *souvent* le malade qui urinait *aisément* entre la sonde et le canal, ne peut plus le faire quand on la lui a enlevée (*Ibid.*, p. 261). » Les cas de ce genre sont communs en effet; mais est-ce bien une preuve d'inertie vésicale que de ne pouvoir uriner par l'urètre que lorsque la sonde le traverse, c'est-à-dire lorsqu'il existe un obstacle de plus? Ces faits ne tiennent-ils pas plutôt à ce qu'il y a au col de la vessie une saillie qui est soulevée par la sonde quand celle-ci est dans le canal et qui retombe sur l'orifice de l'urètre quand l'instrument est retiré?

Ainsi, les observations de M. Civiale, comme les miennes, militent contre lui. Du moins devrait-il répondre à ces observations que je lui ai déjà présentées. Il convient bien qu'il est des cas où, avec une atonie vésicale, « des lésions organiques peuvent exister dans l'urètre, au col et dans la vessie; » mais, au lieu de les considérer comme causes de l'inertie, il

ne les regarde que comme des *complications* qui en rendent les effets plus saillants, et, pour preuve, dit-il, « ne suffit-il pas de rappeler qu'après avoir détruit l'obstacle dont on parle, les malades n'urinent souvent pas mieux qu'auparavant? » (*Moniteur des hôpitaux*, p. 132.)

Les choses se passeraient comme le veut M. Civiale qu'il devrait du moins nous expliquer comment la rétention, qui est complète dans la plupart de ces cas, est restée complète, et pourquoi la vessie, si distendue qu'elle soit, ne peut laisser échapper une seule goutte, même après qu'un débridement a été pratiqué sur son orifice urétral. Est-ce que la paralysie nerveuse de la vessie ne se termine pas habituellement, et au bout d'un temps assez court, par l'incontinence?

Et puis, je conteste le mot *souvent*. Je conviens que certains malades n'ont retiré aucun fruit de mon traitement, et j'ai publié quelques faits de ce genre, car j'ai livré au public tous ceux que j'ai observés jusqu'en 1852. Mais ces faits d'insuccès ne sont pas nombreux comparativement, et ils deviennent de plus en plus rares à mesure que j'acquiers plus de hardiesse et d'expérience.

Et, d'ailleurs, qu'est-ce que cela prouve? Est-ce que nous possédons, en médecine, un traitement infaillible? Est-ce qu'on ne peut s'expliquer l'inefficacité d'un traitement qu'en supposant qu'il n'a été appliqué qu'à une maladie imaginaire? Est-ce qu'une opération ne peut jamais laisser quelque chose à désirer, surtout quand l'œil ne dirige pas la main? Ainsi, j'ai rapporté un cas où le résultat n'avait pas été complet, peut-être parce que la division de l'obstacle n'avait pas été bien verticale dans toute son étendue, et que l'une de ses lèvres anticipait sur l'autre de manière à pouvoir jouer jusqu'à un certain point le rôle de soupape. Mais une valvule existait bien réellement, et elle put être vérifiée à l'autopsie; car le malade succomba au bout de deux mois et demi à des manœuvres imprudentes faites à mon insu pour compléter le résultat que j'avais obtenu, mais tout à fait guéri des suites de mon opération. (*Rech. sur les valv., etc.*, 2e édit., p. 352.)

Qui prouve même que certains cas ne sont pas restés imparfaits uniquement parce que le chirurgien a manqué de hardiesse et le malade de courage? Ainsi Nozot et quelques autres encore n'ont été guéris qu'après quatre et cinq opérations : si nous nous étions arrêtés après la deuxième ou la troisième, devait-on les ranger dans la catégorie des atonies simples et me déclarer coupable d'opérations sans but réel? Quant à moi, je déclare que quelquefois je me suis arrêté dans des cas où je craignais qu'il y eût danger à aller plus loin, et où cependant un commencement de succès m'annonçait que j'étais dans la bonne voie. J'ai pour règle qu'avant tout il ne faut pas faire de mal, et je ne risque jamais rien du moment que j'entrevois quelque chance préjudiciable au malade. J'ai découvert et je ferai connaître incessamment une cause anatomique d'insuccès : cette connaissance fera déjà éviter quelques mécomptes.

Enfin, je répète encore que j'ai constamment admis l'inertie vésicale. Mais par cela seul que je la regarde comme étant consécutive, s'ensuit-il qu'elle doive toujours disparaître après la destruction de l'obstacle? Point du tout : j'ai toujours dit au contraire que si elle se dissipe le plus souvent, il y a aussi des cas où, sans doute, par sa durée, par le degré de distension, par l'inflammation, etc., dont elle est accompagnée, il s'est produit dans la structure et dans la nutrition de la couche charnue de la vessie des désordres irrémédiables? Si on pouvait le prévoir, à coup sûr on ne devrait pas opérer; mais la science laisse encore beaucoup à désirer à cet égard.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE THERAPEUTIQUE.

INFLUENCE DU QUINQUINA SUR L'UTÉRUS FÉCONDÉ OU NON; Par M. COCHRAN.

M. Cochran a constaté que le quinquina et les sels de quinine exerçaient une influence sur l'utérus; que chez les femmes qui étaient sous son influence, si elles étaient à l'époque menstruelle, elles se plaignaient souvent de la surabondance de l'écoulement. Dans quelques cas, il semble avoir la propriété de hâter leur apparition, si on l'administre juste avant le retour; il a vu aussi ce médicament provoquer leur retour lorsqu'elles étaient subitement supprimées par le froid, etc. Il est pleinement convaincu que le quinquina ou le sulfate de quinine combinés avec le fer est un remède populaire dans beaucoup d'affections utérines, tels que l'aménorrhée, ou la suppression des règles, où la médication tonique est indiquée. Il est utile aussi dans beaucoup d'autres dérangements de l'utérus, comme la dysménorrhée, la ménorrhagie, la leucorrhée, etc., où ces désordres sont liés à un état de débilité ou d'anémie du système.

Une circonstance importante liée à l'action du quinquina, et qui peut probablement jeter quelque lumière sur son mode d'action sur l'utérus, est que, lorsqu'il est administré à hautes doses et fréquemment répété, il défibrine le sang, le rend fluide et incoagulable; ce fait a été clairement établi par les expériences des docteurs Baldwn, Mélier, Briquet et autres autorités respectables.

Peut-on administrer librement et sans distinction le quinquina ou ses sels aux femmes enceintes et peut-on le faire impunément? Lorsqu'une femme est attaquée par la fièvre, peut-on rester les bras croisés et permettre à la maladie de faire des progrès, ce qui amène souvent l'avortement, ou, ce qui est encore pis, la mort probable de la malade? Dans de tels cas, M. Cochran veut qu'on administre le quinquina aussi hardiment et aussi librement que le cas l'exige, parce qu'alors on substitue un mal moindre en vue d'en éloigner un plus grand. Mais, s'il est permis d'apporter quelque restriction à l'usage de cet agent, il admet, dit-il, celui qui est dicté par la raison, l'expérience et la conscience, savoir que, dans le cas où la fièvre survient chez une femme enceinte délicate, nerveuse et d'une grande sensibilité, si cette fièvre est modérée et n'offre pas de danger, on doit employer un substitutif, surtout si elle est prédisposée à l'avortement.

(*Charleston méd. journ. et Gaz. méd. de Paris.*)

CRÈME PECTORALE A L'ACIDE PRUSSIQUE, PAR M. GAY.

Acide prussique médicinal. . .	2	grammes.
Sucre.	45	—
Sirop de guimauve.	62	—
— de choux rouge. . . .	60	—
— de baume de Tolu. . .	30	—
— de capillaire.	30	—
— de pavots.	8	—
— de cannelle.	8	—

F. s. a. une crème. Cette recette est extraite du *Formulaire des médicaments agréables*, que publie M. Gay.

PONCTION DE LA VESSIE A TRAVERS LA SYMPHYSE DU PUBIS; SUCCÈS; Par M. LEASURE.

Nous passons sous silence l'observation; nous dirons seulement, avec M. Leasure, que l'opération en elle-même est très-simple; qu'il n'y a pas de parties véritablement importantes à traverser; qu'il n'y a pas de danger de blesser des organes voisins, comme dans les ponctions par le rectum; qu'il n'y a pas de possibilité de blesser le péritoine, comme dans l'opération sus-pubienne. Dans le cas présent, la douleur ne se fit sentir qu'au moment où la peau fut traversée.

(*Gaz. Méd. de Paris.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Piorry commencera, le lundi 16 avril, à huit heures précises du matin, sa clinique à l'hôpital de la Charité, et la continuera tous les jours à la même heure.

Les leçons qui auront lieu à neuf heures se feront les *lundi*, *mercredi* et *vendredi*.

Les leçons du *mercredi* seront consacrées à l'étude du plessimétrisme.

— M. Becquerel, agrégé chargé du cours de pathologie pendant le semestre d'été, commencera ses leçons le mardi 10 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants de chaque semaine à la même heure.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 44. 3e ANNÉE. Jeudi 12 avril 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

AVIS. — A partir du 15 avril courant, les bureaux du MONITEUR DES HOPITAUX *seront transférés chez le Rédacteur en chef, rue de l'Odéon,* 22.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Des causes et de la nature des maladies du cœur.

(Suite. — Voir les numéros des 6, 15, 22, 29 mars et 5 avril).

Symptômes généraux.

Les signes généraux sont très-variables suivant l'intensité de la maladie, et surtout suivant son état de simplicité ou de complication. En première ligne il faut placer l'appareil fébrile, constitué par la fréquence du pouls plein, fort, développé, régulier, et dans quelques cas petit, inégal, irrégulier; par la chaleur de la peau tantôt sèche, tantôt humide. Presque tous les auteurs ont parlé d'un malaise général, de dyspnée, de syncopes, de tendance aux lipothymies qu'ils ont observés dans certains cas seulement de péricardite; en même temps qu'une altération profonde des traits, le visage est violacé, blême, les extrémités s'infiltrent. Pourquoi ces symptômes graves se rencontrent-ils dans quelques cas seulement? Quelle est la cause de leur inconstance? L'intensité, l'étendue du mal peuvent-ils nous en rendre compte? Non, assurément, puisqu'on les observe quelquefois dans des péricardites peu étendues et d'une intensité médiocre, et qu'ils manquent dans les cas les plus graves. C'est que la péricardite ne peut pas produire par elle-même les graves désordres que nous venons d'indiquer et qui se rattachent toujours à quelque complication; tantôt c'est un vaste épanchement pleurétique comme chez Mirabeau, tantôt des caillots formés dans les cavités du cœur ou boursouflement considérable de l'endocarde. Les syncopes, les défaillances, les tendances aux lipothymies sont-elles toujours dues à l'une des causes que nous venons d'indiquer? Non, ces phénomènes peuvent se développer sous l'influence d'une névrose du cœur. Le pronostic est loin d'être le même dans l'un et l'autre cas, en effet grave, très-grave quand il y a formation de caillots; le danger est presque nul lorsqu'il s'agit seulement de l'élément nerveux. Il est donc de la plus haute importance d'établir un diagnostic exact; et pour y arriver les signes physiques peuvent seuls nous donner la solution du problème.

Nous ne pouvons parler des symptômes généraux sans étudier le sang. Dans la péricardite, il présente un caillot ferme, résistant, recouvert d'une couenne d'épaisseur variable, et retroussé sur les bords.

Signes des adhérences du péricarde et des productions accidentelles.

Les plaques laiteuses que nous avons décrites en parlant de l'anatomie pathologique, existent sans amener de dérangements notables du côté du cœur; leur présence peut être reconnue par la palpation et surtout par l'auscultation, car elles produisent un bruit de frottement plus ou moins intense suivant leur degré d'épaisseur et de consistance.

Lorsque des granulations forment une saillie à la surface du péricarde, qu'elles sont cartilagineuses, osseuses, elles déterminent *un râclement* très-marqué; chez un malade nous avons pu rattacher *ce râclement* qui existait dans la portion gauche de la région du cœur, à une concrétion pierreuse que l'on a trouvée a l'autopsie, partant de la valvule mitrale et traversant toute l'épaisseur du ventricule gauche pour soulever la membrane externe du cœur et faire saillie dans la cavité du péricarde. Le *bruit de cuir neuf* découvert par M. le docteur Collin, ne se rencontre que lorsque les fausses membranes sont dures, résistantes, et il est probable qu'elles ont besoin pour le produire, d'être transformées en adhérences soumises à un tiraillement plus ou moins prononcé pendant les mouvements du cœur. On entend quelquefois un bruit musical, *un piaulement* qui paraît se rattacher à des adhérences du péricarde; mais toutes les conditions de ce bruit ne sont pas encore rigoureusement déterminées. Nous avons dans ce moment un malade couché au n° 24 de la salle St-Jean-de-Dieu, et chez lequel on entend, vers la pointe du cœur, un *piaulement* qui nous paraît se rattacher à la cause que nous venons d'indiquer, d'autant que chez lui on a constaté des signes d'adhérences.

Corvisart considérait les adhérences générales du péricarde comme incompatibles avec la vie; nous savons aujourd'hui qu'elles peuvent exister sans gêner d'une manière bien notable le jeu du cœur. Dans plusieurs cas nous avons vu une dépression marquée de la région précordiale coïncider avec cette lésion.

Des causes de la péricardite.

Nous connaissons les caractères anatomiques de la péricardite, c'est-à-dire les altérations des tissus et des liquides que cette maladie entraîne à sa suite. Nous avons vu quels sont les signes au moyen desquels on la reconnaît, il faut maintenant nous occuper de son étiologie; vous voyez comment on parcourt les différents membres de cette *unité morbide.*

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la péricardite traumatique dont les auteurs ont rapporté des exemples; l'une des observations de Corvisart est relative à un cas de cette maladie développée à la suite d'un coup de poing sur la région précordiale, mais en la relisant avec soin il est bien permis

d'élever quelques doutes sur la cause que lui assigne cet auteur.

Les causes de la péricardite, comme celles relatives à toutes les autres maladies, sont *prédisposantes* et *déterminantes*. Il est impossible de faire un pas en pathologie sans rencontrer l'influence des premières, et si dans un grand nombre de cas elles n'existaient pas, les secondes seraient comme non avenues. Prenez vingt individus, placés dans un courant d'air froid, ayant le corps en transpiration : l'un aura une pneumonie, l'autre une pleurésie, l'autre une arthrite rhumatismale, un quatrième une otite, un cinquième une angine, et les autres jouiront d'une immunité complète. Les premiers auront une maladie de même nature, mais greffée sur des terrains différents, comment donc expliquer ce résultat sans admettre la prédisposition en vertu de laquelle l'un contracte une pneumonie plutôt qu'une angine, un autre une arthrite rhumatismale plutôt qu'une otite ? N'avions-nous pas raison, en parlant des causes des maladies du cœur en général, d'insister sur l'hérédité en déterminant ses limites, non qu'*hérédité* et *prédisposition* soient tout un, mais celle-ci est une preuve de la solidarité ascendante qui lie entre elles les générations d'une même famille. Arrivons à l'étude des causes déterminantes de la péricardite. Nous avons déjà vu que Senac, Corvisart, M. Louis avaient presque toujours rencontré cette maladie avec la pneumonie et la pleurésie, nous savons aujourd'hui quel rôle elle joue dans l'arthrite rhumatismale. Ces auteurs la considéraient comme complication d'autres maladies, sans avoir cherché à établir les rapports qui lient ces affections entre elles.

Nous connaissons maintenant la loi de coïncidence de la péricardite avec la pleuro-pneumonie et l'arthrite rhumatismale. Beaucoup de personnes confondent encore la *complication* et la *coïncidence*, il faut donc bien nous entendre sur ce point. Toute inflammation qui *coïncide* avec une autre se développe sous l'influence de la même cause morbide, tandis qu'une maladie qui se déclare sous l'influence d'une cause différente est une complication : par exemple, la pneumonie qui peut arriver pendant une scarlatine. Il est bien démontré aujourd'hui que les phénomènes qui se passent du côté du cœur dans la pleuro-pneumonie et l'arthrite rhumatismale sont des *coïncidences*.

Cela admis, il faut rechercher la cause de ces maladies. Or, la cause réelle, la seule que nous ayons pu constater chez plusieurs centaines d'individus affectés d'inflammations aiguës des organes thoraciques et du péricarde, c'est un refroidissement subit pendant que le corps est couvert d'une transpiration abondante.

Stoll avait déjà indiqué cette cause ainsi que Sydenham, qui a signalé son influence en ces termes : « Elle a fait, dit-il, périr plus de monde que la peste et la guerre. » Bichat, Corvisart, Broussais l'avaient signalée aussi comme donnant naissance aux maladies dont nous venons de parler.

On est vraiment surpris, après avoir vu Corvisart considérer le cœur comme à l'abri de toute impression de la part de l'air et de ses intempéries, écrire, quelques pages plus loin : « Cette affection (la péricardite) ne paraît pas reconnaître d'autres causes que celles qui donnent naissance à l'inflammation dans les membranes analogues, telles sont..... la suppression d'une hémorrhagie, de *la transpiration par l'impression subite d'un vent froid, le corps étant fortement échauffé* (1). » Il insiste encore sur ce point en rapportant l'observation d'une créole qui succomba à une péricardite.

Nous ne pouvons entrer dans l'examen de toutes les causes du rhumatisme citées par les auteurs, mais nous devons cependant faire remarquer l'étrange logique de ceux qui mettent *les prouesses de la lune de miel* au nombre des causes de l'arthrite rhumatismale et qui considèrent comme une étrange *manie de lèse-observation* de rattacher aux brusques variations atmosphériques cette maladie. Pour nous, qui n'acceptons comme vrai que ce qui nous est démontré comme tel, nous déclarons que cette dernière cause est *la seule* qui nous ait été donné d'observer.

M. Louis, dans son Mémoire, dit que l'on peut *croire* avec quelque vraisemblance que les affections du cœur ont quelque influence sur la péricardite, mais il est bien certain qu'il a pris l'effet pour la cause, et nous savons aujourd'hui quelle part il revient à la péricardite et surtout à l'endo-péricardite dans la pathogénie du cœur.

Malgré les travaux qui ont éclairé la question qui nous occupe, on parle encore de *métastase rhumatismale*, et certains médecins considèrent la péricardite comme le résultat de *la rétrocession* de l'inflammation articulaire sur le péricarde. Mais d'abord ceux qui défendent cette théorie ont-ils ausculté le cœur dès le début de la maladie, et pourraient-ils affirmer que la péricardite ne s'est pas développée simultanément avec l'affection articulaire? Et s'il est vrai qu'une grande inflammation intérieure opère une révulsion sur une autre inflammation extérieure d'après cette loi éternellement vraie : *duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum*, est-il aussi bien démontré que la disparition de cette dernière ait, dans la même proportion, déterminé la première?

Or, voici ce que nous observons chaque jour au lit du malade, et ici nous laissons la théorie à l'écart pour ne tenir compte que des faits. Souvent la péricardite *coïncide* dès le début soit avec la pleuro-pneumonie, soit surtout avec l'arthrite rhumatismale, et, dans ce dernier cas, l'affection extérieure cède généralement plus vite que l'intérieure; de là une des causes les plus communes de *cette fièvre rhumatismale sans rhumatisme* dont les anciens auteurs ont parlé. D'autres fois la péricardite se déclare postérieurement à la pleuro-pneumonie et à l'arthrite rhumatismale, *sans disparition* de l'une ou de l'autre de ces maladies et quelquefois au contraire avec une augmentation notable de celle-ci. Nous n'avons *jamais* vu de péricardite *se déclarer subitement* par le fait de la disparition d'une pleuro-pneumonie ou d'une arthrite rhumatismale, mais nous n'avons *jamais* observé non plus le retour subit de l'une de ces maladies par la disparition de la péricardite.

Tous ceux qui ont écrit sur cette maladie, Senac, Corvisart, M. Louis, etc., sont d'accord sur sa nature franchement inflammatoire, et quelques-uns d'entre eux nient cependant le génie inflammatoire de l'arthrite rhumatismale; or, sans m'étendre sur cette question placée en dehors de notre sujet, ne pourrai-je pas faire remarquer que, puisque la péri cardite est une inflammation et qu'elle *coïncide* avec le rhumatisme, c'est-à-dire qu'elle se développe sous l'influence de la même cause morbide, ces deux affections ne peuvent différer de nature ? Cette conclusion semblera d'autant plus légitime que les altérations pathologiques des jointures sont exactement les mêmes que celles rencontrées dans les tissus du cœur, *véritable articulation intérieure* sous le point de vue de ses éléments anatomiques.

Pronostic et complication de la péricardite.

Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de la gravité d'une péricardite simple, dégagée de toute complication; Corvisart a donc beaucoup exagéré les dangers de cette maladie; mais on comprendra facilement son erreur si l'on se rappelle qu'il est rare qu'une péricardite intense ne soit pas compliquée d'endocardite; or, celle-ci peut rapidement entraîner la mort dans certains cas, et tous les graves désordres que l'on rapporte à la première nous semblent devoir se rattacher principalement à cette complication. M. Louis, dans son Mémoire, avait déjà diminué le terrible pronostic porté par Corvisart, puisqu'il ne trouve cette maladie mortelle que dans la sixième partie des cas, en supposant, ce qui lui paraît douteux, que les sujets aient succombé à la péricardite *principalement*. Le pronostic d'une maladie, en général, est subordonné au trai-

(1) Corvisart, page 4.

tement; or, pour la péricardite en particulier, nous pouvons affirmer que la guérison est la règle, la non guérison l'exception, grâce à la thérapeutique que nous ferons bientôt connaître.

Lancisi, Senac, Morgagni ont longuement agité la question de savoir si l'adhérence du péricarde au cœur ne détermine pas de graves accidents. Si l'on s'en tient à la théorie pure, on est porté à penser qu'une adhérence générale doit entraîner une certaine gêne dans les mouvements du cœur; mais si l'on passe à l'examen des faits, on rencontre cette lésion chez des individus dont les fonctions respiratoires et circulatoires n'éprouvaient pas de grandes perturbations.

Quant à la péricardite chronique avec épanchement sanguinolent ou purulent, elle doit inspirer de sérieuses inquiétudes; elle est presque constamment au-dessus des ressources de l'art.

Traitement.

Nous avons vu à quel degré de précision était arrivée l'anatomie pathologique, le diagnostic de l'affection qui nous occupe, si nous prouvons que sa thérapeutique repose sur des bases aussi solides, nous aurons pleinement justifié l'assertion faite plus haut, à savoir qu'elle est sous tous les rapports aussi complétement connue que la pleuro-pneumonie. Je sais que sous le point de vue du traitement de cette dernière maladie, on pourrait nous opposer *une statistique fameuse* dont le résultat semble peu favorable à *la saignée dans les inflammations*. Nous ne pouvons ici nous étendre sur une question placée en dehors de notre sujet, et qui nous conduirait trop loin; mais nous dirons cependant que nous n'acceptons pas cette fin de non recevoir. Il n'est pas possible de juger de la valeur d'un agent thérapeutique, quel qu'il soit, quand il n'est pas *formulé*. N'y a-t-il pas des règles, des mesures, pour administrer le quinquina, l'opium, le mercure, l'iodure de potassium? etc. Et pour ne parler que du premier de ces médicaments, ne sait-on pas que pour guérir la fièvre intermittente, il importe non-seulement de donner le quinquina, mais encore de le donner d'une *certaine façon* et à une dose déterminée suivant les cas? Pense-t-on que ce qui est vrai pour une médication ne le soit pas pour une autre? Et s'il importe d'astreindre l'une à des règles certaines dont l'écart seul peut causer les insuccès, ne doit-on pas prévoir le même résultat quand cette loi thérapeutique est oubliée? M. Louis, dans son Mémoire intitulé : *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, indique bien la moyenne du sang retiré, mais il ne dit pas un mot de la formule que nous exposerons bientôt; ce que nous faisons en quarante-huit ou cinquante heures, il le fait en huit ou dix jours : pense-t-on qu'il est indifférent de disséminer ses forces, qu'on nous passe cette comparaison, au lieu de les masser, de les concentrer? Que les chiffres de M. Louis soient justes pour *la saignée en général*, sans règle et sans formule, nous le croyons, mais ils sont bien opposés à ceux que nous obtenons par notre traitement, qui ne diffère pas du sien, quant à sa nature, mais bien quant à son application.

Revenons maintenant à notre sujet: puisque la péricardite n'est presque jamais isolée, qu'elle se rencontre avec la pleuro-pneumonie, et surtout l'arthrite rhumatismale, notre traitement s'appliquera donc aussi à ces maladies.

Nous venons déjà de faire comprendre que les émissions sanguines dans les affections inflammatoires ne peuvent donner les résultats qu'on doit en attendre qu'à la condition d'être *formulées dans une mesure exacte* et en tenant compte de toutes les indications, c'est-à-dire en les adaptant à l'intensité de la maladie, à la force, à l'âge, à la constitution des sujets, aux complications qui peuvent se présenter, en ne négligeant, en un mot, aucune des données du problème qui se présente au lit du malade. Nous aurons soin de diviser les cas graves, moyens, légers, et nous supposerons toujours un cas donné. Voici donc le traitement que nous employons, dans un cas grave, chez un adulte et d'une bonne constitution. Si c'est à l'hôpital, c'est à la visite du soir que nous voyons notre malade, alors nous pratiquons une saignée du bras de trois palettes et demie à quatre palettes.

Deuxième jour. — Une nouvelle saignée du bras, de même dose, matin et soir; dans l'intervalle nous faisons sur la région précordiale une application de ventouses de quatre palettes et que l'on peut, bien entendu, remplacer par une application de sangsues.

Troisième jour.— Quelquefois, lorsque la maladie a été prise au début, l'amélioration est telle que l'on peut s'abstenir d'agir, mais généralement dans les cas très-graves on fait une nouvelle saignée du bras, même dose que les précédentes, et quelquefois aussi une saignée locale, ou bien l'on applique un large vésicatoire sur la région du cœur.

Quatrième jour. — Dans l'immense majorité des cas la maladie est en pleine résolution; si cependant la fièvre persiste encore, on peut faire une nouvelle saignée de trois palettes à trois palettes et demie.

Cinquième et sixième jours.— En général, la convalescence commence à ce moment, mais cependant dans quelques cas très-graves, l'époque des émissions sanguines n'est pas encore passée, alors on peut pratiquer une ou deux saignées du bras de trois palettes à trois palettes et demie, et mettre de nouveaux vésicatoires sur la région du cœur. Nous avons été quelquefois obligé de retirer, dans les cas de gravité extrême, jusqu'à huit et neuf livres de sang. Presque toujours alors la convalescence se déclare franchement le sixième, septième ou huitième jour, et les malades commencent à prendre un bouillon.

Quant aux cas légers, on peut s'abstenir d'émissions sanguines générales et recourir seulement à une application de ventouses de trois palettes à trois palettes et demie, ou bien appliquer un vésicatoire. Les moyens adjuvants sont : la diète, les boissons diaphorétiques et, comme nous l'avons déjà dit, les vésicatoires.

Laissant de côté les cas légers, nous voyons que pour ceux de gravité moyenne cinq saignées tant générales que locales, de trois palettes et demie à quatre palettes, sont faites dans quarante-huit à cinquante heures.

Pour les cas graves, six à sept saignées tant générales que locales en trois ou quatre jours.

Nous venons de voir ce que l'on fait chez un adulte, fort, bien constitué, mais il s'en faut que nous ayons ceux-là seulement dans la pratique. Quand les sujets sont faibles, chétifs, anémiques, mal nourris, nous tenons compte de ces conditions individuelles, nous les pesons toutes à leur juste valeur, et nous faisons des saignées moins abondantes, moins multipliées; il peut même se présenter des cas exceptionnels où les émissions sanguines soient contre indiquées, alors nous préférons les moyens auxiliaires à toutes espèces de drogues.

Il ne faudrait pas croire que l'emploi de cette méthode soit chose facile, elle exige au contraire une grande habitude clinique, souvent le succès complet dépend de la dernière saignée faite en temps opportun. Il nous est arrivé bien souvent de voir la maladie résister aux trois et quatre premières saignées et ne céder qu'à la dernière. Or, si l'on avait arrêté le traitement à l'avant-dernière, aurait-il fallu accuser de l'insuccès, la méthode, ou celui qui l'aurait employée? On a prétendu que cette formule astreignait à des lois immuables ce qu'il y a de plus variable: Les indications. Nous venons de montrer au contraire que nous tenons compte de toutes *les individualités* en catégorisant chaque cas; en parlant du traitement nous supposons toujours un *cas donné*, sans cette distinction il n'y a pas de médecin possible. On voit combien cette formule est souple; ce n'est donc pas un lit de Procuste sur lequel tous les malades viendraient indistinctement se plier.

De l'endocardite.

Caractères anatomiques de l'endocardite.

Nous allons commencer l'étude de la plus importante des maladies inflammatoires du cœur; il s'agit de l'endocardite. C'est elle qui est l'origine de la plupart des maladies chroniques organiques de cet organe. Son histoire est toute moderne et date au plus d'un quart de siècle; avant cette époque, on ne connaissait même pas le tissu qui est le siége de cette inflammation.

Il y a deux espèces d'endocardites, l'une *typhoïde,* l'autre franchement inflammatoire : la première est plus anciennement connue que la seconde, M. Andral l'a décrite aussi sous le nom de *cardite interne.* Cette expression d'*endocardite typhoïde* pouvant donner lieu à quelque équivoque, nous devons bien préciser ce que nous entendons par là. Dans cette forme de la maladie comme dans l'autre l'élément phlegmasique est bien l'élément essentiel, mais il est tellement modifié par l'élément *typhoïde* que nous avons dû lui donner ce nom pour distinguer cette endocardite de celle qui est *purement inflammatoire.* On ne nous fera pas dire maintenant, je l'espère, que par *endocardite typhoïde* nous entendons que l'inflammation de la membrane interne du cœur puisse par elle-même donner naissance à des phénomènes typhoïdes.

On rencontre surtout cette forme de la maladie chez des individus qui ont succombé à des fièvres continues ou éruptives, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, avec accompagnement d'un *état typhoïde.* Les observations 25, 28, 33 de notre *Traité des fièvres essentielles* sont des exemples de cette maladie. Les deux premières ont pour titre : *Fièvre putride consécutive à une gastro-entérite*; la troisième est relative à une variole avec symptômes de fièvre putride ou adynamiques, sans trace de phlegmasie intestinale. On a noté une rougeur assez foncée de la membrane interne du cœur, plus prononcée sur les valvules; mais le sujet de la trente-troisième observation a présenté une rougeur inflammatoire non seulement de la membrane interne du cœur, mais encore de tout le système vasculaire. Enfin chez les sujets morts de fièvre *dite* putride, adynamique, cette membrane est quelquefois épaissie et même ulcérée. Dès cette époque déjà on nous accusait de voir l'inflammation partout, et d'être plus *broussaisiste* que Broussais. M. le professeur Andral considérait avec nous cette rougeur comme de nature inflammatoire. « Nous avons, dit-il, soumis au lavage des portions d'artères ainsi colorées, et elles n'ont pas dérougi..... D'après ces différents faits, nous sommes porté à penser que les rougeurs artérielles ne dépendent pas d'une simple imbibition sanguine, mais d'*une véritable phlegmasie* (1).»

Plus tard, nous avons rencontré cette rougeur de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux chez les sujets atteints de maladies franchement inflammatoires, comme l'arthrite rhumatismale, la pleuro-pneumonie. Trouver quelque chose d'*organique* du côté du cœur chez des individus atteints d'une maladie des jointures, parut si étrange que cela produisit une certaine sensation. Après avoir examiné avec un grand soin les malades sortis de l'hôpital, guéris ou convalescents d'une arthrite rhumatismale, nous trouvions un souffle plus ou moins rude, et le cœur augmenté de volume, puis chez ceux qui succombèrent, une lésion organique du cœur se rapportant bien à l'inflammation. Chose étrange! Broussais, qui avait rattaché tant de lésions organiques aux phlegmasies, combattit notre manière de voir, et après avoir renversé les constitutions épidémiques, il rapporta l'endocardite à cette influence.

Arrivons à l'étude des caractères anatomiques de cette maladie qu'il importe de bien connaître si l'on veut apprécier les symptômes qu'elle présente. Nous aurons à étudier les altérations du tissu séro-fibreux, les produits de sécrétions de l'inflammation, et enfin l'état du sang.

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. I, p. 411.

L'inflamation peut être plus ou moins étendue; dans les cas où elle est générale, elle prédomine sur les valvules. Il est rare de la rencontrer dans les cavités droites du cœur; quelquefois elles participent à une violente inflammation des cavités gauches, mais à un degré bien moindre.

L'endocardite présente des lésions anatomiques suivant la période à laquelle on l'étudie; la première est celle de congestion sanguine, de ramollissement, d'ulcération, de sécrétion pseudo-membraneuse et, enfin, de formation de caillots dans les cavités cardiaques.

Première période. — Quand l'inflammation a duré pendant un temps suffisamment long l'endocarde présente une rougeur plus ou moins vive, tantôt rosée, tantôt d'un rouge très-vif, quelquefois violacée ou brunâtre et toujours plus marquée sur les valvules. Nous répéterons ici ce que nous avons dit en parlant de la péricardite, que dans les cas où la mort est rapide, il peut arriver que l'on ne rencontre aucune rougeur, bien que celle-ci ait existé pendant la vie, et nous citions comme exemple l'érysipèle dont la rougeur constatée pendant la maladie a quelquefois complétement disparu après la mort.

Presque toujours la rougeur est vive, rutilante dans le ventricule gauche, l'aorte et les principaux vaisseaux qui naissent d'elle; dans les cavités droites, elle est violette, quelquefois d'un brun foncé : il n'est pas très-facile d'expliquer la cause de cette différence, cependant il est probable que le sang, dont les qualités sont variables pour les cavités droite et gauche, joue un rôle assez important pour l'explication du phénomène que nous constatons.

La nature de cette rougeur a été l'objet de longues discussions, et Laënnec est un de ceux qui ont le plus contesté qu'elle fut inflammatoire. « Il me semble, dit-il, qu'il est impossible de se refuser à conclure de tous ces faits que nous venons de rapporter, que la rougeur des membranes internes du cœur et des gros vaisseaux *ne peut dans aucun cas* et quelle qu'en soit la nuance prouver seule l'inflammation! » Certes il serait erroné de soutenir que toutes les rougeurs que l'on rencontre du côté de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux *sont toujours inflammatoires*, mais il serait également erroné de soutenir qu'elles ne peuvent pas constituer un signe propre à l'inflammation, si les sujets chez lesquels on les observe n'ont présenté aucune trace de décomposition, s'ils ont présenté pendant la vie les signes propres à l'endocardite, s'il existe enfin quelques-uns des autres caractères relatifs à l'inflammation de l'endocarde et que nous allons bientôt faire connaître. La *nature inflammatoire* de ces rougeurs sera complétement démontrée. Elles devront être au contraire considérées comme *posthumes*, si ces données manquent. Les autres caractères sont : l'épaississement de l'endocarde, la présence d'une certaine quantité de lymphe en pseudo-membranes, ou celle de caillots décolorés, denses, glutineux.

Quand l'endocardite a duré quelque temps, la membrane séreuse a perdu de sa transparence ordinaire; elle est épaissie, plus opaque, surtout vers les valvules. Chez notre malade du numéro 27, dont nous avons déjà parlé à l'occasion de la péricardite, vous avez eu un bel exemple d'une endocardite valvulaire qui nous a présenté tous ces caractères. Dans ce cas, il nous a été facile d'enlever des lambeaux de l'endocarde plus considérables que dans l'état normal. Nous avons déjà fait remarquer que lorsqu'une inflammation frappait une membrane séreuse et s'étendait au tissu cellulaire sous-jacent, celui-ci perdait de sa force de cohésion. Le travail phlegmasique entraîne quelquefois à sa suite une véritable érosion, une ulcération de la membrane interne et qui peut être le point de départ de lésions graves dont nous aurons à parler.

Quant aux produits sécrétés par la membrane interne du cœur, on comprend qu'il n'est pas aussi facile de les retrouver que dans la péricardite. En effet, ces produits sont sans cesse entraînés par le torrent de la circulation, mais il y a cependant

quelques cas où l'on rencontre du pus ou des pseudo-membranes.

Dans la quarante-huitième observation du *Traité des maladies du cœur*, la membrane interne était rouge dans plusieurs endroits, et à travers cette membrane on apercevait deux points blancs faisant relief sur le pilier de la valvule mitrale; l'incision en fit couler du pus. Dans la quarante-neuvième, on a trouvé aussi derrière la valvule mitrale un abcès de la grosseur d'une aveline.

Quant au sécrétum qui s'organise très-rapidement, on en trouve aussi et principalement sur les valvules; continuellement en mouvement, elles jouent le rôle de verges avec lesquelles on défibrine le sang. C'est sous forme de masses fibrineuses qu'il se dépose sur ces soupapes; on retrouve donc ici l'élément plastique du sang, le *medium unissant de Hunter*. Ces masses sont plus ou moins volumineuses et disposées en grappes ou bien en choux-fleurs.

Il nous reste maintenant à étudier les caractères du sang que l'on rencontre dans les cavités du cœur chez les malades qui succombent à une endocardite. Très-fréquemment on trouve, comme dans l'arterite et la phlébite, des concrétions généralement plus abondantes à droite qu'à gauche et que l'on ne peut confondre avec les caillots développés pendant l'agonie ou après la mort, quand on les a observées quelquefois. En effet, ceux-ci sont mous, flasques, noirâtres; ces concrétions, au contraire, sont décolorées, d'un blanc jaunâtre, douées d'une grande force de résistance, à ce point qu'on peut les tirailler assez fortement sans les rompre; elles sont adhérentes aux parois du cœur, intriquées dans les colonnes charnues et autour des tendons valvulaires, dont elles entravent le jeu. Quand elles sont un peu volumineuses, elles entraînent rapidement la mort par l'obstacle mécanique qu'elles apportent à la circulation; cet élément plastique du sang a une si grande tendance à s'organiser que l'on trouve souvent çà et là des points et même des lignes rougeâtres, premiers rudiments des vaisseaux; dans quelques cas on les a vus complétement développés et l'on a pu y rencontrer du pus, ce qui implique nécessairement un travail inflammatoire, lequel ne peut avoir lieu que dans un tissu vivant et pourvu de vaisseaux. Le docteur Senn, de Genève, a rappelé l'observation d'une malade qui succomba trois semaines après une opération. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, on avait constaté un œdème du membre supérieur droit et de la face du même côté. A l'autopsie on trouva l'oreillette droite du cœur en partie remplie par une concrétion au centre de laquelle on voyait un liquide à demi concret. Cette concrétion était parcourue par *une infinité de vaisseaux injectés en rouge vif et noir;* elle s'étendait jusque dans la veine jugulaire du même côté avec les parois de laquelle elle se *confondait par continuité de tissu*.

Ces concrétions ont bien des points de ressemblance avec la couenne inflammatoire et les pseudo-membranes; aussi pour être organisées, pour vivre comme ces dernières, il leur suffirait de rester pendant un temps assez long en contact avec des tissus vivants. Ces concrétions observées dans le cœur et les gros vaisseaux sont le résultat d'une sécrétion de leur membrane interne, mais la couenne dite inflammatoire d'où vient-elle? Les travaux de MM. Andral et Gavarret nous ont bien appris que le sang dans l'inflammation contient plus de fibrine qu'à l'état normal, mais sans nous dire d'où elle vient.

Ne pourrait-on pas rattacher cette couenne à un *sécrétum* de la membrane interne enflammée et entraînée par le torrent de la circulation?

Dr E. AUBURTIN,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

Nouvelles observations sur l'inertie de la vessie;

Par M. le docteur L.-AUG. MERCIER.

Ceci me conduit à examiner une autre partie de la question traitée par M. Civiale.

Il signale comme cause d'atonie de la vessie deux lésions de texture bien différentes : dans la première, il y a *atrophie*, et dans la seconde *hypertrophie*.

Il y a déjà bien des années que je lui ai dit que cette atrophie n'existait que dans ses ouvrages, ou plutôt que c'était une anomalie si rare qu'il était impossible d'édifier sur elle la théorie d'une maladie aussi commune que l'atonie de la vessie.

M. Civiale avait un moyen bien simple de me confondre, c'était de présenter à l'Académie de médecine quelque preuve anatomique; eh bien! c'est ce qu'il n'a jamais fait.

Mais, au lieu de preuve matérielle, il nous en donne une par induction. Je suis loin de récuser ce genre de preuve, et je ne le traiterai pas pour cela d'esprit spéculatif comme il l'a fait si souvent à mon égard; mais il faut y mettre toute la sévérité désirable. Or, je doute fort que M. Civiale agisse ainsi lorsqu'il invoque à l'appui de sa thèse la *paralysie musculaire atrophique* qui a fixé depuis quelques années l'attention des observateurs. Une foule de différences pourraient être signalées ici; mais je me contenterai d'une simple question : sur un nombre donné d'hommes, combien en trouvera-t-on qui soient atteints de ce qu'on nomme *paralysie musculaire atrophique*, et je consens à ce qu'on compte en bloc celles de tous les organes du corps autres que la vessie? Combien, d'un autre côté, observera-t-on de dysuries du genre de celles que M. Civiale attribue à une atonie de la vessie?

Or si, ce qui est indubitable, le second nombre est de beaucoup supérieur au premier, on devra nécessairement conclure que la raison invoquée par M. Civiale se tourne contre lui, et prouve que l'atrophie de la vessie ne peut être qu'une anomalie extrêmement rare.

Le seul cas incontestable d'atrophie de la vessie que j'aie observé se présenta chez un vieillard dont le prostate était hypertrophiée de telle sorte que l'orifice interne de l'urètre ne pouvait se fermer et que la vessie se trouvait constamment dans un état de *vacuité* complète (*Rech. sur les mat. urin. des hommes âgés*, p. 263). J'ai encore parlé dans mon dernier mémoire d'un homme qui, pris tout à coup d'une rétention complète, avait succombé en peu de temps. Je trouvai la vessie distendue, ses parois d'une minceur qui me frappa, et néanmoins la rétention était produite par une cause un peu plus matérielle qu'une simple atonie : il y avait sur le bord postérieur de son col une tumeur du volume d'une cerise (*Gaz. méd.*, loc. cit.). Le fait a été observé en 1834, et je me suis demandé depuis si cette minceur n'était pas plus apparente que réelle, si elle ne résultait pas simplement de la distention causée brusquement, sans dysurie et partant sans hypertrophie antécédente, par l'abaissement subit de la tumeur sur l'orifice interne de l'urètre.

Voyons maintenant ce qu'il faut penser de l'atonie avec hypertrophie. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer cette coïncidence; mais les causes n'en sont pas aussi *indéterminées* que le veut M. Civiale, et je crois les avoir parfaitement expliquées.

Qu'on suppose un obstacle survenant graduellement au col de la vessie ou dans le trajet de l'urètre, la vessie luttera d'abord et prendra un surcroît de nutrition; mais que l'obstacle continue de s'accroître, alors vient un temps où la lutte n'est plus possible, et la vessie, quoique hypertrophiée, se laisse distendre et perd sa contractilité. Ceci revient tout simplement encore à dire qu'il est beaucoup d'obstacles matériels que M. Civiale méconnaît.

Il cite comme exemples certains calculeux qui d'abord sont tourmentés par des besoins incessants d'uriner, et qui, plus

ard, voient ces besoins s'éloigner et leur vessie ne se vider qu'imparfaitement.

Ces faits sont de la plus exacte observation, et, dès 1844, j'ai fait voir que cela tient à ce que la présence d'un calcul dans le bas fond de la vessie provoque souvent le spasme, puis la rétraction, et par cela même une valvule au col de la vessie (*Rech. sur les valv.*, etc., p. 92). Ainsi voici la marche des phénomènes dans les cas dont il s'agit : calcul vésical, stimulation de la vessie et hypertrohie; puis obstacle au col, distension de la vessie et enfin perte de sa contractilité.

Mais j'ai signalé d'autres cas où le phénomène ne se passent pas tout à fait ainsi : nous allons rechercher quelle est leur signification.

Il n'est pas rare de voir des calculeux uriner très-souvent et avec des épreintes considérables tant qu'on ne les a pas débarrassés de leur pierre. Mais sitôt qu'on la leur a extraite (et je suppose que c'est par la lithotritie, qui ne détermine aucun changement dans la disposition des organes), les malades ne peuvent plus uriner du tout.

M. Civiale dira-t-il que l'opération a tout à coup frappé leur vessie d'atonie? Exposons encore quelques faits et toujours sans sortir de ceux qui sont dans le domaine public.

J'ai publié en 1850, dans la *Gazette médicale*, l'observation de M. Bailly-Caffier, de St-Omer; en voici le résumé : A l'âge de vingt ans, difficultés d'uriner qui lui firent craindre la pierre; mais, au bout de quelques années, les symptômes s'amendèrent et il ne lui resta plus qu'un peu de lenteur dans l'émission urinaire. Peut-être était-ce un de ces cas dont il était question tout à l'heure.

Quoi qu'il en soit, vers l'âge de quarante ans, les accidents s'aggravèrent, les urines devinrent troubles, le besoin de les rendre presque continuel, et, nonobstant, ce n'est qu'à cinquante-cinq ans que le malade vint à Paris (1849).

Je le trouvai affecté d'une valvule au col de la vessie et d'un calcul volumineux.

Comme j'avais vu quelquefois la contracture du col se dissiper après l'extraction de la pierre, je commençai par pratiquer celle-ci, aidé du docteur Bourguignon. Mais, chose qui me surprit alors, M. Bailly qui urinait encore avant l'opération, avec difficulté, il est vrai, mais assez pour n'avoir pas besoin de sonde, ne peut plus uriner une seule goutte spontanément dès qu'il commença à être débarrassé de sa pierre par le broiement et l'extraction artificielle des fragments.

Les choses restèrent en cet état depuis le commencement d'octobre jusqu'au 18 mars suivant, jour où j'excisai la valvule, en présence du docteur Bourguignon.

Aussitôt après, M. Bailly urina avec un jet volumineux, et, depuis ce temps, quoiqu'il ait eu plusieurs récidives de pierre, il vide sa vessie sans difficulté. Je l'ai présenté au rapporteur de la dernière commission d'Argenteuil.

L'observation 5 de mon *Mémoire sur un nouveau traitement de la rétention d'urine chez les hommes âgés*, publié en 1852 dans le même journal, présente une succession de phénomènes à peu près semblables; seulement la rétention devient complète dès la première séance de lithotritie.

Pour moi, voici comment j'explique ces faits :

D'une part, l'obstacle surexcité par le passage des instruments et des fragments augmente et bouche hermétiquement le canal. Je crois que cette cause joua un grand rôle dans les deux observations précédentes et surtout dans la seconde

Mais, d'autre part, lorsque la vessie n'est plus stimulée par la présence de la pierre, elle se contracte aussi moins énergiquement et lutte contre l'obstacle avec moins d'avantage. Voici, à l'appui de cette seconde explication, un fait auquel j'ai déjà fait allusion dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1854, p. 699).

M. Rousseau, de Nemours, de soixante-cinq à soixante-dix ans, a été traité, il y a trois ans environ, par M. Civiale, d'une pierre dans la vessie. Après l'extraction, il restait encore un catarrhe abondant, mais il fut abandonné à la nature, pensant sans doute que le temps en ferait justice.

Mais, trois au quatre mois après, ce catarrhe ne faisant qu'augmenter, M. Rousseau vint à moi, et je trouvai une prostate énorme; la vessie ne se vidait pas entièrement; le catarrhe était puriforme, et le dépôt, examiné dans un verre à champagne, occupait près de la moitié de la hauteur totale. En moins de trois semaines et à l'aide d'injections caustiques (3 grammes de nitrate d'argent pour 60 grammes d'eau distillée), tout cela disparut, et, malgré mes remontrances, M. Rousseau voulut partir.

Au commencement de mai 1854, il revint pour son catarrhe qui, disait-il, avait reparu depuis quelque temps.

Je pensai immédiatement que l'évacuation incomplète de la vessie était l'unique cause de cette récidive; mais ayant introduit une sonde de gomme élastique, quelle ne fut pas ma surprise de ne voir rien sortir (le malade venait d'uriner : il y était contraint à chaque instant)! Je crus d'abord que ma sonde était arrêtée par l'engorgement prostatique, et qu'elle n'avait pas pénétré dans la vessie; mais en lui faisant exécuter des mouvements de va-et-vient pour franchir l'obstacle, je crus sentir un calcul, ce dont je m'assurai immédiatement avec la sonde métallique.

Je voulus le broyer; mais, à quatre reprises différentes, il me fut impossible de faire séjourner plus de deux ou trois cuillerées d'injection dans la vessie, et encore se faisaient-elles irrésistiblement jour aussitôt que j'écartais tant soit peu les mors du lithotribe. La dernière fois même j'avais chloroformisé M. Rousseau, quoique je ne comptasse pas beaucoup sur ce moyen; et, en effet, l'injection n'étant plus retenue par la volonté, sortait autour de la sonde au fur et à mesure que je la poussais dans la vessie.

Je commençais à désespérer de l'emploi de la lithotritie, lorsque me rappelant les effets rapides que j'avais retirés précédemment des injections caustiques, je me demandai si, malgré la présence de la pierre, elles ne modifieraient pas la vessie, de manière à la rendre plus tolérante.

Une première tentative me donna bon espoir, et, après deux ou trois autres, la vessie se trouva dans des conditions telles que la lithotritie ne rencontra pas d'autre difficulté que celle qui résultait de la tuméfaction prostatique derrière laquelle il m'était quelquefois difficile de saisir et même de sentir les fragments. Il va sans dire que tous durent être extraits à l'aide soit du brise-pierre à cuillers, soit de ma sonde évacuatoire à double courant.

Se trouvant guéri de sa pierre et de son catarrhe, M. Rousseau vit reparaître l'évacuation incomplète de la vessie; mais quoiqu'il s'en fallût d'un demi-verre au moins que celle-ci ne se vidât, il retourna dans son pays le 9 juillet. Je l'ai revu au mois de septembre et je l'ai trouvé dans les mêmes conditions.

Il est évident qu'ici l'extraction de la pierre a fait perdre à la vessie cette contractilité exagérée en vertu de laquelle elle se vidait à chaque instant et jusqu'à la dernière goutte, malgré l'obstacle incontestable qui se trouve à son orifice. Eh bien, supposons cet obstacle encore plus développé ou le col de la vessie moins large, n'aurions-nous pas pu avoir une rétention complète?

J'ai soupçonné un cas (*Rech. sur les valv.* etc., 2e édit. p. 357) et je crois que c'est le seul possible, où une hypertrophie de la couche musculaire pourrait empêcher la vessie de se vider complétement; c'est celui où l'hypertrophie s'étant développée sous l'influence d'un obstacle, celui-ci vient à disparaître par le fait soit d'un traitement approprié, soit de la marche de la maladie qui lui a donné naissance; car j'ai démontré que l'engorgement de la prostate peut prendre certaines formes qui, loin d'empêcher l'urine de couler, disposent au contraire à l'incontinence.

Ne se pourrait-il pas alors que l'hypotrophie s'étant opérée pendant que la vessie restait habituellement distendue, les pa-

rois eussent acquis une densité trop grande pour revenir complétement sur elles-mêmes, absolument comme le cœur dans certaines hypertrophies avec dilatation?

En voilà asssez, je pense, pour faire voir qu'il ne suffit pas de croire depuis vingt-cinq ans à la fréquence de l'atonie primitive de la vessie pour que cette opinion soit absolument vraie, et que depuis ce temps il est entré dans la science de nouveaux éléments avec lesquels il faut nécessairement compter.

Quelques mots sur le caoutchouc et la vulcanisation,

Par MM. Gariel, d.-m.

Aujourd'hui que les appareils de médecine et de chirurgie en caoutchouc vulcanisé sont introduits généralement dans la pratique, on ne lira peut-être pas sans intérêt les lignes suivantes sur la fabrication du caoutchouc, et surtout sur les propriétés que la vulcanisation communique à cette précieuse substance.

Le caoutchouc est le suc coagulé de l'Hevea guyanensis.

Il est récolté, comme les résines, au moyen d'incisions faites au tronc de l'arbre; il s'écoule sous forme d'un liquide blanchâtre, épais, que les naturels du pays reçoivent ordinairement sur un moule pyriforme (caoutchouc en bouteilles). — Au bout de quelques jours, le caoutchouc prend de la consistance; il devient brun, noirâtre, de blanchâtre qu'il était au moment de la récolte, probablement sous l'influence de la lumière solaire ou du contact de l'air.

Le caoutchouc, tel qu'il arrive des colonies, est appelé caoutchouc naturel pour le distinguer du caoutchouc fabriqué, dont j'aurai à parler tout à l'heure. Il est doué de propriétés précieuses, dont on aurait sans doute depuis longtemps tiré parti, s'il était récolté avec soin, et s'il nous arrivait sous une forme plus favorable à l'industrie. Mais que faire d'une substance remplie de sable, de terre, de détritus de plantes, et ayant la forme d'une gourde?

Il a donc fallu songer à purifier le caoutchouc, à le rendre homogène, et à le réduire en feuilles d'épaisseurs variées, appropriées aux différents usages industriels.

De nombreux travaux ont été faits pour arriver à ce résultat; ces premiers travaux ont eu pour but la découverte d'un agent qui opérât la dissolution du caoutchouc.

Macquer est le premier qui soit parvenu à dissoudre le caoutchouc dans l'éther sulfurique. Après ce chimiste, on a recherché des moyens plus économiques de dissolution : parmi ces moyens, les huiles tenaient le premier rang.

Aujourd'hui les agents exclusivement employés pour opérer la dissolution du caoutchouc sont : l'essence de térébenthine et le sulfure de carbone.

Lorsque le caoutchouc est réduit en une pâte homogène, on le laisse reposer dans un endroit froid, où il ne tarde pas à devenir dur comme la pierre; dans cet état, il est plus facile à scier que lorsqu'il est chaud, et par conséquent élastique. Le sciage se fait par les mêmes procédés mécaniques que le sciage des bois destinés au placage.

Ainsi fabriqué, le caoutchouc, nommé alors caoutchouc régénéré, est parfaitement homogène : il se présente en feuilles d'épaisseurs variées, auxquelles on donne facilement, par la soudure, toutes sortes de formes; mais c'est aux dépens de la solidité qu'est obtenu ce résultat.

Le caoutchouc régénéré, sauf son homogénéité, a des qualités inférieures à celles du caoutchouc naturel; son élasticité est moins régulière, sa force de cohésion moins grande, etc.

C'est pour cette raison que, malgré les perfectionnements apportés dans la fabrication du caoutchouc, cette substance serait restée reléguée dans quelques industries obscures, si la chimie n'était venue lui créer le plus brillant avenir, en nous faisant connaître les résultats merveilleux qu'on obtenait de sa combinaison avec le soufre, combinaison qui a reçu le nom de vulcanisation ou volcanisation.

La vulcanisation augmente les qualités du caoutchouc naturel, en même temps qu'elle annihile les imperfections du caoutchouc régénéré, comme il est facile de s'en assurer par le parallèle suivant :

Caoutchouc non vulcanisé.	*Caoutchouc vulcanisé.*
1° ÉLASTICITÉ.	
Irrégulière.	*Régulière.*
Le caoutchouc qui a été distendu ne revient plus qu'incomplétement sur lui-même, il diminue d'épaisseur et reste affaibli dans tous les points qui ont subi la distension.	Une bande de caoutchouc vulcanisé à laquelle on a fait subir, un nombre indéterminé de fois, une distension de cinq ou six fois sa longueur, revient toujours et exactement à son point de départ.
2° FORCE DE COHÉSION.	
Peu considérable.	*Immense.*
Une bande de caoutchouc non vulcanisé, d'une épaisseur de trois millimètres, cède à une faible traction et se rompt.	Il est impossible de rompre, quelque traction que l'on opère, une bande de caoutchouc vulcanisé d'un millimètre d'épaisseur.
3° ACTION DES HUILES, DES CORPS GRAS.	
Destructive.	*Nulle.*
Un morceau de caoutchouc non vulcanisé, que l'on imprègne d'huile ne tarde pas à se ramollir, à se gonfler et à se dissoudre.	Un morceau de caoutchouc bien vulcanisé peut séjourner longtemps dans l'huile sans éprouver de décomposition.
4° INFLUENCE DU FROID ET DE LA CHALEUR.	
Considérable.	*Nulle.*
Le caoutchouc non vulcanisé, soumis au froid, devient dur comme la pierre. Soumis à la chaleur, il se ramollit et se liquéfie pour ainsi dire. C'est pour ces raisons que jusqu'ici l'emploi du caoutchouc a été impossible dans les pays chauds et dans les pays froids.	Le caoutchouc vulcanisé conserve sa souplesse et toutes ses propriétés sous l'influence des températures les plus opposées. Il peut être exporté dans tous les pays, traverser la ligne ou les mers du Nord, sans éprouver la moindre altération.

Outre ces qualités spéciales, le caoutchouc vulcanisé en possède d'autres qui lui sont communes avec le caoutchouc ordinaire; ces qualités sont : l'imperméabilité et la résistance à l'action des agents chimiques employés en médecine, tels que nitrate d'argent, acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, nitrate acide de mercure, etc., résistance plus complète encore dans le caoutchouc vulcanisé que dans le caoutchouc ordinaire.

Enfin, le caoutchouc vulcanisé présente une surface tellement lisse, tellement douce au toucher, qu'il est supérieur sous ce rapport à toute substance, à tout autre tissu, quel que soit son degré de finesse.

Il me reste à faire connaître quels moyens l'on emploie pour obtenir la vulcanisation du caoutchouc.

Deux procédés peuvent être mis en usage.

Le premier consiste à plonger les objets que l'on veut vulcaniser dans un bain de soufre bouillant; le deuxième à tremper ces objets dans un mélange de sulfure de carbone et de chlorure de soufre.

Par le premier procédé, dont la supériorité est incontestable, le caoutchouc acquiert toutes les propriétés détaillées ci-dessus: en outre, il est *inodore;* par le second procédé, le caoutchouc ne se vulcanise que très-imparfaitement; il contracte, de plus, une *odeur insupportable.* C'est par ce second procédé, beaucoup plus facile à mettre en pratique et beaucoup moins dispendieux que le premier, que sont exécutés les objets livrés à vil prix dans le commerce.

On reconnaît les objets vulcanisés par le soufre bouillant à

leur *couleur blanchâtre;* les objets vulcanisés par le sulfure de carbone conservent la *couleur caoutchouc.*

Toute erreur serait donc impossible, si l'on n'avait trouvé moyen d'induire le public en erreur en pratiquant une fraude qui doit être signalée.

Cette fraude consiste à plonger dans le bain de soufre, pendant quelques instants seulement, les objets *vulcanisés en noir,* dont la *surface* prend alors une couleur d'un gris blanc qui se rapproche plus ou moins de celle de la véritable vulcanisation.

C'est à cette teinte, et surtout à l'*odeur*, qu'on reconnaît les objets qu'on dit alors *blanchis au soufre.*

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 20 *mars* 1855.—Présidence de M. Jobert (de Lamballe.)

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Demande d'autorisation pour fonder une fabrique d'eaux minérales à Lyon;

2° Demande d'autorisation pour exploiter une source minérale, sise à Vals (Ardèche);

3° Rapport de M. le docteur Regnault, sur le service médical de l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault;

4° Un grand nombre de rapports sur diverses épidémies, par MM. les docteurs Houeix, médecin des épidémies à Ploërmel; Yvonneau, de Blois; Damet, de Brest; Ourgaud, de Pamiers, etc.;

5° Nouvelle préparation fébrifuge de ferro-cyanure de sodium et de salicine, par MM. les docteurs Halma-Grand et Duhaldi, et par M. Gaucheron, pharmacien à Orléans;

6° Deux remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — Rapports de M. le docteur Anthouard (Gard) et de M. le docteur Vial (Saint-Etienne).

Candidatures. — MM. Moreau (de Tours), Lestier et Martinet se portent candidats dans la section d'anatomie pathologique; MM. Duchesne et Bouchut, dans la section d'hygiène et de médecine légale; M. Reynal, chef de service à l'école d'Alfort, dans la section de médecine vétérinaire.

Vessie à glace. — M. Galante, fabricant des instruments de chirurgie imaginés par M. le docteur Gariel, adresse un modèle de vessie en caoutchouc vulcanisé, remarquable par sa finesse, et qui est dépourvue des inconvénients de la vessie ordinaire, notamment de celui qui résulte de la malpropreté.

Bistouri nouveau. — M. Mathieu présente un nouveau modèle de bistouri qui se fixe d'une manière inébranlable en l'ouvrant.

Incident. — Démission. — M. Patissier, trésorier de l'Académie, donne sa démission. — Sur la demande de M. Chevallier, une commission est nommée pour examiner les motifs de la démission de M. Patissier, et pour voir s'il n'y aurait pas moyen de faire revenir l'honorable trésorier sur sa résolution.

Tumeur utérine. — M. Depaul présente une tumeur du volume d'un gros œuf extraite dans les circonstances suivantes : Appelé dans la nuit auprès de la malade, qui venait d'être prise inopinément d'une métrorrhagie très-abondante, M. Depaul crut d'abord à un avortement; mais en pratiquant le toucher, il reconnut bientôt la présence, dans le vagin, d'une tumeur ovoïde, assez dure, implantée sur la lèvre postérieure du col utérin, par un pédicule assez large. La perte de sang s'arrêta assez facilement sous l'influence d'un traitement approprié. Après avoir pris l'avis de plusieurs confrères, M. Depaul fit l'ablation de la tumeur en se servant de l'instrument imaginé par M. Chassaignac pour opérer ce qu'il désigne sous le nom d'écrasement linéaire. L'utérus ayant été attiré près de la vulve, la section du pédicule se fit avec assez de promptitude et ne donna lieu qu'à un faible écoulement de sang. La malade se rétablit. Quant au tissu de la tumeur, il a été considéré par quelques chirurgiens comme étant de nature cancéreuse; mais l'examen microscopique auquel M. Depaul a soumis cette production, en s'aidant des avis de M. Robin, lui a démontré qu'elle était composée de tissu fibreux et de culs-de-sac folliculaires remplis de cellules d'épithélium et de globules graisseux. Ceux-ci, très-abondants, forment des amas jaunâtres, apparents sur la coupe, et en ont probablement imposé pour du suc cancéreux. En somme, il s'agissait donc d'une tumeur bénigne.

DISCUSSION A PROPOS DE LA VARIOLE.

M. Bouillaud prononce un discours que nous avons publié.

Séance du 27 *mars* 1855.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Mémoire sur l'opium indigène, par M. Descharmes, chancelier de l'Académie d'Amiens;

2° Plusieurs rapports sur diverses épidémies;

3° Mémoire sur la morve chronique, par M. Bizot, chirurgien de l'hospice d'Évreux;

4° Deux recettes secrètes.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Domingo, secrétaire de l'Institut médical de Valence, demande à établir des relations entre cette société et l'Académie.

Lithotritie. — M. Delore adresse une note sur trois opérations de lithotritie, faites par M. Barrier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à l'aide du brise-pierre pulvérisateur de M. Guillon.

Pharmacologie. — M. le docteur Thil propose de détruire l'amertume du sulfate de magnésie en y ajoutant de l'eau acidulée gazeuse.

Spermatorrhée. — M. Kaufmann, de Berlin, pense qu'on obtiendrait la guérison de cette maladie en faisant coucher les malades entre deux couvertures de laine (probablement sans chemises).

RAPPORT.

M. Bouchardat lit un rapport sur une série de remèdes secrets proposés contre la rage; il les divise en deux catégories : dans la première, figurent toutes les préparations qui ont pour base l'écaille d'huître additionnée de diverses substances aromatiques stimulantes ou inertes; dans la seconde, sont comprises toutes les recettes dans lesquelles entre la poudre de cantharides mélangée à diverses autres substances. Après avoir démontré que la plupart de ces formules ne sont que des répétitions ou des modifications de celles indiquées dans divers auteurs, le rapporteur conclut qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux demandes d'exploitation et de débit adressées au ministre par les personnes qui se croient les inventeurs de ces remèdes.

M. Renault remarque que, souvent, les personnes sont de bonne foi en préconisant leurs prétendus spécifiques et que, pour croire à leur efficacité, ils se fondent seulement sur une erreur d'observation. En effet, parmi les individus mordus par les chiens enragés, il en est un grand nombre qui ne contractent pas la rage, et trop souvent on attribue aux vertus d'un médicament l'immunité qui tient à des conditions très-variées. Comme exemple de conviction sincère, M. Renault raconte qu'il a vu un vieillard, possesseur d'une de ces panacées, se précipiter bravement vers la cage d'un chien atteint d'une rage des plus caractérisées, et qu'ayant été empêché, non sans peine, d'exécuter ce funeste dessein, qui faillit lui coûter la vie, cet homme ordonna à son propre fils de se faire mordre par le même animal afin qu'on pût expérimenter sur lui l'efficacité du remède. C'est là un acte qui dénote une conviction profonde poussée jusqu'au fanatisme.

L'honorable membre ajoute : La bave de ce chien fut inoculée à trois moutons, à deux chiens et à deux chevaux; à l'un des moutons, à l'un des chiens et aux deux chevaux, on donna le remède réputé spécifique contre la rage. Eh bien, la maladie éclata précisément chez les animaux qu'on avait soumis à cette médication, tandis que le chien et le mouton, qui étaient restés sans traitement, ne la contractèrent pas. A quelle conclusion erronée n'eût-on pas été conduit, si le hasard avait voulu que le contraire arrivât!

DISCUSSION A PROPOS DE LA VARIOLE.

M. Gerdy prononce un long discours que nous n'oserions pas reproduire d'après de simples notes.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 45. 3e ANNÉE. Samedi 14 avril 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

AVIS. — A partir du 15 avril courant, les bureaux du MONITEUR DES HOPITAUX *seront transférés chez le Rédacteur en chef, rue de l'Odéon,* 22.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — Service de Calculeux. — M. CIVIALE.

Arrêt, séjour et développement des calculs dans l'urètre.

Salle Saint-Vincent N° 2.

Mardoux (Ferdinand), belge, 47 ans, souffrances anciennes, vives et continues; santé générale mauvaise; constitution appauvrie; rétrécissement à la partie pénienne de l'urètre, suite d'une incision pour extraire des calculs arrêtés en cet endroit; pierre volumineuse à la partie profonde de l'urètre; incontinence d'urine, diagnostic difficile; tentatives de lithotricie; on y renonce à cause du volume de la pierre. Incision périnale, sans atteindre le col de la vessie, extraction d'une masse de fragments calculeux, mort le... vaste abcès du rein, racornissement de la vessie, dilatation considérable de son col et de la partie membraneuse de l'urètre.

A l'occasion de ce malade, M. Civiale nous a présenté une suite de considérations, que les praticiens liront avec intérêt.

L'arrêt, le séjour, le développement des calculs et des fragments de pierre dans l'urètre, font le chapitre le plus intéressant et le plus curieux de l'affection calculeuse. Les nombreuses et importantes questions qui s'y rattachent, furent à peine étudiées avant l'époque de la lithotricie. On s'était borné, en effet, à relater des faits instructifs, sans doute, mais on avait laissé de côté l'enchaînement de ces faits les uns avec les autres, les rapports des caractères physiques des calculs avec les lésions organiques, et les conséquences pratiques qui en découlent. Les besoins de la lithotricie ont conduit à combler cette lacune. Depuis 1834, où le sujet fut mis à l'étude, j'ai fait de nombreuses recherches, dont les résultats ont été publiés dans ma troisième lettre sur la lithotricie et dans le traité de l'affection calculeuse; je me bornerai à rappeler ici les points principaux qui s'appliquent également aux calculs urétraux proprements dits, aux fragments de pierre arrêtés dans le canal, à la suite de la lithotrice, et aux corps étrangers venus du dehors.

Les calculs peuvent s'arrêter dans tous les points de l'urètre. Mais on les trouve le plus communément à la fosse naviculaire, vers le milieu de la partie spongieuse, au bulbe et surtout aux parties membraneuse et prostatique.

Diverses circonstances favorisent cet arrêt; chez quelques

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40 et 42.)

Déjà je vous ai signalé une concrétion sur une des valvules du cœur: des exemples semblables ne sont pas très-rares. Tel est aussi un fait de M. Desnos : une concrétion fibrineuse de la grosseur du pouce, sur la valvule mitrale.

On peut rapprocher des concrétions, les polypes du cœur. Cette dernière affection est excessivement rare, et cette rareté ajoute encore à la belle présentation de M. Caron : une tumeur polypiforme développée dans l'oreillette gauche, et plongeant dans l'orifice auriculo-ventriculaire.

D'après les recherches auxquelles M. Caron s'est livré, il n'existerait, dans la science, que quatre ou cinq exemples de tumeurs semblables pour le ventricule gauche, et un pour le ventricule droit (de Burns). Les premiers sont dus : à M. Choisy (1832) ; à M. Depuisaye (1843) ; un troisième est cité dans la *Gazette médicale* de Londres (1834); un quatrième (de *la Lancette*, 1845), est dû à Wilkinson-King; enfin, deux cas de M. Dubreuil, de Montpellier.

Plusieurs opinions ont été émises sur ces productions : les uns veulent y voir un anévrysme, les autres une tumeur primitivement située dans l'épaisseur des parois du cœur; d'autres encore, et c'est l'opinion la plus probable, la plus généralement acceptée, un caillot sanguin, qui aurait contracté des adhérences avec les parois des cavités du cœur. Voilà pourquoi j'ai rapproché la présentation de M. Caron, d'autres pièces plus fréquentes : de concrétions fibrineuses, etc.

§ II. *Artères.* — J'ai déjà dit un mot de deux cas d'altération de l'aorte, coïncidant avec une autre lésion du cœur. J'ai encore à vous signaler d'autres faits relatifs aux artères.

Un anévrysme de la crosse de l'aorte, faisant saillie en arrière, du côté de la colonne vertébrale, qui nous a été montrée par M. Tassel.

Notre président nous a fait remarquer que c'était là un cas d'anévrysme latéral, dans lequel la tunique externe seule, avec le tissu cellulaire ambiant, constitue la poche anévrysmale, tandis que les tuniques moyenne et interne s'arrêtent au niveau de l'ouverture de communication du sac et de l'artère.

M. Axenfeld nous a rappelé un cas d'anévrysme que M. Andral a présenté à l'Académie. Cet anévrysme avait érodé, détruit les vertèbres, comprimait la moelle et avait déterminé une paraplégie.

Une pièce de M. Wieland, une dilatation de l'aorte, rompue dans le poumon, et qui a eu pour symptômes principaux des hémoptysies à des intervalles assez éloignés.

Deux cas d'incrustation artérielle : l'un de M. Duclos, dans lequel la lésion était presque générale, l'autre de M. Luys, qui intéressait l'artère coronaire et qui coïncidait avec une gangrène du larynx.

personnes, notamment les femmes et les enfants, le col de la vessie est très-large et surtout très-dilatable, et il admet des calculs et des fragments de pierre trop volumineux pour parcourir l'urètre.

En avant de la partie membraneuse, dont les parois sont naturellement souples et extensibles, l'urètre se rétrécit et change de direction, double obstacle au passage des calculs qui s'arrêtent et séjournent là plus que partout ailleurs.

Vers le milieu de sa partie pénienne, l'urètre, à partir du bulbe, a moins de capacité et ses parois sont de moins en moins dilatables. Aussi, n'est-il pas rare de trouver, soit des calculs, soit des éclats de pierre, ou tout autre corps, arrêtés en cet endroit.

A la fosse naviculaire, la disposition anatomique des parties est encore plus propre à favoriser cet arrêt.

Après la partie membraneuse, c'est derrière le méat urinaire, que l'art doit le plus souvent intervenir.

Ainsi les calculs s'arrêtent dans les parties les plus larges et les plus dilatables du conduit urinaire et derrière les points qui sont naturellement plus étroits et moins extensibles.

A côté de ces dispositions normales, qui tiennent à la structure même de l'urètre, viennent s'ajouter d'autres causes qui se rattachent à la configuration des calculs, au degré de contractilité de la vessie, et aussi à l'action vitale et physiologique des parois du canal.

Il se passe ici quelque chose dont on ne se rend pas parfaitement raison. Il est constaté en effet, qu'un calcul une fois engagé dans l'urètre chemine vers son orifice externe, poussé par les colonnes d'urine que lancent les contractions vésicales. Mais dans les intervalles des besoins d'uriner, le calcul continue sa marche progressive, avec plus ou moins de lenteur, sous l'influence probable des contractions urétrales, ou ces mêmes contractions agissent en sens inverse lorsqu'un corps étranger est introduit dans le canal, par le méat urinaire. C'est même sous leur influence spéciale que ces corps parviennent dans la vessie.

Les états morbides des parois urétrales, tels que indurations, épaississements partiels, coarctations organiques, etc., exercent ici une influence qui n'est contestée par aucun chirurgien et qui mérite à tous égards de fixer l'attention. Il n'est peut-être pas, en effet, de cas plus graves, plus embarrassants, que ceux de calculs arrêtés derrière un rétrécissement de l'urètre et produisant la rétention d'urine.

Chacun pense qu'on doit, sans peine, reconnaître les calculs urétraux. Eh bien ! un diagnostic complet est souvent plus difficile qu'on pourrait le supposer. Signalons d'abord une particularité dont on n'a pas tenu compte; savoir, que les graviers et les petits calculs venus de la vessie et arrêtés dans le canal, ne produisent pas, en général, les mêmes effets locaux et généraux que les fragments de pierre après la lithotricie et les corps étrangers venus du dehors, sans qu'on puisse attribuer la différence exclusivement à la forme du corps engagé, comme quelques personnes l'ont prétendu. Or, qu'on le remarque bien, les calculs et les fragments ont franchi le col de la vessie et s'y sont engagés par le même mécanisme et sous l'influence des mêmes coarctations vésicales ; ils occupent la même place; mais tandis que le malade est à peine averti de la présence des uns, les autres, au contraire, déterminent de l'irritation, des besoins fréquents d'uriner, de la difficulté et de la douleur pour les satisfaire ; sans compter les phénomènes généraux quelquefois assez graves pour déterminer des suites fâcheuses. A la vérité, il y a des exceptions pour les uns comme pour les autres ; certains fragments ne déterminent aucune sensation pénible ; quelquefois même on ne les soupçonne pas, et on ne les découvre qu'accidentellement, au moment où l'on fait une nouvelle séance de lithotricie; tandis que des calculs lisses, à surface unie et d'un petit volume, causent des accidents formidables.

On observe, à cet égard, des différences notables dans chaque cas; mais, ce qui est plus constant, c'est que ces corps étrangers produisent des accidents toujours plus graves, quand la surface urétrale a été préalablement le siége d'une irritation, d'une phlegmasie. Leur présence peut imprimer une marche très-rapide aux désordres et leur faire prendre une grande intensité. Quoi qu'il en soit, les calculs poussés dans l'urètre s'y arrêtent, s'y accumulent, s'y développent au point d'acquérir un volume énorme, le plus souvent sans que le malade en ait conscience, et même sans que les fonctions de la vessie soient fortement troublées.

Quant à la rapidité ou à la lenteur du développement de ces calculs, à leur configuration, aux lésions organiques qu'ils produisent, j'aurai occasion d'y revenir ; ce sont des points qui intéressent spécialement le praticien, dont la conduite varie nécessairement suivant les cas. Il est nécessaire d'établir quelques distinctions.

1° Cas dans lesquels le volume et la forme du corps étranger permettent de le repousser dans la vessie de l'urètre ou de le briser dans le lieu qu'il occupe.

Quelquefois, avons-nous dit, les douleurs sont légères et les troubles fonctionnels ne présentent rien de grave. Le chirur-

---

Deux cas de blessures d'artères : l'un portant sur la radiale, l'autre sur la fémorale. Dans les deux cas, on a pratiqué la ligature. Mais le premier blessé est mort quelques semaines après l'accident d'un phlegmon diffus ; l'autre mourut seize ans après l'opération d'une affection organique du larynx.

Dans le premier, que j'ai observé dans le service de M. Velpeau, l'artère, oblitérée au-dessous et au-dessus de la plaie, était réduite à un cordon fibreux. Une injection, faite dans les artères, ne pénètre pas dans ce bout de la radiale. Mais la cubitale avait suffi pour remplir et distendre les deux arcades palmaires.

Dans le second, décrit par M. Luys, et qui a été l'objet d'un excellent rapport de M. Caron, on put constater 1° la dilatation de l'artère fémorale, au-dessus de la ligature ; comparativement la petitesse de son calibre au-dessous du point où le fil avait été appliqué ; 2° que la circulation s'était rétablie au moyen et par l'intermédiaire de la fémorale profonde, qui, après avoir alimenté tout le segment supérieur du membre, venait s'ouvrir au niveau de l'anneau du troisième adducteur dans la fémorale, qui reprenait son calibre et sa disposition normale.

Ce fait, si curieux quand on songe que la ligature a été posée très-près d'une collatérale fort importante, l'est encore davantage, parce que l'examen de la pièce, fait par MM. Robin, Luys et Caron, ne laisse rien à désirer. On retrouve les tuniques de l'artère ancienne, un peu altérées : il n'y a pas trace de caillot fibrineux ni de capillaire, ni de [illegible] sanguins dans l'épaisseur de ses parois. Mais un vaisseau artériel s'est développé dans la cavité de l'ancienne artère, vaisseau bien formé, à parois nettement limitées, et rempli par le liquide de l'injection. Cette pièce rappelle les expériences de Parry, et surtout un fait de M. Blandin, dans lequel il est dit qu'on a trouvé, à la suite d'une ligature de la fémorale, un vaisseau de nouvelle formation développé au centre de celui qui avait été oblitéré.

Enfin, une belle observation de M. Giraldès, qui peut servir de transition entre les lésions des artères et les altérations des veines : un *anévrysme artérioso-veineux*, dont l'histoire mérite d'être rapportée en quelques mots.

Un malade avait reçu, vers le menton, un coup de pistolet chargé à petits plombs. Un des grains de plomb avait frappé la branche horizontale de la mâchoire. Peu de temps après l'accident, une tumeur se développe sur la partie latérale de la région sus-hyoïdienne. Cette tumeur offre tous les signes, tous les caractères de l'anévrysme artérioso-veineux. Le malade, quelques mois plus tard, meurt d'un anthrax de mauvaise nature.

A l'autopsie, on trouve une perforation de l'artère carotide interne et de la veine jugulaire. Entre ces deux vaisseaux, une petite poche qui les met en communication, et dans le sac intermédiaire un grain de plomb.

Mais cet homme avait encore présenté un autre phénomène : sa voix, qui avait d'abord son timbre normal, s'était voilée peu à peu, et elle perdait chaque jour de sa clarté. La pièce, qui a été mise sous nos yeux par notre savant collègue, expliquait ce symptôme. Autour de l'ané-

gien a le temps de prendre ses mesures, de préparer son malade, de le placer, pour opérer, dans la position la plus avantageuse, et de mettre à profit toutes les ressources de l'art.

Dans d'autres circonstances, la violence des douleurs, la difficulté, l'impossibilité d'uriner, la marche rapide des symptômes généraux, font un devoir d'opérer d'emblée, à la première visite, sans préparation aucune; à peine si le diagnostic peut être établi avec toute la précision désirable. Dans cette position fâcheuse, on laisse beaucoup à l'imprévu. C'est au procédé le plus expéditif et pas toujours au plus avantageux qu'on a recours de préférence.

Dans la première série de cas, toutes les fois que le calcul est libre, peu volumineux, placé près du col de la vessie, et que la partie du canal située en arrière est libre et dilatable, on doit chercher d'abord à le faire rentrer dans la vessie. On y parvient par l'introduction d'une grosse bougie de cire cylindrique. Lorsque la sonde ou l'algalie sont arrivées au-devant du calcul, s'il ne fuit pas au-devant de l'instrument, on fait une injection à grande eau, poussée brusquement, et le calcul, la sonde et la colonne liquide pénètrent en même temps dans la vessie. Dans un grand nombre de cas, on réussit parfaitement, sans provoquer ni fortes douleurs ni accidents.

Ce précepte contraste avec ceux qu'on trouve dans presque tous les auteurs qui nous ont précédé; mais il résulte de conséquences rigoureuses déduites de faits si nombreux, si concluants, que je ne crains pas de le recommander.

Autrefois, lorsque le calcul *échappait et tombait dans la vessie*, on n'avait d'autre ressource que la taille : aujourd'hui on le retire par le canal, ou, s'il est trop gros, on l'écrase avec la plus grande facilité, et, dès qu'il est écrasé, le malade en rend les parcelles avec les premières urines et la guérison est instantanée. Ces cas rentrent dans la catégorie de ceux de l'application de la lithotricie aux très-petits calculs. Or, c'est là le triomphe le plus complet de la chirurgie.

C'est par l'emploi des bougies qu'il faut commencer, ne fût-ce qu'à titre d'exploration. On ne sent pas toujours immédiatement à quoi l'on a affaire; au lieu d'un calcul ou d'un fragment par volume, faiblement engagé, arrêté près du col vésical, et que la moindre pression fait rentrer dans la vessie, on peut se trouver en face d'un corps poussé plus avant dans la partie membraneuse de l'urètre, de forme irrégulière, serré, comprimé par les parois du canal, et dont le déplacement peut se faire sans difficultés. Si le calcul résiste à la pression exercée au moyen de la bougie, celle-ci rapporte des impressions qui fournissent au chirurgien les plus utiles enseignements. A-t-elle butté contre le calcul? son extrémité est rebroussée, recourbée et avec des anfractuosités quand le calcul est inégal. La bougie a-t-elle glissé entre le calcul et les parois urétrales? on a la certitude que le corps étranger ne remplit pas entièrement ce conduit, et, s'il ne rentre pas dans la vessie, ce n'est pas à son volume seul qu'il faut s'en prendre. Dans ce cas, le calcul a fait sur la cire une traînée très-remarquable, différente de toute autre empreinte. J'ai cité, dans mon *Traité de la lithotricie*, des cas nombreux où les empreintes des bougies m'ont été d'un grand secours.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses;

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

In curatione prius pervestiganda est causa.
Boerhaave.

Cura secundum causas dirigenda.
J. P. Franck.

(Suite.—Voir les numéros des 24, 36 et 40.)

A l'hôpital on constate tous les signes de la chlorose la plus intense avec dyspepsie, vomissements nerveux, gastralgie; un état nerveux très-marqué et caractérisé surtout par de la mélancolie et une grande tendance aux larmes. Dans les premiers jours, on observe des attaques convulsives de forme hystérique; pendant les périodes menstruelles, tous les phénomènes s'aggravent, et il vient s'y joindre une céphalalgie continue, intense, puis une aphonie manifestement nerveuse et un affaiblissement voisin de la paralysie.

Traitement. 4 pilules de Vallet; 2 grammes de magnésie calcinée après chaque repas; nourriture spéciale (viandes rôties).

Cette médication continuée avec régularité a amené une amélioration lente, mais de plus en plus sensible. Les digestions sont devenues meilleures, les vomissements ont cessé; la malade a repris un peu de force et d'embonpoint, puis les attaques convulsives et l'état nerveux ont graduellement disparu et le caractère a repris de la gaieté. Enfin, le 4 octobre, sa santé étant très-satisfaisante, X.. a quitté l'hôpital, promettant de continuer son traitement.

1854. J'ai eu plusieurs fois des nouvelles de cette malade et

---

vrysme, le tissu cellulaire était épaissi, induré, et les nerfs pneumogastrique et laryngé supérieur étaient compris dans cette masse plastique.

§ III. — *Veines.* Je note ici un exemple d'oblitération, de phlébite de la veine splénique que nous devons à M. Barth, et qui est un des plus intéressants que la science possède. Si je ne m'y arrête pas davantage, c'est que le fait est rapporté avec détails, au moment où je traite des lésions de la rate. Il en est de même d'une phlébite rénale, qui se trouve décrite à l'article : *Reins*, *uretère*.

M. Bailly nous a montré un cas d'oblitération de la veine cave supérieure qui avait présenté tous les symptômes qui marchent avec une semblable altération (caillots dans la jugulaire, appréciables au toucher, face rouge violacée, turgescente; œdème, gonflement des jugulaires, des réseaux veineux sous-cutanés, asphyxie lente, etc.). Cette oblitération avait été produite par une tumeur, du volume d'un œuf de poule, qui entourait et comprimait la veine cave supérieure.

Je pourrais multiplier les exemples d'oblitération des veines, par la pression plus ou moins lente d'une tumeur voisine; mais de pareils faits sont rapportés à propos des organes et de la description des masses morbides qui en étaient le point de départ. Ainsi, pour ne citer que l'un d'eux, M. Goupil a mis sous nos yeux une tumeur cancéreuse de l'abdomen, qui comprimait et obstruait la veine cave inférieure.

Enfin, messieurs, M. Foucher nous a présenté une dilatation variqueuse, un véritable sac anévrismatique, un véritable anévrisme veineux, sur le trajet de la saphène interne. Au-dessus et au-dessous de cette poche, la veine avait son calibre à peu près normal; le sac était rempli de caillots.

§ IV. *Tumeurs érectiles.* — Si nous passons aux tumeurs qui peuvent être rapprochées des altérations qu'on observe sur les vaisseaux, aux tumeurs érectiles, deux faits doivent être rappelés, l'un que nous devons à M. Verneuil, l'autre à M. Dolbeau.

Pour le premier, c'était une foule de petits kystes remplis de sérosité citrine, qu'on trouvait au milieu d'une masse graisseuse. On pouvait, avec cette pièce, reconstituer l'histoire de la maladie, et retrouver la trace d'une tumeur érectile. Ces tumeurs, en effet, quand elles s'enflamment spontanément, ou à la suite des manœuvres tentées dans le but de les faire disparaître, donnent souvent lieu à la formation de ces kystes multiples. Cette explication était encore corroborée par une particularité sur laquelle on a insisté; on voyait, à côté des cavités kystiques, un tissu blanc, induré, un vrai tissu de cicatrice.

La seconde présentation était relative à une tumeur du plancher de la bouche simulant une grenouillette, et qui avait été excisée en partie. La malade mourut d'infection purulente.

J'ai fait, à ce propos, une communication à la Société : j'ai observé, à Bergues, avec M. le docteur Bollaert, une tumeur du plancher de la bouche, qui simule si bien une grenouillette, par sa forme, par sa couleur, par sa situation, par la manière dont elle s'est développée, etc., que je ne supposai pas un instant, quand je l'ai vue, qu'il pût être question d'une altération d'un autre ordre. L'opération fut décidée : on excisa une portion assez considérable de la tumeur, et, à notre grand

je l'ai revue plus de dix-huit mois après sa sortie de l'hôpital; elle avait continué assez longtemps l'usage des ferrugineux, ses conditions hygiéniques étaient convenables; la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION IV.—Hystérie chlorotique (Forget de Strasbourg, *Recherches cliniques sur les névroses; in Gazet. médic.* Paris, 1847, p. 920).

OBSERVATION V.— Hystéro-épilepsie chez une fille chloro-anémique guérie par les ferrugineux après plusieurs mois d'un traitement infructueux dont les émissions sanguines étaient la base (Docteur Elliatson, *Gaz. méd.*, Paris, 1836, p. 73).

OBSERVATION VI (1).—Chlorose ancienne, épilepsie, paraplégie incomplète, guérison.

Résumé. X..., âgée de trente-deux ans, entre le 16 oct. 1851 dans le service de M. Sandras. Depuis l'âge de douze ans, elle est sujette à des palpitations, à des essoufflements, des gastralgies avec dépravation de l'appétit, des douleurs vagues, un malaise général, etc.. Les règles, établies à seize ans, ont toujours été très-abondantes. Mariée à dix-huit ans, en moins de trois années elle a eu successivement trois grossesses marquées par toutes sortes d'accidents. La première fut interrompue par une contusion suivie d'une hémoptysie qui ne cessa plus dès lors, et d'un avortement avec métrorrhagie qui dura plus de quinze jours. Les cinq derniers mois de la seconde grossesse furent marqués par un dévoiement continuel, et après la délivrance s'établit un écoulement de lait continu et tellement abondant que non-seulement les linges, mais le lit de la malade en étaient inondés : cela dura six mois et détermina un grand amaigrissement. L'hémoptysie continuait aussi et persista pendant la troisième grossesse, dès le début de laquelle s'établit de nouveau un écoulement de lait par les mamelons. Après l'accouchement elle nourrit son enfant. Elle avait beaucoup maigri, avait perdu l'appétit et les forces; un régime très-débilitant acheva de ruiner sa santé, et depuis elle a toujours été traînante, accusant des palpitations plus fortes, des douleurs d'estomac, des difficultés de la digestion, etc....

En 1846, son état général restant toujours mauvais, à la suite d'une forte émotion, le caractère de la malade resta triste et morose. Au bout de deux mois, sans cause apparente, elle tomba subitement privée de connaissance en se débattant dans des convulsions. Trois ans se passèrent sans nouvel accident de ce genre, mais pendant lesquels elle continua à dépérir. Etant interne à l'hôpital Bon-Secours, en 1850, je constatai chez X..... tous les signes d'une chlorose bien caractérisée et, outre l'hémoptysie dont j'ai déjà parlé, le singulier phénomène d'une exsudation sanglante sur la muqueuse buccale et pharyngienne. A cette époque, de graves symptômes du côté des poumons se manifestèrent et aggravèrent encore l'état général de la malade. Ils disparurent pourtant, mais alors survinrent des attaques convulsives de plus en plus fréquentes et qui ont présenté toutes les apparences de l'*épilepsie* et non celles de l'hystérie : un malaise, de la céphalalgie et un état nerveux indéfinissable les précédaient; puis, après quelques heures ou quelques jours de prodrome, elle était tout à coup comme suffoquée et tombait en se débattant. La face s'injectait, se contorsionnait, les traits étaient tirés d'un côté, les veines du cou se gonflaient énormément, du sang s'échappait de la bouche, qui se remplissait bientôt d'une écume souvent sanguinolente; la connaissance et la sensibilité étaient absolument abolies; les mains étaient fermées, crispées, le pouce renversé dans la paume de la main, et les membres roidis étaient agités de mouvements saccadés. Ces attaques n'étaient pas toujours aussi violentes et consistaient parfois en une céphalalgie intense avec vertiges et perte absolue de connaissance pendant un temps fort court. Aux accès succédait une sorte d'hébétude avec accablement extrême.

Au commencement de l'année 1851, la malade fut mise à un traitement ferrugineux, à l'usage habituel de la magnésie calcinée et à un régime très-substantiel; elle s'installa à la campagne quand vint le printemps. Son état général s'améliore, quoique le traitement ait été interrompu par de nombreux accidents et, en particulier, par des diarrhées avec coliques. Les attaques convulsives devinrent un peu plus rares, mais restèrent très-violentes; bientôt elles ne parurent qu'à d'assez longs intervalles, et enfin la dernière eut lieu vers le 20 juillet 1851. Depuis, il n'y en a plus eu jusqu'à ce jour (octobre 1854).

Cependant, malgré une véritable amélioration de la santé générale, les symptômes de la chlorose persistaient et bientôt de nouveaux accidents se manifestèrent : je veux parler d'une paraplégie graduelle incomplète dont elle commença à éprouver les premiers phénomènes au commencement de septembre 1851 et qui la força d'entrer, le 16 octobre, dans le service de M. Sandras.

Traitement : 4 pilules de Vallet, magnésie calcinée après cha-

(1) Un ancien élève de M. Sandras, M. Jugand, a reproduit cette observation dans sa thèse d'après une rédaction incomplète que je lui avais communiquée et destinée à figurer dans un travail sur les paralysies. Je rétablirai ici ce qui se rapporte aux phénomènes convulsifs.

étonnement, il ne sortit que du sang; je plongeai alors le bistouri plus profondément, il ne sortit encore que du sang, et il survint une hémorrhagie très-rebelle. Nous avons examiné le lambeau excisé, et il a été constant qu'il s'agissait bien d'une tumeur érectile. On trouve, dans ces cas, deux symptômes auxquels il faut faire attention : quand on presse lentement la tumeur entre les doigts, elle s'affaisse plus ou moins; elle se gonfle quand le malade crie ou fait un effort, et devient bleuâtre. Voilà une affection bien peu connue, bien digne d'être étudiée, et qui demande de nouveaux faits, de nouvelles recherches.

Appareil digestif.

Je reporterai plus loin les tumeurs épithéliales des lèvres et des joues, du plancher de la bouche, etc., que nous avons pu voir cette année; je ne m'y arrêterai pas en ce moment.

M. Bastien nous a présenté une tumeur de la langue dont il n'existe pas d'exemple dans la science. C'est un lipôme de la langue dont l'origine était fort ancienne, dont le diagnostic a pu être fait avant l'opération par M. Laugier et confirmé par l'examen de la pièce. On retrouvait sur cette pièce les signes des lipômes : mollesse, souplesse, fausse fluctuation, aspect lobuleux, seulement la gangue fibreuse du lipôme était indurée, comme ossifiée par places.

Les lipômes sous-muqueux sont si rares! M. Gosselin, dans sa thèse sur les polypes du pharynx, en a rapporté un exemple qui lui venait de M. Foucher; mais un lipôme au centre d'un organe comme la langue, avec sa structure, etc., est vraiment un fait exceptionnel, unique.

Nous devons à M. Dufour deux tumeurs du voile du palais :

1° Une végétation sur la luette qui a été excisée par M. Ricord. Ces végétations, si communes dans d'autres régions, ne se rencontrent pas souvent dans cet endroit.

2° Une tumeur placée entre les piliers du voile du palais, tumeur bien circonscrite, bien limitée, qui fut enlevée avec facilité. Malheureusement l'examen microscopique de la pièce est venu démontrer qu'elle était formé de noyaux cancéreux.

Les fistules œsophagiennes ont le plus souvent pour point de départ une affection de mauvaise nature d'un point quelconque du conduit musculo-membraneux, et quand une semblable lésion existe, quand l'œsophage est perforé, on voit souvent cette ouverture accidentelle s'ouvrir dans les bronches ou la trachée. M. Proost a mis sous nos yeux une fistule œsophagienne qui avait une autre origine. Elle s'ouvrait dans la cavité d'un abcès, et il était permis de supposer que l'abcès était la cause de la perforation. Cet abcès s'ouvrait, d'autre part, dans les bronches. Le malade n'avait présenté pendant la vie que des signes de dysphagie.

(*La suite à un prochain numéro*).

que repas; onctions avec une pommade au sulfate de strychnine; effusions froides le long de la colonne vertébrale; bains frais; électricité.

Pendant le premier mois de son séjour dans nos salles, elle ne put surmonter l'ennui et le dégoût que lui inspirait l'hôpital; elle mangeait peu, maigrissait encore, et le mal empirait malgré l'emploi des moyens énergiques que je viens d'indiquer. La paralysie, remontant toujours, avait même atteint la main et l'avant-bras gauche; il faut ajouter que cette affection ne coïncidait avec aucun trouble du côté des centres nerveux; la vessie fonctionnait bien; les selles étaient normalement rendues. La contractilité musculaire était d'ailleurs affaiblie.

Vers la fin de novembre, l'appétit se développa, la gaieté revint, la malade prit de l'embonpoint, la face se colora, et bientôt se manifesta une amélioration rapide. Le 22 janvier 1852, il ne restait plus qu'un peu de roideur dans les membres; la marche était facile; la chlorose était presque nulle et la malade quitta l'hôpital. La guérison s'est maintenue (octobre 1854).

OBSERVATION VII. — Chorée chlorotique (Ashwel, Mémoire sur la chlorose et ses complications. *Gazet. méd.*, Paris, 1838, p. 341).

OBSERVATION VIII. — Chorée guérie rapidement par un traitement ferrugineux dans le service de M. Roquin (Sandras, *loc. cit.*, t. II, p. 521).

OBSERVATION IX (1).— Chlorose, hystérie, vomissements nerveux, paralysies à marche progressive des quatre membres.

Résumé. X... âgée de dix-neuf ans, femme d'une assez forte apparence, d'un tempérament lymphatique nerveux, entre le 16 juillet 1851 dans le service de M. Sandras. — Réglée à quatorze ans, chaque époque s'accompagnait de fortes douleurs lombaires. Mariée à dix-huit ans, elle eut quelques jours après une attaque convulsive à la suite d'une altercation, et dès lors se manifestèrent tous les signes d'une dyspepsie très-caractérisée : douleurs à l'épigastre après le repas, nausées, et enfin vomissements qui ne cessèrent plus jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital; amaigrissement et affaiblissement considérable, puis palpitations violentes. Bientôt se développe un état nerveux fort complexe, principalement caractérisé par du délire, des accès fébriles à type intermittent, une céphalalgie vive, des attaques convulsives fréquentes, etc. On employa presque inutilement des révulsifs cutanés, des antispasmodiques, des calmants. Au bout de cinq mois, ces symptômes s'amendèrent un peu; mais les vomissements, les palpitations, les convulsions persistèrent, et la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Etat de la malade dans nos salles. L'appétit est à peu près conservé, mais il y a des gastralgies violentes et des vomissements après chaque repas; constipation opiniâtre. — Rien du côté des organes respiratoires. Pouls petit, fisiforme très-dépressible; bruits du cœur mou et sans impulsion; souffle au premier temps vers la base; souffle râpeux dans les carotides; palpitations très-pénibles; faiblesse générale; leucorrhées; règles irrégulières, sang mal coloré; aucun symptôme appréciable d'une maladie utérine; les jambes sont souvent infiltrées. Etat nerveux développé; céphalalgie presque continuelle; bourdonnements d'oreilles; vertiges; fréquentes attaques convulsives présentant la forme hystérique, etc.

Traitement. Pilules de Vallet, magnésie calcinée; potion de Rivière; côtelettes.

(1) Tous les accidents nerveux, chez cette malade, pourraient être considérés comme hystériques. Mais, en ce qui concerne la paralysie, en particulier, il suffira de faire remarquer que l'irritabilité musculaire était abolie, caractère propre aux paralysies chlorotiques ou anémiques (voir l'observation 17e) et qui ne s'observe jamais dans la paralysie hystérique. Remarquons en outre que les symptômes nerveux ont toujours suivi les fluctuations de l'état général, s'aggravant ou s'amendant suivant qu'il empirait ou s'améliorait.

24 septembre. Le même traitement avait été continué; les vomissements, après avoir persisté assez longtemps, avaient diminué, et enfin disparu au commencement de septembre. Les forces générales s'amélioraient, la malade prenait de l'embonpoint, et les attaques convulsives, moins violentes, étaient aussi beaucoup plus rares. Le 7 septembre, se manifestèrent les symptômes d'une amygdalite, avec embarras gastrique, qui nécessitèrent l'administration d'un émétique. Dès lors, les vomissements quotidiens ont été réveillés et n'ont pu être arrêtés par aucun moyen. L'amaigrissement est aujourd'hui extrême, le souffle du cœur et des carotides est plus intense; la faiblesse est considérable; analgésie générale; fourmillements aux extrémités; la malade accuse dans les pieds un sentiment de lourdeur.

7 octobre. Les vomissements continuent; souffle intense au cœur et aux carotides; l'état général s'aggrave, l'amaigrissement fait des progrès; les attaques convulsives deviennent plus fréquentes. Une paralysie presque complète s'est développée dans les membres inférieurs en remontant toujours des extrémités vers le centre, et a graduellement envahi les mains, les avant-bras et les bras, en respectant, toutefois, la vessie et le rectum; d'ailleurs aucun symptôme local du côté de la moelle ou du cerveau. Les plus forts courants électriques ne déterminent aucune contraction dans les muscles des jambes et même des cuisses, à peine dans ceux des avant-bras. — Analgésie complète; anasthésie incomplète.

5 *novembre.* A la suite d'une légère éruption variolifomer avec fièvre, les vomissements ont diminué, la nourriture a été mieux supportée, l'appétit est revenu; la physionomie est meilleure, l'embonpoint renaît. — On reprend le traitement ferrugineux, la magnésie, etc.

25 *novembre.* Les vomissements ont disparu depuis près de quinze jours; la malade a repris de l'embonpoint, les attaques d'hystérie ont disparu; l'état général est aujourd'hui fort bon. L'analgésie est presque nulle, la marche est plus facile, les mouvements des mains se rétablissent, l'électricité détermine maintenant des contractions marquées, et il est évident que la guérison est prochaine. Malheureusement, cette femme, profitant de ce changement dans sa situation, met le désordre dans les salles, et on est obligé de la renvoyer.

OBSERVATION X.—Paraplégie incomplète liée à un état chloro-anémique chez une fille de seize ans, guérie par les ferrugineux. (Marcé, *Gaz. des hôpit.*, 1853, p. 279.)

OBSERVATION XI.—Amaurose chez une femme chlorotique rapidement guérie par les ferrugineux. (Blaud (de Beaucaire), *Bulletin de thérapeutique*, 1839, t. XVII, p. 345.)

OBSERVATION XII.—Amaurose chez une femme chlorotique; traitement tonique et ferrugineux; amélioration rapide de la chlorose et de l'amaurose; onctions autour de l'œil avec l'huile strychninée; guérison en moins d'un mois. (Fl. Canier, *Bull. de thér.*, 1840, t. XVIII, p. 97, obs. 11.)

OBSERVATION XIII.—Amaurose chez une jeune femme très-chlorotique; traitement ferrugineux, frictions avec la teinture de noix vomique : guérison.—Retour de l'amaurose pendant la parturition, avec des symptômes congestifs; prompte guérison après l'emploi du calomel jusqu'à salivation, des sangsues et d'un vésicatoire à la nuque. (*Gaz. méd.*, Paris, 1848, p. 599).

OBSERVATION XIV.—Amaurose chez une femme chlorotique.—Guérison rapide par l'emploi des ferrugineux et de l'électricité. (Clinique de M. Sandras, 1852.)

OBSERVATION XV.—Aliénation mentale et accidents nerveux singuliers durant depuis cinq ans chez une fille chlorotique; insuccès de la médication antispasmodique; traitement tonique et ferrugineux.—Rapide guérison. (*Ann. méd. psychol.*, 1844, t. III, p. 149.)

OBSERVATION XVI.—Asthme nerveux chez une fille chlorotique; traitement ferrugineux : guérison.

Fille, vingt-trois ans, ouvrière dans une filature de laine.—Tempérament lymphatique; teint pâle et terreux. De tout temps elle a été chétive, sujette aux palpitations, à des dépravations d'appétit, à de l'inappétence, à des douleurs d'estomac, etc. Rougeole dans l'enfance, pneumonie en 1850, fièvre typhoïde en mars 1853; convalescence lente, difficile et restée incomplète.—Réglée à dix-neuf ans, époques irrégulières, dysménorrhée, sang décoloré. —Hygiène constamment mauvaise; fruits, légumes, presque jamais de viande ni de vin.

Depuis deux ans, elle se plaint d'une petite toux sèche et fréquente, provoquée par un chatouillement au-dessus du sternum, mais sans expectoration ni aucun symptôme plessimétrique ou sthétoscopique. Pendant l'hiver dernier, la dyspepsie, les palpitations, la dysménorrhée prirent une nouvelle intensité. En janvier 1854, elle fut prise de toux plus fréquente, plus quinteuse, accompagnée d'enrouement et d'oppression, mais sans expectoration. La toux et l'enrouement disparurent, l'oppression seule persista, s'augmenta même et bientôt devint très-pénible. Peu de temps après, elle cessa de se faire sentir pendant le jour, mais revenait chaque nuit. La malade se couchait et dormait tranquillement pendant quelques heures; mais alors elle était éveillée par une sensation de suffocation qui s'accroissait par degrés et arrivait à un paroxysme très-violent pour décroître ensuite d'une manière insensible. Le reste de la nuit était calme, et pendant le jour elle n'éprouvait rien; toutefois, le moindre mouvement, un peu de fatigue réveillait la suffocation, et elle pouvait à peine travailler. Les accès de la nuit ne s'accompagnaient ni de fièvre, ni de toux, ni d'expectoration. Il n'y avait rien de régulier dans leur retour; ils se faisaient sentir principalement tous les deux ou trois jours, et rien ne pouvait les calmer. Des sangsues, des vésicatoires, diverses potions antispasmodiques et calmantes restèrent inutiles.

L'état général ne tarda pas à s'améliorer, et les membres inférieurs reprirent insensiblement la faculté de se mouvoir. Au mois de janvier 1853, la malade commençait à marcher, lorsque survinrent d'abondantes hémorrhagies par le nez, la bouche et l'anus. Faiblesse extrême, anémie plus complète, etc., aggravation considérable de la paraplégie; marche impossible. Dès que les hémorrhagies eurent été arrêtées au moyen de l'extrait de ratanhia, la médication tonique fut reprise; l'amélioration fut, cette fois, plus rapide, et, au bout de six semaines, la guérison était presque complète. Nouvelles hémorrhagies, nouvelle aggravation de la paralysie qui ne tarde pas à s'amender dès que la malade cesse de perdre du sang. Enfin, au 5 avril, l'état général était excellent, il n'y avait plus eu d'hémorrhagies, le souffle du cœur et des carotides était presque nul, le teint s'était coloré; il ne restait de la paralysie qu'un peu de roideur et une démarche vacillante. En juin 1853, la guérison était complète sous tous les rapports, sans autre traitement que le traitement général.

OBSERVATION XVIII.—Paraplégie à la suite d'hémorrhagies utérines; anémie; guérison. (Moutard-Martin, Mémoire cité; *Union méd.*, 1852, p. 489).

OBSERVATION XIX.—Paraplégie à la suite d'une hémorrhagie puerpérale. (Service de M. Grisolles à la Pitié. *Gaz. des hôpit.*, 1852, p. 429.)

OBSERVATION XX. — Hypocondrie et paralysie générale chez un jeune homme anémique; traité et complétement guéri par un régime tonique, les ferrugineux et le quinquina. (*Ann. médic. psychol.*, 1843, t. II, p. 151.)

OBSERVATION XXI.—Analgésie générale chez un homme de constitution athlétique devenu anémique à la suite de longues privations. (Delacour, *Thèse de Paris*, 1850, p. 19, 2ᵉ obs.)

OBSERVATION XXII.—Analgésie générale à la suite d'une hémorrhagie considérable.

Un homme de vingt-huit ans, après avoir été amputé de la cuisse dans le service de M. Robert, à Beaujon, avait donné à tous les pansements les signes d'une grande sensibilité au moindre attouchement pratiqué sur le moignon. Quelques jours après l'opération, la ligature de l'artère principale étant tombée avant l'oblitération du vaisseau, une hémorrhagie presque foudroyante eut lieu. Lorsqu'on put s'en rendre maître, le malade était exsangue. Il fallut pratiquer la cautérisation au fer rouge : or, il n'éprouva aucune douleur ni de cette opération ni pendant la recherche du vaisseau. On pouvait lui traverser la peau avec des épingles et le pincer sans déterminer de sensations désagréables.

Ces symptômes étaient encore dans toute leur violence quand je vis cette malade vers le milieu de juillet 1854. Je constatai, en outre, un souffle interne à la base du cœur et dans les carotides; le pouls était petit et très-dépressible. Il n'y avait jamais eu d'attaques hystériques.

Traitement : 4 pilules ferrugineuses par jour; magnésie calcinée après chaque repas; matin et soir 1 gramme de valériane; nourriture substantielle.

Pendant les quinze premiers jours de ce traitement, l'état de la malade ne fut pas sensiblement modifié. Mais bientôt l'appétit se ranima, les douleurs gastralgiques cessèrent, la digestion fut plus facile, les forces revinrent et les accès de suffocation nocturne devinrent à la fois moins violents et plus rares. Au commencement de septembre, ils ne revenaient plus que tous les huit ou dix jours. Un peu d'extrait de belladone fut ajouté aux autres moyens.

Octobre 1854. L'état général est excellent, la figure est colorée, de l'embonpoint se manifeste; plus de souffle au cœur ni aux carotides; la force est revenue; la malade travaille sans peine; depuis plus de vingt jours, il n'y a pas eu d'accès de suffocation, et cette fille prétend n'avoir jamais été aussi bien portante. Elle continue cependant son traitement.

29 *janvier* 1855. La santé de cette fille est aujourd'hui parfaite, et, depuis plus de trois mois, il n'y a pas eu un seul accès de suffocation. Embonpoint, teint coloré, plus de souffle carotidien.

B. Anémie. — L'anémie, dont je pense avoir suffisamment établi l'importance dans l'étiologie des maladies nerveuses, se trouve bien plus souvent que la chlorose signalée comme cause de ces affections, soit que, par la nature de ses symptômes, elle frappe davantage les observateurs, soit que les circonstances d'où elle tire souvent son origine (hémorrhagies) appellent plus aisément l'attention, soit, enfin, qu'elle détermine en réalité un plus grand nombre de névroses, ce que je suis loin de croire. Sydenham (1), Bœrhaave (2), Sauvages (3), MM. Landouzy (4), Sandras (5), Pidoux et Trousseau (6), font jouer un rôle considérable aux saignées excessives, aux métrorrhagies, aux hémorrhagies en général, dans la production de l'*état nerveux* et de l'*hystérie*. Sydenham et M. Michea (7) attribuent également, dans beaucoup de cas, l'*hypochondrie* et la *mélancolie* à l'anémie; d'un travail récent de M. Boureau (8), il résulte qu'elle est la source d'un certain nombre d'*aliénations mentales*. L'*épilepsie* est souvent rapportée à la même cause par Fr. Hoffmann (9), Bœrhaave (10), Cullen (11), Tissot (12), Portal (13), Mai-

(1) *Loc. cit.*, p. 87.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 156 et 157.
(3) *Loc. cit.*, t. IV, p. 139.
(4) *Traité de l'hystérie.* Paris, 1844; *Étiologie.*
(5) *Loc., cit.*, t. I, p. 174.
(6) *Traité de thérapeut.*, 1853, t. I. *Des toniques analeptiques.*
(7) *Traité de l'hypochondrie*, Paris, 1845.
(8) Mémoire sur les hallucinations, *Annal. méd. psychol.*, 1854, V. t I, p. 555.
(9) *Loc. cit*, t. III, p. 12 et 13, § XIX.
(10) *Loc. cit.*, t. II, p. 806.
(11) *Loc. cit.*, t. II, p. 344.
(12) *Loc. cit.*, t. III, p. 120.
(13) *Traité de l'épilepsie*, Paris, 1827.

sonneuve (1), et M. Delasiauve (2), ne paraît pas éloigné d'adopter cette opinion. Cependant, comme le fait remarquer ce dernier auteur, aucun fait positif ne vient à l'appui de ces assertions; mais je serais fort étonné qu'une opinion aussi formellement émise par les médecins éminents que je nomme n'eût aucun fondement effectif. Or, l'observation vingt-quatrième me semble propre à diminuer le doute qui règne naturellement à ce sujet. M. Andral a admis une *chorée* hémorrhagique, et il en cite un exemple (3); MM. Barthez, Rilliet (4) et Sée (5) reconnaissent aussi parfois à cette affection une nature anémique. La *paralysie* se trouve sagement signalée dans Bœrhaave (6) comme une conséquence des grandes hémorrhagies; mais jusqu'à ces dernières années aucun fait détaillé n'avait été consigné dans les annales de la médecine. La première indication, sinon le premier exemple, appartient, je crois, à M. Mourtard-Martin (7) qui a publié un Mémoire sur plusieurs paraplégies à la suite d'hémorrhagies utérines ou rectales. J'ai également observé des faits semblables, et je suis parvenu à en réunir huit cas bien authentiques. Ces paralysies se rapportent aussi bien au mouvement qu'au sentiment; mais je signalerai particulièrement l'*analgésie* comme un résultat très-fréquent de grandes hémorrhagies (8). M. Delacour, dans sa thèse (9), l'a également indiquée dans l'anémie spontanée et en a rapporté un fort bel exemple que je reproduis ici (10). Faut-il rappeler aussi ce profond affaiblissement de la vue qui suit les pertes de sang considérables et n'est certainement qu'un premier degré de *l'amaurose* (11)? Enfin, la plupart des médecins font mention, dans les mêmes circonstances, de *convulsions*, de *délire* (12), et de divers autres accidents nerveux. Je n'insisterai pas davantge sur ce point de l'étiologie des névroses. Je ferai seulement remarquer que l'anémie spontanée ne diffère pas dans ses effets de celle qui suit les hémorrhagies.

Observations de névroses anémiques.

OBSERVATION XVII. — Paraplégie à la suite d'hémorrhagies multiples chez une femme; traitement tonique et ferrugineux. Guérison.

Résumé. Une femme de vingt-trois ans, d'une constitution débile, d'un tempérament lymphatique, entre le 5 août 1852 dans le service de M. Sandras. L'histoire de cette malade est celle de la misère la plus complète; elle a d'ailleurs été sujette toute sa vie aux divers accidents qui caractérisent la chlorose, et, dans ces dernières années, à des hémorrhagies fréquentes et considérables par le nez, la bouche, l'anus et les organes génitaux; en outre, de nombreuses saignées lui ont été pratiquées. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital elle fut prise d'une grave hématémèse et d'une épistaxis abondante : deux saignées furent encore pratiquées. L'une des plaies se rouvrit pendant la nuit, le sang coula en abondance et la vie fut mise en danger; c'est alors qu'on conduisit cette malade à Beaujon, où le premier soin dût être d'arrêter la saignée.

L'hémorrhagie nasale et buccale continuait; l'état général était fort grave. Des potions à l'extrait de ratanhia, jointes à une alimentation convenablement dirigée, arrêtèrent les hémorrhagies et rappelèrent cette femme à la vie. Mais quand on voulut la lever, on s'aperçut qu'elle avait perdu l'usage des membres inférieurs qui étaient complétement paralysés du sentiment et du mouvement. L'irritabilité musculaire était presque entièrement abolie. D'ailleurs, les fonctions du rectum, de l'anus et de la vessie restaient intactes, et il n'existait aucun symptôme du côté des centres nerveux. Elle était encore exsangue, la face pâle, le pouls petit; palpitations; souffle au cœur et aux carotides; inappétence, gastralgie, etc.

Traitement : Pilules ferrugineuses de Vallet; magnésie calcinée après les repas; nourriture substantielle (côtelettes).

OBSERVATION XXIII. — Analgésie à la suite d'hémorrhagies abondantes.

Une femme de quarante-cinq ans entra dans le service de M. Robert pour un polype de l'utérus qui occasionnait chaque jour des pertes de sang considérables. Elle était exsangue; toute la peau était analgésique. Trois jours après son entrée, le polype sphacélé fut expulsé; les hemorrhagies cessèrent. L'anémie s'amenda, puis disparut. L'analgésie s'amenda également et disparut avec elle.

OBSERVATION XXIV. — Epilepsie développée pendant une saignée chez un ecclésiastique sujet à des hémorrhagies incoercibles et qui resta épileptique. (Docteur Graves, London, *Médic. Gaz. — Gazet. des hôpit.*, Paris, 1848, p. 20.)

OBSERVATION XXV.—Chorée, suite d'hémorrhagie nasale. (Andral, *Leçons de pathologie*, Paris, 1836, p. 303, t. III).

OBSERVATION XXVI. — Folie à la suite de métrorrhagies abondantes; les pertes ne se reproduisant plus, guérison au bout de trois mois. (C. Bouchet et Germain : Etudes pour servir à l'influence de la folie sur les fonctions et les maladies du corps humain et réciproquement. *Annal. méd., psychol.*, 1844, t. IV, p. 337, *obs.* 8e.)

OBSERVATION XXVII. — Délire et hallucinations de l'ouïe chez une fille de vingt-deux ans chloro-anémique. Traitement tonique et ferrugineux : guérison de la chloro-anémie, guérison des troubles intellectuels. (Boureau, Mém. cité, *Annal. médic., psychol.*, 1854, t. VI, p. 566, *obs.* 9.)

OBSERVATION XXVIII. — Délire léger et hallucinations à la suite d'une épistaxis grave.

X..., concierge du parc Monceau, âgé de cinquante-huit ans, d'une grande stature, vigoureusement musclé, est pris, le 20 juin 1852, d'une hémorrhagie nasale très-abondante qui pendant plus de quarante heures se renouvelle fréquemment et ne peut être arrêtée que par le tamponnement des fosses nasales antérieures et postérieures. X... reste exsangue; le moindre mouvement provoque des syncopes, pâleur extrême, souffle au cœur et aux carotides. Au bout de vingt-quatre heures, quelques signes de délire se manifestent : le malade, ancien cocher de la cour, parle au roi qu'il croit voir, donne des ordres pour ses chevaux; plusieurs fois il a prié sa femme d'éteindre toutes les lumières allumées; or, sa chambre était exactement fermée et obscure; plus tard il a demandé pourquoi on avait tapissé sa chambre de fleurs et de branches d'arbres, etc....... Cependant, quand on lui affirme qu'il n'existe rien de tout cela, il le croit et témoigne quelque crainte de cet état. D'ailleurs, pas de tremblements des membres ni des lèvres; pas de cris ni de colère. Il reconnaît bien les personnes qui lui parlent et leur répond exactement; mais si on l'abandonne à lui-même, les hallucinations et le délire se reproduisent aussitôt. En même temps il se plaint de fourmillements pénibles aux pieds et aux mains et de crampes dans les mollets; la vue s'est considérablement affaiblie et tous les objets lui semblent enveloppés d'un brouillard; les pupiles sont très-larges et peu mobiles à la lumière. Insomnie.

Bouillon, vin de bordeaux; potion avec quarante-cinq grammes de sirop de morphine.

Les hallucinations et les autres accidents ont persisté pendant deux jours et ont disparu dès qu'il est survenu du sommeil. Les bouillons, puis des potages et le vin de Bordeaux ont été fort bien tolérés. — L'alimentation est rendue de plus en plus fortifiante, des ferrugineux sont administrés, et bientôt le malade est en pleine convalescence. Mais il reste un affaiblissement très-marqué de la vue qui, depuis, a persisté (octobre 1854).

(1) *Thèse inaugurale sur l'épilepsie*, Paris, 1803.
(2) *Traité de l'épilepsie*, p. 233.
(3) *Leçons de Pathologie interne*, Paris, 1836, t. III, p. 303.
(4) *Traité des maladies des enfants*, 1853, t. II, p. 587.
(5) *Loc. cit.*, p. 432.
(6) *Loc. cit.*, t. I, p. 161.
(7) *Union médicale*, 1852, p. 459.
(8) Observ. 22 et 23e.
(9) *De l'analgésie*, Paris, 1850.
(10) Observ. 21e.
(11) *Voir* l'Observ. 28e.
(12) *Voir* l'Observ. 28e.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 3 *avril* 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe.)

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Plusieurs rapports sur diverses épidémies, par MM. les docteurs PESTE, COUSARD, INDRIN (de la Côte-d'Or), CHÉRON (de Brest), MARTINEAU (de la Ferté), HEULARD-D'ARCY (de Clamecy), etc.;
2° Divers remèdes secrets et non secrets;
3° Conservation du vaccin à l'état liquide, par M. le docteur MAURIN (de Luc).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Morve. — Cas de morve farcineuse qui aurait été communiquée par la morsure d'un cheval morveux, par M. J. DUBOIS (d'Abbeville).

Epilepsie. — M. GUENEAU DE MUSSY dépose une note sur le *gallium mollugo*, remède prétendu spécifique contre l'épilepsie et propriété de famille de M. LARNAGE, lequel remède aurait été expérimenté, *sans succès*, il y a un siècle environ, par le médecin JOURDAN, de Tains.

Choléra. — Rapport sur l'épidémie de 1854, avec introduction *en vers* par M. GOUGOT (de Fresnes-Saint-Mamès).

Bains. — Douches. — Note sur l'emploi de l'acide carbonique en bains et en douches, par M. HERPIN (de Metz).

Opération césarienne. — Simplification de l'—, par M. DELFRAYSSÉ, médecin et *maire* de Pradines.

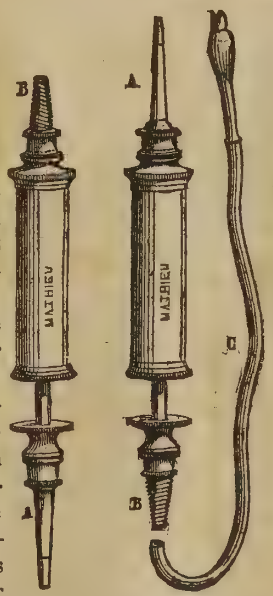
Luxations. — Sur la luxation *pathologique* du premier métacarpien, par M. DURAND, qui attribue cette luxation à une hydropisie.

Seringue à double effet. — M. MATHIEU présente à l'Académie un nouveau modèle de seringue, dite *seringue à double effet.* L'instrument, sous un très-petit volume, permet d'aspirer et d'injecter tour à tour une quantité *indéfinie* de liquide.

Il se compose d'un corps de pompe de 10 centimètres de longueur sur 3 centimètres et demi de diamètre, portant une soupape à l'une de ses extrémités; dans ce corps de pompe se meut un piston, muni également d'une soupape et dont la tige est creuse.

Le corps de pompe ainsi que la tige du piston reçoivent alternativement, soit une canule A, soit un canon à échelle B, muni d'un tube d'écoulement C, selon que l'instrument doit servir pour aspirer ou pour injecter.

Voici comment fonctionne l'instrument :

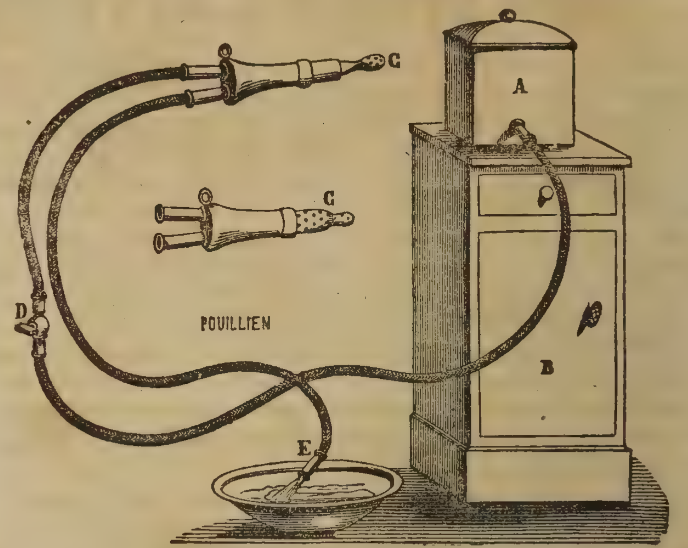


Supposons qu'il s'agisse d'aspirer un liquide contenu dans une cavité : on place la canule A à l'extrémité du corps de pompe, et le tube d'écoulement C à la tige du piston. Cela fait, on introduit la canule dans la cavité remplie de liquide et on tire le piston, de manière à faire passer une portion de ce liquide dans le corps de pompe, on pousse ensuite le piston; le liquide arrêté par la soupape du corps de pompe, s'engage dans la tige du piston et va sortir par le tube d'écoulement; en répétant ainsi cette manœuvre, on peut extraire une quantité quelconque de liquide, de la même façon qu'on extrait l'air du récipient de la machine pneumatique.

S'il s'agit, au contraire, d'injecter un liquide dans une cavité, on renverse la disposition de l'appareil, c'est-à-dire que l'on adopte la canule à la tige du piston, et le canon à échelle muni de son tube au corps de pompe. Le tube d'écoulement, devenu maintenant un tube d'aspiration, est plongé dans le liquide à injecter. En faisant mouvoir le corps de pompe sur le piston, le liquide passe, en suivant une marche inverse à celle qu'il suivait précédemment, de ce réservoir dans la cavité.

Irrigateur vaginal. — M. POULLIEN présente à l'Académie de médecine un irrigateur à double courant, se composant d'un long tube flexible qui s'adapte, d'une part, à un réservoir que l'on place à une certaine hauteur, afin que l'eau puisse s'écouler par son propre poids. Ce tube porte un robinet qui arrête ou met en mouvement le cours de l'eau.

L'autre extrémité traverse une canule en forme de spéculum dont l'embout a la forme d'une olive percée de trous, c'est l'extrémité même du tube; par sa forme elle rend l'introduction facile, et par les trous



dont elle est percée elle permet de baigner toutes les parties du vagin. Le spéculum est, en outre, destiné à reprendre en entier l'eau qui a servi à l'irrigation; elle rentre dans son intérieur par des trous qui sont pratiqués à son sommet et sur ses parois, et de là passe dans un tube flexible qui se continue avec la cavité et dont on place l'autre extrémité dans un vase pour recevoir l'eau.

Une malade étant dans son lit introduit le spéculum dans le vagin, place le tube le plus court sous sa cuisse, tourne le robinet, et l'injection a lieu sans interruption et sans qu'il s'écoule une seule goutte d'eau en dehors du vagin.

Les expériences ont été faites par les chirurgiens les plus distingués de la capitale, tels que MM. le professeur Jobert (de Lamballe), Robert, Huguier, Monod et Chaster; tous ont été étonnés de la simplicité et des avantages de ce nouvel irrigateur.

Incident. — M. le président annonce que la commission (composée de MM. MOREAU, ADELON, GIMELLE, BEGIN et P. DUBOIS), n'ayant pu approuver les propositions de M. Patissier, a décidé qu'elle concluerait à l'acceptation de l'honorable trésorier.

DISCUSSION A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA VARIOLE.

MM. PARCHAPPE et PIORRY prennent la parole dans cette séance; nous publierons leurs discours.

L'Académie décide qu'elle aura une séance extraordinaire samedi prochain pour la continuation de la discussion.

Séance du 8.

Cette séance est remplie par deux discours de MM. Piorry et Collineau; nous les ferons connaître.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Jules Cloquet commencera son cours de pathologie chirurgicale, à la Faculté de médecine, le mercredi 18 avril, à trois heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

— M. le docteur Blain des Cormiers, qui faisait déjà le service de clinique à la Charité en remplacement de M. le docteur Charcot, vient d'être nommé chef de clinique titulaire.

— Le concours pour l'agrégation des sciences dites accessoires s'ouvrira lundi, 16 du courant.

(*Annales de clinique de Montpellier.*)

— Par suite d'un brillant concours, M. A. Villars, qui naguère avait remporté le prix de quatrième année d'étude dans notre Faculté, vient d'être nommé chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Nimes.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Typographie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 46. 3e ANNÉE. Mardi 17 avril 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — Service de Calculeux. — M. Civiale.

Arrêt, séjour et développement des calculs dans l'urètre.

Lorsque le chirurgien est en possession de données suffisantes, et qu'il a acquis la certitude que le calcul, en raison du lieu qu'il occupe dans le canal, ne peut pas être repoussé dans la vessie, il doit songer à en faire l'extraction, ou à le morceler sur place.

C'est par le lithoclaste ou le trilable modifiés, comme je l'ai indiqué, qu'on remplit le plus sûrement ces indications. Ces instruments sont simples et solides, faciles à manœuvrer et applicables au plus grand nombre des cas. Ce sont eux aussi qui exposent le moins aux accidents.

C'est à la partie membraneuse de l'urètre que ces procédés s'appliquent spécialement, bien qu'on puisse y recourir dans les autres régions du canal.

Si l'on emploie le lithoclaste, dès qu'on est arrivé sur le calcul, on essaie de faire passer derrière lui la branche postérieure de l'instrument. Cette manœuvre, souvent difficile, produit toujours, sur la surface urétrale correspondante, un frottement et une distension pénibles; il pourrait même en résulter des érosions, des déchirures, si l'on ne procédait pas avec beaucoup de ménagement. L'extrémité recourbée de la branche qui reste en avant du calcul, fatigue, irrite de même la surface urétrale par les mouvements latéraux et de va-et-vient qu'on lui imprime. Le seul écartement des deux branches dans un conduit étroit, plus ou moins rempli par le corps étranger, et leur rapprochement pour saisir et fixer le calcul, fatiguent aussi d'autant plus, que fort souvent il faut recommencer la manœuvre avant d'avoir atteint le but et qu'on agit à sec sur des surfaces constamment appliquées sur le calcul et sur l'instrument.

Au moyen du trilable à petits crochets, on opère, surtout dans la partie membraneuse de l'urètre, avec plus de facilité, plus de sûreté, et aussi avec moins de douleurs. Dès que l'instrument est arrivé sur le calcul, on le tient fixe, on retire la gaîne; les trois branches s'écartent, poussant en dehors les parois correspondantes du canal, et, par une pression douce d'avant en arrière, elles glissent entre la surface urétrale et le calcul. Plusieurs fois j'ai réussi de la sorte, avec facilité et promptitude. Dans d'autres circonstances, il est vrai, j'ai rencontré des obstacles; il a fallu prolonger la manœuvre, ou remettre l'opération à un autre jour; cependant j'ai reconnu, en dernier résultat, que, dans cette partie de l'urètre, le trilable est préférable au lithoclaste.

Qu'on ait employé l'un ou l'autre instrument, le corps étranger une fois saisi et solidement fixé dans l'appareil, il faut essayer de l'extraire; mais, pour qu'il puisse être retiré entier, il faut que son volume ne dépasse pas la capacité de la partie du canal qu'il doit traverser. Or, la détermination de ce volume n'est pas toujours chose facile; l'écartement des branches ne le fait connaître que d'une manière approximative. Il peut être saisi dans son plus grand ou dans son plus petit diamètre, et présenter des inégalités, des pointes, qui s'opposeront à sa sortie.

On fait d'abord de petits mouvements d'inclinaison, on exerce des tractions lentes, ménagées; si le premier déplacement s'opère avec facilité et sans fortes douleurs, si l'instrument chargé franchit sans grands efforts la courbure de l'urètre, on peut espérer de l'amener au dehors, quoiqu'il ne soit pas rare de rencontrer des difficultés vers le milieu de la partie spongieuse.

Dans tous ces cas, le chirurgien ne doit pas perdre de vue que la surdistension de cette partie peut entraîner des accidents sérieux, immédiats ou consécutifs, et, parmi ces derniers, une coarctation urétrale qui sera difficile à guérir. Il faut donc que le chirurgien soit constamment en garde contre cette éventualité et que toute violence soit bannie de sa pratique. C'est ici surtout que l'on reconnaît l'utilité des instruments que j'ai recommandés, et par l'emploi desquels on peut, sans désemparer et instantanément, morceler le calcul, si l'extraction est laborieuse. Le morcellement s'effectue presque toujours par la pression de la main seule; si elle ne suffit pas, on a recours à l'un des moyens mécaniques usités en lithotritie.

Après une première division, si le malade a peu souffert, on saisit les débris à leur tour et on les écrase, en procédant comme je viens de le dire. Dans tous les cas, il importe de ne pas trop prolonger la séance. Il vaut mieux recommencer le lendemain ou les jours suivants. Presque toujours l'instrument lamine un ou plusieurs fragments, les autres sortent plus tard avec l'urine. Il ne faut pas trop se hâter de les retirer, ainsi que le conseillent quelques chirurgiens. L'expulsion spontanée est préférable. Dans les extractions subséquentes, on doit aussi écraser, morceler, ceux des fragments qui seraient encore trop volumineux pour traverser facilement l'urètre.

2° A la partie pénienne de l'urètre les difficultés ne sont pas moindres, bien que le chirurgien ait ici deux ressources qui lui font défaut dans le cas dont je viens de parler : 1° la possibilité d'incliner la verge dans tous les sens pendant la manœuvre facilite beaucoup le passage, derrière le calcul, du crochet ou de la branche postérieure du lithoclaste, instrument qui doit être préféré dans cette circonstance. C'est à cette manière de procéder qu'il faut rapporter le succès que j'ai obtenu sur

un malade que plusieurs chirurgiens avaient tenté en vain d'opérer. 2° En allongeant le pénis on tend la surface du canal et l'on efface les replis de sa membrane muqueuse. Mais, en revanche, les parois de cette partie de l'urètre sont plus résistantes, moins extensibles et s'appliquent quelquefois avec une grande force sur le corps étranger. Lorsque celui-ci a séjourné quelque temps en place, il se forme soit en avant, soit en arrière, une sorte de bourrelet qui apporte de grands obstacles et au passage des instruments et au sortir du calcul.

3° A la fosse naviculaire, les cas sont beaucoup plus simples. Il ne faut songer à l'extraction et à l'écrasement que lorsque le volume du calcul permet aux instruments, crochet, pince, lithoclaste, de pénétrer avec facilité. Si leurs mouvements sont gênés, si le méat urinaire par son étroitesse et son peu de dilatabilité apporte des obstacles, il faut d'autant moins hésiter à le débrider, que l'opération est simple, sûre, peu douloureuse et exempte d'accidents, tandis que la distension forcée de cet orifice provoque de vives douleurs et entraîne des suites plus ou moins graves et opiniâtres. On débride à l'aide de mon urétrotome, avec lequel on ne coupe ni trop ni trop peu, avec précision, régularité et en quelques instants.

Les procédés que je vous recommande réussissent généralement toutes les fois que l'urètre est libre et que le corps à extraire ou à briser est mobile et peu volumineux. Généralement aussi on n'a pas à redouter d'accidents sérieux, pourvu qu'on manœuvre avec précaution et qu'on s'arrête à temps. Mais si l'on opère sans précaution et avec violence, si l'on emploie la force soit pour faire passer les instruments derrière le calcul ou pour extraire celui-ci, comme cela a lieu trop souvent, il faut s'attendre aux plus graves désordres, qui ont été d'ailleurs constatés par les autopsies. Faisons remarquer toutefois que les opinions admises à cet égard manquent évidemment d'exactitude. Il aurait fallu distinguer dans les effets observés ce qui appartient au séjour prolongé et au développement des calculs dans l'urètre; ce qui est la conséquence d'une manœuvre régulièrement exécutée, et ce qu'il faut nécessairement attribuer à l'emploi d'instruments défectueux et aux manœuvres irrégulières et empreintes de violences. Mettre, comme on le fait, tous ces désordres sur le compte de l'opération, c'est méconnaître les suites inévitables de la maladie et rendre l'art responsable des erreurs commises par le chirurgien.

Par les procédés que je viens d'exposer brièvement, j'ai rencontré quelquefois des difficultés; mais dans le plus grand nombre des cas, l'opération a été d'une exécution prompte et facile. Les quelques accidents qui sont survenus ensuite, et que j'ai fait connaître, soit dans la troisième Lettre, soit dans le Traité de la lithotritie, ont eu peu de gravité, surtout si on les compare à ce que d'autres praticiens ont observé. Mais il ne faut pas perdre de vue que mes confrères se placent généralement, pour opérer, dans des circonstances différentes; la plupart ont eu recours à des instruments et à des procédés dont j'ai fait connaître les vices. Je citerai, par exemple, la pince dite de Hunter, et celle qu'a proposée Ast. Couper, etc., et que recommandent encore quelques chirurgiens. On est exposé, par leur emploi, à distendre outre mesure les parois du canal, à les déchirer et même à laisser l'opération inachevée et sans pouvoir retirer l'instrument par cela seul que l'opérateur ne trouve pas dans l'appareil le moyen de se débarrasser du calcul, et de dégager la pince quand il est indiqué de le faire.

J'ai fait connaître dans la deuxième et troisième Lettre sur la lithotritie, le Parallèle et le Traité de la lithrotitie, les faits pratiques qui servent de base à mon appréciation.

Faut-il rappeler quelques autres procédés, les uns anciens, les autres nouveaux ou renouvelés, qui ont fait quelque bruit dans le temps, mais sur l'efficacité desquels on ne saurait raisonnablement pas compter? Si parfois on a obtenu quelques succès, c'est quand le moment de leur mise en pratique était celui où la nature était en voie de se débarrasser d'elle-même. Ainsi la succion dont parlent Franco, Tulpins, Fabrice de Hilden; l'insufflation, la dilatation forcée de la partie du canal antérieure au point où le calcul est arrêté; la pression d'arrière en avant, par les doigts, sur le calcul pour faciliter la marche; la ligature de la verge derrière le corps étrange, qu'on essaie de perforer ensuite au moyen d'un stylet ou d'une tarière introduite par le méat urinaire; la compression exercée sur la partie correspondante de l'urètre pour écraser, morceler le calcul; la perforation de celui-ci à travers une trouée faite à l'urètre, etc., sont des pratiques dont aucun chirurgien ne tentera l'essai en face des ressources que nous présente aujourd'hui l'art de broyer la pierre.

Arrêt, séjour et développement des calculs dans l'urètre.

J'ai exposé brièvement ce qu'il convient de faire lorsqu'un calcul ou fragment de pierre est arrêté dans un point quelconque de l'urètre, en supposant que le canal est libre et que ce calcul est mobile, et qu'il peut être ou refoulé ou morcelé dans le lieu qu'il occupe. Ces cas sont les plus simples, les mieux connus, les mieux déterminés; ce sont ceux dans lesquels la conduite du praticien est le plus nettement tracée. Ce n'est cependant pas que ces cas manquent de gravité, que le chirurgien ne puisse rencontrer de grandes difficultés dans la manœuvre, et qu'il n'ait souvent des mécomptes. J'ai dit au contraire, en parlant de l'arrêt des fragments calculeux dans l'urètre, que c'était l'accident le plus grave et le plus inquiétant de la lithotritie.

Mais il y a d'autres cas beaucoup plus graves. Le chirurgien doit les étudier avec d'autant plus de soin qu'ils ne sont pas rares, et qu'ils peuvent présenter les circonstances les plus embarrassantes. Indiquons les faits principaux en commençant par les plus simples.

1° On a vu et j'ai moi-même observé plusieurs cas dans lesquels un calcul, ayant séjourné longtemps dans la fosse naviculaire, y avait grossi et remplissait cette cavité à tel point qu'il devenait impossible de faire passer ni l'urétrotome à demi-gaîne, ni la lame étroite d'un bistouri, ni un stylet, et qu'il a fallu inciser sur la pierre de dehors en dedans et sans guide, manœuvre qui présente plus de difficultés qu'on ne le suppose.

Il en est de même quand le calcul s'est développé dans l'épaisseur même des parois du canal, sur les côtés du rein, ce dont j'ai cité des exemples curieux.

Quant aux calculs formés entre le gland et le prépuce, et développés au point de faire prendre au pénis la forme d'un battant de cloche, l'incision, à laquelle il faut presque toujours recourir, et l'extraction du calcul présentent aussi des difficultés, surtout quand les chirurgiens manquent de précaution, qu'ils s'aventurent inconsidérément. Toutes les petites opérations sont semées d'écueils. D'ailleurs, au moment où l'on est appelé, il y a presque toujours de l'inflammation, du gonflement à la partie sur laquelle on doit agir; au lieu d'être divisés nettement, les tissus sont mâchés, tiraillés, quelquefois déchirés. L'incision, toujours irrégulière, est rarement assez étendue pour que le calcul puisse sortir librement, alors même que par ses aspérités il n'a pas contracté une sorte d'adhérence avec la cavité qui le recèle. Après l'opération, il peut survenir des accidents qui retardent la guérison.

2° Dans la partie pénienne de l'urètre, les calculs séjournent généralement trop peu pour qu'ils puissent acquérir un grand développement; cependant on connaît un assez grand nombre de cas dans lesquels il a fallu recourir à l'instrument tranchant. Le plus souvent on incise sur la partie inférieure de l'urètre, et quelquefois par côté, comme cela a été fait chez le malade qui est en ce moment dans le pavillon Saint-Vincent.

Les anciens chirurgiens, dans le but de prévenir l'infiltration d'urine, opéraient de telle sorte que l'incision des téguments ne correspondait pas à l'ouverture de l'urètre. Les modernes au contraire veulent, avec raison, que l'on conserve le

parallélisme des bords de la plaie tégumentaire et de l'ouverture du canal, afin de faciliter l'écoulement des liquides.

Quand cette opération doit être faite, il faut se hâter : c'est là le plus sûr moyen d'écarter les difficultés. Celles-ci ne sont ni rares, ni faciles à guérir, notamment s'il existe, au moment d'opérer, du gonflement, de l'inflammation, ou un commencement d'infiltration d'urine bientôt suivie de la gangrène. Ce qui facilite d'ailleurs la guérison, et qui rend en même temps l'opération facile, c'est de donner à l'incision une étendue suffisante, précaution d'autant plus nécessaire que les tissus ont moins d'élasticité dans cette partie du canal. On évite par là les tiraillements, les efforts d'extraction, qui produisent des rétrécissements consécutifs, comme cela est arrivé chez notre malade.

3° C'est dans la partie profonde de l'urètre que se présentent particulièrement les cas sur lesquels je vais appeler votre attention. Ces cas sont nombreux, et ils diffèrent entre eux, par le nombre des pierres dont on a compté plus de 300, par le volume qui peut dépasser celui d'un gros œuf, par leur situation et par leur forme souvent bizarre, par les lésions organiques, quelquefois très-étendues.

Quant au diagnostic, qu'on croirait facile et sûr, il est au contraire très-incertain, on n'obtient, même des explorations les mieux faites, que des notions vagues, insuffisantes ; les symptômes manquent, ou sont sans valeur. C'est au milieu de ces circonstances qu'on est appelé à pratiquer une opération dont on apprécie rarement l'importance, et qui est toujours difficile dans son exécution, et incertaine dans son résultat.

1° Il faut distinguer d'abord les calculs réellement engagés et fixés dans le col vésical, et ceux qui sont seulement appliqués contre l'orifice interne de l'urètre. Cette distinction dont les auteurs font à peine mention est d'une grande importance. Les calculs vésicaux, que les contractions fortes et permanentes du réservoir de l'urine maintiennent appliqués et immobiles contre l'orifice interne de l'urètre ne sont généralement pas des cas peu graves ; il suffit, pour déplacer le corps étranger et le refouler dans la vessie, de sonder le malade, horizontalement placé sur un lit, ou mieux encore avec un coussin sous le sacrum, et de pousser une injection dans la vessie. On pourrait au besoin favoriser le déplacement au moyen de lavements administrés d'avance. Ce déplacement du calcul produit quelquefois une diminution notable dans les souffrances, au point même que les malades se sont crus guéris par l'introduction de la sonde. A la vérité les contractions de la vessie ramènent bientôt le calcul à sa première place et les douleurs recommencent.

Sous le point de vue de la thérapeutique, ces cas rentrent naturellement dans la catégorie des calculs vésicaux ; mais, sous le rapport du diagnostic, ils méritent une attention particulière, car ils exposent à commettre des méprises qui ne manquent pas de gravité. Par suite du contact plus ou moins prolongé de la pierre, et de son application permanente contre l'orifice urétral, la prostate s'atrophie, s'aplatit d'arrière en avant ; le col vésical lui-même élargi, évasé, est tellement poussé en avant par les contractions vésicales agissant sur la pierre, que celle-ci paraît se présenter à la sonde, lorsqu'elle est arrivée sous l'arcade pubienne, et l'on a cru avoir affaire réellement à une pierre urétrale. La méprise est même d'autant plus difficile à éviter, que, presque toujours alors, la capacité de la vessie est considérablement réduite, ce qui maintient la pierre immobile et fixe dans le lieu qu'elle occupe.

2° Les pierres véritablement engagées dans la partie profonde de l'urètre présentent des différences importantes : tantôt c'est un appendice en mamelon qui naît de la pierre vésicale, s'allonge dans le canal, grossit, se développe au point d'acquérir en tout sens des dimensions considérables. On dirait que les tissus, au lieu d'opposer un obstacle à son développement, fuient devant lui pour lui faire place. Ce qui est certain, c'est qu'il existe un rapport remarquable entre la forme de la pierre et l'état des parties avec lesquelles elle est en contact. Ici encore le col vésical et la prostate qui l'entoure s'aplatissent, s'élargissent, et cette partie du conduit urinaire prend alors la forme d'un cône fortement évasé, dans lequel le prolongement du calcul est tantôt libre, et tantôt fixe et immobile ; il présente quelquefois un espèce d'étranglement correspondant à l'orifice interne de l'urètre, et qui suffit pour rendre tout déplacement impossible. Cette fixité du calcul peut dépendre d'autres causes encore. Le mamelon, au lieu de représenter un cône régulier, est quelquefois inégal, bosselé, avec des aspérités, des saillies, des pointes, correspondant à des anfractuosités, à des enfoncements de la partie prostatique de l'urètre. C'est un mode d'adhérence que j'ai eu plusieurs fois occasion d'observer, et dont on connaît d'ailleurs des exemples remarquables. Ces cas peuvent devenir fort embarrassants pour le chirurgien ; ils le sont moins, toutefois, que ceux que je vais indiquer.

3° Il y a d'autres modes d'enclavement des pierres dans le col de la vessie et la partie profonde de l'urètre, et ces cas, dont j'ai cité un grand nombre d'exemples, sont les plus curieux et les plus embarrassants tout à la fois. La pierre vésicale envoie de même dans l'urètre, vers l'arcade pubienne, un prolongement qui se moule, jusqu'à un certain point, sur la cavité de laquelle il se développe. Comme la partie membraneuse est plus dilatable que la portion prostatique, le corps étranger y grossit davantage, ce qui lui donne parfois la forme d'une calebasse, dont, le plus ordinairement, la grosse extrémité répond à la vessie, et la plus petite à la partie membraneuse de l'urètre ; le contraire peut avoir lieu.

Ces cas varient, non-seulement par le volume de la pierre entière qui est quelquefois monstrueuse, mais encore par le développement plus ou moins disproportionné de chacune de ses parties, et qui fournit les notions les plus exactes sur le mode et l'étendue des altérations que les organes ont éprouvées. Ici, la portion étranglée du prolongement pierreux, qui réunit les deux masses, est réduite à un grèle et court pédicule, ce qui prouve que l'orifice interne de l'urètre et la partie membraneuse, ont éprouvé une dilatation considérable, tandis que la partie prostatique a résisté, mais, en revanche, qu'elle a perdu de sa longueur naturelle. Là, le volume considérable et la configuration de ce prolongement, la forme régulièrement arrondie ou ses aspérités constatent les dispositions acquises par les organes ; les faits nombreux dont la science est en possession ont mis en relief toutes les variétés de lésions, dont la détermination précise est rarement possible sur le vivant.

4° Certains calculs urétraux sont isolés dans le lieu qu'ils occupent et n'ont aucune connexion avec les pierres de la vessie. Ils s'arrêtent, comme je l'ai dit, dans la partie profonde de l'urètre, et en prennent un développement quelquefois considérable. Ces cas sont généralement moins graves que les précédents, soit que le calcul, n'obstruant pas complétement le canal, on puisse introduire un cathéter dans la vessie, soit que la tumeur qu'il forme dans le rectum puisse être circonscrite, par le toucher anal, avec plus de précision ; on obtient par là des notions plus exactes. Si au lieu d'une pierre unique, ce sont plusieurs calculs réunis, qui forment la tumeur, la pression du doigt détermine nne sorte de crépitation, qui est un indice précieux.

Les pierres urétralas et urétro-vésicales produisent des effets très-remarquables que j'ai exposés dans mon *Traité de l'affection calculeuse*, et qui sont d'autant plus dignes de fixer l'attention, que fort souvent ils fournissent des indices précieux pour le diagnostic et des indications pour la thérapeutique.

Parmi ces effets, je dois m'arrêter encore sur l'agrandissement, avec ou sans déformation, de la cavité dans laquelle le calcul s'est développé. Cette dilatation peut s'effectuer dans tous les sens, mais le plus communément dans les points où les tissus environnants offrent le moins de résistance. La dilatation urétrale est, en général, lente, uniforme et progressive,

comme le développement du calcul. Il y a cependant des exceptions. Lorsque plusieurs calculs sont accolés les uns au devant des autres et aussi par le fait du développement irrégulier de la pierre urétrale, la partie membraneuse se trouve allongée et la prostate refoulée en arrière, d'où résulte une disposition particulière de cette partie du canal, qu'on a quelquefois méconnue; et des chirurgiens, même parmi les plus habiles, ont pu penser qu'ils étaient arrivés dans la vessie, tandis que la sonde était encore en avant de la prostate. Il y a plusieurs exemples de cette grave méprise. J'ai rapporté un exemple remarquable de cette méprise dans la troisième lettre sur la lithotritie. Ainsi, sous l'influence des calculs vésico-urétraux, le col vésical, sans compter les altérations organiques, dont j'ai indiqué les principales, peut éprouver un double déplacement, même considérable, soit en avant, comme je l'ai déjà dit, soit en arrière, comme cela a lieu dans les circonstances actuelles, fait important qui n'avait pas assez fixé l'attention.

La dilatation de la partie profonde de l'urètre est généralement accompagnée du racornissement de la vessie, comme cela a lieu chez notre malade, et présente, eu égard à la pierre, des particularités que le chirurgien doit se rappeler, surtout au moment de l'exploration. Tantôt les parois de la poche sont contractées, et s'appliquent sur la pierre, tantôt, au contraire, elles sont relâchées, et le corps étranger, au lieu d'être serré, conserve une sorte de mobilité, et la cavité urétrale contient en même temps une certaine quantité d'urine. Celle-ci, s'échappant au moment de la recherche, a fait supposer, à tort, que la sonde était dans la vessie. C'est dans ces cas particulièrement que les malades sont affectés d'incontinence d'urine, comme on le voit chez le malade du service. Les besoins de la pratique exigent que ces cas soient distingués avec soin.

Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'ont pas admis cette dilatation de l'urètre; ils ont pensé que ses parois étaient successivement amincies, usées, détruites, et que les lames du tissu cellulaire sous-jacent, rapprochées, condensées, formaient ensuite l'enveloppe urétrale de la pierre. Cette théorie, que professent encore quelques chirurgiens, n'est pas admissible, car elle est en opposition avec les connaissances acquises sur l'élasticité et la dilatabilité des tissus qui forment les parois des cavités et les canaux de l'économie animale.

Les faits pratiques concourent aussi à renverser cette théorie.

Cette dilatation d'ailleurs, quelque grande qu'on la suppose, n'a rien qui doive surprendre, si l'on se rappelle que la partie membraneuse de l'urètre de l'homme correspond à l'urètre de la femme, qui peut, comme chacun le sait, donner passage à des corps très-volumineux, comme le prouvent les faits nombreux que j'ai publiés dans le *Traité de l'affection calculeuse.*

Cependant, qu'elle se borne à la partie membraneuse ou qu'elle s'étende à la portion prostatique et au col vésical, cette dilatation a un terme au delà duquel commence la destruction des tissus, provoquée le plus souvent par l'inflammation, l'infiltration d'urine et la gangrène. Cette destruction marche alors avec une rapidité effrayante.

Il n'est pas rare que les pierres urétrales et urétro-vésicales, en donnant lieu à la formation, dans les tissus voisins, d'abcès tantôt petits, isolés, circonscrits, lents à se former et sans caractère propre à appeler l'attention du chirurgien et pouvant se manifester même au début de la pierre dans le canal; tantôt au contraire, ils ont une marche rapide, avec des phénomènes inflammatoires très-saillants et occupent une grande étendue dans le voisinage de l'urètre. Ces derniers sont précédés presque toujours d'une inflammation urineuse, cause principale des désordres, et se manifestent particulièrement lorsque la dilatabilité de l'urètre a atteint ses limites.

Sous le double point de vue du diagnostic et surtout de la thérapeutique, cette complication présente beaucoup d'intérêt, et je ne saurais trop vous engager à l'étudier sérieusement.

Qu'on ait affaire à un calcul de l'urètre, assez volumineux pour obstruer ce conduit, à une pierre vésicale, avec prolongement conoïde, ou de forme irrégulière, qui empêche son déplacement, et le passage du cathéter, où qu'il s'agisse d'un calcul à forme de calebasse, il est presque toujours impossible d'établir le diagnostic avec la précision désirable.

Dans ces diverses circonstances en effet, la sonde rencontre la pierre, et dès qu'elle est parvenue à la partie membraneuse, tantôt un peu plus avant, tantôt plus en arrière, ce qui tient à des causes diverses, comme je l'ai déjà dit, notamment à l'atrophie de la prostate, à l'évasement du col vésical, au volume, à la configuration du calcul, au degré de force des contractions vésicales. Nous avons vu, que des calculs, seulement appliqués contre l'orifice interne de l'urètre, avaient paru se présenter à la sonde dès qu'elle est parvenue sous l'arcade pubienne. Quoi qu'il en soit, la sonde, même conduite avec toute la dextérité désirable, se borne alors à faire connaître qu'un corps étranger existe au col où près du col de la vessie, et à jeter, tout au plus, quelque lumière sur les dispositions de ce corps à sa face antérieure.

Quant à la grosseur, à la forme du calcul, et à toutes les particularités qu'il peut présenter en arrière du point touché, elle n'apprend rien, puisqu'elle ne passe pas entre le corps étranger et les parois urétrales. Si l'on veut forcer le passage au moyen d'un cathéter solide, on s'expose à produire des déchirures et même à faire fausse route.

Quant au toucher anal, que les combinaisons de la théorie nous présentent si facile et si sûr, et à toute autre exploration qu'on peut employer, ils ne fournissent que des notions vagues et toujours insuffisantes. Ainsi, à l'exception de quelques cas rares, parmi les moins graves, toutes les fois que le calcul ne peut pas être refoulé dans la vessie et qu'il y a impossibilité de faire parvenir une sonde dans ce viscère, le chirurgien est réduit à agir dans l'inconnu.

En se décidant à pratiquer une opération aussi grave que la taille, dans des circonstances aussi mal déterminées, le chirurgien ne doit pas perdre un instant de vue les difficultés, trop souvent insurmontables, qu'il peut trouver sous ses pas.

Après avoir incisé les tissus superficiels et s'être frayé une route jusqu'à la pierre, l'opérateur sera obligé de diviser les parois du canal et même le col de la vessie sans guide autre que le calcul au milieu des saillies, des aspérités de celui-ci.

Il faut avoir vu opérer ou avoir opéré soi-même, dans ces cas, pour se faire une idée exacte des tâtonnements sans fin et des manœuvres hasardées ou violentes auxquels il faut se livrer, non pour obtenir la division régulière des tissus, ce qui est à peu près impossible. mais pour se frayer, tant bien que mal, une voie en tiraillant, violentant et déchirant les tissus.

Après ce premier temps de l'opération, vient l'extraction de la pierre. Ici les difficultés sont plus grandes encore, soit que l'incision n'ait pas une longueur suffisante, ce qui est le plus fréquent, soit que les altérations organiques, la configuration et le volume du calcul, forment à eux seuls tous ces obstacles. Supposez que la pierre ne puisse pas être refoulée en arrière et qu'il faille manœuvrer dans le col vésical et la partie profonde de l'urètre, que d'efforts, que de tiraillements, que de déchirures pour placer les tenettes, saisir, fixer et extraire la pierre! Ici toute appréciation est impossible. Il suffit de rappeler que les grands praticiens ne sont pas parvenus à saisir les véritables indications, et qu'ils ont été réduits tantôt à recourir successivement à divers procédés de taille, et tantôt à abandonner l'opération et le malade.

Les faits, tirés de la pratique des anciens et des modernes et dont on publie les détails, en mettant ces obstacles en relief, sont certainement propres à arrêter l'opérateur le plus intrépide.

Dans les cas de pierre à forme de calebasse, les difficultés peuvent être inabordables, soit pour diviser les tissus, soit pour arracher la pierre; si le collet de celle-ci est grêle et de nature

friable, il pourra le rompre et la partie urétrale du calcul sortir par le périnée; restera alors à pratiquer la taille hypogastrique pour retirer celle qui occupe la vessie. Ces cas se sont présentés plusieurs fois.

Mais si la grosseur et la dureté de la portion étranglée du calcul ne permettent pas de la diviser, de même si le prolongement pierreux présente des embranchements, des pointes qui ont pénétré dans les tissus, il est à peu près certain que l'opération restera inachevée, comme cela est arrivé à Maggill et autres, et l'on ne découvrira qu'après la mort les véritables causes de l'impuissance de l'art.

On ne peut se faire une idée exacte de la position du chirurgien en face de ces cas désespérants, et qui ne sont pas excessivement rares. J'ai rappelé les principaux dans mon *Traité de l'affection calculeuse*.

La diversité des cas, leur différence, le nombre et la variété des complications, ne permettent pas de tracer des règles. Le chirurgien n'a pour se guider que ses inspirations et son génie. Le rapprochement des faits connus ne peut même lui venir que faiblement en aide, puisqu'il ne lui est pas donné, non-seulement de préciser les particularités qui vont s'offrir à lui, mais encore de déterminer sûrement à laquelle des catégories appartient le cas qu'il a sous les yeux.

Quant aux désordres que produisent ces opérations laborieuses, forcément irrégulières et toujours aventurées, personne ne saurait le dire. On ne trouve que confusion dans la relation de la plupart des faits publiés; mais ce qui parle assez haut, c'est que presque tous les malades ont succombé dans un bref délai.

S'il fallait une nouvelle preuve des difficultés que je viens d'indiquer en abrégé, on la trouverait dans les opérations pratiquées par les maîtres de l'art, dans des cas beaucoup moins graves. Ainsi on a vu, entre autres Deschamps et Dupuytren arrêtés, l'un dans la taille latéralisée, l'autre dans la cytotomie recto-vésicale, par des difficultés non prévues qui prolongèrent et aggravèrent la manœuvre, bien qu'ils eussent agi tous deux dans les circonstances les plus favorables, puisque le prolongement de la pierre ne les empêchait pas d'introduire un cathéter jusqu'à la vessie.

En regard de ces cas graves et plus propres les uns que les autres à tenir le chirurgien en suspens, s'en présentent d'autres analogues à celui qui se trouve en ce moment dans le service, et dans lesquels le col vésical et la partie profonde de l'urètre sont assez dilatés, pour que le prolongement de la pierre vésicale conserve une certaine mobilité, et puisse être repoussé dans la vessie, même sans grands efforts, en plaçant le malade, et en procédant comme je l'ai dit au sujet des pierres appliquées contre l'orifice interne de l'urètre. Ces cas que l'on pourrait croire, à la première visite, devoir présenter de grands obstacles au cystotomiste, sont, en réalité, sous le point de vue de la manœuvre, généralement simples et faciles. Ce qui contribue surtout à atténuer les difficultés, c'est une petite quantité d'urine qui séjourne dans la cavité urétrale dont elle tient les parois écartées et isolent, pour ainsi dire, la pierre, et par suite le cathéter pénètre assez loin pour servir de guide au bistouri.

Après avoir divisé le périnée, sur la ligne médiane, et ponctionné la partie membraneuse de l'urètre, il devient facile de prolonger l'incision en arrière, d'une quantité suffisante pour extraire le calcul. Souvent alors il n'est pas même nécessaire d'inciser jusqu'à la vessie, dont le col et la partie prostatique de l'urètre sont tellement dilatés que le reste de la manœuvre s'exécute facilement. C'est ce qui a lieu chez notre malade, dont la pierre, de nature friable, a été morcelée et extraite, sans le moindre obstacle, bien que l'incision n'eût pas dépassé, en arrière, la partie membraneuse. Ainsi, qu'il y ait plusieurs calculs réunis, que l'on extrait un à un, que la pierre soit friable et facile à morceler, ou qu'on parvienne à la refouler dans la vessie, afin d'agrandir le champ de la manœuvre, dans la partie dilatée du canal, l'opération peut être terminée sans grande difficulté.

Si l'extraction de la pierre devenait par trop difficile, il suffirait de prolonger l'incision en arrière; toutes ces manœuvres exigent du temps; l'opération est quelquefois longue, mais on parvient à la conduire à bonne fin et sans accidents graves si l'on évite la violence.

Les mêmes circonstances peuvent se présenter, quand on a à extraire des calculs isolés dans l'urètre, notamment de la partie membraneuse, et sans connexion avec les pierres vésicales. Toutes les fois que le calcul est libre dans sa cavité, la manœuvre est généralement facile. Mais elle peut présenter aussi de grandes difficultés produites spécialement par la contractilité, le resserrement et la dureté des parois urétrales, aussi bien que par le volume et la configuration du calcul. Dans ce cas aussi, le passage d'un cathéter conducteur devient impossible, et l'on est réduit à diviser sans guide les tissus dans lesquels sont incrustées, pour ainsi dire, les aspérités du calcul. Cependant à une époque plus avancée de la maladie, au moment où l'inflammation de la poche urétrale commence, les parois du canal peuvent se relâcher, et l'opération peut être faite sans trop de difficulté.

Dans les cas d'abcès périnéaux, ouverts spontanément ou par les procédés de l'art, la poche purulente, qui communique ordinairement avec la cavité urétrale, donne aussi de la facilité soit pour diviser les tissus, soit pour extraire le corps étranger, si même il n'est pas expulsé naturellement, avec la matière de la suppuration.

En effet, plusieurs malades ont rendu spontanément la pierre urétrale par l'ouverture de l'abcès, et chez un plus grand nombre on en a fait l'extraction par cette voie.

Mais la portée de ces abcès consécutifs est plus grande encore, lorsqu'il s'agit de pierres, qu'il ne faut pas confondre avec celles dont je viens de parler, et qui se forment et se développent en dehors du canal, par suite de crevasses ou de rupture de l'urètre, dans une des excavations, poches ou cellules qu'on rencontre quelquefois et principalement dans un trajet fistuleux, préexistant par suite d'accidents ou d'opérations antérieures. L'histoire de ces calculs qu'on peut appeler périnéaux ou scrotaux, suivant le lieu dans lequel ils se développent, présente un grand intérêt, ainsi que le constatent les faits curieux et nombreux dont j'ai publié les détails dans le *Traité de l'affection calculeuse* et dans la troisième Lettre sur la lithotritie.

Faisons remarquer ici que ces calculs peuvent être longtemps méconnus, parce que le passage de la sonde dans le canal n'en décèle pas la présence et que les symptômes manquent. On peut d'autant plus facilement se méprendre sur la nature du mal, que les tumeurs urineuses sont fort communes en cet endroit, et que, dans l'un et l'autre cas, quelle que soit la matière contenue, les enveloppes de la tumeur, formées de tissus épais et indurés, se transforment en kistes très-résistants, qui ne permettent pas de découvrir ce qu'ils contiennent. Mais à mesure que la pierre grossit, elle devient plus facile à reconnaître. Les tissus qui la recouvrent, frappés par l'inflammation plus ou moins, baignés d'urine, détruits par la gangrène, se convertissent en foyers purulents et qu'il faut se hâter d'ouvrir. La pierre est extraite en même temps et sans grande difficulté.

Quelquefois la marche des abcès est plus lente et sans phénomènes locaux saillants. Suivant quelques auteurs, entre autres Molinelli, il ne se formerait pas toujours des abcès, et les tissus du périnée recouvrant la pierre seraient successivement usés, amincis, et le corps étranger serait définitivement expulsé, ce dont on cite des exemples; mais le plus communément il se forme une collection purulente qui se rapproche de plus en plus des téguments, et, à l'ouverture spontanée de l'abcès, la pierre paraît à l'intérieur, sinon on la sent distinctement sous la peau. Quelques malades ont pu alors extraire la pierre, et l'on a dit qu'ils *s'étaient taillés eux-mêmes, parce qu'ils avaient agrandi quelquefois une ouverture déjà faite.* En

général, cette manœuvre, que l'exagération publique a présentée comme des véritables tailles, n'est en réalité qu'une chose fort simple, qui n'a exigé ni une grande dextérité, ni un grand courage.

Il me reste à vous parler des calculs arrêtés derrière un rétrécissement de l'urètre. Je m'occuperai de ce sujet important à la première occasion.

E. Crouzat.

CLINIQUE CIVILE.

Note sur la thérapeutique de quelques formes de l'hystérie.

Par M. le docteur Émile Marchand (de Sainte-Foy).

Observation I. — Jeune fille âgée de treize ans, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, malade depuis un an.

Cette fille a la peau blanche, les cheveux châtains; elle est grande et très-grasse. Ses règles viennent régulièrement depuis six mois; l'écoulement de sang est abondant. La coloration de la face indiquerait la santé la plus parfaite.

Sa maladie a commencé par des maux d'estomac et des faiblesses dans les jambes. Ses parents la retirèrent de sa pension parce qu'ils supposaient qu'elle y était mal nourrie. Arrivée chez elle, les accidents s'aggravèrent. Il survint des lassitudes plus générales, des maux de tête. Ces troubles n'empêchaient pas cette jeune fille d'avoir les apparences de la santé, et c'est même pendant sa maladie que son embonpoint augmenta. L'apparition des menstrues ne changea rien à son état. Le mal fut, au contraire, en augmentant : le ventre prit du développement, les forces diminuèrent, et le séjour au lit devint indispensable.

La première fois que je vois la malade, mon attention est particulièrement appelée vers le ventre, parce que les autres organes paraissent à l'état normal. La langue, le pouls, la calorification, la digestion, la respiration, l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux, l'aspect général ne fournissent aucune indication. Le ventre est gros, tendu, sonore et non douloureux à la pression à la partie antérieure, mais supérieurement et latéralement, au-dessous des dernières côtes, le moindre attouchement fait jeter les hauts cris, et la jeune malade supplie en pleurant qu'on ne la touche pas. J'examine ces parties si sensibles, et tout me paraît naturel. Quelques purgatifs furent administrés sans succès. J'essayai aussi les bains, les cataplasmes, l'opium, les lavements, les vésicatoires, etc. Le ventre restait toujours météorisé et sensible dans les régions indiquées.

Après quelques semaines de médications inutiles, la jeune malade est prise chaque soir de douleurs dans le ventre et dans les membres. Elle s'agite dans son lit pendant quelques heures, et s'endort ensuite paisiblement. Ces crises augmentèrent, et, après quelques jours, au milieu d'un accès, elle saute hors de son lit, se roule sur le plancher, et réussit, au grand ébahissement de sa mère qui ne peut la retenir, à passer et à repasser grand nombre de fois en rampant sous son lit. Après ce singulier exercice, elle se couche et s'endort. Le lendemain, vers la même heure, elle recommence, mais avec quelques variantes. Quand elle eut bien passé et repassé sous son lit, elle se mit à sauter, comme une grenouille, me disait sa mère, sur les meubles, sur les chaises, sur les genoux des personnes présentes.

J'ai assisté à ces crises hystériques, et voici ce que j'ai observé. Très-exactement à quatre heures du soir, la figure prend un aspect de souffrance, les bras se raidissent, quelques mouvements spasmodiques agitent les membres inférieurs, et tout à coup la malade sort de son lit et commence sa gymnastique. Elle rampait, sautait et n'était jamais en repos. Les mouvements avaient une singulière exactitude. Elle sautait, comme m'avait dit sa mère, à la façon des grenouilles. Elle se tenait en équilibre sur des surfaces très-étroites, comme les acrobates. Sa face devenait très-rouge, elle suait abondamment et sa respiration était précipitée. La crise durait une heure et parfois une heure et demie, puis elle se couchait et s'endormait.

J'essayai d'abord de la maintenir au lit, mais je crus prudent d'y renoncer en voyant les efforts inouis que cette pauvre fille faisait dans sa chemise de force. « Monsieur, me disait-elle, laissez-moi faire ! Cela ne passera pas tant que je serai au lit ! »

Le lendemain, au moment de la crise, je la fis mettre nue sur son lit, je la fis arroser avec de l'eau froide, mais la crise persista et fut pareille aux autres. Pendant la crise, elle ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait, non pas que l'intelligence fît défaut, mais bien parce que la précipitation de la respiration l'empêchait de parler. Si on la saisissait un instant, elle répondait avec précision, mais elle s'écriait invariablement : «Laissez-moi ! laissez-moi ! vous m'ennuyez !»

Un jour je lui dis : «Voici quatre heures, Mademoiselle, vous allez avoir votre crise.— Oh ! certainement ! — Pourquoi ne vous y opposez-vous pas? — C'est impossible ! quelque chose me pousse. — Résistez! — C'est plus fort que moi. » Elle se mit à pleurer.

Ces crises me dévoilèrent la nature du météorisme et l'extrême sensibilité des régions hépatique et splénique. J'avais affaire à des symptômes que j'appelle encore *hystériques* pour me conformer au langage reçu, mais qui, dépendant d'une diminution des globules du sang, seraient bien mieux nommés *aglobuliques*. Ce cas fut encore pour moi la démonstration de cette opinion. En effet, cette jeune fille, grasse, rouge, bien réglée, dont toutes les fonctions s'exécutaient bien et qui ne paraissait pas malade le matin, fut saignée, et son sang, à l'état normal, quant à la fibrine et aux matériaux solides du serum, offrait une diminution des globules (95 pour 1000 au lieu de 125 qui est le chiffre normal donné par mon procédé d'analyse). Le fer, le vin rouge, le régime animalisé, les amers, la thériaque, l'insolation, les frictions alcooliques et le drap mouillé des hydropathes, diminuèrent progressivement les crises, et deux mois après cette jeune fille se portait parfaitement. Je remarque, en passant, que son embonpoint exagéré diminua sous l'influence de ce régime, et actuellement le sujet de cette observation est une belle et jolie femme.

Observation II. — Une jeune femme de vingt-trois ans, grasse, au visage coloré, ayant tous les attributs dont on orne les personnes sanguines ou les tempéraments pléthoriques, comme on dit, fut prise, après avoir éprouvé un vif chagrin, de quelques battements de cœur. Ces palpitations ne cessèrent pas sous l'influence de la digitale. Cette plante ralentissait la circulation, mais l'effet passé, les battements de cœur reparaissaient.

Bientôt il s'ajouta à ce léger dérangement des symptômes qui parurent à la famille fort extraordinaires. A table, en voiture, en faisant la conversation, elle perdait connaissance, ne tombait pas, restait assise ou droite, ses traits ne s'altéraient pas, et elle dormait d'un sommeil si profond, que ni le bruit, ni les pincements, ni l'action de la secouer violemment ne pouvaient la réveiller. Ces crises se répétaient tous les jours et duraient quelquefois plusieurs heures. Pendant près d'une année on essaya de presque tous les *anti-cataleptiques* que l'on put imaginer; mais le mal ne s'amenda et ne disparut que par l'emploi du fer, du régime animalisé, des amers, etc.

Observation III. — Une dame, âgée de 36 ans, grasse, colorée, blonde, paraissant pléthorique, bien réglée, était traitée depuis deux ans pour une *maladie de la moelle*. Le mal était attribué à une chute de cheval. Les symptômes étaient de la faiblesse dans les jambes, avec douleurs vagues; des douleurs dans la colonne vertébrale qui s'irradiaient dans les lombes et dans les côtés de la poitrine. Lorsque cette dame se confia à moi, m'étant assuré par une saignée que les globules de son sang étaient diminués (108 pour 1000), je la soumis premièrement aux ferrugineux et à un régime animalisé, en faisant suspendre cautères, vésicatoires et sangsues. Après quelques semaines de traitement, tous les symptômes avaient disparu comme par enchantement.

Lorsque des symptômes hystériques sont escortés par des symptômes chlorotiques, il est rare aujourd'hui que le médecin ne s'attaque pas directement à la chlorose et ne fasse pas disparaître l'hystérie en augmentant les globules du sang par les ferrugineux, le régime animalisé, etc. Mais si les symptômes hystériques prédominent, si, en particulier, le sujet a la face rouge au lieu de l'avoir jaunâtre, s'il a de l'embonpoint, généralement on ne se doute pas que ces symptômes peuvent avoir pour cause une diminution des globules du sang. Cette erreur de diagnostic est fort préjudiciable aux malades. L'embonpoint et la bonne coloration de la face, soit isolément, soit surtout quand ces deux conditions sont réunies, font généralement supposer *à priori* que les globules sont augmentés. C'est souvent une erreur. Lorsqu'on est en présence de symptômes de surexcitation nerveuse, il faut d'abord s'enquérir de l'état de la calorification. S'il existe une tendance au refroidissement, s'il y a souvent du froid aux pieds par exemple, c'est une forte présomption pour qu'il y ait diminution des globules.

L'état de la circulation est très-important à considérer. Si les signes classiques de la chlorose existent, il n'y a pas de doutes, les globules sont diminués ; mais il faudrait être bien

inattentif pour les méconnaître. Si le pouls est au-dessus de 80, si les battements du cœur sont éclatants, il faut se tenir en garde contre la diminution des globules.

Les fonctions digestives peuvent fournir de bons renseignements. Lorsque les globules sont diminués, il y a souvent de la dyspepsie.

Si les fonctions de la calorification, de la circulation ou de la digestion ne fournissent aucun indice, il reste à analyser le sang. Il ne s'agit que fort peu de chimie dans cette opération : une balance un peu exacte comme on en trouve dans toute pharmacie bien tenue, un fourneau et quelques capsules sont les seuls instruments nécessaires.

Les mots chlorose, anémie, hystérie, hystéricisme ont la plus fatale influence sur la thérapeutique des symptômes de la surexcitation nerveuse. Si la face n'est pas jaune-verte, s'il n'y a pas de bruits vasculaires, on ne pense pas à la chlorose et surtout à sa cause organique. Si la face a quelque coloration et si l'amaigrissement n'est pas extrême, on éloigne l'idée d'anémie. Si les accidents ont une forme convulsive, on dit : Hystérie, et on prescrit les anti-hystériques. Si les accidents de l'hystéricisme s'observent chez un homme, on pense à la dyspepsie.

Pour faire disparaître des erreurs que l'on peut imputer aux *mots*, pourquoi ne pas adopter un mot qui indiquerait nettement la diminution des globules ? Le mot *aglobulie*, quoique mal fait, répond à mon desideratum. Ce mot ou un autre mieux fait remplirait une lacune et servirait à désigner la seule lésion que l'on trouve dans la chlorose, dans la plupart des cas d'anémie, d'hystérie, d'hystéricisme, de dyspepsie, de gastralgie et dans tous ces accidents nerveux si variables que présentent beaucoup de femmes, accidents dont le meilleur remède est le régime animalisé, le fer, l'insolation, etc... *L'anémie* et la *polyhémie* n'ont aucun rapport nécessaire avec *l'aglobulie* ou la *polyglobulie*, car la diminution ou l'augmentation des globules n'étant que relatives à une quantité déterminée de sang, il en résulte qu'un individu *polyhémique* peut être *aglobulique*, comme on a pu le voir dans les faits qui ont servi de texte à ces réflexions. On peut constater facilement cet état du sang sur les femmes enceintes arrivées au 7e ou 8e mois. A cette époque de la gestation, beaucoup de femmes sont très-colorées, grasses, de bon appétit, ont les veines gonflées et leur circulation capillaire est fort active. Ce sont là les caractères de la polyhémie, et cependant le sang de ces femmes, sur 1000 grammes, ne renferme pas 100 grammes en globules : elles sont donc aglobuliques.

Quoi qu'il advienne de l'aglobulie et de la polyglobulie, l'observation des faits m'a conduit depuis longtemps (1) à reconnaître que les symptômes de la surexcitation nerveuse dans la chlorose, l'hystérie, l'hystéricisme, la gastralgie, la dyspepsie, l'hypocondrie, etc., ont pour cause une diminution des globules du sang, du moins très-généralement. Méfiez vous des troubles nerveux si les globules du sang ne sont pas diminués ! la cause de ces troubles sera le plus souvent une altération matérielle du cerveau, de la moelle, des nerfs ou des organes voisins.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DU SULFATE DE ZINC COMME MOYEN DE COMBATTRE LA CONSTIPATION.
Par M. BALY.

On ne trouve que trop souvent dans la pratique, des cas de constipation rebelle, et l'emploi des purgatifs auquel on est conduit tout naturellement, a pour résultat inévitable de rendre cette constipation de jour en jour plus difficile à vaincre. Il est des familles dans lesquelles cette disposition à la constipation est héréditaire, et il n'est pas rare en particulier d'observer des femmes chez lesquelles la constipation date presque de la naissance, et réclame, à mesure qu'elles avancent en âge, des moyens de plus en plus énergiques. Chez quelques-unes de ces femmes, les purgatifs drastiques même les plus forts ne déterminent pas d'évacuations, et ce n'est qu'à force de lavements qu'elles parviennent, et encore après un long intervalle, à obtenir une véritable débâcle. Il paraîtrait, si l'on en croit M. Strong, qui en avait déjà parlé il y a quelques années, que le sulfate de zinc, donné en pilules avec de la mie de pain (trois pilules de 0,25 chacune, et de mie de pain q. s.) immédiatement après le repas, pourrait rendre de véritables services dans les cas de ce genre. M. Baly, qui a repris les expériences de M. Strong, rapporte à ce sujet plusieurs faits intéressants. (*The Lancet* et *Bull. de thérap.*)

(1) De l'influence comparative du régime animal et du régime végétal sur le physique et le moral de l'homme. — Chez Baillère. — Paris. 1849.

LOOCH BLANC ADDITIONNÉ DE CALOMÉLAS. — OBSERVATION MÉDICALE.
Par M. STANISLAS MARTIN.

Nous croyons devoir signaler aux praticiens une observation que nous devons au hasard, elle les mettra en garde contre une erreur possible.

Il y a quelques jours, un médecin prescrivit un demi-loch blanc du Codex, additionné de 30 centigrammes de calomel préparé à la vapeur : ce looch devint, en quelques secondes, d'un brun très-foncé.

Quelle était la cause de cette coloration ? quelle réaction chimique s'était-il passé ?

Nos recherches nous ont démontré que cette coloration était due à la décomposition du calomel par l'acide hydro-cyanique provenant des amandes amères qui entrent dans la composition du looch.

Dès lors, il est essentiel de ne pas mettre ces deux agents en présence, si l'on tient à l'effet déterminé de chacun d'eux ; dans le cas contraire, il faut s'assurer que parmi les amandes douces que l'on doit employer pour faire le looch, il ne s'en est point glissé quelques-unes d'amères, comme cela arrive très-souvent. Nous pensons qu'il est préférable de prescrire le looch huileux des Anglais, c'est-à-dire le looch fait sans amandes; par ce moyen on aura la certitude qu'il ne se formera aucune combinaison tonique, et que le looch et le calomel jouiront de leur effet.

SUR L'HUILE DE TÉRÉBENTHINE OZONISÉE ET SUR SON EMPLOI EN MÉDECINE.

Il résulte d'une série d'expériences comparatives, faites sur un grand nombre d'animaux d'espèces différentes, par le professeur E. F. Seitz, de Munich, que l'huile de térébenthine ozonizée est beaucoup plus active, à dose égale, que l'huile de térébenthine ordinaire.

On ozonise l'huile de térébenthine en l'exposant à la lumière du soleil, dans des bouteilles de verre blanc qui n'en peuvent être remplies qu'à moitié ou au quart, et qu'on ouvre souvent pour renouveler l'air. L'huile, traitée ainsi, présente, au bout de quelque temps, l'odeur et la saveur de l'huile de menthe ; son odeur est pénétrante et désagréable, et son goût brûlant et amer; elle occasionne même une certaine douleur à la langue et y laisse une sensation de froid.

Les expériences auxquelles le professeur Seitz s'est livré, lui ont appris que l'huile ozonisée exerce une action remarquable sur plusieurs systèmes organiques. Sur la muqueuse digestive elle agit en irritant comme l'huile de térébenthine ordinaire ; mais elle excite davantage les sécrétions salivaire et muqueuse. Introduite dans le torrent circulatoire, ce qui a lieu rapidement, le pouls augmente de force et de fréquence, et la respiration, pour peu que la dose ingérée ait été considérable, s'accélère et devient pénible. Lorsque cette action est maintenue, par des doses suffisamment fortes et répétées, les troubles de la circulation et de la respiration s'exaltent de plus en plus et finissent par produire des symptômes analogues à ceux de l'endocardite ou de la péricardite, de la pléthore, de l'inflammation, de l'hépatisation ou de l'hémorrhagie pulmonaires ; alors ne tardent pas à se présenter des troubles nerveux graves, tels que ivresse, convulsions, paralysies, etc., auxquels succède enfin la mort. Lorsque les doses de l'huile de térébenthine ozonisée ne sont pas assez considérables pour exercer une action dépassant certaines limites, ses effets, comme ceux d'ailleurs de tout autre excitant diffusible, sont très-passagers.

Comme l'huile de térébenthine ordinaire, celle qui a été ozonisée est éliminée en peu de temps par les poumons et les reins. On peut s'en assurer par son odeur caractéristique pendant l'expiration et par l'odeur de violette de l'urine. Seitz a de plus constaté, au moyen du microscope, des globules de graisse dans l'urine, dont la quantité est augmentée, et qui, chez les herbivores, devient claire et limpide et donne une réaction acide. Dans certains cas, l'urine était mêlée de sang, et chez un cheval, en l'absence de sang, il y avait de l'albumine et du sucre ;

d'autres fois, l'urine contenait aussi de l'acide benzoïque. A la nécropsie, les reins étaient engorgés de sang.

Administrée chez l'homme à la dose de 5 15 gouttes sur du sucre, l'huile de térébenthine ozonisée laisse sur la langue un sentiment de froid comme l'huile de menthe, et un arrière-goût âpre, qui persiste longtemps. Prise à l'intérieur, elle excite la sécrétion salivaire, occasionne de la chaleur à l'estomac, rend la peau passagèrement chaude, le pouls fréquent et donne à l'urine une odeur de violette sans que celle-ci présente d'autres modifications. Appliquée sur la peau, elle exerce la même action que l'huile ordinaire, mais à un degré beaucoup plus prononcé.

Le professeur Seitz a essayé l'action de l'huile de térébenthine ozonisée à la dose de 10-20 gouttes, toutes les trois à quatre heures, sur du sucre, ou dans de l'eau sucrée ou aromatique, ou sous forme d'émulsion ou dans du miel, dans plusieurs cas morbides, dans lesquels l'huile ordinaire lui semblait indiquée ; il en a obtenu de l'effet dans des cas de catarrhe chronique de la vessie, d'incontinence d'urine, d'hémorrhagie utérine, d'hématemèse, suite probable d'une ulcération, et particulièrement dans des douleurs de nature goutteuse et rhumatismale ; mais il n'en a obtenu aucun effet dans deux cas de paralysie et dans un cas de noma.

(*Archiv. für wissenschaft. Heilk.* et *Annales méd. de la Flandre occid.*)

DE L'USAGE OPHTHALMOLOGIQUE DU PHOSPHORE ; par M. F. L. STRUMPF.

Les vapeurs de phosphore occasionnent aux animaux, entre autres symptômes d'intoxication, des ulcères suppurants des paupières. Les cadavres des personnes empoisonnées par cet agent toxique ont les yeux profondément enfoncés dans les orbites et entourés de larges cercles bleus ; la conjonctive est parfois rougeâtre, la cornée toujours trouble et les pupilles dilatées.

C'est contre l'amaurose occasionnée par une faiblesse nerveuse (asthénie) générale ou locale, par une paralysie incomplète et récente du nerf optique ou de la rétine, survenue brusquement et non consécutive à des lésions extérieures, non accompagnée d'autres affections, et chez laquelle la pupille est encore peu dilatée et n'a pas perdu ses mouvements, quand enfin il n'y a pas de symptômes congestifs, fébriles ou inflammatoires, c'est contre cette forme d'amauroses, dis-je, que Lœbenstein-Lobel (1) donnait le phosphore, deux fois par jour, et à la dose de 2 à 10 gouttes d'une solution de 1 grain dans une drachme d'huile animale éthérée, ou dans les cas où celle-ci n'était pas supportée, d'huile de sabine, avec adjonction d'un scrupule d'huile éthérée de girofle ou de valériane : après huit jours il suspendait l'emploi de ce remède et le remplaçait par d'autres médicaments appropriés, tels que l'arnica, la valériane, etc., auxquels il ajoutait l'emploi externe d'huile de Dippel, contenant du phosphore et de l'huile éthérée de menthe poivrée, ou celui d'huile de girofle et de cajeput avec de l'essence de fourmi (*spiritus formicarum*). — Dans un cas d'amaurose, provenant de suppression de la menstruation, Henning (2) de Zerbst, a prescrit l'éther phosphorique à la dose de 20 gouttes, trois fois par jour. — On a employé d'ailleurs avec succès le phosphore, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et même sous forme de moxa, dans diverses paralysies, alors que l'iodure de potassium, la strychnine, le quinquina et l'arnica avaient été essayés en vain. Toutefois, tant dans les cas d'amaurose, que surtout dans les paralysies des nerfs moteurs de l'œil, le phosphore devra n'être jamais employé qu'avec les plus grandes précautions.

(*Annales d'oculistique*)

INFLUENCE DU QUINQUINA SUR L'UTÉRUS FÉCONDÉ OU NON ; Par M. COCHRAN.

M. Cochran a constaté que le quinquina et les sels de quinine exerçaient une influence sur l'utérus ; que chez les femmes qui étaient sous son influence, si elles étaient à l'époque menstruelle, elles se plaignaient souvent de la surabondance de l'écoulement. Dans quelques cas, il semble avoir la propriété de hâter leur apparition, si on l'administre juste avant le retour ; il a vu aussi ce médicament provoquer leur retour lorsqu'elles étaient subitement supprimées par le froid, etc. Il est pleinement convaincu que le quinquina ou le sulfate de quinine combinés avec le fer est un remède populaire dans beaucoup d'affections utérines, tels que l'aménorrhée, ou la suppression des règles, où la médication tonique est indiquée. Il est utile aussi dans beaucoup d'autres dérangements de l'utérus, comme la dysménorrhée, la ménorrhagie, la leucorrhée, etc., où ces désordres sont liés à un état de débilité ou d'anémie du système.

Une circonstance importante liée à l'action du quinquina, et qui peut probablement jeter quelque lumière sur son mode d'action sur l'utérus, est que, lorsqu'il est administré à hautes doses et fréquemment répété, il défibrine le sang, le rend fluide et incoagulable ; ce fait a été clairement établi par les expériences des docteurs Baldwn, Mélier, Briquet et autres autorités respectables.

Peut-on administrer librement et sans distinction le quinquina ou ses sels aux femmes enceintes et peut-on le faire impunément ? Lorsqu'une femme est attaquée par la fièvre, peut-on rester les bras croisés et permettre à la maladie de faire des progrès, ce qui amène souvent l'avortement, ou, ce qui est encore pis, la mort probable de la malade ? Dans de tels cas, M. Cochran veut qu'on administre le quinquina aussi hardiment et aussi librement que le cas l'exige, parce qu'alors on substitue un mal moindre en vue d'en éloigner un plus grand. Mais, s'il est permis d'apporter quelque restriction à l'usage de cet agent, il admet, dit-il, celui qui est dicté par la raison, l'expérience et la conscience, savoir que, dans le cas où la fièvre survient chez une femme enceinte délicate, nerveuse et d'une grande sensibilité, si cette fièvre est modérée et n'offre pas de danger, on doit employer un substitutif, surtout si elle est prédisposée à l'avortement.

(*Charleston méd. journ. et Gaz. méd. de Paris.*)

PONCTION DE LA VESSIE A TRAVERS LA SYMPHYSE DU PUBIS ; SUCCÈS ; Par M. LEASURE.

Nous passons sous silence l'observation ; nous dirons seulement, avec M. Leasure, que l'opération en elle-même est très-simple ; qu'il n'y a pas de parties véritablement importantes à traverser ; qu'il n'y a pas de danger de blesser des organes voisins, comme dans les ponctions par le rectum ; qu'il n'y a pas de possibilité de blesser le péritoine, comme dans l'opération sus-pubienne. Dans le cas présent, la douleur ne se fit sentir qu'au moment où la peau fut traversée.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Banquet des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — La bonne pensée qu'eurent, il y a deux ans, les internes des hôpitaux de réunir dans un banquet confraternel leurs anciens et nouveaux collègues, va heureusement se continuer cette année grâce à l'initiative de quelques hommes de cœur. Nous ne pouvons qu'engager tous les anciens internes à qui l'avis suivant parviendra de vouloir bien se joindre à leurs jeunes successeurs. C'est en se connaissant qu'on apprend à s'aimer, car si l'on a dit avec raison que les hommes sont moins bons qu'on ne le pense, il est encore plus vrai de dire qu'ils ne sont pas aussi méchants.

MM. les internes et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, sont conviés à un banquet, le samedi 12 mai 1855.

On se réunira aux *Frères-Provenceaux*, à six heures du soir.

La cotisation est de 15 francs.

On souscrit à l'Hôtel-Dieu (M. Remilly, commissaire) ; à la Charité (M. Parrot) ; à la Pitié (M. Tarnier) ; à Saint-Louis (M. Garreau) ; à Lariboisière (M. Codet).

La liste des souscriptions sera close le mercredi soir 9 mai 1855.

On peut souscrire de province par un mandat sur la poste adressé à l'un des commissaires.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques, le lundi 16 avril, à midi, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— M. le professeur Jobert commencera son cours de clinique chirurgicale le mercredi 11 avril, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

---

(1) *Horn's Archiv*, 1810, t. 19, p. 71.
(2) *Hufeland's Journal*, 1817, t. 44, n° 4, p. 52.

Paris.—Typographie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 47. 3e ANNÉE. Jeudi 19 avril 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

L'opération césarienne à Paris. — Le journalisme et ses doctrines. — La doctrine du MONITEUR DES HOPITAUX.

Dans le feuilleton de l'*Union médicale*, du 6 mars dernier, quelques jours après la publication de nos remarques sur les deux opérations césariennes récemment pratiquées par M. P. Dubois, et suivies du résultat qu'on a observé sans exception à Paris, c'est-à-dire de la mort, M. A. Latour, après avoir fait un loyal appel au sentiment de dignité et de mutuelle justice parmi les organes de la presse scientifique, s'exprimait ainsi :

M. de Castelnau, dans un des derniers numéros du *Moniteur des hôpitaux*, qu'il dirige, a émis une pensée bonne, utile, charitable, et, condition suprême, susceptible d'application. Douloureusement frappé de ce fait que l'opération césarienne ne réussit jamais, ou plutôt n'a jamais réussi dans la pratique nosocomiale de Paris, tandis qu'elle réussit souvent dans la pratique rurale, notre collègue en journalisme propose à l'administration de l'assistance publique de disposer une des propriétés qu'elle possède *extrà muros*, maison, ferme, etc., de manière à pouvoir y recevoir les malheureuses femmes condamnées à subir cette opération terrible, et de façon à les placer dans les mêmes conditions où cette *ultima ratio* de l'art ne soit plus, comme elle l'a été jusqu'ici dans les hôpitaux de Paris, un sacrifice fatal de la pauvre mère opérée par le couteau du chirurgien.

Nous appuyons de tous nos vœux et de notre faible influence cette proposition véritablement humaine, et qui aura déjà frappé l'esprit et le cœur de l'honorable directeur de l'assistance publique. Je n'ai pas à apprécier ici, dans cette partie du journal, les motifs scientifiques et pratiques exposés par M. de Castelnau à l'appui de son idée; je n'ai qu'à constater que cette idée part de la presse, de la presse active et militante, et je lui rends hommage en ma qualité de membre de cette milice.

Puissance réelle qu'il ne faut ni exalter ni dédaigner, la presse médicale rend de grands services à la science, à l'art, à la profession : aveugles, volontairement aveugles sont ceux qui ne le voient pas. Il n'est point peut-être une seule idée qui ait passé dans le domaine de l'application, sans avoir été soulevée et discutée dans la presse.

Quelques jours après la publication de cette note dans l'*Union médicale*, la *Revue médicale*, avec laquelle nous avons beaucoup moins de points de contact scientifique qu'avec l'*Union*, disait, à propos d'une lettre sur l'avortement provoqué, qui lui était adressée par M. Lebleu, chirurgien de l'hôpital de Dunkerque :

Le *Moniteur des hôpitaux* ayant demandé que, puisque les résultats de l'opération césarienne sont funestes dans l'enceinte de Paris depuis trente ans, on veuille bien obtenir dans la banlieue une maison de campagne où seraient soignées les femmes vouées à cette terrible opération, l'*Union médicale* s'est empressée de s'inscrire pour appuyer ce vœu. Le temps est proche où *tous les organes de la médecine en feront autant.*

Nous ne pensons pas que la prédiction de la *Revue* s'accomplisse de sitôt, pour des raisons que la *Revue* et l'*Union* comprennent très-bien et qu'on pourra expliquer quelque jour à ceux qui sont moins en position de les deviner; mais ce n'est là qu'une raison de plus pour nous de remercier très-cordialement la *Revue* et surtout l'*Union médicale*, qui a eu la bonne pensée de l'initiative, d'avoir bien voulu associer leurs efforts aux nôtres en faveur d'une mesure qu'on pourrait s'étonner de n'avoir pas vu réclamer plus tôt par les opérateurs eux-mêmes dont les insuccès compromettent la réputation aux yeux de beaucoup de praticiens parfaitement impartiaux. En effet, ce que nous attribuons à l'influence des localités, plusieurs médecins l'attribuent à la manière d'opérer, et tout récemment encore, on a pu voir un homme aussi habile que modeste, M. de Lignerolles, qui a communiqué un si beau cas de succès à l'Académie, exprimer cet avis dans une note qu'il nous a adressée. Nous sommes loin assurément de partager son opinion (qui, ainsi que nous venons de le dire, n'est pas d'ailleurs isolée, tant s'en faut); mais nous n'en sommes pas moins d'avis que l'Académie devrait saisir l'une des occasions qui lui ont été offertes pour discuter à fond la grave question de l'opération césarienne, et pour montrer, autant que possible, quelles sont les principales causes des insuccès constants dont elle est suivie à Paris. Il y a TROIS ANS que M. P. Dubois a entre ses mains l'observation extrêmement intéressante de M. de Lignerolles, et tout le monde sait qu'il ne faut pas un temps aussi long à l'habile accoucheur pour traiter une question, quand il veut s'en donner la peine. Que nos honorables confrères, l'*Union médicale* et la *Revue*, veuillent bien, une fois encore, joindre leurs efforts aux nôtres, et nous ne doutons pas que l'Académie ne mette enfin à son ordre du jour la grande et belle question dont il s'agit, quand bien même, comme M. de Lignerolles nous l'a écrit, M. P. Dubois aurait perdu le travail de l'honorable médecin du Calvados. C'est sans doute un malheur pour les travailleurs de voir que les académiciens perdent les travaux dont ils étaient chargés de rendre compte; mais ce n'est pas un moyen de réparer ce malheur que de laisser dans l'oubli les questions soulevées dans ces travaux, quand les questions en valent la peine.

Maintenant que nous avons, avec toute la cordialité dont nous sommes capable, remercié l'*Union médicale* du concours qu'elle nous a loyalement prêté, qu'une réflexion nous soit permise sur un des autres points traités dans l'article dont nous avons cru juste de la remercier.

Dans une partie de cet article, M. A. Latour comptant, à juste titre, nous nous plaisons à le reconnaître et ce n'est pas la première fois, sur la facilité et la finesse de sa plume, a cru pouvoir énumérer et caractériser à la fois en deux ou trois lignes tous les organes de la presse médicale. L'entreprise assurément n'était pas impossible, puisque Voltaire l'avait mise à exécution pour toutes les œuvres littéraires du grand siècle; mais elle

était du moins d'une extrême difficulté, et peut-être est-ce cette difficulté elle-même qui a tenté l'habile écrivain. En a-t-il complétement triomphé?

Au point de vue de l'indulgence du critique, nous n'hésitons pas à répondre affirmativement. Sous les divers autres points de vue, il y aurait peut-être quelques réserves à garder, et pour entamer une discussion à cet égard, il nous faudrait établir d'abord les *conditions* de dignité et d'indépendance dans le journalisme médical, question que nous ne pouvons aborder aujourd'hui, mais que nous aborderons au besoin avec d'autant plus de liberté et de franchise que la situation de l'*Union médicale* lui permet de supporter sans inconvénient tout examen à cet égard. Nous nous bornerons donc à ce qui nous concerne spécialement dans l'article dont il s'agit. Voici comment M. A. Latour avait caractérisé le *Moniteur des hôpitaux.* « Rédacteur en chef : M. de Castelnau, polémiste un peu vif, mais hardi et vigoureux. Le *Moniteur* défend carrément l'*école anatomique* et les *principes médicaux qui en découlent.* »

Nous laissons de côté, dans cette appréciation, la partie personnelle à laquelle nous aurions bien quelque chose à répondre, quoique, disons-le tout de suite, la bienveillance du critique l'emporte de beaucoup sur sa sévérité.

Quant à ce qui concerne la partie doctrinale, il nous est impossible de ne pas déclarer que nous ne consentons nullement à appliquer au *Moniteur des hôpitaux* la définition qu'on en a faite, et nous n'y consentons pas par cette raison que nous ne savons pas ce que notre habile confrère a voulu désigner sous le nom d'*école anatomique,* ni par conséquent *par les principes médicaux qui en découlent.*

Nous savons que par ces mots, M. A. Latour a voulu loyalement exprimer ce qu'il croit être un fait, une vérité d'un ordre élevé; mais nous déclarons ou nous avouons, comme on voudra, que nous n'avons pas nettement saisi quelle pouvait être cette vérité, à moins que nous ne fassions de l'école anatomique sans le savoir.

Avant donc d'accepter la définition que M. A. Latour a bien voulu nous appliquer, nous lui demandons très-sincèrement d'expliquer ce qu'il entend par école anatomique et par école vitaliste.

Un exposé de principes à cet égard, fait par l'*Union médicale,* n'aurait pas moins d'intérêt, nous le disons sans flatterie et sans arrière-pensée, car il n'est pas dans nos habitudes d'en avoir, que la discussion que l'Académie vient de clore; le *Moniteur,* de son côté, fera ses efforts pour apporter, s'il lui est possible, quelques aliments à cet intérêt, et le sentiment que l'article de l'*Union* nous a inspiré doit rassurer M. A. Latour contre toute vivacité de la part du rédacteur en chef du *Moniteur,* à supposer que cette vivacité existe. H. DE CASTELNAU.

Des propriétés antinévralgiques de l'aconit,

Par M. A. IMBERT-GOURBEYRE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de la Société de médecine de Bordeaux.

Sous le titre qui précède, M. Imbert-Gourbeyre, dont nos lecteurs ont déjà pu apprécier le talent et la grande érudition, a publié sur l'aconit, dans la *Gazette médicale de Paris*, une des plus remarquables études thérapeutiques qu'on ait faites depuis longtemps. Cette étude porte même plutôt *sur les propriétés antialgésiques* que *sur les propriétés antinévralgiques;* car l'auteur y examine aussi bien l'action de l'aconit sur l'élément *douleur* en général, et même sur l'élément inflammation, que sur la *névralgie* en particulier. Nous ne pensons pas que toutes les questions que l'auteur a soulevées soient aussi nettement résolues qu'il le pense; mais au point où elles en sont, les recherches de ce thérapeutiste distingué n'en méritent pas moins la sérieuse attention et le contrôle de tous les praticiens attentifs et amis du progrès.

« L'aconit est un médicament trop peu connu, trop peu apprécié, et qui mérite pourtant d'occuper un des premiers rangs dans la matière médicale. Il répond aux indications les plus fréquentes et les plus variées; car il a deux sphères principales d'activité : la *douleur* et l'*inflammation*; et quand on considère que ces deux éléments, isolés ou réunis, se rencontrent dans le plus grand nombre des maladies, on pressent tout d'abord le rôle important que doit jouer ce médicament en thérapeutique.

« C'est un médicament *polychreste* dans toute l'acception du mot : cette opinion est pour moi le résultat d'une conviction profonde, basée sur les nombreux expériments cliniques auxquels je me suis livré.

« Le peu de crédit dont a joui jusqu'à présent l'aconit tient à la *routine.*

« En second lieu, on a reproché à l'aconit l'infidélité même de ses préparations. Ce reproche est mérité; il peut même s'adresser à la plupart des procédés habituels de préparation des médicaments extraits des plantes fraîches. Rien de plus infidèle en général que la préparation par extraits. La meilleure préparation, c'est le suc frais des plantes, et comme on ne peut le conserver longtemps sans altération, il faut prévenir celle-ci par la présence de l'alcool. Je me suis servi exclusivement, dans toutes mes expériences, d'alcoolature simple ou de sirop d'aconit (1).

« En troisième lieu, on a fait passer l'aconit pour un poison terrible : il n'y a pas encore vingt ans qu'on lisait dans un journal que ce médicament, infidèle et dangereux, devait être proscrit de la matière médicale. Ce poison, à dose thérapeutique, n'est pas plus dangereux ni plus terrible que l'arsenic, l'opium et la belladone; il l'est même beaucoup moins, dosologiquement parlant, puisqu'il peut être administré à des doses beaucoup plus élevées que ces derniers médicaments.

« Voici plusieurs années que je me suis livré à l'étude presque exclusive de l'aconit, tant dans ma pratique civile que dans ma pratique d'hôpital. J'ai pensé qu'en rassemblant toutes mes forces sur l'observation d'un médicament aussi important, au lieu de les éparpiller sur plusieurs, et de perdre ainsi en solidité et profondeur ce que l'on paraît gagner en superficie, je serais peut-être plus utile à la science, et à la thérapeutique en particulier.

« J'ai l'intention de publier successivement plusieurs mémoires sur l'aconit et son emploi dans le rhumatisme et la goutte, les phlegmasies et leurs nombreuses espèces, les fièvres inflammatoires et éruptives, etc.

« Je vais étudier, dans ce premier mémoire, les propriétés

(1) Il est curieux de voir comment M. Trousseau juge l'aconit dans son *Traité de thérapeutique* : « Quand un médicament, dit-il, est mal connu ; quand ses préparations sont presque toujours *mal faites* ou *altérées* ; quand aucune série d'expériences exactes n'a attribué à l'aconit des propriétés spéciales qui le recommandent aux praticiens ; quand, au contraire, les expérimentateurs sont tous en dissidence relativement aux résultats thérapeutiques qu'ils obtiennent, il est d'un médecin prudent de ranger jusqu'à nouvel ordre l'aconit dans la classe des médicaments dont l'usage *peut être dangereux.* »

C'est pour combler cette lacune, et fixer les praticiens sur les véritables propriétés de l'aconit, que j'ai fait depuis plusieurs années de nombreuses recherches et expériences sur les propriétés de ce médicament. Quant aux préparations d'aconit, je suis parvenu, et non sans peine, à en obtenir de fidèles et de sûres ; c'était là un point important. L'éminent praticien, Double, faisait venir son aconit des montagnes de la Suisse ; à son exemple, je ne me suis servi, dans toutes mes expériences, que d'aconit sauvage, cueilli dans nos Monts Dor, si renommés par leurs eaux minérales. J'ai été puissamment secondé, en ce qui concerne la matière médicale, par M. Gautier-Lacroze, pharmacien-chimiste à Clermont-Ferrand. Il serait à désirer que ce pharmacien, aussi modeste qu'habile, publiât un jour ses nombreuses études botaniques et chimiques sur l'aconit du Mont-Dor, et ses recherches sur les procédés à employer pour obtenir des préparations sûres de ce précieux médicament.

antinévralgiques de l'aconit; je tâcherai même de faire ressortir l'action importante de ce médicament contre l'élément *douleur* en général, à l'aide de quelques observations prises en dehors du cercle des névralgies.

« L'aconit a été souvent employé avec succès dans les affections douloureuses qui forment le groupe des névralgies. D'assez nombreuses observations ont été publiées en France, et surtout à l'étranger; j'en ferai plus tard le recensement. J'ai voulu apporter aussi moi-même ma contribution à la science sur ce point intéressant, en abordant le terrain des faits : c'est pourquoi je publie les observations suivantes. »

Ces observations, que nous ne pouvons toutes reproduire *in extenso*, sont au nombre de dix, savoir : trois névralgies faciales, deux névralgies sciatiques, deux névralgies sus-orbitaires, une pleurodynie, et deux cas dont le diagnostic que l'auteur range l'une sous le titre de névralgie du cœur, l'autre dans la classe des *incertæ sedis*. Nous indiquerons sommairement quelques-unes de ces observations et nous reproduirons textuellement les plus remarquables ou les plus concluantes.

Observation I. — NÉVRALGIE FACIALE, durant depuis cinq ans; augmentée depuis cinq semaines; accès revenant toutes les *cinq minutes, nuit et jour*. — Guérison prompte par l'*alcoolature d'aconit*.

Cette observation est une des plus remarquables, et recueillie avec les plus grands détails. — Les suivantes étant exposées sommairement par l'auteur, nous les reproduisons telles qu'on les trouve dans le mémoire original.

Observation II.—NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE.— « Grammont, trente ans, terrassier, employé au chemin de fer, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Vincent, le 23 juillet 1854.

« Pris depuis huit jours, sans cause connue, de névralgie sus-orbitaire, à sept heures du matin, d'abord à gauche pendant les trois premiers jours, puis à droite; douleur lancinante avec chaleur et larmoiement du côté affecté. L'accès ne dure que trois heures, mais la tête est lourde le reste de la journée.

« Vu pour la première fois le 24 au matin, le malade veut être saigné, parce que, dit-il, il a trop de sang. Je refuse et prescris une potion avec dix gouttes d'*alcoolature d'aconit*, à prendre en quatre fois.

« Le lendemain 25, à la visite qui se fait à huit heures, la douleur n'est point venue; le malade n'éprouve qu'un peu de lourdeur de tête.

« 26. Même état.

« Sorti le 27, n'ayant plus eu d'accès et complétement guéri.

Observation III. — NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE. — « Allègre, serrurier, quarante-cinq ans environ; névralgie sus-orbitaire du côté droit depuis une dizaine de jours, venant tous les matins à huit heures. Accès très-douloureux pendant plusieurs heures. Le sulfate de quinine, qui a déjà été ordonné par un autre médecin, a complétement échoué. Je prescris au malade quatre cuillerées de *sirop d'aconit* par jour.

« Dès le lendemain l'accès névralgique perd toute son acuité, et la névralgie disparaît complétement au bout de deux ou trois jours.

Observation IV. — NÉVRALGIE FACIALE. — « Desniers, boulanger, rue du Port, à Clermont, vient me voir samedi 24 juillet 1853, pour une névralgie temporale bien caractérisée du côté droit. La douleur est presque continuelle, violente et s'exacerbant au milieu de la journée; malade depuis quinze jours. (Julep gommeux de 125 grammes additionné de dix gouttes d'*alcoolature d'aconit* à prendre par cuillerées; frictions avec une pommade contenant 1 gramme d'alcoolature.)

« La douleur persiste jusqu'au lendemain à onze heures et cesse à partir de ce moment.

« Le 26, le malade ne sent plus qu'un peu d'endolorissement à la tempe, puis la névralgie disparaît.

« Un an après, le 27 juin 1854, le malade est repris de la même névralgie; il vient me voir le lendemain, me disant qu'il a crié toute la nuit. La névralgie s'accompagne de larmoiement de l'œil droit. Le malade est mis à l'usage du *sirop d'aconit*, à prendre par demi-cuillerées toutes les deux ou trois heures.

« La nuit suivante est encore très-mauvaise. Il souffre peu dès la seconde nuit; dès le second jour, l'*aconit* est aussi employé à l'extérieur.

« La névralgie diminue graduellement et disparaît au bout de trois ou quatre jours. »

L'observation V est encore un cas de névralgie faciale que l'auteur n'a pu suivre, la malade ayant cessé de se faire traiter après un grand soulagement obtenu au quatrième jour de traitement.

L'observation VI est un cas de pleurodynie, chez une rhumatisante, qui n'offre rien de remarquable.

L'observation VII est celle que l'auteur a rangée sous le titre de névralgie du cœur, sans toutefois attacher à son diagnostic plus d'importance qu'il ne convient, et nous croyons que c'est avec raison. Mais à part le diagnostic, qui, hélas! est dans la pratique beaucoup plus souvent douteux que dans les livres, le résultat thérapeutique est assez important pour qu'il y ait utilité à reproduire cette observation.

Observation VII. — NÉVRALGIE DU COEUR? — « Sœur M..., de l'hôpital général de Clermont-Ferrant, quarante ans environ, souffre du cœur depuis dix ans, beaucoup plus fatiguée depuis trois mois.

« Elle éprouve des palpitations fréquentes, accompagnées de vives douleurs dans la région précordiale. Ces douleurs sont de deux sortes: tantôt, et c'est le plus souvent, ce sont des douleurs lancinantes, tantôt des douleurs qu'elle compare à celles qu'on provoquerait en râclant avec un couteau la surface d'un vésicatoire dénudé. Quand ces douleurs la prennent, elle est obligée de s'arrêter et d'attendre qu'elles aient cessé; elles durent plusieurs minutes. Ces douleurs surviennent de préférence quand elle est au lit couchée, sur le dos; elle est alors obligée de se lever et de se coucher le cœur contre terre. Depuis trois jours, sœur M... a été souvent obligée de se lever pendant la nuit et de s'étendre sur le parquet pour calmer ses souffrances.

« Sœur M... est alitée depuis trois jours et souffre continuellement depuis une huitaine avec de fréquentes exacerbations qui la forcent à s'étendre par terre; elle passe ainsi une partie des nuits.

« Je suis appelé le 28 juillet 1852, et examen fait, je prescris quatre cuillerées à bouche de *sirop* avec 50 centigrammes d'*alcoolature d'aconit*. La malade en prend une cuillerée à cinq heures et à neuf heures du soir. La nuit est bonne : il y a peu de crises et la malade n'est point obligée de se lever.

« Le lendemain, trois cuillerées dans la journée. La dernière crise a lieu le 29 au soir; elle dure une heure. Les deux nuits suivantes sont excellentes; la malade dit n'avoir jamais aussi bien dormi; elle continue pendant quelques jours une cuillerée de son sirop.

« Le 30 au matin, sœur M... était levée et faisait son service.

« Pendant les mois d'août et de septembre, la malade a souffert encore quelquefois du cœur, mais ces douleurs n'étaient rien en comparaison des douleurs si violentes éprouvées en premier lieu. Ces nouvelles douleurs ont également cédé au sirop d'*aconit*.

« J'ai ausculté le cœur plusieurs fois pendant les accès et dans les moments de calme : aucune trace d'affection organique; pendant les crises, le cœur battait tumultueusement avec une impulsion très-modérée.

« *Remarques*.—Copland, dans son *Dict. of prat. med.*, se loue beaucoup de l'efficacité de l'aconit dans la névralgie du cœur, *nevralgia of the heart;* cette opinion du médecin anglais semble se trouver confirmée par l'observation précédente.

« J'ai dit en commençant que l'aconit avait la propriété de combattre en général l'élément douleur, en dehors même du cercle restreint des névralgies. Pour mieux faire compredre ma pensée, je vais citer l'observation suivante :

Observation X. — « Hippolyte Duport, du 3e hussard, dix-neuf ans, tempérament sanguin. Sujet fort et vigoureux; entré à l'hôpital le 19 septembre 1853.

« Le 17, pris de diarrhée depuis deux ou trois jours, le malade se met au lit avec fièvre et fortes coliques.

« Entré le 19 au soir, avec fièvre considérable et douleur excessive du ventre, exagérée par le moindre toucher. L'interne de garde croit à une péritonite. (Application de 12 sangsues sur l'abdomen.)

« Le 20 au matin, je vois le malade pour la première fois. Il n'y a pas eu de soulagement avec les sangsues; fièvre forte; face injectée et vultueuse; langue chargée. Le ventre n'est point ballonné, mais il est excessivement douloureux à la pression. Anxiété et agitation; du reste, pas de vomissements, pas d'évacuations ni de face grippée. Je soupçonne, d'après l'ensemble des phénomènes, une fièvre typhoïde au dé-

but. (Boissons acidulées; cataplasme de farine de lin sur le ventre; lavement émollient.)

« Le 21, même état, pas de soulagement; la douleur est toujours très-vive et localisée aux parois de l'abdomen. (Potion avec 30 gouttes d'*alcoolature d'aconit*, une cuillerée toutes les heures.) Soulagement immédiat dès les premières cuillerées.

« Le 22, la douleur est tombée, ainsi que la fièvre. Il n'existe plus qu'un peu d'endolorissement à l'abdomen. Le malade a beaucoup uriné pendant la nuit. (Même traitement; bouillons.)

« Le 23, apyrexie; plus d'endolorissement au ventre. On peut le palper impunément.

« Je suis véritablement étonné d'avoir vu disparaître aussi promptement cet appareil fébrile considérable accompagné d'une douleur abdominale aussi vive.

« Le malade n'a pas eu pour ainsi dire de convalescence.

« Sorti dans les premiers jours d'octobre.

« Quel que soit le diagnostic que l'on mette en tête de l'observation précédente, soit qu'on la considère comme un rhumatisme des parois abdominales, ou qu'on l'interprète par une autre affection, il n'en est pas moins vrai qu'à l'élément fébrile se joignait l'élément douleur qui, par sa vivacité, réclamait un traitement direct; or, dans ce cas, l'aconit paraît avoir eu un succès incontestable et rapide.

« Tous les jours on voit des affections fébriles indéterminées qui sont souvent accompagnées de douleurs locales intenses; d'autres fois, ce sont des courbatures, des fièvres éphémères, de simples fièvres inflammatoires, quelquefois même des fièvres typhoïdes au début, qui sont escortées par accident de douleurs partielles très-vives; or, dans ces cas, il m'est arrivé maintes fois de combattre efficacement ces douleurs par l'aconit. En outre, cette médication est une ressource d'autant plus précieuse en ces circonstances, qu'elle s'adresse en même temps à l'élément fébrile, contre lequel elle agit aussi directement.

« On sait aussi que l'aconit a été appliqué avec succès par *Barthez*, *Biett* et *Delpech*, dans le cas de douleurs invétérées syphilitiques. Si on ajoute à cela toutes les douleurs rhumatismales et goutteuses, contre lesquelles l'aconit a été si souvent et si utilement employé, on comprendra facilement que l'aconit peut s'adresser à l'élément douleur en général, que sa sphère d'action est par conséquent très-étendue.

« Telles sont mes expériences personnelles sur les propriétés anti-névralgiques et anodiniques de l'aconit. Ces expériences vont se trouver confirmées par tous les observateurs qui m'ont précédé.

« Stoerck (*Libellus de stramonio, hyoscyamo et aconito*. Vienne, 1762) cite quatorze observations de maladies diverses traitées par l'aconit. Quoiqu'il ne parle nullement de névralgies, et que la plupart des cas ne soient pour lui que des affections rhumatismales, on peut cependant rapporter les deux premières observations à de véritables névralgies. Dans l'une, il s'agit d'une pleurodynie violente, probablement une névralgie intercostale, persistant depuis quatre mois et ayant résisté à toute espèce de remèdes. Guérison par l'aconit au bout de six jours; rechute au bout de trois jours par suite de la suspenssion du remède. Guérison définitive, l'aconit ayant été continué pendant trois semaines. La seconde observation est une sciatique datant de six semaines, avec douleurs violentes continuelles: dès la première nuit qui suivit l'administration de l'aconit, disparition complète de la douleur.

« Dans un autre ouvrage (*Contin. exper.*, p. 116), *Stoerck* cite une autre observation d'un jeune homme, *cui, dolore vehementissimo aliquot hebdomadum remittente, femur et crus extenuari cœpit.* Le mal céda promptement à l'aconit.

« On trouve encore, dans l'intéressante monographie de Reinhold sur l'aconit (*Dissert. de aconito napello*, 1769. Baldinger Sylloge, t. II), une observation de sciatique grave guérie par ce médicament.

« Tode (*Medic. chir. Bibliothek*,, 1775, t. II, p. 170) donne l'observation d'un homme âgé de quarante-cinq ans, atteint depuis un an d'une sciatique violente ayant résisté à divers remèdes. Guérison par l'aconit dès le quatrième jour. Trompé par le résultat, le malade suspend le remède; nouvel accès très-violent. Il se remet à l'usage de l'aconit pendant toute une semaine. Guérison complète et définitive.

« Autre observation de sciatique avec ankylose incomplète du genou, guérie en trois mois et demi par l'aconit. (Lasoux, *Dissert. epist. de cicuta... et aconito.* Nimes, 1780.)

« Hufeland cite, dans son journal (t. IX, p. 94), une observation de tic douloureux intense, qu'il a guéri par l'administration de la teinture éthérée d'aconit, à la dose de cinquante gouttes, quatre fois par jour.

« On lit dans Vogel (*Chirurg.* Wahrnehm, 1778) une observation de névralgie hémicrânienne datant de onze ans, rebelle à toute espèce de remèdes et ayant disparu par l'administration de l'aconit.

« Dans une des séances de la Société de médecine de Paris, M. Roche avait annoncé que l'aconit napel avait une vertu si puissante contre les névralgies, qu'il n'avait plus recours à d'autres remèdes, et qu'en général il obtenait du soulagement en quarante-huit heures. M. Théalier voulut vérifier l'assertion de M. Roche, et obtint un résultat favorable. Il cita, dans une des séances de la même Société, quatre observations à l'appui: deux de névralgies sus-orbitaires, et deux autres de névralgies sciatiques. Dans la même séance, MM. Delens et Prus firent également mention de cas analogues où le résultat avait été le même. (*Revue médicale*, 1824, p. 463).

« Autre observation de névralgie multiple, principalement sciatique, durant depuis deux ans et promptement guérie par l'usage externe de l'aconitine. (Dr Roots, *London med. surg. journ.*, décembre 1834.)

« Turnbull, dans ses deux ouvrages (*On the medical properties of ranunculaceæ*, London, 1835; et *Treatise on painful and nervous diseases*, London, 1837), donne cinq observations de névralgies: deux névralgies faciales datant de quatre à cinq ans et guéries en six et quinze jours; une névralgie sciatique depuis sept ans, guérie en huit jours; une névralgie du médius de la main gauche, existant depuis deux ans et guérie dans l'espace d'un mois; enfin, une névralgie du pied, promptement guérie après une durée de deux à trois ans. L'auteur s'est principalement servi de l'aconitine à l'extérieur.

« M. Skey (*Medic. gaz.*, nov. 1836) publie deux observations de névralgie faciale datant de huit et neuf années, et guéries d'une manière permanente en une semaine par les frictions de pommade d'aconitine.

« Il faut aussi rattacher aux névralgies de la tête la céphalalgie dite nerveuse. Les médecins anglais Radley (*Lancet*, 1836) et Burgess (*Edinb. med. surg. Journ.*, 1840) ont prouvé par plusieurs observations l'efficacité de l'aconit dans le traitement de cette maladie, souvent si douloureuse et si rebelle. Les professeurs anglais Henderson et Miller l'ont aussi employé avec succès dans le même cas.

« On trouve encore, dans le journal anglais (*The Lancet*, 1841), trois observations du docteur Curtis: deux névralgies faciales et une sciatique. Dans les trois cas, affection durant depuis plus d'un an; guérison permanente après une seule application de la pommade d'aconitine.

« Mais, de tous les travaux récents sur l'aconit, celui qui renferme le plus de faits, c'est certainement l'intéressante monographie de Fleming (*An inquiry in the phys. a. med. properties of the aconitum napellus.* London, 1845).

« Le médecin anglais donne dans son ouvrage un tableau statistique de quarante observations de névralgies. Il n'y en a que *trente* qui lui soient personnelles, les dix premières appartenant à MM. Turnbull, Skey et Curtis; je les ai déjà citées.

« Les *trente* observations de Fleming se décomposent en 14 névralgies du membre inférieur, dont 12 sciatiques; 9 cas de prosopalgies; 3 névralgies intercostales; une névralgie du pouce, du cubital et du tronc. Sur les 14 névralgies du membre

inférieur, 10 guérisons complètes et définitives en peu de jours la maladie datant de huit mois en moyenne. Sur les 9 cas de névralgies de la face, 5 autres guérisons définitives et en peu de jours, après plusieurs mois de durée.

« Sous le nom de *douleurs générales fébriles*, le médecin anglais traite de ces douleurs qui se rencontrent souvent dans les affections fébriles, et dont j'ai parlé plus haut. Il dit avoir employé nombre de fois l'aconit dans une épidémie de fièvre qui régna à Londres en 1843-44, et qui était caractérisée par un développement inusité de douleurs musculaires et articulaires. Quelques-uns de ces cas étaient si intenses qu'ils simulaient parfaitement le rhumatisme aigu. Ordinairement, il survenait un soulagement notable une heure après la première dose.

« On trouve, dans *The Dublin journal of medical sciences* (1845), plusieurs observations de névralgies du docteur EARDES, guéries par la teinture d'aconit employée à l'extérieur.

« Enfin, dans un travail fort intéressant sur l'action de l'aconit dans plusieurs maladies, telles que rhumatisme, névralgies, etc., M. le docteur GABALDA (*Bulletin de thérap.*, 1847) cite deux observations de névralgies crurale et faciale; et M. ARAN, médecin des hôpitaux de Paris, a publié cette année même deux autres observations de névralgies faciales périodiques, heureusement traitées par l'aconit.

« Les résultats des expérimentations de tous les médecins dont j'ai énuméré les travaux sont importants, puisqu'en faisant le relevé de la plupart de leurs observations, y compris les miennes propres, observations qui s'élèvent au chiffre de 63, je trouve 23 cas de névralgies avec une durée de un à neuf ans, et 16 autres cas ayant persisté pendant un et plusieurs mois; or, dans la presque totalité de tous ces cas, il y a eu guérison *prompte* et *définitive*. On ne peut donc nier l'action thérapeutique du médicament, encore moins l'expliquer par l'expectation, alors qu'on a eu à traiter des maladies longues et douloureuses, et ayant déjà résisté, pour la plupart, à des médications très-variées.

« La puissance anti névralgique de l'aconit est donc incontestable; aussi a-t-elle été signalée par un assez grand nombre d'auteurs.

« BERGIUS (*Materia medica*, 1782) indique l'aconit dans le cas de rhumatisme, de goutte et de sciatique. *Bonum sane effectum sæpius experti sumus in rheumatismis.... malo ischiadito.*

« MURRAY (*Appar. medic.*, 1784, t. III) rapporte s'être guéri lui-même d'une sciatique très-douloureuse en peu de temps, à l'aide de l'aconit et du vésicatoire, et conclut, après avoir cité tous les expériments antérieurs de Stoerck, Rosensein, Tode, etc., que l'aconit est souvent utile dans le rhumatisme en général et dans la sciatique qu'il appelle *morbus coxarius*.

« Le témoignage de CARMINATI est précieux; il avait assisté aux expériences de Stoerck à Vienne; il les a répétées et il s'exprime ainsi : *Hinc ego pariter potui* (*qui ad tot, tamque gravia corporis mala aconiti usum tuto, atque utilissime revera extendi Vindoborn videram*) *hoc uno pharmaco eas hic loci curationes septemdecim abhinc annis perficere rheumatismi, arthritidis, atque ischiadis, sive rheumaticæ, sive nervosæ quas non solum medicinæ candidati, at diu etiam exercitati artifices mirarentur.* (*Mat. medic. papiæ*, 1795.)

« Nous avons déjà cité l'opinion de M. ROCHE sur l'excellence de l'aconit dans le traitement des névralgies; il est également recommandé dans le même cas par VOGT (*Lehrb. der pharmakodynamik.* Wien, 1831); mais nul n'est plus affirmatif que PEREIRA. (*Elements of mat. med.*, LONDON, 1839).

« Dans les névralgies, dit le célèbre thérapeutiste anglais, nul remède ne peut remplacer l'aconit. La première dose commence souvent par soulager, et, en en continuant l'usage, on arrive bientôt à la guérison. Si dans beaucoup de cas la guérison est très-rapide, quelquefois aussi le soulagement obtenu n'est pas de longue durée. Quoique l'histoire des névralgies soit encore peu connue, nous savons cependant que les causes et les circonstances dans lesquelles elles se développent ne sont nullement les mêmes; et dès lors il n'y a rien d'étonnant à voir un remède réussir dans certains cas et échouer dans d'autres. Les causes des névralgies sont ordinairement fort obscures, et il est impossible, dans la plupart des cas, de préciser d'avance si l'aconit sera utile ou non; de sorte que l'application en est tout empirique. D'après Pereira, si l'aconit est appelé à avoir de l'action, il procure ordinairement dès le début un soulagement plus ou moins notable. Il échoue dans l'odontalgie inflammatoire, et, dans la sciatique, le médecin anglais l'a vu presque toujours ne pas réussir; cette observation est pourtant contredite par un grand nombre d'auteurs et par mon expérience personnelle.

« TURNBULL, déjà cité, ne traite que des propriétés antinévralgiques de l'aconit, et FLEMING, tout en étudiant quelques autres propriétés de ce médicament, disserte longuement sur le traitement des névralgies par cet agent polychreste. On lit dans une thèse sur les propriétés de l'aconit (*De man.* Lugd. bat. 1841) : *Locus etiam princeps aconito est doloribus illis sæpe difficulter sanandis, in ischiade nervosa, prosopalgia, hemicrania.*

« S'inspirant surtout des travaux de Fleming, M. TESSIER (de Lyon) a précisé également l'indication de l'aconit dans le traitement des névralgies et des affections douloureuses. (Bouchardat, *Annuaire de Thérap.*, 1850.)

« Il faut donc conclure de tout ce long mémoire où, j'ai vérifié à l'aide de mon observation personnelle tous les travaux antérieurs sur l'aconit, que ce médicament est un agent précieux dans le traitement des névralgies. Ce fait thérapeutique est d'autant plus important à signaler et à mettre en relief que l'aconit est un médicament fort peu employé en général dans la médecine française, quoiqu'il soit considéré par plusieurs médecins, Roche, Pereira, Fleming, etc., comme le meilleur antinévralgique que nous possédions; comme il s'adresse à une maladie essentiellement douloureuse et souvent excessivement rebelle, on ne saurait trop en vulgariser l'application. »

Du tamponnement dans la métrorrhagie

Par M. le Dr M. GARIEL, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Le tamponnement de la cavité vaginale est, de l'aveu de tous les praticiens, le moyen le plus sûr de s'opposer à l'écoulement du sang dans la métrorrhagie, et si l'on n'y a recours, en général, qu'après avoir épuisé la liste des autres moyens hémostatiques, c'est que le procédé opératoire usité dans la pratique, présente le grave inconvénient d'une application difficile et douloureuse, et qu'il produit souvent des accidents inflammatoires dont on ne peut pas toujours se rendre maître. Enfin, et ceci n'a pas été signalé, le tamponnement reste rarement appliqué pendant le nombre d'heures précises où il est utile. Retiré trop tôt, il n'a pas eu le temps de tarir la source de l'écoulement sanguin, et l'hémorrhagie reparaissant, la réapplication de l'appareil devient de nouveau indispensable; retiré trop tard, lorsqu'on veut éviter ce premier inconvénient, il donne lieu à la décomposition putride des diverses pièces de l'appareil, décomposition dont la phlébite peut être la conséquence.

Le tamponnement tel que je le pratique ne présente aucun des inconvénients que je viens de signaler. J'en ferai ressortir les avantages, lorsque j'aurai fait connaître comment je procède.

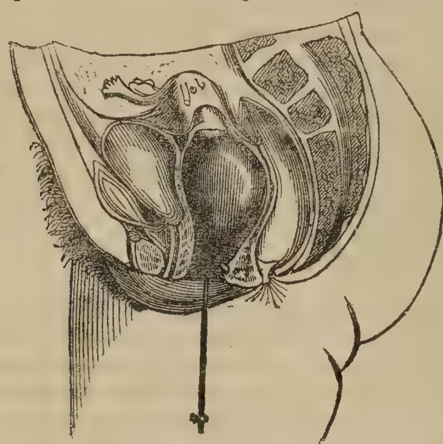


Le dessin ci-joint représente l'instrument dont je me sers, et auquel j'ai donné le nom de pelote à tamponnement.

C'est une sonde en caoutchouc vulcanisé, terminée à son extrémité fermée par un renflement pyriforme peu sensible dans l'état de vacuité, renflement qui, par l'insufflation, peut

prendre un développement considérable, ainsi que cela est indiqué par le pointillé.

J'introduis la pelote vide d'air dans la cavité vaginale, de la même manière que j'introduis les pessaires à réservoir d'air; alors, soit au moyen d'un insufflateur (1), soit avec la bouche simplement, j'insuffle la pelote, qui peut prendre un volume assez considérable pour remplir exactement la cavité vaginale, et même refouler le col utérin sur lequel elle se moule exactement. Il suffit de fermer le robinet qui se trouve à l'extrémité du tube, ou de faire un nœud à cette extrémité pour que ce développement subsiste indéfiniment; mais il est convenable, auparavant, de déterminer, avec les doigts seulement, l'occlusion provisoire de la pelote. Ce n'est pas toujours du premier coup que l'on atteint le degré convenable d'insufflation;



trop peu insufflée, la pelote n'agirait qu'incomplétement; trop insufflée, elle pourrait être douloureuse.

Lorsqu'il y a lieu de penser que l'hémorrhagie est arrêtée, on donne issue à une partie de l'air contenu dans l'appareil; si l'hémorrhagie se reproduit, on réinsuffle la quantité d'air qu'on vient de retirer; si l'hémorrhagie ne reparaît pas, on continue à laisser s'échapper l'air, et, lorsque la pelote est vide, elle est retirée aussi facilement qu'elle a été introduite.

Depuis cinq ans que j'ai proposé l'adoption de cet appareil, j'ai toujours vu son emploi être suivi de la cessation de l'hémorrhagie, soit que cette hémorrhagie reconnaisse pour cause l'anémie, l'existence d'un polype, d'un cancer, ou qu'elle survienne pendant les premiers mois de l'accouchement: il n'y a d'exception à cette règle que lorsque l'utérus est considérablement dilatable, comme cela arrive à la suite de l'accouchement à terme.

Il est facile de pressentir, si l'on tient compte de la dilatabilité facultative du petit appareil dont je viens de donner une description sommaire, que l'emploi de la pelote à tamponnement peut être étendu avec avantage aux cas (et ce sont les plus nombreux) dans lesquels l'hémorrhagie utérine ne constitue pas un état assez immédiatement sérieux pour motiver l'application du tamponnement, tel qu'il se pratique aujourd'hui avec son cortége de douleurs et de dangers.

(*La suite à un prochain numéro*).

Du proto-iodure de fer dans le traitement des lésions osseuses, scrofuleuses, et notamment du mal de Pott.

Par M. Abeille, médecin de l'Hôpital du Roule.

A force de démonstrations pratiques, nous avons fini par faire triompher dans la science des idées nouvelles sur le traitement des abcès par congestion. Peu de chirurgiens s'abstiennent aujourd'hui d'appliquer à cette catégorie d'affections notre méthode de traitement qui a réduit la mortalité des deux cinquièmes. Chacun connaît cette méthode qui consiste à attaquer par un traitement local et général la maladie osseuse, puis à soumettre aux injections iodées la partie purulente qui lui succède.

Dès nos premiers essais dans cette nouvelle voie, nous avons été frappé de l'action puissante qu'exerce sur l'économie en général et sur les lésions osseuses en particulier, l'une des préparations les plus énergiques d'iode, l'iodure de fer. Ces remarques ne pouvaient être perdues et devaient nous conduire à des applications plus générales. Du reste, nous n'étions pas seul à chercher à utiliser l'action de ce médicament, car les chirurgiens, pénétrés de son efficacité dans tel ou tel cas, n'ont cessé depuis quelque temps d'en faire un très-grand usage, et de raffermir mes propres vues par les plus beaux résultats thérapeutiques. Depuis que M. Gille a imaginé son ingénieux et efficace procédé de conservation de l'iodure de fer, on peut dire que l'usage en est devenu général. Mais plus un médicament obtient de crédit, mieux il mérite d'être étudié, et sous le rapport de ses *effets* dits *physiologiques* et sous celui des *résultats cliniques* qu'il peut donner.

Nous laissons à d'autres expérimentateurs, qui, du reste, se sont acquittés toujours aisément de cette tâche, le soin de déterminer les effets dits *physiologiques* de l'iodure de fer; nous voulons seulement, quant à présent, fournir aux médecins praticiens quelques éléments utiles sur ses effets cliniques dans plusieurs séries d'affections, et notamment d'*affections osseuses*.

Nous serons trop heureux si ce court aperçu peut ajouter quelque chose de vraiment utile au traitement déjà si ingrat de ces graves maladies.

Caries osseuses. — Nous ne pouvons, dans les limites d'un simple article, entrer dans de grands détails sur la nature de la carie, nous devons établir cependant que la carie se rattache généralement à l'ostéite scrofuleuse et à l'ostéite tuberculeuse. L'ostéite simple et franche conduit rarement à ce résultat. Le rachitisme qui ne se complique point de scrofule ni de tubercules, n'a peut-être jamais été suivi de carie osseuse. L'enfance et l'adolescence sont les deux âges qui y prédisposent le plus.

Les traitements dirigés contre cette terrible affection sont excessivement nombreux; peu sont réellement efficaces. Pourtant, si la carie est susceptible de guérir spontanément, et cela est démontré, il est évident qu'il est des agents thérapeutiques qui doivent l'influencer heureusement. Comme la carie osseuse se lie toujours ou presque toujours à une disposition générale, les médicaments qui exercent une influence générale sur l'organisme, doivent, *à priori*, avoir une action sur la carie osseuse, puisqu'ils sont susceptibles d'influencer la disposition sous laquelle elle se développe. A ce titre, l'iodure de fer doit tenir le premier rang. Mais il y a plus : il nous semble, d'après notre propre observation, qu'outre son action générale, ce médicament a une action élective sur le système osseux. Est-ce une illusion due à l'insuffisance de nos observations? L'avenir en décidera; mais les faits suivants prouveront, nous aimons à le croire, que cette illusion nous est du moins très-permise.

Nous avons *traité* et *guéri* par l'iodure de fer trois cas de carie vertébrale, dont un compliqué de coxalgie (1). En voici le résumé sommaire :

Observation I. — Une petite fille de cinq ans, L. Per..., demeurant rue Bourg-l'Abbé, à Paris, issue de parents bien constitués et vigoureux, mais habitant un logement bas et humide, se trouve prise à quatre ans et demi de faiblesse générale, malaise, toux sèche et fièvre irrégulière avec exacerbation la nuit.

Jusque-là cet enfant avait paru se bien porter; le médecin de la maison fut alors appelé à lui donner ses soins. Quelle fut la maladie à laquelle il crut avoir affaire? Nous l'ignorons; toujours est-il que, pendant quatre mois, il lui administra l'huile de foie de morue.

---

(1) L'insufflateur, ainsi que tous les appareils en caoutchouc vulcanisé, se trouvent décrits dans un catalogue qui sera envoyé gratuitement à tous les médecins sur la demande qu'ils en adresseront, soit à l'auteur, soit au bureau du journal.

(1) Avant de présenter ce résumé, nous croyons acquitter une dette scien-

En octobre 1853, cette petite malade ne pouvait plus marcher ; elle avait même de la peine à se tenir sur ses jambes pendant quelques minutes. — L'appétit s'était complétement perdu, la toux continuait, et elle était sujette à des sueurs nocturnes profuses. C'est en cet état que la mère nous la présenta pour la première fois, le 15 octobre.

En examinant la jeune malade, une chose nous frappa tout d'abord : au niveau des 10e et 11e vertèbres dorsales existait une tumeur un peu diffuse, non fluctuante, et sur la partie centrale de laquelle on percevait à la palpation une saillie anormale des apophyses épineuses des vertèbres précitées, produite par l'exubération des corps de ces vertèbres.

Cette tumeur offrait une grande sensibilité à la pression. — Les extrémités inférieures avaient perdu une partie de leur sensibilité tactile, et, quand on les relevait, elles retombaient comme des masses inertes. L'enfant mise dans la station s'affaissait sur elle-même. Evidemment il y avait paraplégie par compression de la moelle.

Le sommet postérieur droit de la poitrine offrait de la matité à la percussion, une très-grande diminution du bruit vésiculaire à l'auscultation et des râles bronchiques secs et humides bien ténus.

En raison de cette lésion pulmonaire, nous crûmes pouvoir conclure à une carie vertébrale de nature tuberculeuse.

L'insuffisance de l'*huile de foie de morue*, donnée pendant *quatre mois*, nous porta, par l'absence de tout effet utile, à recourir aux *dragées de Gille*; l'enfant devait en prendre d'abord deux, puis trois par jour ; elle fut soumise aux bains salins iodés deux fois par semaine ; à la tisane de feuilles de noyer, et au sirop diacode le soir.

Nous appliquâmes, séance tenante, deux moxas sur la tumeur vertébrale. — Nous prescrivîmes en même temps le décubitus sur le ventre en permanence sur un lit résistant, un matelas de crin.

Après un mois et demi de traitement, voici quel était le résultat obtenu :

1° L'enfant commençait à pouvoir marcher et l'anesthésie cutanée des membres inférieurs avait disparu ;

2° Les sueurs nocturnes avaient cessé ; l'appétit était revenu, et la fièvre, autrefois presque continue, ne se manifestait plus que de loin en loin par de courts accès ;

3° La tumeur vertébrale s'était à moitié effacée et avait perdu son endolorissement. Les apophyses épineuses des vertèbres malades étaient évidemment moins saillantes ; cependant il y avait encore de la gibbosité ;

4° Du côté du poumon il n'y avait pas grand changement sous le rapport de la matité et de la diminution du murmure vésiculaire ; — les râles bronchiques ténus avaient seuls diminué.

Deux nouveaux moxas et continuation du même traitement.

En février 1854, c'est-à-dire quatre mois après le début de notre traitement, il y avait une métamorphose complète.

La fièvre avait entièrement cessé ainsi que les sueurs nocturnes. L'enfant marchait aisément et sans trop de fatigue pendant deux et trois heures.

Du côté de la colonne vertébrale, il n'existait plus qu'une légère gibbosité produite par la saillie des apophyses épineuses des dixième et onzième vertèbres dorsales, mais sans tuméfaction des tissus charnus et sans douleur à la pression. — Il était revenu de l'embonpoint et de la fraîcheur. Il y avait encore une toux sèche par intervalle et de la matité au sommet droit postérieur, sans râles bronchiques, mais avec diminution du murmure vésiculaire, remplacé par une respiration un peu soufflée.

En un mot, le mal de Pott nous parut guéri et la guérison s'est maintenue. — L'enfant a consommé trois flacons de *dragées de Gille*, de 100 dragées chacun.

Observation II. — Dans ce deuxième cas, il s'agit d'un tout jeune garçon traité antérieurement par MM. Blache et Guersant. Le nommé Pierre Dur...., 46, rue de la Pépinière, issu d'une mère saine et d'un père entaché de scrofule, après avoir marché à dix-huit mois, ne pouvait plus se tenir sur ses jambes à deux ans et demi. —Cet enfant, qui nous fut présenté le 15 avril 1854, était amaigri, avait une diarrhée abondante et tenace. Il ne présentait rien d'anormal du côté de la poitrine, mais le ventre proéminent laissait sentir, à la palpation, un engorgement considérable des ganglions mésentériques. On percevait un semblable engorgement dans les ganglions du col et du pliant de l'aîne.

Il présentait une saillie anormale au niveau des quatrième et cinquième vertèbres lombaires, et un peu au-dessous, à droite, une tumeur de la grosseur d'une orange, dans la profondeur de laquelle on percevait de la fluctuation. — Il nous était démontré qu'il s'agissait d'une carie vertébrale avec accès symptomatiques. Sur la saillie vertébrale existaient les matrices de deux cautères.

Les parents nous apprirent alors que MM. Blache et Guersant avaient traité ce jeune enfant, lui avaient fait prendre longtemps l'huile de foie de morue, et que le dernier de ces médecins avait appliqué deux cautères. — Le seul traitement qui fût prescrit par nous consista en deux *dragées de proto iodure de fer de Gille*, de la tisane de feuilles de noyer ; dans l'usage du vin et des potages gras.

Nous nous attendions à ponctionner prochainement l'abcès et à pratiquer une injection d'iode, mais, contre notre attente, sous l'influence de ce traitement, l'abcès diminua progressivement de volume, la diarrhée s'arrêta, l'appétit revint, l'embonpoint se rétablit, et, le 17 juillet suivant, ce petit malade était complétement guéri.

Il est fort probable que nous avons eu affaire à une carie scrofuleuse. On ne pourra nier au moins que la disparition de la poche purulente ne se soit opérée sous l'influence de l'iodure de fer, et nous nous croyons fondés à penser que l'abcès n'aurait pas guéri si la lésion osseuse elle-même ne l'avait pas été.

Observation III. — Enfin, voici un troisième cas que nous relatons à grands traits.

Un enfant de sept ans, Jules Rous...., 58, rue de la Pépinière, atteint de gibbosité au niveau des trois dernières vertèbres lombaires, avec tuméfaction des tissus charnus, tumeur considérable à la région fessière gauche, avec flexion de la cuisse correspondante sur le bassin et raccourcissement du membre, nous est présenté le 16 août 1854. Maigreur générale, atrophie du membre pelvien gauche, pâleur, traces de scrofules, tel est son état général. — Plusieurs médecins, MM. Blache et Guersant entre autres, ont traité ce jeune enfant : il a pris l'huile de foie de morue pendant plus de six mois. Il a eu quatre cautères sur la tumeur vertébrale. Au moment où on nous le présente, il ne peut faire un pas.

Dans l'espace de quatre mois, nous lui appliquons dix moxas avec le camphre enflammé sur l'articulation coxo-fémorale malade, et nous lui faisons prendre *cinq* flacons *de dragées de Gille au proto-iodure de fer*.

Le résultat de ce traitement a été d'entraîner la disparition de la tumeur de la région fessière gauche ; le membre pelvien gauche reste raccourci et légèrement fléchi sur le bassin ; la marche s'exécute avec claudication, mais presque sans douleur ; l'embonpoint est revenu, il ne reste que de faibles traces de gibbosité lombaire.

Les faits publiés depuis quelques années ne nous paraissent plus autoriser l'opinion des chirurgiens qui considéraient comme nécessairement incurables tous les cas de mal de Pott; mais nous croyons que dans l'état actuel des esprits et des faits les guérisons dans ces cas sont assez rares, pour que les observations dont on vient de lire la relation conservent aux yeux des praticiens un vif intérêt; en montrant toutes les ressources que la matière médicale proprement dite, c'est-à-dire celle qui agit directement sur tout l'organisme par suite de l'absorption, ces observations engageront les praticiens qui se tiennent au courant des progrès de la thérapeutique, à agir de bonne heure à l'aide des moyens nouveaux qui sont mis entre leurs mains, et nous ne doutons pas qu'avec ces moyens employés avec persévérance, beaucoup de caries vertébrales ne soient guéries et un plus grand nombre encore arrêtées, avant qu'elles ne soient parvenues à la suppuration et à la gibbosité.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nouvelle méthode pour le traiment dee affections cancéreuses.— Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié que nous les entretînmes, il y a environ deux ans, des cures d'affections cancéreuses qui étaient annoncées en Allemagne, et qui avaient été obtenues par une méthode imaginée par un médecin italien, M. Landolfi. Nous exprimâmes à cette époque le regret que la méthode ne se trouvât pas exposée en détail dans les journaux où les cures étaient annoncées, afin qu'on pût répéter dans nos hôpitaux les expériences de M. Landolfi. L'honorable médecin a cru pouvoir mieux faire; il est venu expérimenter lui-même. Sur le désir et les ordres exprès de S. M. l'Empereur, un service de neuf lits a été donné à la Salpêtrière à M. Landolfi pour expérimenter sa méthode, et afin que les expérimentations qui y seront faites aient un caractère public, une commission, composée de médecins et de chirurgiens pris dans les hôpitaux et en dehors, a été nommée pour sui-

vre les effets du traitement et en dresser des procès-verbaux, qui seront envoyés à M. le Directeur de l'assistance publique. Les membres de cette commission sont : MM. *Moissenet* et *Cazalis*, médecins de la Salpêtrière; *Manec*, chirurgien du même hospice; *Mounier*, professeur au Val-de-Grâce; *Broca*, chirurgien des hôpitaux; *Furnari*, médecin à Paris. — Nous ferons connaître prochainement quelques-uns des résultats de la méthode de M. Landolfi.

— Des bruits ont circulé et circulent encore sur la retraite *forcée* de M. Civiale, chirurgien du service des calculeux à l'hôpital Necker. Nous croyons inutile de remonter à l'origine de ces bruits ; qu'il nous suffise de dire qu'ils n'ont rien de fondé. Nous reproduirons seulement à ce propos une opinion que nous avons eu souvent l'occasion d'émettre et que nous avons défendue récemment encore dans un comité intime où quelques-uns de nos amis étaient nos adversaires, et où nous étions assez heureux pour nous rencontrer en communauté de sentiment avec M. le professeur Malgaigne. L'organisation du corps de santé des hôpitaux, quoique bonne en général, n'est pas, il faut bien qu'on s'en pénètre, tout à fait irréprochable. Grâce à cette organisation, beaucoup de médecins et de chirurgiens des hôpitaux ont une grande tendance à considérer les services nosocomiaux comme leur propriété, et à considérer comme des usurpations, comme des empiétements sur leurs droits les positions qu'y peuvent prendre des hommes qui n'ont pas suivi la filière habituelle du bureau central; ils ont beaucoup de tendance surtout à considérer comme bien inférieurs à eux ces médecins, que le baptême du bureau central n'a pas consacrés. Ce sont là autant d'erreurs, de sentiments fâcheux. Le titre que nous avons donné à notre journal prouve en quelle haute estime nous avons le corps des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, où nous avons l'insigne honneur de compter de nombreux amis. Mais cette estime ne va pas jusqu'à croire qu'il n'y ait aucun talent en dehors de cette riche collection ; elle ne va pas même jusqu'à croire qu'il ne se glisse jamais un peu de cuivre parmi cet or pur. La race des Guerbois, des Clément et autres n'est pas éteinte ni près de s'éteindre. — En compensation de cette race, il faudrait que les médecins des hôpitaux et l'administration elle-même, qui paraît d'ailleurs assez bien disposée à cet égard, reconnussent l'utilité, la convenance de recevoir dans les hôpitaux des hommes qui se sont créé par leurs travaux une position élevée, sans soumettre ces hommes à des épreuves qui sont faites pour des talents encore inconnus. Pour ne pas développer ce thème et nous en tenir à l'objet de ces réflexions, nous pensons que lorsqu'un homme a rendu à la science et à l'humanité un service aussi grand que l'a fait M. Civiale, il y a plus que de la mauvaise grâce à lui contester un service d'hôpital.

— La cour de cassation était réunie l'autre jour pour décider si le lait est un aliment ou une boisson, et si le vendeur qui le falsifie commet une simple *contravention*, entraînant 15 fr. d'amende et de vingt-quatre heures à huit jours de prison, ou si, au contraire, il se rend coupable d'un *délit* prévu par la loi du 22 mars 1851 et l'art. 423 du code pénal, et puni par 50 fr. d'amende et de *trois mois à un an* de prison.

La cour s'est prononcée pour cette dernière interprétation, et voilà, sur ce point, la loi d'accord avec la physiologie. — Mais voici une question qui paraît moins facile à décider : Une Académie a-t-elle le droit de refuser un ouvrage, une publication scientifique dont on lui fait hommage? Pour notre compte, nous le croyons ; mais nous savons nombre de bons juges qui ne sont pas de notre avis, et qui pensent que les académies sont des sanctuaires sacrés qui doivent accepter indistinctement toutes les offrandes, aussi bien celles du pécheur que celles du fidèle en état de grâce. Ce n'est pas là, à ce qu'il paraît, le sentiment de l'Académie impériale de médecine.

Dans une des dernières séances, son conseil d'administration a décidé qu'on refuserait de recevoir l'*Art médical*, journal consacré à l'exposition et à la défense des doctrines homœopathiques, et rédigé, sauf ses erreurs, avec beaucoup de distinction par plusieurs médecins de talent sous la direction de M. J. P. Tessier. M. Tessier a répondu à cet accueil par une lettre assez vive qui se trouve dans le dernier numéro de l'*Art médical*, mais qui, malgré sa vivacité, semble indiquer que l'auteur ne poussera pas plus loin les choses, ce que nous croyons. D'aucuns, au contraire, soutiennent que M. Tessier s'adressera à qui de droit pour faire accorder à son journal une place dans la bibliothèque de l'Académie. Il semble bien naturel, en effet, qu'il y ait un journal homœopathique dans une bibliothèque dont le bibliothécaire est homœopathe, et si l'Académie a été dans son droit en refusant l'*Art médical*, elle n'a pas été, en revanche, très-conséquente.

— En attendant la solution de ce grave conflit, voici un fait qui prouve que le crédit de l'homœopathie s'accroît autant que baisse celui de la Faculté. Celle-ci fut consultée il y a quelques mois, comme elle l'est toujours en pareille occasion, sur une demande d'autorisation faite par un médecin reçu à l'étranger pour exercer la médecine en France. Voici les conclusions du rapport qu'elle rédigea :

« M. D......, médecin, reçu à Rio-Janeiro, sollicite l'autorisation d'exercer la médecine en France.

« Considérant que le pétitionnaire a reçu son diplôme d'un institut homœopathique dont l'existence légale ne peut être admise, la Faculté est d'avis qu'il n'y a pas lieu de donner suite à sa demande. Elle exprime en même temps le désir que la lettre qui sera répondue à M. le ministre appelle son attention sur le fait grave que M. D.... a déjà exercé illégalement en France, et que les autorités qui auraient dû l'en empêcher, non-seulement ne l'ont pas fait, mais encore ont recommandé sa demande. »

Il est inutile d'ajouter que, de même que M. le docteur Gruby, sur qui un avis défavorable avait été donné par la Faculté ; de même que d'autres encore, M. D.... a reçu l'autorisation qu'il demandait.

— Le zélé professeur de gymnastique de l'hôpital des Enfants, M. Laisné, pénétré de gratitude pour la bienveillance qu'il a toujours trouvée chez MM. les internes qui se sont succédé dans cet établissement depuis qu'un gymnase y a été fondé, a eu la pensée de leur faire hommage de son *Traité de gymnastique*. Il a déposé soixante exemplaires de cet ouvrage dans les bureaux du *Moniteur des Hôpitaux*. Il suffira aux internes et anciens internes de l'hôpital des Enfants, dont M. Laisné ignore l'adresse, de réclamer, par une lettre non affranchie, adressée au directeur du journal, l'ouvrage qui leur est destiné, pour qu'il leur soit immédiatement adressé *franc de port*.

— M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, commencera son cours de clinique sur les maladies mentales le dimanche, 22 avril, à neuf heures, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

— *Banquet des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.* — MM. les internes et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, sont conviés à un banquet, le samedi 12 mai 1855.

On se réunira aux *Frères-Provenceaux*, à six heures du soir.

La cotisation est de 15 francs.

On souscrit à l'Hôtel-Dieu (M. Remilly, commissaire) ; à la Charité (M. Parrot); à la Pitié (M. Tarnier) ; à Saint-Louis (M. Garreau); à Lariboisière (M. Codet).

La liste des souscriptions sera close le mercredi soir 9 mai 1855.

On peut souscrire de province par un mandat sur la poste adressé à l'un des commissaires.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

*Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le Dr Imbert-Gourbeyre, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — Sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament. — Au bureau du Journal; prix : 25 centimes, et 40 cent. par la poste.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, mémoire couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du Journal.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie ; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la fièvre intermittente ; des déplacements de la matrice, de la goutte; des maladies de la moelle ; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8.

En cours de publication dans le *Moniteur des hôpitaux*, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin par quartier de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. — Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du Journal. — Prix: 2 fr.

Traité des hydropisies, par M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital du Roule. — 1 vol. in-8. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Typographie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 48. 3e ANNÉE. Samedi 21 avril 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De la brièveté de la respiration chez les chanteurs.

Par M. MARCHAL (de Calvi).

(*Communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance du 16 avril* 1855.)

Dans la séance de l'*Académie des sciences* du 12 mars dernier, M. le docteur Mandl a présenté une note sur ce sujet : *De la fatigue de la voix dans ses rapports avec le mode de respiration.*

Cet observateur distingué attribue une grande influence à la respiration claviculaire (costo-supérieure de MM. Beau et Maissiat) sur la production de la fatigue vocale, et il propose une théorie ingénieuse et savante pour expliquer cette influence.

Il admet que, dans l'émission de la voix chantée, il y a lutte entre les agents expirateurs, qui chassent l'air, et les agents inspirateurs, qui tendent à le retenir, et que cet antagonisme, qu'il nomme *lutte vocale*, est à son *maximum* dans la respiration claviculaire : d'où il suit naturellement que c'est dans ce mode respiratoire que les organes vocaux éprouvent le plus de fatigue.

La conclusion pratique du travail de M. Mandl est qu'il faut bannir la respiration claviculaire de l'enseignement du chant.

J'ai observé le même fait que M. Mandl ; je m'en suis rendu compte autrement, et j'ai institué un traitement qui remédie à ce que j'appelle : *la brièveté de la respiration chez les chanteurs.*

Le chanteur ne prend pas assez d'air, d'où il résulte que, le soufflet respiratoire ayant moins d'ampleur et de force, il faut que le larynx y supplée. Ainsi le larynx se fatigue, et la voix avec lui. Voilà le fait dans toute sa simplicité.

Mais d'où vient ce mode vicieux et pernicieux de respiration?

Chez quelques-uns, c'est un fait naturel; chez d'autres, c'est un fait acquis, et voici alors comment il se produit : l'artiste ne reste pas maître de lui-même, craint de ne pas arriver, de manquer la mesure, et ne prend qu'un tiers de respiration (ce que M. Mandl appelle respiration claviculaire); il s'ensuit, d'une part, que le larynx s'efforce pour ménager et faire durer cet air insuffisant, et, d'autre part, que l'artiste, pressé de finir, tourne court et mutile ses phrases.

Prendre le temps de respirer, respirer largement, voilà une des principales règles de l'art du chanteur; et, en vérité, il ne faut guère plus de temps pour une ample et bonne respiration, qui fournit le moyen de bien développer une phrase, avec tranquillité, avec sûreté, avec expression, et de la bien finir, que pour une respiration timide, incomplète, dans laquelle le chanteur prend de l'air comme s'il le volait, en se pressant et en se cachant, et qui ne lui laisse d'autre préoccupation que le désir d'en finir le plus tôt possible, vaille que vaille.

L'usage du corset rend la respiration costo-supérieure ou claviculaire sinon normale, du moins habituelle, chez la femme. Il s'ensuit même un changement notable dans la forme du thorax, qui tend à prendre celle d'un baril, tandis qu'il représente naturellement un cône à large base. La poitrine, ne pouvant pas se dilater librement dans sa partie inférieure, est forcée de se dilater par en haut. Rien de plus simple.

Je n'ai pas observé, cependant, que la brièveté de la respiration fût plus commune chez les chanteuses que chez les chanteurs; et cela tient sans doute à ce que, comme je l'ai indiqué, ce mode imparfait de respiration (*bien entendu quand il est acquis ou non naturel, ce qui est l'ordinaire*) est originellement un fait moral : on ne respire pas assez parce que, dans l'émotion, on craint de n'avoir pas le temps et on ne se donne pas le temps de bien respirer.

Quand l'habitude est prise, il y faut le secours de la médecine, aussi bien que dans le cas où la brièveté de la respiration est un fait naturel.

Les moyens que j'emploie pour agrandir le champ de la respiration sont de deux sortes : ils agissent de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

1° De dehors en dedans. Je prescris des exercices gymnastiques partiels, journaliers, qui ont pour effet de dilater la cage thoracique. Un gymnaste habile, M. Lainé, m'a secondé efficacement dans le traitement d'une jeune artiste d'un de nos grands théâtres, douée d'un talent très-distingué, mais dont la voix était faible à cause surtout du peu de développement du thorax. Les appareils simples et ingénieux de M. Pichery sont parfaitement appropriés au but qu'on se propose ici, et je m'en sers avec succès depuis quelque temps.

2° De dedans en dehors. Je fais respirer deux ou trois fois par jour, par séries de vingt à trente respirations, lentes, larges et profondes, dans un appareil très-simple, qui a été imaginé pour la respiration des vapeurs iodées, par M. Duroy, un de nos pharmaciens les plus instruits et les plus consciencieux.

Cet appareil consiste en un flacon fermé par un bouchon de liége, au travers duquel passent deux tubes de verre : l'un de ces tubes, vertical, sert à la prise d'air; l'autre, coudé à angle droit, est introduit dans la bouche pour servir à l'aspiration. Il va de soi que ces tubes ne doivent pas descendre jusqu'à toucher le fond du flacon. On met dans celui-ci une certaine quantité de liquide jusqu'à une hauteur qui est indiquée sur le verre. Je me sers généralement d'eau de goudron additionnée de teinture de benjoin. Si la membrane muqueuse laryngienne est malade, je varie ce liquide de différentes manières.

J'ai dit que les respirations doivent être lentes, larges et profondes. Je recommande, en effet, d'inspirer lentement et à toute profondeur, de manière que l'air, imprégné de vapeurs aromatiques, parvienne jusqu'aux dernières ramifications bron-

chiques; et de même je recommande de graduer l'expiration au lieu de chasser l'air brusquement. J'obtiens par là deux effets utiles : une dilatation plus prolongée des tuyaux bronchiques et un plus long séjour des vapeurs balsamiques sur la membrane muqueuse respiratoire.

Je ne saurais dire les bons résultats que j'ai obtenus de ce simple moyen, que j'ai souvent employé seul, c'est-à-dire sans le secours de la gymnastique. Non-seulement il donne à la voix plus d'ampleur, plus de sûreté, mais il lui donne aussi plus de solidité et plus d'éclat. C'est au point que je le recommanderais volontiers à tous les chanteurs indistinctement, à titre d'exercice hygiénique.

Il m'est permis de nommer ici, et je me bornerai à cette seule mention, une artiste déjà célèbre et appelée certainement au plus grand avenir, madame Deligne-Lauters, qui m'assure que sa respiration a doublé depuis qu'elle s'est soumise à ce traitement si facile, outre que sa voix, dont le médium s'était sensiblement voilé, a recouvré toute sa netteté, toute sa limpidité, toute son éclatante sonorité, d'un bout à l'autre de la longue échelle qu'elle parcourt.

J'ai eu recours à la méthode des aspirations médicamenteuses dans le catarrhe bronchique chronique, dans l'asthme, dans le diabète, en variant le liquide, et j'en ai retiré de bons effets; mais ce n'est point l'occasion de parler avec détail de ces applications.

Il est toutefois une remarque hygiénique que je veux consigner ici, parce qu'elle a rapport au perfectionnement de l'espèce et que la conséquence pratique qui en découle peut avoir une part notable à ce grand résultat. La vie sociale, qui va réduisant de plus en plus l'emploi des forces physiques de l'homme, tend aussi à le rendre de plus en plus abdominal. Un des principaux objets de l'hygiéniste doit être de combattre cette tendance déplorable, et de multiplier dans l'espèce le type thoracique ou montagnard. C'est à quoi concourront merveilleusement tous les exercices qui ont pour effet d'agrandir le champ de la respiration. Il résulte de cet agrandissement et du maximum d'hématose qui en est la suite nécessaire, une activité, une énergie nouvelle de toutes les fonctions. Plus de respiration, plus de charbon brûlé, plus de chaleur, plus de transpiration, plus d'activité dans la décomposition, moins de vieux matériaux dans l'économie, plus de jeunesse et plus de force partout. Un effet mécanique des exercices respiratoires, c'est, dès les premiers moments, l'expulsion des gaz accumulés dans l'estomac par suite du travail digestif, presque toujours excessif dans notre genre de vie. Les habitants des villes, en général, les femmes surtout, j'entends dire les femmes du monde, ne respirent pas et ne transpirent pas assez. Aussi que de maladies de la peau, que de douleurs, névralgiques, musculaires, articulaires, se rattachant, selon moi, à une diathèse acide, sont le partage de ces personnes tristement privilégiées, qui vivent dans l'oubli des besoins les plus impérieux de leur être physique, imprégnées sous une couche de fard, de matériaux vicieux auxquels leur nonchalance ferme toute issue!

Je reviens, en terminant, à la brièveté de la respiration chez les chanteurs, et c'est seulement pour dire que ce n'est là qu'une des causes très-nombreuses de l'altération de la voix. Ces causes je les ai étudiées, je les étudie encore, et j'espère pouvoir présenter bientôt un travail où je les considérerai dans leur ensemble.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Bouillaud.

Des causes et de la nature des maladies du cœur.

(Suite. — Voir les numéros des 6, 15, 22, 29 mars et 5 avril).

Ce travail ne fait pas suite au dernier article que j'ai publié dans le *Moniteur des Hôpitaux*, sur l'endocardite ; l'histoire complète de cette maladie à l'état aigu et chronique m'aurait entraîné trop loin. Devant réunir ces leçons, j'aurai soin de traiter cette question avec tout le soin qu'elle mérite.

Histoire de la Cardite.

Le tissu musculaire du cœur, uni par du tissu cellulaire très-fin, est susceptible de s'enflammer de même que les autres éléments anatomiques de cet organe.

Cette inflammation a été indiquée plutôt que décrite par quelques auteurs antérieurs à Corvisard, mais c'est à lui que revient le mérite de l'avoir étudiée sous le nom de *carditis*. Il avait déjà fait la remarque que presque toujours cette maladie est accompagnée de péricardite, que l'inflammation sévit plutôt sur le tissu cellulaire que sur la fibre charnue elle-même, ce qui constitue un véritable phlegmon du cœur.

« Peut-être même, dit-il, s'il fallait décider quel est celui de ces deux tissus qui se trouve le plus affecté, pourrais-je avancer que le tissu cellulaire est plus vivement et plus essentiellement lésé qu'aucun autre (1). »

Si l'on observe ce qui se passe dans l'inflammation de beaucoup d'autres organes, on verra que le tissu cellulaire est celui qui joue le rôle principal. Dans la pneumonie, par exemple, nous ne pensons pas que le travail phlegmasique soit exclusivement dans le tissu cellulaire intervésiculaire comme le veulent les uns, ou dans les vésicules pulmonaires comme le soutiennent les autres, mais qu'il atteint tous les éléments du poumon. Cependant il est positif que le tissu cellulaire est principalement en jeu dans cette maladie, véritable phlegmon du poumon.

Les caractères anatomiques de la cardite présentent des différences suivant ses périodes et sa terminaison; mais nous ferons remarquer que ceux du premier degré nous échappent presque toujours. Nous pouvons commencer l'étude des caractères anatomiques de cette maladie par la description du ramollissement et de la suppuration, qui sont deux modes d'une même altération. Nous examinerons ensuite avec soin les raisons que l'on a présentées pour nier l'origine inflammatoire de cette lésion.

Pour le cœur comme pour le cerveau et le poumon, il existe deux variétés principales de ramollissements, l'un *rouge*, l'autre *blanc*.

Ramollissement rouge. Dans l'état normal, le tissu du cœur est doué d'une grande résistance. Dans la maladie qui nous occupe, au contraire, il a perdu sa fermeté, il est friable, se laisse facilement pénétrer par le doigt à la moindre pression. Les parois ventriculaires s'affaissent sur elles-mêmes. On voit quelquefois les faisceaux musculaires libres et détachés par suite de la destruction du tissu cellulaire qui les unissait. La substance musculaire est d'un rouge brunâtre ou violacée, et dans les interstices, au-dessous de la membrane séreuse qui le recouvre, on voit du sang altéré semblable à de la lie de vin; ce liquide est déjà un mélange de sang et de pus comme celui que l'on rencontre dans les phlegmons avant la période de suppuration.

Ramollissement blanc. Ici la coloration est bien différente que dans le cas précédent. La rougeur est moins prononcée et quelquefois nulle; à la place du liquide brunâtre lie de vin que l'on rencontre, c'est du véritable pus. Cette lésion caractérise une période plus avancée de la maladie, elle correspond au ramollissement blanc de la pneumonie et de l'encéphalite.

Laënnec, qui a bien décrit d'ailleurs les caractères anatomiques du ramollissement, parle encore d'une autre coloration qu'il compare à la teinte jaunâtre des feuilles mortes les plus pâles, et qui nous semble rentrer dans le ramollissement blanc

(1) Corvisart, ouvr. cit., page 244.

ou grisâtre dont nous venons de parler; il ne reconnaît pas à cette maladie une origine inflammatoire.

« Il n'existe peut-être pas, dit-il, un seul exemple incontestable et bien décrit de l'inflammation générale du cœur, soit aiguë, soit chronique. » La plupart des observations données sous ce nom par divers auteurs, et particulièrement celles que Corvisart a consignées dans son ouvrage, sont évidemment des péricardites dans lesquelles le cœur présentait l'espèce de décoloration qui accompagne souvent cette maladie et que nous décrirons en son lieu. Rien ne prouve que cette pâleur soit l'effet d'une inflammation, à moins que l'on ne veuille prendre le mot *inflammation* comme synonyme d'*altération* ou de *maladie*. L'inflammation augmente, en général, la rougeur et la densité de tous les tissus, et la décoloration dont il s'agit est ordinairement accompagnée d'un ramollissement notable du cœur. D'ailleurs dans ces exemples, le péricarde était plein de pus, mais il n'y en avait pas un atome dans la substance propre du cœur, et la *présence du pus est le seul signe incontestable de l'inflammation*. La rougeur et l'injection même des capillaires sont des signes équivoques, puisqu'on peut les déterminer sur le cadavre (1). »

Nous ne pouvons examiner toutes les observations rapportées par Meckel, Storck, Fabrice de Hilden, elles manquent de détails suffisants, et les expressions vagues dont ils se servent de cœur *moitié détruit*, *moitié corrompu*, sont des armes à deux tranchants que nous ne voulons pas manier. Quant aux observations de *carditis* consignées par Corvisart, quoique bien laconiques, elles ne peuvent laisser de doute dans l'esprit. Il a en effet toujours rencontré cette maladie compliquée de péricardite, mais s'ensuit-il que ce soit elle seulement qui ait donné à la substance musculaire les caractères que nous avons notés plus haut? Il est vrai que dans les observations 38 et 39, non-seulement le cœur était *mou* et *sans consistance*, mais le péricarde distendu par un liquide purulent, aussi les abandonnons-nous à Laënnec. Quant à l'observation 37 la coloration du cœur ne peut être due à cette cause : « Il est mou et flasque. Les parois charnues des ventricules et des oreillettes étaient pâles, jaunâtres; on aurait dit qu'une substance grasse s'était déposée entre les fibres charnues qui paraissaient écartées les unes des autres. On voyait à la surface de ces parois blanchâtres, ainsi que dans l'intérieur même de leur substance charnue, un réseau vasculaire bien développé et très-apparent. *En passant légèrement entre les doigts la substance charnue, on la réduisait facilement en une espèce de bouillie dont la couleur était pâle et terne* (2). » Une des raisons qui empêchent Laënnec de rattacher ce ramollissement à l'inflammation, c'est que, dit-il, celle-ci *augmente la rougeur et la densité*.

Si nous voulons nous guider par l'analogie, voyons ce qui se passe dans un phlegmon par exemple. Le sang vient affluer vers une partie, les vaisseaux sont engorgés, le tissu cellulaire infiltré de sang rouge, brun ou violet; peu à peu cet état se dissipe à mesure que le pus remplace le sang. Pour le cœur, nous avons dit que le ramollissement n'était pas un caractère anatomique propre à la première période, période de *turgescence inflammatoire* pendant laquelle, s'il était susceptible d'être exploré, on le trouverait durci; c'est aussi ce que l'on trouve pour le phlegmon avant que le pus ne soit réuni en foyer.

Dans l'inflammation du foie, du poumon, on observe le même ramollissement que dans la cardite. Le tissu du foie se laisse pénétrer facilement par le doigt et déchirer par le moindre effort; celui du poumon est rempli d'un sang brunâtre, et se laisse aussi facilement pénétrer par le doigt, ce que l'on ne peut faire quand son parenchyme est sain. Il y a quelques années, nous avons eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme mort d'un phlegmon développé dans les muscles psoas et iliaque droit; le tissu musculaire était d'un brun violet, réduit en une pulpe sans cohésion. Si nous passions successivement en revue les autres organes envahis par l'inflammation, nous verrions qu'à une certaine période ils ont perdu leur force de cohésion, c'est-à-dire qu'ils sont ramollis. On peut donc considérer comme *une loi* que toute inflammation aiguë détruit la force de cohésion des tissus qu'elle envahit. Laënnec semble croire que, *densité* et *ramollissement* sont deux états incompatibles, il n'en n'est rien. Dans la pneumonie, par exemple, la *densité* des poumons est augmentée, ce qui n'empêche pas son tissu d'être ramolli.

Nous ne pouvons accepter avec Laënnec que *la présence du pus* soit le seul signe incontestable d'un travail inflammatoire. Dans bon nombre de cas où ce liquide manque, il y a des signes évidents d'inflammation. Est-ce que les caractères anatomiques de l'érysipèle, de la pleurésie, de l'endocardite, de la péricardite se révèlent toujours à nous par la présence du pus? Non, sans doute. En parlant de l'une de ces maladies, nous avons dit dans quels cas la rougeur pouvait être considérée comme inflammatoire, nous n'y reviendrons pas ici.

Nous croyons donc avoir démontré que le ramollissement peut être une suite de l'inflammation, mais nous n'avons jamais pensé que tous ceux que l'on rencontre dussent être rattachés à celle-ci.

Dans la fièvre typhoïde, le typhus, la fièvre jaune, la peste, il n'est pas rare de rencontrer le cœur flasque, d'une teinte brune, noirâtre, des gaz dans ses cavités. Ici la méprise n'est pas possible, personne n'ira rattacher cette lésion à un travail inflammatoire. Il nous est arrivé de voir les artères coronaires former autour du cœur une branche de corail et la substance musculaire considérablement ramollie; dans ce cas, ce n'est pas à l'inflammation qu'il faudra rattacher cette diminution de consistance du tissu. Enfin, il est quelquefois prudent de rester dans le doute. Il ne s'agit donc pas de savoir si tout ramollissement est inflammatoire, la question est celle-ci : L'inflammation de la substance musculaire du cœur peut-elle amener au ramollissement de cet organe?

Arrivons maintenant à la suppuration de cet organe. Quelquefois le tissu musculaire est infiltré de pus. La 48e observation du *Traité des maladies du cœur*, empruntée à Latham, est un exemple de cette suppuration diffuse; quand on incisait les ventricules, on voyait sourdre d'innombrables gouttelettes de pus à travers les fibres musculaires. Laënnec raconte qu'il a trouvé chez un homme né dans l'opulence et mort à la Charité par suite de malheurs, *du pus concret*, c'est-à-dire une exsudation albumineuse de la consistance du blanc d'œuf cuit et de couleur de pus, interposé entre les faisceaux charnus du ventricule gauche. On le trouve plus souvent encore réuni en foyers qui constituent les abcès du cœur.

Senac en parle longuement dans son ouvrage, mais il faut convenir que la description laisse bien à désirer. « Quoique les observateurs aient vu rarement des inflammations du cœur, peut-on douter qu'elles ne soient pas plus fréquentes que ne l'ont cru beaucoup d'écrivains, puisque l'on a trouvé *si souvent des abcès dans ce viscère*.......... Mais s'il y a des abcès qui soient formés dans le cœur par de grandes inflammations, il faut avouer que très-souvent, et même la plupart du temps, ils sont la suite d'une inflammation peu sensible. » Plus loin, Senac cherche à préciser le lieu d'élection de ces foyers. « Y a-t-il dans le cœur des parties qui soient plus sujettes que d'autres aux abcès et aux ulcères?..... Une partie qui paraît dans le cœur fort sujette à ces abcès, c'est la base de cet organe..... La partie interne du cœur ne doit pas être exempte des suppurations et des ulcères. A ne consulter même que sa structure, il semble que c'est dans les cavités, c'est-à-dire dans les ventricules, que ces maladies doivent arriver, plutôt que dans le reste de la substance qui forme cet organe. . . . . Benivenius rapporte qu'il a vu dans le cœur d'un voleur un abcès qui s'était formé sur la surface du ventricule

(1) Laënnec, ouv. cit., tome III, page 240.
(2) Corvisart, ouv. cit., page 245.

gauche. Du Laurens trouva de même un abcès dans la cavité du même ventricule qui était rempli d'une humeur fétide (1). »

Laënnec, tout en convenant que les abcès du cœur soient beaucoup plus communs que les inflammations, ne paraît pas les avoir vus souvent. « Bonnet, dit-il, a réuni dans son *Sepulcretum* un assez grand nombre de cas semblables (d'abcès dans l'épaisseur des parois du cœur). Je n'ai observé cette affection qu'une seule fois. L'abcès situé dans l'épaisseur des parois du ventricule gauche près de sa base aurait pu contenir tout au plus une aveline; il y avait en même temps péricardite chez ce sujet, qui était un enfant d'environ douze ans (2). » Les observations 47 et 49 du *Traité des maladies du cœur* sont des exemples d'abcès développés, l'un dans l'épaisseur d'un pilier de la valvule mitrale, l'autre dans le tissu charnu du cœur, et enveloppés dans un kyste assez consistant.

C'est donc dans le tissu musculaire du cœur et surtout dans le ventricule gauche que se développent principalement les abcès, ainsi que l'avait déjà supposé Senac. Leur étendue est variable et tantôt la collection purulente est libre au milieu de la substance charnue, tantôt, comme dans le cas que nous venons de rapporter, enveloppée dans une membrane de nouvelle formation, ce qui constitue un abcès enkysté. Après avoir été emprisonné pendant un temps plus ou moins long dans l'épaisseur des parois cardiaques, un abcès peut se faire jour, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du cœur. Dans le premier cas, la matière purulente vient se mêler au sang; dans le second, plutôt admis que démontré par l'anatomie pathologique il se formerait dans le sac péricardique un épanchement purulent. On comprend facilement que si un abcès venait à s'ouvrir en même temps à l'intérieur et à l'extérieur, c'est-à-dire s'il amenait une perforation, elle serait suivie d'une mort rapide. Arrivons maintenant à l'étude des ulcérations du cœur, soit simples, soit suivies d'un kyste anévrismal, ou de rupture d'une ou plusieurs de ses cloisons.

Sénac cite quelques auteurs qui ont observé des ulcérations. « La partie interne du cœur, dit-il, ne doit pas être exempte de suppuration et d'ulcères. Un homme qui fut tué, avait, suivant Mekereu, un ulcère profond vers l'oreillette droite..... Suivant le témoignage de Trincavel, on découvrit un ulcère sous l'une des oreillettes, dans le corps d'un homme qui avait langui longtemps..... Lazare Rivière raconte que le cœur d'une fille était ulcéré dans la partie interne, et ses fibres déchirées (3). » Corvisart cite des observations d'ulcères, empruntées à Fernel, Marchettis et Morgagni, mais il n'en donne pas une seule de lui. Laënnec ne consacre au sujet qui nous occupe que peu de lignes; il dit qu'il existe plusieurs observations incontestables d'ulcérations, qu'il est difficile de concevoir sans celle des tissus subjacents. En effet, les érosions de l'endocarde précèdent presque toujours les ulcérations du tissu musculaire; celles-ci varient en nombre, en profondeur; elles peuvent se rencontrer sur toute la surface du cœur, mais, comme les abcès, elles sont plus communes dans le ventricule gauche. Ces érosions de la membrane interne du cœur s'observent à la suite d'endocardites prolongées, et ressemblent assez à celles que l'on voit sur le col de l'utérus. Si ce travail de destruction se bornait à la membrane interne ou externe du cœur, il n'y aurait pas à redouter de graves accidents; mais il n'en est pas ainsi, il amène fréquemment des perforations qui font communiquer entre elles les cavités du cœur, ou des ruptures de l'une d'elles suivies de morts subites. Ces ulcérations se terminent, dans d'autres cas, par la formation d'un kyste anévrismal. Sénac rapporte une observation de destruction si complète d'une grande partie du cœur, qu'elle mérite d'être textuellement décrite; il a vu, dit-il, le malade, mais il n'a pu assister à l'autopsie. « ..... Après qu'on eut enlevé le sternum, on trouva une masse de la grosseur d'une bouteille; sa surface était inégale, écailleuse, friable; les parois étaient formées de diverses couches qu'on pouvait lever facilement; les dernières avaient plus de consistance que les autres; ces diverses couches formaient une cavité dont la surface était lisse et polie; cette cavité était presque vide, il n'y avait que très-peu de sang et une masse informe qui avait la figure d'une langue: c'était un reste du cœur qui avait été presque entièrement consumé. On leva le corps, qui se détacha, pour ainsi dire, de lui-même; on trouva dans l'intérieur quelque vestige du ventricule gauche; le total de cette masse avait trois travers de doigt de longueur, un pouce d'épaisseur dans un endroit; la partie supérieure n'avait pas plus d'une ligne.

Dr E. Auburtin,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

(1) Senac, ouv. cit., pages 382, 385, 386, 387. Tome II.
(2) Laënnec, ouv. cit.; tome III, page 241.
(3) Sénac, ouv. cit., tome II, page 387.

CORRESPONDANCE.

Du tétanos comparé.

A M. H. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux.*

Monsieur et très-honoré confrère,

Je viens de lire dans votre bien intéressant journal un article de médecine comparée, où non-seulement mes idées théoriques sur le développement du tétanos se trouvent très-vertement attaquées, mais encore où l'auteur se donne la peine de me poursuivre à sa façon jusque dans les moindres détails.

A en croire M. Samson, je n'aurais consulté dans les archives de la vétérinaire que les livres à l'index. j'aurais présenté cette science sous des couleurs fort défavorables, j'aurais emprunté à mon imagination pour les besoins de ma cause, etc., etc. Si vos lecteurs veulent bien me suivre, ils jugeront sur qui de mon honorable contradicteur ou de moi doivent peser de telles imputations.

Et d'abord, M. Samson m'accuse d'attribuer à la médecine vétérinaire des opinions qui ne sont point les siennes, en lui faisant considérer le tétanos comme une maladie inflammatoire. Je demanderai à M. Samson dans quel passage de mon article il a vu cela? Je n'avais pas besoin de ses objections pour savoir que l'immense majorité des vétérinaires comme des médecins considèrent le tétanos comme une névrose. J'aurais lu son travail de 1850, que je n'aurais pas été plus avancé pour cela, et les « idées au moins singulières » qui sont prêtées à M. Leblanc, et qu'il serait « sans doute étonné de se voir mettre sur le dos » ne lui ont pas été prêtées et mises sur le dos par M. Texier, mais bien par M. Gellé, ainsi que j'ai eu le soin de l'indiquer dans le passage suivant: « ces idées qui sont aussi, *dit M. Gellé*, celles de MM. les docteurs Boisseau, Bégin, Lepelletier, Jean Franck, Chiappi, et de MM. les vétérinaires Leblanc, Roche-Lubui, etc., ne sont pas les idées généralement admises aujourd'hui. » Remarquez bien que sur la liste des auteurs cités ici, sur la foi de Gellé, figurent plus de médecins que de vétérinaires, et que je n'attribue pas ces idées plutôt aux uns qu'aux autres.

Si je n'ai pas « eu la main heureuse », si j'ai plutôt puisé chez MM. Hurtrel d'Arboval et Gellé qu'ailleurs, la raison en est assez simple, c'est qu'à la campagne, éloigné des bibliothèques, on puise aux seules sources que l'on a, et puis, que pour le sujet en question, il me fallait, avant tout, des faits, peu m'importait d'où qu'ils vinssent pourvu qu'ils fussent authentiques. D'un autre côté, qu'avais-je besoin de consulter les auteurs qui considèrent le tétanos comme une névrose, puisque ceux-ci ne donnent pas d'explication sur son mode de développement, et que, de l'aveu même de M. Samson, personne n'a encore essayé de résoudre cette question? J'ai réfuté les autres, que pouvais-je faire de mieux? La dignité de la médecine vétérinaire a-t-elle été compromise par là? Je ne le pense pas et peu de personnes le penseront, à part peut-être M. Samson, ... et encore?

« J'ai à signaler maintenant en passant, dit-il, une assertion de notre auteur, qui, par cela même qu'elle est un peu bien affirmative, semblerait avoir été puisée dans des observations encore empruntées à nos annales. Or, ici, il n'est point seulement coupable d'avoir mal choisi, mais je dirai qu'il l'a tout simplement et tout gratuitement *empruntée à son imagination, pour les besoins de sa cause.* Le tétanos, dit-il, ne se développe *guère* et *peut-être* même ne se développe-t-il *jamais* à la suite de la castration chez les jeunes poulains à qui

l'on fait subir cette opération avant qu'ils soient aptes à la reproduction. » — Il me semble pourtant qu'il n'est guère possible de mettre plus de réserve quand on avance un fait. Je demanderai à M. Samson sur quoi il s'appuie pour lancer cette accusation plus que hardie? Sur ce que l'on n'est pas encore parvenu à faire accepter dans la pratique la castration hâtive? et sur ce que dans le pays que j'habite les animaux ne sont pas châtrés avant l'âge de trois ou quatre ans? Voyons ce qu'il peut y avoir de vrai dans ces deux assertions : Je lis dans le *Dictionnaire* d'Hurtrel d'Arboval à l'article *Castration* : « La castration, qui exerce une grande influence sur l'ensemble de l'individu, peut-être exécutée à toutes les époques de la vie; mais l'*expérience prouve* qu'elle est plus facile et moins dangereuse dans les jeunes sujets que dans ceux qui sont plus âgés et que lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure, à une époque où les parties génitales n'ont pas encore éprouvé l'orgasme particulier qui les rend susceptibles de sécréter la liqueur prolifique, elle devient une opération fort simple, qui ne produit ordinairement nul dérangement sensible dans l'exercice des autres fonctions, et qui est rarement suivie d'accidents. » Voilà pour la première.

Quant à la seconde, il suffit de consulter un vétérinaire quelconque du pays qu'habite M. Texier, pour savoir qu'ici, au moins, la castration hâtive n'est pas bannie de la pratique; à tel point qu'un *châtreur de profession* me disait naguère encore qu'il a pratiqué cette opération des milliers de fois sur des poulains et des mulets âgés de trois à quinze mois, et qu'il n'a jamais eu le tétanos à sa suite. Qu'en pense M. Samson? Du reste, je n'avais besoin pour répondre à cette objection, qu'à renvoyer le lecteur à l'article de M. Samson lui-même : il reconnaît « que moins un organe est développé, moins il est sensible et moins sa compression doit occasionner de douleur; » et comme M. Samson semble insinuer que la douleur est la cause du développement du tétanos, je complète en disant : « *et moins par conséquent elle doit exposer l'animal au tétanos.* »

Mon honorable contradicteur ajoute : « Il y a des procédés de castration qui n'ont jamais été suivis du développement des phénomènes tétaniques. » Je m'attendais pour mon compte à voir indiquer ces procédés et à en voir tirer des conséquences théoriques et pratiques. Mais grande a été ma surprise quand, au lieu de cela, j'ai trouvé à la phrase suivante : « J'ai vu pour ma part (et j'ai publié le fait) ces phénomènes se produire avec une intensité telle, qu'ils ont entraîné la mort, sur une petite mule de quelques mois, à la suite de la ligature d'une exomphale par un guérisseur empirique. M. Texier soutiendrait il que dans ce cas, l'accumulation de l'influx nerveux sur le point exigu de la ligature fut assez considérable pour en arrêter la circulation, et produire ainsi la contraction de tout le système musculaire? Je demanderai à M. Samson s'il affirmerait le contraire? car, enfin, pourquoi cela ne serait-il pas? l'opération est simple, il est vrai, mais cependant elle a déterminé le tétanos. M. Samson invoquera-t-il, lui, la douleur? Mais s'il y a douleur, pourquoi l'influx nerveux n'en serait-il pas la cause? Car j'imagine qu'il faut quelque chose pour que la sensibilité se communique par les nerfs d'une partie quelconque du corps au centre cérébro-spinal, et pour que la volonté partant du cerveau vienne commander aux muscles, etc. Ce quelque chose est l'influx nerveux. »

Nous voilà donc arrivés naturellement à une autre objection : « Et d'abord, moi qui suis de ma nature passablement curieux, je demanderai à M. Texier ce qu'il entend par *influx nerveux*........ ce sont des idées neuves pour nous autres vétérinaires..... nous sommes un peu obligés de deviner. » — Ces idées ne sont pas plus neuves pour les vétérinaires que pour les médecins : il n'est point un seul lecteur de ce journal aux oreilles duquel ce mot n'ait déjà bien des fois sonné et sous les yeux duquel il ne soit passé plus d'une fois. Je suis même persuadé, et j'ai de bonnes raisons pour cela, que si M. Samson recueillait un peu ses souvenirs, il se rappellerait que dès l'école on lui a parlé de l'influx nerveux. Du reste, je pourrais lui citer un ouvrage bien récent encore (de 1854) et écrit dans l'intérieur même de l'école d'Alfort, où l'existence de l'influx nerveux est admise et où l'auteur cherche à se rendre compte de sa nature, sans pouvoir, il est vrai, arriver à un résultat qui le satisfasse bien complétement; mais enfin il en proclame l'existence. Ainsi, il pourra ouvrir le *Traité de physiologie comparée des animaux domestiques* de M. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et il trouvera ce qui suit à la page 64 et suivantes : « Les grandes lois de l'action nerveuse étant connues, on peut se demander par quel agent celle-ci s'exerce et produit tous les phénomènes si remarquables qui la caractérisent. Il n'est possible de répondre actuellement à cette question que par une hypothèse : les anciens crurent trouver ce principe actif du système nerveux dans ce qu'ils appelaient les esprits animaux, dont Descartes et tant d'autres parmi les modernes firent encore un si singulier abus; aujourd'hui, au lieu de ces puissances imaginaires sur lesquelles on ne fut jamais bien fixé, on invoque l'intervention d'*un agent vital*, d'*une force nerveuse*, de *l'électricité.* » Après avoir rapporté différents faits par lesquels on avait cru prouver que le fluide électrique et le fluide nerveux étaient identiques, M. Colin termine ainsi : « En pesant bien toutes les raisons qui ont été données à l'appui d'une prétendue identité du fluide nerveux avec l'électricité, on ne voit pas qu'elles soient suffisantes pour l'établir. Néanmoins, elles semblent indiquer une certaine analogie, sinon dans la nature, au moins dans les effets de l'un et de l'autre.

« Remarquons en terminant, pour appuyer l'hypothèse de l'existence d'un fluide nerveux spécial, que, dans certaines conditions physiologiques ou morbides, il y a un déploiement considérable de forces, un surcroît général du système, tandis que dans d'autres circonstances, il y a abattement, prostration, inaptitude à toute espèce de réaction, comme si l'influence nerveuse était épuisée ou en partie éteinte. »

L'existence de l'influx nerveux, du fluide nerveux, comme on voudra, étant admise (aussi bien par les vétérinaires que par les médecins), il s'agirait encore d'en trouver la nature; c'est ce que l'on ne fera probablement pas de longtemps; mais nous n'avons pas besoin de connaître sa nature pour apprécier ses effets.

Reste donc à expliquer sa circulation. Je ne serai point obligé pour cela de suivre M. Samson et d'admettre des capillaires nerveux à l'exemple des capillaires sanguins. Ce n'est point une circulation continue sans commencement ni fin. Voici l'idée que je m'en suis faite et que s'en est aussi, sans doute, faite le lecteur : d'une part, sous l'influence de la volonté, l'influx nerveux part du centre qui est le cerveau et la moelle, suit le trajet des nerfs, et s'irradie à la circonférence pour commander aux muscles et déterminer les mouvements; d'autre part, si une excitation quelconque est produite en un point du corps, elle est prise par l'influx nerveux et portée par lui au cerveau qui la perçoit et la localise. La circulation de l'influx nerveux est aussi simple que cela.

Pour combattre l'idée de l'accumulation de l'influx nerveux en un point et de l'arrêt de sa circulation dans les parties frappées de tétanos, M. Samson nie la circulation et ajoute : « Mais ce qu'il y a de plus curieux dans tout ceci, quelque étrange que paraisse la théorie, c'est qu'il en résulte *positivement* que M. Texier considère comme avéré que l'influx nerveux prend naissance à la périphérie; et c'est une idée que j'aurais bien voulu lui voir développer et démontrer. Je lui en eusse été particulièrement reconnaissant. » — Je le crois pardieu bien! et moi je serais bien plus reconnaissant encore envers M. Samson, s'il voulait m'indiquer le passage de mon travail où il a puisé cela.

Arrivant ensuite aux faits sur lesquels je m'appuie pour établir l'influence des révulsifs dans le traitement du tétanos, M. Samson m'objecte : « Mais ces cas étant tous des exemples de tétanos spontané, s'ils venaient d'un côté à l'appui de la doctrine de M. Texier, il faut bien reconnaître aussi que, de l'autre, ils lui portent un rude coup, car où serait ici la partie lésée? Où serait le nerf sur le trajet duquel l'influx nerveux se serait accumulé? » — Si M. Samson se fût donné la peine de me lire, il se serait évité la peine de me combattre encore ici. Où serait le nerf sur le trajet duquel l'influx nerveux se serait accumulé? Mais pour le trouver, on n'a qu'à se rapporter au passage suivant de mon travail : « Avec cette théorie, nous pouvons nous rendre compte de tous les cas de tétanos..... chez les sujets où il éclate spontanément, sans cause appréciable, nous l'expliquons par l'arrêt de cette même circulation (circulation nerveuse) sous l'influence d'une cause que nous ne pouvons pas toujours démêler. Quand on pourra invoquer un courant d'air froid, une irritation intestinale, etc., on le fera; ce sera la cause pour laquelle l'influx nerveux se sera porté du côté de l'intestin, de la peau, etc »

M. Samson insinue plus loin que si nos lecteurs ont l'idée de se porter aux sources que je leur indique, ils marcheront de surprise en surprise et qu'en ouvrant le tome IV de la 3e série du *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, page 1007 et suivantes, ils trouveront à propos de la castration employée pour guérir le tétanos, que « le rapporteur (M. Vatel) y a réuni tous les faits de ce genre et qui s'élèvent au nombre de sept ou huit, dont cinq de guérison; mais ils auront remarqué que chez *tous* ces derniers l'opération n'a pas été pratiquée avant le huitième jour de la maladie et chez *plusieurs* après quinze jours et trois semaines; tandis que les premiers sont des cas de tétanos grave et rapide dans lesquels la castration a été impuissante, bien qu'elle eût été pratiquée *presque au début.* » — Que le lecteur se reporte donc à la source, et il verra que les choses ne sont pas tout à fait elles que l'indique M. Samson : ces cas de tétanos sont au nombre de huit (en y comprenant celui de M. Dumont), dont six de guérison. Dans

ceux ci l'opération a été pratiquée le septième, le huitième, le dixième, le quinzième, le dix-septième jour du début de la maladie, et une fois la date n'est pas indiquée : c'est pour le cas de M. Dumont dont le rapport du reste ne parle qu'en passant. Quant aux deux cas dans lesquels l'opération a échoué, elle n'a pas été pratiquée dès le début, et ce n'était point des cas à marche rapide comme l'indique M. Samson. Voic ce qu'en dit M. Vatel : pour le premier, qui appartient à M. Valtert, « le tétanos n'avait été reconnu que lorsqu'il avait déjà fait des progrès. Les bains, les cataplasmes aux pieds et les saignées générales ne produisirent aucun effet. La castration ne fut faite *que tardivement*. Après une *amélioration bien marquée* qui ne se soutint pas, le malade mourut le surlendemain de l'opération » Pour le second, qui appartient à M Vatel lui-même et qui date de 1846, il est dit : « Le sujet de la seconde observation était un *vieux cheval affaibli par le travail*; la castration fut faite de la même manière le quatrième jour. Le malade mourut le lendemain. » — Peut-on tirer de ces deux faits ces conséquences qu'en tire plus tard M. Samson? — Au lecteur à juger.

J'arrive maintenant à une objection plus sérieuse, si l'on tient compte des termes dans lesquels elle est posée : « Aussi M. Vatel qui est *à tort* (notez le mot) accusé par notre auteur d'avoir émis à ce sujet une *opinion favorable*, a-t-il fait au contraire preuve d'une bien sage réserve. Pour rétablir les *faits altérés* (notez encore l'expression) par M. Texier, pour ne pas faire peser sur la mémoire de notre si regrettable confrère la *responsabilité d'une erreur grave*, je veux citer ici textuellement les conclusions de son rapport. » — Le lecteur a dû sans doute être bien surpris de voir ces conclusions données comme défavorables à la castration. Je me contente de rappeler la première : « Votre commission est d'avis : 1° que si les observations connues jusqu'à ce jour sur la castration employée comme moyen curatif du tétanos paraissent en général favorables à cette opération, on ne saurait cependant considérer celle-ci comme infaillible dans tous les cas, et par conséquent la conseiller toujours au début de la maladie, à l'exclusion de tous les autres moyens thérapeutiques. » — Où diable M. Samson a-t-il vu que j'aie dit autre chose? — Y a-t-il un agent thérapeutique qui puisse toujours être conseillé au début d'une maladie, à l'exclusion de tous les autres?

Mais enfin puisque l'opinion de M. Vatel est donnée « carrément, » comme contraire à mes opinions, il faut pourtant bien que je reproduise le paragraphe qui suit immédiatement les conclusions et termine le rapport : « En résumé, Messieurs, dit M. Vatel, votre commission considère la communication que vous a faite M. Valtat, comme *très-intéressante*. Les réflexions de ce vétérinaire doivent *exciter à recueillir de nouvelles observations cliniques et à faire des expériences physiologiques et thérapeutiques sur le même sujet*. En conséquence, Messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer de *renvoyer le travail de M. Valtat à la commission des récompenses.* » — Je le demande maintenant, M. Texier avait-il altéré les faits, avait-il fait peser sur la mémoire de M. Vatel « la responsabilité d'une erreur grave? » La mémoire de cet illustre défunt crie-t-elle vengance? — Comme il s'agit ici avant tout d'une question de bonne foi, je prie donc encore une fois le lecteur de prendre connaissance du rapport de M. Vatel et des réflexions qu'y joignit M. Riquet.

Quant à la question de savoir où j'ai puisé les renseignements sur lesquels je m'appuie pour établir que les « faits favorables à la castration chez le cheval se sont multipliés et que cette opération est aujourd'hui généralement conseillée à l'École d'Alfort, dans le but que lui assignait M. Valtat, » ma réponse est un peu moins embarrassante que semble le croire mon honorable *rectificateur*. J'ai puisé ces renseignements un peu dans mes conversations avec les différents vétérinaires avec lesquels je me trouve en relation, et un peu dans la lecture de notes prises à l'École d'Alfort. Avec un peu plus de mémoire, M. Samson aurait vu que mes assertions à cet égard n'avaient guère besoin de rectification, et il ne m'aurait pas porté un défi aussi belliqueux que celui-ci : « A Alfort, comme pour tous les praticiens instruits, l'état de cette question en est encore au point si bien indiqué par M. Vatel, et les faits relatés par lui n'ont pas acquis depuis plus de valeur qu'il ne leur en avait alors accordé (1). Plus j'y réfléchis et plus je trouve inconcevable une semblable affirmation, et je défie ce médecin de fournir les preuves sur lesquelles elle est basée par lui. Il est singulier qu'on fasse parler avec autant de légèreté une institution de l'ordre de l'École d'Alfort. » M. Samson se trompe : une seule chose ici est singulière, c'est qu'un homme veuille se substituer à une École et lui refuser des opinions qui sont les siennes, ou tout au moins celles de quelques-uns de ses membres. Ainsi, j'ai sous les yeux des notes prises à l'École d'Alfort par M. V. Texcier, aujourd'hui vétérinaire à Villefagnan, et j'y lis, à la suite du passage où M. Delafond relate les faits favorables à la castrastion comme moyen curatif du tétanos, le passage suivant : « Est-ce à dire pour cela que les animaux affectés de tétanos devront être châtrés? On peut l'essayer, car les animaux tétaniques sont à peu près sûrement perdus, et si c'est un étalon, il pourra encore rendre de bons services. Ce moyen devra donc être encore expérimenté. » — Je ne sais point tout ce qui a été fait à Alfort depuis; mais ce que je sais positivement, c'est qu'en 1852, il y a moins de trois ans, le moyen y a été essayé sur un âne tétanique, avec un succès qui, je dois l'avouer, n'a pas été égal à ceux relatés dans le rapport de M. Vatel. L'École d'Alfort ne considère donc pas ce moyen comme aussi arriéré que voudrait le faire croire M. Samson.

(1) Je ne dis pas que ces faits aient acquis depuis plus de valeur, mais ce qu'il y a de sûr, c'est que M. Vatel leur en avait accordé infiniment plus que semble vouloir le faire croire M. Samson. On a déjà pu en juger.

Si la révulsion est considéré comme irrationnelle par cet honorable vétérinaire, il n'en est plus de même de l'éthérisation. Oh! ce moyen jouit de toute la considération de notre auteur et « il sera couronné de succès toutes les fois que la guérison sera possible. » Ce serait bien à mon tour à demander sur quoi est basée une pareille affirmation. Mais une autorité que M. Samson ne récusera pas, M. le professeur H. Bouley vient m'éviter cette peine. Il nous dit, dans le Recueil de Médecine vétérinaire (dont M. Samson se pique d'être le collaborateur), en parlant de la médication anesthésique : « Suivant lui (M Samson), cette méthode est *superrationnelle*; le plus simple bon sens en indique l'application. Si elle n'a pas réussi dans cette circonstance (le traitement de la mule atteinte de tétanos par suite de la ligature d'une exomphale) et dans deux autres cas où M. Samson y a eu recours, cela tient à ce que les anesthésiques n'ont pas été employés à dose suffisante.

« ..... Il n'y a là dit M. Samson, qu'une question de dose du ressort « de la *nosologie générale;* car si une force donnée suffit pour dépla- « cer une résistance aussi donnée, alors que celle-ci se trouvera aug- « mentée d'intensité, il n'y a pas de raison pour que la force propor- « tionnellement augmentée aussi n'en ait pas raison. C'est là un prin- « cipe de dynamique et de bon sens. »

« Que ce soit un principe de dynamique, c'est incontestable, mais de bon sens, c'est une autre affaire. J'en appelle, pour prononcer en cette matière, à M. Samson d'aujourd'hui, *tout plein du dieu qui l'anime encore*, à M. Samson de plus tard, mûri par une longue expérience. Il verra que les questions de thérapeutique ne sont pas des questions de dynamique... M. Samson est convaincu qu'il n'a échoué dans le cas particulier dont il a donné la relation que parce qu'il n'avait pas administré les anesthésiques, *rationnellement*, à une dose en rapport avec l'étendue du mal. « Voilà, dit-il, ce dont les partisans des *faits comptés* ne « me feront pas démordre. » Quand une conviction est aussi profondément ancrée et s'exprime de cette manière, il est évident qu'il ne faut pas chercher à l'ébranler quant à présent; il faut en attendre la guérison du temps seul.

« Nous aurions beau entasser, devant M. Samson, des faits sur des faits desquels il résulte que, même en maintenant les chevaux tétaniques pendant *douze heures* consécutives dans l'état anesthésique, on ne se rend pas maître de la maladie qui réapparaît *plus intense* que jamais lorsque l'action des anesthésiques a cessé, à quoi cela servirait-il? M. Samson *n'en démordrait pas*.....

« ..... Eh bien, que M. Samson nous permette de lui dire, il y a dans cette espèce d'antipathie qu'il manifeste contre les faits en médecine, quelque chose qui touche au ridicule. Un de ses confrères rapporte, par exemple, l'histoire de cinq chevaux morts à la suite de piqûres d'abeilles : « soit, soit, soit! » dit-il...... « Qu'est-ce que cela prouve? » Un autre cite un nouveau cas de guérison de météorisation du cheval par une ponction du cœcum : « Qu'est-ce que cela prouve? (demande encore M. Samson), un fait de plus ou de moins ne prouve pas grand chose. »

« ..... Que M. Samson y prenne garde! depuis quelque temps il s'est donné pour mission de frapper avec son *stick* à droite et à gauche, sans trop de ménagements pour personne. C'est là un rôle qui peut avoir son charme, mais qui a aussi ses dangers, et qui est souvent suivi de regrets (1). »

Que pourrais-je ajouter de plus éloquent pour juger la méthode *superrationnelle* de la médication anesthésique employée comme moyen exclusif de traitement du tétanos? Je n'ai rapporté un aussi long extrait de l'article de M. Bouley que pour mettre le lecteur en garde contre les tendances par trop systématiques de certains esprits.

Pour revenir à notre sujet, M. Samson me dit : « Pour ce qui est de la castration ou de toute autre opération plus ou moins douloureuse, telle que la compression du cordon testiculaire ou d'un nerf quelcon-

(1) *Recueil de Médecine vétérinaire pratique*; 3e série, tome X, pages 716 et suivantes.

que, il est certain que personne n'y songeait plus lorsque M. Texier a senti le besoin de les exhumer pour appuyer sa théorie sur le *modus faciendi* de la cause du tétanos. » J'ai suffisamment démontré plus haut que cette idée n'est pas abandonnée, même par les princes de la science en vétérinaire, et je crois inutile d'y revenir ici. Je citerai cependant encore cette réponse d'un vétérinaire fort instruit à qui je faisais cette question : « A l'école d'Alfort conseille-t on la castration comme moyen curatif du tétanos? » — « On la conseille si bien, me répondit-il, et l'on m'a tellement convaincu de son importance, que si j'avais à traiter un animal tétanique non châtré, je n'hésiterais pas un seul instant à la pratiquer, eussé-je affaire même à un vieux cheval. »

Encore un mot : M. Samson me demande s'il est « possible d'admettre que l'accumulation de l influx nerveux au petit bout de la queue, où se rendent tout simplement les petits filets nerveux nécessaires à la nutrition de cet organe secondaire, ait été assez considérable pour en arrêter la circulation et produire le trismus? » Dans deux cas rapportés par lui, j'ai répondu à une objection de ce genre, et si la cause n'est pas celle que j'indique, je voudrais bien qu'on m'en donnât une autre.

Si c'est sous l'influence de l'accumulation de l'influx nerveux au point que se produit le tétanos, comment se fait-il, me demande M. Samson, qu'il ne soit pas d'emblée général, et que sous l'influence d'une même cause matérielle, on voie se produire tantôt le trismus, tantôt l'hopisthotonos, tantôt le pleurosthotonos? — Je demanderai par la même raison : Comment se fait-il que quand deux hommes en transpiration traversent une eau froide, l'un prend, par exemple, une pleuro-pneumonie, l'autre un rhumatisme articulaire aigu?

J'arrive enfin au dernier argument : « Décidément, les cas de castration chez le cheval, pas plus que ceux de sétons, de vésicatoires, d'amputations et autres mutilations opposées au tétanos *dans des temps qui ne sont plus à la hauteur de notre science,* n'autorisent donc suffisamment M. Texier à conseiller ces moyens à ses confrères. »

Pour toute réponse j'engage M. Samson à concilier cette phrase avec la suivante de son article :

« A Alfort, comme pour tous les praticiens instruits, l'état de cette question en est encore au point si bien indiqué par M. Vatel; »

Et avec cette autre du rapport de M. Vatel :

« Les réflexions de ce vétérinaire doivent exciter à recueillir de nouvelles observations cliniques et à faire des expériences physiologiques et thérapeutiques sur le même sujet. »

Après la réfutation des arguments de M. Samson, je me crois plus que jamais, bien qu'il en dise, autorisé à conseiller la révulsion comme moyen curatif du tétanos.

Vous pouvez remarquer, mon très-honoré confrère, la différence qu'il y a entre le style simple dans lequel j'ai combattu le réquisitoire de M. Samson et le style incisif de cet honorable vétérinaire; mais je crois que la science ne peut que gagner à être présentée sous une forme qui éloigne la passion de nos débats; car la passion ne sert qu'à les envenimer; elle ne les éclaire pas.

Vos lecteurs avaient depuis longtemps de meilleures raisons que celles invoquées par M. Samson, pour comprendre l'utilité des études comparatives en médecine. Espérons que ses exemples seront à l'avenir plus heureusement choisis.

Votre tout dévoué confrère,

H. Texier, Dr m. p.

Villefagnan, le 11 avril 1855.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Rapport a la Société médico-psychologique lu par M. H. de Castelnau, sur la candidature et les titres scientifiques De M. PIERQUIN, de Gembloux,

Inspecteur de l'Université;
Docteur en médecine;
Ancien médecin de l'hospice de la Charité de Montpellier;
Professeur particulier de pathologie et de médecine légale;
Membre de l'Académie royale de médecine de Madrid;
— de la Société royale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse;
— de la Société royale de médecine de Marseille;
— de la Société royale pour l'encouragement des sciences, des lettres et des arts d'Arras;
— de la Société vaudoise des sciences médicales, séant à Moudon (Suisse);
— de l'Académie royale des sciences, arts et belles-lettres de Dijon;
— de l'Académie royale des sciences, arts et belles-lettres de Bordeaux;
— de la Société de statistique des Bouches-du-Rhône;
— de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles;
— de la Société de statistique universelle;
— de la Société des sciences, arts et agriculture du Bas-Rhin;
— de la Société de médecine du département du Gard;
— de la Société médico-pratique de Paris;
— de la Société de médecine pratique de Montpellier;
— de l'Athénée de médecine et du cercle chirurgical de la même ville;
— de l'Athénée des sciences, des lettres et des arts de Paris;
— de la Société de médecine de Louvain;
— de la Société de médecine de Lyon;
— de la Société phrénologique de Paris;
— de l'Institut historique;
— de la Société royale des antiquaires du Nord;
— de la Société royale des antiquaires de France;
— de la Société de l'histoire de France;
— de l'Institut des langues;
— de la Société des lettres, sciences et arts d'Anvers;
— de la Société philotechnique;
— de la Société royale des sciences, arts, belles-lettres et agriculture de Saint-Quentin;
— de la Société royale académique de Savoie;
— de l'Académie royale des sciences, agriculture, arts et belles-lettres d'Aix;
— de la Commission des antiquités de la Côte-d'Or;
— de la Société de statistique, d'histoire et antiquités du département du Cher;
— de la Société des sciences et des lettres de Blois;
— de la Société d'agriculture du département de l'Isère;
— de l'Académie d'archéologie d'Anvers;
— de la Société de numismatique de Tirlemont;
— de la Chambre de rhétorique de Gand;
— de la Société archéologique de Touraine;
— de l'Académie d'archéologie de Belgique;
— de la Société éduenne et de la Commission des antiquités d'Autun;
— de la Société des sciences naturelles et d'antiquités de la Creuse;
Correspondant du Comité des chartes, chroniques et inscriptions;
Correspondant du Comité des arts et monuments près le Ministère de l'instruction publique, etc., etc.

Messieurs,

Après avoir ouï cette longue énumération de titres et d'honneurs, vous pourriez vous étonner à bon droit de trouver devant vous, comme candidat, l'homme qui en est revêtu, et comme juge, l'obscur rapporteur qui vient réclamer de votre bienveillance quelques moments d'attention.

Mais dans un temps où un si grand nombre de choses et d'hommes ont été déplacés; où des principes ont été renversés ou contestés que le temps semblait avoir assis sur des fondements indestructibles, cette double situation vous paraîtra sans doute moins anormale, et peut-être même un premier moment de surprise passé, finirez-vous par la trouver la plus naturelle du monde. J'ai besoin, en tous cas, qu'il en soit ainsi, car j'ai l'intention de prendre au sérieux la mission que vous m'avez confiée, et de la remplir comme si les rôles n'étaient pas intervertis entre le candidat et votre rapporteur.

Les travaux de M. Pierquin sont encore plus nombreux que ses titres et que ses dignités. Lui-même en a dressé la statistique, laquelle s'élève au chiffre énorme de 221, chiffre qui se subdivise lui-même en cinq autres, savoir :

Travaux littéraires.	15
Travaux d'histoire.	32
Travaux d'archéologie.	34
Travaux de philologie.	26
Travaux scientifiques (sciences naturelles et médecine),	114
Total égal.	221

Les titres de tous ces travaux sont énumérés dans un exposé rédigé par l'auteur et que vous trouverez annexé à ce rapport; il vous suffira d'y jeter les yeux, pour vous convaincre que le vaste génie d'Aristote lui-même n'embrassa pas plus de sujets divers ni de plus difficiles.

L'analyse et la critique de tous ces travaux auraient dépassé de beaucoup les forces de votre rapporteur; M. Pierquin a eu la délicate discrétion de n'en soumettre qu'une faible partie à mon appréciation, mais une partie bien suffisante pour vous donner une idée des aptitudes et des connaissances variées du fécond candidat. Les échantillons que j'ai reçus sont au nombre de huit : je vais essayer de vous en faire apprécier la nature, l'esprit et le mérite.

I. — Le premier est un petit volume de poésies en patois languedocien, intitulé : *Flurètas*, mot qui correspond assez exactement à sa racine française : *fleurettes*.

De tout temps, messieurs, les lettres et la philosophie se sont donné la main, et celle-ci n'a presque jamais réussi à se faire une position importante dans le monde que lorsqu'elle s'y est présentée ornée des grâces séduisantes de celle-là. Est-ce un bien? est-ce un mal? Je n'aurai pas la témérité de trancher sans les discuter de si graves questions. Mais ce que je puis dire, c'est qu'il est bien difficile de captiver les esprits et d'agiter les cœurs, c'est-à-dire de réunir les deux conditions essentielles de tout succès, sans donner à son langage un degré d'énergie, une vivacité de couleur qui ne saurait convenir à l'austérité naïve de la vérité. Grâce aux admirables, aux étonnants progrès des sciences positives, on doit cependant reconnaître avec bonheur que le siècle est en progrès sous ce rapport, et que la vérité tend de plus en plus à se passer des secours d'autrui. Quoi qu'il en soit, un recueil de poésies, même de poésies légères et fugitives écrites en langue d'Oc, ne saurait être un titre déplacé aux yeux de la société médico-psychologique. C'est seulement un titre qu'un rapporteur doit ne mentionner qu'en passant, quand il a à apprécier d'autres travaux qui touchent plus directement aux sujets habituels de vos études.

II. — Le *second* de ces travaux est un petit opuscule de neuf pages, dont les deux premières forment une sorte d'introduction sous le nom d'*Histoire naturelle du Berri*, et dont les sept autres ont pour titre : *Réflexions philosophiques sur un adamide ailé.*

Dans l'introduction, l'auteur assure que la province du Berri n'est pas moins intéressante sous le rapport de l'histoire naturelle que sous tous les autres rapports, et qu'elle a particulièrement fourni des matériaux rares et précieux à la tératologie. Comme preuve de la première assertion, l'auteur rappelle que c'est à Bourges que l'oiseau de Franklin fut d'abord admiré avant de faire son apparition à Paris; comme preuve de la seconde, il nous apprend qu'on a observé en Berri plusieurs cas intéressants de monstruosités, auxquels il ajoute l'exemple suivant :

« Le sujet observé par nous est donc un fœtus femelle d'adamide, complétement développé, quoique d'une petite taille, 0m, 1355 » (on voit que l'auteur pousse l'exactitude jusqu'aux dixièmes de millimètre!) « et d'une constitution généralement médiocre, quoique les ongles fussent entièrement formés. La mère de cet enfant, parfaitement conformée et d'une bonne santé habituelle, était accouchée sans aucun accident et sans secours douloureux; mais comme le placenta, dont une assez grande étendue était carcinomateuse, cas pathologique excessivement rare, et que je n'ai pu constater puisque malheureusement il avait été dédaigné et jeté par l'accoucheur du pays, son fruit était peu développé et comme flétri par une nourriture constamment insuffisante, qui ne lui avait permis de vivre que dans une espèce de marasme.

« Quoi qu'il en soit des circonstances accessoires au fait principal, du bord supérieur des deux pariétaux part un double repli cutané qui va s'élargissant, d'abord brusquement et rapidement, comme la moitié supérieure d'un cerf volant, pour aller ensuite en diminuant de même; c'est-à-dire progressivement jusqu'au moment où il se termine très-étroitement à la région lombaire, vers les crêtes iliaques. Les oreilles et les bras sont placés en avant de ces deux ailes cutanées qui, rapprochées, simuleraient on ne peut plus exactement le jouet d'enfant dont nous venons de parler. L'insufflation distend également ces deux ailes cutanées et leur donnerait exactement la forme d'un aérostat, si elles pouvaient être affrontées : ces replis diplodermiques donnent à cet adamide l'apparence d'un chéiroptère. Les villosités de cette partie de la peau du crâne et de son expansion aliforme ne sont guère perceptibles qu'à la loupe. »

C'est sur cette description, que l'auteur déclare être exacte et, qui plus est, *complète*, qu'il établit une analogie entre les tumeurs cervicales de ce fœtus et les poches qui servent de réservoir d'air à quelques animaux; cette analogie elle-même a pour but de prouver qu'en créant cet adamide *lumbocéphaloptère*, comme l'appelle l'auteur, « *la nature ne s'était écartée de ses voies que relativement à l'adamide lui-même et qu'elle s'était ainsi rapprochée de la série des êtres zoologiques à laquelle se rattache le plus noble et le plus beau des animaux.* »

Il serait inutile, sans doute, de faire remarquer combien l'auteur s'est fait illusion sur la valeur de cette observation. L'interprétation qu'il lui donne est assurément la plus improbable de toutes, et il ne serait pas difficile de lui en substituer beaucoup d'autres plus en rapport avec des faits rigoureusement observés; mais en l'absence de tout détail anatomique, nous croyons qu'il est plus sage de se borner à dire que le fait dont M. Pierquin n'a même pas été le témoin, ne peut servir ni à l'histoire de la tératologie, ni à celle de la pathologie fœtale.

(*La suite au prochain numéro.*)

— Par décret en date du 14 avril, l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : 1° anatomie et pysiologie; 2° pathologie externe et médecine opératoire; 3° clinique externe; 4° pathologie interne; 5° clinique interne; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants; 7° matière médicale et thérapeutique; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints de la dite école est fixé à trois qui seront attachés : à la chaire de clinique externe; à la chaire de clinique interne; à la chaire d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite; aux chaires de chirurgie et d'accouchements; à la chaire d'anatomie et physiologie; aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie : un chef des travaux anatomiques; un inspecteur; un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Sont nommés à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Patin.
Pathologie et médecine opératoire. — M. Godefroy.
Clinique externe. — M. Leudet père.
Pathologie interne. — M. Caneaux.
Clinique interne. — M. Leudet fils.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Couronné.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Pouchet.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Morin.

Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. Flaubert.
Clinique interne. — M. Mérielle.
Anatomie et physiologie. — M. Melays.

Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Lévesque.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements. — M. Hélot.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Cressant.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. Emm. Blanche.

M. Dumesnil est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Couronné, professeur d'accouchement et des maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

AVIS. — La Faculté de médecine de Paris a été invitée par M. le Ministre de l'Instruction publique à faire une présentation de candidats pour la chaire de pathologie interne vacante par le décès de M. le professeur Requin.

MM. les docteurs qui ont l'intention de se présenter comme candidats pour cette chaire sont invités à déposer leurs titres au secrétariat de la Faculté avant le 1er mai prochain.

ERRATA. — Dans le numéro du 19, il s'est glissé quelques erreurs dont les plus importantes doivent être corrigées ainsi :

Page 374, seconde colonne, premier alinéa, quatrième ligne, *au lieu de* partie purulente, *lisez* poche purulente.

Page 375, première colonne, second alinéa, cinquième ligne, *au lieu de* l'exubération du corps des vertèbres, *lisez* l'excurvation du corps des vertèbres.

Page 375, même colonne, dernier alinéa, dernière ligne, *au lieu de* matrices de deux cautères, *lisez* cicatrices.

Page 375, deuxième colonne, huitième alinéa, huitième ligne, *au lieu de* que la matière médicale, *lisez* de la matière médicale.

Pour toutes les variétés. H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 49. 3e ANNÉE. Mardi 24 avril 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De l'origine du sucre dans l'économie animale.

Par M. POGGIALE,

Pharmacien en chef, professeur de chimie au Val-de-Grâce.

(*Communiqué à l'Académie des sciences.*)

Le sucre se forme-t-il dans l'économie aux dépens des aliments azotés, ou des matières grasses, à défaut d'aliments féculents? Se produit-il par l'action digestive, dans le foie ou dans le torrent de la circulation? Telles sont les questions importantes que je me propose d'examiner dans ce mémoire.

Ce travail n'a pas été inspiré par les mémoires qu'on vient de communiquer à l'Académie des sciences, puisque mes premières expériences ont été faites en 1850. Je raconterai les faits tels que je les ai observés, et si quelques-uns d'entre eux étaient de nature à contrarier les résultats annoncés récemment, je le regretterais vivement; mais on comprendra, j'en suis sûr, que dans les recherches scientifiques la vérité seule doit être notre guide.

Les aliments de l'homme et des animaux se composent de matières azotées et non azotées, de matières grasses et de substances minérales. L'observation et les recherches faites depuis vingt ans, par les chimistes et les physiologistes les plus distingués, démontrent que les aliments azotés conservent les organes, produisent la force, et servent au développement des animaux ; que les matières grasses, sucrées et amylacées, ne sont au contraire que des aliments respiratoires, dont le carbone et l'hydrogène, en s'unissant à l'oxygène de l'air, entretiennent la chaleur animale.

Cependant cette théorie, qui est vraie dans sa généralité, et qui a rendu à la physiologie d'éclatants services, n'est pas rigoureusement exacte. Si les aliments féculents se transforment facilement en sucre, il semble que les aliments azotés et les matières grasses peuvent, chez les animaux carnivores, fournir à leur tour ce principe.

1° *Le sucre peut-il se former dans l'économie aux dépens des matières azotées et des matières grasses?*

Première série d'expériences. — J'ai cru utile pour la science d'examiner cette question intéressante, en analysant attentivement le lait de quelques chiennes soumises successivement à divers régimes d'alimentation. J'ai suivi la même méthode d'analyse pour les différents échantillons de lait que j'ai examinés : le lait a été évaporé au bain-marie et le résidu, desséché à 100° dans une étuve, a été traité par l'éther bouillant, afin de lui enlever toute la matière grasse. En faisant évaporer la liqueur éthérée, on a obtenu la proportion de beurre.

Le résidu soumis à l'action de l'eau bouillante acidulée par

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40 42, 43 et 45.)

Je viens, à propos des affections de l'œsophage, de prononcer le mot de tumeur de mauvaise nature; j'ai eu surtout en vue les tumeurs épithéliales. Ce n'est pas à dire que l'on ne rencontre pas dans cette région de vrais cancers, mais ils y sont plus rares. A côté de ces lésions, j'ai besoin de vous en mentionner une autre surtout au moment où je vais passer à l'examen des pièces pathologiques du tube intestinal.

On trouve dans la cavité buccale, dans l'œsophage dans l'estomac, dans l'intestin, le rectum, etc., mais surtout au commencement et à la fin du tube digestif, des altérations qui, au premier abord, semblent appartenir aux tumeurs épithéliales. Je veux parler des tumeurs papillaires.

Cette distinction importante au point de vue scientifique sera peut-être d'un grand poids dans la thérapeutique, ultérieurement, quand la clinique aura défini les symptômes, la marche, le diagnostic de cette affection. Les tumeurs papillaires sont fréquentes, et leur ablation est ordinairement suivie d'un succès durable. Je n'ai pas besoin de vous dire que l'espoir de rencontrer une semblable lésion enhardit le chirurgien, quand il va pratiquer l'extirpation d'une tumeur du rectum, ou une du plancher de la bouche, et qu'il serait fort important de pouvoir à l'avance porter un diagnostic précis.

Le cancer de l'estomac est une maladie fréquente du tube digestif : tantôt c'est par les hémorrhagies auxquelles il donne lieu, tantôt c'est par ses adhérences avec les organes voisins qu'il offre de l'intérêt. Sur une pièce présentée par M. Barth, le cancer occupait la grande courbure de l'estomac ; les orifices étaient libres, et c'est à peine si, pendant la vie, il donnait lieu à quelques symptômes assez douteux : pas de tumeur appréciable, perte d'appétit, digestion difficile, selles noirâtres, une apparence cachectique manifeste, une perforation, qui existait, était bouchée par le côlon transverse.

Sur une pièce de M. Perrin, le cancer n'a fourni aucun signe pendant la vie. Le malade est mort d'une apoplexie foudroyante, et c'est à l'autopsie qu'on a constaté l'existence d'une tumeur cancéreuse sur la face antérieure de l'estomac. Comme dans la pièce précédente, la lésion avait envahi le côlon transverse. Mais ici ce n'est pas une perforation bouchée par le gros intestin, c'est une tumeur double, placée entre ces deux organes, dont l'un des lobes fait relief dans l'estomac, dont l'autre fait saillie dans le côlon.

Ici, au contraire, un ulcère simple de l'estomac s'est montré avec tout le cortége des symptômes d'une affection cancéreuse : vomissements noirâtres, éructation, gaz, constipation, etc. Mais grâce aux tra-

l'acide acétique a été le sucre, les sels solubles et la matière extractive.

Enfin la portion qui n'est pas dissoute par l'éther et par l'eau acidulée, forme le caséum.

J'ai déterminé la proportion de sucre de lait, qui est l'objet principal de cette première série d'expériences, par la méthode que j'ai fait connaître, il y a quelques années, et qui consiste à appliquer le procédé de M. Borreswil au dosage du sucre de lait. Cette détermination peut être faite d'une manière rigoureuse en se servant de la méthode que Gay-Lussac a employée pour l'essai des potasses du commerce, et pour la chlorométrie.

Le procédé que j'ai mis en usage se compose :

1° De la préparation de la liqueur d'épreuve ;

2° De la préparation du petit-lait;

3° De l'essai du petit-lait ou de la décoloration de la liqueur d'épreuve.

En préparant la liqueur d'épreuve avec les substances suivantes :

Sulfate de cuivre pur et critallisé.	10	grammes.
Bi-tartrate de potasse cristallisé.	10	id.
Potasse caustique	30	id.
Eau distillée	200	id.

On obtient une solution dont 20 centimètres cubes correspondent à 0,185 milligrames de sucre de lait. Le titre de cette liqueur a été vérifié du reste pour chaque expérience.

Il est utile pour doser exactement le sucre de lait, de séparer les matières grasses et le caséum par la coagulation, et on y parvient aisément en mettant 15 ou 20 grammes de lait dans un petit ballon, en y ajoutant quelques gouttes d'acide acétique et en élevant la température jusqu'à 40° ou 50° centigrades; ensuite on filtre. On a tenu compte pour le dosage du sucre de la quantité de petit-lait fournie par le lait examiné. Ainsi dans une des expériences qui seront rapportées plus loin 50 grammes de lait de chienne ont donné 36,90 de petit-lait.

Je me suis assuré que le beurre, la caséine, l'albumine et les sels de lait n'exercent pas d'action sensible sur la solution cuivrique.

Lorsqu'on veut procéder à l'essai du petit-lait, on prend avec une pipette 5 ou 10 centimètres cubes de liqueur d'épreuve que l'on introduit dans un petit ballon. On élève ensuite, à l'aide d'une lampe, la température du liquide jusqu'à l'ébullition et au moyen d'une burette, on fait tomber goutte à goutte le petit-lait dans la liqueur; et on continue à verser le petit-lait jusqu'à ce que la teinte bleue ait complétement disparu. Lorsque l'opération est terminée, on lit sur la burette la quantité de petit-lait employée pour la décoloration de la liqueur d'épreuve, et à l'aide d'une proportion, on détermine le poids du sucre qui doit être rapporté au lait, en tenant compte des matériaux solides enlevés par la coagulation.

J'ai dosé dans quelques expériences le sucre, en agissant directement sur le lait par le procédé de M. Rosenthal, médecin hongrois.

Ce procédé qui n'est, du reste, qu'une légère modification de celui que j'ai proposé, consiste à mesurer 5 centimètres cubes de lait, auquel on ajoute 20 centimètres cubes d'eau. On agite bien et on verse le liquide dans une burette.

On prend d'un autre côté 2 centimètres cubes de la liqueur d'épreuve, que l'on étend de 10 centimètres cubes d'eau; ce mélange étant ensuite introduit dans un petit ballon, on le porte à l'ébullition, et on y fait tomber goutte à goutte le lait étendu jusqu'à ce que la liqueur cuivrique soit complétement décolorée; le précipité rouge qui se forme, se sépare assez facilement et on peut par ce moyen déterminer approximativement la proportion de sucre.

Première expérience. — On a analysé le lait d'une chienne de forte taille, nourrie, sous mes yeux, au Val-de-Grâce, avec de la viande et au pain, et on a obtenu les résultats suivants :

Eau.	73,41
Matière grasse.	8,18
Caséum.	13,04
Sucre de lait.	2,89
Sels solubles et insolubles. . . .	2,08
	99,60

La même chienne fut soumise ensuite au régime de la viande pendant vingt et un jours, et voici les faits qui ont été exactement recueillis :

La proportion de sucre s'abaisse à 2 gr. 13 pour 100, le troisième jour; à 1 gr. 97, le cinquième jour; à 1 gr. 89, le sixième jour; et enfin elle a oscillé entre 1 gr. 73 et 1 gr. 92 jusqu'au vingt et unième jour.

On a fait ensuite l'analyse du lait, qui a donné :

Eau.	71,21
Matière grasse.	12,04
Caséum.	12,89
Sucre de lait.	1,82
Sels solubles et insolubles. . . .	1,63
	99,59

On a pu sans danger faire varier l'alimentation de cette chienne, qu

---

vaux modernes, on peut établir dans le plus grand nombre des cas, comme il a été fait dans celui qui nous occupe, le diagnostic de cette altération (absence de tumeur, point de signes de cachexie, rémission des symptômes). Nous devons cette présentation à M. Parmentier.

Le cancer de l'intestin affecte toutes les formes les plus singulières Il était annulaire dans une pièce qui a été observée à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Beau. Il avait donné lieu pendant la vie à des symptômes d'étranglement interne. Mais à cause de la lenteur du développement des accidents, de la lenteur de leur marche, il était permis de soupçonner la lésion qu'a démontrée l'autopsie Le cancer occupait le côlon et avait rétréci peu à peu le gros intestin. Le malade a survécu six semaines aux suites de la rétention des matières fécales.

Le cancer était situé à l'union du cœcum et du côlon ascendant dans une pièce que nous devons à M. Bailly. Il avait fini par oblitérer le calibre de l'instestin au point de laisser passer à peine une plume d'oie. Le malade a succombé à une diarrhée incurable.

M. Bailly nous a aussi présenté une perforation du cœcum par un lombric. Le ver était en partie flottant dans le cœcum, en partie engagé dans la cavité péritonéale. Il n'existait au pourtour de la perforation aucune ulcération, aucune trace d'inflammation. Le péritoine lui-même était perforé, mais on voyait que le lombric, avant d'arriver dans la cavité péritonéale, s'était coiffé de la séreuse. M. Houël a rapproché cette présentation d'une autre pièce déposée au Musée Dupuytren, et notre honorable président, après l'avoir examinée avec soin, était porté à admettre que le ver avait fait lui-même cette perforation. S'il avait vu cette pièce plus tôt, a-t-il ajouté, il n'aurait pas hésité à dire que les lombrics pouvaient eux-mêmes ulcérer, perforer l'intestin.

Puisque j'ai insisté sur les perforations intestinales, je dois rappeler les perforations si fréquentes de l'appendice cœcal par un corps étranger (épingle, noyaux de cerise, boulette de matière fécale) et une semblable lésion qui a été mise sous nos yeux par M. Blin.

Au milieu d'une ulcération siégeant vers l'S iliaque, chez un enfant tuberculeux, on trouvait un petit pertuis par lequel s'était fait, dans le péritoine, un épanchement qui avait déterminé une péritonite purulente et la mort.

M. Broca nous a présenté des fragments de fausses membranes qui ont été trouvées dans les selles et qu'on aurait pu prendre, *à priori*, pour des lambeaux de muqueuse ou pour des débris d'acéphalocyste. Plusieurs parents de la personne, qui avait rendu ces fausses membranes, ont présenté le même phénomène. Cette expulsion est à peine précédée de quelques coliques et ne détermine pas d'autre accident. M. Cruveilhier nous a dit qu'il observait assez souvent dans sa pratique et qu'il était souvent consulté pour des cas semblables, peu graves généralement, et qui inquiètent peu les malades. On ne trouvait dans ces fragments aucun des caractères anatomiques de la muqueuse ou d'un kyste acéphalocyste.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, une pièce M. Tassel, un cas d'emphysème de l'intestin. Le malade est mort dans le cours d'une fièvre typhoïde ataxique. A l'autopsie, on a trouvé au niveau de l'in-

était très-robuste et qui fournissait beaucoup en lait. En comparant ces deux analyses on voit que l'alimentation à la viande diminue la quantité du sucre de lait, mais que ce principe existe dans le lait, dans une proportion notable. On remarque, en outre, que pendant plus de quinze jours le chiffre représentant le sucre n'a presque pas varié.

Deuxième expérience. — La deuxième chienne sur laquelle j'ai opéré était également de forte taille et a été nourrie, au Val-de-Grâce, pendant dix jours seulement, avec de la viande; son lait, examiné tous les jours, contenait de 17 à 21 grammes de sucre pour 1,000. Mais cette chienne de luxe n'ayant pas pu supporter l'alimentation exclusive à la viande, on l'a nourrie avec un mélange de viande, de pain et de bouillon, et la proportion, de sucre n'a pas dépassé 29 grammes pour 1000.

Troisième expérience. — Une chienne robuste, donnant beaucoup de lait et aimant la viande, a reçu, sous ma surveillance, cette nourriture pendant dix-neuf jours. Un de mes élèves les plus distingués, M. Klein, a déterminé avec les plus grandes précautions, chaque jour, la proportion de sucre de lait, et voici les résultats qu'il a obtenus, et que j'extrais de son cahier de notes : *(Voir les tableaux ci-contre.)*

Quelques expérimentateurs très-habiles, n'ont pas trouvé de sucre dans le lait des chiennes soumises au régime de la viande. Cela tient uniquement au procédé plus délicat, que, grâce aux progrès des sciences, j'ai pu employer.

Deuxième série d'expériences.

Un chien adulte, et bien portant, fut nourri avec de la viande cuite pendant quinze jours. On eut recours aux inspirations de la vapeur de chloroforme pour produire l'anesthésie. On ouvrit l'abdomen et on recueillit séparément du sang de la veine cave inférieure, du sang des veines hépatiques et du sang de l'artère crurale. On constata ensuite par un procédé, qui sera indiqué qlus loin, les proportions suivantes pour 100 grammes de sang.

	Sucre pour 100 de sang.
Sang de l'artère crurale. . .	0 gr. 055.
Sang de la veine cave.. . . .	0 148
Sang des veines hépatiques.	0 153

Cette expérience, qui a été répétée trois fois, a donné des résultats analogues.

On a annoncé dans ces derniers temps que la viande contient du sucre, puisqu'elle renferme du sang ; mais aucune expérience directe n'a été tentée pour résoudre cette question, qui domine cependant toutes les autres. J'ai donc dû aller au-devant du reproche qui pourrait m'être fait d'avoir donné du sucre aux animaux sur lesquels j'ai opéré; et j'ai exécuté pour cela les expériences suivantes :

A. On a coupé en petits morceaux trois kilogrammes de viande fraîche, et, après l'avoir hachée avec beaucoup de soin, on y a ajouté quatre litres d'alcool ; on a élevé la température du mélange à 50° et, après un contact de deux heures, on a passé à travers un linge bien lavé, puis on a filtré. On a évaporé la liqueur alcoolique jusqu'à siccité et on a repris par l'eau distillée.

Mois de février 1855.

JOURS DU MOIS.	SUCRE DE LAIT pour 100 de lait.	OBSERVATIONS.
	gr.	
22.	3,32	Cette chienne a été nourrie au pain et à la viande jusqu'au 21 février.
23.	2,90	
24.	2,29	
25.	2,08	
26.	1,95	
27.	1,96	
28.	1,92	

Mois de mars.

JOURS DU MOIS.	SUCRE DE LAIT pour 100 de lait.	OBSERVATIONS.
1.	1,84	
2.	1,88	
3.	1,81	
4.	1,90	
5.	1,83	
6.	1,83	
7.	1,86	
8.	1,89	
9.	1,62	
10.	1,91	
11.	1,61	
12.	1,93	

La solution, traitée à chaud et avec les précautions connues par le tartrate de cuivre potassique, n'a pas réduit ce sel.

B. On a ajouté à trois kilogrammes de viande fraîche quatre litres d'alcool et cinquante milligrammes de glucose. On a opéré comme précédemment, et on a pu non-seulement reconnaître, mais même déterminer approximativement, par la liqueur cuivrique, le sucre ajouté.

C. On a coupé en lanières un kilogramme de viande, on l'a desséchée à la température de 50°. On l'a réduite en poudre, on l'a traitée par l'alcool, comme dans l'expérience A, et il a été impossible de constater la présence du sucre.

Dans une autre expérience, on a fortement acidulé la liqueur, et le résultat a été négatif.

D. On a fait bouillir, pendant deux heures, dans l'eau distillée six kilogrammes de viande coupée en petits morceaux, on a séparé la

---

testin grêle, dans un point où il n'existait ni rougeur ni ulcération, ni ecchymose, etc., des bulles de gaz sous la tunique musculo-muqueuse, entre elle et la tunique séreuse, au nombre de quinze à vingt et même plus, disséminées distinctes les unes des autres. On ne pouvait pas se rendre compte de cette lésion, car il n'y avait rien pour expliquer sa production. Ce n'est pas la première fois qu'on trouve de semblables altérations. Il y en a plusieurs exemples dans le musée Dupuytren. Mais on n'est guère avancé sur l'explication de leur origine, de leur cause.

M. Duchaussoy nous a montré un diverticulum de l'intestin situé à la fin de l'intestin grêle, et remarquable surtout par sa longueur, qui était de deux pouces.

M. Foucher nous a présenté trois exemples de hernie sur un même sujet; l'une graisseuse, au travers de l'anneau ombilical, fait qui venait une fois de plus démentir une idée erronée, à savoir que les hernies ombilicales ont souvent lieu par les éraillures de la ligne blanche; deux autres, inguinales, l'une à droite, l'autre à gauche, formées toutes deux en grande partie par une accumulation de graisse, en dehors du péritoine, en dehors du sac herniaire irréductible, par conséquent, en grande partie, et qui auraient été facilement prises pour des épiplocèles.

Il est bon, messieurs, d'avoir toujours ces faits présents devant les yeux; car de semblables tumeurs peuvent exister avec ou sans hernie. Dans le premier cas elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic assez sérieuses; dans le second, elles peuvent faire croire à une hernie en partie irréductible. Et si la hernie vient à s'étrangler, si, à l'aide du taxis, on parvient à en opérer la réduction, si alors, comme cela s'observe encore assez souvent, les accidents de l'étranglement continuent, on peut croire à la persistance de la hernie, on peut faire une opération inutile et quelquefois dangereuse.

M. Bidart nous a monté une pièce qui vient appuyer et confirmer ces idées, et le chirurgien qui a pratiqué l'opération avait posé et discuté le diagnostic. Il mérite à juste titre toute notre confiance.

Je ne veux pas omettre une pièce de M. Tassel, un vrai cancer du rectum, et ils sont peu fréquents, comparativement aux tumeurs épithéliales ou papillaires et aux imperforations du rectum.

Sur un fœtus monstrueux, présenté par M. Tarnier, le sphincter formait une valvule imperforée qui oblitérait la lumière de l'intestin. Le fœtus n'a vécu que quinze heures ; et il est évident que l'on aurait pu pratiquer avec succès une opération de ce côté. Il a déjà été question de ce fœtus à propos des luxations de la rotule.

Les vrais polypes du rectum sont rares dans l'âge adulte; c'est à peine s'il est permis d'en compter quatre ou cinq exemples dans la science, l'un qui est de Dessault, un second de M. Jobert, un troisième de M. Nélaton, et peut-être encore quelques-uns que je ne connais pas ; mais ces tumeurs sont très-communes chez les enfants. Elles se présentent sous l'apparence d'une petite cerise rouge, saignante, qui sort au moment des garde-robes, et qui rentre assez facilement.

(La suite à un prochain numéro.)

graisse, on a filtré, on a fait évaporer au bain-marie, jusqu'à siccité. On a repris par l'eau, on a filtré, et le réactif de Frommersh n'a décelé aucune trace de sucre.

La décoction de viaude a été également essayée par le tartrate de cuivre et de potasse, mais sans succès.

Ces expériences démontrent que la viande ne contient pas une quantité appréciable de sucre, et que, par conséquent, elle ne fournit pas celui qu'on trouve dans le lait et dans le sang. Je ferai d'ailleurs remarquer que les animaux sur lesquels ces expériences ont été exécutées ont constamment été nourris avec de la viande cuite.

Les expériences que je viens d'indiquer me permettent d'affirmer que le sucre peut se former aux dépens des matières azotées ou grasses. L'organisme, à défaut de substances amylacées ou sucrées, décompose les principes albuminoïdes, et les transforme probablement en sucre, en urée et en d'autres produits qui sont brûlés. Les chimistes ont obtenu, depuis quelques années, un assez grand nombre de dédoublements qui nous permettent de comprendre la transformation des aliments azotés en substances ternaires.

Il paraît probable que les aliments féculents ou sucrés, les corps gras et les matières albuminoïdes peuvent, suivant la loi de Proust, se transformer les uns dans les autres. En effet, MM. Dumas et Milne Edwards ont prouvé que les abeilles transforment le sucre en cire. M. Liebig a démontré que les carbures d'hydrogène produisent la graisse, et les expériences de MM. Boussingault et Persoz ne laissent aucun doute sur la conversion de l'amidon en graisse.

Les matières albuminoïdes se dédoublent sous l'influence des ferments, en ammoniaque et en acide butyrique et valérianique, et il est probable qu'elles concourent à la formation de la graisse des animaux. On sait que le sucre produit l'huile de pomme de terre qui a tant d'analogie avec les corps gras et qu'il donne, sous l'influence des matières protéiques, de l'acide lactique et de l'acide butyrique.

Il résulte de ces faits que les animaux, comme les végétaux, peuvent, dans des circonstances déterminées, créer des principes immédiats, et que leur rôle ne consiste pas seulement à détruire ceux qui leur sont fournis par les végétaux.

2° *Le sucre est-il produit dans l'économie par la transformation des matières azotées ou de la graisse?*

J'ai démontré dans la première partie de ce travail que le sucre peut se former chez les animaux qui ne reçoivent pas d'aliments amylacés ou sucrés. Je me propose d'examiner maintenant si ce principe se produit par la transformation des matières azotées ou grasses, et j'ai institué pour l'étude de cette question une nouvelle série d'expériences.

Première expérience. — Un chien a été nourri, pendant dix jours, avec un mélange de graisse de bœuf et de beurre ne renfermant aucune trace de sucre. On obtint l'insensibilité et le colapsus par l'application des inhalations du chloroforme, et après avoir ouvert l'abdomen, on recueillit séparément :

1° Du sang de la veine porte au-dessous du foie;
2° Du sang des veines hépatiques;
3° Du sang de la veine cave inférieure.

On procéda à l'analyse et l'on trouva : sucre pour 100 de sang.

Sang de la veine porte......	» gr. »
Sang des veines hépatiques....	» 146
Sang de la veine cave inférieure..	» 130

Deuxième expérience. — Un chien nourri pendant 10 jours, avec les fibres musculaires de la viande cuite et séparée avec le plus grand soin de la graisse, fut soumis à l'action du chloroforme. On dosa la quantité de sucre dans les produits suivants, et l'on trouva :

	Sucre pour 100 de sang.
Sang de la veine porte	» gr. »
Sang des veines hépatiques....	» 149
Sang de la veine cave inférieure..	» 128

Dans une autre expérience faite récemment, on n'a trouvé que des traces de sucre dans le sang des veines hépatiques et de la veine cave.

Troisième expérience. — Un chien fut soumis à l'abstinence pendant 10 jours, on recueillit le sang de la veine porte, des veines hépatiques, et de la veine cave inférieure, et on obtint les résultats suivants :

	Sucre pour 100 de sang.
Sang de la veine porte....	» gr. »
Sang des veines hépatiques..	» 013
Sang de la veine cave inférieure.	traces.

En rapprochant les résultats de ces trois expériences, on est tenté d'admettre que les matières grasses concourent avec les aliments plastiques à la production du sucre. Mais si l'on réfléchit que la transformation de la graisse en sucre ne saurait s'expliquer dans l'état actuel de nos connaissances, que, d'un autre côté, la présence, dans l'économie, d'un aliment respiratoire abondant, comme la graisse, a pu, en quelque sorte, mettre le sucre existant ou formé par les tissus à l'abri de l'oxygène, on ne tarde pas à comprendre que de nouvelles recherches sont nécessaires pour résoudre ce probléme. Ce sera le sujet d'un second travail que j'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie. M. Lehmann, ayant observé que la fibrine disparaît dans le foie, a été conduit à admettre que le sucre se produit dans le foie par la fibrine et l'hématine; mais il reste encore à prouver, par des expériences de laboratoire, la formation du sucre avec les matières albuminoïdes.

3° *La matière sucrée se forme-t-elle par l'action digestive dans le foie ou dans le torrent circulatoire?*

Dans une quatrième série d'expériences, j'ai cherché la source du sucre, question si controversée dans ces derniers temps. La matière sucrée se forme-t-elle par l'action digestive dans le foie ou dans le torrent circulatoire? Le sang de la veine porte des animaux nourris à la viande contient-il du sucre? En trouve-t-on une proportion plus considérable dans le sang des veines sus-hépatiques et dans celui de la veine cave inférieure? Le sang artériel en renferme-t-il? Telles sont les questions importantes que j'ai cru devoir examiner, et qui se rattachent naturellement à mes premières expériences.

J'ai employé dans ces recherches d'abord le procédé proposé, il y a longtemps, par M. Bernard, et qui consiste, comme on sait, à laisser coaguler le sang, à traiter le sérum par le tartrate de cuivre et de potasse, et à faire bouillir le mélange afin de réduire le bioxyde de cuivre. Cette méthode, simple et rapide, ne permet pas cependant de doser exactement le sucre, et elle a, en outre, l'inconvénient de s'appliquer à un liquide chargé de sel et d'albumine.

Pour avoir la quantité exacte du sucre, j'ai fait usage dans ces derniers temps de l'excellent procédé proposé par M. Figuier. Le sang défibriné et pesé a été mêlé avec trois fois son volume d'alcool à 906. Au bout de huit à dix minutes, on l'a passé à travers un linge. On a exprimé, puis on a filtré le liquide. Celui-ci a été évaporé au bain-marie, jusqu'à siccité, après l'avoir légèrement acidulé par l'acide acétique. On a pesé le résidu de l'évaporation, ensuite on l'a repris par l'eau distillée, et enfin la solution filtrée a été traitée par la liqueur cuivrique titrée pour déterminer la proportion de glucose. Toutes les déterminations indiquées dans ce travail ont été obtenues par cette méthode.

Première expérienee. — Un chien adulte a été nourri, pendant huit jours, au pain arrosé de bouillon gras. Après deux jours d'une abstinence complète d'aliments, on lui a donné un kilogramme de pain et de l'eau; trois heures après ce repas, on a employé le chloroforme pour produire l'insensibilité et le collapsus; on a ouvert l'abdomen, et on a recueilli séparément le sang de la veine porte, des veines sus-hépatiques, de la veine cave inférieure et de l'artère carotide, ainsi que les matières alimentaires contenues dans l'estomac et dans l'intention grêle. On a eu le soin de placer convenablement les ligatures, afin d'obtenir ces différents sangs sans mélange. C'est ainsi que la veine porte a été liée avant son entrée dans le foie, et que le sang des veines hépatiques a été séparé de celui de la veine cave.

Les ligatures étant faites, on recueillait le sang des vaisseaux, en les incisant.

J'ai déterminé ensuite la quantité de sucre dans tous les produits, et voici les résultats que j'ai obtenus :

	Sucre p. 100 de sang.
Sang de la veine porte.	0 gr., 322
Sang des veines sus-hépatiques. . .	0 gr., 327
Sang de la veine cave inférieure . . .	0 gr., 103
Sang de l'artère carotide.	0 gr., 052

Les matières contenues dans l'estomac et dans l'intestin grêle renfermaient beaucoup de sucre.

J'ai fait trois expériences dans les mêmes conditions, et les résultats généraux n'ont pas varié. Dans une de ces expériences, le sang de la veine porte a fourni 0 gr., 262 de sucre pour 100 de sang ; le sang des veines hépatiques, 0 gr., 267 et le sang de l'artère épigastrique, 0 gr., 132.

M. le professeur Lehmann a communiqué récemment à l'Académie des sciences des recherches sur la présence du sucre dans le sang de la veine porte des chiens nourris avec des substances végétales, et il résulte de ses expériences que la quantité de sucre y est si faible, que le dosage n'est pas possible. Dans une expérience faite sur le sérum du sang d'un cheval nourri avec du son de seigle, de la paille hachée et du foin, il n'a trouvé que 0,005 pour 100 de sucre. Ces résultats, si extrordinaires, sont en opposition avec les miens et avec les données générales de la science. J'espère que ces chiffres ne représentent pas les faits, tels qu'ils ont été observés par le savant professeur, et que de nouveaux renseignements feront connaître la cause de cette erreur.

Deuxième expérience. — Un chien adulte et de forte taille fut soumis à l'action du chloroforme, le troisième jour d'une abstinence absolue, et l'on recueillit :

1° Du sang de la veine porte, après y avoir appliqué avec les précautions connues, une ligature du côté du foie ;
2° Du sang des veines sus-hépatiques ;
3° Du sang de la veine cave inférieure ;
4° Du sang de l'artère crurale.

Je fis la détermination du sucre par le procédé que je viens d'indiquer, et j'obtins les résultats suivants :

	Sucre p. 100 de sang.
Sang de la veine porte.	0,025
Sang des veines hépatiques.	0,049
Sang de la veine cave inférieure	0,042
Sang de l'artère crurale.	0,022

Ainsi, après trois jours d'une abstinence complète, on a encore trouvé du sucre dans le sang de la veine porte et dans le sang artériel.

Troisième expérience. — Un chien fut laissé sans nourriture pendant huit jours ; après avoir produit l'anesthésie par le chloroforme, on ouvrit l'abdomen, et on recueillit séparément du sang de la veine porte, du sang des veines hépatiques et du sang de l'artère crurale. L'estomac et les intestins étaient vides, rétractés et pâles.

On a dosé la quantité de sucre contenu dans le sang et on a obtenu les chiffres suivants :

	Sucre p. 100 de sang.
Sang de la veine porte.	» »
Sang des veines hépatiques	0,022
Sang de la veine cave inférieure.	Traces.

Chez un autre chien à jeun depuis quatre jours, on n'a pas trouvé de sucre dans le sang de la veine porte avant son entrée dans le foie, tandis qu'on en a rencontré dans le sang des veines hépatiques.

Quatrième expérience.—Un chien jeune et vigoureux, à jeun depuis deux jours, a été nourri pendant huit jours avec de la viande cuite, puis après trente-six heures d'abstinence d'aliments, il reçut un repas copieux de viande cuite. Il fut ensuite chloroformisé en pleine digestion, et on recueillit du sang de la veine porte, du sang des veines hépatiques, du sang de la veine cave, du sang de l'artère crurale, du sang du ventricule droit du cœur, et enfin les matières alimentaires contenues dans l'estomac et dans l'intestin grêle.

On fit l'analyse de ces produits, et on trouva :

	Sucre p. 100 de sang.
Sang de la veine porte.	» »
Sang des veines hépatiques	0,340
Sang de la veine cave inférieure.	0,083
Sang de l'artère crurale	0,032
Sang du ventricule droit du cœur . . .	Quant. indéter.

Les matières alimentaires, traitées d'abord par l'alcool à 90 degrés, puis par l'eau, et, enfin, par la liqueur de Frommesh, ne contenaient aucune trace de sucre.

Chez un autre chien, nourri également avec de la viande cuite pendant huit jours, et sacrifié trois heures après le repas, le sang des veines sus-hépatiqnes a fourni 0 gr., 152 de sucre pour 100 de sang, tandis que le sang de la veine porte n'en contenait pas.

Dans une troisième expérience, faite dans les mêmes conditions, l'analyse a donné les résultats qui suivent :

	Sucre p. 100 de sang.
Sang de la veine porte.	» »
Sang des veines hépatiques	0,159
Sang de l'artère crurale.	0,060

Les matières contenues dans le tube digestif ne renfermaient pas de sucre.

Les résultats des analyses de la troisième série d'expériences sont réunies dans le tableau suivant :

ALIMENTATION.	QUANTITÉ DE SUCRE POUR 100 DE SANG. sang de la veine porte.	sang des veines hépatiques.	sang de la veine cave inférieure.	sang artériel.	Matières alimentaires.	OBSERVATIONS.
Pain et bouillon gras.	0, 322	0, 327	0, 103	0, 052	Beaucoup	
Pain et bouillon gras.	0, 262	0, 267		0, 132	de	
Abstinence depuis 3 jours.	0, 025	0, 049	0, 042	0, 023	sucre.	
Abstinence depuis 8 jours.		0, 022				
Viande cuite.		0, 340	0, 083	0, 032		
Viande cuite.		0, 152				
Viande cuite.		0, 159		0, 060		

Conclusions.

Il résulte des expériences consignées dans ce mémoire :

1° Que le sucre peut se former dans l'économie aux dépens des aliments azotés et peut-être des corps gras ;

2° Que l'alimentation absolue à la graisse ne semble pas diminuer la proportion de sucre dans l'organisme ;

3° Que les aliments amylacés se transforment en sucre par l'action digestive ;

4° Que, chez les animaux nourris avec des matières amylacées, le sang de la veine porte contient une proportion considérable de sucre ;

5° Que, chez les animaux nourris avec de la viande, il n'existe pas de sucre dans le sang de la veine porte, qu'on en trouve, au contraire, une quantité notable dans les veines hépatiques, dans la veine cave inférieure et même dans le sang artériel ;

6° Que le sang de la veine porte des animaux soumis à l'abstinence complète ne contient pas de sucre ;

7° Que, par conséquent, on est bien obligé d'admettre que, chez les animaux nourris avec des matières azotées et de la graisse, la production du sucre a lieu dans le foie.

De l'usage des plaques ou tranches d'éponges comme topiques médicamenteux et comme substance absorbante.

La lettre suivante, adressée à son Excellence M. le Ministre de la guerre, par notre honorable et distingué confrère M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, renferme une proposition qui pourra recevoir d'heureuses applications dans nos campagnes, et, pour cette raison, nous croyons utile de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur d'adresser, directement à votre Excellence, une communication qui devait être l'objet d'un mémoire que j'avais le projet de soumettre à l'Académie impériale de médecine, mais que dans les circonstances actuelles je n'ai pas voulu exposer à des lenteurs.

J'ai l'honneur de proposer l'usage des plaques d'éponge comme *topiques médicamenteux*, comme *substance absorbante* dans le traitement des plaies d'armes à feu.

Je n'ai pas la prétention d'établir et de faire admettre que les moyens proposés par moi sont supérieurs, et doivent être préférés à ceux qui sont généralement mis en usage dans les hôpitaux ordinaires et dans la pratique civile, loin de moi cette pensée : mais je veux établir que, malgré leur infériorité relative, ces moyens peuvent rendre de très-grands services, surtout en temps de guerre, dans les hôpitaux militaires, dans les ambulances, sur le champ de bataille, dans

les transports des blessés, et suppléer, avec avantage, à l'insuffisance ou à l'absence complète d'autres ressources.

L'usage des plaques d'éponge, dans le traitement des plaies d'armes à feu, rend les pansements plus faciles, plus prompts, plus économiques, et dans quelques cas beaucoup plus efficaces.

Les chirurgiens qui exercent dans les campagnes, comme les chirurgiens d'armée, sont quelquefois forcés d'inventer des moyens nouveaux pour suppléer à l'insuffisance ou à l'absence totale des moyens ordinaires; c'est à cette circonstance que je dois d'avoir mis en usage ceux que je propose, et d'avoir pu en apprécier la valeur par les résultats pratiques que j'en ai obtenus.

L'éponge brune est celle qui me paraît avoir les plus grands avantages.

1° Cette substance abonde dans le commerce, elle est d'un prix peu élevé, facile à transporter, parce qu'elle ne s'altère pas, qu'elle fait peu de poids, que son volume peut être considérablement réduit par la pression;

2° Lorsqu'elle a été mouillée elle devient molle, souple, peut parfaitement s'appliquer sur les plaies, sur les surfaces enflammées, soit médiatement, soit immédiatement, sans causer plus de douleurs ni plus d'accidents que les objets ordinaires de pansement;

3° Cette substance absorbe avec une grande facilité les divers liquides, soit le sang, soit le pus, soit les préparations des solutions médicamenteuses;

4° Après avoir été imbibée d'un liquide quelconque, l'éponge peut être exprimée, lavée; elle n'a subi presqu'aucune altération, et peut, pendant longtemps, servir pour le même usage.

Dans la première période des plaies d'armes à feu, soit dans les fractures des os, soit dans les solutions de continuité des parties molles, compliquées de contusion, de déchirure, de broiement, etc., il se produit une série de phénomènes, *inflammation, gonflement, gangrène*, contre lesquels les *médications topiques* sont généralement d'une grande utilité.

Aux cataplasmes, aux irrigations froides, aux compresses résolutives ou émollientes, etc., etc., qu'on emploie dans les hôpitaux ordinaires, on peut substituer avec beaucoup de succès les plaques d'éponge, qui seront imbibées d'eau froide, d'un liquide émolliant, narcotique, résolutif, tonique, aromatique, etc., suivant l'indication.

Ces topiques ont l'avantage de pouvoir être appliqués dans toutes les conditions, dans tous les lieux, de pouvoir être entretenus, sans déranger les pièces d'appareils, et par les soins d'hommes étrangers à la médecine.

Dans la seconde période, surviennent les suppurations abondantes, l'élimination des escarres, la sortie des esquilles, la pourriture d'hôpital, et beaucoup d'autres accidents très-graves : c'est dans cette période surtout que les plaques d'éponge ont un avantage réel; comme la charpie, elles absorbent les liquides; comme la charpie, elles protègent les parties malades;— mais de plus, leur emploi exige moins de temps, moins de précautions, moins de dextérité,— et d'ailleurs, sans perdre de leur souplesse, de la facilité d'emploi, elles peuvent être préalablement imbibées de liquides *médicamenteux* ou *désinfectants*.

Cette dernière circonstance me paraît avoir une importance majeure, surtout dans la saison des fortes chaleurs et dans les établissements encombrés de malades.

Dans un moment, monsieur le Ministre, où nos armées d'Orient excitent l'admiration de l'Europe par leur courage, la sympathie de tous les cœurs généreux par leurs souffrances, je serais heureux de payer mon faible tribut d'admiration et de sympathie en contribuant, pour une petite part, à pallier quelques douleurs, à procurer quelques soulagements à nos braves et malheureux blessés.

Daignez, etc.

Pont-l'Evêque, le 11 avril 1855.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 10 *avril* 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Médication bromo-iodurée.— Nouvelle notice sur la médication iodo-bromurée, par le docteur Ludger LUNIER, directeur de l'asile des aliénés de Blois.

Candidature. — Une lettre par laquelle le docteur Henri ROGER annonce qu'il se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. Bérard a la parole à propos de la correspondance.

M. BÉRARD : Un arrière-neveu de Sauvages, M. le baron d'Hombres Firmas, a découvert parmi ses papiers de famille un manuscrit de la thèse de son illustre ancêtre, thèse qui était devenue extrêmement rare et qui ne se trouvait même pas dans les collections de la Faculté de Montpellier. Il a eu l'heureuse idée de la faire réimprimer et l'obligeance de m'en communiquer deux exemplaires, dont l'un est destiné à l'Académie de médecine. Cette thèse, imprimée à Montpellier en 1724, est intitulée : *Dissertatio medica atque ludicra de amore. Utrum sit amor sanabilis herbis?* C'est une œuvre charmante de style et de pensée; l'auteur, alors âgé de vingt ans, prouve qu'il est un digne disciple d'Apollon.

Les classiques latins, Ovide surtout, y sont cités à chaque ligne dans leurs passages les moins classiques. Ces emprunts sont si habilement fondus avec le texte, qu'on dirait le tout sorti de la même plume. Quant au fond, la thèse est écrite dans l'esprit et les principes de la secte iatro-mécanique ou iatro-mathématique. Sauvages, dont les opinions devaient plus tard subir une réaction si profonde et donner le branle à son expulsion de Montpellier, Sauvages expliquait alors toutes choses par l'oscillation et la vibration des fibres tendues. Soit une jeune fille dont le sein mesure dans son diamètre transversal 7 pouces, et acquiert, en se distendant et en devenant hémisphérique, 11 pouces; la tension des fibres transversales sera comme 100 est à 314. Le moyen qu'elle ne sache pas après cela ce que c'est que l'amour. De semblables fibres existent dans l'utérus et se trouvent tendues par l'afflux du sang menstruel. La turgescence est encore admise dans d'autres organes *nobilissimis et elegantissimis*.

En métaphysique, le jeune Sauvages professe les mêmes principes. Le jugement sur le bien est le résultat des vibrations synchrones ou isochrones des deux fibres, dont l'une représente une propriété, et l'autre la notion que notre corps en pourra recueillir quelque bien. La volonté n'est que l'attention fixée sur la perception de cette convenance.

Aujourd'hui les choses sont bien changées. Hommes et brutes, quand nous ressentons l'aiguillon de l'amour, c'est par la détermination volontaire d'une force qui nous porte à faire ce qui convient à notre désir. Ce principe, dont Montpellier semble aujourd'hui avoir usurpé le privilége, et que l'on appelle *âme*, y vit avec le principe vital en parfaite intelligence, ce dont on n'a pas l'air de se douter à Paris.

Après que le futur nosologiste a décrit l'amour, ce doux mal *qui inter puellas et adolescentulos serpit*, il s'occupe à y chercher un remède, et il conclut, *invito Apolline*, que l'amour peut guérir par l'usage des plantes.

Dans la réimpression que nous devons à M. d'Hombres Firmas, on a eu soin d'ajouter à la dernière page l'argumentation dont la thèse a été l'objet, et que Sauvages a eue à soutenir contre Deidier, Haguenot et Astruc.

Je termine en invitant M. le bibliothécaire à serrer précieusement l'opuscule que je lui remets, de peur que quelque bibliomane ne mette, par distraction, ce tout petit livre dans sa poche.

— M. LE PRÉSIDENT annonce l'ouverture du scrutin pour la nomination d'un nouveau trésorier. — Au premier tour :

M. Poiseuille obtient	26 voix.
M. Gimelle.	25
M. Bricheteau.	15
M. Pâtissier.	1
M. Jolly.	1

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, qui est de 36 voix, il est procédé à un deuxième tour de scrutin, qui donne le résultat suivant :

M. Gimelle obtient.	35 voix.
M. Poiseuille.	20
M. Bricheteau.	6

Majorité absolue 32.

En conséquence, M. Gimelle est nommé trésorier de l'Académie.

— M. BOUVIER lit un rapport sur un travail de M. Blache, médecin à l'hôpital des Enfants, relatif au *traitement de la chorée par la gymnastique*. Après avoir précisé le diagnostic de la chorée et l'avoir distinguée de la *dansomanie*, le rapporteur examine les résultats statistiques des différentes méthodes employées dans le traitement de cette affection : les purgatifs, les antispasmodiques, les stupéfiants, les bains sulfureux, le quinquina, les ferrugineux, la strychnine, puis compare ces résultats avec ceux obtenus à l'aide de la gymnastique. Cette comparaison prouve que la durée de la maladie est à peu de chose près la même, qu'elle qu'ait été la médication employée; d'où l'on peut conclure ou bien qu'elles sont toutes sans influence réelle sur la marche de la chorée, ou que leur degré d'efficacité est sensiblement le même. Mais, d'une part, la chorée a peu de tendance à guérir spontanément;

d'une autre part, l'influence positive des diverses méthodes est démontrée par les modifications plus ou moins rapides dont leur emploi est suivi. Dans les cas graves, le succès de la gymnastique a été remarquable dans plusieurs faits de cette catégorie cités par M. Blache. Quant au mode d'action de cet agent thérapeutique, il paraît consister en ce que les muscles antagonistes acquièrent un degré de force de plus en plus suffisant pour résister aux mouvements volontaires produits directement ; or, c'est précisément ce défaut d'équilibration entre les contractions directes et volontaires et les contractions antagonistes, qui fait naître dans la chorée les mouvements plutôt désordonnés que convulsifs qui la caractérisent.

La parfaite innocuité de la gymnastique est une circonstance qui la recommande à l'attention des médecins, surtout quand on songe à quels dangers l'on expose les malades en employant des médicaments aussi actifs que la strychnine, par exemple.

M. Bouvier termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Blache de son intéressante communication ;

2° L'engager à continuer ses recherches sur le traitement de la chorée ;

3° Renvoyer son travail au comité de publication.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Rapport a la Société médico-psychologique lu par M. H. de Castelnau, sur la candidature et les titres scientifiques De M. PIERQUIN, de Gembloux,

(Suite. — Voir notre dernier numéro.)

III. — Le *troisième* ouvrage dont j'ai à vous entretenir est une brochure de 156 pages, presqu'un livre, qui a pour titre : *Idiomologie des animaux*. Ce livre singulier, moins amusant toutefois qu'original, commence par ces mots qui peuvent donner une idée de l'esprit dans lequel il est conçu, de la nature des preuves que l'auteur croit pouvoir invoquer à l'appui de ses opinions, et de la clarté avec laquelle les unes et les autres sont exposées :

« La *Bible* avait dit le premier et le dernier mot sur l'idiomologie des animaux, et, d'après ce livre de l'éternité, la philologie peut maintenant, et avec toute raison, conclure hardiment qu'à l'époque où Dieu peupla l'univers d'intelligences organisées, la langue de toutes ses créatures était identiquement la même, *sauf toutefois les nuances infinies tout naturellement déterminées, à perpétuité, par une foule de circonstances puissantes, quoique inappréciables, et qu'il serait hors de propos de rechercher ici.* »

A l'appui de cette première proposition, l'auteur cite plusieurs passages du livre saint où il est parlé de conversations fréquentes entre l'homme et les animaux, outre « *celle dans laquelle* » dit l'auteur « *le serpent abusa de son éloquence pour séduire Eve.* » Et comme si l'imposante autorité de la *Bible* ne lui suffisait pas, il ajoute :

« Platon dit positivement que les enfants vivaient et conversaient, non-seulement entre eux, mais encore avec les animaux. Ils pouvaient parler à tous les êtres, tous pouvaient leur répondre, et leur apprendre à devenir plus sages et plus heureux. Ainsi, auprès de l'ânesse de Balaam, se trouvent les chevaux d'Achille : etc. »

Il est facile, Messieurs, de prévoir à quelles conséquences on doit être conduit, lorsqu'on part, comme d'un axiome, de ces affirmations métaphoriques et ténébreuses ; il ne serait cependant pas tout à fait sans intérêt de suivre pas à pas les écarts d'un esprit ainsi lancé à l'aventure ; mais ce serait là une étude qui demanderait beaucoup de temps et de sagacité pour être faite, plus d'art encore et de fine délicatesse pour être racontée, et que, pour cette double raison, je laisserai à des observateurs plus subtils. Je me contenterai de leur montrer aproximativement, par une analyse sommaire, dans quelle mesure l'*Idiomologie des animaux* pourrait satisfaire leur scientifique curiosité.

Cet ouvrage est divisé en cinq parties.

Dans la première, l'auteur expose l'historique de la question, et prétend prouver, par le témoignage des grands monuments de l'esprit humain, et par l'autorité de quelques philosophes, que les animaux ont eu et ont encore un vrai langage, lequel, à une certaine époque, était identique à celui de l'homme. Cette identité a cessé parce que le langage de l'homme s'est modifié et que celui des animaux est resté invariable. Dans une autre partie de l'ouvrage, l'auteur, sous le rapport de l'invariabilité, émet, soit indirectement, soit même directement, une opinion différente. Mais ce n'est point sur les contradictions que j'ai l'intention de m'appesantir.

A quelle époque cette *révolution phonétique* s'est-elle opérée ? L'auteur ne se prononce pas catégoriquement, la *Bible* étant muette à cet égard ; mais il penche fortement à placer cet événement au moment de la confusion des langues, lors du projet peu astronomique que formèrent les hommes d'élever une tour jusqu'au ciel. Je ne vois pas trop quelle époque plus rationnelle on pourrait choisir, et je ne me chargerais certes pas de la chercher.

Tous ceux qui ont traité la même question que l'auteur ne partagent pas naturellement son opinion, et parmi ses adversaires, il a le regret de compter M. le professeur Lordat, « pour qui, dit M. Pierquin, l'*anatomie et la physiologie comparées n'ont depuis longtemps aucun mystère!* » Heureux professeur ! que ne sait-il, dans l'intérêt de la science et pour l'honneur de sa doctrine, aussi bien expliquer les mystères que les comprendre !

M. Lordat, quoiqu'il fût, toujours d'après M. Pierquin, l'*homme qui convenait le mieux à la question et à qui la question convenait le mieux,* » ce qui est bien possible, ne peut cependant admettre que l'homme et les animaux se soient compris à aucune époque mieux qu'aujourd'hui ; l'une de ses principales raisons est ce passage de la *Bible :* « Ne devenez pas semblable au cheval et au mulet qui n'ont point d'intelligence et pour la conduite desquels il faut serrer les mâchoires avec les mors et régler les pas avec les rênes. » (Psaume XXXI.)

Mais M. Pierquin répond victorieusement à son maître, le savant professeur de Montpellier, non-seulement que la *Bible* renferme plusieurs passages contraires *que M. Lordat ignore*, mais encore et surtout que « *les mors et les rênes, dans le principe, furent* imaginés autant pour vaincre la résistance et l'obstination que pour *économiser* de temps en temps *la parole du commandement.* »

La seconde partie de l'*Idiomologie des animaux* est consacrée à l'anatomie et à la physiologie. Dans ce chapitre, l'auteur partant de ce principe, que l'existence des organes entraîne celle des fonctions, et voyant que la plupart des classes animales sont douées d'organes de la phonation, en conclut qu'elles doivent nécessairement avoir un langage. Une seule difficulté pourrait ici embarrasser le lecteur chrétien, c'est qu'aucun des serpents connus ne possède d'appareil vocal, et qu'ainsi, on s'explique difficilement comment un de ces serpents aurait pu tenir un discours éloquent à la première femme. Une hypothèse ingénieuse de M. Pierquin lève cette difficulté : « Ne pourrait-il pas se faire, » dit-il, « comme la nature ne procède jamais par sauts, mais toujours par transitions insensibles, qu'un ophidien, perdu aujourd'hui, eût été doué des *rudiments pulmonaires* que nous allons trouver dans la famille qui suit immédiatement celle-ci dans le cadre zoologique ? » — S'il paraît possible de faire de l'anatomie, de la physiologie, de la zoologie et de la paléontologie plus exactes, on peut dire du moins en faveur de M. Pierquin qu'il semble difficile d'en faire de plus orthodoxes.

Dans la troisième partie de son ouvrage qu'il intitule *Linguistique*, l'auteur se propose de rechercher si « *les langues des animaux sont faites sur des plans d'idées différentes des nôtres. Qui sait?* » ajoute-t-il ; « *là peut-être se retrouvera la plus grande simplicité grammaticale et glossologique. Marchons et nous verrons après. Les voyageurs ne procèdent pas autrement :* C'EST LA VOIE DE CHRISTOPHE-COLOMB. »

On pourrait peut-être contester que la voie de M. Pierquin, même toute proportion gardée, soit précisément celle de l'immortel navigateur ; mais ce n'est pas à quoi je m'arrêterai. J'aimerais mieux vous donner une idée de la manière dont notre auteur a entendu et traité les questions qui font l'objet du troisième chapitre ; malheureusement, si j'entreprenais cette tâche, je ne serais pas bien sûr de pouvoir la mener à bonne fin ; ce que j'ai compris de plus clair dans ce chapitre, c'est que, comme témoignage de la communauté de leur origine, l'auteur invoque cette circonstance que *la langue* des animaux et *celles* des hommes sont également *polysyllabiques, ce qui condamne* l'opinion des philologues qui ont prétendu que, dans le principe, toutes les langues humaines étaient *monosyllabiques*.

D'après le résumé, très-sommaire il est vrai, des trois premières parties de l'*Idiomologie*, vous ne vous attendriez peut-être pas, Messieurs, que le langage des animaux soit assez avancé pour avoir sa *syntaxe* et son *vocabulaire*. C'est pourtant à l'étude de ces deux objets qu'est consacrée la quatrième partie de l'ouvrage. L'auteur s'y propose de rechercher en quoi consiste précisément le langage de chaque famille zoologique, et, après avoir signalé « *les mille et une* « *difficultés qui se présentent dans la* RÉDACTION *des vocabulaires ;* » après s'être livré à diverses digressions dont quelques-unes dénotent des études philologiques sérieuses et fort étendues, quoique mal coordonnées ; après avoir admis que, *probablement*, l'article, l'adjectif, le verbe, etc., sont exclus du vocabulaire zoologique, il conclut, *très-*

positivement, que ce vocabulaire se réduit à l'*interjection* et au *substantif verbal.* Des inflexions de voix et répétitions de sons remplacent, dans la langue zoologique, les autres parties du discours.

Quant à la syntaxe, elle n'est pour l'auteur, d'une manière absolue, « autre chose que la liaison forcée, inévitable de nos idées, suivies ou mieux représentées dans le même ordre, lors de leur manifestation vocale. » Dès lors, les animaux ne pourraient pas plus que l'homme échapper à la syntaxe, et leur langage n'y est pas moins soumis que le nôtre. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'exposer les raisons que l'auteur donne à l'appui de sa manière de voir; cela nous serait d'ailleurs assez peu facile.

Dans la cinquième partie de l'*Idiomologie,* qui est la dernière, l'auteur a l'intention de traiter de la glossologie des animaux. Je ne suis pas assez certain d'avoir bien saisi l'ensemble de ce chapitre pour essayer de vous en donner même une idée sommaire. Ce qui m'y est apparu avec le plus de netteté, c'est que l'on trouve dans les langues des divers animaux les mêmes syllabes que dans les langues humaines, quoique d'ailleurs la transcription graphique des diverses syllables zoologiques soit encore à faire. Pour commencer cette grande entreprise et donner un modèle à ceux qui voudraient suivre la voie qu'il a ouverte, l'auteur, après une « étude longue, attentive, minutieuse, » est parvenu à écrire le glossaire du ouistiti; il nous en fait connaître onze mots, plus un sifflement, dont il donne une traduction humaine qu'il tient pour très-fidèle. Il suffira de reproduire ici un de ces mots pour donner une idée de la sagacité de l'auteur. En voici un pris au hasard : — QUOUÉÉE — dont la traduction humaine est : — « *Souffrir avec désespoir de ce qu'on ne peut échapper à une douleur physique ou morale.* » De cet exemple et des dix autres, il résulte que la langue du ouistiti possède au suprême degré le privilége de dire beaucoup de choses en peu de mots. Il est douteux toutefois que ce résultat paraisse aux futurs philologues une conquête suffisamment positive pour que l'exemple de M. Pierquin trouve beaucoup d'imitateurs.

Le *quatrième* ouvrage dont j'ai à vous rendre compte est le plus considérable, par son étendue, de ceux que M. Pierquin a soumis à l'examen de votre commission; il doit l'être aussi par son importance, si l'idée que s'en fait l'auteur est bien celle qu'on en doit concevoir : « *Mon ouvrage,* » dit-il, « *manquait aux besoins* LES PLUS IMPÉRIEUX *de la philosophie, de la médecine, de l'hippiatrique, de la politique, de l'économie politique, de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, de tout ce qui intéresse enfin la société.* » Il est vrai qu'il ne s'illusionne pas beaucoup plus que de raison et qu'il ne s'attend pas à trouver tout le monde de son avis; il compte même sur un très-petit nombre de partisans et il prévoit surtout une opposition formelle parmi les hommes dont les idées religieuses sont sans lumières, parmi les philosophes, les vétérinaires et les médecins. Mais il a foi dans l'avenir, et, en attendant, *il se place* humblement, quoique « *avec confiance, sous l'égide de la raison et de l'indépendance publique.* » Il serait fort difficile assurément de chercher un meilleur abri; reste à savoir si ces deux puissants protecteurs accepteront le patronage que modestement on leur offre.

La vieille question de l'intelligence des animaux se présente toujours jeune d'attraits et d'intérêt aux méditations des philosophes; il n'est donc pas étonnant qu'elle ait séduit M. Pierquin. Partisan de l'opinion qui accorde à juste titre une véritable intelligence aux animaux; M. Pierquin a pensé que l'existence chez eux de l'aliénation mentale constituerait une nouvelle et puissante preuve en faveur de cette opinion; il a donc cherché cette folie; il l'a trouvée tellement étudiée sous toutes ses faces qu'il a consacré, sous le nom de *Traité de la folie des animaux,* deux volumes à décrire et à traiter les questions qu'il suppose devoir s'y rapporter. C'était beaucoup, Messieurs, pour exposer une découverte une preuve nouvelle, c'était trop. M. Pierquin n'a donné à son ouvrage? telles dimensions qu'en y entassant des faits, des narrations si bizarres, empruntés à des sources si diverses, si hétérogènes, si étranges, qu'on est obligé de se demander à chaque instant si l'auteur a eu une intention sérieuse, ou si son livre n'a d'autre but que de prouver au lecteur des distractions d'un genre inusité. On finit cependant par s'en convaincre : l'intention a été sérieuse et même bonne; l'auteur a cru sincèrement imprimer un progrès à la science. Il ne nous faut rien moins que cette intime conviction pour oser vous parler plus longtemps de son quatrième et singulier ouvrage.

(*La suite au prochain numéro.*)

— Un des plus anciens, des plus importants journaux de province, *la Gazette médicale de Montpellier,* annonce qu'il cesse de paraître, et il termine la dernière phrase de son oraison funèbre par un calembourg. Si M. Chrestien était mort moins gaiement, nous nous serions très-sincèrement affligé du trépas de son journal, car nous nous affligeons toujours de voir disparaître de l'arène scientifique un champion de l'indépendance, même quand cette qualité n'est pas employée avec tout l'à-propos désirable. La gaieté de M. Chrestien tempère un peu nos regrets, et nous devons nous borner à repousser un reproche que *la Gazette de Montpellier* nous adresse en mourant, celui d'avoir été assez *charitable* pour annoncer la destitution de M. Chrestien pour des articles publiés dans son journal. La *charité* dont nous accuse notre défunt confrère n'a jamais été à notre usage; lorsque la destitution de M. Chrestien fut arrêtée, nous annonçâmes purement et simplement le fait; à moins d'applaudir à l'acte, il nous était impossible d'en dire plus long. Lorsque l'arrêté de destitution fut retiré, nous nous en félicitâmes, et en cela nous croyons avoir fait preuve d'un autre genre de charité que de celui dont M. Chrestien a voulu parler.

Si nous n'acceptons pas le reproche de M. Chrestien, nous n'acceptons pas d'avantage ses motifs de retraite. M. Chrestien se retire parce que son indépendance lui a fait des ennemis et l'a empêché d'arriver au professorat; il se retire parce qu'il lui a toujours été impossible, dit-il, de chanter le fameux refrain du fameux Pamphile. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner si c'est bien l'indépendance de M. Chrestien qui l'a empêché d'arriver au professorat; mais en tous cas, ce ne serait pas là à notre avis un motif de laisser tomber sa plume, au contraire. Se retirer parce qu'on a des ennemis n'est guère plus acceptable. A ce compte tout homme qui tient une plume et surtout une plume de journaliste, devrait cesser d'écrire dès qu'il a commencé, car dès le lendemain de son premier article il a des ennemis, si son article n'est pas une plate flagornerie, et encore! N'y a-t-il pas des gens qui sont les ennemis de quiconque donne des éloges à leurs ennemis! Qu'on se retire devant l'impossibilité morale ou matérielle de continuer une œuvre de critique scientifique, nous le comprenons, tout le monde le comprend, et il ne peut y avoir aucune honte à l'avouer; sans faire de tort au savant rédacteur de la *Gazette de Montpellier,* des hommes plus forts que lui en ont été réduits à cette extrémité. Mais, pour finir comme notre ex-confrère, un journaliste Chrestien peut bien et doit pardonner à ses ennemis; il ne doit pas se retirer devant eux.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 18 avril 1855, MM. BÉNARD, pharmacien de 1re classe, et JAMES, docteur en médecine, ancien chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, sont nommés professeurs suppléants près ladite École.

ERRATA. — Dans le numéro du 21, il s'est glissé quelques erreurs dont les principales doivent être corrigées ainsi :

Article *Tétanos comparé,* pag. 380, 2e col., 3e alinéa, lig. 14, *au lieu de* Roche-Lubui, *lisez* Roche-Lubin.

Pag. 381, 2e col., lig. 54, *au lieu de* rapporter, *lisez,* reporter.

Pag. 382, 1re col., lig. 7, *au lieu de* M. Valtert, *lisez,* M. Valtat. — 2e col., lig. 30, *au lieu de* Nosologie générale, *lisez,* Posologie générale. — Après : *trismus* au lieu d'un point mettre une virgule, et un point après : *par lui,* au lieu d'une virgule.

Pag. 383, 1re col., lig. 21 et 22, *au lieu de :* si c'est sous l'influence... au point, etc., *lisez :* si c'est sous l'influence... en un point que se produit...

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le Dr Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le Dr Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le Dr Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr. — Au bureau du Journal.

Des Hernies crurales, par le Dr A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. — Broch. in-8°. — Paris, au bureau du Journal. — Prix : 1 fr. 50.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le Dr Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8°. — Au bureau du Journal. — Prix : 1 fr. 50

Cours d'hygiène fait à la Faculté de Médecine de Paris, par le même auteur; publié par livraisons. Huit livraisons ont paru.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 50. 3e ANNÉE. Jeudi 26 avril 1855.
Le dernier numéro, coté par erreur 48, doit porter le n° 49.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir tome II, nos 145, 153; tome III, nos 2, 11, 21, 26, 30, 35.)

Les symptômes de la gastro-entéralgie ne sont pas toujours aussi nettement accusés, aussi violents que ceux dont les observations précédentes offrent le tableau. Les vomissements manquent souvent, la douleur épigastrique peut être à peine marquée ou même nulle ; beaucoup de malades n'éprouvent que des accidents fort légers; mais, chose remarquable et qui démontre quelle large part doit être faite aux réactions sympathiques exercées par les organes digestifs sur les phénomènes de l'innervation générale, ces accidents si légers, si insignifiants en apparence, préoccupent, inquiètent, tourmentent souvent beaucoup plus certains malades, que les souffrances les plus vives, que les vomissements les plus obstinés. Les hommes les plus intelligents, les plus robustes, doués du courage le plus éprouvé, de la volonté la plus ferme, s'en affectent parfois outre mesure, exagèrent toutes les sensations qu'ils éprouvent, et tombent dans une véritable *nosomanie secondaire et sympathique*, qu'il importe de distinguer de la *nosomanie primitive et idiopathique*, afin de ne point commettre la faute grave, et trop commune parmi les médecins, de considérer comme des *malades imaginaires* des hommes qui souffrent réellement, et de se borner à conseiller les distractions et les voyages à de pauvres patients dont l'état réclame l'intervention des modificateurs physiques les plus puissants.

Les symptômes les plus variés, les plus différents, peuvent d'ailleurs se présenter ici. Tantôt les repas sont suivis de gonflement, de pesanteur et de malaise épigastriques, de borborygmes, de bâillements, de pandiculations, de somnolence, d'une sorte d'inertie générale, d'une espèce d'accablement non douloureux, mais en raison duquel les sujets deviennent incapables de se mouvoir, d'agir, de parler, et pour ainsi dire de penser. Le travail intellectuel est impossible ; pour écrire une lettre, pour lire un journal, il faut des efforts excessifs suivis d'une fatigue extrême, d'une courbature générale, de céphalalgie, de découragement. D'abord ces phénomènes ne se montrent qu'après le repas, ou seulement quelques-uns d'entre eux, et ne dépassent point la durée de la digestion stomacale ou intestinale, les malades recouvrant, pendant les intervalles, toute l'intégrité de leur santé. Mais si la maladie n'est point promptement et efficacement combattue, les accidents se prolongent au delà de leurs limites habituelles et, peu à peu, deviennent permanents, l'ingestion des aliments amenant toujours, néanmoins, une exacerbation plus ou moins violente. Les malades ne tardent pas alors

---

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40, 42, 43, 45 et 49.)

Le diagnostic n'est pas difficile : qu'un enfant crie au moment d'aller à la selle, qu'il rende un peu de sang, que l'on aperçoive au pourtour de l'anus une petite tumeur rouge, on peut diagnostiquer presque à coup sûr un polype du rectum.

L'opération est assez simple, on peut avoir recours à l'excision, à la ligature ; d'autres fois on les cueille, pour ainsi dire, avec les doigts. S'il survient une hémorrhagie, on s'en rend facilement maître, surtout depuis que l'on a à sa disposition le perchlorure de fer.

Nous avons vu une petite tumeur semblable opérée sur un enfant par M. Richet. M. Verneuil, qui l'a examinée, a trouvé qu'elle était formée par une hypertrophie glandulaire.

M. Gosselin, il y a quelques jours, a enlevé, sur une femme d'une vingtaine d'années, un petit polype muqueux semblable, dont l'origine remontait à l'époque de la naissance et qui avait la même structure anatomique.

Annexes du tube digestif. — Foie et vésicule biliaire.

Tout organe glanduleux peut présenter à l'extrémité de ses ramifications, dans ses culs-de-sac glanduleux, des dilatations kystiques.

Cette proposition, essentiellement vraie, pour la glande mammaire, et qui était surabondamment démontrée par un grand nombre de faits, vraie pour bien d'autres glandes, a été confirmée aussi pour le foie par des pièces présentées par M. Boullard. On voyait à la surface du foie une grande quantité de petits kystes, remplis d'une substance de consistance de gelée ou d'albumine concrète. Cette substance était composée de cellules hépatiques, en petit nombre, et d'une grande quantité de vésicules de graisse.

Je mentionnerai ici, mais sans m'y arrêter, plusieurs exemples d'hydatides du foie. Je reviendrai plus loin sur ce sujet.

A côté de ces maladies, j'en placerai d'autres bien plus fréquentes : je veux parler du cancer du foie.

Le cancer peut envahir primitivement le foie; il peut se propager à cette glande par voisinage ; il peut se montrer dans une cachexie, dans une infection cancéreuse. Le foie est de tous les organes celui qui se ressent le plus souvent et le plus vite des influences diathésiques.

D'abord, c'est une énorme tumeur cancéreuse du foie présentée par M. Isambert, et qui (au dire du malade) se serait développée dans l'espace de quelques semaines.

Puis un autre cancer du foie, que nous a fait voir M. Genouville, et qui coïncidait avec un cancer du pylore. Il n'y avait aucune continuité,

à perdre leur embonpoint et leurs forces, à tomber dans l'émaciation, l'épuisement, la tristesse, l'hypochondrie. Ils se persuadent, d'une part, qu'ils sont mortellement atteints, que rien ne pourra les guérir; ils affectent la résignation, font bon marché de la vie, et d'autre part, cependant, ils appellent la guérison avec tant d'impatience, qu'après avoir consulté un grand nombre de médecins, après avoir passé successivement d'une médication à une autre sans en avoir expérimenté aucune convenablement et suffisamment, ils finissent par se livrer, sans plus de succès, aux empiriques et aux charlatans, aux nourrisseurs, aux magnétiseurs, aux somnambules, aux marchands d'électricité, etc.

D'autres fois, et principalement chez les femmes, les phénomènes secondaires et sympathiques deviennent, au bout de quelque temps, *hystériformes*, et l'on voit se dérouler alors la longue et bizarre série des accidents que l'on observe dans l'hystérie la plus prononcée : les mouvements convulsifs, les cris, les larmes, la boule hystérique, la toux et les palpitations nerveuses etc., etc. Ordinairement, sous la double influence des troubles de la nutrition et des désordres de l'innervation, le sang finit par s'altérer, les malades tombent dans la chloro-anémie, la menstruation se dérange, et il survient soit de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée, soit des règles trop abondantes ou trop prolongées. La maladie devient alors extrêmement *complexe et compliquée*; les troubles des divers appareils organiques réagissent les uns sur les autres, et au milieu de tous ces désordres fonctionnels le médecin éprouve quelques difficultés à se rendre un compte exact de la marche, de l'enchaînement, de l'ordre d'apparition et de succession des phénomènes, à distinguer les effets des causes, à séparer les lésions primitives et essentielles des lésions consécutives et accessoires. C'est alors, surtout, que l'histoire détaillée et chronologique de la maladie, que l'examen complet et méthodique du malade, que l'observation suivie, sont la condition *sine quâ non* d'un bon diagnostic et d'une thérapeutique efficace.

J'ai déjà rapporté, dans le *Traité d'hydrothérapie*, quelques exemples curieux de ces formes graves et exceptionnelles de la gastralgie; voici des faits nouveaux non moins intéressants.

Observation VIII. — L..., ouvrier menuisier. est âgé de trente-sept ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux; il a toujours joui d'une excellente santé; sobre et laborieux, il n'a jamais commis de grands excès d'ivrognerie, mais, comme la plupart des ouvriers, il a l'habitude de boire, le matin à jeun, de l'eau-de-vie ou du vin blanc. Il y a dix-huit mois, les digestions ont commencé à devenir laborieuses, accompagnées de gonflement épigastrique, d'éructations, de gaz, et, à l'exemple encore de la plupart des hommes du peuple, L... a pensé, tout d'abord, qu'il devait suffire de boire une plus grande quantité de vin, d'eau-de-vie et d'absinthe pour faire disparaître ces accidents; mais le résultat n'ayant point répondu à son attente, il changea de système, s'abstint complétement de toute liqueur alcoolique et diminua son alimentation. Un soulagement notable ne tarda pas à se manifester, mais il ne fut pas de longue durée, et, au bout de quelques semaines, le malade, souffrant tous les jours davantage, et ne s'en rapportant plus à ses propres inspirations, prit la résolution de recourir aux lumières de la médecine. *Un officier de santé* fut consulté; il prescrivit la diète, les tisanes émollientes, des cataplasmes sur l'épigastre et une application de sangsues, dans le cas où les premiers moyens ne suffiraient point pour amener la guérison. L..., enchanté de savoir qu'il avait une *gastrique*, et persuadé que les remèdes les plus énergiques sont les meilleurs, se fit appliquer, le même jour, vingt sangsues sur la région de l'estomac, laissa saigner les piqûres pendant quatre heures, et, malgré la grande faiblesse qui survint, observa, pendant quinze jours, une diète sévère en se gorgeant de tisane de racines de guimauve, de chiendent ou de graines de lin. Au bout de ce temps, le malade, réduit à un état de prostration complète, comprit qu'il était en train de se laisser mourir de faim et jugea prudent de mettre un terme à l'expérience; mais des douleurs d'une violence inaccoutumée, des *crampes d'estomac*, non encore ressenties, accompagnèrent chaque ingestion d'aliments, quelles que fussent la quantité et la qualité de ceux-ci.

L..., devenu fort inquiet, alla, cette fois, consulter *un docteur en médecine*, lequel, après avoir énergiquement blâmé les prescriptions de son quasi-confrère, ordonna un régime fortifiant, le vin de quinquina et les pilules de Vallet. Loin de calmer les accidents, ce nouveau traitement parut, au contraire, les exaspérer, et il fut abandonné au bout d'un mois.

L... pensa que le moment était venu de s'adresser *aux princes de la science*, et, pendant plusieurs mois, il visita successivement les principales consultations publiques des hôpitaux de Paris; là, selon le lieu et le prince, on lui vanta les bons effets de la *belladone*, de la *noix vomique*, du *sous-nitrate de bismuth, etc.*; une altesse plus débonnaire descendit jusqu'au *charbon de Belloc*. — Le tout sans résultats favorables, et L... finit par se résigner à son sort et par renoncer à toute espèce de traitement.

Pendant les premiers mois de la maladie les accidents, c'est-à-dire le gonflement, les douleurs épigastriques, le malaise général, l'accablement, etc., ne se faisaient sentir que sous l'influence du travail de la digestion stomacale; ils disparaissaient aussitôt que celle-ci était accomplie; le malade souffrait durant deux ou trois heures après le déjeuner, trois ou quatre heures après le dîner, mais dans les intervalles *il se portait bien*. L... voulut metre cette circonstance à profit dans l'intérêt de son travail et de son salaire; il prit la résolution de ne plus faire qu'un seul repas, le soir, la journée de travail étant finie, et pendant quelque temps il put ainsi, grâce à une grande énergie morale et quoique souffrant beaucoup, continuer à subvenir aux besoins de sa famille. Mais alors survinrent de nouveaux phénomènes.

---

aucune adhérence entre les deux tumeurs; elles s'étaient développées isolément. Bien que le foie fût farci de cancer, le malade n'avait jamais présenté d'ictère, fait assez curieux, digne de fixer notre attention, et qui a été bien expliqué par M. Gubler.

Pour le fait de M. Genouville il est probable que la tumeur du foie a précédé le cancer de l'estomac; ce n'est que dans les derniers temps que la maladie a présenté des vomissements caractéristiques. Et cependant à cause de l'absence d'ictère, à cause des symptômes gastriques, à son entrée à l'hôpital, on était porté à soupçonner, non un cancer du foie, mais bien un cancer de l'estomac.

Vésicules et canaux biliaires. — Plusieurs pièces nous ont été présentées qui intéressaient les canaux et la vésicule biliaires. M. Verneuil, M. Blain des Cormiers, nous ont fait voir deux cas de gravelle biliaire : on trouvait, dans la vésicule surtout et dans les canaux biliaires, de petites concrétions d'un jaune verdâtre, chagrinées à leur surface, en nombre assez considérable; de plus, dans le fait de M. Blain, la vésicule biliaire formait une tumeur, un kyste assez volumineux à parois épaisses, indurées, et faisant sur le foie un relief considérable.

M. Dolbeau nous a montré un calcul biliaire engagé et enchâssé dans le canal cholédoque. Le malade n'avait présenté pendant la vie ni ictère, ni colique hépatique. La vésicule biliaire était enflammée, ses parois étaient épaisses et son contenu était jaunâtre, légèrement purulent.

Rate.

J'aborde une des parties les plus intéressantes de mon compte rendu, et cependant, suivant le plan que j'ai adopté, je ne parlerai pas ici des hydatides de cette région. Je vous signale rapidement un exemple d'atrophie de la rate qui était réduite presque entièrement à une coque fibreuse, et qui a été trouvée sur le cadavre d'une vieille femme. Mais j'insiste sur d'autres présentations, les unes relatives à la tuberculisation, l'autre (et c'est là la partie la plus curieuse) à une apoplexie de cet organe.

MM. Verneuil et Boulard nous ont montré deux rates farcies, semées de tubercules. Ces noyaux tuberculeux avaient la forme et le volume d'une tête d'épingle, étaient appendus à un petit pédicule, et rappelaient par leur disposition (ainsi que cela se présente souvent chez les enfants), par leur nombre, les corpuscules de Malpighi qui étaient le siége de la lésion. Ces pièces venaient à l'appui des idées émises par M. Verneuil sur le dépôt de tubercules à la surface de conduits, à la face libre de certains organes.

La pièce relative à l'apoplexie de la rate est due à M. Barth. Elle avait été recueillie sur le cadavre d'un homme mort à l'hôpital Beaujon. Jamais ce malade n'avait présenté de signes d'accidents intermittents; il avait de temps en temps, et surtout à la suite de chutes, ressenti de la douleur dans l'hypochondre gauche. La rate s'était gonflée, avait grossi petit à petit, et avait fini par acquérir un volume énorme (3 kil. 50 gr.). Elle descendait vers l'ombilic et dépassait du côté droit

La sensation de la faim se fit sentir le matin, à l'heure habituelle du déjeuner; le malade voulut en repousser les sollicitations, mais des douleurs tellement *vives*, tellement *atroces* se manifestèrent, qu'il fut obligé de céder, pensant d'ailleurs que puisque l'estomac éprouvait un besoin d'aliments si impérieux il en supporterait l'ingestion sans inconvénients. — Vain espoir! le repas rendit, en effet, les douleurs moins violentes, mais il n'en fut pas moins suivi des phénomènes que nous avons indiqués et principalement d'un accablement général, d'une impossibilité absolue, non-seulement de travailler, mais même de se mouvoir et de soulever un membre.

L... ne tarda pas à tomber dans le découragement, l'amaigrissement, la prostration; il fut obligé de renoncer entièrement au travail, et le 3 octobre 1854 il vint me prier d'obtenir son admission dans l'un des hôpitaux de Paris. Examen fait, je lui proposai de se soumettre au traitement hydrothérapique; il accepta avec joie. Quinze jours après, L... reprenait son travail, les repas n'étant plus suivis que d'un très-léger malaise. Deux mois de traitement suffirent pour amener une guérison complète qui ne s'est pas démentie jusqu'à présent.

L'histoire de L... nous signale l'un des plus fréquents et des plus remarquables phénomènes de la gastralgie idiopathique. La présence d'aliments dans l'estomac détermine tous les accidents gastralgiques connus, et cependant dès que la digestion est accomplie, dès que le ventricule est vide, il se manifeste une sensation analogue à celle de la faim, une *fausse faim*, suivant l'expression des malades, laquelle ne tarde pas à se transformer en violente douleur, en *crampe d'estomac*, si de nouveaux aliments ne sont pas immédiatement ingérés. Il en résulte que les malades placés entre deux souffrances choisissent celle qui est sinon la moins pénible, du moins la moins intense, et qu'ils mangent, plus ou moins, toutes les trois ou quatre heures, non-seulement pendant le jour, mais encore pendant la nuit. Ils évitent ainsi des douleurs très-aiguës, mais ils éprouvent, en revanche, un malaise permanent qui contribue singulièrement à les jeter dans l'anémie et dans l'hypochondrie, en raison du trouble profond qu'il apporte dans les fonctions de nutrition, de circulation capillaire et d'innervation.

Dans les cas de ce genre, l'un des premiers et des plus bienfaisants effets de la médication hydrothérapique est de faire disparaître ces sensations morbides, et de permettre de régulariser l'alimentation.

(*La suite prochainement.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Bouillaud.

Des causes et de la nature des maladies du cœur.

(Suite. — Voir les numéros des 6, 15, 22, 29 mars et 5 avril).

« *La base du cœur, les oreillettes, tout le ventricule droit, presque tout le gauche, la cloison mitoyenne, l'artère du poumon et les veines, le tronc de la veine cave et celui de l'aorte, toutes ces parties étaient entièrement détruites et rongées.* Dans la grande cavité formée, comme nous l'avons dit, par des couches écailleuses, il y avait cinq ouvertures qui étaient les embouchures des vaisseaux; il y en avait trois qui étaient remplies par des concrétions polypeuses; les concrétions se prolongeaient dans la grande cavité dont nous venons de parler (1). »

J'ai voulu, malgré l'obscurité de certains termes, citer ce passage tout au long. Dans les mémoires de l'Académie des sciences pour l'année 1732, Morand a consigné aussi quelques observations de rupture du cœur.

Les observations rapportées par Corvisart sont au nombre de cinq; les trois premières sont des exemples de ruptures des parois du ventricule gauche, les deux autres de l'un des piliers de la valvule mitrale.

M. Rostan a consigné dans le *Nouveau Journal de médecine* de 1820 cinq observations de rupture du cœur; toutes affectaient le ventricule gauche, et le péricarde était rempli par le sang épanché. Dans les trois premières, l'ouverture avait lieu à la pointe; « cette solution de continuité ressemblait parfaitement à l'éraillement qu'on produit en distendant fortement un tissu de lin, de laine ou de soie; quelques fibres s'attachaient encore à l'un et à l'autre côté de la fissure. » Parmi les observations relatées dans le *Traité des maladies du cœur*, la perforation affectait ou l'oreillette, ou la cloison intéro-ventriculaire, ou le centre d'une valvule; enfin, dans la cinquante-quatrième, les quatre cavités communiquaient entre elles.

Dans son *Traité de l'anatomie pathologique du corps humain*, M. le professeur Cruveilhier a rapporté plusieurs exemples d'apoplexie du cœur qui n'a été observée jusqu'à présent que dans les parois du ventricule gauche. Elle donne lieu, comme celle de tous les autres muscles, à la formation de foyers sanguins dont les parois sont formées par les fibres musculaires;

(1) Sénac, ouv. cit., tome II, page 390.

---

la ligne médiane, bien que, dans le plus grand nombre de cas, la rate, en s'hypertrophiant, descende plutôt vers la fosse iliaque. On parvenait très-vite, par la palpation, par la percussion, à rapporter la tumeur à la rate elle-même. Pour expliquer cette lésion, il n'y avait pas à songer à une fièvre intermittente, à une fièvre grave, à l'une de ces hypertrophies de la rate coïncidant avec un cancer du foie, à une altération particulière du sang (la leukémie).

Le malade n'avait point la teinte cachectique. Il n'y avait pas d'hémorrhagie dans aucune autre partie du corps; et le sang n'avait nullement cet aspect particulier, que lui donne une proportion insolite de globules blancs.

Le malade mourut et l'autopsie vint démontrer que cette altération de la rate était due à des hémorrhagies successives, survenues à des intervalles plus ou moins éloignés; de sorte que l'on trouvait à côté de foyers hémorrhagiques, de date récente, des noyaux anciens; les uns contenant encore le sang pur et liquide, d'autres des concrétions fibrineuses, ici une apoplexie circonscrite, là une apoplexie diffuse.

Peut-être ces foyers sont-ils assez fréquents dans cet organe; peut-être est-ce à un pareil accident qu'il faut rapporter ces douleurs spontanées, ces points très-sensibles qui surviennent brusquement dans le cours d'une fièvre grave.

Mais ce qui augmentait encore l'intérêt de cette présentation, ce qui venait la compléter et expliquer ces lésions multiples, c'était une oblitération de la veine splénique et une atrophie des vaisseaux courts.

Il a paru certain que cette oblitération avait été la cause des hémorrhagies multiples de la rate. Cette pièce vient à l'appui des idées émises par notre honorable président, et qu'il a appuyées par des expériences assez nombreuses; à savoir que l'oblitération des veines est dans un grand nombre de cas une cause d'hémorrhagie. C'est ainsi qu'il a pu, en oblitérant les veines, reproduire chez les animaux des apoplexies locales, variables suivant le lieu où on expérimentait.

Organes génitaux (femmes).

Nous avons eu beaucoup de présentations relativement aux vices de conformation.

M. Henry nous a montré une cloison qui divisait le vagin en deux canaux incomplets. La cloison touchait le col en arrière, mais n'y adhérait pas.

M. Guyot nous a présenté une anomalie semblable, seulement la cloison n'allait pas jusqu'au col utérin.

Sur une pièce de M. Verneuil, un col unique, deux corps distincts.

Sur une pièce de M. Gabriac, c'était cette anomalie, un peu plus complète: deux cavités utérines, deux cavités du col.

Mais l'intérêt qui s'attache à une observation que nous devons à M. Decès est bien plus grand encore. Cette présentation nous a valu un rapport fort bien fait de M. Goupil.

M. Goupil, reprenant et critiquant les diverses classifications qui ont été faites pour ces anomalies, adopte et défend celle qui a été présentée dans nos bulletins par M. Barth.

on comprend que cette lésion doit entraîner dans quelques cas une rupture du cœur.

L'ulcération de la séreuse n'amène pas nécessairement la rupture de cet organe; elle peut se terminer par la formation d'un kyste anévrismal. Brechet a publié dans le tome III du *Répertoire d'anatomie et de physiologie pour* 1827 un savant mémoire sur cette lésion. Il rapporte dix observations empruntées à différents auteurs, Walder le père, Mathieu Baillie, Corvisart, Bérard, Dance, M. Cruveilhier; enfin, celle du tragédien Talma lui est propre. Il a fait représenter la figure de cette dernière; le kyste a le volume d'un gros œuf et siége tout à fait à la pointe du cœur. La communication du ventricule et de la poche anévrismatique était établie au travers d'une virole cartilagineuse épaisse de deux lignes et demie; à partir du milieu de sa paroi, cette virole s'amincissait insensiblement et finissait par dégénérer en une membrane qui, confondue avec les feuillets du péricarde, constituait la poche anévrismale, laquelle, disséquée avec soin, était formée par les deux feuillets du péricarde. Elle était remplie par une substance d'un rouge pâle disposée par couches concentriques. Les observations 59 et 60 du *Traité des maladies du cœur* sont relatives à des tumeurs anévrismales; elles avaient leur siége dans le ventricule gauche et l'une d'elles avait un volume presque égal à celui de deux ventricules réunis. — Il n'y a pas de différence entre le mode de formation d'un kyste anévrismal consécutif à une ulcération de la membrane interne du cœur, et celui des artères. La disposition des couches concentriques du caillot est la même. Enfin, presque toujours cette tumeur anévrismale a contracté des adhérences avec le feuillet pariétal du péricarde, circonstance heureuse qui prévient la rupture. C'est une adhérence semblable avec la plèvre qui prévient de graves désordres dans certaines excavations tuberculeuses.

Nous n'avons presque rien à dire du diagnostic de *la cardite*; Corvisart et Laënnec avouent le manque de signes propres à la faire reconnaître. Nous ne l'avons jamais rencontrée sans complication de péricardite ou d'endocardite, et nous ne connaissons pas de signes propres qui la caractérisent. La même obscurité règne pour les abcès et les ulcères du cœur; quand ils ont amené une perforation qui fait communiquer entre elles les cavités du cœur, la mort n'est pas le résultat immédiat de cette lésion, et quelquefois même elle n'entraîne pas de graves désordres. Les tumeurs anévrismales du cœur sont loin d'être mieux connues sous le point de vue de leur diagnostic; chez quelques malades elles n'ont pas même été soupçonnées; Talma est mort d'un rétrécissement du rectum, et personne ne supposait la lésion que l'on a rencontrée au cœur.

On comprend aisément que là où le diagnostic est douteux le traitement ne peut être établi sur quelque base solide; il se confond avec celui de la péricardite et de l'endocardite, compagnes constantes de la cardite.

Dr E. AUBURTIN,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Détermination de la grandeur et de la situation des organes thoraciques et abdominaux chez l'homme sain.

(Suite. — Voir notre numéro du 17 février.)

Examen de la poitrine. — Délimitation du cœur.

En traçant les limites du bord antérieur des lobes du poumon, le docteur Conradi a déjà indiqué, d'une manière assez approximative, la situation du cœur; l'espace ainsi limité présente une forme conique irrégulière. Le sommet, tronqué, est tourné en haut, et deux autres sommets, également tronqués, sont dirigés l'un à gauche et l'autre à droite; le plan qui les contient, forme la base du cône tronqué. C'est au moyen de la percussion superficielle et profonde, d'après la distinction établie par le professeur Piorry, que l'observateur allemand fixe les limites entre la sonorité sourde, obscure de la région précordiale et la sonorité franche du poumon, suivant les directions verticale et horizontale; il détermine d'abord les trois points extrêmes, et les réunissant par des lignes, il engendre la figure conique sous laquelle se présente le cœur.

Dans la direction verticale, le sommet obtus, supérieur, du cône tronqué (chez les cinquante individus sains à l'aide desquels il a poursuivi ses recherches), s'est trouvé :

	Ire série.	IIe série.
Au niveau du cartilage de la 3e côte gauche.	15 fois.	8 fois.
— du 3e espace intercostal gauche. .	3 —	8 —
— du cartilage de la 4e côte gauche.	7 —	8 —
— du 4e espace intercostal gauche. .	» —	1 —

L'extrémité droite de la base du cône tronqué était :

Au niveau de la 6e côte droite.	13 —	11 fois.
— de la 5e côte droite.	11 —	6 —
— du 5e espace intercostal droit. . .	1 —	7 —
— du 6e espace intercostal droit. . .	» —	1 —

1° Utérus échancré, cordiforme. C'est le cas où l'utérus n'offre de traces de division qu'à l'extérieur.

2° Utérus simple, à cavité biloculaire.

3° Utérus divisé à l'extérieur et à l'intérieur : bicorne, un col, deux cavités; double, deux cols, deux cavités.

Dans ces deux variétés, le vagin peut être divisé par une cloison plus ou moins complète, et le fait de M. Depaul est l'exemple le plus frappant de ce vice de conformation.

Cette classification laisse toutefois à désirer.

Les deuxième et troisième classes d'anomalies auraient besoin de quelques sous-divisions. Ainsi les faits de MM. Verneuil et Gabriac sont des exemples d'utérus simple à cavité biloculaire pour le corps seulement dans le cas de M. Verneuil, pour le corps et le col dans le cas de M. Gabriac, et je dirais volontiers en ajoutant ici le fait de M. Alby, dont il sera question dans un instant:

1° Absence apparente d'utérus ;

2° Utérus échancré cordiforme;

3° Utérus à cavité biloculaire : pour le corps seulement; pour le corps et pour le col;

4° Utérus : bicorne; double;

5° Utérus et vagin doubles ;

6° Vagins doubles : complets et incomplets.

Il manquerait une anomalie dans laquelle la cavité du col serait double, la cavité du corps restant simple. Mais M. Boullard a rencontré cette disposition.

C'est avec des vices de conformation comme ceux que nous avons signalés qu'on peut expliquer les exemples de superfétation plus ou moins authentiques. Je n'en citerai qu'un seul, celui de Thielman, dans lequel le second fœtus fut expulsé cinquante-deux jours après le premier. Dans les cas de grossesse gémellaire avec un utérus double, tantôt on a observé que les deux fœtus se développaient dans la même corne, tantôt isolément dans chacune des deux cornes. Tel est le fait rapporté par M. Hohl, qui a diagnostiqué cette disposition (*Gazette hebdomadaire*, 1854). Je m'arrête et renvoie pour plus de détails au rapport de M. Goupil.

Nous voici bien loin de la présentation de M. Decès que l'on peut, avec M. Goupil, rapprocher d'un autre fait publié par M. Leroy, de Versailles. Dans l'observation de M. Decès, il y avait deux utérus, deux cols, deux vagins; l'un des deux vagins était imperforé. La femme, âgée de seize ans, était menstruée depuis un an. Les règles coulaient chaque mois, et cependant le ventre grossissait. Une tumeur se développait d'un côté et augmentait à chaque période menstruelle; elle était due à la rétention du sang des règles du côté où le vagin était imperforé.

Il résulte de ces deux faits des conséquences pratiques que je vous signale, mais qui ne peuvent pas m'arrêter plus longtemps.

(La suite à un prochain numéro.)

L'extrémité gauche de la base du cône tronqué était :

Au niveau de la 5e côte gauche.	1 fois.	1 fois.
— du 5e espace intercostal gauche.	6 —	10 —
— de la 6e côte gauche.	17 —	11 —
— de la 7e côte gauche.	1 —	1 —
— du 6e espace intercostal gauche.	» —	2 —

La situation de ce cône tronqué, dans le sens horizontal, est déterminée suivant la distance des deux extrémités droite et gauche, par rapport à la ligne médiane antérieure du thorax. Le sommet obtus supérieur répond toujours au bord gauche du sternum.

La distance de l'extrémité droite de la base du cône tronqué à la ligne médiane a été :

a) Au niveau de la 6e côte droite :

Ire série.	IIe série.
3 fois de 2 centim.	2 fois de 3 centim.
3 — 4 —	1 — 4 —
5 — 5 —	4 — 5 —
1 — 5 1/2 —	2 — 6 —
1 — 6 —	2 — 7 —

b) Au niveau de la 5e côte droite :

Ire série.	IIe série.
2 fois de 3 1/2 centim.	2 fois de 3 centim.
5 — 4 —	2 — 4 —
2 — 4 1/2 —	2 — 6 —
2 — 5 —	» — » —

c) Au niveau du 5e espace intercostal droit :

Ire série.	IIe série.
1 fois de 4 centim.	5 fois de 5 centim.
» — » —	2 — 6 —

d) Au niveau du 6e espace intercostal droit :

Ire série.	IIe série.
» — » —	1 fois de 6 centim.

La distance moyenne pour tous ces cas serait : 4 9/50 centimètres, Ire série; 5 centimètres, IIe série.

La distance de l'extrémité gauche de la base du cône tronqué à la ligne médiane a été :

a) Au niveau de la 5e côte gauche :

Ire série.	IIe série.
1 fois de 9 centim.	1 fois de 11 centim.

b) Au niveau du 5e espace intercostal gauche :

Ire série.	IIe série.
3 fois de 9 centim.	1 fois de 8 1/2 centim.
2 — 10 —	5 — 10 —
1 — 12 —	2 — 11 —
» — » —	1 — 12 —
» — » —	1 — 13 —

c) Au niveau de la 6e côte gauche :

Ire série.	IIe série.
1 fois de 8 1/2 centim.	1 fois de 9 centim.
3 — 9 —	4 — 10 —
5 — 10 —	5 — 11 —
1 — 10 1/2 —	1 — 12 —
6 — 11 —	» — » —
1 — 12 —	» — » —

d) Au niveau de la 7e côte gauche :

Ire série.	IIe série.
1 fois de 10 centim.	1 fois de 12 centim.

e) Au niveau du 6e espace intercostal gauche :

Ire série.	IIe série.
» — » —	2 fois de 12 centim.

La distance moyenne pour tous ces cas serait : 10 2/25 centimètres, Ire série; 10 1/10e centimètres, IIe série.

Le bord inférieur du poumon a recouvert le foie, dans la ligne mammaire, chez les individus de la Ire série, en général de 3 centimètres; tandis que chez ceux de la IIe série le poumon s'étendait 3 fois à 2 centimètres, 10 fois à 3, 2 fois à 3 1/2, et 10 fois à 4 centimètres sur le foie.

3° Suivant la ligne médiane, les points de repère manquent, et le docteur Conradi s'est contenté de prendre 5 dimensions verticales absolues du foie; il les a trouvées :

Ire série.	IIe série.
3 fois de 6 centimètres.	1 fois de 5 centimètres.
3 — 7 —	1 — 6 —
8 — 8 —	8 — 7 —
6 — 9 —	8 — 8 —
4 — 10 —	3 — 9 —
1 — 11 —	3 — 10 —
» — » —	1 — 11 —

Dimension moyenne des 25, Ire série, 8 8/25 centimètres, et des 25, IIe série, 7 24/25 centimètres.

La distance de l'extrémité du lobe gauche du foie à la ligne médiane était :

Ire série.	IIe série.
1 fois de 4 centimètres.	1 fois de 4 centimètres.
1 — 5 —	4 — 6 —
3 — 6 —	5 — 7 —
10 — 7 —	3 — 8 —
3 — 8 —	1 — 8 1/2 —
4 — 9 —	7 — 9 —
1 — 10 —	2 — 10 —
2 — 11 —	2 — 12 —

Moyenne des 25, Ire série, 7 14/25 centimètres; des 25, IIe série; 8 1/10 centimètres.

De toutes ces données numériques le docteur Conradi croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le bord supérieur du foie se trouve, en général, sur la ligne axillaire, au niveau de la 7e côte ou dans le 7e espace intercostal; sur la ligne mammaire, dans le 5e espace intercostal ou au niveau de la 5e côte.

2° Le bord inférieur ou antérieur du foie est plus ou moins bas chez les divers individus : dans la ligne axillaire, il s'étendait jusqu'à 4 centimètres au-dessous du rebord costal; sur la ligne mammaire, jusqu'à 7 centimètres. On ne peut donc pas considérer comme étant anormal le foie dont le bord tranchant dépasserait, sur cette dernière ligne, le rebord costal de 5 centimètres.

3° Il est impossible d'apprécier le volume du foie par le nombre de côtes ou d'espaces intercostaux sur lesquels cet organe s'étend, parce que les côtes et ces espaces sont plus ou moins larges, non-seulement chez les individus différents, mais encore chez le même individu.

4° Le bord gauche du lobe gauche du foie s'étend le plus souvent suivant une ligne oblique de bas en haut, de droite à gauche et partant de l'ombilic pour joindre l'extrémité gauche du cône précordial (la pointe du cœur); le plus souvent la pointe extrême gauche du foie et le sommet gauche de la surface triangulaire du cœur se correspondent.

5° D'après les observations précédentes, il ne paraît pas exister de rapport direct entre la taille et le volume du foie.

6° Le lobe droit du poumon recouvre le foie dans une étendue plus grande chez les individus de grande taille que chez ceux de petite taille, surtout dans la direction de la ligne mammaire.

Délimitation de la rate.

Les rapports normaux de la rate, située profondément dans l'hypochondre gauche, entre le grand cul-de-sac de l'estomac et le diaphragme, sur le même plan que le rein et la capsule surrénale gauche, n'ont pas encore pu être précisés d'une manière nette avec les parois thoraco-abdominales, encore moins avec le lobe gauche du poumon. Si les recherches du docteur Conradi ne permettent pas de déterminer tous les rapports de cet organe, elles suffisent, bien évidemment, pour éclairer le diagnostic dans bien des cas où les moyens d'investigation connus étaient en défaut. Cet observateur consciencieux a déterminé l'extrémité antérieure de la rate, relativement à une ligne fictive qu'il fait passer par la pointe de la 11e côte et par l'articulation sterno-claviculaire; il l'appelle *linea costo-articularis*.

Ainsi la pointe antérieure de la rate se trouvait :

Sur la linea costo-articularis	Ire série. 17 fois.	IIe série. 15 fois.
à 1 cent. en arrière de la —	1 —	1 —
à 1 1/2 — — —	» —	1 —
à 2 — — —	1 —	2 —
à 3 — — —	4 —	2 —
à 4 — — —	1 —	1 —
à 8 — — —	1 —	» —
à 9 — — —	» —	1 —
à 1 et 1 1/2 au-devant de —	» —	2 —

Le corps de la rate était :

	Ire série.	IIe série.
Au-dessous de la 8e et de la 9e côte.	6 —	» —
— 8e 9e et 10e —	1 —	1 —
— du 8e espace intercostal (9e et 10e côte)	» —	2 —
— de la 9e et 10e côte.	12 —	16 —
— — 9e 10e et 11e côte.	» —	2
— — 10e et 11e côte.	3 —	4 —
— — 7e 8e et 9e côte.	3 —	» —

Au moyen d'un compas d'épaisseur particulier l'observateur a pris les dimensions longitudinales de la rate; elles ont été :

Ire série.	IIe série.
1 fois de 10 centim.	1 fois de 9 centim.
6 — 11 —	2 — 11 —
4 — 12 —	1 — 12 —
1 — 13 1/2	3 — 13 —
10 — 14 —	1 — 13 1/2
1 — 14 1/2	7 — 14 —
1 — 15 —	6 — 15 —
1 — 18 1/2	3 — 16 —
» — »» —	1 — 17 —
Moyennes. . . . 13 9/50 centim.	13 27/50 centim.

Ces mêmes dimensions prises sur la courbure du thorax ont donné des résultats bien différents :

Ire série.	IIe série.
1 fois de 14 centim.	1 fois de 13 centim.
1 — 15 —	2 — 16 —
9 — 18 —	2 — 17 —
3 — 19 —	6 — 18 —
4 — 20 —	2 — 19 —
1 — 21 —	5 — 20 —
4 — 22 —	3 — 21 —
1 — 24 —	4 — 22 —
1 — 27 —	» — »» —
Moyennes. . . . 19 13/25 centim.	19 1/25 centim.

La largeur de la rate était :

Ire série.	IIe série.
20 fois de 5 centim.	13 fois de 5 centim.
3 — 6 —	3 — 4 —
2 — 4 —	2 — 5 1/2
» — » —	4 — 6 —
» — » —	3 — 7 —
Moyennes. . . . 5 1/25 centim.	5 8/25 centim.

Le docteur Conradi fait remarquer, relativement à la direction du plus grand diamètre de la rate, que celui-ci est à peu près parallèle à la 10e côte et au 9e espace intercostal et qu'il se dirige un peu obliquement en bas et d'arrière en avant vers la pointe de la 11e côte. D'après les recherches précédentes, le bord inférieur du lobe gauche du poumon croise le diamètre longitudinal de la rate au niveau de la ligne axillaire, mais il recouvre ce dernier organe dans l'étendue de 1 à 2 centim. au niveau de la *linea cristodorsalis* et de 3 à 4 centim. près de la gouttine vertébrale. Dans cette région, il est impossible de limiter en bas la rate, parce qu'elle se trouve là en contact directement avec la capsule surrénale.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'observateur allemand à l'aide des données précédentes :

1° L'extrémité antérieure de la rate atteint, en général, la *linea costoarticularis.*

2° La matité splénique existe le plus souvent sur la ligne axillaire, au niveau du 8e espace intercostal ou de la 9e côte; le bord inférieur de la rate répond le plus souvent à la 11e côte ou bien au 10e espace intercostal.

3° Sur la *linea cristodorsalis* le bord supérieur de la rate est, en général, au niveau de la 9e côte.

4° Le volume de la rate varie à peine depuis les individus les plus grands jusqu'aux plus petits; de sorte que cet organe ne présente pas de rapports directs avec la taille.

Dr Schnepf.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DES MOYENS DE REMÉDIER AUX DOULEURS DE REINS CHEZ LES FEMMES EN COUCHES.

Par M. le docteur Boursier (de Creil).

Peiné des atroces et longues souffrances que les maux de reins font éprouver aux femmes qui accouchent; impatienté, pour mon propre compte, de passer autant de temps sans résultat, je me suis demandé dans quelles conditions se produisaient les maux de reins, ou pourquoi le travail marchait si lentement, comment on pourrait y remédier.

Voici ce que le toucher m'a appris. Dans presque tous les cas, l'utérus est en antéversion, de telle sorte que la tête de l'enfant ou la partie qui se présente se trouve portée contre la région lombaire, retenue par le segment inférieur et antérieur de la matrice non complétement dilatée, qui fait, par rapport au petit bassin, l'office d'un obturateur plus ou moins incomplet.

Dans des cas très-pénibles et très-douloureux, j'ai vu la tête s'engager dans le petit bassin, coiffée de ce segment inférieur; alors les maux de reins étaient excessifs, et la marche du travail d'une lenteur désespérante.

Une fois que la tête est hors de la matrice, les contractions se produisant selon l'axe du petit bassin, les coliques succèdent ordinairement aux douleurs de reins, et le travail se termine facilement. Dans les exceptions, c'est-à-dire dans les cas où les douleurs de reins persistent jusqu'à l'expulsion du produit, on peut constater que l'utérus n'a pas repris sa direction verticale, et que ses contractions se font toujours selon un axe antéro-postérieur prononcé.

En partant de ce point de vue, les indications à remplir ne sont point difficiles; la pratique m'en a démontré les heureux résultats, et pour la patience et pour le temps du médecin.

Si le travail est avancé, il suffit ordinairement de faire coucher la femme, de refouler avec la main, en arrière et en haut, le globe utérin, ou avec un doigt recourbé d'en ramener en avant l'orifice.

Ces manœuvres sont difficilement supportées, par cela même qu'elles provoquent de violentes coliques.

Si j'arrive au début, j'établis une forte compression du ventre avec une serviette ou avec une nappe pliée large et fortement serrée, de telle sorte qu'on produit le refoulement de l'utérus en haut et en arrière.

Les résultats sont :

1° Soulagement immédiat des douleurs lombaires, ainsi qu'il arrive en soulevant les femmes au moyen d'alèzes; c'est déjà une simplification, attendu que cela permet aux patientes de se promener autant qu'elles le veulent, le coucher étant souvent impossible;

2° Les muscles de l'abdomen et l'utérus lui-même ont ainsi un point d'appui des plus assurés, sans causer de fatigue;

3° Les maux de reins font place aux coliques, si toutefois la compression est assez forte; par suite, la durée du travail est considérablement diminuée.

Dans quelques cas, je facilite et hâte ce dernier résultat par une faible dose de poudre d'ergot de seigle, 0,25 centigr au plus.

Je ne rapporterai point d'observations à la suite de cette pratique, tous les médecins étant à même d'en faire l'essai presque chaque jour. La croyant bonne, je la communique et la recommande.

Au lieu de serviette, on pourrait avoir une ceinture *ad hoc*, faite en tissu dense, et pouvant se serrer à volonté et graduellement. La compression doit être forte dans le milieu, et moindre en haut et en bas. Les femmes la supportent très-facilement.

(*Bullet. gén. de thérap.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Chirurgie pratique,

Par P. N. Gerdy,

Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Paris, etc. (1).

Les deux premiers volumes de cet ouvrage important sont déjà publiés depuis trois ans, et sont sans doute connus de la plupart de nos lecteurs. Le troisième volume, qui renferme l'histoire des maladies des os, des articulations, des muscles et du tissu fibreux, vient de paraître sous le titre de *Maladies des organes du mouvement.* C'est sur ce troisième volume que roulera principalement notre analyse; mais nous dirons d'abord quelques mots sur la disposition générale de l'ouvrage.

La *Chirurgie pratique* de M. Gerdy se composera de sept monographies dont chacune, considérée en particulier, formera un tout *complet* susceptible d'être détaché du reste de l'ouvrage, et dont la réunion constituera un traité *complet* de chirurgie. L'auteur procède en allant du général au particulier. Le premier volume, ou plutôt la première monographie est consacrée aux généralités les plus élevées de la pathologie, et porte le titre de *Pathologie générale médico-chirurgicale.* M. Gerdy a comblé une lacune fâcheuse. Il y avait dans la science plusieurs traités de pathologie générale, mais ces livres, estimables du reste, étaient tous consacrés aux généralités de la pathologie *interne*. Moins exclusif que ses devanciers, M. Gerdy a secoué le joug de la distinction surannée et arbitraire des maladies en médicales et chirurgicales, et embrassant dans un même cadre toutes les affections sans avoir égard à la nature ou à la situation des parties qui en sont le siége, il a étudié sous le point de vue le plus général les divers éléments de l'histoire des maladies. Il a insisté particulièrement sur les questions étiologiques. Le chapitre X, consacré à cette étude importante, forme à lui seul plus des deux cinquièmes de l'ouvrage. Nous signalerons, comme dignes d'une attention spéciale, les passages relatifs à l'influence de la déclivité, des efforts, de la chaleur et du froid sur la production des maladies. On y trouvera un grand nombre de vues nouvelles et importantes.

Après avoir payé ce tribut à l'unité de la pathologie, l'auteur, dans les monographies suivantes, concentre toute son attention sur les affections chirurgicales.

La deuxième monographie est intitulée : *Maladies générales et diathèses.* Ce titre laisse peut-être à désirer; en tous cas il a besoin d'explication. Sous le nom de maladies générales, on désigne ordinairement les maladies *totius substantiæ corporis*, qui sont répandues dans tout l'organisme et qui, bien que susceptibles de se localiser dans certains organes, n'ont cependant aucun siége anatomique véritable. Tels sont, par exemple, le scorbut, la scrofule, la syphilis, la tuberculie, etc. M. Gerdy réserve pour ces affections le nom de *diathèses*, et applique celui de *maladies générales* aux états morbides locaux qui sont susceptibles d'atteindre indistinctement la plupart des parties du corps. Le tissu cellulaire, les muscles, les os et les organes complexes comme l'intestin, le poumon, le foie, la langue, peuvent s'enflammer, se sphaceler, devenir le siége de productions cancéreuses, mélaniques, fibroplastiques, hydatiques, etc. De là résulte la nécessité d'étudier d'une manière générale et en faisant abstraction de leur siége dans tel tissu ou dans tel organe, l'inflammation, la gangrène, les diverses productions accidentelles, etc. Cette étude porte depuis longtemps, dans les traités de pathologie externe, le nom de chirurgie générale, et c'est elle qui fait le sujet de la deuxième monographie de M. Gerdy.

Ce volume renferme un grand nombre de recherches originales, parmi lesquelles nous signalerons en première ligne celles qui se rapportent aux inflammations rétractives et aux inflammations produites et entretenues par la déclivité des parties. M. Gerdy a déjà étudié, dans des mémoires détachés, ces questions importantes dont la chirurgie lui est entièrement redevable; mais il les présente dans son livre sous une forme plus dogmatique et avec des développements beaucoup plus étendus.

Nous avons hâte d'arriver à la troisième monographie qui vient de paraître, et qui doit être le sujet principal de cette analyse. Elle est intitulée : *Maladies des organes du mouvement;* on y trouve par conséquent l'étude générale des maladies des os, des articulations, des ligaments et des muscles. Ce nouveau volume, que le public attendait avec impatience, renferme en particulier toute la doctrine de M. Gerdy sur les affections des os, et c'est là ce qui lui donne une importance toute spéciale.

On sait que les lésions produites dans le tissu osseux par l'inflammation étaient à peine soupçonnées, et que la structure normale des os était elle-même fort peu connue avant les beaux travaux de M. Gerdy. Déjà en 1832, dans sa *Physiologie*, cet éminent observateur avait indiqué avec précision la disposition des canalicules vasculaires dans le tissu compacte, les principales formes que revêt la substance osseuse dans le tissu spongieux, et la distribution des divers vaisseaux dans l'un et l'autre tissu. Ce passage important avait sans doute échappé à Breschet; celui-ci, chargé de faire à l'Académie des sciences, en 1835, un rapport sur un nouveau travail de M. Gerdy, crut pouvoir attribuer le mérite des découvertes de l'auteur à M. Deutsch, dont l'ouvrage, fort recommandable du reste, n'avait paru qu'en 1834. Malgré cette assertion erronée de Breschet, tout le monde convient aujourd'hui que c'est M. Gerdy qui a porté la lumière sur la question naguère si obscure de l'ostéite et de ses diverses formes.

Jusqu'ici le savant professeur n'avait fait connaître ses idées que dans ses leçons et dans des mémoires peu étendus adressés aux recueils périodiques. Il n'avait pas encore publié l'ensemble de sa doctrine; le volume qui vient de paraître acquiert par là un grand intérêt.

Après un court chapitre consacré aux maladies des muscles et des ligaments, l'auteur aborde l'étude des maladies des os. Il commence par exposer la structure des os à l'état normal, puis il s'occupe longuement de l'ostéite. Il insiste tout particulièrement sur l'anatomie pathologique de cette affection, beaucoup plus commune qu'on ne le croyait il y a quelques années; il décrit successivement l'ostéite raréfiante, l'ostéite condensante, l'ostéite ulcérante, ou carie. Huit magnifiques planches lithographiées, dues à l'habile crayon de MM. Emile Beau et Bion, permettent de suivre pas à pas ces diverses descriptions d'anatomie normale et d'anatomie pathologique. Après cette étude générale de l'état inflammatoire des os, M. Gerdy étudie l'inflammation isolée du périoste et de la moelle, et termine enfin le long chapitre de l'ostéite par une vingtaine d'observations cliniques intéressantes.

Aux recherches qu'il avait consignées dans ses publications antérieures sur ce sujet, M. Gerdy en a ajouté plusieurs qui sont entièrement nouvelles. On lira surtout avec intérêt l'histoire des caries molles et des caries dures; cette distinction parfaitement exacte, et méconnue jusqu'ici par les auteurs, est appelée à exercer beaucoup d'influence sur le diagnostic des maladies des os. On donne pour signe caractéristique de la carie la grande friabilité du tissu malade qui se laisse aisément pénétrer par le stylet explorateur. Ce caractère fait entièrement défaut dans les caries dures, qui, du reste, sous tous les autres rapports se comportent comme les autres caries. Cette difficulté de diagnostic n'est pas encore résolue et exigera de nouvelles recherches.

Le chapitre de la nécrose n'est pas très-étendu; il est néanmoins fort complet, surtout sous le rapport de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. L'auteur accorde une attention spéciale à la nécrose du moignon des membres amputés (p. 235), affection fort commune, fort grave, et cependant fort peu étudiée jusqu'ici. Cette nécrose coïncide fréquemment avec la conicité du moignon, autre accident que M. Gerdy décrit avec soin (p. 18, 206-216), et qu'il attribue avec raison à la rétraction inflammatoire des parties molles plutôt qu'à l'exiguité des lambeaux.

Sous le titre général d'exostoses, M. Gerdy range la plupart des tumeurs des os ou ostéocèles. Il les divise en deux grandes classes : 1° *les exostoses proprement dites*, ou tumeurs constituées par du tissu osseux de formation nouvelle ; 2° *les exostoses creuses*, ou tumeurs constituées par des tissus accidentels développés dans l'épaisseur du squelette : ces tumeurs, en s'accroissant, refoulent le tissu osseux, qui les enveloppe sous la forme d'une coque plus ou moins épaisse, plus ou moins complète. Ainsi, les tumeurs fibreuses, cartilagineuses, tuberculeuses, cancéreuses des os sont pour M. Gerdy des exostoses creuses. Il en est de même des kystes et des tumeurs vasculaires des os. Cette acception très-générale donnée au mot exostose, est, jusqu'à un certain point, conforme à l'étymologie ; mais il eût peut-être mieux valu conserver la synonymie ordinaire. Au surplus, il ne s'agit que de s'entendre sur les mots. Nous avons lu avec un vif intérêt le passage relatif aux tumeurs sanguines des os. La plupart des auteurs classiques ont décrit cette affection sous le nom d'anévrysme des os ou de tumeur érectile des os. On y trouve en effet des pulsations et quelquefois même un bruit de souffle analogue à celui qu'on entend dans les tumeurs vasculaires artérielles. Mais l'anatomie pathologique a permis depuis quelques an-

(1) Les trois premiers volumes sont en vente chez Victor Masson, place de l'Ecole de Médecine. Chacun d'eux se vend séparément et constitue une monographie complète : 1re *Monographie* : Pathologie générale médico-chirurgicale, Paris, 1851 ; 2e *Monographie :* Maladies générales et diathèses (1 planche), 1852; 3e *Monographie :* Maladies des organes du mouvement (os, muscles, etc.,) avec huit belles planches lithographiées par Emile Beau et Bion, 1855; in-8°.

nées de reconnaître que les prétendus anévrysmes des os ne sont autre chose que des cancers encéphaloïdes à forme hématode, c'est-à-dire renfermant des foyers sanguins dus à la destruction des parois artérielles. Nous ne prétendons pas nier la possibilité de la production de tumeurs purement vasculaires dans le squelette. Nous dirons seulement que les tumeurs qu'on a décrites jusqu'ici sous le nom d'anévrysmes des os sont de véritables cancers. D'innombrables observations, appuyées sur l'examen microscopique, ont mis cette vérité en évidence. M. Gerdy n'a pas fait appel aux lumières du miscroscope, et cependant par la seule observation clinique, il est arrivé au même résultat que les micrographes. L'analyse de quatorze faits l'a conduit à décrire les prétendus anévrysmes du squelette sous le nom de *tumeurs sanguines cancéreuses des os*. Nous constatons avec empressement cet heureux accord de la clinique avec la microscopie.

L'étude du rachitisme a donné lieu, depuis une vingtaine d'années, à un grand nombre de travaux que M. Gerdy a lus avec soin et qu'il s'est efforcé de contrôler par ses propres observations. Ici encore ce sont les questions anatomo-pathologiques qui occupent le premier plan. M. Gerdy a examiné un grand nombre d'os rachitiques, soit dans le Musée Dupuytren, soit dans sa collection particulière. Frappé de la grande vascularité, de la porosité et de la raréfaction des os rachitiques, lésions qui offrent bien quelque ressemblance avec celles de l'inflammation, il a été conduit à considérer le rachitisme comme une forme particulière d'ostéite. Nous regrettons de nous trouver ici en désaccord avec notre savant maître. Nous croyons que M. Gerdy se fût fait une autre opinion sur la nature du rachitisme s'il eût étudié de préférence les pièces à l'état frais, au lieu de concentrer surtout son attention sur les os secs. De ce que l'inflammation raréfie les os et dilate les canalicules vasculaires, il n'en résulte pas que toutes les raréfactions et toutes les dilatations canaliculaires des os soient de nature inflammatoire. Pour notre part, nous avons étudié attentivement plusieurs centaines d'os atteints de rachitisme, et nous sommes pleinement convaincu que l'inflammation ne joue aucun rôle dans la production des lésions rachitiques. Tout dépend d'un trouble de nutrition qui survenant pendant la rapide croissance du jeune âge, arrête le travail d'ossification au moment où les tissus transitoires qui précèdent l'état osseux sont sur le point d'atteindre leur organisation définitive. Nous n'insisterons pas davantage sur cette opinion que nous avons longuement développée ailleurs (1).

Comme MM. Trousseau et Beylard, M. Gerdy confond le rachitisme des enfants avec l'ostéomalacie des adultes. Nous ne prétendons pas qu'il n'y ait aucune analogie entre ces deux affections. Cette analogie est grande lorsqu'on étudie les os desséchés; mais l'examen des os frais révèle des différences profondes qui nous semblent difficiles à concilier avec la manière de voir de MM. Trousseau et Gerdy.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude générale des fractures et des plaies des os. Ce sujet important est traité avec tous les développements qu'il mérite. Il renferme d'ailleurs plusieurs recherches originales que nous devons indiquer.

Les questions relatives à la direction des fractures avaient été assez négligées jusqu'à ces derniers temps. Il y avait eu des discussions sur l'existence aujourd'hui incontestable des fractures longitudinales; mais pour ce qui concerne les autres fractures, on se contentait de dire qu'elles pouvaient être transversales ou obliques. Les fractures transversales étaient considérées comme très-fréquentes; on supposait qu'elles offraient une surface bien nette, régulière, comme un trait de scie, et dès lors on les désignait sous le nom singulier de *fractures en rave*.

Les choses en étaient là lorsque M. Malgaigne entreprit ses travaux sur les fractures; celles en rave, si communes dans les livres, lui parurent, au contraire, fort rares dans la nature, si rares mêmes qu'après avoir étudié les pièces nombreuses déposées dans le Musée Dupuytren et dans le Musée du Val-de-Grâce, après avoir fait beaucoup d'autopsies et exécuté sur le cadavre d'innombrables expériences, M. Malgaigne put dire, en publiant son *Traité des fractures*, qu'il ne connaissait pas un seul exemple de fracture en rave.

M. Gerdy s'élève contre cette assertion; il croit à l'existence des fractures transversales, il en cite des exemples, et dit même avoir trouvé, sur cent trente fractures des os longs, trente et un exemples de fractures transversales, dans ce même Musée Dupuytren où M. Malgaigne n'a pu en rencontrer un seul cas.

Des résultats aussi contradictoires ont lieu d'étonner au premier abord; mais lorsqu'on y regarde de plus près, on ne tarde pas à reconnaître que ces deux honorables professeurs ont vu les mêmes choses, qu'ils les ont bien vues, qu'ils les ont seulement désignées sous des noms différents.

M. Gerdy appelle *fractures transversales* toutes celles dont la direction n'est ni longitudinale, ni oblique. L'existence de petites crénelures; d'esquilles même sur le trajet de la fracture, n'empêche pas la solution de continuité d'offrir dans son ensemble une direction transversale. « Les sinuosités courbes ou anguleuses sont des directions par« tielles, et non la direction de toute la fracture (p. 346). » Ainsi conçues, les fractures transversales ne sont pas très-rares. Or M. Malgaigne connaît très-bien ces sortes de fractures qu'il désigne sous le nom de *fractures crénelées et dentelées*. Ce n'est donc pas sur ce point qu'il a élevé des doutes. Il n'a mis en suspicion que les fractures dites en rave, de sorte qu'il est bien près de s'entendre avec M. Gerdy.

Celui-ci, il est vrai, a fait dessiner (pl. VIII, fig. 1) une fracture qui présente tous les caractères assignés par les classiques aux fractures en rave; ce fait n'est peut-être pas tout à fait concluant, attendu qu'il s'agit d'une fracture ancienne et complétement consolidée; les inégalités qui surmontent les fragments peuvent, à la rigueur, s'affaisser et disparaître pendant et après la consolidation. Quoi qu'il en soit, la possibilité de la production des fractures en rave est très-acceptable; mais il résulte des travaux de M. Malgaigne et même de ceux de M. Gerdy, que ces fractures réputées si communes sont, au contraire, fort rares.

M. Gerdy fait connaître une nouvelle variété de fracture, confondue jusqu'ici avec les fractures obliques. Ce sont les fractures en spirale ou spiroïdes. La surface de ces fractures se compose de deux parties: 1° un trait de fracture longitudinal, assez exactement parallèle à l'axe de l'os et long de 4 à 8 et 10 centimètres; 2° un trait curviligne qui décrit un tour de spirale allongée, et qui, partant de l'extrémité supérieure du trait vertical, va aboutir à son extrémité inférieure, après avoir fait très-obliquement le tour de l'os. Les deux fragments se terminent en pointe assez aiguë. M. Gerdy a fait représenter (pl. VIII, p. 3) un bel exemple de ce genre de fracture. Nous en avons vu d'autres dans sa collection particulière. Il y en a plusieurs dans le Musée Dupuytren. Une pièce semblable a été présentée il y a peu de temps à la Société anatomique. Il semble donc que les fractures spiroïdes soient assez fréquentes. On les observe quelquefois sur le tibia; mais leur siége le plus habituel est le corps du fémur.

A propos de la symptomatologie des fractures, M. Gerdy distingue « le *frottement osseux* qui se constate par le sens du toucher et par le « sens de l'action musculaire, de la *crépitation* qui est sensible à l'o« reille, et qui dérive des frottements osseux, tandis que ceux-ci ne « sont point produits par la crépitation (p. 356). » Plus loin, il expose avec soin la question si controversée de la formation du cal, et ajoute aux résultats connus jusqu'ici ceux de ses propres expériences. Il discute avec rigueur les principes de l'extension dans la réduction des fractures, et fait connaître plusieurs modifications avantageuses des appareils contentifs ou extensifs. Il est partisan de l'extension permanente, à laquelle il a dû un beau succès sur un malade qui avait eu le col du fémur brisé par une balle.

La fin de l'ouvrage est consacrée à l'étude des maladies articulaires. M. Gerdy a été obligé de resserrer beaucoup cette partie de son livre, pour ne pas dépasser les limites d'un volume. Néanmoins il insiste beaucoup sur l'anatomie pathologique des tumeurs blanches; c'est là, comme on sait, une question qu'il a beaucoup étudiée. Il est un de ceux qui, en faisant connaître plus exactement la nature des tumeurs blanches, ont démontré la possibilité de guérir ces affections sans amputation. Après de courtes remarques sur l'ankylose, l'hydarthrose et les corps étrangers articulaires, il arrive enfin aux luxations dont l'histoire termine le volume.

Dans cette troisième monographie, M. Gerdy a étudié les maladies des organes du mouvement, abstraction faite de leur siége dans telle ou telle région. Après cette étude générale, nécessairement un peu abstraite, viendra l'étude spéciale des arthrites, des luxations, des fractures de chaque os ou de chaque articulation. Ce sera l'objet du volume suivant qui paraîtra sous le titre de *Maladies des membres*.

Paul Broca.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*; 1852.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 51. 3e ANNÉE. Samedi 28 avril 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement p[illegible] re envoyé en trai[illegible] sur Paris et en mandats sur la poste

Séances de l'Académie de médecine.

(*L'emprisonnement cellulaire, — la gastrotomie, — l'huile de foie de morue, — l'eau minérale de Saxon.*)

L'Académie a failli entamer dans l'avant-dernière séance une question qu'elle a bien fait d'abandonner, car elle en a dit assez pour montrer qu'aucun des orateurs qui auraient pu prendre la parole, non-seulement ne possédaient pas les éléments nécessaires pour se livrer à une discussion fructueuse, mais qu'ils ne se doutaient même pas quels pouvaient être ces éléments et où il fallait les chercher. L'honorable M. Gueneau de Mussy, dont personne mieux que nous n'apprécie les excellentes intentions et le beau caractère, a affirmé, avec l'accent de conviction et une chaleur qu'aurait pu avoir Newton en proclamant la loi de la gravitation, que les prisons en commun étaient des écoles de corruption; que le seul moyen de moraliser les malfaiteurs, c'était de les soumettre à la séquestration isolée, et que les gouvernements *commettaient un crime* en maintenant l'ancien système et en repoussant le nouveau. M. Gueneau de Mussy, qui a fait pourtant de si excellentes études classiques, a oublié ce précepte rudimentaire : *Sapiens nil.....* Si M. Gueneau de Mussy avait voulu emprunter pour quelques instants à son collègue, M. Mèlier, un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie, il y a six ans, et sur lequel aucun rapport n'a été fait, il aurait pu se convaincre que l'emprisonnement en commun ne démoralise pas plus que l'encellulement ne moralise, et que, dans tout système pénitentiaire, la question est ailleurs qu'où on la cherche. Pour n'en citer qu'une preuve, mais qui suffit parfaitement pour démontrer que M. G. de Mussy n'a fait, comme tous ceux qui l'ont précédé dans la même doctrine, que de la médecine morale d'inspiration, nous rappellerons que l'État de Pensylvanie, où l'encellulement est appliqué depuis trente ans, n'a pas vu diminuer d'une unité le nombre de ses malfaiteurs. Mais c'est assez sur cette question, puisque le rapport de M. Collineau a été renvoyé à la commission.

Nous y reviendrons au besoin; pour le moment, passons à des questions plus à la portée de l'Académie, et qui nous touchent plus directement.

— MM. de Lignerolles et Rousseau (d'Épernay) ont de nouveau mis sur le tapis la gastrotomie; le premier en réclamant de la commission nommée pour examiner son observation un rapport qu'il réclamera longtemps, nous le craignons bien; le second, en venant faire connaître à l'Académie un nouveau cas d'opération césarienne terminée par la guérison. Ces observations répétées de succès engageront-elles enfin l'Académie à traiter à fond la grave question de la gastrotomie? Nous l'ignorons; nous l'espérons un peu cependant. L'observation de M. Rousseau (d'Épernay) a été renvoyée à l'examen de M. Depaul, et l'on sait que le jeune et solide académicien semble devoir prendre l'habitude d'envisager les questions de front, et de saisir, comme on dit, le taureau par les cornes. Il est d'ailleurs de taille à conserver une pareille habitude, quand une fois il l'aura acquise.

— Depuis M. Chevallier jusqu'au dernier pharmacope, tout le monde, depuis quinze ans, nous entretient des falsifications qu'on fait subir à l'huile de foie de morue, et, dans de certaines limites même, des moyens de découvrir ces fraudes; mais ce qu'il y avait de plus important à faire pour la thérapeutique, c'était lui fournir un produit pur, homogène et sur lequel elle pût compter autant qu'on peut compter sur des produits extraits des organes des animaux; voilà de quoi on ne s'était pas occupé avec une persévérance suffisante, et un succès bien positif. Un jeune pharmacien distingué de Paris, ancien interne des hôpitaux, M. Berthé, paraît avoir comblé ce *desideratum.* Non-seulement cet habile chimiste a fait une analyse plus approfondie, plus rigoureuse que toutes celles des expérimentateurs qui l'ont précédé, à l'aide de procédés qui lui sont propres, qu'il a fait connaître, et qui dénotent autant de sagacité que d'intelligente patience, mais encore il a démontré comment les foies transportés au loin conservent toute leur intégrité de composition, comment toutes les altérations (que les falsificateurs mettaient sur le compte des transformations naturelles des produits animaux) doivent être attribuées à la fraude, et comment enfin, par une fabrication soigneusement surveillée et loyalement exécutée, on peut les éviter complétement. Nous n'avons point la prétention de nous ériger en juge absolu des procédés de M. Berthé; mais des experts plus compétents, les membres de la commission, parmi lesquels le sévère et éternellement spirituel M. Robinet, se sont transportés à l'usine de M. Berthé; ils y ont vu ses procédés en activité et ils s'en sont montrés satisfaits; notre devoir est de nous en rapporter à de pareils témoignages, et nous sommes d'autant plus heureux de le faire, que nous avons eu plus d'une fois l'occasion d'apprécier la solide instruction, le zèle scientifique et l'extrême loyauté de notre ancien collègue dans les hôpitaux, M. Berthé.

— Il y a pour tous les médicaments nouveaux, quelle qu'en soit la valeur, un moment de vogue dont l'extension et la durée sont en rapport avec l'autorité, l'activité, l'habileté de ceux qui les premiers en préconisent les avantages; mais, après un temps variable, la panacée ne tarde pas à prendre son assiette dans la thérapeutique des hommes sérieux, et à disparaître, si ses vertus n'étaient basées que sur des illusions. L'iode et ses composés ont joui de la vogue de tous les médicaments nouveaux; mais déjà ils ont passé le temps que la mode peut imposer, et ils ont conquis dès aujourd'hui une position tout

aussi inébranlable, tout aussi méritée que celle du fer, du quinquina, de l'opium et du mercure. La teinture d'iode, l'iodure de potassium, l'iodure de mercure, et, depuis les utiles travaux de M. Gille, l'iodure de fer, rendent aujourd'hui autant de services, sinon plus, qu'aucun autre agent de la matière médicale. Mais, jusqu'à ce jour, l'iode et ses composés ne pouvaient être utilement administrés qu'à titre de médicaments; il leur manquait une des formes les plus puissantes des modificateurs hygiéniques et thérapeutiques, la forme d'eau minérale. Dans un de ces rapports qui ne sont jamais assez écoutés par l'Académie, M. O. Henry est venu nous faire connaître mardi dernier une eau qui comble cette grande lacune. Avis à M. Chatin : si déjà il ne l'a explorée, la vallée du Rhône mérite toute son attention, et sa doctrine est gravement intéressée à ce que le village de Saxon ne compte pas de goîtreux.

Quoi qu'il en soit, cette eau minérale, située près du bourg de Saxon, dans une des belles vallées de la Suisse, et, ce qui est malheureusement trop rare dans cet admirable pays, dans une localité où la température est aussi uniforme que douce, contient du brôme et surtout de l'iode dans une proportion que ne possède aucune autre eau et qui permet véritablement d'espérer des résultats thérapeutiques puissants, dans les affections si nombreuses où les iodiques sont indiqués. Nos lecteurs trouveront au compte-rendu la composition détaillée de l'eau de Saxon, telle que des analyses répétées et rigoureusement exécutées par M. O. Henri la lui ont révélée.

— Dirons-nous quelques mots du petit incident qu'a soulevé M. Piorry à propos de la suppression qu'on a fait subir à son discours dans le *Bulletin de l'Académie ?* Pas à cette place. Les petites questions que soulève cet incident sont plutôt du domaine de la chronique que du domaine du premier-Paris ; car c'est un peu bien étrange et même quelque légèrement rabelaisique de voir un corps comme l'Académie impériale de Médecine à la merci d'un imprimeur, qui la gouverne moyennant quelques lignes d'impression de plus ou de moins. A plus tard donc ce pittoresque incident. H. DE CASTELNAU.

Du tamponnement dans la métrorrhagie.

Par M. le docteur GARIEL, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(*Deuxième article.*)

Dans un premier article, j'ai fait connaître la pelote à tamponnement en caoutchouc vulcanisé, et j'ai signalé les avantages de sa dilatabilité par l'insufflation, d'où résultent la facilité de son application et de son retrait, et l'arrêt instantané du sang par le fait de son contact immédiat contre les parois vaginales et le col utérin.

Je n'ai pas eu seul l'occasion de constater l'efficacité de la pelote à tamponnement vaginal. Je n'ai qu'à choisir entre les faits observés dans la pratique de nos confrères les plus honorables, MM. les docteurs Chailly, Diday, Bourguignon, Constantin, etc.

Je donne ici les deux observations suivantes que je dois à l'obligeance de mon ami M. le docteur Patté :

Observation I. — Madame Aud...., âgée de 44 ans, sujette depuis plusieurs mois à des pertes de sang abondantes, fut prise, dans les premiers jours de février 1851, d'une véritable métrorrhagie, accompagnée de tous les symptômes de l'anémie, tels que gastralgie très-douloureuse avec gonflement considérable du ventre, spasmes, syncopes, mouvements désordonnés dans les membres inférieurs. La magnésie, le bismuth, la codine, le sirop d'écorces d'oranges amères, les eaux de Vichy, une macération légère de quinquina, les pilules de musc et de valériane, les topiques froids furent employés successivement sans succès.

Le 26 février 1851, l'hémorrhagie prit une telle intensité, que je dus la combattre par le tamponnement tel qu'il est décrit dans les Traités de chirurgie. A la suite de cette hémorrhagie, les bruits de souffle qui existaient déjà dans les carotides, s'accrurent encore en même temps que survinrent des éblouissements, des vertiges et une aggravation dans la fréquence et l'intensité des accidents nerveux.

Le lendemain, 27 février, une nouvelle hémorrhagie plus abondante encore eut lieu, chassant le tampon et suivie de syncopes fort alarmantes. Le tamponnement fut rendu astringent par une très-forte solution d'alun dont j'eus soin d'imbiber les bourdonnets de charpie ; mais, dans la nuit, ce nouveau tamponnement céda encore, se laissant traverser par une abondante quantité de sérosité légèrement rougie. Les syncopes se rapprochaient ; un froid glacial s'emparait des extrémités ; la malade était si faible qu'elle ne pouvait articuler une parole.

Le 28 février, dès le matin, je fis l'application de la pelote à tamponnement en caoutchouc vulcanisé, de concert avec mon ami M. le docteur Gariel; immédiatement nous fûmes maîtres de l'hémorrhagie, et nous pûmes satisfaire aux indications que présentait l'état de la malade (quinquina, eau de Spa, eau de Bussang, fer réduit par l'hydrogène).

Au bout de six semaines, pendant lesquelles la pelote à tamponnement fut réappliquée plusieurs fois dans la crainte de voir se renouveler l'hémorrhagie, les forces revinrent rapidement; les règles reparurent avec régularité et sans exagération, et aujourd'hui (mars 1855), madame Aud.... jouit d'une santé parfaite.

Observation II. — Le 3 février 1854, je fus appelé à Saint-Quentin pour donner mon avis sur l'état de madame X., qui éprouvait, six semaines après une couche laborieuse, une hémorrhagie abondante et incoercible. Mon honorable confrère, M. le docteur Dumoncheaux, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, m'ayant écrit que la malade était atteinte d'anémie et de chlorose, et que divers moyens hémostatiques avaient déjà été mis en usage, je me munis, avant de quitter Paris, d'une pelote à tamponnement.

A mon arrivée, la malade me parut dans un état plus alarmant encore que celui de madame And... ; il y avait des spasmes incessants, des convulsions, des vertiges, des hallucinations, etc.

L'application de la pelote à tamponnement supprima incontinent l'hémorrhagie, et la sûreté, la simplicité de l'agent hémostatique donnèrent le temps d'employer méthodiquement les moyens généraux de traitement. Par le quinquina, le fer, les toniques, etc., madame X. était, trois mois après, tout à fait rétablie. Depuis cette époque, elle a toujours été bien réglée et n'a eu aucune nouvelle hémorrhagie.

Quelque importants que soient les avantages que j'attribue à l'emploi de la pelote à tamponnement dans les cas semblables à ceux que je viens de citer, il en est d'autres où ce moyen hémostatique n'a pas moins d'utilité, parce que jusqu'à présent on n'a rien trouvé à leur opposer.

Ces cas sont ceux où les malades, sans perdre assez de sang pour que cette perte mérite le nom de *métrorrhagie*, sont cependant épuisées par un écoulement de sang peu abondant mais continuel ; cet écoulement, par sa continuité, met leur vie en danger plus peut-être qu'une métrorrhagie abondante, qui cesserait pour ne plus se reproduire. Les pauvres malades atteintes d'affections organiques de l'utérus, sont presque toutes dans ces cas; elles succombent le plus souvent non aux progrès de l'affection primitive, mais à l'épuisement produit par la perte chaque jour répétée de quelques gouttes de sang, quoiqu'elles évitent avec le plus grand soin de se lever, et gardent le repos le plus absolu, soit au lit, soit sur une chaise longue, précaution qui souvent encore n'a pas le privilége de supprimer entièrement l'écoulement du sang. De quels écueils n'est pas entouré ce mode de traitement, même en admettant qu'il remplisse l'indication de la cessation de la métrorrhagie ! Une femme ne peut être privée d'air et d'exercice pendant un temps plus ou moins long, mais qui se compte en général par des mois, des années, sans que sa santé générale s'altère. Condamnée au repos, elle perd l'appétit, elle digère mal ; l'insuffisance d'une alimentation prise à contre-cœur amène l'amaigrissement, la débilité; les intestins ne tardent pas à participer à la faiblesse générale ; ils ne se contractent plus qu'imparfaitement, et la constipation qui survient infailliblement, et qu'on ne peut vaincre malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, nécessite des efforts de défécation dont un des effets les plus immédiats est l'accroissement de la perte de sang : je n'ai pas compté l'influence qu'ont sur l'augmentation de fluidité du sang le repos prolongé et la continuation de la perte de sang elle-même.

L'emploi de la pelote à tamponnement, par l'obstacle mécanique que l'appareil apporte à l'écoulement du sang, me permet de conseiller un traitement opposé : Je recommande alors aux malades de marcher; l'exercice ramène l'appétit; une digestion active donne lieu à une assimilation réparatrice. Le sang, reconstitué par une bonne alimentation, reprend plus ou moins complétement les principes qu'il avait perdus; par la plasticité qu'il recouvre, il s'écoule avec plus de difficulté; la constipation ne tarde pas à céder, la santé générale s'améliore; et les pauvres malades que je n'ai certainement pas eu la prétention de guérir de leur affection organique, voient leur maladie enrayée pour un temps plus ou moins long, et lorsqu'elles succombent, c'est aux progrès de l'affection elle-même, sans avoir éprouvé les angoisses d'une agonie de plusieurs années.

Il est inutile d'ajouter que lorsque cette forme de la métrorrhagie n'est pas symptomatique d'une affection organique, la guérison peut être la conséquence de l'emploi méthodique et régulier de la pelote à tamponnement.

Dans un troisième et dernier article, je ferai connaître les modifications que j'ai fait subir à cet appareil, pour l'opposer aux hémorrhagies nasales.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LES PROPRIÉTÉS ANTI-NÉVRALGIQUES DE L'ACONIT,

Par M. A. IMBERT-GOURBEYRE,
Professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

Les méthodes thérapeutiques établies sur les faits les plus concluants ont toujours de la peine à se faire accepter par la routine et le scepticisme, deux plaies de tous les temps, mais plus spéciales encore à notre époque, et c'est un des grands services de la presse quotidienne, que de vulgariser les progrès de la thérapeutique parmi les praticiens.

Une autre remarque non moins exacte, et tout aussi triste, c'est de voir combien les bons observateurs de notre époque sont peu au courant, non-seulement des propriétés physiologiques et thérapeutiques de beaucoup de médicaments, mais encore des travaux de leurs devanciers sur ces agents divers.

J'en donne pour preuve le *Traité des névralgies* de M. Valleix, publié en 1841. C'est une œuvre de laborieuse observation, comme tout ce qui sort de la plume de ce médecin distingué ; mais si la partie diagnostique y brille d'un vif éclat, on ne peut pas en dire autant de la partie thérapeutique, où se trouvent de nombreux *desiderata*. C'est là du reste le côté faible de la plupart des ouvrages sortis de l'école moderne d'observation. En France, nous en restons toujours au diagnostic : il serait bien temps d'arriver à la thérapeutique.

En ce qui touche l'aconit, M. Valleix ne nomme pas même ce médicament, au chapitre des névralgies de la face; dans tout l'ouvrage, il n'en est question qu'une seule fois, au sujet de la névralgie fémoro-poplitée, sur la foi de J. Frank, entre les mains duquel il n'a pas réussi.

Cependant, avant 1841, de nombreux auteurs dont nous avons analysé les travaux (voir *Moniteur des hôpitaux* du 19 de ce mois) avaient démontré toute la puissance de l'aconit contre les névralgies, et déclaré qu'ils n'avaient plus recours à d'autres remèdes dans le traitement de ces maladies.

Nous trouvons toutefois, dans l'ouvrage de M. Valleix, d'utiles appréciations sur la valeur de plusieurs médicaments employés habituellement contre les névralgies; il sera curieux de les rapprocher des résultats obtenus par l'aconit.

Sur dix-sept cas de névralgie faciale périodique, traités par le sulfate de quinine, six guérisons deux; fois soulagement marqué; neuf fois effet nul. L'auteur en conclut que lorsque la névralgie est périodique, il faut se hâter de recourir, mais sans annoncer une guérison certaine, au sulfate de quinine, car on peut être trompé facilement par les apparences.

Je suis loin de vouloir contester en quelques cas l'utilité du sulfate de quinine; je soutiens seulement que l'aconit, la belladone, sans parler de l'arsénic sont, comme anti-névralgiques, tout aussi anti-périodiques que le sulfate de quinine (voir Obs. 2 et 3 de mon mémoire, *Gazette médicale*, novembre 1854, et les deux Obs. de M. Aran, dont il est question dans ce mémoire).

Continuant la revue des médicaments anti-névralgiques, M. Valleix doute des pilules de Méglin, nie presque l'action du sous-carbonate de fer, n'a pas grande confiance dans l'opium et le datura; mais il commence à croire aux vésicatoires volants, toutefois en faisant appel à de nouvelles observations. Il se tait complétement sur l'aconit, la belladone, la vératrine, l'arsénic, etc.

A ces résultats peu satisfaisants, tels qu'ils ont été constatés par M. Valleix, opposons les résultats obtenus par l'aconit. Je disais dans mon mémoire (*loc. cit.*) : « Les résultats des expérimentations de tous les médecins dont j'ai énuméré les travaux sont importants, puisqu'en faisant le relevé de la plupart de leurs observations, y compris les miennes propres, observations qui s'élèvent au chiffre de soixante-trois, je trouve vingt-trois cas de névralgies avec une durée de un à neuf ans, et seize autres cas ayant persisté pendant un et plusieurs mois; or, dans la presque totalité de tous ces cas, il y a eu guérison prompte et définitive. »

Voici encore deux nouvelles observations que je publie pour appeler enfin la sérieuse attention des thérapeutistes sur un médicament véritablement précieux :

Observation I. — Madame Protat, trente-deux ans, giletière, demeurant à Clermont-Ferrand, rue des Cordeliers, 16.

Prise, il y a six ans, d'une névralgie faciale du côté droit pendant un mois.

Même névralgie, l'an passé, en juin et juillet. Traitée à chaque fois par des vésicatoires et des sangsues.

Reprise, cette année, de névralgie, au commencement de février. A souffert horriblement pendant deux mois sans faire aucun remède. Je la vois pour la première fois le 1er avril. Quelques jours auparavant, poussée par la douleur, elle s'était fait arracher une dent sans aucun résultat. Elle veut encore s'en faire arracher une seconde. M. Damour fils, dentiste, un de mes élèves à notre école préparatoire de médecine, ne veut point faire cette seconde opération, et témoin de plusieurs guérisons obtenues dans mon service d'hôpital, par l'aconit, conseille à la malade de se confier à mes soins.

A part cette névralgie, la malade a toujours joui d'une bonne santé. Elle est bien réglée. Depuis le commencement de février elle a presque continuellement souffert. Nul ne peut apprécier, à ce qu'elle dit, la violence de ses douleurs. Elle souffre la nuit et le jour sans rémissions bien notables; la nuit, elle est obligée de s'asseoir sur son lit ou de se lever et de crier; il lui est impossible de reposer sa tête sur son oreiller.

La névralgie est revenue du côté droit, mais depuis quelque temps elle a passé à gauche. Elle ne souffre jamais que d'un seul côté. La douleur débute ordinairement par les gencives, puis elle s'irradie vers la tempe et surtout dans l'oreille. Absence de salivation, de coryza et de larmoiement.

Depuis le commencement de février, il est survenu à la tempe droite, puis à la gauche, une éruption eczémateuse considérable qui existe encore, et qui complique les douleurs de démangeaisons violentes.

A ma première visite je trouve la femme Protat alitée, la physionomie offrant l'expression de souffrances vives et continues. Je lui ordonne immédiatement le *sirop d'aconit du Mont-d'Or de M. Gautier-Lacroze*, à prendre par cuillerées toutes les heures, au besoin, dans le cas de vives souffrances.

Le lendemain, 2 avril, supression des douleurs pendant quelques heures seulement.

Le 4. Je vois la malade dans la soirée. Elle est levée; elle sourit avec bonheur en me disant qu'elle vient de passer une bonne journée, la première qu'elle ait eue depuis deux mois.

Elle est reprise de ses douleurs dans les vingt-quatre heures suivantes, par trois fois, et pendant trois heures environ.

Elle dort parfaitement la nuit du 4 au 5. C'est la première fois qu'elle a pu dormir depuis deux mois.

Je la vois le 5 dans la matinée. Elle est enchantée, et me remercie du soulagement que je lui ai apporté.

Le 7. Nouvel accès venu la veille à quatre heures du soir. Elle a peu dormi; cependant les douleurs sont peu violentes; elle a pu reposer sa tête sur son oreiller. Les douleurs se prolongent dans la journée.

Le 8. Nuit assez bonne. Le mari me dit qu'évidemment sa femme souffre beaucoup moins.

Le 10. N'a plus eu de violentes douleurs depuis dimanche soir. Deux bonnes nuits.

Le 13. Nouvel accès, assez fort par moments, durant quinze heures.

A partir de ce moment la malade n'a plus souffert. Jusqu'à ce jour, elle a continué son sirop à plusieurs doses par jour. Dans le moment des grandes douleurs, elle ne pouvait s'empêcher, disait-elle, d'en prendre à chaque instant, parce qu'elle en était soulagée.

Le 19 avril. J'ai revu plusieurs fois la malade, et l'ai rencontrée dans les rues. Elle a repris son travail, et s'est débarrassée des nombreux mouchoirs dont elle entourait sa tête quand elle avait ses douleurs. Elle n'a plus souffert.

Observation II. — M. L... souffre habituellement, depuis huit ou dix ans, d'une névralgie faciale excessivement violente et rebelle. On a épuisé sur lui toute espèce de remèdes: opium, belladone, vératrine, etc. Il n'y a que l'hydrothérapie qui l'ait guéri, il y a trois ou quatre ans; mais cette guérison ne s'est point maintenue, il est retombé dans les mêmes souffrances.

L'an passé, on lui proposa de prendre quelques doses d'aconit; le malade refusa obstinément, parce qu'il avait entendu dire que c'était un *poison violent.*

Les douleurs ont continué tout l'hiver. Il y a huit jours, il était pris d'un accès des plus violents avec tremblement général. Il se résout enfin à prendre du *sirop d'aconit du Mont-d'Or de M. Gautier-Lacroze.* L'accès a disparu au bout de dix minutes, au grand étonnement du malade.

Je tiens ces renseignements de M. L... lui-même. Depuis ce temps la névralgie n'a point reparu.

Je pourrais joindre à ces observations bien d'autres faits encore, et je n'hésite pas à dire aujourd'hui que l'aconit est un des médicaments les plus précieux dans le traitement des névralgies, et même dans toute espèce de douleur violente et excessive. L'opinion de Pereira est pour moi incontestable.

En présence de tous ces faits, après les travaux de Turnbull, de Fleming, etc., je ne comprends pas que MM. Trousseau et Pidoux aient encore répété dans la cinquième édition de leur *Traité de thérapeutique* qui vient de paraître, que l'aconit était un médicament infidèle et dangereux, qu'il devait être rejeté jusqu'à nouvel ordre de la matière médicale: c'est ainsi qu'on *écrit l'histoire*... des médicaments.

Comment rejeter de l'arsenal thérapeutique un médicament qui a une action aussi étendue, et qui répond en général aux deux indications les plus fréquentes, la douleur et l'inflammation? Pour mon compte, je le classe parmi les médicaments les plus importants de notre matière médicale.

Je me suis déjà expliqué dans mon premier mémoire sur l'aconit, au sujet de l'infidélité de ses préparations. Cette infidélité ne tient qu'à une chose, à des préparations mal faites. On peut en dire autant du reste de presque tous les médicaments extraits des végétaux à l'état frais. Si les médecins surveillaient davantage le mode de préparation de ces médicaments, ils seraient sujets dans leur pratique à de moins nombreuses déceptions. On peut consulter avec fruit, à ce sujet, le très-utile *Dictionnaire des falsifications* de M. Chevallier.

Autant qu'il est en mon pouvoir, je ne me sers plus habituellement, pour ce qui concerne l'aconit, la belladone, la digitale, etc... que du suc frais de la plante, combiné de préférence avec le sucre qui en est le meilleur conservateur. Par ce procédé, on est toujours sûr d'avoir des préparations fidèles, et conservant le même degré d'activité.

CORRESPONDANCE

De l'emploi du proto-iodure de fer sous forme de dragées, d'huile et de sirop.

A monsieur le rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux.*

Monsieur le rédacteur,

Dans l'important article qu'il a publié, dans le numéro du 19 de ce mois du *Moniteur des hôpitaux*, M. Abeille a bien voulu rappeler le fait de carie de l'os iliaque gauche, avec raccourcissement de *neuf centimètres*, que j'ai publié moi-même il y a deux ans et demi. L'habile médecin de l'hôpital du Roule apprendra sans doute avec intérêt, ainsi que tous vos lecteurs, la suite de cette observation.

Le jeune enfant qui en est le sujet, Hyacinthe Maillard, se livre, au moyen de béquilles, à tous les exercices et jeux de son âge. C'est dire que sa guérison est aussi bien confirmée que jamais guérison puisse l'être.

Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte pour résumer en quelques mots les résultats de mon observation sur la médication qui préoccupe en ce moment à juste titre les praticiens spécialement occupés de thérapeutique.

Depuis 1852, j'ai expérimenté le proto-iodure de fer, principalement dans trois séries d'affections:

1° *Les caries molles.*

Je suis, depuis *deux ans*, une observation très-curieuse de carie molle de l'os iliaque et de la tête du fémur, chez un enfant de neuf ans. Tous les iodures ont été infructueusement employés sous ma direction et sous celle de MM. Maisonneuve, Morel-Lavallée et Dechaume (des Thernes). Le proto-iodure de fer seul a, pendant plusieurs mois, produit une amélioration sensible. Je vous ferai connaître les détails de cette observation lorsqu'elle sera terminée.

2° *La phthisie pulmonaire.*

Dans le second, et surtout dans le troisième degré de la phthisie, j'ai toujours été forcé de renoncer à l'usage des ferrugineux. Le plus souvent ils augmentent la toux, activent la fièvre et le denoûment de la maladie.

Le proto-iodure de fer fait fréquemment exception à cette règle. Je vous adresse deux observations dans lesquelles vous pourrez vérifier ce résultat.

Observation I. — Mademoiselle Ollivier, Grande-Rue, à Neuilly, dix-neuf ans, a depuis trois ans un *rhume dégénéré.* Le docteur Chupin adresse sa malade au docteur Bouillaud, dont voici le diagnostic.

« 25 novembre 1852.

« J'ai trouvé tous les signes d'une excavation tuberculeuse au sommet du poumon droit.

« Je conseille :

« 1° Appliquer deux cautères sur la région sous-claviculaire droite;

« 2° Lait d'ânesse matin et soir, et régime adoucissant, mais suffisamment nourrissant;

« 3° Une à deux cuillerées d'huile de foie de morue. »

Après un mois de ce traitement, comme il n'y avait aucune amélioration, je vois la malade, à Neuilly, avec le docteur Chupin. Le 25 décembre, nous constatons et rédigeons ensemble le diagnostic suivant :

Gargouillement abondant, depuis la clavicule droite jusqu'au dessous de la troisième côte, matité au niveau de la troisième et de la quatrième côte, sonorité exagérée au-dessous de la clavicule, pectoriloquie.

A gauche, expiration prolongée, craquements humides, expectoration purulente avec stries de sang, 116 pulsations, peau sèche, sueurs nocturnes abondantes, diarrhée.

Traitement : Sirop d'iodure de fer de *Gille* et de sulfate de quinine, grands bains avec farine de moutarde, frictions sèches sur la peau, petits vésicatoires volants, lait d'ânesse.

5 janvier. Peu d'amélioration, pouls à 120, toux cependant moins fréquente, mais avec oppression, moins de sueurs nocturnes, un peu d'appétit.

Traitement : Dragées de proto-iodure de fer de *Gille*, sirop de gentiane au vin de Bordeaux, bains avec farine de moutarde, frictions.

Le 26. Amélioration sensible, pouls à 104, toux moins fréquente la nuit, peu d'oppression, moins de sueurs, les gencives commencent à se colorer.

Traitement : 4 dragées dans la journée, 2 pilules d'extrait mou de quinquina, bains, frictions, vésicatoire volant.

2 février. L'amélioration continue, 100 pulsations, moins de gargouillement à droite. En arrière on entend plus facilement le bruit respiratoire ; la malade a de l'appétit, tousse moins, dort six heures et n'a plus de diarrhée.

Traitement : 6 dragées, même traitement.

Le 27. Crachats abondants, craquements à droite sous la clavicule et l'aisselle, 104 pulsations ; mais à gauche les craquements disparaissent, expiration moins prolongée, pas de sueurs, pas de diarrhée, appétit.

Vésicatoire à droite, même traitement.

28 mars. 96 pulsations, peu de gargouillement, moins d'expectoration, la malade reprend des forces, même traitement.

Le 6 mai. Souffle caverneux sans gargouillement à droite, un peu de craquement à gauche, crépitation fine sous l'aisselle, toux sensiblement diminuée, pouls à 86. — La malade engraisse.

Continuation des dragées, 5 par jour.

4 juillet. Retour des règles ; la malade vient me voir à Paris ; elle a l'apparence de la santé ; grasse et fraîche, elle a retrouvé sa gaîté. — Je permets un voyage à la campagne.

L'hiver de 1853, le printemps de 1854 se passent heureusement ; les règles sont régulières.

En juin, à la suite d'un bal, elle est atteinte d'un refroidissement, tous les symptômes reparaissent : crachats purulents, sueurs, diarrhée, inappétence, amaigrissement, etc.

J'essaie inutilement de reprendre l'iodure de fer en sirop et en dragées ; l'huile de foie de morue est vomie.

Le 20 juillet. Je conseille l'huile de proto-iodure de fer de *Gille*, elle n'est supportée que le troisième jour.

Le 10 août. Amélioration. — 3 cuillerées d'huile par jour. En septembre et octobre la santé paraît se rétablir. Mais le 8 novembre l'huile est vomie, la diarrhée revient, les symptômes s'aggravent et la malade meurt le 16 décembre.

L'huile d'iodure de fer a, dans ce cas, heureusement modifié pendant trois mois un état qu'aucun autre médicament rationnel n'avait pu améliorer.

Observation II. — Mademoiselle A. Ract, rue Drouot, dix-huit ans, était soignée par le docteur Pichon. Sa maladie s'aggravant, je fus appelé le 13 février 1854. Le 14, réunis en consultation, nous la trouvons dans l'état suivant :

Amaigrissement considérable, hémoptysies fréquentes, toux incessante, crachats gris, mamelonnés, striés de sang ; inappétence complète, sueurs nocturnes.

A la percussion, sonorité normale, diminuée au niveau des deux clavicules et des premières côtes.

A l'auscultation, craquements secs à gauche, humides à droite, dans toute la partie postérieure de la poitrine.

Diagnostic : Tuberculisation générale active (phthisie galopante).

Traitement : On avait essayé sans succès l'émétique, l'huile de foie de morue et les vésicatoires. Nous ordonnâmes : bains généraux au camphre et à la moutarde tous les quatre jours, frictions sur la peau, vésicatoire volant, flanelle, 4 dragées de proto-iodure de fer de *Gille.*

24 février. Peu d'amélioration. Les dragées sont difficilement digérées. Constipation, fièvre quotidienne, 110 pulsations.

Nous remplaçons les dragées par l'huile de proto-iodure de fer de *Gille.* Continuation du traitement précédent.

14 mars. Amélioration notable, 96 pulsations, plus de sueurs nocturnes, l'appétit est un peu revenu.

Traitement : 3 cuillerées d'huile, lait d'ânesse.

17 avril. Amélioration complète, l'embonpoint revient, on ne perçoit de craquements que sous la clavicule et sous l'aisselle droites.

Même traitement.

A la fin de mai nous envoyons la malade à la campagne, et depuis cette époque sa santé s'est bien soutenue. Aujourd'hui, 20 avril 1855, j'ai consulté cette jeune personne et n'ai trouvé que quelques craquements disséminés ; la toux n'existe que pendant le jour et elle est peu fréquente.

3° *La leucorrhée.*

Si dans les affections tuberculeuses de la poitrine l'huile de proto-iodure de fer m'a le mieux réussi, elle a été rarement tolérée dans les cas de leucorrhée. Les dragées, au contraire, sont d'un emploi heureux.

A Paris, la plupart des jeunes femmes ont des flueurs blanches avec accompagnement de gastralgie, de palpitations, et de tous les phénomènes qu'entraîne la névrose du grand sympathique. Tous ces accidents cèdent d'ordinaire à l'usage des ferrugineux (fer réduit, sulfate, lactate de fer, etc.). Mais lorsque ces médicaments sont inefficaces, ou mal tolérés, les dragées d'iodure de fer de Gille réussissent si généralement, que dans les cas d'insuccès, j'en ai toujours trouvé la cause dans une affection locale de l'utérus (déviations, granulations, etc.).

Quelquefois la leucorrhée existe depuis si longtemps, qu'il est nécessaire, pour en obtenir la guérison, d'exciter le col de l'utérus par l'application de la teinture d'iode ; l'introduction de cette teinture au moyen d'un pinceau dans le col utérin, jointe à l'action interne de l'iodure de fer, me paraît la médication la plus sûre et la plus rapide contre cette affection.

Veuillez agréer, etc.,

Dr Déclat de Neboud.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 17 avril 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe.)

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de diverses communications sur les maladies épidémiques, et d'une notice sur les eaux minérales de Fonsanche (Gard), par M. le docteur Blouquier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

Placenta. — Observation de résorption du placenta, par M. le docteur Sabatier.

Vaccine. — Note sur les revaccinations, par M. Adde Margras.

Cal. — Observation de résorption de la substance calcaire des os à la suite d'une fracture du cubitus, ayant nécessité l'amputation, par M. Mangin, de Lamarche (Vosges).

Candidatures. — M. Brière de Boismont se porte candidat dans la section de l'hygiène.

Trocart. — Modifications du trocart, consistant dans l'incurvation et l'aplatissement, par M. Lecocq.

RAPPORTS.

Système pénitentiaire. — M. Collineau lit un rapport sur un travail de M. Pietra Santa, relatif à l'influence sur l'intelligence et sur la mortalité des détenus de l'emprisonnement cellulaire. — A la suite de ce rapport il s'engage une discussion sur laquelle nous reviendrons.

Huile de foie de morue. — M. Robinet, en son nom et au nom de MM. Bussy et Bouchardat, lit, sur un travail de M. Berthé, pharmacien à Paris, un rapport important dont nous extrayons les principaux passages (1) :

(1) Pour bien mettre les praticiens au courant de ce rapport, il ne sera peut-être pas superflu de rappeler les passages essentiels d'un premier rapport fait il y a environ un an à l'Académie par M. Bouchardat, au nom d'une commission composée de MM. Grisolle, Guibourt, Soubeyran et Bouchardat, *rapporteur :*

« L'Académie sait que plusieurs chimistes ont constaté dans cette huile la présence du phosphore ; d'autres, au contraire, moins heureux ou moins persévérants, n'ont pu y retrouver ce corps.

« M. Berthé, après avoir établi avec soin combien sont diverses les espèces de poissons qui fournissent le produit que l'on désigne sous le nom d'huile de foie de morue, après avoir rappelé les différents procédés qui servent à l'extraction des huiles, les falsifications qu'on leur fait subir, s'est d'abord attaché à s'assurer de l'exactitude du procédé employé par M. de Jongh, et par les chimistes qui, après lui, ont constaté la présence du phosphore dans l'huile de foie de morue.

« Ce procédé consiste, comme le sait l'Académie, à détruire l'huile de foie de morue par l'acide nitrique pur, et il a pour objet de transformer le phosphore contenu dans ces huiles en acide phosphorique au moyen de l'oxygène de l'acide nitrique ; il réussit bien, mais il est extrêmement long, car il ne faut pas moins d'un mois pour détruire un kilogramme d'huile de foie de morue ; il n'est donc pas étonnant que d'autres chimistes aient recherché le phosphore

Il y a quelque temps, l'un de nous rendait compte à l'Académie d'un mémoire de M. Berthé sur l'analyse de l'huile de foie de morue. A cette époque plusieurs chimistes étaient frappés de la difficulté de s'assurer de la pureté de ce produit et prévoyaient de grandes variations dans sa composition.

(M. le rapporteur rappelle ici que M. Berthé, pour soustraire la thérapeutique à ces variations, avait imaginé une huile iodo-phosphorée, de composition fixe, mais que l'Académie ayant paru manifester une préférence pour l'huile de foie de morue, il s'est occupé d'apporter cette fixité dans cette huile elle-même.)

M. Berthé, continue ensuite M. le rapporteur, est allé visiter quelques points des côtes de la mer du Nord, où se préparent les huiles de poisson; il a étudié entre autres les usines où l'on obtient les huiles de foie de morue.

Ayant établi les relations commerciales nécessaires à son projet, il a fait venir directement des lieux de pêcherie des foies de morue, et a établi, à Ivry, près Paris, une fabrique d'huile que chacun peut aller visiter ; votre commission s'est transportée dans cette fabrique et a été satisfaite de ses dispositions.

M. Berthé avait vu sur les lieux les procédés de fabrication ; ils consistent le plus souvent dans la séparation de l'huile *par la désagrégation et même la putréfaction des foies* d'abord, puis par la coction des résidus.

M. Berthé n'a pas hésité longtemps entre ces deux procédés. *Aujourd'hui, dans son usine, les foies de morue arrivés dans un état de conservation satisfaisant,* sont traités immédiatement par la chaleur dans une chaudière à double fond ; une heure de coction suffit pour désagréger complétement le parenchyme des foies; l'huile se sépare. Le tout est jeté sur des tamis fins et recueillis dans des vases allongés. Quand l'huile est bien séparée du liquide aqueux et salé qu'elle recouvre, on soustrait celui-ci; *l'huile est ensuite filtrée au papier dans un appareil disposé de manière à la préserver le plus possible du contact de l'air.*

Par ce moyen, M. Berthé évite autant que possible l'acidification de l'huile, qui est considérable suivant lui dans les procédés ordinaires.

Les foies de morue arrivent dans des barriques ; la division qu'ils éprouvent, tant par leur introduction par la bonde que par le ballottage, suffit pour séparer une certaine quantité d'huile, qu'on pourrait dénommer huile vierge ; mais M. Berthé pense qu'il y aurait des inconvénients à former ainsi différentes qualités du produit. Il verse dans la chaudière tout ce qui se trouve dans les tonneaux et fait subir à la totalité l'action de la chaleur.

Se trouvant ainsi en possession d'huiles de foie de morue pures, l'auteur s'est livré à de nombreuses recherches sur les caractères de cette huile, dans le but de trouver un procédé qui permît de vérifier la pureté des huiles commerciales ; il a cru le trouver dans la réaction particulière qu'exerce l'acide sulfurique sur l'huile de foie de morue, réaction qui diffère essentiellement de celle du même acide sur les huiles de poisson ordinaires et sur les huiles végétales qu'on peut mêler par fraude à l'huile de foie de morue.

En effet, quand on verse une goutte d'acide sulfurique sur quelques gouttes d'huile de foie de morue, reçues sur une plaque de verre, superposée elle-même à une feuille de papier blanc, on remarque la formation d'une auréole du plus beau violet, qui passe bientôt au cramoisi; ce n'est qu'au bout de quelques minutes que la couleur du mélange passe au brun. C'est à M. Gobley qu'on doit l'observation de ce curieux phénomène.

Cherchant à tirer parti de cette réaction, M. Berthé a fait des mélanges d'huile de foie de morue et d'huile d'œillette jusqu'au point de voir cesser la réaction de l'acide sulfurique. Puis, de la proportion du mélange que pouvait supporter une huile du commerce, il a conclu à la proportion d'huile étrangère qu'on y avait introduite par fraude.

Votre Commission a répété un très-grand nombre des essais qui avaient conduit M. Berthé à penser que la réaction de l'acide sulfurique constituait un caractère suffisant pour déterminer les degrés de pureté des huiles du commerce. *Elle a reconnu l'exactitude de la plupart des faits annoncés;* mais aussi en variant les expériences, en éprouvant tantôt l'huile vierge des foies, tantôt l'huile extraite par la chaleur, elle a cru reconnaître que le caractère donné par l'acide sulfurique n'offrait pas assez de précision pour suffire *dans tous les cas,* et que, par exemple, des experts, chargés de décider sur une question de falsification, ne pourraient pas, sans danger, se contenter de cette expérience.

Néanmoins, la Commission est d'avis que la réaction de l'acide sulfurique peut donner des indications utiles; elle propose à l'Académie d'adresser des remercîments à M. Berthé pour sa nouvelle communication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité par l'Académie.

---

par d'autres méthodes, et sans doute leurs insuccès doivent être mis sur le compte de leur impatience.

« M. Berthé a du reste cherché lui-même à remédier aux inconvénients du procédé de M. de Jongh, soit en ajoutant à l'acide nitrique une petite quantité de chlorate de potasse, afin d'activer l'oxydation, soit en retirant du feu la capsule qui contient l'acide au moment où la réaction commence, et en continuant l'addition de l'huile sans augmenter davantage la température, soit enfin en substituant l'acide sulfurique à l'acide nitrique. Il a vu que si, dans ces circonstances, la longueur de l'opération est considérablement diminuée, le résultat obtenu perd un peu de sa netteté; mais, en revanche, l'opération devient très-praticable, et lorsqu'elle est conduite avec soin, les résultats sont assez concluants pour permettre de constater la présence du phosphore.

. . . .

« En résumé, dans les différents mémoires que M. Berthé a présentés à l'Académie, il a ajouté des faits importants à l'histoire des huiles de foie de morue ; il a en particulier exécuté des expériences intéressantes pour établir la présence du phosphore dans cette huile; il a montré comment la réaction de l'iode sur l'huile était autre que celle que l'on avait admise. Partant de ce point, il a montré comment on avait pu être induit en erreur sur la composition de l'huile iodée, et comment il fallait procéder pour arriver à un résultat constant. »

Gastrotomie. — M. Rousseau, chirurgien en chef de l'hôpital d'Épernay, lit une observation de *grossesse extra-utérine abdominale primitive, guérie par la gastrotomie.*

Pendant les premiers mois de la grossesse, la femme avait ressenti dans la partie gauche de l'abdomen quelques douleurs passagères ; un peu plus tard, il y eut, pendant vingt-quatre heures, du ténesme vésical. Les règles étaient supprimées. Neuf mois après l'époque présumée de la conception, les mouvements du fœtus, qui s'étaient fait sentir plus tôt et plus fortement que dans une grossesse antérieure, cessent d'être perçus. Peu de temps après, il se fait par la vulve un écoulement notable de sang, et pendant quinze jours, la sécrétion du lait, dont le commencement avait coïncidé avec la cessation des mouvements du fœtus, augmente d'activité. A ce moment, surviennent des troubles de la digestion et de la santé générale, de la fièvre, de l'amaigrissement, et la malade entre à l'hôpital d'Épernay le 31 octobre 1852. En novembre, on pratique successivement six cautérisations avec un cautère cultellaire sur la région iliaque gauche où la tête était sentie ; le 6 décembre, on achève avec le bistouri la section de ce qui restait encore à diviser pour pénétrer dans la cavité de l'amnios; la tête du fœtus est ouverte; on enlève les os de la voûte et la substance cérébrale; le placenta et les membranes sont laissés en place. L'opération s'exécute sans ouverture du péritoine; il ne survient pas de péritonite; mais il se déclare une phlébite des deux bras. On pousse dans la cavité amniotique des injections émollientes d'abord, puis chlorurées; sulfate de quinine. L'inflammation des veines du bras se termine par la guérison. La capacité de l'amnios décroît de jour en jour. Le placenta continue à vivre, et prend part à la cicatrisation qui marche rapidement; la plaie extérieure se rétrécit et se réduit bientôt à une petite fistule.

(*Séance du 24 avril 1855.*)

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de plusieurs échantillons de remèdes ou aliments nouveaux ou secrets, de plusieurs rapports sur des eaux minérales et des épidémies, et demandes d'autorisation pour exploitation d'eaux minérales nouvelles.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

Système pénitentiaire. — Lettre à ce sujet, par M. Bertin, de Montpellier.

Sondes. — M. Charrière fils présente une sonde modifiée dont nous publierons la description dans notre prochain numéro.

Candidatures. — M. Colin, chef de clinique à Alfort, se présente dans la section de médecine vétérinaire.

Paquet cacheté. — Déposé par M. Behier.

Réclamation de priorité. — Par M. Foucault, de Nanterre, à propos d'un appareil à réduction de fractures et de luxations.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — Eau minérale de Saxon (Suisse). M. O. Henry lit plusieurs rapports sur diverses eaux minérales.

1° Le plus important est sur une *eau bromo-iodurée, située à Saxon* (Suisse). — Le plus important de ces rapports concerne une eau située près du village de Saxon, dans la Belle Vallée.

Voici comment M. O. Henry rend compte de la composition de cette eau, d'après l'analyse d'échantillons qu'il a lui-même puisés à la source :

« L'eau minérale de Saxon présente une thermalité de 23,5 à 24 degrés centigrades; elle est d'une abondance telle, qu'on peut la regarder comme une petite rivière minérale. Connue depuis longtemps dans le pays sous le nom de *Fontaine chaude*, elle était employée par les gens de la localité ou des endroits voisins qui venaient y chercher un remède contre beaucoup d'affections, et y traiter même leurs bestiaux; mais comme l'excédant de la source, privé d'un écoulement convenable, inondait toutes les terres du voisinage et en faisait un immense marais très-malsain, l'eau resta ignorée au loin. Ce fut seulement en 1836 que M. le docteur Clévaz, propriétaire de la source, témoin de quelques effets presque extraordinaires, fit établir gratuitement pour les malades d'abord quelques baignoires et une piscine assez vaste. Ainsi commença l'établissement thermal qui aujourd'hui, sans être très-important encore, offre pourtant un ensemble satisfaisant, qui doit bientôt, nous n'en doutons pas, acquérir un complet développement.

« L'excédant de la source de Saxon, enfermée dans un petit pavillon, se perd, à l'aide d'un canal d'écoulement qui porte l'eau au Rhône, à 1 kilomètre de là; cette précaution a permis de dessécher tous les terrains voisins, maintenant salubres et en pleine culture.

« L'eau minérale est limpide, sans aucune saveur désagréable; son odeur, d'abord presque nulle, devient progressivement à l'air comme aromatique safranée, analogue au produit *bromé* et *iodé*; quelquefois, par un temps humide surtout, cette odeur se remarque immédiatement, et l'eau conservée quelques jours en bouteilles la manifeste aussi d'une manière prononcée.

« Par les réactifs appropriés, l'amidon, le chlore ou l'acide hypoazotique, l'hypermanganate de potasse, le chlorure de palladium et celui d'argent, de mercure, etc., la présence de l'*iode* dans l'eau est plus ou moins prompte à se manifester. Pour celle du brôme, il faut quelques opérations subséquentes, mais le résultat n'est toutefois pas douteux. C'est à cause de circonstances semblables qu'on a dit qu'il existait des intermittences dans la production du principe iodique; nous croyons qu'il n'en est pas ainsi. Voici la composition chimique de l'eau que nous avons puisée nous-même le 22 mars dernier :

Bi-carbonate de chaux		0,3200
— — magnésie		0,0290
Sesqui-oxyde de fer		0,0040
Acide silicique. } Alumine. }		0,0500
Sulfate de chaux. anhydres	0,0200	0,3110
— soude. anhydres	0,0610	
— magnésie. anhydres	0,2900	
Iodure de calcium et de magnésium		0,1100
Bromure — — —		0,0410
Chlorure de sodium		0,0190
Matière organique azotée		très-sensible.

L'eau minérale de Saxon est donc une eau *iodée-bromée-calcaire-magnésienne*.

A trois cents pas environ de la source, dans un point qui la domine et qui avoisine un des bâtiments de l'établissement thermal, on trouve, entre deux bancs quartzeux et schisteux, une couche épaisse d'un calcaire dolomitique de la nature de la roche nommée *cargneule*. Ce nouveau banc est d'une assez grande puissance puisqu'on en reconnaît divers affleurements sur une étendue d'un kilomètre au moins dans la montagne; il est formé par une masse compacte d'un jaune sale, avec des veines noires et jaune-chamois et des cristallisations de carbonate calcaire. Ce qui est le plus remarquable, c'est l'odeur forte bromée et iodée qu'exhalent tous les fragments qu'on détache de la voûte de ce banc; réduits en poudre, ils fournissent, par l'action de l'eau, les mêmes produits iodo-bromés que fournit l'eau de la source. Il y a donc probabilité que la minéralisation de l'eau de Saxon se fait par le lessivage naturel de cette roche.

En résumé, tout fait reconnaître que l'eau minérale de Saxon est une eau remarquable à la fois par sa compositon chimique et par ses propriétés médicales, que justifie pleinement la nature de ces éléments minéralisateurs; de plus, elle est facile à transporter au loin et à conserver en bouteilles. On connaît sans contredit d'autres eaux chargées de *bromures* et d'*iodures*, mais aucune ne saurait entrer en comparaison avec elle; car, dans les autres, ces principes ne se trouvent qu'en très-minime proportion. Nous croyons donc qu'il y a lieu de proposer à M. le ministre d'accorder l'entrée en France de l'eau *iodo-bromurée de Saxon* et de permettre sa vente comme agent thérapeutique.

(L'Académie adopte à l'unanimité cette conclusion.)

2° Analyse des eaux minérales *de Vittel et d'Autrancourt*, près Contrexéville (Vosges). Le rapporteur, ayant examiné sur les lieux l'eau de ces deux sources, l'a trouvée très-analogue, celle de Vittel surtout, à l'eau de Contrexéville (source du Pavillon).

Conclusions : accorder. (Adopté.)

3° Un rapport sur l'eau sulfureuse de *La Hontalade*, à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

Légèrement thermale (22° centigrades), cette eau se rapproche, par ses effets, des Eaux-Bonnes; elle peut être conservée sans altération.

Le rapport conclut à ce que l'exploitation de cette eau minérale soit autorisée, mais à la condition expresse de capter convenablement la source par des opérations indispensables. (Adopté.)

4° Analyse de l'eau minérale de Saint Yorre, près la ville de Vichy (Allier).

Considérant l'analogie de composition de cette eau et de celle de Vichy, ainsi que la similitude des effets thérapeutiques, la commission conclut à ce que l'autorisation d'exploiter les sources de Saint-Yorre, au point de vue médical, soit accordée à MM. Larbaud et Baroche, qui la sollicitent. (Adopté.)

— M. Robinet lit une série de rapports défavorables sur plusieurs remèdes secrets proposés comme préservatifs et curatifs du choléra. Nous en publierons la description détaillée.

— M. Reynal montre plusieurs pièces pathologiques intéressantes.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

De la presse médicale en province. — Tel est le titre d'un article imprimé dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Lyon*, et écrit avec la sincérité et la distinction habituelles à la plume de l'habile rédacteur en chef de ce journal.

Deux points essentiels sont traités dans cet article, l'un sur lequel nous sommes complétement d'accord avec M. Barrier, l'autre où nos deux opinions ont des différences que nous allons faire ressortir.

Le premier point porte sur un fait que nous aurions mis en lumière depuis longtemps, si nous n'avions pas craint de renouveler contre nous cette accusation injuste formulée contre les habitants de Paris, de faire peu de cas des travaux qui nous viennent de la province. Dieu merci, depuis que le *Moniteur* existe, il a donné assez de preuves du cas qu'il fait des travaux de ses correspondants de province; parmi ses plus intéressantes publications se trouvent, en particulier, des articles dus à plusieurs médecins et chirurgiens distingués de Lyon, MM. Desgranges, Gensoul, Bouchacourt, Tessier, Valette, Barrier lui-même, etc. Paris ne méprise donc nullement les travaux de la province, et en fût-il ainsi, que les journalistes n'auraient aucune raison de partager ce sentiment, car en définitive, si Paris donne proportionnellement plus d'abonnés à un journal, s'il y a dans la capitale plus de zèle scientifique, il n'en est pas moins vrai que la province a, *absolument*, une importance beaucoup plus grande; c'est donc à la province qu'il faut plaire d'abord, et si les journaux de Paris publient relativement peu de travaux venant de la province, c'est que les abonnés provinciaux le voudraient ainsi. — Mais les provinciaux ne sont pas plus que les Parisiens injustes envers eux-mêmes : ils estiment leurs propres travaux quand ils sont bons, comme ils font peu de cas de ceux de Paris, quand ils sont mauvais, ce qui se rencontre bien quelquefois.

En toute occasion, il faut être sincère, et nos lecteurs de province comme ceux de Paris savent que nous les respectons assez pour ne leur taire jamais la vérité, quelle qu'elle soit. Eh bien! la véritable raison pour laquelle nous publions moins de travaux de province que de travaux de Paris, c'est qu'on travaille moins dans les départements que dans la capitale; nous ne disons pas qu'on y étudie moins; nous reconnaissons, au contraire, que la province se tient, en général, autant que Paris au courant de la science; mais c'est à cela qu'elle borne ses efforts; soit fatigue corporelle plus grande, soit défaut d'excitation, d'émulation, elle garde trop souvent pour elle-même le fruit de son expérience. Quand nous lui avons fait appel, par exemple pour qu'elle nous fît connaître les résultats qu'elle avait obtenus dans l'opération césarienne, dix à douze praticiens répondirent seuls à notre appel; or, il est bien certain qu'il y en a en France un plus grand nombre qui ont pratiqué cette opération. Le moment est encore venu de faire un appel semblable; — nous le faisons, et nous verrons si les compatriotes de M. Barrier seront plus zélés que les autres.

Notre distingué confrère de Lyon ne partage pas, sans doute, le préjugé de certains médecins de province sur le cas que nous faisons de leurs travaux; mais il constate (et c'est là ce que nous avions quelque scrupule à constater le premier) que la presse médicale de province, inférieure en nombre à celle de Paris (11 journaux en province (1) contre 29 à Paris) l'est plus encore, proportionnellement, par le chiffre de ses abonnés.

On pourrait peut-être voir, dans ce fait, que la province ne fait pas plus que Paris cas de ses propres travaux; mais ce n'est pas là ce que M. Barrier y a vu, et il a eu raison. Il y a vu simplement le fait de la centralisation, et il a eu raison encore. Mais où nous différons d'opinion, c'est lorsqu'il croit que c'est à l'organisation actuelle de la médecine en France qu'est liée l'infériorité de la presse médicale de province, et parce qu'on trouve concentrés à Paris, l'Institut, l'Académie de médecine, les Facultés de médecine, des sciences, des lettres, etc. « Comment concevoir, dit M. Barrier, que la vie que ces institutions scientifiques y entretiennent et y développent puisse exister là où cette source fait défaut? » . . . .

. . . .

. . . « Dans l'état actuel, un journal de province ne peut qu'empêcher de s'éteindre une activité scientifique destinée à se développer seulement le jour où l'amélioration des institutions médicales en France, atténuant les abus ne la centralisation, viendra relever de sa déchéance la province si souvent sacrifiée. »

Nous ne savons de quelles améliorations M. Barrier veut parler, et s'il réclame pour Lyon une faculté, il doit savoir, s'il se rappelle notre Lettre sur Lyon, que nous n'avons pas été le dernier à partager le vœu de sa belle cité. Mais notre honorable confrère se trompe s'il croit qu'une faculté placée à Lyon ou ailleurs y changerait beaucoup l'état de la presse médicale; il n'a pour cela qu'à tourner les regards vers Strasbourg et Montpellier.

La centralisation, dans un grand pays, n'est pas un fait conventionnel; c'est un fait résultant de la nature des choses: la presse industrielle, la presse littéraire, la presse politique, la librairie tout entière, et bien d'autres choses encore, ne diffèrent pas sous ce rapport de la presse médicale; rien ne peut changer un tel état de choses; nous nous trompons, une seule réforme peut le changer, c'est la transformation de la France en confédération; mais nous ne supposons pas que ce soit là ce que veut M. Barrier.

Hors de là, ni la presse médicale, ni toute autre ne cessera d'être ce qu'elle est en province. Aussi donnerons-nous aujourd'hui, aux rédacteurs en chef des journaux médicaux des départements, un conseil que nous leur aurions donné depuis longtemps sans le scrupule dont nous avons parlé, c'est de réserver leurs travaux pour les journaux sérieux de la capitale, où ils trouveront toujours une hospitalité empressée et plus utile pour leurs auteurs que celle que peut leur donner leur œuvre personnelle; les journaux de Paris, de leur côté, auront plus de choix dans leurs matériaux et tout le monde y gagnera.

— Le concours pour deux places de médecins du bureau central, que nous avons annoncé récemment, s'est terminé, aujourd'hui par la nomination de deux vétérants du concours, MM. Matice et Woillez. Deux candidats distingués, MM Empis et Mesnet ont touché de bien près la nomination, et plusieurs autres se sont signalés par leurs épreuves.

M. Claude Bernard commencera son cours au Collége de France le vendredi 27 avril, à midi, et le continuera les vendredis et mercredis suivants.

— M. le docteur Caffe a reçu de Puerto-Cabello (république de Venezuela) deux magnifiques serpents: un *boa constrictor* et un *bothrop jarerraca*, appelé dans le pays serpent tigre, un des plus dangereux et des plus terribles. M. Caffre s'est empressé de les offrir à la ménagerie du Jardin des plantes de Paris.

M. le docteur Caffe avait déjà fait cadeau à la galerie anthropologique du Muséum d'histoire naturelle d'une riche collection composée de trente-quatre têtes arabes, parfaitement conservées, et ayant appartenu à des individus qui rappellent les principaux types de la race africaine. (*La Science.*)

La jurisprudence qui tend à prévaloir en France, relativement au secret médical et qui permet au médecin de taire le nom de la mère, dans les déclarations de naissance, vient également de triompher devant le tribunal correctionnel d'Anvers; voici ce qu'on lit à ce sujet dans la *Presse médicale belge* :

« Nos lecteurs se rappelleront le procès intenté au docteur Bessems, d'Anvers, à propos d'une déclaration de naissance dans laquelle ce praticien honorable s'est refusé à faire connaître le nom de la mère, qui lui avait été confiée sous le sceau du secret. Cette affaire intéressant vivement le corps médical belge, dont un grand nombre de membres prit part à une souscription destinée à supporter les frais du procès, nous insérons aujourd'hui avec la plus vive satisfaction le jugement rendu par le tribunal correctionnel, et entièrement favorable à notre confrère.

« Espérons que cette décision sera définitive et mettra un terme aux embarras qui pesaient sur le corps médical, par le fait de la malencontreuse incertitude de la loi sur le secret médical.

« Attendu que les lois pénales sont de stricte interprétation et que l'art. 346 du Code pénal ne commine de peine que contre l'inobservation de l'art. 56 du Code civil;

« Attendu que cet article n'impose aux personnes qui y sont désignées d'autre obligation que celle de déclarer le fait de la naissance dont elles ont été témoins, mais qu'il n'exige point d'elles l'indication du père ni de la mère;

« Attendu que le docteur Bessems a satisfait aux prescriptions de l'art. 56, mais qu'il s'est refusé à faire connaître la mère, par le motif que le nom de cette dernière ne lui a été révélé que sous le sceau du secret;

« Attendu que dès lors l'art. 378 du Code pénal défendait au prévenu de révéler un fait, dont aucune loi ne l'obligeait de se porter dénonciateur;

PAR CES MOTIFS,

« Le tribunal met le prévenu hors de cause et sans frais. »

— La Société d'Hydrologie médicale, de Paris, vient de nommer membre correspondant étranger M. le docteur Veyrat, médecin de l'établissement thermal et de l'hôpital d'Aix (en Savoie), et vice-président de la commission médicale d'inspection des eaux.

Pour toutes les variétés. H. DE CASTELNAU.

(1) Ces journaux doivent même être réduits à 10 par suite de la disparition de la *Gazette médicale de Montpellier*.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix: 1 fr. — Au bureau du Journal.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de la goutte; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8; au bureau du Journal.

*Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le Dr IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc;

1er *Mémoire*. — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire*. — Sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament. — Au bureau du Journal; prix: 25 centimes, et 40 cent. par la poste.

Études scientifiques sur la peau; application de l'électricité à l'excitabilité des bulbes pilifères; mémoire présenté par le docteur LAURENTIUS à l'Académie des Sciences. Brochure grand in-18. A Paris, chez Didot et chez tous les libraires scientifiques; prix franco par la poste, 1 fr.

Traité des maladies des femmes, par le docteur Alexis Favrot. 1 vol. in-8. — Prix: 5 fr. — Au bureau du Journal.

Sous presse pour paraître prochainement: *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de *l'huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix, 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX, recevront gratuitement cet ouvrage.

Traité des hydropisies, par M. ABEILLE, médecin en chef de l'hôpital du Roule. — 1 vol. in-8. — Au bureau du Journal.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le Dr Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix: 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le Dr Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le Dr Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons: 5 fr. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 52. 3e ANNÉE. Mardi 1er mai 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Détermination de la grandeur et de la situation des organes thoraciques et abdominaux chez l'homme sain.

(Suite. — Voir les numéros du 17 février et du 26 avril.)

Examen de la poitrine. — Délimitation du cœur (1).

En traçant les limites du bord antérieur des lobes du poumon, le docteur Conradi a déjà indiqué, d'une manière assez approximative, la situation du cœur ; l'espace ainsi limité présente une forme conique irrégulière. Le sommet, tronqué, est tourné en haut, et deux autres sommets, également tronqués, sont dirigés l'un à gauche et l'autre à droite ; le plan qui les contient, forme la base du cône tronqué. C'est au moyen de la percussion superficielle et profonde, d'après la distinction établie par le professeur Piorry, que l'observateur allemand fixe les limites entre la sonorité sourde, obscure de la région précordiale et la sonorité franche du poumon, suivant les directions verticale et horizontale ; il détermine d'abord les trois points extrêmes, et les réunissant par des lignes, il engendre la figure conique sous laquelle se présente le cœur.

Dans la direction verticale, le sommet obtus, supérieur, du cône tronqué (chez les cinquante individus sains à l'aide desquels il a poursuivi ses recherches), s'est trouvé :

	Ire série.	IIe série.
Au niveau du cartilage de la 3e côte gauche.	15 fois.	8 fois.
— du 3e espace intercostal gauche. .	3 —	8 —
— du cartilage de la 4e côte gauche.	7 —	8 —
— du 4e espace intercostal gauche. .	» —	1 —

L'extrémité droite de la base du cône tronqué était :

Au niveau de la 6e côte droite.	13 —	11 fois.
— de la 5e côte droite.	11 —	6 —
— du 5e espace intercostal droit. . .	1 —	7 —
— du 6e espace intercostal droit. . .	» —	1 —

L'extrémité gauche de la base du cône tronqué était :

Au niveau de la 5e côte gauche.	1 fois.	1 fois.
— du 5e espace intercostal gauche.	6 —	10 —
— de la 6e côte gauche.	17 —	11 —

(1) Trois feuillets, supprimés par erreur dans l'avant-dernier numéro, ont rendu inintelligible une partie de l'article sur la délimitation des organes thoraciques. Nous sommes obligés de reproduire aujourd'hui une partie du texte déjà imprimé pour donner toute la clarté possible au travail important et tout à fait original en France de notre excellent collaborateur M. Schnepf.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40, 42, 43, 45, 49 et 50.)

A côté de ces anomalies, je placerai une pièce présentée par M. Alby. Ici le vagin se termine par un cul-de-sac. *A priori* on croirait qu'il n'existe pas d'utérus. Cependant, après une dissection attentive, on retrouve deux petits corps placés de chaque côté du petit bassin, puis deux cordons fibreux doublés du péritoine. Ces deux corps, ce sont les ovaires ;

Ces deux cordons, ce sont les trompes. Le microscope nous dit bien que ce sont les ovaires ; mais il ne s'arrête pas là, et il vient lever tous les doutes que telle pièce aurait pu laisser dans l'esprit. Ces deux cordons, et deux autres ligaments qui se rendent au canal inguinal, viennent aboutir à de petits corps globuleux ressemblant à un paquet ganglionnaire, reliés par des prolongements sous forme de ligaments, n'ayant aucune connexion marquée avec le cul-de-sac du vagin, placés entre la vessie et le rectum. Le microscope trouva dans ces petites masses la fibre musculaire utérine, et dès lors on a l'explication de cette pièce. L'absence de l'utérus n'est qu'apparente. Cet organe est rudimentaire, placé derrière le vagin avec ses deux trompes, ses deux ovaires, ses deux ligaments ronds. Ajoutons que même avant que l'examen microscopique fût venu lever toutes les incertitudes, notre président, dont les vastes connaissances nous sont toujours si précieuses, avait donné de cette pièce une explication que le microscope a confirmée plus tard.

Si nous passons maintenant aux pièces pathologiques, elles méritent tout notre intérêt.

M. Chassaignac nous a montré une fistule vésico-vaginale dont l'ouverture pouvait admettre au moins le bout du doigt. Dans la vessie, on voyait un calcul qui ne pouvait pas franchir le pertuis à cause de son volume qui n'avait manifesté sa présence par aucune douleur, par aucun symptôme.

Sur une pièce de M. Genouville, on trouve un grand nombre de corps fibreux à divers degrés de développement, les uns presque parvenus à l'état de polypes fibreux, les autres enchâssés encore dans le tissu utérin : ceux-ci faisant surtout relief du côté du péritoine, ceux-là plutôt vers la cavité utérine suivant le point de l'épaisseur de la matrice où ils ont pris naissance.

Une pièce de M. Parmentier vient compléter la présentation de M. Genouville : c'est un gros polype fibreux qui faisait saillie dans la cavité du col et le vagin, et qui a été enlevé par un chirurgien des hôpitaux.

Dans la pièce que je vous ai présentée au nom de M. Monneret, ce

— de la 7e côte gauche.	1 —	1 —
— du 6e espace intercostal gauche.	» —	2 —

La situation de ce cône tronqué, dans le sens horizontal, est déterminée suivant la distance des deux extrémités droite et gauche, par rapport à la ligne médiane antérieure du thorax. Le sommet obtus supérieur répond toujours au bord gauche du sternum.

La distance de l'extrémité droite de la base du cône tronqué à la ligne médiane a été :

a) Au niveau de la 6e côte droite :

Ire série.	IIe série.
3 fois de 2 centim.	2 fois de 3 centim.
3 — 4 —	1 — 4 —
5 — 5 —	4 — 5 —
1 — 5 1/2 —	2 — 6 —
1 — 6 —	2 — 7 —

b) Au niveau de la 5e côte droite :

2 fois de 3 1/2 centim.	2 fois de 3 centim.
5 — 4 —	2 — 4 —
2 — 4 1/2 —	2 — 6 —
2 — 5 —	» — » —

c) Au niveau du 5e espace intercostal droit :

1 fois de 4 centim.	5 fois de 5 centim.
» — » —	2 — 6 —

d) Au niveau du 6e espace intercostal droit :

» — » —	1 fois de 6 centim.

La distance moyenne pour tous ces cas serait : 4 9/50 centimètres, Ire série; 5 centimètres, IIe série.

La distance de l'extrémité gauche de la base du cône tronqué à la ligne médiane a été :

a) Au niveau de la 5e côte gauche :

Ire série.	IIe série.
1 fois de 9 centim.	1 fois de 11 centim.

b) Au niveau du 5e espace intercostal gauche :

3 fois de 9 centim.	1 fois de 8 1/2 centim.
2 — 10 —	5 — 10 —
1 — 12 —	2 — 11 —
» — » —	1 — 12 —
» — » —	1 — 13 —

c) Au niveau de la 6e côte gauche :

1 fois de 8 1/2 centim.	1 fois de 9 centim.
3 — 9 —	4 — 10 —
5 — 10 —	5 — 11 —
1 — 10 1/2 —	1 — 12 —
6 — 11 —	» — » —
1 — 12 —	» — » —

d) Au niveau de la 7e côte gauche :

1 fois de 10 centim.	1 fois de 12 centim.

e) Au niveau du 6e espace intercostal gauche :

» — » —	2 fois de 12 centim.

La distance moyenne pour tous ces cas serait : 10 2/25 centimètres, Ire série; 10 1/10e centimètres, IIe série.

En réunissant ces trois points par des lignes, le docteur Conradi a obtenu un triangle à angles tronqués dont les trois côtés avaient pour grandeur moyenne :

	Ire série.	IIe série.
Le côté droit. . .	9 3/5 centim.	10 7/25 centim.
Le côté gauche. . .	12 14/25 —	13 14/25 —
Le côté inférieur. .	14 17/50 —	15 39/50 —

Ces trois côtés ne forment pas des lignes droites, comme on peut s'en convaincre facilement, à l'aide de la percussion; ainsi le plus petit, le côté droit, est une ligne courbe dont la convexité est tournée en dehors et qui, croisant le bord droit du sternum, se dirige de haut en bas et de gauche à droite; le côté gauche, le moyen en longueur, est également courbe; tournant sa convexité en haut, il se dirige de haut en bas et de droite à gauche, croisant les 4e et 5e côtes et s'arrêtant, en général, en dedans du mamelon; le côté inférieur est le plus grand, il est oblique et forme la base du côté tronqué que nous venons de décrire. L'aire de cette figure triangulaire offre cela de particulier que la résonnance devient de plus en plus sombre, obscure, à mesure qu'on s'éloigne, en percutant, des points périphériques vers le centre, ce qui dépend des lobes du poumon qui recouvrent plus ou moins le cœur. Le docteur Conradi, en délimitant ainsi l'étendue dans laquelle persiste la résonnance, avec la portée concentrique caractérisée par la matité précordiale, est arrivé à tracer une figure conique semblable à la première; celle-ci est le cône de la résonnance et celle-là le cône de la matité. Si l'une précise la situation et le volume du cœur, l'autre indique les rapports de cet organe avec les lobes du poumon.

Le sommet supérieur du cône tronqué présentant la matité précordiale, est formé par l'écartement des bords internes des lobes du poumon; nous avons tracé les limites précises dans

---

sont d'énormes corps fibreux appendus de chaque côté de l'utérus comme le sont les deux poumons à la racine des bronches. Ils se sont coiffés du péritoine, mais ils n'appartiennent pas aux ovaires qu'on retrouve près d'eux; et cette pièce vient confirmer une fois de plus la valeur de l'opinion de M. Barth, à savoir que les corps fibreux sont fort rares sur les ovaires, et que c'est le plus souvent pour s'être borné à une inspection superficielle que l'on a émis une opinion contraire.

Ces corps fibreux peuvent eux-mêmes offrir diverses altérations. Un d'eux, qui a été mis sous nos yeux par M. Boscredon, était implanté sur la lèvre antérieure du col et proéminait dans le vagin.

Quand on touchait la malade, on sentait cette tumeur et, à son centre, une ouverture dans laquelle pénétrait le doigt. On arrivait dans une espèce de cloaque rempli de détritus et de fongosités qui portaient à penser, tout d'abord, qu'on avait affaire à un cancer utérin. La malade mourut, presque à son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on reconnut que le col et le corps de la matrice étaient sains, que le corps fibreux était implanté dans le point que j'ai indiqué plus haut, et qu'à son centre existait une cavité en pleine suppuration.

Dans un cas cité par M. Foucher, on trouvait aussi une perforation sur un polype fibreux et à son centre une cavité remplie de dépôts calcaires.

Dans un autre fait rapporté par M. Dolbeau, M. Nélaton avait cru, à un premier examen, qu'il s'agissait d'un carcinôme utérin, mais il revint bientôt de cette idée, reconnut que le doigt pénétrait dans un corps fibreux altéré, implanté sur le col, mais que le col lui-même était sain. Le polype fut extrait et la malade guérit bien.

M. Fénerly nous a présenté un autre exemple de tumeur recueillie chez une jeune fille qui était morte d'un cancer de l'œil. La production morbide était formée d'une coque dure osseuse à contenu jaunâtre, et autour d'elle on remarquait une hypertrophie de l'organe et une série de ces bourses séreuses qui ont appelé l'attention de M. Verneuil et qui sont le point de départ de ces kystes lacuneux si bien décrits par notre collègue.

Il est une remarque intéressante qui me frappe : on ne trouve guère cette ossification à la surface des corps fibreux que quand ils proéminent du côté de la cavité péritonéale, qu'ils sont coiffés par la membrane séreuse. L'ossification se produit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et il arrive ici ce qui se passe pour la plèvre, pour la tunique vaginale, etc.

Si le fait de M. Fénerly, enveloppé de toute part par le tissu utérin, semble échapper, au premier abord, à cette loi, on voit bientôt qu'il est entouré d'une atmosphère celluleuse, qu'il s'est créé des bourses séreuses autour de lui, et qu'il s'est comporté comme s'il eût été coiffé par le tissu cellulaire sous-péritonéal et par le péritoine.

Il découle de cette observation certaines conséquences pratiques. Si, comme les faits semblent le prouver, cette loi est vraie, il faudrait s'abstenir de vouloir extraire un polype utérin, un corps fibreux de l'utérus si l'on avait reconnu sa dureté, sa densité osseuse, car il serait alors placé sous le péritoine.

notre article précédent. (Voir le *Moniteur des hôpitaux*, n° 21, p. 163, 1855.)

Le docteur Conradi a trouvé, dans le sens vertical, l'extrémité droite de la base de ce même cône tronqué :

	Ire série.	IIe série.
A la base de l'appendice xiphoïde.	17 fois.	13 fois.
A 1 1/2 cent. à droite de l'appendice xiphoïde.	1 —	» —
Au niveau du 5e espace intercostal droit. . .	» —	3 —
— du cartilage de la 6e côte droite. .	2 —	3 —
— du cartilage de la 6e côte gauche. .	2 —	1 —
— du cartilage de la 7e côte droite. .	» —	4 —
Tout à fait indéterminable.	» —	1 —

L'extrémité gauche de cette base était :

Au niveau de la 6e côte.	15 —	12 —
— du 5e espace intercostal gauche. .	8 —	11 —
— du 6e espace intercostal gauche. .	1 —	1 —
— de la 5e côte	1 —	» —
Indéterminable.	» —	1 —

Suivant la direction horizontale, cette extrémité gauche de la matité précordiale était éloignée de la ligne médiane antérieure du tronc :

a) Au niveau de la 6e côte :

Ire série.		IIe série.	
5 fois de 6	centim.	2 fois de 6	centim.
3 — 7	—	1 — 6 1/2	—
1 — 7 1/2	—	2 — 7	—
5 — 8	—	2 — 7 1/2	—
2 — 8 1/2	—	1 — 9	—
» — »	—	3 — 8	—
» — »	—	1 — 11	—

b) Au niveau du 5e espace intercostal gauche :

6 fois de 6	centim.	1 fois de 5	centim.
1 — 6 1/2	—	1 — 5/12	—
1 — 8	—	1 — 6	—
» — »	—	1 — 7	—
» — »	—	5 — 8	—
» — »	—	1 — 9	—
» — »	—	1 — 11	—

c) Au niveau du 6e espace intercostal gauche :

1 fois de 6 1/2 centim. 1 fois de 9 centim.

d) Au niveau de la 5e côte :

1 fois de 6 centim. » — » —

La distance moyenne pour tous ces cas serait : 6 43/50 centimètres, Ire série; 7 9/50 centimètres, IIe série.

En réunissant par des lignes les trois sommets dont nous venons de préciser la situation, nous obtenons une surface triangulaire dont les trois côtés ont les longueurs suivantes :

	Ire série.	IIe série.
Côté droit. . . .	4 4/5 centim.	5 17/25 centim.
Côté gauche. . .	6 7/10 —	8 1/5 —
Côté inférieur. .	7 7/25 —	8 7/25 —

Les surfaces triangulaires qui correspondent à la résonnance et à la matité précordiale ont leur base dans le même plan ; le sommet supérieur de la matité répond, en général, au 4e espace intercostal, le sommet gauche au 5e en dedans de la ligne mammaire et le sommet droit à la base de l'apophyse xiphoïde.

Dans ses recherches, le docteur Conradi n'a pas oublié de noter le point précis du choc du cœur; il l'a trouvé suivant la direction verticale :

	Ire série.	IIe série.
Dans le 5e espace intercostal. . .	21 fois.	18 fois.
4e — —	4	7

La distance de ce point du choc à la ligne médiane du corps était.

a) dans le 5e espace intercostal.

Ire série.	IIe série.
13 fois de 8 centim.	1 fois de 6 centim.
4 — 6 —	4 — 7 —
2 — 7 —	1 — 8 —
1 — 7 1/2	10 — 9 —
1 — 10 —	2 — 10 —

b) au niveau du 4e espace intercostal,

Ire série.	IIe série.
2 fois de 8 centim.	1 fois de 6 1/2 centim.
1 — 9 —	1 — 7 —
1 — 9 1/2	2 — 7 1/2 —
» — »	1 — 8 —
» — »	2 — 9 —

La distance moyenne serait : 7/19 centimètres, Ire série ; 8 13/50 centimètres, 2e série.

C'est au moyen de ces recherches laborieuses et longues que le docteur Conradi est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le cœur est plus volumineux, en général, chez les individus de la IIe série (dont la taille était de 170 à 190 centim.), que chez ceux de la Ire (dont la taille n'était que de 158 à 170 centim.), quoiqu'il soit impossible d'admettre un rapport direct et constant entre la taille et le volume du cœur.

2° Les sommets de la surface triangulaire, qui répond à la

Outre ce corps fibreux ossifié, on voyait aussi sur cette pièce un tout petit polype qui semblait constitué par une frange de la muqueuse utérine. Ces polypes rudimentaires (passez-moi l'expression) sont souvent la cause d'accidents répétés : hémorrhagies fréquentes, fausses couches, etc. Quand on les examine, ils trompent le doigt qui les touche comme font du reste tous les polypes que l'œil ne peut pas apercevoir, et l'on est toujours surpris, quand on les a extraits, de leur trouver un aussi petit volume.

Les corps fibreux, quand ils proéminent dans la cavité utérine, provoquent quelquefois les douleurs de l'enfantement; puis, si la tumeur franchit le col, devient pendante dans le vagin, les douleurs s'arrêtent.

Avec ces corps fibreux, les femmes peuvent devenir enceintes, et si ces tumeurs ne provoquent pas l'avortement, si elles se développent pendant la gestation, elles sont souvent une cause de dystocie.

Il peut arriver dans ces circonstances que l'accouchement se termine parce que la tumeur remonte dans le bassin, ou qu'elle soit aussi expulsée avant ou après la délivrance, comme M. Moreau nous en a rapporté un exemple, ou bien qu'une semblable affection détermine le chirurgien à avoir recours à l'opération césarienne. Vous trouverez dans nos bulletins une observation de M. Gallard, où l'on a dû employer ce moyen extrême.

Si, dans ce cas, on parvenait à préciser le diagnostic de ces tumeurs, leur forme, leur point d'implantation, etc., il serait peut-être plus avantageux d'avoir recours d'abord à leur extirpation que de pratiquer une opération malheureusement presque toujours mortelle.

Nous devons à M. Boullard deux faits curieux : l'un est un utérus très-long, et il vient confirmer l'opinion de M. Huguier, l'allongement de l'utérus à la suite de prolapsus.

J'ai vu il y a quelques jours, dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, un fait que l'on peut rapprocher de celui-ci, sur une femme déjà âgée ; l'utérus est un peu abaissé, la lèvre postérieure du col est très-allongée, elle a au moins 4 centimètres. La lèvre antérieure a ses dimensions normales.

Le second fait de M. Boullard est un kyste développé dans le col, gros comme un œuf de pigeon, que l'on peut regarder comme un œuf de Naboth considérablement augmenté.

Deux autres pièces, l'une de M. Fano, l'autre de MM. Depaul et Tarnier, sont relatives à la grossesse. Ce sont deux placentas. Sur celui-ci on voit des noyaux grisâtres, indurés, suites d'hémorrhagies placentaires. Les hémorrhagies ont déterminé la mort du fœtus et l'avortement. Sur celui-là il y a aussi des noyaux grisâtres multiples fibrineux, des noyaux plus ou moins récents d'apoplexie placentaire. L'enfant est mort à une période plus avancée de la grossesse que dans le cas précédent. La femme de qui venait ce placenta avait déjà fait deux fausses couches, l'une à sept, l'autre à huit mois, et M. Cruveilhier nous citait à ce propos l'observation d'une femme qui, après avoir eu deux grossesses heureuses, fit successivement quatre fausses couches. Le mari fut soumis à un traitement anti-syphilitique, et la femme eut deux autres grossesses fort heureuses. Aussi notre président ne serait pas éloigné de croire que les altérations, les apoplexies placentaires seraient liées à

résonnance précordiale, occupent les mêmes points du thorax chez les individus des deux séries; d'où l'on peut conclure que la taille n'a pas d'influence sur la situation du cœur.

3° Le côté inférieur de la surface triangulaire, qui correspond à la résonnance précordiale, étant plus grande chez les individus de la IIe série que chez ceux de la Ire, il est permis de conclure que le cœur est d'autant plus volumineux que les individus sont plus grands.

4° On ne peut apprécier le volume du cœur par l'étendue plus ou moins grande de la matité précordiale; celle-ci est très-variable suivant l'écartement du bord interne des lobes du poumon; le cœur des individus de grande taille est moins couvert par le poumon que celui des individus de petite taille.

5° Le choc du cœur existe, chez la plupart, dans le 5e espace intercostal, à 1/2 centim. plus éloigné vers la gauche de la ligne médiane chez les personnes les plus grandes.

Examen des viscères abdominaux.

Délimitation du foie.

En traçant, à l'aide de la percussion, les limites du bord inférieur des lobes du poumon, on détermine, approximativement, la situation et l'étendue du bord supérieur du foie; il est à remarquer toutefois que celui-ci est situé au-dessus de la limite inférieure du son pulmonal, les lobes du poumon recouvrant le foie dans une étendue plus ou moins grande. Le point de démarcation précis entre le *son plein* de la poitrine (pour employer le langage du professeur Skoda) et la résonnance assombrie, obscurcie par la présence du foie qui monte au-dessus du bord inférieur du poumon, indique précisément la limite supérieure du foie. Le bord inférieur de cet organe est plus facile à déterminer. Dans des recherches de cette nature, il est de la plus grande importance d'opérer toujours dans les mêmes conditions, les rapports intimes du foie avec le diaphragme et l'estomac ayant une influence reconnue sur sa situation.

Le docteur Conradi a déterminé la situation et le volume du foie par rapport à la paroi thoraco-abdominale suivant les trois lignes: axillaire, mammaire et médiane. Ces recherches ont été faites sur les mêmes cinquante individus, bien portants, dont nous avons déjà fait mention. L'auteur précise l'étendue du foie sur la périphérie du corps, et indique également les dimensions d'une manière absolue au niveau des trois lignes verticales.

1° Suivant la ligne axillaire, l'étendue du foie était:

	Ire série.		Dimension absolue.	IIe série.		Dimension absolue.
Du 7e au 10e espace intercostal.	11 fois	1 fois	8 cent.	» fois	» fois	» cent.
	» —	5 —	10 —	» —	» —	» —
	» —	2 —	11 —	» —	» —	» —
	» —	3 —	12 —	» —	» —	» —
Du 7e au 9e espace intercostal.	1 —	» —	8 —	» —	» —	» —
Du 7e espace intercostal à la 11e côte.	» —	» —	» —	1 —	» —	11 —
Du 7e au 11e espace intercostal.	1 —	» —	15 —	» —	» —	» —
De la 7e côte au 9e espace intercostal.	1 —	» —	8 —	1 —	» —	9 —
De la 7e côte à la 10e côte.	1 —	» —	12 —	5 —	2 —	8 —
	» —	» —	» —	» —	2 —	9 —
	» —	» —	» —	» —	1 —	11 —
De la 7e côte au 10e espace intercostal.	3 —	1 —	8 —	1 —	» —	10 —
	» —	1 —	11 —	» —	» —	» —
	» —	1 —	12 —	» —	» —	» —
De la 7e côte à la 11e côte.	3 —	2 —	10 —	2 —	1 —	10 —
	» —	1 —	11 —	» —	1 —	12 —
De la 7e côte au 11e espace intercostal.	1 —	» —	7 1/2	» —	» —	» —
De la 7e côte au rebord costal. . . .	» —	» —	» —	2 —	2 —	12 —
De la 7e côte à 1 centimètre au-dessous du rebord costal.	» —	»	» —	2 —	1 —	11 —
	» —	» —	» —	» —	1 —	12 —
Id. à 2 centimètres.	» —	» —	» —	1 —	» —	13 —
De la 6e côte à 4 centimètres.	» —	» —	» —	1 —	» —	17 —
Id. à 3 centimètres.	» —	» —	» —	2 —	2 —	14 —
Du 6e espace intercostal à la 11e côte.	» —	»	» —	1 —	» —	12 —
De la 8e côte au 10e espace intercostal.	» —	» —	» —	2 —	1 —	10 —
	» —	» —	» —	» —	1 —	11 —
Id. de la 11e côte. .	1 —	» —	10 —	3 —	2 —	10 —
	» —	» —	» —	» —	1 —	11 —
Id. à 1 centimètre au-dessous du rebord costal. . . .	1 —	» —	11 —	» —	» —	» —

une diathèse, syphilitique, dans un grand nombre de cas. L'avenir, messieurs, pourra juger cette question.

Nous devons à M. Gallard un fait de grossesse extra-utérine rapporté avec soin et avec détail dans nos bulletins. Rien, dans l'examen de la tumeur, dans les antécédents, rien dans les signes physiques, physiologiques, ne pouvait faire penser à un cas semblable. Les chirurgiens fort habiles qui ont vu la malade, MM. Robert et Huguier, avaient diagnostiqué une hématocèle rétro-utérine, et c'était le seul diagnostic rationnel que l'on pût porter. On fait une ponction; il sort du sang noirâtre, visqueux, et la malade allait assez bien. On pratique une injection dans le foyer; douze heures après la malade était morte de péritonite suraiguë. Le kyste s'était rompu dans la cavité péritonéale. A l'autopsie on trouve un fœtus altéré au milieu de caillots altérés eux-mêmes et un placenta. C'était un cas de grossesse extra-utérine. Malheureusement il n'a pas été permis de dire, après la dissection, dans quelle classe de ces grossesses anormales il fallait ranger le fait qui nous occupe.

Cette pièce me conduit à un autre fait que M. Vautrin a mis sous nos yeux: un phlegmon péri-utérin. Cette maladie a été surtout bien étudiée depuis peu d'années et surtout par MM. Nonat, Valleix, Gendrin et Gosselin. Elle vient d'être le sujet d'une thèse de notre collègue, M. Gallard. M. Gosselin a bien résumé, dans quelques leçons qu'il a faites sur ce sujet à l'hôpital Cochin, l'état de la question et la distinction qu'il faut établir entre les divers phlegmons, quant à leur marche, abstraction faite de leur siége. Il les divise en phlegmons aigus, subaigus et chroniques. Il a pu voir, à l'hôpital de Lourcine, bon nombre de ces phlegmons. Les uns sont constitués par une induration du tissu cellulaire péri-utérin; ils peuvent se résorber sur place, mais toujours après un temps assez long; d'autres arrivent d'emblée, de suite à suppuration, ou bien suppurent après avoir été longtemps à l'état d'induration. Le fait de M. Vautrin doit être classé dans cette dernière catégorie. Le phlegmon s'était ouvert dans le rectum et le vagin. La malade mourut dans le marasme, et à l'autopsie on retrouva un vaste foyer ayant disséqué l'uterus, décollé, ulcéré, perforé le rectum et le vagin.

Trompe. — Pour la trompe, j'ai deux faits à vous rappeler, l'un que nous devons à un de nos collègues qui, bien qu'éloigné de Paris, s'associe toujours à nos travaux, M. Bouteillier, de Rouen. Ce sont deux trompes remplies de matière tuberculeuse et recourbées en plusieurs anses, ce qui leur donnait la forme de deux bouts d'intestins distendus.

L'autre est dû à M. Dolbeau, c'était une hernie de la trompe dont voici en quelques mots l'observation:

Une malade était entrée, dans le service de M. Velpeau, avec une tumeur rouge fluctuante dans le pli de l'aîne, au niveau du canal inguinal, tumeur parfaitement irréductible et qui fut incisée. Il s'écoula du pus, puis, deux jours après, survint une péritonite qui enleva promptement la malade. On trouva à l'autopsie cette poche purulente qui s'était formée dans un sac herniaire; dans ce sac, la trompe qui portait elle-même un kyste de son pavillon. A l'ouverture intra-abdominale du canal inguinal se trouvait l'ovaire qui ne s'était pas hernié.

(*La suite au prochain numéro.*)

Du 8e espace intercostal à la 11e côte.	» —	» —	» —	1 —	» —	11 —
De la 9e côte à 1 centimètre au-dessous du rebord costal. .	1 —	» —	9 —	» —	» —	» —
	25			25		

La dimension verticale moyenne est de 10 17/50 centimètres pour les 25 de la Ire série, et de 11 3/25 centimètres pour les 25 de la IIe série.

Dans la ligne axillaire, le bord inférieur du lobe droit du poumon recouvrait le foie presque toujours dans une hauteur de 3 centimètres pour la Ire série; ces rapports ont varié dans la IIe série; l'étendue était 2 fois de 2 1/2 centimètres; 12 fois de 3 centimètres; 1 fois de 3 1/2 centimètres; 8 fois de 4 centimètres, et 1 fois de 5 centimètres.

2° Suivant la ligne mammaire, l'étendue du foie était :

	Ire série.	Dimension absolue.		IIe série.	Dimension absolue.	
De la 5e côte à 5 centimètres au-dessous du rebord costal. . . .	» fois	» fois	» cent.	2 fois	1 fois	17 cent.
	» —	» —	» —	» —	1 —	20 —
Du 4e espace intercostal au rebord costal.	1 —	» —	12 —	» —	» —	» —
De la 5e côte au rebord costal.	» —	» —	» —	3 —	1 —	12 —
	» —	» —	» —	» —	1 —	13 —
	» —	» —	» —	» —	1 —	14 —
De la 5e côte à 3 centimètres au-dessous du rebord costal. . . .	» —	» —	» —	2 —	2 —	13 —
Id. à 4 centimètres au-dessous du rebord costal.	1 —	» —	12 —	» —	» —	» —
Id. à 5 centimètres. .	» —	» —	» —	1 —	» —	19 —
Du 5e espace intercostal à 2 centimètres au-dessus du rebord costal.	» —	» —	» —	» —	1 —	10 —
Id. au rebord costal. .	10 —	1 —	10 —	4 —	1 —	10 —
	» —	1 —	11 —	» —	1 —	12 —
	» —	5 —	12 —	» —	2 —	13 —
	» —	2 —	13 —	» —	» —	» —
	» —	1 —	14 —	» —	» —	» —
Du 5e espace intercostal à 2 centimètres au-dessous du rebord costal.	5 —	3 —	12 —	1 —	» —	14 —
	» —	1 —	13 —	» —	» —	» —
	» —	1 —	14 —	» —	» —	» —
Id. à 3 centimètres. .	2 —	1 —	12 —	3 —	1 —	13 —
	» —	1 —	13 —	» —	2 —	14 —
Id. à 3 centimètres. .	1 —	» —	14 —	1 —	» —	14 —
Id. à 5 centimètres. .	1 —	» —	13 —	» —	» —	» —
Id. à 7 centimètres. .	2 —	2 —	14 —	» —	» —	» —
De la 6e côte au rebord costal.	» —	» —	» —	» —	1 —	10 —
De la 6e côte à 2 centimètres au-dessous du rebord costal. . . .	1 —	» —	12 —	3 —	1 —	12 —
	» —	» —	» —	» —	2 —	13 —
Id. à 3 centimètres. .	» —	» —	» —	1 —	» —	12 —
Id. à 4 centimètres. .	1 —	» —	13 —	1 —	» —	14 —
Du 4e espace intercostal à 4 centimètres. .	» —	» —	» —	1 —	» —	14 —
	25			25		

La dimension verticale moyenne est de 12 13/25 centimètres pour les 25 de la Ire série, et de 13 11/25 centimètres pour les 25 de la IIe série.

Le bord inférieur du poumon a recouvert le foie, dans la ligne mammaire, chez les individus de la Ire série, en général de 3 centimètres; tandis que chez ceux de la IIe série le poumon s'étendait 3 fois à 2 centimètres, 10 fois à 3, 2 fois à 3 1/2, et 10 fois à 4 centimètres sur le foie.

3° Suivant la ligne médiane, les points de repère manquent, et le docteur Conradi s'est contenté de prendre 5 dimensions verticales absolues du foie; il les a trouvées :

Ire série.				IIe série.			
3	fois de	6	centimètres.	1	fois de	5	centimètres.
3	—	7	—	1	—	6	—
8	—	8	—	8	—	7	—
6	—	9	—	8	—	8	—
4	—	10	—	3	—	9	—
1	—	11	—	3	—	10	—
»	—	»	—	1	—	11	—

Dimension moyenne des 25, Ire série, 8 8/25 centimètres, et des 25, IIe série, 7 24/25 centimètres.

La distance de l'extrémité du lobe gauche du foie à la ligne médiane était :

Ire série.				IIe série.			
1	fois de	4	centimètres.	1	fois de	4	centimètres.
1	—	5	—	4	—	6	—
3	—	6	—	5	—	7	—
10	—	7	—	3	—	8	—
3	—	8	—	1	—	8 1/2	—
4	—	9	—	7	—	9	—
1	—	10	—	2	—	10	—
2	—	11	—	2	—	12	—

Moyenne des 25, Ire série, 7 14/25 centimètres; des 25, IIe série; 8 1/10 centimètres.

De toutes ces données numériques le docteur Conradi croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le bord supérieur du foie se trouve, en général, sur la ligne axillaire, au niveau de la 7e côte ou dans le 7e espace intercostal; sur la ligne mammaire, dans le 5e espace intercostal ou au niveau de la 5e côte.

2° Le bord inférieur ou antérieur du foie est plus ou moins bas chez les divers individus : dans la ligne axillaire, il s'étendait jusqu'à 4 centimètres au-dessous du rebord costal; sur la ligne mammaire, jusqu'à 7 centimètres. On ne peut donc pas considérer comme étant anormal le foie dont le bord tranchant dépasserait, sur cette dernière ligne, le rebord costal de 5 centimètres.

3° Il est impossible d'apprécier le volume du foie par le nombre de côtes ou d'espaces intercostaux sur lesquels cet organe s'étend, parce que les côtes et ces espaces sont plus ou moins larges, non-seulement chez les individus différents, mais encore chez le même individu.

4° Le bord gauche du lobe gauche du foie s'étend le plus souvent suivant une ligne oblique de bas en haut, de droite à gauche et partant de l'ombilic pour joindre l'extrémité gauche du cône précordial (la pointe du cœur); le plus souvent la pointe extrême gauche du foie et le sommet gauche de la surface triangulaire du cœur se correspondent.

5° D'après les observations précédentes, il ne paraît pas exister de rapport direct entre la taille et le volume du foie.

6° Le lobe droit du poumon recouvre le foie dans une étendue plus grande chez les individus de grande taille que chez ceux de petite taille, surtout dans la direction de la ligne mammaire.

Délimitation de la rate.

(Voir l'avant-dernier numéro où les rapports de la rate ont été exactement tracés.)

Dr Schnepf.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Barth.

Cirrhose, ascite, gastrite chronique, polysarcie, chez un homme de vingt-neuf ans qui avait fait de nombreux et abondants excès alcooliques. — Mort après huit jours de séjour à l'hôpipal.

Par M. le docteur P. Duclos, ex-interne des hôpitaux.

Le fait que l'on va lire, quelque incomplet qu'il paraisse, pourra peut-être montrer quelles sont les lésions que l'abus des boissons alcooliques amène dans les organes digestifs et leurs annexes, « foie, rate, reins, péritoine, » et faire voir en même temps les troubles fonctionnels qui accompagnent ces lésions. Quoi qu'il en soit, voici ce fait tel que nous l'avons recueilli l'année dernière à l'hôpital Beaujon :

Le nommé Normand, Isidore, âgé de vingt-neuf ans, cuisinier, entra le 7 septembre 1854, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 14 (service de M. Barth).

C'est un homme de taille moyenne, mais qui présente un embonpoint très-considérable : à l'âge de vingt-cinq ans, il pesait 221 livres ; ses mollets énormes avaient 70 centimètres de circonférence. Son père, sa mère, ses frères et sœurs n'ont jamais eu un pareil embonpoint. Ils ont toujours été bien portants, sauf sa mère, qui a de temps à autre quelques attaques de goutte, et un de ses frères, qui est mort à l'hôpital de la Pitié. Le malade ne saurait dire quelle affection avait son frère; il sait seulement qu'il a été malade cinq ou six mois, que son ventre était très-développé, et il croit qu'il avait une hydropisie.

Quant à lui, jusqu'à l'âge de vingt ans, il n'avait jamais été malade ; à vingt-un ans il eut la variole, qui a laissé quelques cicatrices sur le visage. Depuis vingt jusqu'à vingt-cinq ans, il fit de nombreux et abondants excès alcooliques : il buvait chaque jour, nous affirme sa femme, dix à douze litres de vin, et peut-être de vin frelaté, nous dit-elle, car il allait le boire au cabaret. Quant à lui, il affirme qu'il ne buvait jamais d'eau-de-vie, et qu'il n'a jamais été pris de boisson.

En même temps il avait une très-grande irrégularité dans ses heures de sommeil : il dormait un grand nombre d'heures, et souvent, dit sa femme, il lui arrivait, après sa journée finie, de dormir sur une chaise, la tête très-près de ses fourneaux.

Sous l'influence d'une hygiène si mal dirigée, la santé ne tarda pas à s'altérer, et depuis l'âge de vingt-cinq ans, c'est-à-dire depuis quatre ans, il a presque toujours été malade. Il s'alitait tous les quatre ou cinq mois pour deux ou trois jours. Ordinairement il vomissait tous les matins au réveil des liquides blancs, visqueux, filants, ressemblant à du blanc d'œuf : jamais les vomissements ne contenaient ni sang ni bile... Cependant, après de grands efforts de vomissement, il y eut deux ou trois fois de petits filets de sang dans les matières rejetées. Parfois il était pris d'un peu de diarrhée. Quand, le matin, il ne pouvait pas vomir, il avait souvent de la dyspnée et une petite toux sèche. Peu à peu les forces se perdaient ; le malade s'aperçut qu'il maigrissait. Il n'avait de douleurs en aucun point du corps, mais son ventre augmentait petit à petit de volume; chose qui attirait singulièrement son attention, parce qu'elle contrastait avec l'amaigrissement général.

Au mois de mai dernier, il survint des varices aux deux jambes et de l'œdème autour des malléoles. Tous les téguments prirent une teinte jaune terne; mais les sclérotiques restèrent blanches. Depuis ce moment, le malaise général augmenta, et le malade s'alita pendant deux mois consécutifs... Avait-il alors de la fièvre? Sa femme n'a pu le dire ; mais le traitement qui fut employé par le médecin appelé à cette époque : « Saignée, douze sangsues à l'anus, vésicatoire à l'épigastre, purgation ; » ce traitement, disons-nous, pourrait faire supposer qu'il y avait un mouvement fébrile assez prononcé. Quoi qu'il en soit, au bout de deux mois, le malade se releva, se croyant parfaitement guéri.

Depuis ce jour-là seulement Normand cessa les excès alcooliques; car il commençait à penser lui-même que telle était la cause qui faisait augmenter son ventre de volume, et qui en même temps amenait les vomissements si opiniâtres dont nous avons parlé, vomissements, dit-il, qui le fatiguaient beaucoup, mais que cependant le malade désirait toujours voir revenir régulièrement le matin au réveil; parce que, comme nous l'avons déjà noté, dès qu'ils cessaient pendant plusieurs jours consécutifs, aussitôt le malaise devenait plus grand, il survenait de la toux, de la dyspnée ; l'appétit, le sommeil se perdaient et le malade était de nouveau forcé de s'aliter.

Depuis quatre mois, quand le malade entra dans le service, l'appétit ne s'était pas réveillé, deux bouillons et deux potages suffisaient pour la journée.

Enfin depuis dix jours il ne vomissait plus et alors, comme dans ses autres maladies, le malaise général avait reparu, Un dévoiement assez abondant était survenu : le malade rendait quatre, cinq et quelquefois six selles liquides, jaunes, verdâtres ou noires, dans les vingt-quatre heures. Le sommeil était complétement perdu; pendant les deux premiers jours, il y eut de la fièvre, a dit le médecin de la ville appelé pour donner ses soins, mais pas de frisson; la dyspnée était très-considérable..... On fit appliquer douze sangsues aux malléoles, on donna une pilule d'opium le soir et des lavements amidonnés..... Mais cette fois la maladie ne parut pas s'amender, ce qui décida le malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel le 8 septembre 1854. — Quoique le malade ait beaucoup maigri, il a toujours un embonpoint plus qu'ordinaire : tous ses téguments ont une couleur jaune terreuse analogue à celle qui accompagne les graves affections organiques : les sclérotiques ne sont cependant pas jaunes comme dans l'ictère. Le ventre très-volumineux est mat à la percussion comme dans l'ascite vers la région hypogastrique et les fosses iliaques ; on n'y peut sentir néanmoins de fluctuation bien évidente; par la palpation, M. Barth croit sentir, en déprimant les parois abdominales, une tumeur mal circonscrite qui occupe tout le creux épigastrique.

A la région précordiale, il existe une matité très-prononcée, ayant cinq travers de doigt en hauteur et cinq en largeur; cette matité s'étend jusque sous l'aisselle gauche. Au contraire, du côté droit de la poitrine, la sonorité est normale. En arrière du thorax la matité s'étend dans toute la fosse sous-épineuse gauche. De ce côté, on ne perçoit pas de vibrations thoraciques pendant qu'on fait parler le malade, tandis qu'elles existent à droite d'une manière très-prononcée. Il n'y a pas d'égophonie nulle part et la respiration s'entend même à la base de la poitrine du côté gauche; partout le murmure respiratoire est accompagné de râles sibilants très-abondants. On a pensé qu'il y avait un vaste épanchement dans la plèvre gauche, et l'autopsie montrera qu'on ne s'était pas trompé... La dyspnée est très-intense... La peau est brûlante; le pouls fréquent, à 115 puls. La langue est sèche; le dévoiement qui, nous a-t-on dit, était arrêté depuis 24 heures au moment de l'entrée, a reparu aujourd'hui. Il y a eu cinq à six selles liquides dans la journée.

Traitement : Chiendent nitré; saignée, 2 palettes; julep kermès, 0,10; 2 bouillons.

Le 19 septembre. — Le malade ne se trouve pas mieux; la dyspnée est ausst considérable que les jours précédents; la langue est très-sèche; les dents et les lèvres sont fuligineuses; le dévoiement a persisté; encore six selles liquides cette nuit ; le pouls est petit, dépressible, fréquent, à 108 pulsations.

Traitement : Chiendent nitré; 1 pilule; cynoglosse; on supprime kermès.

N. B. — L'urine du réveil a une teinte jaune foncée, en apparence bilieuse ; cependant elle ne contient ni bile, ni albumine, comme on s'en est assuré à l'aide de l'acide nitrique.

Le 10 et le 11. — Il n'y a aucune amélioration; la diarrhée paraît même aller en augmentant. Le malade n'urine presque plus. Le pouls s'est un peu relevé et est devenu plus fréquent qu'hier, à 115 pulsations.

Traitement : Riz sp. de coings; lavement, lin et pavot ; diète.

Le 12. Ce matin, à huit heures, le malade est tombé dans un coma profond; et tandis que jusqu'ici il avait répondu très-nettement à toutes les questions, aujourd'hui il reste complétement étranger à tout ce qui se fait autour de lui. Les yeux tout grands ouverts sont constamment portés de gauche à droite par un mouvement lent et régulier; le pouls est redoublé; très fréquent, à 120 pulsations; la peau brûlante, la langue très-sèche; les selles sont involontaires ; la dyspnée a encore augmenté, et par moment il y a de grands et longs soupirs ; les râles sibilants sont plus abondants que les jours précédents.

Traitement : Huit sangsues derrière les oreilles; julep musc, 0,05; deux vésicatoires aux mollets.

Le 13. La respiration s'embarrasse de plus en plus ; elle s'accompagne d'un râle trachéal très-bruyant, et la mort arrive le 14 à deux heures du matin. On a remarqué que les veines sous-cutanées des parois abdominales étaient très-volumineuses pendant les derniers jours de la vie du malade.

A l'autopsie faite, le 15 septembre, on trouva : 1° dans la cavité péritonéale un épanchement de sérosité citrine transparente; il y en avait environ trois ou quatre litres. 2° Le foie, qui paraissait avoir son volume normal, ne dépassait pas le rebord des côtes : son extrémité gauche occupait tout le creux épigastrique, et peut-être est-ce cette portion du foie que M. Barth a sentie en ce point pendant la vie. Tout

l'organe était décoloré et avait une couleur jaune de cire. On voyait à la surface et dans la profondeur que son tissu était parsemé d'un grand nombre de petits grains jaunâtres, saillants au toucher, de la grosseur chacun d'une tête d'épingle. Parmi ces grains jaunâtres, quelques-uns étaient disposés en grappes autour de quelques vaisseaux sanguins, comme le démontrait chaque coupe de l'organe hépatique : en un mot, le foie présentait cet aspect que l'on rencontre dans la cirrhose. 3° La muqueuse de l'estomac présentait une injection très-considérable : partout elle était parsemée d'arborisations capillaires rouge foncé ; autour du cardia les arborisations formaient un anneau rouge très-épais : le lavage ne faisait pas disparaître cette coloration ; et d'ailleurs le tissu muqueux était tellement ramolli qu'on n'en pouvait enlever que des lambeaux très-peu étendus : on retrouvait ici les caractères anatomiques de l'inflammation de l'estomac. 4° Les deux reins, d'un volume énorme, étaient rouges, violacés, friables, et laissaient écouler à la coupe un sang noirâtre très-abondant. 5° La rate, d'un volume énorme, était, comme les reins, gorgée de sang fluide noirâtre ; dans la racine du mésentère, il y avait une énorme proportion de tissu adipeux et de graisse. 6° Le péricarde et les deux plèvres étaient remplis outre mesure par une sérosité citrine transparente, semblable à celle trouvée dans le péritoine.

CLINIQUE CIVILE.

De l'influence de la consanguinité dans le développement du choléra et d'autres maladies épidémiques.

Par G. Danet,

Élève en médecine envoyé en mission pendant l'épidémie de choléra.

Plusieurs observations que nous avons recueillies à Cheminon (Marne), où nous étions en mission pendant la dernière épidémie de choléra (1854), nous ont semblé à moi et à mes deux collègues et amis MM. Picart et Le Pelletier, susceptibles de jeter quelque lumière sur le mode de développement du choléra et peut-être de certaines autres maladies épidémiques, et notamment sur quelques cas d'apparente contagion. Ces observations sont relatives à l'influence de la consanguinité dans la production ces maladies.

Ne connaît-on pas dans chaque ville, dans chaque village, certaines familles qui payent inévitablement leur tribut à toute épidémie qui éclate?

On croit à la contagion parce que l'on voit les personnes qui entourent un cholérique frappées à leur tour par la maladie.

Mais, après avoir fait abstraction de certaines causes prédisposantes telles qu'une fatigue excessive, la misère, une maladie préexistante, si l'on recherchait les liens de parenté qui existent entre le premier malade et ceux auxquels il est censé avoir communiqué son mal ; si on interrogeait les familles des étrangers qui l'approchaient et qui ont été atteints ; peut-être arriverait-on à voir que tous ces malades ont été frappés, non parce que le mal était contagieux, mais parce qu'il y avait chez eux une prédisposition par *consanguinité* et *héréditaire* à contracter la maladie épidémique. C'est ce que tendent à prouver les faits que nous avons observés.

Ainsi, nous montrerons, d'un côté, des consanguins cruellement frappés, malgré la distance qui les séparait et quoique n'ayant aucune communication entre eux depuis longtemps ; des familles entières atteintes par les différentes maladies épidémiques qui, depuis dix ans, se succèdent dans le village où nous avons été appelés à donner nos soins ; d'un autre côté, les alliés de ces malades, indemnes, quoique en communication directe avec ceux-ci ; et, enfin, au milieu d'un pays presque tout entier malade (plus de 600 sur 1,070 habitants présents), des familles qui comptent 25, 30 consanguins et plus, vivant dans le même milieu, en contact continuel avec les précédents, et tout aussi dénuées de bien être, ne sont pas effleurées ou sont à peine influencées par la maladie.

Ire *Observation.* — Le 7 août, on apporte des bois où ils travaillaient depuis huit jours, les enfants Bonnet, un jeune homme de vingt ans et sa sœur âgée de seize ans ; le lendemain, on les enterrait près de leur père inhumé le jour de leur arrivée.

Observation II. — Le 12 août, les deux frères Lafrique se mouraient au Fays, hameau à 2 kilomètres de Cheminon. En revenant de visiter ces malades, nous rencontrâmes, en chemin, une charrette dans laquelle était couché le fils (19 ans) d'un des hommes que nous venions de voir.

Depuis deux semaines ce jeune homme travaillait à 9 kilomètres de chez ses parents ; il venait d'être frappé, seul, au milieu d'une foule d'autres ouvriers.

Le lendemain, 13 août, on les portait tous trois au cimetière.

Observation III. — Les 10, 11 et 12 août, meurent le nommé Jean Gilet, sa femme (précédemment sa cousine) et leur fille aînée.

Il restait trois enfants, deux filles et un garçon de onze ans. Tous les trois sont atteints, dans la même nuit, de la scarlatine, dont il n'y avait encore que trois cas dans le pays.

Le mari de la fille aînée soigne tous ces malades, il ne ressent aucune indisposition. *Sa famille n'a pas eu un seul malade.*

Observation IV. — La femme Frenon est enlevée, en 1852, par la petite vérole, qui sévissait dans le pays. Ses quatre enfants, deux filles et deux garçons, sont aussi atteints de la même maladie et en portent aujourd'hui des marques évidentes.

Le choléra se déclare en 1854 ; les enfants Frenon en sont tous atteints : à peine guéris, leurs jours sont de nouveau menacés par une diphtérite scarlatineuse des plus violentes (épidémique), et, dans le même moment, je donnai mes soins à leur oncle maternel, garde forestier, malade de la suette.

Observation V. — Le 25 août, il n'y avait plus un seul cholérique à Cheminon, lorsque l'aîné des fils Renaud tombe malade du choléra.

Le 26 au matin, son frère cadet et leur père sont frappés de la même maladie.

Le soir du même jour, à six heures, on ramenait des champs la fille Renaud, femme Thomas, demeurant seule avec son mari à l'autre bout du village. Elle mourait le lendemain matin, 27, à six heures.

La femme Renaud, qui était frappée trois heures après sa fille (neuf heures le 26), expirait après 24 heures de maladie (le 27)

Dans la même nuit mourait dans une rue opposée un enfant à la mamelle, fils d'une deuxième fille Renaud, femme Parisot, elle-même au lit depuis plusieurs jours malade de la suette.

Enfin le 28, jour de l'enterrement de ces trois personnes, le troisième garçon et la troisième fille Renaud étaient aussi atteints.

Les neuf membres de cette famille sont tous frappés presque en même temps sans s'être vus (à cause de la moisson retardée par l'épidémie), sans se savoir malades les uns les autres, et soignés par les deux gendres, Thomas et Parisot, qui, malgré une fatigue excessive, sont sains et saufs. Il n'y eut pas un seul autre malade du choléra hors de cette famille ; ce furent les adieux du fléau.

En consultant nos notes, nous trouvons les chiffres suivants pour quelques familles :

La famille Valleret compte 18 malades graves ; 15 morts.

La famille Hance, 8 malades ; 6 morts.

La famille Bonnet, 23 malades ; 11 morts.

La famille Petit-Pot, 5 sœurs malades en même temps ; pas une de morte.

Les familles Rollet, Lombact et Rouais, etc., n'ont pas un malade, et ne sont ni moins nombreuses ni plus riches que les précédentes.

De ces observations qui, nous le croyons, se multiplieront, nous avons cru pouvoir tirer la conclusion suivante :

Il y a certaines constitutions prédisposées à contracter le choléra et d'autres maladies épidémiques.

Ces constitutions sont héréditaires.

Ce serait là un point capital pour le traitement préventif de ces maladies ; car si le fait est vrai, comme nous le pensons, on devra, en temps d'épidémie, isoler, éloigner du foyer de l'épidémie les membres d'une famille chez laquelle on rencontre un cholérique ou un membre atteint d'une autre affection épidémique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

EMPLATRES IRRITANTS ET ANODINS, PAR LE DOCTEUR HUGHES.

La médication par les emplâtres est assez imparfaite, au point de vue surtout de l'indication qu'ils sont le plus généralement appelés à remplir, la révulsion cutanée. Il n'y a guère à choisir entre l'emplâtre de poix de Bourgogne simple et l'emplâtre stibié, le premier souvent

insuffisant, le second fort douloureux, et dont la manière dont il agit sur le système nerveux, les cicatrices qu'il peut laisser après lui, forcent souvent à se priver alors qu'on aurait besoin d'une action plus énergique. On remarquera, parmi les formules suivantes que recommande le docteur Hughes, ce que nous appellerons un emplâtre intermédiaire entre les deux emplâtres dont le plus grand nombre des praticiens font seulement usage. On remarquera également, dans la plupart de ces formules, l'addition d'axonge à la poix de Bourgogne, dans le but de corriger ce que celle-ci a souvent de sec et de cassant.

Les emplâtres anodins ne sont pas très-usités. Les formules que nous citerons nous paraissent pouvoir être avantageusement employées.

Emplâtre irritant de moyenne énergie.

Axonge. . . . . . . 50 centigr.
Poix de Bourgogne. . . 4 gram.

Faites fondre ensemble et ajoutez :

Poudre de capsicum. . . 4 —

Mêlez avec soin.

L'emplâtre suivant, plus actif, est employé dans les maladies thoraciques, le rhumatisme chronique, le sciatique, etc. :

Axonge. . . . . . . 50 centigr.
Poids de Bourgogne. . . 4 gram.

Faites fondre ensemble et ajoutez :

Oxyde rouge de mercure. 120 centigr.
Tartre stibié. . . . . . 50 —

Emplâtres anodins.

Extrait de belladone. . . 120 centigr.
Poix de Bourgogne. . . 8 gram.

Faites fondre et ajoutez :

Poudre d'opium. . . . 120 centigr.
Extrait d'aconit. . . . . 120 —
Extrait de stramonium. . 50 —
Poix de Bourgogne . . . 8 gram.

Faites fondre à une douce chaleur.

(*Dublin Medical Press.*)

POMMADE CONTRE LES ENGELURES, PAR M. LE DOCTEUR HERBIN DE CHARTRES.

Axonge. . . . . 10 gram.
Ammoniaque liquide. . . 1 —
Oxyde rouge de mercure. 1 décigram.

M. Herbin emploie cette pommade en frictions légères matin et soir, en ayant soin de mettre les parties frictionnées à l'abri du contact de l'air. Quand les engelures sont ulcérées, il fait les frictions autour et panse les plaies comme plaies simples.

L'auteur assure n'avoir jamais eu plus de 16 frictions à faire, et huit jours de traitement lui ont toujours suffi pour obtenir sa guérison.

(*Gazette médicale.*)

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LE BICARBONATE DE POTASSE A HAUTE DOSE.

A voir avec quelle abondance se multiplient les traitements du rhumatisme articulaire aigu, ne serait-on pas disposé à penser que cette maladie présente une grande résistance et que la thérapeutique est désarmée à son égard? Pour nous, qui croyons, au contraire, que la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu repose sur des bases très-solides, toutes ces tentatives nouvelles nous affligent à un certain point de vue, car elles tendent à jeter de la défaveur sur des méthodes de traitement déjà éprouvées et justement estimées des médecins. Toutefois, la tentative thérapeutique dont nous avons aujourd'hui à entretenir nos lecteurs nous effraie moins que beaucoup d'autres, car elle se continue avec un ordre de faits déjà connus, le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins et les salins, le nitrate de potasse en particulier. M. Garrod, qui propose aujourd'hui de faire usage du bicarbonate de potasse à haute dose, emploie ce dernier sel à la dose de 2,50 toutes les deux heures, jour et nuit, dans quantité suffisante d'eau, et en continue l'administration jusqu'à ce que le malade soit entièrement débarrassé de sa fièvre et de ses douleurs articulaires depuis deux ou trois jours ; il y ajoute quelques déplétions sanguines locales sur la région du cœur, s'il existe une complication cardiaque ou si même elle paraît imminente. Il semble résulter des cinquante et un cas rassemblées par ce médecin, que, chez vingt malades hommes, la durée de la maladie, ou plutôt du traitement, aurait été en moyenne de six à sept jours, la durée totale de onze à douze jours ; et, pour les femmes, sur trente et un cas, la durée du traitement aurait été en moyenne de sept jours et demi, la durée totale de la maladie de treize jours et demi. Du reste, le bicarbonate de potasse, dit M. Garrod, ne produit ni nausées, ni vomissements, ni superpurgations ; il est éliminé par l'urine, à laquelle il donne des propriétés alcalines ; mais surtout il paraît agir sur le cœur, dont il ralentit les battements et diminue la force d'impulsion. Le bicarbonate de potasse l'emporterait donc sur le nitrate de potasse ; mais on comprend qu'il faut de nouvelles et nombreuses expériences pour faire abandonner aux médecins un traitement aussi efficace et aussi éprouvé que celui par le sel de nitre. La dose de bicarbonate de potasse ne serait pas, du reste, plus élevée que celle de nitrate de potasse qui a été donnée depuis Brocklesby par MM. Gendrin, Martin-Solon, etc. ; et nous ne verrions, pour notre part, aucun inconvénient à répéter ces expériences. Il resterait toujours cependant, même après l'efficacité reconnue du bicarbonate de potasse, une question très-grave à vider, celle de la valeur relative de ce médicament et du nitrate de potasse.

(*Trans. of med. and. chir. soc.* et *Bullet. de thérap.*)

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'ERGOT DE BLÉ ET SON EMPLOI, A L'OCCASION DES RECHERCHES DE M. GRANDCLÉMENT.

Par M. le docteur JOBERT, de Guyonvelle (Haute-Marne).

Dans la portion du département que j'habite, on ne sème du seigle que très-rarement; en revanche, nos contrées sont riches et fécondes en blé de toutes sortes; et c'est sur ce blé que depuis vingt-deux années je récolte, à l'approche de chaque moisson, l'ergot dont je me suis plusieurs fois servi avec les avantages les mieux marqués.

1° La propriété médicale et obstétricale de l'ergot de blé est aussi incontestable que celle de l'ergot de seigle; et les effets par l'un sont aussi prompts, aussi directs et aussi grands que par l'autre.

2° Son action hémostatique paraît assurée. Je l'ai administré un certain nombre de fois contre des pertes abondantes, et immédiatement après l'accouchement; il m'a presque constamment et pleinement réussi.

3° A la dose de 1 à 2 grammes, selon l'urgence, dans des cas de pertes utérines pendant la grossesse, à quelque époque que ce soit de la gestation, il a fréquemment réussi à calmer, sinon à arrêter complétement l'hémorrhagie, et sans avoir paru déterminer aucune action stimulante de l'utérus.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences a reçu aujourd'hui l'autorisation d'accepter le legs Lallemand, qui, on se le rappelle, avait légué à l'Académie une somme de 50,000 fr. dont le revenu servirait à fonder un prix à décerner à l'auteur du meilleur travail sur le système nerveux. Par un codicille, Lallemand, ainsi que nous l'avons annoncé, a affecté le revenu de ces 50,000 fr. à une rente viagère. Le nom du légataire ayant été rendu public aujourd'hui par M. le secrétaire perpétuel, nous n'avons plus aucune raison de le taire ; un pareil legs l'honore autant qu'il honore le testateur lui-même; c'est M. le docteur Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

— Le docteur Clerc commencera, aujourd'hui mardi 1er mai, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, son cours public de syphilis, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— Au nom des médecins polonais reçus docteurs par notre Faculté, M. le docteur Lazowski, préparateur de chimie à l'École de pharmacie, vient de demander une séance publique dans laquelle ses compatriotes désirent faire solennellement le don d'un buste en marbre d'Hippocrate et d'une médaille frappée pour consacrer le souvenir de leur reconnaissance envers les membres de notre Faculté qui leur ont témoigné une si bienveillante sympathie. Il a été décidé qu'une séance particulière, mais non solennelle, aurait lieu pour cet objet, après approbation préalable de l'autorité supérieure (*Annales de clinique de Montpellier*).

— Désormais MM. les élèves stagiaires ne pourront obtenir d'inscription que sur un certificat des chefs de service constatant qu'ils font des pansements dans les salles de clinique de l'Hôtel-Dieu. Un règlement rédigé à cet effet par une Commission de la Faculté va être publié avec la sanction de l'autorité supérieure, de la Faculté et de l'Administration des hôpitaux. (*Idem.*)

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 53. 3e ANNÉE. Jeudi 3 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

PATHOLOGIE CUTANÉE.

Nature et traitement du molluscum.

Par M. le Dr CHAUSIT,
Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de Médecine de la Seine,

Dans ces derniers temps, l'étude des maladies de la peau a reçu une remarquable impulsion des efforts qui ont été faits pour arriver à la connaissance de leur siége anatomo-pathologique. Parmi celles qui ont été l'objet de recherches dirigées en ce sens, il faut citer le groupe des affections folliculeuses, et, en particulier, les formes diverses qui composent le genre acné.

Il y a quelques années à peine, on réservait ce nom à des maladies dans lesquelles l'inflammation du follicule jouait le principal rôle : ainsi l'*acne simplex*, l'*acne indurata*, l'*acne rosacea*. Si l'on avait pressenti d'autres variétés, celles-ci étaient évidemment confondues sous des types étrangers aux affections folliculeuses, comme cela avait lieu pour le fait d'*ichthyose de la face* décrit par Bateman, et qui doit être rapporté à une variété de l'acné. Biett, en décrivant le premier l'*acne sebacea*, constituée par une hypersécrétion de la matière sébacée, établit que les maladies des follicules pouvaient être, dans un grand nombre de cas, caractérisées non plus par l'élément inflammatoire, mais par une lésion de la sécrétion folliculeuse elle-même.

M. Cazenave a, depuis, étendu cette donnée importante en précisant le diagnostic de l'*acne sebacea* partielle, en signalant l'*acne sebacea* fluente, en posant surtout cette proposition toute nouvelle, que la *plique polonaise*, dont la nature était restée un mystère, n'était bien probablement qu'une *acne sebacea* du cuir chevelu.

Mais jusqu'ici il n'est question que de phénomènes d'hypersécrétion de la matière sébacée, avec épanchement de celle-ci hors du follicule. Cependant l'observation avait permis de signaler un certain nombre de faits qui tout d'abord, étudiés plutôt au point de vue des caractères extérieurs que de la nature même de l'*éruption* à laquelle ils se rapportaient, ont été rattachés à des types distincts, plus ou moins bien définis ; or, ces faits devaient, mieux appréciés, servir à démontrer que la lésion de sécrétion qui caractérise l'acné peut se traduire par un tout autre ordre de phénomènes que ceux qui avaient servi jusqu'alors à caractériser l'*acne sebacea*.

Ainsi Bateman, en faisant l'histoire du *molluscum*, a décrit une variété, le *molluscum contagiosum*, dans laquelle le caractère tuberculeux n'est qu'un signe purement nominal et qui, d'après la description même du célèbre dermotologiste anglais, offre pour symptôme essentiel une lésion évidente de la sécrétion sébacée.

En effet, Bateman signale chez une jeune femme, dont l'histoire est fort curieuse d'ailleurs, l'existence d'un grand nombre de petites tumeurs comme tuberculeuses. « Leur volume variait depuis celui d'une forte tête d'épingle jusqu'à « celui d'une petite fève ; elles étaient dures, semi-opaques ; « leur surface était unie et luisante ; leur couleur à peu près « semblable à celle de la peau et leur base plus rétrécie que le « corps. *En comprimant les plus volumineuses de ces tumeurs,* « *on en faisait sortir par une ouverture centrale qui devenait* « *visible seulement alors, une petite quantité d'un fluide lactes-* « *cent.....* »

D'un autre côté, M. le docteur Jacobovics a décrit (*Recherches critiques sur le molluscum*) le *molluscum athéromateux*, bien évidemment caractérisé par la formation de petites tumeurs renfermant des collections de matière sébacée plus ou moins viciée. Robert Willis avait aussi reproduit le même caractère dans la description qu'il donne des *tumeurs folliculeuses*, où l'on retrouve, en outre, la forme sessile et pédonculée, l'orifice central avec une dépression manifeste. Enfin, dans ces derniers temps, M. Bazin a signalé, sous le nom d'*acne varioliforme*, une maladie qu'il croit et qu'il déclare nouvelle, parce qu'elle n'est décrite dans aucune monographie de l'acné, mais qui n'est en réalité que l'affection pressentie antérieurement comme une variété de molluscum, comme une tumeur folliculeuse, etc. A partir de ce moment un grand pas était fait pour arriver à la connaissance de la véritable nature de cette espèce jusqu'alors si mal appréciée. M. Caillault, interne distingué des hôpitaux, publiait sur ce sujet une monographie très-intéressante, enrichie de nombreuses observations recueillies à l'hôpital des Enfants (*Arch. gén. de médecine*, septembre 1851). Enfin, M. Cazenave, apportant à l'étude de cette question l'autorité de sa longue pratique, fit ressortir l'identité qui existait au fond entre les éruptions différentes par la forme qu'avaient décrites tour à tour les observateurs précités, et, se fondant sur le résultat de ses propres observations, a rendu aux faits signalés leur véritable signification, en proposant de les rapporter à une seule variété de l'acné, qu'il appelle *acne molluscum*.

Pour apprécier la valeur de cette dénomination, il faut se rappeler que l'école de Willan avait décrit, sous le nom de *molluscum*, une éruption de tubercules dont le principal caractère était d'offrir une certaine analogie d'aspect avec les proéminences nuciformes qui se développent sur l'écorce de l'érable. Or, l'observation ayant établi que la maladie signalée sous ce nom doit être rapportée, au moins pour la plupart des cas, au groupe des lésions de sécrétion de la matière sébacée, il en résultait que le *molluscum*, tel qu'on l'avait entendu,

n'avait plus de raison d'être en tant qu'affection distincte; mais il devait être utile pour le diagnostic de maintenir une désignation consacrée par l'usage; et, d'un autre côté, en donnant à cette lésion de sécrétion, mieux appréciée, le nom d'*acne molluscum*, on trouvait à cela le double avantage de constater la véritable nature de cette maladie que l'on rattachait ainsi au type ACNE, d'une part, et de lui conserver de l'autre la signification graphique que Bateman lui avait assignée, en ajoutant au mot *acne*, qui en exprime le caractère anatomo-pathologique, celui de *molluscum* qui en spécifie la forme extérieure. Ce sont ces considérations qui ont conduit M. Cazenave à préférer la dénomination d'*acne molluscum* à celles qui ont été proposées par différents observateurs.

L'*acne molluscum* est donc une maladie de la peau constituée par une lésion de sécrétion de la matière sébacée, et caractérisée par de petites tumeurs d'un volume variable, comme transparentes, ordinairement de la couleur de la peau, quelquefois d'une teinte rouge plus ou moins foncée, sessiles, offrant à leur centre une dépression qui aboutit à une ouverture d'autant plus appréciable que l'on presse la tumeur, et par où s'épanche, sous l'influence de cet effort, de la matière sébacée fluide ou plus ou moins concrétée déjà.

L'*acne molluscum* débute sans symptômes généraux ou locaux appréciables. Elle s'annonce tout d'abord par de petites saillies, sans forme bien déterminée; ce sont les follicules déjà distendus et dilatés par l'accumulation de la matière sébacée qui y est à la fois hypersécrétée et maintenue. Ordinairement ces points ne se développent que très-lentement; ce n'est qu'après un temps souvent très-long que ces saillies deviennent de véritables tumeurs, dont le volume varie depuis la grosseur d'une forte tête d'épingle jusqu'à celle d'une aveline; dans quelques cas rares elles acquièrent des proportions beaucoup plus considérables. Quoi qu'il en soit, et à mesure qu'elles se développent, ces tumeurs offrent de plus en plus les caractères qui leur donnent un cachet bien distinct. Ainsi elles deviennent sessiles, quelquefois comme pédonculées; elles sont vasculaires à leur base, d'une teinte grisâtre, quelquefois d'un jaune sale, et comme il arrive souvent qu'elles sont renflées et presque aplaties à leur sommet, il serait possible alors de les confondre avec certaines verrues. Mais ce qui distingue surtout ces tumeurs folliculeuses, c'est la dépression ombiliquée qui existe à leur sommet; c'est surtout l'orifice central qu'elles présentent, orifice qui correspond à l'ouverture le plus souvent fermée, quelquefois béante du follicule. Ce caractère est d'autant plus apparent que l'on comprime la tumeur; si on la presse un peu fortement entre les doigts, on en fait sortir soit une substance d'un blanc sale, consistante, vermiforme, soit un fluide blanchâtre, huileux, gras; c'est de la matière sébacée concrétée dans le premier cas, restée liquide dans le second, mais hypersécrétée dans l'un et dans l'autre.

Comme on le voit, le symptôme essentiel de cette maladie est une hypersécrétion plus ou moins considérable de la matière sébacée; celle-ci reste contenue dans le follicule qu'elle distend de manière à former ces tumeurs que nous venons de décrire. Mais il arrive qu'à ce caractère principal se joignent des phénomènes secondaires, tels que l'inflammation, la suppuration, etc.

La durée et la marche de cette affection sont très-variables. Tantôt les tumeurs, parvenues à un certain développement, restent stationnaires; et alors il arrive qu'elles se vident d'elles-mêmes et s'affaissent jusqu'à ce qu'une nouvelle hypersécrétion se manifeste et distende de nouveau le follicule. Tantôt, au contraire, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment, les tumeurs deviennent le siége d'un travail d'inflammation suppurative qui en détermine l'élimination et produit consécutivement l'oblitération complète du follicule sébacé, sans cicatrice apparente, ou du moins avec des empreintes très-peu prononcées dans les conditions les moins favorables.

L'acne molluscum est ordinairement limitée à un siége restreint, au visage par exemple. Dans quelques cas, au contraire, elle est très-largement répandue sur différents points du corps; elle peut même offrir exceptionnellement un caractère de généralité très-remarquable. L'exemple le plus curieux qui existe en ce genre, est celui qu'a rapporté Tilæsius (*Hist. path. Cutis turpitudinis sing.*) et dont M. Cazenave a fort bien établi le rapport d'espèce avec l'acne molluscum. Cette affection est surtout très fréquente à la face, au front, au cou, à la partie supérieure de la poitrine.

Les causes de l'acne molluscum sont assez obscures. Dans certains cas, elle semblerait coïncider avec la prédominance du tempérament lymphatique; c'est à ce titre probablement qu'elle serait plus fréquente chez les femmes et les jeunes enfants. A vrai dire, l'âge et les tempéraments ne paraissent pas avoir d'influence bien marquée sur son développement.

Quant à sa propriété contagieuse, bien qu'elle semble ressortir des faits cités par Bateman, et malgré les observations sérieuses citées à l'appui, si elle ne doit pas être rejetée absolument, dans l'état actuel de la science sur ce point, on ne saurait du moins l'admettre qu'avec une très-grande réserve.

Il suffit d'être prévenu de l'existence possible de cette maladie et de se rappeler les caractères qui la distinguent, pour la reconnaître dans tous les cas. Cette forme de l'acne n'est jamais une affection grave. S'il n'est pas rare de la voir persister avec une grande ténacité, il est toujours possible cependant de la voir céder à un traitement approprié.

L'acne molluscum, même très-étendue, n'est accompagnée d'aucun trouble général; elle coïncide même avec une santé parfaite.

Le traitement général consiste dans l'emploi de quelques amers, de laxatifs répétés, d'un régime doux.

Localement, on conseille les lotions alcalines, mais surtout les lotions ammoniacales (1 gramme d'ammoniaque pour 250 grammes d'eau de son tiède); les bains et les douches de vapeur; des lotions aromatiques additionnées de sulfate d'alumine ou d'acides végétaux.

Pour favoriser la résolution des tumeurs, on emploie les frictions avec une pommade au protochlorure de mercure, dans la proportion de 1 à 4 grammes pour 30 grammes d'axonge; à l'iodure de soufre, à la dose de 1 à 2 grammes pour 30 grammes d'axonge.

Si ces moyens sont insuffisants, on peut recourir exceptionnellement à l'incision des tumeurs folliculeuses et à leur cautérisation avec le nitrate d'argent. Mais si l'on se rappelle bien quel est le siége anatomique, c'est-à-dire, quelle est la nature de cette affection, on devra s'abstenir de toute application caustique trop énergique dont l'action, en s'étendant au delà de la tumeur folliculaire elle-même, arriverait jusqu'à la peau et aurait pour résultat nécessaire la formation de cicatrices indélébiles, circonstance que l'on peut éviter à l'aide d'autres moyens.

Voici d'ailleurs deux observations qui nous ont paru de nature à éclairer l'histoire pratique de cette curieuse maladie, en établissant qu'elle a pour siége anatomo-pathologique le follicule sébacé et une identité irrécusable avec l'affection décrite par Bateman, sous le nom de *molluscum contagiosum*.

Observation I. — Le 3 février 1852, est entré, salle Napoléon n° 63, hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le nommé Tassis, âgé de trente-huit ans, menuisier, non marié, pour se faire soigner d'une éruption existant depuis plusieurs mois.

Cet homme est d'une constitution robuste; jamais il n'a eu de maladie grave; pas d'antécédents syphilitiques; jamais non plus il ne s'est trouvé en contact avec des personnes affectés de la maladie pour laquelle il a demandé son admission à l'hôpital.

Il y a huit mois environ, parurent, pour la première fois, à la partie interne des deux cuisses, cinq ou six boutons ayant le volume d'un gros grain de chènevis et qui acquirent bientôt la grosseur d'un pois. Sous l'influence du frottement du pantalon, il se déclara une inflammation assez vive; il se forma de la suppuration et les boutons disparurent bientôt sans laisser de cicatrices apparentes.

Il y a quatre mois, une papille assez saillante, rouge, un peu sensible à la pression, se montra au front; peu de temps après, elle parut distinctement ombiliquée. De nouveaux boutons, semblables aux premiers, ne tardèrent pas à se montrer sur le front, les tempes et le reste de la face, mais surtout dans les deux premières régions. Le volume de ces tumeurs variait depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois.

Le malade fut admis, à cette époque, dans un service à l'hôpital Saint-Louis. On lui conseilla des frictions avec une pommade rouge, des fumigations cinabrées. Ce traitement, continué pendant trois mois, ne donna aucun résultat positif. Quelques-uns de boutons étaient détruits à la longue, mais il en reparaissait d'autres dans le voisinage. On se décida alors à cautériser les boutons situés sur le front et sur les tempes avec le nitrate acide de mercure. Cette cautérisation, pratiquée en masse et largement, donna lieu à la formation de croûtes nombreuses et épaisses qui couvraient une grande partie de la surface du front et des tempes.

Le malade quitta volontairement ce service et, huit jours après, 3 février 1852, il fut admis dans les salles de M. Cazenave. Nous le trouvons dans l'état suivant: sur le front existent huit ou dix boutons saillants, présentant une ombilication centrale très-développée, un pertuis grisâtre, un bourrelet épidermique transparent à la circonférence, et, à la base, un rougeur érythémateuse peu prononcée; ces boutons contiennent une matière blanchâtre que l'on fait sortir par une pression légère, et qui n'est autre chose que la matière sébacée plus ou moins altérée; enfin, des cicatrices brunes, déprimées, existent sur tous les points qui ont été cautérisés. Des croûtes très-épaisses, dures et adhérentes, recouvrent la moitié gauche du front et de la tempe gauche; trois ou quatre boutons semblables existent encore sur le scrotum, autant à la partie interne et supérieure de chaque cuisse; enfin sur la tempe droite, on trouve un bouton de la grosseur d'un pois, ombiliqué, offrant à son centre un orifice qui livre passage à un petit cheveu, et d'où l'on fait sourdre, aussi par la pression, de la matière sébacée blanchâtre. Pas d'engorgement ganglionnaire correspondant.

Prescription : Tisane de chiendent, réglisse; cinq portions d'aliments solides.

Le 13 février. Sur la joue gauche se développent deux petites tumeurs nouvelles, présentant les mêmes caractères que les premières; quelques-unes des anciennes paraissent un peu plus saillantes; on les touche avec un pinceau trempé dans l'ammoniaque.

Le 15. Un léger mouvement fébrile a eu lieu; diète.

Le 16. La fièvre a cessé. On touche pour la seconde fois avec l'ammoniaque: cinq portions.

Le 23. Diminution et affaissement de ces tumeurs folliculaires sans travail suppuratif ni ulcératif; troisième cautérisation.

Le 25. Disparition presque complète de quelques-unes des tumeurs du visage. Il ne s'en montre pas de nouvelles, mais il y en a qui sont encore tout aussi volumineuses.

Depuis le 25 février jusqu'à 31 mars, on cautérisa, tous les jours mais sans résultat, les petites tumeurs qui restaient encore.

Le 31 mars. Les follicules qui restaient sont fendus, vidés et cautérisés avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 5 avril. La cautérisation a produit un résultat très-salutaire. Les tumeurs folliculaires sont éliminées et tout à fait détruites, sans cicatrices apparentes; il ne s'en reforme pas de nouvelles.

Le 10 avril. Le malade sort guéri, mais portant encore, et paraissant indélébiles, les traces noires de la cautérisation primitive, tandis que les cautérisations pratiquées soit avec l'ammoniaque, soit avec le crayon de nitrate d'argent, ne sont pas apparentes.

Observation II. — Le 27 juin 1854, est entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le nommé Hirt (Charles), âgé de trente ans, passementier, né à Paris.

Cet homme jouit d'une bonne santé; il est d'une constitution robuste et ne se rappelle pas avoir eu jamais d'autre affection cutanée que celle pour laquelle il demande son admission à l'hôpital. Cette affection a débuté, sans cause appréciée du malade, il y a deux mois et demi environ, sur le cou, le visage et le front, sous forme de petites tumeurs grises ou rougeâtres, accompagnées d'une légère cuisson. Au bout de quelques jours, elles se sont recouvertes d'une croûte assez mince, et quelques-unes ont même disparu; mais à côté de celles qui se détachaient ainsi de nouvelles petites tumeurs ont paru, en présentant toujours les mêmes caractères.

Le malade déclare ne s'être jamais trouvé en contact avec aucune personne atteinte de la même affection; c'est pour la première fois qu'il voit des *boutons* sur la peau offrant une telle physionomie. Il n'a rien fait pour se débarrasser de cette éruption.

Le 28. — Le lendemain de l'admission du malade, nous constatons les caractères suivants : une dixaine de petites tumeurs sont disséminées sur le visage, le cou et la partie supérieure de la poitrine. Ces petites tumeurs, dont le volume ne dépasse guère celui d'une lentille, sont saillantes au-dessus du niveau de la peau, aplaties à leur sommet, sans induration aucune à leur base; on les dirait déposées à la surface des téguments; elles offrent une teinte rouge ou grisâtre sans aréole prononcée. Cette coloration, limitée à la tumeur elle-même, paraît être le résultat de la pression exercée sur la paroi interne du follicule distendu par la matière qu'il renferme. En effet, quelques-unes de ces tumeurs présentent bien distinctement à leur partie centrale un orifice bouché par de la matière grisâtre, concrétée, qui n'est autre chose que de la matière sébacée elle-même. Sur quelques autres, et ce sont en général les plus anciennes, on voit une petite croûte grisâtre résultant d'une inflammation suppurative qui s'est établie au sommet de la tumeur et sous l'influence de laquelle se produit sa disparition complète et définitive. Pas d'engorgement des ganglions correspondants. Le malade interrogé sur ce point déclare ne pas en avoir remarqué au début de l'affection. Enfin, quelques pustules d'*acne simple* sont disséminées et éparses sur le dos.

Prescription : Tisane de chicorée sauvage, un bain simple tous les deux jours, lotions ammoniacales (ammoniaque liquide, 1 gramme; eau distillée, 250 grammes) matin et soir.

7 juillet. Amélioration évidente. Ainsi les tumeurs, qui étaient recouvertes de petites croûtes grisâtres, ont complétement disparu; après la chute de la croûte, une teinte légèrement rosée, sans cicatrice apparente, indique seulement la place qu'elles occupaient. Il reste encore trois petites tumeurs; elles sont plus rouges que les jours précédents, moins aplaties à leur sommet.

Les jours suivants, la rougeur augmente; le malade éprouve de la cuisson, de la sensibilité même au niveau de ces tumeurs qui deviennent le siége d'une inflammation suppurative, pour aboutir à la formation d'une petite croûte; même traitement.

Le 14. Deux des tumeurs ont disparu sous l'influence de ce travail phlegmasique régulièrement développé. Une seule tumeur reste encore, mais elle disparaît, au bout de quelques jours, par le même procédé d'élimination; pas de nouvelles tumeurs.

Le 20. Pas d'autre trace des boutons qu'une rougeur peu vive qui est déjà effacée sur plusieurs points. Le malade est guéri; il quitte l'hôpital, dix jours après, le 30 juillet.

J'ai eu occasion de revoir le malade quatre mois plus tard; la guérison s'était maintenue.

Les considérations sommaires que nous venons d'exposer, et les conséquences qui découlent des faits présentés à l'appui, nous semblent devoir conduire aux propositions suivantes :

1° Il existe indubitablement des affections folliculeuses de la peau qui sont constituées, non plus seulement par l'élément inflammatoire, mais par une lésion de sécrétion de la glande sébacée elle-même.

2° Parmi ces affections *l'acne sebacea* joue un rôle très-important.

3° Cette acne est constituée, en général, par une lésion de sécrétion en trop de la matière sébacée. Quand celle-ci est retenue dans le follicule, elle donne lieu à des phénomènes de distension qui caractérisent l'*acne molluscum.*

4° Cette maladie n'est pas nouvelle, comme on l'a prétendu; on en trouve des discriptions exactes dans les auteurs.

5° Dans les faits relatés ci-dessus, aucune circonstance n'a pu faire croire à l'existence de la propriété contagieuse attribuée à cette forme de l'acne et qui a pu être déjà révoquée en doute.

6° Cette maladie, que l'on avait observée surtout chez les enfants, affecte aussi l'âge adulte.

7° Le traitement consiste surtout dans l'emploi de topiques alcalins et ammoniacaux, et exceptionnellement dans l'incision et la cautérisation des tumeurs folliculaires avec le nitrate d'argent.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. BOUILLAUD.

Histoire de l'hypertrophie du tissu musculaire du cœur. — Ses caractères anatomiques.

En parlant de la péricardite et de l'endocardite, nous nous sommes occupés de l'épaississement hypertrophique des tissus séreux du cœur, nous n'aurons donc ici à étudier que l'hypertrophie du tissu musculaire de cet organe.

Tous les auteurs du siècle dernier et du commencement de celui-ci, Lancisi, Albertini, Valsava, Sénac, Morgagni, Corvisart, dans la description qu'ils ont donnée de l'augmentation de volume du cœur sous le nom de *dilatation* et *d'anévrisme*, ont confondu l'épaississement des parois de cet organe avec la dilatation de ses cavités, subordonnant le premier état au second.

Sénac, dans plusieurs endroits de son ouvrage, au chapitre huitième intitulé : *Volume du cœur augmenté ou diminué*, parle du volume *extraordinaire du cœur, plus gros quelquefois*, dit-il, *que celui d'un bœuf;* mais il se sert indifféremment du mot *dilatation* ou *augmentation de volume.* Morgagni fait la même confusion, quoiqu'il ait rapporté (dans sa dix-septième Lettre un exemple qui ne laisse aucun doute dans l'esprit sur l'existence d'un épaississement des parois du ventricule droit sans dilatation de sa cavité. « Ventriculus dexter caveam quidem secundum naturam, *sed crassissimas parietes habebat.* » Corvisart, qui a laissé loin derrière lui ses devanciers pour la description des lésions anatomiques du cœur et de quelques-uns de leurs signes, a établi deux formes d'*anévrismes du cœur* sans distinguer l'épaississement des parois de la dilatation des cavités: « On doit, dit-il, reconnaître deux espèces de dilatations du cœur, l'une active, l'autre passive... Dans la première espèce (la dilatation active), le cœur est dilaté, les parois épaissies, la force de son action augmentée. Dans la seconde (la dilatation passive), il y a aussi évidemment dilatation, mais avec amincissement des parois et diminution de force dans l'action de l'organe (1). » Quelques lignes plus bas, il avoue l'inexactitude de l'expression dont il se sert pour désigner la lésion qu'il décrit, et il reconnaît la différence qui existe entre l'épaississement des parois du cœur et l'anévrisme des artères aorte, crurale, poplitée, etc. Corvisart, comme Sénac et Morgagni, ne décrit que les anévrismes actifs, c'est-à-dire avec dilatation, quoiqu'il ait noté aussi dans l'observation quarante-sixième de son ouvrage un cas se rapprochant assez de celui de Morgagni, avec cette différence seulement que la lésion portait ici sur le ventricule gauche. « L'oreillette droite du cœur, dit-il, était sinsiblement dilatée et gorgée de sang; le ventricule droit était plus petit que dans l'état naturel; *le gauche, sans être dilaté, offrait des parois beaucoup plus épaisses et bien plus fortes qu'elles ne le sont ordinairement* (2). » Corvisart renverse donc d'une main ce qu'il établit de l'autre, puisqu'il donne un exemple bien positif d'un épaississement des parois ventriculaires sans dilatation de sa cavité correspondante après avoir considéré *la dilatation* et *l'épaississement* comme compagnes inséparables.

Legallois, dont les travaux ont éclairé plusieurs points relatifs à la physiologie et à la pathologie du cœur, trouvant que le mot *anévrisme* pour désigner l'augmentation de volume du cœur, donnait une idée fausse de cette lésion, proposa celui d'*hypertrophie*, expression plus exacte et plus scientifique, aujourd'hui généralement acceptée. Toutefois, il faut arriver à Laënnec et à Bertin pour voir une distinction établie entre les différentes espèces d'hypertrophies.

Voici comment le premier de ces auteurs commence le chapitre qu'il a consacré à la maladie qui nous occupe : « J'entends par hypertrophie ou accroissement de nutrition du cœur, l'augmentation d'épaisseur de sa substance musculaire, et, par conséquent, des parois de ses ventricules, *sans que d'ailleurs ses cavités soient augmentées dans la même proportion.* Le plus souvent même, elles perdent notablement de leur capacité primitive (1). »

En 1811, Bertin présenta à l'Académie des sciences un Mémoire dans lequel il établit trois formes principales d'hypertrophies.

La première forme est celle où les cavités du cœur conservent leur capacité normale, les parois sont plus ou moins épaissies: c'est l'hypertrophie simple.

La seconde forme est celle qui correspond à l'anévrisme actif de Corvisart, c'est-à-dire l'épaississement des parois coïncidant avec la dilatation des cavités: c'est l'hypertrophie excentrique.

La troisième forme est opposée à la précédente, c'est celle où l'on rencontre un épaississement des parois en même temps qu'une diminution notable de la capacité des cavités : c'est l'hypertrophie concentrique ou centripète.

M. le professeur Cruveilhier n'accepte ni la première ni la dernière de ces formes; pour lui donc il n'y aurait qu'un seul état hypertrophique du cœur, celui désigné par Corvisart sous le nom d'*anévrisme actif.* « L'hypertrophie pure et simple, dit le savant professeur, mérite-t-elle une place parmi les maladies de cet organe? Cette question paraîtra rétrograde, et cependant plus j'étudie les maladies du cœur, plus je reste convaincu que l'hypertrophie du cœur, lorsqu'elle ne dépasse pas certaines limites, lorsqu'elle est exempte soit de dilatation notable des cavités, soit de rétrécissement dans les orifices du cœur, n'est pas, en général, une maladie, et se concilie le plus habituellement avec l'exercice régulier de toutes les fonctions (2). »

L'expression dont se sert M. Cruveilhier, *hypertrophie qui ne dépasse pas certaines limites*, est assez vague, elle tient peut-être à l'impossibilité où il se trouve de déterminer la limite qui sépare l'état normal de l'état hypertrophique du cœur. Sans doute, on ne peut pas considérer comme maladie une légère augmentation de volume du cœur, pas plus que chez un danseur ou un forgeron le développement des muscles jumeaux chez le premier, des deltoïdes chez le second, ne constitue une hypertrophie. Mais nous ne saurions admettre que le cœur hypertrophié dans des proportions telles qu'il dépasse sensiblement sa moyenne, même avec ses cavités normales et sans rétrécissement des orifices, ni lésion des valvules, *se concilie le plus habituellement avec l'exercice régulier de toutes les fonctions.* Dans les trois observations d'hypertrophie simple du ventricule gauche rapportées par Bertin, les malades ont succombé à une apoplexie cérébrale dont la cause formelle a été certainement la lésion du cœur.

Legallois a consigné dans le tome I[er] des *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris* une observation ayant pour titre : Maladie du cœur par hypersarcose ou par excès de la substance musculaire de ce viscère, *cause présumée d'une apoplexie foudroyante*, qui a terminé les jours de la malade. Il est dit que le volume du cœur et l'épaisseur de ses parois étaient extraordinaires; il pesait 1 livre 1/4. Tout le volume était dû au ventricule gauche, et sa capacité n'était pas plus grande qu'à l'état normal.

Il y a quelques années, nous avons fait l'autopsie d'une femme ayant succombé à la même maladie et atteinte aussi d'une hypertrophie simple du ventricule gauche, sans lésions des orifices ni des valvules. Dans nos généralités sur les maladies du cœur, nous avons déjà démontré l'influence de l'hy-

(1) Corvisart, *Ouv. cit.*, page 66.
(2) Corvisart, *Ouv. cit.*, page 335.

(1) Laënnec, *Ouv. cit.*, page 176, tome III.
(2) Cruveilher, *Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*, article *Hypertrophie;* tome X, page 223.

pertrophie du ventricule gauche sur le développement des hémorrhagies cérébrales. Or, un organe ayant suffisamment dépassé ses limites normales pour déterminer si souvent une semblable lésion ne peut pas être regardé comme devant se concilier avec toutes les fonctions, puisque l'un des organes les plus importants est si violemment lésé.

L'auteur que nous venons de citer s'exprime ainsi à l'occasion de l'hypertrophie concentrique : « Les faits que j'ai eu l'occasion d'observer ne me permettent pas d'admettre l'hypertrophie concentrique. L'effacement de la cavité, l'épaisseur des parois proportionnellement plus considérables me paraissent le résultat du genre de mort. Le cœur de tous les suppliciés que j'ai eu occasion d'examiner m'a offert ce double phénomène au plus haut degré. Les parois ventriculaires se touchaient dans tous leurs points. J'ai fait les mêmes observations chez les individus qui ont succombé à une mort violente. Les cœurs hypertrophiés des auteurs que je viens de citer (MM. Bertin et Bouillaud) me paraissent des cœurs plus ou moins hypertrophiés que la mort a surpris dans toute leur énergie de contractilité. On peut d'ailleurs s'en convaincre en voyant la facilité avec laquelle ces ventricules sans cavité proprement dite se laissent dilater par l'introduction d'un ou de plusieurs doigts (1). » Je ne puis accepter l'explication que donne M. Cruveilhier de l'effacement de la cavité dans cette forme de l'hypertrophie. Les observations de Bertin, et surtout la cent quarante-neuvième du *Traité des maladies du cœur* de M. Bouillaud, plus détaillées que les premières, me semblent répondre aux objections qu'il fait. Nulle part il n'est dit que les malades aient succombé à une mort violente, et d'ailleurs comment attribuer à celle-ci l'épaisseur considérable des parois du ventricule gauche qui avait 28 millimètres au lieu de 15 ou 16? Je conserve dans l'alcool un cœur présentant cette forme d'hypertrophie du ventricule gauche (hypertrophie concentrique), et le malade n'a pas succombé à une mort violente. Avant d'ouvrir complétement le ventricule, j'ai cherché à le dilater avec l'indicateur et le médius sans y réussir. Dans l'observation de M. Bouillaud, l'hypertrophie était assez considérable, puisque les battements du cœur se voyaient à un pouce plus bas qu'à l'état normal, et que cet organe pesait 388 gr. au lieu de 260 à 270; si donc la cavité du ventricule gauche avait eu sa capacité normale ou, mieux encore, si elle avait été agrandie, on aurait trouvé le pouls *large et développé,* puisqu'il n'y avait aucune lésion du côté des orifices ni des valvules; il est noté, au contraire, que *le pouls était petit et vibrant.* En 1850, j'ai disséqué à l'École pratique le corps d'un supplicié. Le cœur a été examiné avec soin et je n'ai pas vu que les parois ventriculaires fussent sensiblement épaissies.

L'auteur d'un *Précis théorique et pratique des maladies du cœur* publié en 1851, sans nier absolument l'existence de l'hypertrophie concentrique, déclare ne l'avoir jamais rencontrée à l'état manifeste. Il rapporte cependant trois observations de cette forme de la maladie, mais il faut ajouter que l'insuffisance des détails est telle qu'il est impossible de rien conclure de rigoureux. C'est au point de vue de l'étiologie surtout que l'auteur se flatte d'avoir jeté quelques lumières sur la question. Pour lui, l'hypertrophie concentrique s'observe dans les cas où la quantité de sang qui traverse une cavité ventriculaire se trouve diminuée par une cause quelconque. On l'observe, dit-il, dans les cas : 1° d'obstacles aux orifices ventriculaires; 2° dans les obstructions pulmonaires; 3° dans les grandes hémorrhagies; 4° chez les individus anémiés par le fait de maladies longues ou de maladies organiques (tubercules, cancer, etc.). Tout cela paraît à l'auteur clair, logique, rationnel, conforme à tous les principes et à tous les faits. Laissons de côté la théorie et voyons si les faits se prêtent à l'interprétation qu'on leur donne.

Dans les observations de Bertin sur l'hypertrophie concentrique du ventricule gauche, dans celles de M. Bouillaud, dans la nôtre, dans la troisième de l'auteur dont nous parlons, il n'y avait ni rétrécissement des orifices ni insuffisance des valvules. Mais, dira-t-on, asthme avec bronchite chronique (que signifie le mot asthme ? c'est un symptôme et non une maladie), râles pulmonaires, voilà bien des causes qui diminuent la quantité de sang rendu dans le ventricule gauche. Si l'obstacle existant dans les poumons pouvait faire contracter le cœur en diminuant la quantité de sang qu'il reçoit, on devrait fréquemment rencontrer cette lésion chez ceux qui succombent à une pneumonie double, à une infiltration tuberculeuse des poumons, à une bronchite générale; or, il n'en est rien, du moins à Paris; je ne sais si les choses se passent autrement dans l'est de la France. Chez les malades emportés par une lésion organique et qui sont jetés dans le dernier état de marasme, presque exsangues, le cœur est mou, flasque, mais on n'observe pas cette rétraction des ventricules qui, d'ailleurs, sans l'hypertrophie des parois, ne constituerait pas la lésion qui nous occupe en ce moment.

L'auteur de cette théorie *si peu claire, si peu conforme à tous les principes et à tous les faits*, se console facilement de ne pas la voir acceptée; c'est l'effet, dit-il, de *l'éblouissement* que produit l'énoncé d'une vérité palpable lorsqu'elle heurte nos préjugés. Ne pourrait-on pas ajouter : et surtout l'énoncé d'une théorie qui veut plier les faits au profit d'une idée préconçue ?

Les trois formes d'hypertrophie ne sont pas toutes aussi fréquentes. L'hypertrophie simple ne se rencontre pas très-souvent, surtout dans le ventricule droit; l'ouvrage de Bertin en contient une seule observation et trois pour le ventricule gauche. Morgagni, Corvisart, Legallois, en ont donné chacun une pour ce dernier.

La seconde forme, l'hypertrophie excentrique (anévrisme actif de Corvisart) est la plus commune de toutes.

Enfin, l'hypertrophie concentrique ou centripète est moins commune que les précédentes, mais moins rare que la première. Ce n'est pas par distraction, comme le pense l'auteur dont nous parlions tout à l'heure, que M. Bouillaud a dit qu'elle se rencontrait plus fréquemment dans le ventricule droit que dans le gauche. Cette assertion lui paraît difficile à comprendre, parce que sa théorie n'est plus d'accord avec les faits. Les observations particulières ne doivent pas se plier à l'exigence des théories, celles-ci, au contraire, sont faites par les observations particulières et pour elles.

L'ouvrage de M. Bouillaud contient treize cas d'hypertrophies concentriques, dont huit sont relatifs au ventricule droit et cinq seulement au ventricule gauche. Pour les premiers il y avait communication entre les cavités droites et gauches, et la paroi ventriculaire droite dans l'observation cent vingt-sixième, avait atteint 37 millimètres d'épaisseur et 28 seulement dans les cas relatifs au ventricule gauche. L'hypertrophie paraît tellement incompatible avec l'organisation du ventricule droit, que Corvisart, pour l'expliquer, avait imaginé une sorte de transposition des ventricules. Mais ce n'est pas résoudre une difficulté que de créer une hypothèse. Voici l'explication qui semble le mieux rendre compte des faits à M. Bouillaud. L'hypertrophie du ventricule droit, dit-il, s'opère par le même mécanisme que celle du ventricule gauche. Si elle est rare, cela tient à la nature du sang qui circule dans ses deux cavités. Si l'on suppose un moment la présence du sang artériel dans la cavité du ventricule droit, on le conçoit aussi facile à s'hypertrophier que le gauche. Or, c'est ce qui arrive dans les cas où les cavités gauches communiquent avec les droites, soit au moyen du trou de Botal, soit de toute autre manière. La présence du sang rouge, artériel, oxygéné, dans l'intérieur du ventricule droit, son contact inaccoutumé avec les parois de cet organe doit exciter une sorte d'irritation nutritive qui, agissant de dehors en dedans, détermine cette forme d'hypertrophie qui se développe aux dépens de la cavité. *Elle était*

(1) Cruveilhier, *ouv. cit,* p. 224.

énorme dans l'observation que M. Louis a publiée sur la communication des cavités droites et gauches.

L'hypertrophie peut être générale ou partielle. La première frappe le cœur tout entier, et c'est dans ce cas surtout que l'on rencontre cet organe tellement gros qu'on lui a donné le nom de *cœur de bœuf,* expression qu'il ne faut pas prendre au pied de la lettre, car jamais le cœur humain, même dans les plus grandes hypertrophies générales, n'a atteint à beaucoup près ce volume. L'hypertrophie partielle est plus commune; on l'a quelquefois rencontrée seulement sur les colonnes charnues, alors que les parois ventriculaires étaient normales.

Avant d'aller plus loin la première question qui se présente est celle-ci : Comment établir les limites qui séparent l'état morbide de l'état normal du cœur? En parlant de l'anatomie de cet organe, nous avons vu que Corvisart, Laënnec, M. Cruveilhier, regardent le volume, le poids et l'épaisseur de ses parois comme peu susceptibles d'une appréciation rigoureuse; mais nous avons fait connaître le résultat des recherches de M. Bouillaud que nous allons succinctement rappeler afin d'avoir un étalon comme point de comparaison. Il est indispensable, en effet, pour bien apprécier les degrés de l'hypertrophie, de se rappeler les données sur le poids et les dimensions du cœur normal.

Chez un adulte de taille ordinaire, et bien conformé, le poids du cœur est en moyenne de 260 à 270 grammes; la circonférence mesurée à la base des ventricules est de 240 millimètres; la longueur représentée par une ligne menée de la base du ventricule gauche à la pointe, est de 98 millimètres; la largeur prise à la base des ventricules est représentée par une ligne menée de l'un des bords à l'autre, elle est égale à la longueur; l'épaisseur du ventricule gauche, à sa base, est de 15 à 16 millimètres, 6 seulement pour le droit. Nous avons déjà dit que la mesure de la capacité des cavités du cœur n'avait pas toute l'exactitude des données précédentes; que la cavité du ventricule droit l'emporte un peu sur celle du ventricule gauche.

Lorsque l'hypertrophie est générale et considérable, le poids du cœur peut atteindre près de 700 grammes; dans bon nombre de cas nous avons trouvé 560, 590, 600, 620 grammes; l'épaisseur des parois du ventricule gauche peut atteindre 30 et 32 millimètres, celle du ventricule droit 38, ce qui est en désaccord avec l'opinion de Laënnec à savoir « que dans aucun cas l'épaisseur absolue du ventricule droit n'est très-considérable. » La circonférence peut s'élever jusqu'à 335 à 340 millimètres, et la longueur jusqu'à 140 au lieu de 98. Chez un malade dont l'observation est consignée dans le *Traité des maladies du cœur*, de M. Bouillaud, le cœur avait trois fois le volume du poing du sujet, et réuni à un anévrisme de l'aorte grosse comme la tête d'un fœtus à terme, *il remplissait les trois quarts du thorax.*

On comprend facilement que le cœur ne peut pas dépasser ainsi ses limites physiologiques sans éprouver de notables changements dans sa direction, sa situation, sa forme et ses rapports. Dans les grandes hypertrophies, le cœur est placé à peu près transversalement dans le côté gauche de la poitrine et sa pointe mousse comme effacée est deviée à gauche et en dehors du mamelon. Au lieu d'être conique, il est arrondi, globuleux, sphérique, *dodu* suivant l'expression de M. Bouillaud. Lorsqu'à l'hypertrophie se joint la dilatation des cavités, le diamètre transversal l'emporte beaucoup sur la longueur : il offre alors, comme l'a fait observer Laënnec, la forme d'une *gibecière.*

La pointe du cœur, au lieu de battre dans le cinquième espace intercostal, se trouve dans le sixième, septième et quelquefois huitième, comme je l'ai rencontrée il y a quelque temps chez une jeune fille de douze ans, atteinte d'une hypertrophie considérable. Dans ces cas extrêmes, les poumons sont refoulés de chaque côté et la base du cœur remonte près de la clavicule. Quand l'hypertrophie porte exclusivement sur le ventricule droit, il descend plus bas que le gauche, et la pointe du cœur, qui appartient à ce dernier dans l'état normal, est formée alors par le ventricule droit. C'est principalement vers la base que l'hypertrophie est plus considérable, excepté lorsque la cavité est rétrécie où l'épaisseur est à peu près égale partout, ce qui donne à l'organe cette forme sphéroïde, *dodue*, dont nous avons déjà parlé.

C'est à l'hypertrophie des couches musculaires les plus intérieures qu'il faut attribuer la diminution de capacité qui constitue le caractère de l'hypertrophie concentrique. Cette explication paraîtra d'autant plus probable que cette forme s'observe principalement dans le ventricule droit, et seulement lorsqu'il y a communication entre les cavités droites et gauches, alors que la présence du sang artériel excite une sorte d'irritation nutritive presque exclusivement sur la couche musculaire interne; il n'est donc pas étonnant que celle-ci, participant seule au travail hypertrophique, diminue d'autant la cavité ventriculaire.

Dans l'hypertrophie pure, dégagée de toute altération dans la composition intime du tissu musculaire, celui-ci est d'un rouge plus vermeil qu'à l'état normal; il est en même temps plus ferme, plus résistant. Mais il ne faut pas confondre l'épaississement hypertrophique avec celui qui a lieu lorsque la substance est ramollie, comme on le trouve dans la cardite. L'hypertrophie est une augmentation pure et simple de nutrition sans altération dans ses qualités chimiques ni dans la composition intime des tissus hypertrophiés. Cependant, il peut arriver que le tissu musculaire du cœur, d'abord hypertrophié, subisse un ramollissement; il importe de bien distinguer ces deux états, dont la confusion pourrait entraîner dans de graves méprises au point de vue de l'anatomie pathologique.

Nous avons déjà dit qu'une hypertrophie dégagée de toute complication est assez rare. En effet, dans la grande majorité des cas, on observe avec elle les différentes lésions organiques consécutives aux inflammations des membranes séreuses du cœur. Je ne sais si l'on pourrait trouver quelques exemples de graves lésions du tissu sero-fibreux interne du cœur, sans une hypertrophie du tissu musculaire.

Enfin, dans les grandes hypertrophies excentriques, les cavités du cœur contiennent le plus souvent une quantité de sang caillé vraiment énorme dans quelques cas; elle peut aller jusqu'à 280 et 300 grammes.

Dr E. AUBURTIN,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Considérations sur les allumettes chimiques,

Par M. A. CHEVALLIER fils.

On sait généralement que la fabrication des allumettes chimiques prit naissance en France, seulement vers 1830, et qu'elle commença dans le faubourg Saint-Marceau, où de pauvres ouvriers, avec des instruments grossiers, en faisaient de petites quantités.

En 1833, Joseph Morellon constitua une compagnie qui en vulgarisa l'usage et améliora les modes de fabrication. Depuis lors, un grand nombre d'industriels s'en occupèrent et le prix s'en abaissa tellement, qu'elles devinrent accessibles à toutes les bourses. Par suite, les allumettes sont devenues un objet de telle nécessité, qu'un nombre considérable d'ouvriers de diverses professions trouvent, grâce à cette industrie, les moyens de vivre assez convenablement. D'après les statistiques, la vente de ce produit s'est élevée, en 1854, à 76,800,000 kilog.

Mais si ce produit de première nécessité présente des avantages, il offre aussi de graves inconvénients : les études faites sur cette industrie ont démontré que, dans les fabriques d'allumettes, il se produit une maladie terrible, désignée sous le nom

de *nécrose maxillaire*, et qui, après de longues et cruelles souffrances, cause la mort des ouvriers qui en sont atteints. Elle commence généralement par de violentes douleurs dentaires, puis survient une carie de l'os maxillaire et souvent, malgré la résection de l'os, une mort lente et douloureuse suit plus ou moins promptement l'apparition du mal. Cette maladie observée avec soin par MM. Roussel, Bricheteau, Boys de Loury, Chevallier père, Sédillot, Maisonneuve, est depuis quelques années l'objet d'une étude spéciale de la part du docteur Lailler dont les travaux nombreux ne sont malheureusement pas encore publiés.

Outre ces inconvénients, les allumettes chimiques offrent de grands dangers. Depuis qu'on se procure difficilement de l'arsenic, elles sont devenues un des poisons les plus fréquemment employés dans les campagnes. Ce poison est d'autant plus terrible qu'on ne lui connaît pas d'antidote assuré, et que la constatation de l'ingestion du phosphore est des plus difficiles.

Dans un travail que nous avons fait avec M. le docteur Caussé, d'Alby, nous avons consigné non-seulement les cas d'empoisonnements causés par les allumettes, mais encore ceux déterminés par le phosphore et les pâtes phosphorées.

On s'est vivement préoccupé depuis quelque temps des moyens de reconnaître le phosphore dans les cas d'empoisonnements, et de rendre ceux-ci plus difficiles.

M. Caussé avait proposé, dans un mémoire adressé à l'Académie de Médecine de Paris, l'association de l'émétique aux préparations contenant du phosphore, afin d'aider soit à la constatation du crime, soit à l'examen de la cause de la mort.

Ce travail amena le rapporteur de l'Académie à étudier l'action du phosphore rouge sur l'économie animale. Des expériences furent entreprises à l'école d'Alfort, par MM. Reynal et Lassaigne, sur la demande de M. Chevallier père. Les résultats démontrent l'avantage qui résulterait de la substitution du *phosphore rouge* au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes chimiques. En effet, des doses considérables de phosphore rouge, prises par des chiens, permirent de constater l'innocuité de ce phosphore.

Le phosphore rouge, signalé d'abord par Schrotter, fut étudié avec soin en 1850 par M. Bussy, et ce savant publia une note à ce sujet dans le *Journal de pharmacie*, note dans laquelle il a signalé son innocuité.

Mais avant 1854, on n'avait vu de phosphore rouge que dans les laboratoires, lorsqu'à cette époque M. Chevallier apprit, en s'occupant de son rapport sur le mémoire de M. Caussé, que MM. Coignet frères fabriquaient le phosphore rouge en grand et économiquement; il leur en demanda et dès lors fit faire à Alfort les expériences dont nous avons parlé plus haut. Certain de l'innocuité de ce produit, il le fit employer à la préparation des allumettes et signala à l'Académie tout l'avantage que l'on pouvait tirer, sous le rapport de la sécurité publique, de la substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire.

En effet, cette substitution pouvait faire cesser le danger d'empoisonnement, tout en permettant d'obtenir un produit industriel remplissant les conditions voulues au point de vue des usages auxquels il est destiné. De plus, il n'avait pas d'action sur la santé des ouvriers.

Cette substitution fut faite avec intelligence par M. Camaille, et sur la présentation faite au conseil d'hygiène et de salubrité d'allumettes au phosphore rouge, ce conseil approuva ce mode de fabrication.

La seule crainte manifestée relativement à l'élévation du prix des allumettes fit renvoyer l'examen de *cette grave question* à la commission supérieure d'hygiène.

Le but *et le résultat* de la solution de cette question seraient, selon nous, de retirer des mains de tous un poison qu'on peut si facilement se procurer dans l'état actuel des choses, et *dont il est presque impossible* de combattre victorieusement les effets.

Une mesure non moins utile à prendre pour éviter de nombreux cas d'incendie consisterait, selon nous, dans l'obligation imposée aux débitants :

1° De vendre les allumettes dans des boîtes fermées, de telle façon qu'elles ne pussent être ouvertes par les enfants;

2° De construire ces boîtes de telle sorte que, lorsqu'elles seraient renversées, elles ne pussent donner lieu à ces incendies. C'est à des ouvriers ingénieux à inventer des boîtes réunissant ces conditions et à les faire apprécier des fabricants.

Nous avons fait déjà tous nos efforts pour faire exécuter de ces boîtes, mais, jusqu'à présent, nous ne sommes pas arrivés à un résultat complétement satisfaisant. Leur nécessité est démontrée par des faits nombreux qu'il serait inutile d'énumérer ici. Qu'il nous suffise de dire que nous avons réuni depuis quelque temps (et notre statistique est loin d'être complète) 53 exemples d'incendies, grands ou petits, produits, de 1841 à 1845, par les allumettes chimiques : 36 à Paris, et 17 dans la banlieue ou en province.

Enclavement de la tête du fœtus. — Application du forceps.

Par le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

L'enclavement de la tête du fœtus, survenant pendant un accouchement, est, sans contredit, l'accident qui peut amener les conséquences les plus fâcheuses. La tête qui est toujours dans ce cas enclavée au détroit supérieur, immobile alors, et dans l'impossibilité de rouler sur son axe, ne peut plus descendre par les efforts naturels, étroitement fixée entre le pubis et le sacrum. L'art doit intervenir nécessairement, sous peine de voir apparaître, du côté de l'enfant surtout, les accidents les plus graves. Cependant l'application du forceps ne doit être faite que dans le cas où l'enfant est présumé vivant; et quoique cette application présente toujours, dans ces circonstances quelque danger, la gravité de l'enclavement est en rapport avec l'état du fœtus et le cas qui se présente.

Le plus heureux est celui dans lequel, l'enfant étant reconnu vivant, la tête est enclavée suivant sa longueur. Il est alors possible d'appliquer le forceps, et de terminer l'accouchement d'une manière heureuse.

Si le fœtus avait cessé de vivre, on percerait d'abord le crâne, et on ferait l'extraction du produit avec le crochet.

Quand la tête s'est enclavée suivant son épaisseur, on la refoule d'abord au-dessus du détroit supérieur, et on applique ensuite les branches du forceps sur les parties latérales de la tête.

Mais le cas le plus grave, celui qui compromet toujours la vie du fœtus, quelquefois celle de la mère, est celui dans lequel le tronc se présente le premier. Il ne faut pas songer à l'application du forceps qui est de toute impossibilité, mais bien à une opération qui glace d'effroi les familles, et qui cependant est la seule présentant quelque chance de salut pour la mère. Cette opération est la détroncation. Le fœtus étant mort, en effet, et se présentant par le tronc, tandis que la tête est enclavée, l'accoucheur sépare de la tête le corps qu'il amène au dehors.

C'est là cette grave opération, la seule plausible, la seule acceptée de nos jours par presque tous les accoucheurs. Mais pour qu'elle prît rang dans la science, d'une manière définitive, il n'a fallu rien moins que l'autorité du célèbre professeur de l'hôpital des Cliniques.

L'observation suivante, remarquable à plus d'un titre, ne se rapporte pas à un cas de ce dernier genre. Elle a trait à l'enclavement de la tête suivant sa longueur, et dans lequel l'application du forceps, en conservant la mère, a permis d'amener un enfant vivant.

Larrous (Marie), âgée de trente-cinq ans, née à Cazères (Landes), est mariée depuis un an. Cette femme, d'une constitution robuste, livrée aux travaux des champs, d'une taille moyenne, bien conformée d'ailleurs, est enceinte pour la première fois et arrivée au terme de sa grossesse.

Le lundi 12 mars, vers quatre heures du soir, elle éprouve quelques douleurs lombaires, intermittentes, qui se prolongent jusqu'à dix heures. La nuit fut calme, ainsi que la journée du mardi. Mais, le mercredi 14, vers cinq heures du soir, les douleurs se font de nouveau sentir pour disparaître dans la nuit. Cette rémission permet à Marie Larrous de reposer quelque temps. Cependant elle est réveillée, le jeudi matin 15, par ces mêmes douleurs intermittentes qui, cette fois, présentent une durée et une fréquence plus grandes. Elles l'obligent à se lever, le décubitus dorsal étant devenu impossible. Elle ne put se remettre au lit, obligée qu'elle était de promener pour chercher un soulagement à ses souffrances. Les douleurs continuent à se faire sentir durant les deux journées du vendredi et du samedi.

Ces douleurs, franchement intermittentes, ayant leur point de départ aux reins, s'irradient dans tout l'abdomen. Enfin, le dimanche matin, 18 mars, ces douleurs, considérées jusqu'alors comme préparatoires par le médecin ordinaire de la malade, deviennent beaucoup plus fortes, au point de faire croire que l'accouchement va se faire. Elles se calment toutefois, et malgré elles, la tête reste immobile, le travail ne marche pas. C'est alors que je suis appelé, et que je vois la malade pour la première fois.

Voici l'état dans lequel je trouvai cette femme :

Les douleurs, qui étaient fortes, étaient assez rapprochées ; il lui était impossible de rester longtemps à la même place.

Par le toucher vaginal, je constatai une immobilité complète de la tête, qui était placée au détroit supérieur. Tout déplacement était impossible. Mon doigt constatait parfaitement un certain degré de tuméfaction du cuir chevelu, et le bourrelet qu'en pareil cas forme le col utérin. En outre, il y avait engorgement de la vulve et du vagin.

D'après l'aveu de mon collègue, la tête n'avait pas avancé depuis vingt-quatre heures.

A tous ces symptômes, je reconnus un enclavement de la tête, suivant sa longueur. C'était le cas de terminer promptement l'accouchement. Toutefois, pouvant espérer que des contractions énergiques de l'utérus apporteraient quelque modification à l'état des choses, je résolus, d'accord avec mon confrère, d'administrer le seigle ergoté, étant dans l'intention d'appliquer immédiatement après le forceps, si l'ergot de seigle n'amenait aucun changement dans le travail.

Un gramme d'ergot de seigle en poudre fut divisé en quatre paquets, et administré de quart d'heure en quart d'heure. Il est vrai que sous son influence les contractions furent plus soutenues et plus énergiques ; mais la tête restant immobile, l'application du forceps fut jugée nécessaire pour terminer le travail.

Placée sur une table recouverte d'un matelas, Marie Larrous fut maintenue, par des aides, dans une position convenable.

L'introduction des branches du forceps présenta beaucoup de difficulté. Cependant, étant parvenu à placer les branches de l'instrument sur les parties latérales de la tête, je cherchai à la désenclaver par des mouvements de latéralité de droite et de gauche. Je fis descendre dans l'excavation du bassin la tête devenue libre, qui, dirigée sous l'arcade du pubis, fut amenée au dehors. Alors, remarquant qu'une anse du cordon ombilical entourait le cou de l'enfant, j'en fis la section, le corps se trouvant encore dans le bassin. Enfin, je terminai l'accouchement sans difficulté, en saisissant l'enfant sous l'aisselle, à l'aide de l'index fléchi.

Cet enfant, du sexe masculin, était très-développé. Sa tête, ayant la forme d'un coin, présentait sur le front une plaie de peu d'importance, produite par l'une des branches du forceps. Aujourd'hui cette plaie est cicatrisée, et l'enfant se porte à merveille.

Cette opération fut longue et douloureuse. Comme celle de la version, elle exige de la part de l'accoucheur une grande fatigue. Un des temps les plus difficiles consista dans le rapprochement, l'articulation des branches du forceps.

J'amenai sans difficulté le placenta, cinq minutes environ après ce laborieux accouchement. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Toutefois, craignant une hémorrhagie consécutive, j'administrai comme hémostatique préventif, 30 centigrammes de seigle ergoté.

Cette observation donne lieu à plusieurs réflexions relatives à l'enclavement, et à des considérations pratiques de la plus haute importance, car il ne s'agit rien moins que de la conservation de deux êtres.

La persistance des douleurs utérines depuis le lundi 12, jusqu'au dimanche matin 18, le mardi excepté, constitue un fait déjà assez remarquable, la mère ayant conservé toute son énergie, malgré les douleurs, la diète et l'insomnie.

L'enclavement a sans doute présenté son caractère essentiel, pathognomonique, l'immobilité de la tête ; cependant, il ne faut pas négliger certains phénomènes accessoires, qui, réunis comme dans ce cas, ont une grande importance, tels que le gonflement du cuir chevelu et le bourrelet que forme le col au-dessous de la tête.

Si à l'aide du seigle ergoté administré méthodiquement, il nous eût été possible de terminer l'accouchement en rendant plus rapprochées et plus fortes les contractions utérines, nous nous mettions en garde contre une application du forceps, toujours grave en pareil cas. Cependant, il n'en a rien été ; le forceps a été nécessaire.

Nous avons employé, sans hésiter, de quart d'heure en quart d'heure, l'ergot de seigle, malgré le danger qu'il pouvait faire courir à l'enfant, et les accidents qui peuvent résulter de son administration, accidents dont nous avons parlé dans le numéro 7, du mardi 16 janvier 1855, du *Moniteur des hôpitaux*. En cas d'insuccès du seigle ergoté, nous devions et nous avons immédiatement fait l'application du forceps.

En résumé, l'enclavement de la tête du fœtus est une complication très-grave de tout accouchement. Le meilleur accoucheur est, dit-on, celui qui sait le mieux attendre. Ce précepte obstétrical ne peut pas s'appliquer à l'enclavement; car, il est des cas, et c'est le plus grand nombre, où il faut agir immédiatement, et dans lesquels une trop longue expectation serait aussi funeste à la mère qu'à l'enfant.

CORRESPONDANCE.

A M. H. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

Monsieur,

Vous savez, mieux que personne, combien est ingrat le métier de critique, et combien il est difficile de ne pas se heurter à cette chose si vétilleuse de sa nature, qu'on appelle l'amour-propre d'auteur. Pour mon compte, depuis tantôt quatre ans que je le pratique, j'ai eu lieu de m'en apercevoir bien souvent, quelques précautions que j'aie pu prendre pour l'éviter.

Je n'ai donc point été surpris d'apprendre, en lisant votre numéro de ce jour, que l'article que vous avez inséré relativement à la *notice* de M. Texier sur le tétanos, n'a pu satisfaire cet honorable médecin. Il vous a adressé une longue lettre pour réfuter ce qu'il appelle mon *réquisitoire*. Je n'ai aucunement l'intention de prolonger ce débat qui, avec les pièces que vos lecteurs ont sous les yeux, me paraît suffisamment éclairci. C'est à eux de juger si M. Texier a non-seulement *réfuté* mes arguments, mais encore démontré qu'il avait, pour écrire son travail, consulté *complétement* nos annales.

Il est aisé de voir, et aucun de vos lecteurs ne s'y sera trompé, que M. Texier a écrit sous l'impression d'un sentiment qui n'est pas précisément le calme, et qu'il a eu l'intention de me porter, dans leur esprit, un grand coup par la longue citation qu'il a faite d'un article emprunté à mon affectionné maître, M. H. Bouley. Eh bien! je ne viens vous prier d'insérer cette lettre que pour apprendre à M. Texier que si M. H. Bouley en était encore à regretter d'avoir publié cet article, il suffirait bien sûr de l'usage qui vient d'en être fait pour l'y déterminer. Pour ce qui est de l'application de la méthode anesthésique au traitement du tétanos, après ce que j'en ai dit dans l'article auquel répond M. Texier, vos lecteurs jugeront de l'opportunité de la citation.

Vous avez, monsieur le rédacteur, quelques raisons de savoir si cette même citation est bien l'expression *actuelle* des idées des rédacteurs du *Recueil* sur mon compte. Et ceux qui ont suivi depuis quatre ans la critique que je fais de ce journal, ne seraient à coup sûr point étonnés que j'aie pu me *piquer* et en être aujourd'hui le collaborateur, si j'en avais eu la pensée. Mais il paraît que bien involontairement j'ai eu le malheur de froisser l'amour-propre de M. Texier, que je n'ai pas l'honneur de connaître. Il est bien difficile d'être tout à fait juste quand on écrit sous une pareille impression ; c'est ce qui explique pourquoi cet honorable médecin s'est vu attaqué dans sa bonne foi que, certainement, je n'ai jamais voulu mettre en doute. J'ai eu pour but d'établir que M. Texier avait été induit en erreur par des renseignements incomplets et mal choisis. Je ne vois pas qu'il ait réussi à prouver le contraire. Agréez, etc.

A. SANSON.

Haguenau, le 22 avril 1855.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 54. 3e ANNÉE. Samedi 5 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

RAPPORT A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE LU PAR M. H. DE CASTELNAU, SUR LA CANDIDATURE ET LES TITRES SCIENTIFIQUES

De M. PIERQUIN, de Gembloux,

(Suite. — Voir les numéros des 19 et 21 avril.)

La vieille question de l'intelligence des animaux se présente toujours jeune d'attraits et d'intérêt aux méditations des philosophes; il n'est donc pas étonnant qu'elle ait séduit M. Pierquin. Partisan de l'opinion qui accorde à juste titre une véritable intelligence aux animaux, M. Pierquin a pensé que l'existence chez eux de l'aliénation mentale constituerait une nouvelle et puissante preuve en faveur de cette opinion ; il a donc cherché cette folie; il l'a trouvée et tellement étudiée sous toutes ses faces, qu'il a consacré sous le nom de *Traité de la folie des animaux*, deux volumes à décrire et à traiter les questions qu'il suppose devoir s'y rattacher. C'était beaucoup, Messieurs, pour exposer une découverte, une preuve nouvelle, c'était trop. M. Pierquin n'a donné à son ouvrage de telles dimensions qu'en y entassant des faits, des narrations tellement bizarres, empruntés à ses sources tellement diverses, tellement hétérogènes, tellement étranges, qu'on est obligé de se demander à chaque instant si l'auteur a eu une intention sérieuse, ou si son livre n'a d'autre but que de procurer au lecteur des distractions d'un genre inusité. On finit cependant par s'en convaincre, l'intention a été sérieuse et même bonne; l'auteur a cru sincèrement imprimer un progrès à la science. Il ne nous faut rien moins que cette intime conviction pour oser vous parler plus longtemps de son quatrième et singulier ouvrage.

Je serai bref toutefois ; il me suffira de vous en citer un petit nombre de fragments pour vous donner une idée parfaitement juste de son ensemble.

Le premier volume est composé de trois parties. L'auteur y traite de l'intelligence des animaux au point de vue *historique, critique, descriptif;* il indique ce qu'il croit en être les *moyens diagnostics.* Il expose, ou croit exposer du moins, l'histoire des *théories anciennes sur la folie comparée*, et il étudie l'étiologie de cette affection envisagée dans l'échelle générale des êtres. Passant ensuite à la folie spéciale des animaux, il en décrit les symptômes généraux dont il trouve l'origine dans les *passions physiques et morales* des brutes; il traite à ce propos de leur *libre arbitre*, et cite des faits assez peu concluants pour prouver l'influence de l'imagination des mères sur leurs petits. Enfin, l'auteur arrive à la description de chaque espèce de folie, et il traite successivement, dans la troisième partie du t. Ier et dans la première partie du t. II, de la mélancolie érotique, de la philopœmanie, de l'œstromanie, de la monomanie nostalgique, de la démonomanie (qu'il repousse) et de la monomanie ambitieuse (qu'il admet), ainsi que de la monomanie du vol, de la tigridomanie, la monomanie infanticide, de la monomanie suicide, la nécrophobie enfin de la manie.

Pour vous donner une idée de la valeur des observations à l'aide desquelles l'auteur croit pouvoir établir toutes ces espèces de folies, j'en prendrai une au hasard : je tombe sur la *tigridomanie* ou *monomanie meurtrière*.

« Les centuriateurs de Magdebourg, dit l'auteur, racontent que Hatton, surnommé *Bonosus*, archevêque de Mayence, ayant fait assembler

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40, 42, 43, 45, 49, 50 et 52.)

Il s'était passé pour la trompe et l'ovaire ce qui arrive pour le testicule quand il n'est pas descendu dans le scrotum : l'épididyme s'engage d'abord, le testicule le suit ou reste dans l'abdomen.

Ici, la trompe seule était herniée, le sac ne communiquait qu'accidentellement avec la cavité péritonéale.

On sait que les kystes du pavillon de la trompe et même de son canal ne sont pas rares, qu'ils ont été surtout bien étudiés par M. Ad. Richard. Ces kystes sont remarquables par leur teinte bleuâtre et par le liquide toujours séreux qu'ils renferment, contrairement à ce que l'on observe pour les kystes de l'ovaire.

Nous avons vu plusieurs cas de ce genre dans le courant de cette année; l'un, entre autres, rapporté à propos des kystes de l'ovaire. Sur une même pièce, de M. Boscredon, on trouvait des kystes de l'ovaire multiloculaires, renfermant un liquide épais, visqueux, et deux kystes des pavillons des trompes situés au-dessous des précédents et avec les caractères que j'ai notés plus haut.

Ovaires. — Les maladies de l'ovaire sont plus fréquentes que les maladies de la trompe, aussi avons-nous plus de pièces concernant cet organe et surtout beaucoup de kystes.

M. Lorain nous a montré des kystes multiples avec quelques tumeurs fibreuses qui avaient envahi les deux ovaires. Le liquide que contenait le kyste était brun chocolat, un peu filant et renfermant beaucoup de cholestérine.

Sur une autre pièce que nous a fait voir M. Bailly, le liquide était filant comme une solution épaisse de gomme, et ne s'était écoulé qu'en petite quantité par une ponction que l'on avait pratiquée. C'est du reste un fait qui se présente assez fréquemment dans la pratique et et dont il faut être prévenu. Deux mois après la ponction il se fit dans les parois du kyste une perforation spontanée. La malade mourut d'une péritonite suraiguë.

Puis un vaste kyste multiloculaire présenté par M. Boscredon et qui était remarquable, et parce que le liquide de ces kystes était filant comme dans le cas précédent, et parce que les parois étaient très-vasculaires, et aussi parce que en même temps on trouvait deux kystes des trompes dont la couleur bleuâtre tranchait sur celle des kystes de l'ovaire.

Cette pièce provenait du service de M. Piédagnel, et, au dire de la malade elle n'aurait daté que de quatre mois.

M. Boullard, sur une petite fille à terme, nous a montré des kystes multiples des ovaires ressemblant à ce que l'on voit souvent chez les vieilles femmes.

quantité de pauvres dans une grange, pendant une cruelle famine, y fit mettre le feu pour les faire périr, disant que c'était une engeance inutile et qui n'était bonne qu'à partager les vivres qui ne pouvaient suffire à ceux qui travaillaient. Les rats ayant entrepris la vengeance de cet acte d'une aveugle barbarie, assaillirent l'archevêque de tous côtés, et quoiqu'il se fut retiré dans une tour au milieu du Rhin, nommée Tour des Rats et dont les ruines existent encore, ces animaux furieux traversèrent le fleuve à la nage, entrèrent dans la tour, dévorèrent l'archevêque et tous ses domestiques. »

Ces rats, que l'on pourrait considérer comme de sages et courageux vengeurs de la morale et de l'humanité, M. Pierquin les tient pour atteints de monomanie homicide.

C'est par des raisons analogues qu'il se croit en droit d'affirmer que l'hydrophobie est également une *monomanie meurtrière*, et de traiter fort sévèrement les médecins et les vétérinaires qui s'imaginent encore que c'est une affection virulente contagieuse, et les autorités *qui ont la manie de faire abattre les animaux prétendus enragés sans même faire constater juridiquement si la maladie dont on les accuse n'est pas plutôt une aliénation mentale.*

Le tome II renferme trois autres parties dans lesquelles l'auteur traite de l'idiotie des bêtes, de la folie légale comparée et des folies artificielles, c'est-à-dire des phénomènes que l'on peut déterminer par l'administration des médicaments agissant spécialement sur le système nerveux. Toutes ces parties étant conçues dans le même esprit que celles qui les précèdent, je crois inutile d'y insister. Il me semble juste, seulement, d'ajouter que dans les unes et les autres, l'auteur donne des preuves nombreuses d'une vaste érudition, et que, soit à cause de ce mérite réel, soit pour d'autres motifs plus difficiles à justifier, les hommes le plus haut placés dans la science, Matter, Esquirol, Orfila, Quetelet, l'immortel Cuvier lui-même, etc., ont donné à l'auteur les témoignages écrits les plus flatteurs touchant le mérite de son œuvre. Ces témoignages ne devaient pas être passés sous silence par votre rapporteur, et ils lui paraissent même dignes d'être sérieusement médités par la société; elle les prendra sans doute en considération lorsqu'elle aura à juger à son tour les travaux qui font l'objet de ce rapport.

M. Pierquin, frappé d'admiration pour la grande œuvre de l'Encyclopédie, avait formé le projet de faire pour la folie ce que les hommes les plus éminents du XVIIIe siècle avaient fait pour les sciences en général. Dans une introduction au *Traité de la folie des animaux*, il a exposé son plan d'*Encyclopédie de la folie*, et l'ouvrage dont je viens de citer quelques fragments était un des principaux corps du vaste édifice que l'auteur se propose d'élever. Les deux Mémoires que nous allons maintenant examiner, en étaient des parties détachées.

Le premier, qui est le cinquième travail dont j'ai à vous rendre compte, est intitulé : *Morœgraphie du sommeil.*

Dans cet ouvrage, l'auteur a voulu établir que tous les rêves étaient dus à une véritable aliénation mentale, et que cette aliénation présente toutes les formes qu'elle revêt dans l'état de veille, c'est-à-dire la manie et toutes les formes de monomanie; qu'enfin, ceux qui sont souvent atteints de folie pendant le sommeil, sont beaucoup plus disposés que les autres à tomber dans l'aliénation mentale diurne, c'est-à-dire dans la folie permanente. L'auteur n'a oublié qu'une chose : c'est de fournir des preuves ou tout au moins quelques présomptions sérieuses en faveur de toutes ces graves assertions.

Le second Mémoire encyclopédique ou le sixième dans l'ordre de notre analyse, a pour titre : de l'*Arihtmétique politique de la folie.*

Porter autant que possible dans l'étude des sciences d'observation l'admirable précision des sciences exactes, c'est le but que doivent se proposer tous les amis du progrès; c'est un but du moins que pour mon compte je ne saurais trop approuver, et vers lequel se dirige toute mon ambition. Mais lorsqu'on veut travailler utilement à un but pareil, il est indispensable de ne jamais perdre de vue que si l'arithmétique ne se trompe pas, c'est à la condition que les termes des problèmes qu'on lui donne à résoudre seront rigoureusement exacts et logiquement posés. Les mathématiques, loin d'exclure la logique comme semblent disposés à le croire quelques esprits irréfléchis, ne sont que la logique par excellence, et, si l'on peut ainsi dire, de l'essence de logique. M. Pierquin ne paraît pas s'être suffisamment pénétré de cette vérité quand il a écrit ce qu'il appelle, un peu ambitieusement: l'*Arithmétique politique de la folie.* Son idée principale est d'établir dans ce travail que la folie est le résultat de l'ignorance, et qu'elle diminuera à mesure que l'instruction répandra ses lumières et élèvera le niveau de l'intelligence publique. Les deux éléments nécessaires à la solution d'une pareille question étaient, d'une part, une statistique exacte de la folie, d'autre part la statistique non moins exacte de l'instruction publique dans un pays donné. Le premier tort de M. Pierquin a été de méconnaître que ces deux éléments n'existaient pas, quand il a écrit son travail, à un degré suffisant de certitude; son second tort a été d'en tirer une conclusion contraire à celle qui en découlait naturellement, en les acceptant tels qu'ils étaient. Depuis vingt-cinq ans, la science a marché; les statistiques ont acquis plus de précision, partant, plus de valeur, et quand Pierquin voudra bien lire avec toute l'attention qu'il mérite, le beau travail de notre très-distingué collègue, M. Parchappe, il pourra se convaincre du danger qu'il y a à devancer par des prévisions théoriques et des inductions hasardeuses, l'enseignement positif des faits.

Vous savez, Messieurs, quelle place, de 1840 à 1847, occupèrent, dans l'esprit des publicistes et même dans l'esprit public, les questions pénitentiaires. M. Pierquin ne resta pas étranger aux préoccupations générales et il consigna, dans un écrit intitulé *Réflexions médico-politiques sur le système pénitentiaire,* les résultats de ses méditations sur la grave question qui en était l'objet. Je dois l'avouer à regret, la lecture de ce travail m'a laissé une impression fâcheuse. Non-seulement l'auteur y traite son sujet avec la plus regrettable légèreté, mais encore il se montre pour tous ceux qui s'en sont occupés d'une sévérité d'autant plus exagérée, qu'elle est parfaitement injuste.

Suivant lui, les publicistes ou les administrateurs qui veulent donner aux détenus le vêtement et la nourriture indispensables à la conser-

---

Sur un autre enfant, le même présentateur nous a fait voir deux ovaires volumineux jaunâtres, étalés comme une feuille de fougère.

Je mentionnerai aussi ces kystes pileux connus et bien décrits, à coque plus ou moins épaisse, contenant de la matière cérumineuse ressemblant à du beurre un peu rance, et, au milieu de cette pulpe, des poils, les uns adhérents au kyste, les autres roulés en boule plus ou moins épaisse, et je vous rappellerai les pièces de MM. Trélat, Perret et Decès.

Ensuite des faits qui viennent confirmer les idées de M. Coste sur la formation des corps jaunes. On voyait les corps jaunes exister indépendamment d'un caillot sanguin qui était renfermé dans la cavité de la vésicule de de Graaf. L'une d'elle nous a été montrée par M. Duchaussoy, l'autre par M. Barnier.

Enfin j'appelle votre attention sur une pièce de M. Liégeois. Les deux ovaires étaient le siége de deux tumeurs volumineuses formées par un tissu ressemblant à de la matière encéphaloïde, mais la pression ne faisait pas suinter de suc, et le microscope a trouvé qu'elles étaient formées de tissu fibro-plastique.

Tumeurs du sein.

De toutes les affections chirurgicales que l'on observe dans les hôpitaux, il n'en est pas relativement de plus fréquentes que les tumeurs du sein. Les unes inflammatoires (les abcès sous-cutanés. parenchymateux, sous-mammaires, etc.), les autres à marche lente. Les unes fluctuantes, les autres dures ou complexes. Ici des tumeurs bénignes, là des tumeurs malignes : pour adopter la division de M. Velpeau, si commode et si utile pour l'étude et le diagnostic de ces maladies. Si les tumeurs de cet organe sont les plus communes, elles sont aussi les mieux connues, surtout depuis les travaux de M. Velpeau, qui est arrivé à une si grande perfection de diagnostic.

Vous ne trouverez dans nos présentations rien qui soit relatif aux tumeurs inflammatoires, aux abcès, etc. Toutes les pièces qui passent sous nos yeux proviennent ou d'autopsies, ou d'opérations qui ont été pratiquées.

Pour les tumeurs cancéreuses, nous avons eu un squirrhe atrophique de M. Godart, qui offrait ceci de remarquable, qu'il était formé de deux plaques, séparées par du tissu adipeux; une tumeur colloïde que M. Robert a opérée, et que M. Guyot a apportée à la Société. M. Dufour a trouvé dans cette tumeur les éléments caractéristiques du cancer.

Pour les tumeurs bénignes, j'ai plusieurs présentations à vous rappeler. Il serait superflu, Messieurs, d'analyser ici le Mémoire de M. Lebert, le livre de M. Velpeau; de vous rappeler la distinction des hypertrophies suivant qu'elles affectent l'élément fibreux, l'élément graisseux, l'élément glandulaire, ou suivant qu'elles portent sur tous les éléments en même temps. Qu'il me suffise de vous signaler deux faits d'hypertrophie générale, que nous devons, l'un à M. Chassaignac, l'autre à M. Marcé.

Pour les hypertrophies partielles, j'ai besoin d'entrer dans quelques détails. M. Velpeau, comme chacun sait, sans nier les hypertrophies mammaires, admet une espèce particulière de tumeurs qu'il appelle

vation de la santé sont des partisans de la *jobberie*, nom que l'auteur donne, d'après Shéridan, dit-il, à un crime qui consiste à récompenser les méchants et à punir les bons; il accuse ceux qui veulent que l'on construise des prisons plus saines et en même temps plus appropriées aux nécessités d'une discipline sévère, de demander *des palais, des Louvres du crime;* il censure, dans les termes les plus violents, le Ministre qui, le premier, s'efforça d'introduire sérieusement de l'ordre et de la décence dans les prisons; enfin, il rend l'administration elle-même responsable du crime de jobberie, parce qu'elle assure le pain aux criminels, alors que beaucoup de malheureux honnêtes en manquent.

Après avoir formulé et justifié à sa manière toutes ces accusations, l'auteur propose son système, lequel consiste à ne donner aux criminels que ce qu'ils gagneront par leur travail ou ce qui leur viendra de la charité publique, et à laisser mourir de faim ceux que ces deux sources ne pourraient alimenter. Ce système, dit l'auteur, produit d'excellents résultats en Portugal.

Je ne sais pas ce qui se passe en Portugal; mais je n'hésite pas à croire qu'un pareil système n'a pas même besoin d'être contredit. Je passe donc à un autre sujet.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de Billom. — M. Collin.

Observation de tubercules de l'encéphale.

Les observations de tubercules l'encéphale ne sont pas précisément rares. Elles ne me paraissent pas toutefois assez nombreuses et assez détaillées pour qu'il soit possible d'écrire avec elles l'histoire de cette grave affection. J'ai donc pensé que l'observation qu'on va lire ne serait pas sans utilité pour ceux qui tenteront un jour d'écrire cette histoire, ou pour les praticiens qui rencontreront des cas analogues à celui que j'ai eu à traiter.

Rufflaire, Charles, du département du Nord, engagé volontaire, vingt-quatre ans, lymphatico-sanguin, constitution robuste, entre, le 5 août 1854, à l'hôpital de Billom.

Il nous dit que sa santé a toujours été bonne, mais que depuis quelques jours, il souffre d'un violent mal de tête accompagné de fréquentes envies de vomir. La peau est chaude, le pouls plein et fréquent, la langue enduite d'une couche épaisse de saburre.

Nous mettons à l'observation : Embarras gastrique, et nous prescrivons : 1 gramme d'ipéca et 5 centigrammes de tartre stibié.

Le 6. Amélioration, la céphalalgie a de beaucoup diminué, et jusqu'au 10 nous espérons un rétablissement prochain.

Le 10. Augmentation de la céphalalgie, qui est loin cependant d'avoir la même intensité qu'au début; pédiluves sinapisés.

Le 11. Le facies est rouge, le pouls plein et très-résistant, la douleur de tête violente; saignée de 350 grammes.

Le 12. Le malade se trouve bien et mange le quart de portion.

Cet état continue jusqu'au 21, jour où le mal de tête reparaît, la langue est redevenue saburrale; nous prescrivons une bouteille d'eau de sedlitz.

Le 22. La douleur de tête est supportable.

Le 23. Le malade nous dit que la journée de la veille a été bonne, mais que vers les cinq heures du soir, le mal de tête a été plus violent.

Le 24. Même état, augmentation de la céphalalgie à cinq heures du soir; 0,6 de sulfate de quinine.

Ce traitement paraît d'abord avoir du succès, mais bientôt la céphalalgie, dont les paroxysmes intermittents ont cédé à l'administration des anti-périodiques, devient continue et se fixe au côté droit de la tête.

Je cédai, le 28 août, le service médical des salles militaires que je faisais comme aide-major, au médecin de l'hôpital, M. Chambige, qui administra le sulfate de quinine, l'opium, les laxatifs, et le tout sans résultat.

J'eus cependant occasion de voir quelquefois ce malade, et dans une des visites que je lui fis, j'exprimai à mon confrère l'idée que j'avais d'une production accidentelle de l'encéphale.

Rien, il est vrai, dans les symptômes, ne pouvait confirmer ce diagnostic, mais j'avais présent à la mémoire le cas d'un militaire observé au Gros-Caillou il y a quelques années, chez lequel la céphalalgie fut longtemps le seul symptôme notable, et dans le cerveau duquel nous trouvâmes trois tubercules enkysté, dont le plus volumineux égalait la grosseur d'un œuf de pigeon.

Nommé médecin à l'hôpital, et spécialement chargé des salles militaires, je reprends le service le 12 octobre, et retrouve le malade dans un état bien plus grave. L'amaigrissement est considérable, le facies est rouge, le pouls plein et intermittent; soubresauts des tendons; assoupissement continuel dont on ne peut le tirer qu'avec peine; la pupille de l'œil gauche est légèrement dilatée. Il y a eu dans la nuit des vomissements de matières bilieuses. Interrogé, le malade dit ne pas souffrir, et tout ce qui l'inquiète, c'est de ne pas voir de l'œil gauche. Ses camarades me disent qu'il a voulu se lever il y a quelques jours, mais que, chaque fois qu'il a essayé de marcher, il s'est laissé tomber en arrière après avoir fait quelques pas dans cette direction.

En présence de ces symptômes, je ne doutai plus, je fus convaincu que j'avais affaire à une production accidentelle de l'encéphale située dans le lobe droit, et que, très-probablement le cervelet n'en était pas exempt.

De quelle nature était cette tumeur? là était la question. Etait-ce des tubercules? une tumeur cancéreuse, fibrineuse, cartilagineuse? des hydatides?

Le manque d'accidents épileptiformes, cités par les auteurs comme symptôme fréquent de cette dernière affection, m'en fit rejeter la pensée.

La paralysie bornée au nerf optique, l'intelligence qui s'était conservée, l'âge, le teint du malade me firent pencher pour des tubercules

---

adénoïdes. Ces tumeurs, pour lui, naissent de toutes pièces au sein de la glande mammaire; mais elles en sont indépendantes et ne sont retenues par aucune adhérence. Elles s'énucléent, elles s'enlèvent, sans qu'il soit besoin de les détacher du tissu mammaire; ou bien elles sont libres, dans le tissu-cellulaire sous-cutané, libres sous la peau, ou bien encore enchâssées dans la glande, mais, en tous cas, indépendantes. M. Velpeau appuie ses idées sur la consistance, la couleur, la forme lobulée de ces tumeurs, et surtout sur ce qu'elles n'ont pas de pédicule apparent.

Pour les micrographes et la plupart des chirurgiens, ces tumeurs sont aussi des hypertrophies partielles de la mamelle. Si le pédicule manque, c'est que l'hypertrophie a porté spécialement sur les culs-de-sac glandulaires, c'est que les canalicules se sont atrophiés, etc.

M. Velpeau, d'accord avec les micrographes, reconnaît que la structure de ces tumeurs est bien comme l'ont décrite les micrographes : MM. Lebert, Broca, Verneuil, Follin, Robin, et d'autres encore, pour ne parler que des micrographes français; et pour concilier cette idée avec sa théorie, il admet que les tumeurs de formation nouvelle, au sein d'un organe, revêtent la structure de l'organe au milieu duquel elles ont pris naissance : ainsi pour le sein, ainsi pour le prostate, ainsi pour les corps fibreux de l'utérus, etc.

Nous avons vu deux pièces, deux tumeurs, qui avaient les caractères physiques de celles que M. Velpeau appelle adénoïdes, l'une présentée par M. Verneuil, l'autre par M. Broca, et sur ces pièces on voyait très-nettement le pédicule qui les unissait au reste de la glande, et l'on pouvait parfaitement retrouver dans ces pédicules des canaux galactophores. Ils étaient hypertrophiés en même temps que les culs-de-sac glandulaires.

Quant à la théorie de M. Paget, elle est tout à fait inadmissible, et je vous la signale en quelques mots : Pour ce chirurgien, il se forme d'abord un kyste, puis dans un point de la paroi interne de ce kyste, naît une tumeur qui se développe, grossit, et remplit bientôt le kyste. Aussi ces tumeurs sont-elles enkystées, et retrouve-t-on, quand on dissèque et qu'on renverse le kyste, un point où elles sont adhérentes à sa paroi. Je ne m'arrêterai pas plus longtemps, Messieurs, à cette théorie, j'ai déjà assez insisté sur les hypertrophies mammaires.

Organes génito-urinaires (hommes).

Une anomalie nous a été présentée par M. Guyot. Sur un cadavre apporté à Clamart, il a trouvé la vessie bien développée, une verge rudimentaire, pas de testicule, mais des canaux déférents, portant des vésicules séminales et se terminant en cul-de sac. C'est le seul vice de conformation que j'aie à enregistrer.

Gland, urètre, vessie. — M. Caron nous a montré une corne de 15-18^{mm} de hauteur, développée sur le gland, dans l'espace de deux ans. Elle avait débuté sans cause appréciable, sans presque de douleur, mais elle gênait beaucoup dans l'acte du coït.

Nous devons à M. Dufour une pièce qu'il a recueillie sur un des malades de M. Ricord. C'est une tumeur lymphatique de la verge qui

quoique l'auscultation ne me permît pas d'en soupçonner de traces dans les poumons et j'incsrits à la colonne d'observation : tubercules de l'encéphale.

Qu'avais-je à faire après un pareil diagnostic?

La médecine des symptômes; et c'est ce à quoi je me bornai après avoir appliqué un séton à la nuque.

Le 30 octobre, la vue est complétement abolie; la sensibilité n'existe plus; la mémoire est presque nulle, et quand on le tire du coma dans lequel il est plongé, il peut cependant encore reconnaître les personnes qui le soignent et il leur demande à manger. Il n'accuse aucune douleur.

Le 2 novembre. Il y a eu quelques convulsions de courte durée. Même état jusqu'au 10.

Le 10. Une raideur tétanique s'empare de tous ses muscles; c'est à peine si l'on peut lui faire avaler quelques gouttes de bouillon, et il reste dans cet affreux état jusqu'au vingt-quatrième jour, où il expire.

Autopsie faite vingt-six heures après la mort et avec l'assistance de mon confrère, M. Chambige :

La boîte crânienne étant enlevée, nous remarquons à la réunion de la face antérieure avec la face externe du lobe droit une tumeur fluctuante, de la grosseur d'une noix, qui fait saillie et cède à la pression.

Une quantité considérable de sérosité sort du trou rachidien.

La dure-mère est saine.

L'arachnoïde laisse échapper, quand on l'incise, une assez grande quantité d'un mélange de sang, de sérosité et de pus.

La pie-mère est fortement injectée du côté droit surtout.

Arrivés sur l'endroit où nous avons remarqué la tumeur, l'arachnoïde et la pie-mère font corps avec la masse cérébrale, ot, en les soulevant, on découvre un vaste abcès qui prend naissance à la face antérieure du lobe droit et vient aboutir au ventricule moyen, qui laisse échapper, par cette ouverture, le liquide qu'il contient, et qui, mêlé au pus de l'abcès, peut être évalué à un quart de litre. La paroi antérieure et externe de cet abcès est constituée par un énorme tubercule dont la plus grande partie est ramollie et qui, par sa face externe, est adhérent aux méninges.

Cervelet : Dans le lobe droit, un tubercule de la grosseur d'une noisette, à l'état de crudité, et dans lequel se trouvent quelques grains de substance calcaire.

Poumons : Congestion considérable, *mais pas de trace de matière tuberculeuse*, non plus que dans les autres organes.

Le mésentère seul présente sur toute sa surface des tubercules non ramollis.

HYDROLOGIE.

Eaux minérales d'Ischl (Autriche). (1)

Il n'est peut-être pas de résidence thermale plus connue qu'Ischl dans le monde politique; par contre, il n'en est peut-être pas non plus qui le soit aussi peu dans le monde médical. Ainsi, tandis que chaque année, au retour de la belle saison, tous les journaux annoncent que l'empereur d'Autriche vient de partir avec sa cour pour les eaux d'Ischl, nous serions très-probablement fort embarrassés de dire de quelle nature sont ces eaux, ou seulement quelle est leur position géographique. C'est qu'Ischl ne se trouve mentionné dans aucun livre français d'hydrologie; j'avoue même très-humblement que, n'ayant pas encore visité ces eaux lors des premières éditions de mon GUIDE, l'article que je leur avais consacré n'en donnait qu'une idée tout à fait incomplète.

Ischl est situé dans la haute Autriche, au centre de cette partie appelée Salzkammergut (*domaine des Salines*), non loin du Tyrol, de la Styrie et de la frontière de la Bavière. Le chemin qui le relie à Salzbourg traverse plusieurs chaînes de montagnes qui ne sont qu'une suite des Alpes Noriques et longe plusieurs lacs de l'aspect le plus ravissant.

Le village d'Ischl est coquettement bâti sur les bords de la Traun, au milieu des jardins et des bois, dans une vallée qu'entoure un amphithéâtre de montagnes recouvertes de la plus riche végétation. Ces montagnes sont assez élevées pour former, surtout du côté du nord, un rempart naturel contre les vents, qui, dans cette contrée, soufflent quelquefois avec une extrême violence. Ajoutons que les eaux vives qui parcourent la vallée dans tous les sens, servent tout à la fois à renouveler l'air et à y entretenir une continuelle fraîcheur. Grâce à cette situation exceptionnelle à tous égards, Ischl, bien qu'élevé de plus de 1,400 pieds au-dessus du niveau de la mer, jouit d'une aménité de température qui rappelle les climats les plus favorisés.

Si j'insiste sur ces avantages topographiques, c'est que c'est à eux, bien plus qu'à ses eaux minérales, qu'Ischl est redevable de son immense renommée.

Et d'abord, Ischl possède-t-il réellement des eaux minérales? La question pourra paraître au moins singulière, et pourtant nous allons voir qu'elle peut être sérieusement posée et même résolue négativement. En effet, il y a bien une source saline froide, appelée source de Marie, mais elle jaillit à une lieue du village, et elle est maintenant à peine utilisée.

A Ischl, c'est le *petit-lait* que l'on boit; on se baigne également dans le petit-lait : en cela consiste à peu près tout le traitement. On prend de plus, il est vrai, des bains d'eau salée, mais c'est une eau salée artificielle qu'on obtient par les procédés suivants :

On fait parvenir, au moyen de tuyaux, de l'eau ordinaire dans les galeries de vastes salines, situées dans le voisinage, et on la laisse séjourner dans ces galeries le temps nécessaire pour qu'elle se sature suffisamment de sels : cette eau prend alors le nom de *Soole*. Puis, à l'aide de pompes, on la retire des salines pour la diriger dans d'immenses réservoirs où une partie est destinée aux sauneries et une autre partie aux bains. L'art agit donc ici à peu près par les mêmes pro-

(1) Cet article, que nous communique M. Constantin James, est extrait de la troisième édition de son livre sur les eaux minérales et les bains de mer, qui paraîtra dans quelques jours, à la librairie de M. Victor Masson.

avait son siége dans les lymphatiques de cette région, oblitérés dans quelques points, et qui avaient subi une dilatation variqueuse.

A la suite d'une chaudepisse intense, le malade fut pris d'une lymphangite du fourreau de la verge. C'est à la suite de cette inflammation que se manifesta la tumeur, elle s'ouvrit et il s'établit plusieurs trajets fistuleux sous-cutanés. M. Dufour nous dit, en montrant cette pièce, que M. Ricord a observé assez souvent de pareilles tumeurs, que M. Zambaccos a vu un cas semblable l'an dernier. M. Dufour a examiné le liquide qui suintait par les trajets fistuleux; il ne trouva aucun globule lymphatique. Plus heureux que lui, M. Zambaccos avait pu reconnaître avant l'opération tous les caractères de la lymphe.

Les valvules de l'urètre ont beaucoup attiré l'attention des anatomistes et des chirurgiens.

Il n'existe pas, je pense, de description d'une valvule semblable à celle que nous a montrée M. Godard. C'était un repli valvulaire, ayant la forme et l'aspect des valvules de l'artère pulmonaire, ou plutôt des valvules des veines, à cause de sa ténuité, de sa forme en nid de pigeon, à concavité s'ouvrant du côté de l'orifice vésical, située sur un des côtés du véru montanum. On ne voyait pas autour d'elle la trace d'ulcération; il n'y avait pas à songer à un corps irritant, à un calcul qui, venant de la vessie, aurait soulevé la muqueuse urétrale. Il n'y avait pas de calcul, pas de graviers dans la vessie, pas de signes d'inflammation circonvoisine.

A côté de cette pièce, je vous citerai une autre pièce de M. Fano. On aurait dit, *à priori*, qu'il s'agissait d'une valvule semblable à celle dont je viens de m'occuper. Mais elle était située à la paroi supérieure du canal, là où existent surtout les lacunes de Morgagni. C'était une fausse route ayant traversé la muqueuse en deux points, ainsi qu'on pouvait s'en assurer avec un stylet; la muqueuse formait un pont au-dessus de la sonde.

M. Boullard nous a aussi montré une disposition assez commune; ce sont deux valvules dans le siége de la valvule de Guérin.

Puis viennent deux faits, l'un de M. Guyot, c'est un rétrécissement avec fausses routes; l'autres, un rétrécissement dû à M. Anciaux.

A ce propos, M. Caudmont a appelé l'attention sur la disposition du rétrécissement qui était bien manifestement situé dans le tissu sous-muqueux.

Vessie. — M. Caudmont nous a fait voir un moule en plâtre pour appeller l'attention sur deux points, d'abord sur la disposition de la lèvre antérieure, qui est telle qu'elle se déplace pour laisser sortir l'urine, ensuite sur ce que la paroi antérieure de la vessie prend au voisinage de cette lèvre une direction horizontale, tandis que jusque-là elle était descendue verticalement. De sorte qu'il existe une certaine analogie entre l'insertion de l'urètre dans la vessie et celle des uretères. La vessie se trouve fermée par la pression de l'urine sur la lèvre antérieure.

A côté de cette pièce physiologique, je classerai plusieurs pièces pathologiques que nous devons à MM. Perrin, Verneuil et Guyon, et qui demandent quelques détails.

Un malade, en 1811, reçoit un coup de feu au-dessus du pubis, la balle va sortir un peu au-dessus de la grande échancrure sciatique. Le

cédés que la nature; en effet, les sources salines naturelles paraissent n'avoir d'autre origine que les eaux fluviales ou autres, lesquelles, en pénétrant dans la terre, rencontrent sur leur chemin les mines de sel dont elles dissolvent et entraînent certains principes pour venir ensuite se faire jour en dehors, où elles prennent le nom d'eaux minérales.

La Soole, à son degré ordinaire de concentration, contient environ vingt-cinq parties sur cent de matières fixes, presque entièrement formées de chlorure de sodium; il y a également des traces de fer et de silice, ainsi que de l'iode et du brome. C'est, du reste, la même composition que pour la source de Marie : nouvelle preuve que celle-ci se minéralise de la même manière que l'eau saline artificielle. Si l'on donne la préférence à la Soole, c'est uniquement parce qu'elle est plus riche en principes salins.

On comprend qu'une eau aussi chargée de sels que la Soole ne saurait être employée pour les bains dans son état le plus concentré; aussi l'atténue-t-on avec de l'eau ordinaire dans des proportions qui varient suivant les résultats qu'on veut obtenir. En général, pour un bain de 300 litres, on commence par 10 litres de Soole dont on élève progressivement les doses jusqu'à ce qu'on arrive à 50 litres, quantité qu'on dépasse rarement.

On prescrit ces bains dans les mêmes circonstances que ceux de Kreuznach et de Nauheim, avec lesquels ils offrent la plus grande analogie. C'est surtout dans le traitement des affections scrofuleuses que leur efficacité est des plus remarquables. Ils conviennent spécialement aussi aux personnes d'un tempérament lymphatique, je dirais presque aux populations allemandes, chez lesquelles le sang pèche si souvent par défaut de cruor (1). Vous voyez, sous leur influence, les chairs reprendre plus de vigueur et de fermeté, les traits plus d'animation et la constitution tout entière fonctionner avec une énergie plus grande.

L'action des bains est puissamment secondée par la boisson de petit-lait. Des trois espèces de petit-lait dont on fait usage à Ischl, savoir, le petit-lait de vache, le petit-lait de chèvre et le petit-lait de brebis, c'est au petit-lait de vache qu'on donne souvent la préférence. Bu le matin à la dose de trois à quatre gobelets, il agit à la manière d'un léger purgatif; les deux autres espèces de petit-lait, et en particulier le petit-lait de brebis, purgent moins franchement.

La saveur de ces divers liquides, si elle diffère par quelques nuances, a cependant pour caractère commun d'être aromatique, un peu sucrée, et tout à fait agréable, surtout quand la végétation est dans sa primeur, parce qu'alors les animaux ont une alimentation plus savoureuse. C'est au point que les petits enfants boivent le petit-lait avec plaisir : ceci s'applique surtout au petit-lait de chèvre et de brebis (2).

(1) Nous qui sommes hommes de détail et peut-être aussi un peu de précision, nous aurions bien désiré que M. James nous fît connaître les recherches qui prouvent que le sang des populations allemandes renferme moins de *cruor* que celles de France, par exemple. ((*Note du Rédacteur.*)

(2) Consulter, pour plus de détails, le *Mémoire sur le petit-lait alpestre* du docteur Mastallier, et la *Notice sur Ischl* du docteur Polak, tous les deux médecins des plus distingués à Ischl.

Parmi les étrangers qui fréquentent Ischl, les femmes se trouvent en très-grande majorité. C'est qu'indépendamment des affections lymphatiques et scrofuleuses, on y traite aussi avec succès la plupart des maladies nerveuses dans lesquelles il est besoin de calmer et d'adoucir, ainsi que certains engorgements utérins que caractérise l'irritabilité du col. Souvent, dans ce cas, on fait alterner les bains salins et les bains de petit-lait; il n'est pas rare non plus qu'on ajoute à ces bains, pour les rendre plus efficaces, une assez forte décoction de feuilles de sapin. La boisson de petit-lait aide notablement à la cure.

Enfin Ischl, de même que certaines contrées de la Suisse, est chaque année le rendez-vous d'un grand nombre de poitrinaires qui viennent demander à son climat, plus qu'à ses agents thérapeutiques, la guérison de leurs maux. On comprend que l'air pur et balsamique au milieu duquel ils se trouvent plongés, la vie champêtre qu'ils mènent et qui contraste si heureusement avec la vie agitée de nos grandes villes, les vapeurs salines qu'ils vont respirer dans les sauneries où se fait la coction des sels, en un mot que tout ce concours de moyens hygiéniques doive contribuer à rétablir le bien être et le calme dans l'appareil respiratoire. Ajoutons que le petit-lait, surtout le petit-lait de brebis, en même temps qu'il tempère la trop grande activité de la circulation, agit encore par ses principes nutritifs, de sorte qu'il est peu de phthisiques qui ne recouvrent ainsi tout à la fois des forces et de l'embonpoint.

Les bains sont pris dans trois établissements principaux qui n'ont de remarquable que leur aménagement intérieur. Quant aux baignoires, elles sont de marbre pour les bains de petit-lait, et de sapin pour les bains d'eau salée, cette eau ayant l'inconvénient d'attaquer le marbre; il y a également des douches et des bains de vapeur. Enfin, un lac artificiel, alimenté par une source d'eau vive, sert d'école de natation et de gymnastique à l'usage surtout des enfants, dont la constitution a besoin d'être fortifiée.

Le Kurhaus où l'on va boire le petit-lait représente une vaste galerie couverte, qui sert de promenoir quand le temps est mauvais. Chaque malade a son gobelet : ces gobelets sont rangés par ordre de numéros dans une espèce d'hémicycle placé au centre du bâtiment. On y trouve aussi un approvisionnement très-complet des principales eaux minérales de l'Allemagne. N'oublions pas non plus de mentionner l'aphorisme qu'un saunier bel esprit fit graver en lettres d'or sur le frontispice de l'édifice :

In sale et in sole omnia consistunt.

Je comprends parfaitement qu'à Ischl on ait eu d'excellentes raisons pour dire que *tout consiste dans le sel et dans le soleil;* mais n'aurait-on pas pu, sans humilier les salines, intervertir un peu l'ordre des mots et concéder le pas au soleil sur le sel?

Il n'y a point à Ischl de Kursaal proprement dit où l'on puisse donner des bals et des fêtes. Ainsi la belle galerie du Kurhaus est uniquement réservée pour les buveurs : de même les deux modestes salons du Casino ne sauraient se prêter à de grandes réceptions. Mais, en revanche, Ischl possède l'hôtel Tallachini, appelé aujourd'hui hôtel Élisabeth (du

---

malade guérit bien. En 1849 il est soigné pour un catarrhe vésical. On sentait à l'hypogastre une tumeur assez volumineuse. Il sortait par le cathétérisme de l'urine purulente, mais la tumeur ne se vidait pas complétement. Le malade meurt d'une péritonite purulente. A l'autopsie on trouve derrière la vessie un vaste abcès communiquant largement avec cet organe au moyen d'une perforation arrondie. Cet abcès avait eu, sans nul doute, pour point de départ, la plaie par arme à feu. Tel est le fait que nous a rapporté M. Perrin.

Un autre intérêt s'attache à la pièce que nous a montrée M. Cruveilhier. Il s'agit encore d'un abcès; mais ici l'abcès a son siége en dehors du péritoine, au niveau de la région prostatique et du bas-fond de la vessie. Il a pour origine une blennorrhagie intense. Cet abcès s'est ouvert dans la péritoine et a déterminé une péritonite purulente.

Quant à la communication de M. Verneuil, elle est relative à la tuberculisation. C'est une plaque tuberculeuse qui occupe le bas-fond de la vessie, le trigone vésical, qui gagne l'orifice de l'urètre et se prolonge dans un des uretères. Mais l'uretère, bien que dilaté au-dessus de ce point, n'est pas oblitéré complétement, ainsi qu'on a pu s'en assurer.

Dans la pièce de M. Guyon, il s'agit de varices du col de la vessie dont la rupture a déterminé une hématurie mortelle. Cette lésion est admise dans quelques auteurs, par Chopart, par exemple; mais il n'existe aucun fait d'anatomie pathologique que celui de M. Guyon à l'appui de cette assertion.

Enfin M. Broca nous a rapporté un fait assez curieux qui s'est produit à la suite d'une opération de circoncision. Il avait eu recours à l'application de la glace pour diminuer la douleur. L'opéré fut pris de dysurie dans la soirée. Il s'est peut-être passé ici ce qu'on observe assez souvent après l'application des réfrigérents sur les artères.

Testicule. — Si nous passons maintenant au testicule et à ses enveloppes, nous trouvons d'abord pour l'hématocèle trois pièces qu'on peut mettre en parallèle. Ce sont trois cas d'hématocèle scrotale avec épaississement de la tunique vaginale.

L'un, présenté par M. Rombeau, opéré par la castration.

L'autre, recueilli comme le précédent, dans le service de M. Velpeau, par moi-même et opéré par le séton.

Le troisième, que j'ai observé à l'hôpital Cochin et qui a été opéré par M. Gosselin par décortication.

J'ai insisté dans nos bulletins sur les idées que M. Gosselin a longuement développées dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine.*

M. Parmentier nous a apporté un testicule encéphaloïde enlevé sur un jeune homme dont le frère a été opéré l'année précédente par M. Ricord pour une semblable tumeur.

Un autre testicule, également cancéreux, enlevé chez un malheureux qui avait déjà subi une semblable opération, un an auparavant. Le canal déférent du côté précédemment opéré était resté perméable.

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, la pièce que nous a fait voir M. Lorain. C'était une grosse tumeur colloïde, grosse comme la tête d'un fœtus, et qui a été enlevée complétement.

nom de la nouvelle impératrice), lequel n'a peut-être pas son pareil en Europe, tant par la somptuosité des ameublements que par les vastes proportions de sa distribution intérieure ; la salle à manger surtout est quelque chose d'admirable. C'est dans cet hôtel, j'allais dire dans ce palais, que se réunit la meilleure compagnie et que loge l'aristocratie des baigneurs.

On comprend, d'après ce qui précède, que le séjour d'Ischl doive être un peu sérieux. Sauf quelques équipages qui passent de loin en loin, et les nombreux domestiques en livrée qui sillonnent les rues, rien n'indique que l'empereur habite, pendant l'été, cette résidence, ainsi que sa famille et tous les grands personnages de l'empire. C'est que tous ces grands personnages vivent très-simplement, et l'empereur plus simplement que tous les autres.

Vous ne trouverez à Ischl aucun monument ancien, aucune légende, aucun souvenir, sauf ceux qui se rattachent aux salines, sa création, comme station thermale, étant toute moderne. Elle est entièrement l'œuvre du docteur Wirer, dont le buste, supporté par un élégant piédestal, décore la petite place qu'on a construite en son honneur et à laquelle on a donné son nom.

Que dirai-je des environs d'Ischl? C'est réellement au delà de toute description. Un malade qui suit la cure peut varier tous les jours ses promenades, de telle sorte qu'il jouira chaque fois d'un paysage nouveau. Seulement, comme il faut que tout à Ischl ait son cachet aristocratique, vous ne trouverez, même pour les excursions les plus éloignées, ni ânes, ni mulets, mais, mais, à leur place, de vigoureux montagards, au pied ferme, à l'œil sûr, munis d'excellentes chaises à porteurs. Surtout ne vous hâtez pas trop de gémir sur cette nouvelle *exploitation de l'homme par l'homme!* C'est l'homme lui-même qui a voulu être ainsi exploité. En effet, si pendant la saison des eaux, les mulets et les ânes sont, par ordre supérieur, expulsés de la vallée, c'est sur la demande expresse des habitants, qui se sont plaints au gouvernement que ces animaux leur faisaient une concurrence ruineuse, et, pour me servir des termes de la pétition, « qu'ils mangeaient leur pain. »

Nous avons dit que le chemin qui mène de Salzbourg à Ischl est des plus pittoresques. Celui qui mène d'Ischl à Vienne ne le cède en rien au premier ; il faut moins de vingt-quatre heures pour aller d'Ischl à Vienne.

Constantin JAMES.

PHARMACOLOGIE.

Des extraits gommeux d'alcoolature pour l'administration des principes actifs des végétaux;

Par M. GUILLIERMOND,

Membre du conseil de santé d'hygiène et de salubrité du Rhône, etc.

On a donné le nom d'alcoolature aux teintures faites avec les plantes fraîches; elles sont beaucoup plus actives que les teintures faites avec les plantes sèches, et il n'y a pas de préparation qui puisse représenter aussi fidèlement les propriétés des végétaux qui en forment la base.

Deux procédés sont en usage pour préparer les alcoolatures, l'un consiste à extraire le suc des plantes et à le mêler, sans le clarifier, avec de l'alcool à 88 degrés, l'autre à faire agir l'alcool sur les plantes elles-mêmes. Cette dernière méthode est bien préférable, car souvent le marc que laisse l'extraction du suc retient des principes que l'alcool seul dissout et qu'il peut être utile de retenir. C'est celle que j'emploie toujours et qui forme la base de mes extraits gommeux d'alcoolature.

Pour faciliter l'emploi des alcoolatures, j'avais eu l'idée, il y a déjà plusieurs années, de les transformer en extraits gommeux, c'est-à-dire de les faire évaporer à une douce chaleur sur de la gomme, et de remplacer, poids pour poids, par cet excipient solide, le véhicule qui dissolvait les principes actifs, sans que cette opération ait pu les altérer. Mais j'ai reconnu que la quantité de gomme introduite dans l'extrait était beaucoup trop considérable, et je viens proposer de la réduire à la proportion de quatre parties de gomme sur une d'extrait.

Voici comment je procède :

On essaie d'abord combien l'alcoolature contient d'extrait sec; celle-ci en contient ordinairement quatre pour cent. Dans une alcoolature qui contient cette quantité d'extrait, on ajoute 16 grammes de gomme arabique en poudre et préalablement desséchée; lorsque l'alcoolature contient plus ou moins d'extrait, on varie la quantité de gomme, de manière à ce qu'elle soit toujours dans le même rapport par rapport à l'extrait. On commence à faire évaporer la plus grande partie de l'alcool au bain-marie; à mesure que celui-ci s'évapore la gomme se dissout complétement et on étend ensuite le mélange sur des assiettes ou des verres à vitres; on les expose dans une étuve à une chaleur de 25 à 30 degrés, où la gomme ne tarde pas à sécher complétement en faisant corps avec l'extrait et en se détachant en écailles fines et très-brillantes.

L'objet de cette opération est donc d'obtenir, avec des alcoolatures et par l'intermédiaire de la gomme, des extraits parfaitement secs, comme l'extrait de Lagaraye; inaltérables, n'attirant point l'humidité de l'air, d'un dosage parfait et conservant exactement les propriétés des plantes à l'état frais et dans toute leur force d'activité.

Ces extraits devront être aux extraits ordinaires ce que les alcoolatures sont aux teintures; c'est dire qu'ils seront plus actifs et qu'ils ne devront être employés par les pharmaciens que sur la prescription spéciale du médecin.

On trouvait, au bas de cette tumeur, le testicule et l'épididyme sains. J'ai encore présente à la mémoire l'histoire d'un malade, qui a été le sujet d'une leçon, faite au concours pour l'agrégation en chirurgie. Il s'agissait d'une tumeur plus grosse que les deux poings, avec des bosselures de densité inégale, et qui donnait une sensation de fluctuation des plus trompeuses. La peau était saine, sans changement dans sa couleur. Le jeune homme était bien portant et bien constitué. Les avis furent partagés pour le diagnostic; les uns pensaient qu'il y avait du liquide, probablement de la sérosité, dans la cavité vaginale et peut-être une masse de nature douteuse englobant le testicule; d'autres croyaient qu'il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde; d'autres, enfin, que le testicule était sain; on sentait au bas de la tumeur une bosselure isolée, ayant la forme et la consistance du testicule, et sur laquelle la pression provoquait une douleur caractéristique; et au-dessus de lui une tumeur de nature douteuse. Une ponction est faite, rien ne sort par la canule. On enlève la masse morbide, c'était une tumeur colloïde, et le testicule était sain au bas de la tumeur. L'épididyme était sain aussi, mais dissocié et occupant un autre côté de la production accidentelle.

Les erreurs de diagnostic sont si fréquentes dans cette région! les maladies prennent quelquefois un type si bizarre, si singulier! Qui oserait affirmer de reconnaître à coup sûr une hématocèle, un hydrocèle, un cancer du testicule? Voici encore d'autres faits qui viennent à l'appui de ce que j'avance :

M. Lorain nous a montré un abcès, mais un abcès bien formé, avec du pus facilement reconnaissable, dans le milieu du testicule même. La poche purulente était entourée de canaux séminifères; elle s'était développée lentement, graduellement, sans jamais provoquer la moindre douleur, sans qu'on pût en rapporter l'origine à aucune cause appréciable.

Il est quelquefois aisé de reconnaître des tubercules dans le testicule; la maladie, que M. Godart nous a montrée, était dans ce cas. Il y avait eu des abcès, il restait des trajets fistuleux, etc., etc.., et après l'opération on trouve du tubercule dans le testicule sous forme de noyaux petits, bien limités, et aussi dans le canal déférent.

Mais à côté de cette pièce, M. Denacé nous a donné une observation où le diagnostic était bien embarrassant. M. Michon lui-même a été surpris de ce fait.

Un jeune homme, avec toutes les apparences d'une bonne santé, se présente à la consultation de M. Michon. Il portait sur l'un des côtés du scrotum une tumeur fongueuse, un véritable champignon gros comme le poing.

Il raconte que cette maladie a débuté, il y a quelques mois seulement; qu'elle s'est promptement ulcérée et qu'elle a de suite végété au point d'acquérir son volume actuel.

(*La suite au prochain numéro.*)

Bien des avantages me paraissent devoir résulter de l'emploi de cette préparation nouvelle. On sait quelle importance on attache à bien préparer les extraits et à les soustraire à toutes les influences capables de les altérer; les uns ont inventé à cet effet des appareils, d'autres ont imaginé de mêler au suc des plantes des quantités de sucre capables d'absorber leur humidité et de hâter ainsi leur dessiccation. Je pense que mon procédé est plus convenable; d'abord, en employant l'alcoolature, on est plus certain, que par tout autre moyen, de concentrer tous les principes médicamenteux du végétal; ensuite la gomme est moins hygrométrique que le sucre, elle absorbe plus d'humidité, se dessèche mieux et conserve l'extrait sous la forme de paillettes ou écailles qui ne se laissent point attaquer par les agents extérieurs. Ces extraits, d'ailleurs, peuvent être considérés comme étant préparés à froid et n'ayant pu subir l'altération que leur fait toujours éprouver l'action prolongée de la chaleur.

Parmi les inconvénients nombreux qu'on pourrait reprocher aux extraits ordinaires, il en est un qui est capital, c'est celui d'attirer l'humidité; il résulte en effet de cet inconvénient, que ces extraits ne peuvent jamais être identiques, que leur activité doit varier et qu'un médecin qui croit administrer 5 centigrammes d'un extrait, n'en a peut-être administré que 3 à 4, suivant le plus ou moins d'eau que celui-ci aura retenu.

Sous ce rapport, il est impossible d'avoir des extraits plus réguliers que les miens. De plus, les extraits ordinaires ont tous la même couleur, presque la même saveur et la même odeur; les nôtres conservent un aspect particulier, et il est facile de les distinguer à l'odeur de la plante fraîche qu'ils conservent parfaitement; ils se prêtent admirablement à toutes les formes que le médecin, dans l'intérêt du malade, croira devoir lui donner, pilules, prises, potions, pommades, etc., etc. Ils communiquent aux potions la couleur de la plante, tandis que les autres ne leur communiquent qu'une couleur noire quelle que soit leur origine.

Mon intention n'est pas d'étendre ce procédé à la préparation de tous les extraits; je crois devoir le restreindre à la préparation des plantes très-actives ou qui contiennent des principes altérables ou peu connus, tels que la digitale, la pulsatille, l'aconit, etc.

J'ai l'espérance d'offrir à la thérapeutique des médicaments sur lesquels elle puisse compter et qui, avant tout, représentent l'activité de la plante dans son état naturel. Je crois avoir réussi, et qu'en employant notre préparation les médecins pourront étudier plus fructueusement l'action des végétaux sur l'économie; j'ai la conviction que leur activité est telle, que par leur emploi les médecins pourront les prescrire aux mêmes doses que les autres.

J'ai souvent entendu dire aux médecins que les préparations actuelles étaient infidèles et irrégulières et qu'ils préféraient employer les alcaloïdes ou autres principes plus ou moins immédiats, qu'ils trouvaient très-commode, en effet, d'employer à la place de l'aconit par exemple l'aconitine, à la place de la digitale la digitaline, parce que l'administration du médicament était plus rare et les dosages plus réguliers; mais, ainsi que l'a professé M. Soubeiran, « si on a eu raison quelquefois d'avoir recours à ces principes, l'expérience qui juge en dernier ressort, a suffisamment démontré que, dans cette question difficile, il faut apporter plus de circonspection. Il est certain, en effet, que les végétaux ne doivent pas leurs propriétés à un principe unique, mais bien à leur ensemble. L'aconitine représente-t-elle l'aconit? Non, car les effets physiologiques et médicamenteux de la plante ne sont pas pareils à ceux de l'alcaloïde que les chimistes en ont extrait.

« La science n'est pas tellement avancée, les chimistes ne sont pas tellement habiles, qu'il ne reste rien à dire sur la composition des substances qu'ils ont analysées. De même que les progrès de la science font découvrir chaque jour dans les eaux minérales des corps dont la présence avait échappé à nos devanciers, de même, le dernier mot n'est pas dit sur la composition du médicament dont l'analyse nous paraît la plus satisfaisante. »

Le procédé que j'ai donné pour la préparation des extraits peut s'appliquer aux sirops; on a proposé plusieurs fois de préparer le sirop d'aconit avec l'alcoolature. Je pense qu'il serait très-utile de faire de même pour tous les sirops qui ont pour base des substances végétales très-actives, altérables, et dont la composition chimique est peu connue, telles que la pulsatille, la belladone, la jusquiame et particulièrement la digitale.

Voici comment je formule leur préparation :

Prenez, par exemple, alcoolature de digitale contenant 4 pour 100 d'extrait sec 40 grammes, sirop très-blanc 1 kilogramme; chaque 30 grammes de sirop contiendra 0,05 d'extrait sec, quantité prescrite par le Codex.

Le sirop est mis sur le feu et retiré à la première ébullition, qui suffit pour chasser complétement l'alcool.

Ainsi préparés, les sirops sont très-limpides et conservent d'une manière marquée le goût, l'odeur et la couleur de la plante fraîche.

(Gaz. méd. de Lyon.)

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 1er mai 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe.)

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapports sur diverses épidémies, par MM. Serres , de Peyrehorade; Yvonneau, de Blois; Guillemin, de Sarreguemines; Sclafer, de Sarreguemines; Degen, de Rorbach; Menestrel, de Neufchâteau; Sbire et Raphael, de Provins.

2° Rapport sur l'établissement thermal de Bagnols, par M. Borelli de Serres.

3° États de vaccinations.

4° Un remède secret.

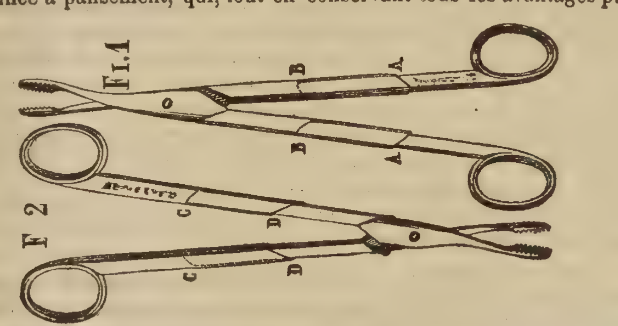
CORRESPONDANCE PRIVÉE MANUSCRITE.

Don. — Hommage de madame Husson du portrait de son feu mari.

Système pénitentiaire. — Lettre de M. Lélut, tendant à prouver l'heureuse influence de l'emprisonnement individuel sur la santé physique et morale des détenus.

Spiræa ulmaria. — Lettre d'un ecclésiastique sur l'efficacité de cette plante contre les hydropisies.

Pinces à pansement modifiées. — M. Charrière fils présente une pince à pansement, qui, tout en conservant tous les avantages primitifs pour la trousse usuelle, lui a ajouté la possibilité de l'allonger suffisamment pour servir au pansement de l'utérus et même à d'autres usages où il faut aussi beaucoup de force.



C'est en remplaçant les branches pleines, entre l'entablure et les anneaux, par des tubes solides contenant des branches pleines. Entrant à coulisses et s'arrêtant aux trois points différents de longueur, ainsi qu'on le voit *fig.* 1 *et* 2, l'on reçoit à volonté les tiges internes par le bout inférieur, et l'autre par le bout supérieur.

Irrigateur. — M. Poullien réclame la priorité relativement à l'irrigateur vaginal présenté par M. Foucault, de Nanterre.

Polypes. — M. Sirus-Pirondi adresse, par l'intermédiaire de M. Malgaigne, une observation de polype sarcomateux des fosses nasales.

LECTURES.

Mort par suffocation. — M. A. TARDIEU lit un mémoire sur la *mort par suffocation* considérée au point de vue médico-légal. Nous attendrons, pour juger ce travail, de pouvoir le mettre à peu près textuellement sous les yeux de nos lecteurs.

Mort par la foudre. — M. BOUDIN lit un *Mémoire sur la foudre considérée au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale.* Nous ferons connaître et nous apprécierons cette seconde édition d'un travail déjà présenté à l'Académie des sciences.

PRÉSENTATIONS.

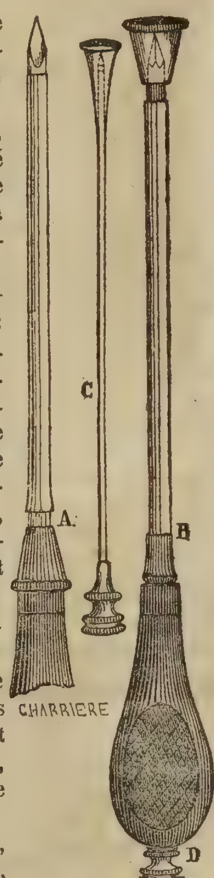
Castration des vaches. — M. CHARLIER, vétérinaire à Reims, présente un nouvel instrument pour l'opération de l'ovariotomie chez les vaches. Nous publierons *in extenso* les travaux remarquables de M. Charlier sur l'important sujet qu'il a étudié avec un zèle à toute épreuve et une rare intelligence.

Hydrothérapie. — M. DESPINE, d'Aix en Savoie, lit un mémoire *sur un appareil pour l'usage des eaux thermales, spécialement dans les maladies syphilitiques.*

La séance est levée à 5 heures.

Addition à la séance du 24 avril 1855.

Trocart. — Nous ferons connaître ici une autre modification que M. Charrière fils à apportée au trocart, et qu'il a présentée à la Société de chirurgie.



« Le trocart que je viens de fabriquer, dit-il, est composé de deux pièces seulement, et, malgré sa simplicité, n'est plus exposé de piquer en le mettant dans sa poche, ou à s'endommager de la pointe en le plaçant dans la trousse, où il est devenu facile de le loger.

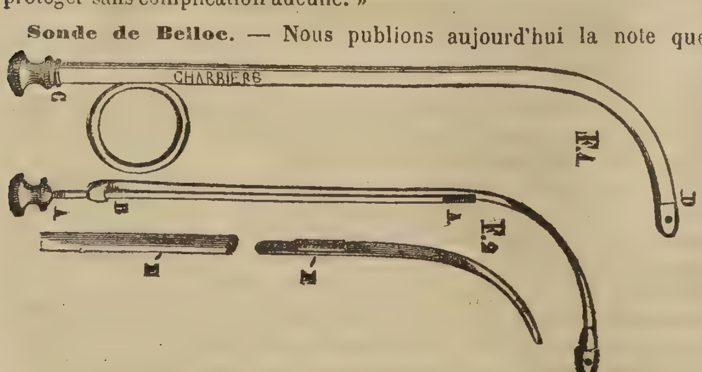
« La pointe, qui seule est en acier, n'est plus exposée à s'oxyder dans sa canule, voici comment :

« 1° J'ai réduit le volume de l'instrument en remplaçant la grande gouttière, bien connue, qui nécessitait un gros manche, par un entonnoir semblable à celui des sondes vésicales, qui offre de nombreux avantages, tels que celui d'oblitérer le bout de la canule avec le doigt, faciliter l'introduction de toutes espèces de canules à injection, de pouvoir lier ou coller A la baudruche soupape de M. Reybard, et d'y introduire un petit cylindre ou stylet pour enlever les grumeaux sans avoir besoin d'autres accessoires qui gênaient et obstruaient le passage.

« 2° Pour protéger la pointe en acier, je la place dans l'entonnoir, où elle se trouve libre et sans contact; elle ne peut le dépasser à cause du point d'arrêt B; ce point d'arrêt est excavé, et la tige, un peu amincie sur le point, sert à entretenir le bout de la canule et à la reposer au besoin.

« J'applique ce système à tous les autres trocarts, et celui explorateur n'a plus de gaîne et se place, si on le désire, dans la tige creuse et à travers le manche D, pour le protéger sans complication aucune. »

Sonde de Belloc. — Nous publions aujourd'hui la note que



M. Charrière fils a adressée dans la dernière séance, relativement à une modification qu'il a fait subir à la sonde de Belloc. Il a simplifié cet instrument en réunissant le stylet et le ressort dans la sonde pour la placer unique dans la trousse, sans rien démonter, ainsi qu'on le voit *fig.* 1 et 2, et pour s'en servir sortant de la trousse instantanément. L'extrémité du stylet vient s'assembler au bout inférieur du ressort en tournant et en tirant le bouton A, contrairement à l'ancienne sonde, dont il fallait, pour s'en servir, dévisser le bouton, visser le stylet qui en était indépendant, et revisser le bouton au bout de ce dernier, et répéter la même manœuvre pour replacer la sonde dans la trousse.

M. Charrière a employé plusieurs modes d'assemblages, notamment celui représenté ci-contre, où le ressort s'assemble dans un bout de tube muni de la mortaise E, où s'engage la saillie F du bout inférieur du ressort; ce moyen est aussi très-simple et prompt.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La Presse médicale de province. — Dans un second article, imprimé très-probablement avant que nos remarques du 28 avril fussent parvenues à Lyon, M. Barrier renonce, comme à une *œuvre oiseuse,* à combattre la centralisation, qui « *ne peut,* dit-il, *périr autrement que par son excès même.* » Nous ne croyons pas que les excès dont parle l'habile rédacteur en chef soient prochains, et, pour tout dire, nous ne voyons même pas très-bien de quelle nature ces excès pourraient être. Nous croyons que si la centralisation venait à sombrer en France, nous pourrions bien y perdre beaucoup, mais M. Barrier, pas plus que personne en province n'y saurait rien gagner; il en serait de la décentralisation comme de l'égalité : elle rapprocherait les hommes en abaissant ceux qui sont élevés, mais non pas en élevant ceux qui sont abaissés : Paris pourrait bien cesser d'être la capitale du monde civilisé et la France la première des nations ; mais Carpentras ou Castel-Sarrasin ne changerait pas de situation morale. En sorte que l'événement que la *Gazette médicale de Lyon* renonce à précipiter, ne nous paraît rien moins que désirable, et, fort heureusement, rien moins que possible pour une longue suite d'années. Nous regrettons seulement qu'un état de choses auquel tout le monde gagne soit attaqué par un esprit aussi distingué que celui de l'honorable rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon,* et aussi peu fait pour subir l'influence des sentiments mal déguisés qui ont inspiré toutes les attaques contre la centralisation.

Cela posé quant aux principes, nous approuvons bien sincèrement les efforts nouveaux que M. Barrier se propose de faire, pour accroître encore, s'il est possible, l'intérêt déjà grand de la *Gazette médicale de Lyon.* Nous pensons avec lui, et nous l'avons dit depuis longtemps, que Lyon renferme tous les éléments pour subvenir aux besoins d'une publication scientifique locale. Mais nous n'en persistons pas moins à croire que les travaux des honorables médecins et chirurgiens de Lyon seraient plus profitables à la science, s'ils étaient publiés dans un des journaux sérieux de la capitale, et cela pour deux motifs :

1° Parce qu'ils s'adresseraient à un plus grand nombre de lecteurs capables de les apprécier, de les citer dans les ouvrages que quelques-uns de ces lecteurs composent ;

2° Parce que très-peu de personnes, très-peu de bibliothèques même faisant collection des journaux de province, les travaux qui s'y trouvent, s'ils ne sont pas reproduits dans les journaux de Paris ou dans quelques ouvrages qui survivent à leur éclosion, sont, au bout de quelques années complétement perdus pour l'histoire et le progès de l'art.

Telles sont les remarques qu'il nous a paru utile de faire à propos des deux articles de la *Gazette médicale de Lyon.* M. Barrier, qui ne nous connaît pas d'hier, restera parfaitement convaincu, nous aimons à le croire, qu'elles n'ont eu d'autre mobile que l'intérêt de la science, et que nul plus que nous ne désire sincèrement le succès de l'œuvre qu'il a fondée.

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECIN A L'HÔTEL-DIEU DE LYON ET POUR UNE PLACE A L'HÔTEL-DIEU DE ST-ETIENNE. — Ce double concours s'ouvrira le 7 mai dans la salle du conseil d'administration à l'Hôtel-Dieu. Le jury est déjà désigné et se compose, suivant l'usage, de médecins et chirurgiens des hôpitaux et de délégués de la Société de médecine. — Les candidats inscrits sont au nombre de cinq pour Lyon et deux pour St-Etienne. Les épreuves seront les mêmes pour tous les candidats. (*Gaz. méd. de Lyon*)

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 55. 3e ANNÉE. Mardi 8 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir tome II, nos 145, 153 ; tome III, nos 2, 11, 21, 26, 30, 35, 50.)

Observation IX. — M. P. est âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique ; jusqu'à l'âge de trente-trois ans il a joui d'une santé excellente, mais à cette époque, en 1842, et sous l'influence de grandes fatigues physiques, de vives préoccupations morales et de graves excès de coït, les digestions commencèrent à devenir lentes, pénibles, accompagnées de gonflement épigastrique, de somnolence, d'accablement. M. P., attribuant ces accidents à de la faiblesse produite par son genre de vie, les combattit par des excitants, et pendant trois années il parvint, non à les faire disparaître, mais du moins à les atténuer par une alimentation très-substantielle et l'usage des condiments âcres et sulfurés, du café, des liqueurs alcooliques, etc. En 1845, M. P. ayant contracté mariage se trouva placé dans les conditions d'une existence heureuse, paisible, et il conçut l'espoir que ses fonctions digestives ne tarderaient pas à se rétablir complétement. Il n'en fut pas ainsi, et un phénomène nouveau vint, au contraire, compliquer les choses. Malgré des rapports conjugaux assez fréquents, des pollutions nocturnes, précédées de rêves érotiques et d'érection, vinrent tourmenter le malade régulièrement deux ou trois fois par semaine et aggraver les accidents gastralgiques. Au bout de quelques mois, M. P. se décida à consulter un médecin ; celui-ci, attribuant la maladie au régime excitant suivi depuis plusieurs années, ordonna l'abstention absolue de café, de vin, de liqueurs alcooliques, de condiments âcres et sulfurés ; un régime doux principalement composé de viandes blanches, de légumes et de lait ; une continence complète, des bains tièdes, fréquents et prolongés.

Ce traitement n'eut aucun succès ; les pertes séminales persistèrent et les digestions devinrent de plus en plus pénibles et douloureuses. Pendant dix-huit mois, on eut successivement recours, pour combattre ces deux ordres de phénomènes morbides, aux opiacés, à la belladone, au camphre, à la noix vomique, au sous-nitrate de bismuth, aux purgatifs, aux vésicatoires volants, etc.

En 1848, les pollutions devinrent plus fréquentes encore et bientôt elles eurent lieu presque toutes les nuits et souvent deux ou trois fois dans la même nuit, en l'absence de rêves érotiques et d'érection. Aux accidents gastralgiques, de plus en plus prononcés, vint se joindre une constipation opiniâtre. Les préparations de quinquina et de fer, les toniques, les amers furent essayés sans résultats favorables. En 1849, M. P. fut envoyé à Dieppe pour y prendre des bains de mer, mais ceux-ci ne purent être supportés ; chaque bain, malgré toutes les précautions possibles, déterminant une excitation nerveuse générale très-pénible, exaspérant les accidents gastralgiques et provoquant des pertes séminales.

Pendant huit mois M. P. se soumit à un traitement homœopathique qui lui fit concevoir d'abord l'espoir d'une prochaine guérison ; mais la déception ne se fit pas attendre.

En 1850, le malade se rendit aux eaux de Plombières, mais il n'en obtint aucun soulagement.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40, 42, 43, 45, 49, 50, 52 et 54.)

Une première hémorrhagie assez rebelle, qui a un peu affaibli le malade, s'est faite il y a quelques jours ; une seconde hémorrhagie a lieu dans le cabinet de M. Michon, hémorrhagie très-rebelle comme la première. M. Michon pensa de suite à une tumeur encéphaloïde, cependant il laissa un point de doute en considérant l'âge et la constitution du jeune malade et l'aspect de ce champignon fongueux. L'opération est décidée. La castration est pratiquée le lendemain.

A l'autopsie de la pièce, on trouve qu'il s'agit d'un testicule tuberculeux. On rencontre une quinzaine de noyaux, bien limités, bien circonscrits, enfermés pour la plupart dans les tubes séminifères très-dilatés.

J'aurais bien encore à vous parler d'un cancer du testicule présenté par M. Bonfils, mais cette pièce est surtout intéressante à un autre point de vue et nous occupera à propos des reins et des uretères.

Reins uretères.

Si j'ai mis dans deux cadres différents les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme, j'ai rejeté avec intention les affections des reins et des uretères pour les réunir dans un seul chapitre.

Les pièces relatives aux maladies des reins sont nombreuses, et toutes ont offert des détails intéressants.

Nous devons à M. Foucher une anomalie des reins. On trouvait, à cheval sur la colonne vertébrale, un rein unique en forme de croissant à convexité supérieure ; mais on s'apercevait bien vite que cette anomalie était due à la soudure, à la fusion des deux reins par leur extrémité supérieure. On retrouvait deux calices, deux uretères, deux artères. Il semblait que les deux reins avaient accompli un mouvement de rotation sur eux-mêmes, de façon que leur extrémité inférieure, restant en place, leur extrémité supérieure s'était inclinée l'une vers l'autre pour se confondre ; de plus, on voyait sur l'un des deux un kyste faisant saillie à la surface.

M. Jessé nous a montré deux reins provenant d'une femme morte à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Rostan, à la suite d'une pneumonie. Ces deux organes étaient criblés de kystes de grosseur variable. Le liquide contenu dans les poches était citrin, semblable au liquide de l'hydrocèle ; il ne restait presque plus de substance rénale, et cependant la malade n'était pas entrée à l'hôpital pour cette affection.

En 1851, M. P. consulta successivement MM. Chomel, Trousseau, Gendrin et Velpeau. Par les conseils de ce dernier, quatre cautères furent appliqués dans la région lombaire, deux de chaque côté de la colonne vertébrale, mais ils n'eurent d'autre résultat que d'affaiblir le malade et de le faire beaucoup souffrir. La belladone, la noix vomique, prescrites par MM. Trousseau et Gendrin, ne furent pas plus efficaces que la première fois.

Au mois de février 1852 des pertes séminales *diurnes* se montrèrent pour la première fois, et depuis cette époque elles continuèrent à accompagner très-fréquemment la miction et la défécation. Au mois de novembre, la cautérisation, d'après le procédé de Lallemand, fut pratiquée à trois reprises par les mains habiles de M. Ricord; elle n'eut aucun succès.

Au mois de mars 1854, M. P. m'écrivait, en me transmettant les détails qu'on vient de lire : « Complétement découragé, ne « conservant plus aucun espoir de guérison, je me suis résigné « à mon sort, et j'ai cessé, depuis un an, toute espèce de trai- « tement. Le hasard vient de faire tomber entre mes mains votre « *Traité d'hydrothérapie*, et, malgré moi, pour ainsi dire, je « suis tenté de faire un dernier effort en faveur de la médication « dont vous avez obtenu de si remarquables effets. Mais je re- « doute une nouvelle déception et je fais un confiant appel à « votre conscience, à votre loyauté : ne m'arrachez au repos de « la résignation que si vous entrevoyez pour moi des chances « sérieuses de guérison. »

Le 7 avril M. P. s'installait à Bellevue et je constatais l'état suivant.

État actuel. Amaigrissement considérable, faiblesse extrême, c'est à peine si le malade peut marcher, à pas lents, pendant un quart d'heure. La peau est sèche, parcheminée, rugueuse, d'un gris jaunâtre. Le facies exprime la souffrance et le découragement, l'œil est éteint, le regard morne, le nez effilé.

Lassitudes spontanées générales, douleurs erratiques, mais se faisant plus particulièrement sentir dans les régions épigastrique et précordiale; pesanteurs et douleurs de tête constantes, fréquentes migraines, bourdonnements d'oreille continuels et très-intenses, affaiblissement considérable de la vue, laquelle est rendue trouble par une quantité de corpuscules noirs, de *mouches volantes*. Le travail intellectuel est impossible; la lecture d'un journal suffit pour provoquer des douleurs dans les globes oculaires et une congestion vers la tête; la mémoire, qui était fort bonne, est devenue presque nulle.

La respiration est courte, souvent gênée, le moindre exercice produit de l'essoufflement; palpitations fréquentes; l'impulsion du cœur est faible; bruit de souffle moelleux au premier temps et dans les vaisseaux du cou. Le volume du cœur est manifestement augmenté.

Les fonctions digestives sont dans le plus mauvais état possible; l'appétit est irrégulier, capricieux, porté vers les crudités, la salade, les fruits, que le malade ne peut digérer; il existe un profond dégoût pour les viandes, et ce n'est qu'en faisant un violent effort sur lui-même que M. P. parvient à manger les deux côtelettes de mouton qui constituent à peu près toute sa nourriture quotidienne, et dont l'ingestion provoque, chaque fois, des gonflements et de vives douleurs épigastriques, du malaise général, des flatuosités, des borborygmes, des nausées, de l'angoisse précordiale, un violent état de souffrance qui se prolonge pendant quatre ou cinq heures, et laisse ensuite le malade plongé dans un pénible accablement physique et moral. La constipation est opiniâtre; plusieurs lavements sont pris chaque jour. On constate une augmentation notable dans le volume du foie et de la rate.

Les pertes séminales nocturnes et diurnes sont plus fréquentes que jamais.

Au bout de trois semaines d'un traitement hydrothérapique dont l'application a présenté de nombreuses difficultés en raison de l'extrême susceptibilité du sujet, l'appétit devient plus vif, plus régulier, les digestions s'améliorent, les forces reviennent, le malade est plus gai; il a confiance dans le traitement et ne désespère plus de sa guérison.

7 *juin*. La gastralgie est vaincue; M. P. mange copieusement et digère fort bien; il fait de longues promenades sans essoufflement, sans palpitations; les selles sont quotidiennes et spontanées; l'anémie diminue chaque jour, le teint est bon, la peau fonctionne beaucoup mieux et a changé d'aspect; le cœur, le foie et la rate tendent à rentrer dans leurs limites physiologiques. Les pertes séminales diurnes sont très-rares, les nocturnes moins fréquentes.

7 *juillet*. Il n'existe plus de pertes séminales, ni diurnes, ni nocturnes; les douleurs et les pesanteurs de tête, les bourdonnements d'oreille, les migraines ont disparu; la mémoire et la vue sont redevenues bonnes; M. P. lit, écrit, travaille sans fatigue.

7 *août*. Des pollutions nocturnes ont de nouveau lieu deux ou trois fois par semaine, au grand effroi du malade, mais elles sont précédées de rêves érotiques et d'érection. D'après mon conseil, M. P. renoue, non sans une vive appréhension, des rapports conjugaux complétement interrompus depuis sept années.

7 *octobre*. M. P. quitte Bellevue complétement guéri, dans un état de bien-être physique et moral que quelques mois auparavant il croyait être à jamais perdu pour lui.

Dans cette observation, il est facile de saisir l'enchaînement des divers ordres de phénomènes morbides, de déterminer les symptômes dont la gastralgie est la cause directe ou indirecte, d'apercevoir les réactions réciproques des accidents les uns sur les autres.

Les troubles gastriques ouvrent la scène; la gastralgie *idiopathique* et *primitive*, est d'abord *simple* et *asthénique;* elle est combattue avec un demi-succès par les stimulants, les excitants; mais les habitudes du sujet se modifient; à un exercice musculaire exagéré succède le repos; une continence relative remplace de grands excès de coït, et alors, *le régime restant le*

L'urine contenait de l'albumine et à une certaine époque avait été sanguinolente.

On se demande, en présence d'une semblable observation, comment pouvait se faire la sécrétion urinaire, comment, surtout, une lésion aussi étendue donnait lieu pendant la vie à des symptômes si peu alarmants. Nous retrouverons, dans le cours de cette revue, des pièces qui pourraient suggérer cette réflexion : on peut quelquefois arriver pendant la vie à porter le diagnostic de ces kystes rénaux. On sent dans la région lombaire une tumeur insolite, indolente, fixe, profondément placée, présentant plusieurs bosselures. On peut par la palpation circonscrire assez bien la tumeur. A l'aide de la palpation, de la percussion, en tenant compte surtout du siége de la lésion et de l'étendue de la matité, on pourra arriver à déterminer que la lésion appartient bien au rein et non à la rate et au foie. Dans certains cas l'urine peut contenir de l'albumine et même du sang comme dans le cas rapporté par M. Jessé.

M. Blain des Cormiers a mis sous nos yeux une hémorrhagie des reins survenue dans le cours d'une fièvre scarlatine. Cette hémorrhagie était caractérisée par des caillots remplissant le calice et le bassinet. La vessie contenait aussi du sang mêlé à l'urine. Il s'était fait dans les organes une exhalation, comme cela arrive fréquemment dans le cours des fièvres éruptives.

Pour les tubercules dans les reins, je citerai les pièces de MM. Verneuil, Perret, Bailly.

Dans l'une, on retrouvait presque le type de ce genre d'altération : le tubercule avait surtout envahi le calice et le bassinet et infiltré leurs parois. Le rein offrait une série de loges purulentes communiquant entre elles à l'aide du bassinet.

Pour les autres, le rein était réduit à une espèce de coque fibreuse pleine de tubercules. Chose remarquable, aucun symptôme pendant la vie n'avait fait soupçonner cette altération!

L'une de ces pièces avait encore un autre intérêt. Le rein, déplacé, formait sur la paroi abdominale une tumeur assez volumineuse, mobile, placée sur le côté de la ligne médiane descendant vers la fosse iliaque, et avait donné lieu à une erreur de diagnostic. On l'avait pris pour un kyste de l'ovaire.

J'ai vu dans le service de M. Velpeau un exemple de déplacement d'un des reins. Un chirurgien avait pris cette tumeur pour la rate, un autre avait songé à une tumeur de formation nouvelle, et cependant la percussion faisait retrouver la rate dans sa position normale.

Ces déplacements du rein sont assez fréquents et ont donné lieu à toute sorte d'erreurs de diagnostic comme dans les faits que je viens de citer : un rein est pris pour un kyste de l'ovaire, pour une rate. Il y a quelques jours, un docteur bien connu lisait à l'Académie une observation dans laquelle une tumeur du rein avait constamment été prise pour une tumeur de la rate, et l'autopsie seule vint fixer le diagnostic.

A côté de cette pièce, je mentionnerai un cas de pyélo-néphrite, rapporté par M. Guyot. La maladie était consécutive à un rétrécissement de l'urètre, à une cystite purulente. Les deux reins étaient

même, la gastralgie devient *sthénique* d'asthénique qu'elle était; il survient, en outre, des pollutions manifestement liées à un état de surexcitation des organes génitaux.

On fait intervenir un traitement débilitant, stupéfiant; or, soit que celui-ci ait été trop énergique ou trop prolongé, soit que telle ait été la marche naturelle de la maladie, le caractère des accidents change encore une fois, et le sujet tombe dans une asthénie beaucoup plus grave, et dont il ne se relèvera qu'au bout de biens des années et grâce à l'hydrothérapie.

Sous la double influence des désordres de la digestion et des pertes séminales l'anémie se développe, l'innervation se trouble, et le malade se débat dans le cercle vicieux d'une gastralgie *compliquée*.

Je dois signaler d'une manière toute particulière un phénomène dont le développement se rattache à l'altération du sang et aux modifications subies par l'innervation, la circulation capillaire périphérique et l'état organique et fonctionnel de la peau; je veux parler de *l'augmentation du volume du cœur, du foie et de la rate*. Ce phénomène remarquable, sur lequel j'ai déjà appelé l'attention des praticiens dans mon travail sur les *congestions sanguines chroniques* (1), sera prochainement l'objet d'un mémoire spécial.

Enfin une médication énergique, efficace, est dirigée contre la gastralgie; à mesure que les digestions s'améliorent, que la circulation capillaire et l'innervation, que la vitalité se rétablissent, l'anémie décroit, les pertes séminales *asthéniques* diminuent de fréquence et finissent par s'arrêter complétement. L'économie rentre de plus en plus dans l'exercice régulier de ses forces et de ses fonctions, et alors quelques pollutions nocturnes se montrent de nouveau; mais celles-ci sont évidemment *sthéniques*, physiologiques et analogues à celles qui se manifestent chez les convalescents; il suffit, en effet, pour les faire disparaître, d'accorder une légitime satisfaction aux besoins et aux droits génésiques de l'organisme. Dès lors tout rentre dans l'ordre et la guérison est complète.

Observation X. — M. B., âgé de trente et un ans, d'une belle constitution, d'un tempérament nerveux très-prononcé, ayant toujours joui d'une bonne santé, a parcouru la Suisse, à pied, dans l'été de 1850. Pendant ses pérégrinations alpestres, qui ont duré cinq mois, M. B., qui usait et abusait de la cuisine du Café de Paris, a voulu, dit-il, *se mettre au vert*, et il a vécu pastoralement de lait, de fromage, de légumes, de fruits, de pain bis et d'eau fraîche.

De retour à Paris, au mois de novembre, M. B. se crut parfaitement en droit et en état de reprendre ses anciennes habitudes; mais dès son premier dîner il éprouva, non sans étonnement, une vive chaleur à l'épigastre, du gonflement, des éructations acides, du malaise, de la pesanteur de tête, etc. Quelques verres de vin de plus, pensa M. B., mettront mon estomac à la raison et lui apprendront que je n'entends pas me soumettre, à perpétuité, au régime des bergers de l'Helvétie. Mais bordeaux et champagne, bourgogne et madère ne firent qu'aggraver les accidents, et M. B. fut obligé, après six semaines de tentatives infructueuses, d'en revenir au laitage, à l'eau et aux viandes blanches. Mais ce nouveau régime n'eut ni les effets qu'il avait eus en Suisse, ni ceux qu'on en attendait à Paris; s'il rendit les accidents gastralgiques moins intenses, il ne les fit point disparaître, et les digestions restèrent laborieuses, pénibles, accompagnées de gonflement épigastrique, de pesanteur de tête et d'une espèce de torpeur générale très-désagréable. Pendant six mois M. B. passa alternativement, et à maintes reprises, du régime tonique et excitant au régime débilitant, espérant toujours, mais en vain, avoir atteint le terme de sa gastralgie.

En mai 1851, après des souffrances plus vives provoquées par huit jours de véritables excès gastronomiques et bachiques, M. B. réclama les conseils de M. Cruveilhier. « Commencez, lui dit l'illustre praticien, « par laisser reposer votre estomac des excès, en sens contraire, dont « vous l'avez fatigué depuis plusieurs mois; soumettez-vous avec per- « sévérance et régularité, pendant deux mois, à un régime non débili- « tant, mais doux, quoique suffisamment nutritif; mangez des viandes « blanches, du poisson, buvez du vin de Bordeaux coupé avec de l'eau; « revenez ensuite, mais lentement, graduellement, à une alimentation « plus forte et gardez-vous surtout des excès de table et de vin. Si ces « moyens, bien simples, ne suffisent pas pour vous guérir, allez aux « eaux de Plombières. »

Ces sages conseils ne furent pas suivis, M. B. ne put pas résister aux occasions, aux invitations, à l'exemple, aux entraînements et son état resta à peu près le même. Vers la fin de juillet il se rendit aux eaux d'Ems où la santé fut encore sacrifiée aux plaisirs.

Pendant l'hiver de 1852, M. B. prit la résolution de se traiter sérieusement; mais, fort impatient de sa nature, il consulta successivement plusieurs médecins sans suivre exactement les prescriptions d'aucun d'eux, et il parcourut ainsi toute la série des médicaments dits antigastralgiques, depuis le fer jusqu'à l'opium, en passant par le bismuth, la noix vomique, etc.

Au mois d'avril se manifestèrent, pour la première fois, du côté des fonctions génésiques, des phénomènes qui exercèrent une vive et fâcheuse influence sur le caractère du malade et le jetèrent dans une tristesse, dans une hypocondrie qui, dès lors, ne firent qu'aller en augmentant. Tantôt l'excitation cérébrale, le désir vénérien faisaient défaut et ne répondaient pas à l'intention, à la volonté de M. B.; tantôt les organes génitaux trahissaient le désir, et restaient flasques ou ne dépassaient pas une érection incomplète; tantôt enfin, et lorsque M. B. croyait être dans les conditions les plus favorables, le désir étant vif, l'érection vigoureuse, l'émission spermatique s'opérait prématurément et avant même l'introduction. Cet état de choses se prolongeant avec

(1) *Traité d'hydrothérapie;* pages 424 et suivantes.

---

pleins de pus. C'est la lésion des reins qui a déterminé la mort du malade.

Puis deux autres cas dans lesquels, à la suite d'un calcul retenu dans le bassinet, les reins ont été convertis en une poche purulente. Sur l'une de ces pièces, qui nous a été présentée par M. Landry, le rein droit, énormément dilaté, pouvait faire croire à une tumeur du foie.

Parmi les causes des affections des reins, la goutte est une des plus communes. M. Chairou nous en a rapporté un exemple. Le malade, qui avait eu, pendant la vie, plusieurs accès de goutte, qui présentait au niveau des articulations des doigts des déformations caractéristiques, qui avait rendu plusieurs fois de petits graviers (coïncidence de la gravelle et de la goutte sur laquelle insiste M. Rayer. Selon cet auteur, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, il se formerait dans l'urine des goutteux des concrétions d'acide urique), le malade, dis-je, succomba à une stomatite et une pharyngite intense.

Les reins atrophiés étaient très-adhérents aux parties voisines; ils étaient friables, les uretères dilatés et rouges annonçaient qu'il avait passé par là des calculs rénaux et que ces conduits avaient été le siége d'inflammation plus ou moins vive. La vessie, ratatinée, offrait un type de vessie à colonnes; de plus, les reins étaient criblés à leur surface de kystes de différentes grosseurs, altération qui paraissait être indépendante de la diathèse goutteuse.

Sur une pièce de M. Voisin, on voyait d'un côté, avec un rein atrophié, réduit presque à une coque fibreuse, un uretère dilaté et une artère rénale rudimentaire. L'autre rein avait augmenté de volume. On pouvait se demander s'il s'agissait d'une atrophie congénitale, mais l'uretère dilaté écartait cette idée, ou d'une atrophie résultant d'un calcul rénal qui serait descendu dans l'uretère et dans la vessie, et si l'atrophie de l'artère rénale n'avait pas été la conséquence de cette lésion, seconde hypothèse émise par M. Caudmont, paraissant la plus probable.

Nous devons à M. D'Ornellas deux observations de maladie de Bright avec phénomènes comateux et absence d'œdème, et à M. Charcot un rapport remarquable sur l'historique et la description de cette maladie.

Ces deux états pathologiques (absence d'anasarque, phénomènes cérébraux) se combinent souvent ensemble et rendent le diagnostic de la néphrite albumineuse fort difficile; l'une ou l'autre de ces complications, quelquefois l'une et l'autre en même temps, se rencontrent assez souvent, surtout en Angleterre et en Allemagne, où Grégory l'a noté vingt fois sur quarante.

Mais les accidents cérébraux peuvent se rencontrer dans la néphrite albumineuse et dans d'autres maladies des reins, la néphrite simple, la pyélite, les kystes avec ou sans acéphalocystes, etc. (Rayer), et dans ces cas, tantôt, comme dans les faits de M. D'Ornellas, il y a des lésions cérébrales qui expliquent ces symptômes; d'autres fois il n'en existe pas.

(*La suite au prochain numéro.*)

des vicissitudes diverses, M. B. s'en affecta profondément, en conçut un violent chagrin, lequel finit par se transformer en une résignation douloureuse et hypocondriaque. M. B. se crut atteint d'une affection de la moelle, d'un cancer de l'estomac, de spermatorrhée, etc.

Sous l'influence de ces dispositions intellectuelles et morales les fonctions digestives se troublèrent de plus en plus, malgré un régime sévère, et, cette fois, régulièrement suivi. L'alimentation, quelle qu'elle fût, une aile de poulet, un peu de poisson, un verre de lait ou une côtelette de mouton, provoquait, non des douleurs vives, mais du gonflement, de la pesanteur à l'épigastre et à la tête, du malaise général, etc.

Au commencement du mois d'août, M. B. partit pour Vichy; il en revint au mois d'octobre n'en rapportant, pour tout bénéfice, qu'un amaigrissement considérable, une constipation opiniâtre et une impuissance complète.

Pendant six mois M. B. cessa toute espèce de traitement, se renferma chez lui et y vécut en misanthrope et en hypocondriaque.

Au printemps de 1853, M. B., cédant aux sollicitations d'un ami, vint s'installer à Bellevue pour y suivre un traitement hydrothérapique, lequel fut commencé le 17 avril et terminé le 17 novembre par une guérison complète.

Voici un exemple très-rare de gastralgie simple, idiopathique, ne reconnaissant pas d'autre cause première qu'une alimentation mal dirigée, entretenue ensuite par des écarts de régime en sens différents, et qui finit par devenir une maladie grave et rebelle, plongeant le sujet dans l'amaigrissement, l'hypocondrie et l'impuissance.

Dans cette observation, ainsi que dans la précédente, on voit les organes génitaux participer aux troubles fonctionnels de l'organisme; cette complication se montre en effet très-fréquemment chez les gastralgiques, surtout lorsque la maladie est ancienne, accompagnée d'anémie et d'hypocondrie; alors l'anaphrodysie est très-fréquente, et nous verrons, plus loin, qu'il en est de même chez les sujets atteints d'une congestion chronique du foie ou de la rate. L'impuissance peut être accompagnée et produite par des pertes séminales involontaires; mais souvent elle existe en l'absence de toute spermatorrhée et c'est plus particulièrement dans ce cas qu'elle devient, pour les malades, l'objet d'une vive préoccupation et parfois d'un véritable désespoir. Les choses peuvent se présenter, d'ailleurs, sous plusieurs aspects différents.

Tantôt l'impuissance est en même temps cérébrale et génitale; les idées, les désirs génésiques sont éteints et les malades restent assez indifférents à l'inertie de leurs organes.

Tantôt les idées et les désirs vénériens naissent encore dans le cerveau, mais l'érection du pénis fait défaut, et c'est alors que les malades s'affectent outre mesure de cet état et s'en préoccupent à l'exclusion, parfois, de tous les autres troubles fonctionnels.

Tantôt, enfin, des érections mécaniques, pour ainsi dire, se manifestent encore plus ou moins souvent, mais elles n'ont pas la puissance de faire naître les idées et les désirs génésiques; elles ne sont pour les malades qu'un phénomène incommode, et c'est avec répugnance, lorsque des pollutions nocturnes ne sont pas venues les suspendre pour un certain temps, qu'ils se décident à pratiquer le coït.

Autour de ces trois formes principales j'ai vu se grouper des formes exceptionnelles très-bizarres. Parfois les désirs et les érections sont énergiques, incessants, de jour et de nuit, lorsque le sujet est isolé et que l'imagination seule est en jeu; mais qu'une femme survienne et tout s'évanouit. M. A. est violemment excité par la vue, par le contact, par la conversation des femmes; mais si, au moment où les désirs et l'érection sont à leur apogée, il veut leur donner satisfaction, désirs et érection disparaissent. Chez M. B. l'obstacle réside dans une émission prématurée s'opérant soit au moment de l'introduction, soit même plus tôt encore et sous la seule influence du contact ou même de la vue d'une femme. Ces émissions prématurées ont lieu tantôt avec, tantôt sans érection du pénis. Chez M. C. les désirs et les érections sont énergiques, l'introduction a lieu, mais les efforts de coït les plus prolongés sont impuissants à provoquer l'émission spermatique. Il en était ainsi chez le neveu de l'un de nos confrères les plus distingués; mais chez lui, chose remarquable, la masturbation manuelle amenait facilement le résultat vainement demandé au coït.

Le médecin ne doit pas attacher une trop grande importance à ces troubles, à ces anomalies des fonctions génitales, et, à moins d'indications particulières, s'abstenir de tout traitement dirigé spécialement contre eux; on les voit disparaître peu à peu et spontanément, à mesure que l'ordre se rétablit dans les fonctions de nutrition, de circulation et d'innervation générales. Il importe, toutefois, de rassurer les malades à cet égard et de les soustraire à une préoccupation trop vive, car souvent le souvenir du passé, la crainte, l'appréhention, la honte, prolongent des phénomènes qui n'ont plus de raison physique d'être, et donnent lieu à une impuissance *morale* semblable à celle qui frappe les hommes les plus vigoureux et les plus passionnés, sous l'influence d'un désir trop ardent, d'une émotion trop vive, d'une circonstance imprévue, etc.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — Service des Calculeux. — M. Civiale.

Il y a en ce moment dans le service, un cas de rétrécissement qui présente des particularités dignes de remarques:

Un marin, âgé de vingt-six ans, à la suite d'excès de coït à Montévidéo, s'aperçut, trois jours après, d'un écoulement urétral, qui fut jugé peu grave par le médecin du bord, mais qui persista, augmenta même pendant la traversée, au point qu'en arrivant à Brest, il survint une urétrite cordée, suivie d'un écoulement de sang que le malade évalue à 2 litres, et de grandes difficultés d'uriner, avec un gonflement local considérable. Après quelques jours passés à l'hôpital de Brest, le malade vint à Paris, où une orchite vint s'ajouter aux lésions de l'urètre.

Le 8 janvier 1854, il fut reçu à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Robert, qui eut recours aux antiphlogistiques et aux sondes. Peu satisfait du résultat, ce chirurgien se décida, le 16 février 1854, à pratiquer l'urétrotomie. Les tissus qui formaient le rétrécissement étaient indurés et fort résistants. On eut de la peine à les diviser; le malade souffrait horriblement, il fallut recourir au chloroforme.

La manœuvre dura 28 minutes.

Cette opération n'eut pas le succès qu'on en attendait. Il y eut trois abscès au testicule, et Grenier sortit de l'hôpital le 25 avril.

Le 9 janvier 1855, il rentra dans le service de M. Robert; on eut de nouveau recours aux émollients et aux sondes, mais encore cette fois sans succès. Le 9 mars suivant, le malade sortit de l'hôpital et se présenta dans mon service.

Nous avons constaté trois rétrécissements: le premier au méat urinaire; le second, à 2 pouces en arrière, avec une nodosité ovoïde, de 1 pouce 1/2 de longueur, d'une dureté considérable et très-rétractile; le troisième est sous l'arcade pubienne. Le canal, à l'endroit du second rétrécissement, était si étroit que les plus petites bougies passaient difficilement. Après dix jours de leur emploi, j'introduisis un petit urétrotome à olive, et je fis une première incision superficielle qui agrandit la lumière du point rétréci et facilita le passage de bougies plus volumineuses. J'ai divisé ensuite le méat urinaire, et je me propose de faire, sur le rétrécissement principal, une nouvelle incision, longue et profonde, qui divisera tous les tissus malades, toujours en procédant d'arrière en avant.

Mais l'irritation locale est si grande, que l'urètre supporte difficilement le contact d'un corps étranger. A l'hôpital Beaujon, on fut même obligé de recourir au chloroforme pour pratiquer l'opération. Les tissus malades sont d'une rétractilité remarquable. On perd en quelques jours l'effet de la dilatation. Du reste, le malade est inquiet, indécis, irrésolu, et se décourage facilement.

La multiplicité des coarctations est une circonstance toujours défavorable qui gêne la manœuvre et retarde la guérison. Par tous ces motifs, il devient nécessaire de redoubler de soins et de précautions.

Porter un instrument tranchant dans la partie profonde de l'urètre, est toujours une opération délicate et souvent semée de difficultés et d'écueils. Dans tous les cas, elle exige, pour être bien faite, que le chirurgien soit fixé sur la situation, le nombre, la longueur des rétrécissements, le degré de lumière que conserve le point rétréci, l'épaississement et la dureté des parois urétrales. Ces notions préliminaires, et la distinction des cas à l'endroit de l'opportunité de l'incision, font la base de toute pratique rationnelle. Ajoutons que l'art, pour établir un diagnostic rigoureux, possède des moyens faciles et sûrs.

L'utilité de l'urétrotomie une fois reconnue, le chirurgien doit fixer d'avance l'étendue et la profondeur à donner à l'incision, de manière à diviser tout ce qu'il faut et pas plus qu'il ne faut. Sous ce rapport aussi l'art a atteint un degré de précision qui peut paraître exagéré à quelques théoriciens, mais qui est constaté par la pratique de chaque jour, et que comprennent d'ailleurs tous ceux qui veulent prendre la peine d'étudier les dispositions de l'urétrotome et les règles de son application.

Pendant la manœuvre, je ne saurais trop vous recommander d'éviter avec le plus grand soin les mouvements brusques, saccadés, empreints de violence.

Après la division des tissus malades, des précautions non moins importantes sont encore exigées. Il est constaté que la plupart des accidents consécutifs de l'urétrotomie tiennent moins à l'incision elle-même qu'à la manière de la pratiquer et aux manœuvres exécutées ultérieurement, soit pour s'assurer si la division des tissus est suffisante, soit pour tenir écartées et faire cicatriser séparément les lèvres de la plaie. Les précautions, dont je viens de rappeler les principales, utiles toujours, deviennent indispensables dans les cas graves et compliqués, analogues à celui que nous avons sous les yeux. Elles offrent le moyen le plus certain d'écarter ou du moins d'atténuer des accidents qu'on a mis sur le compte de l'opération, et qui sont en grande partie le fait de l'opérateur.

Ma conviction à cet égard est établie par des faits nombreux que j'ai recueillis depuis plus de dix ans. Cependant, quelques chirurgiens, entre autres M. le docteur Maisonneuve, cherchent à faire prévaloir une pratique différente, ainsi qu'on le voit dans un article récent, publié dans le *Moniteur des hôpitaux*, et intitulé :

« Nouveau procédé pour l'urétrotomie d'avant en arrière,
« permettant la guérison immédiate des rétrécissements sans
« dilatation préalable. »

Sous ce titre, qu'à dessein je transcris littéralement, l'auteur propose un procédé *nouveau*, qui, « par la simplicité et la « facilité de son exécution, paraît, dit-il, devoir faire une vé« ritable révolution dans le traitement des rétrécissements de « l'urètre; il ajoute que ce procédé, comblant une lacune re« grettable, permettra l'application facile et sûre de la mé« thode d'incision, *à tous les degrés de la maladie*, et cela sans « dilatation préalable. » L'auteur fait cette opération au moyen d'un urétrotome à double fin, coupant d'avant en arrière et d'arrière en avant, qu'il adapte à une bougie préalablement introduite au-delà de la coarctation et qui sert de conducteur. A l'aide de cet appareil, il incise d'avant en arrière tous les rétrécissements qu'il rencontre dans le canal, et en retirant l'instrument il coupe de nouveau d'arrière en avant et jusqu'au méat urinaire les coarctations déjà incisées, mais qui offrent encore de la résistance.

Ce procédé n'est pas nouveau. On en a fait même quelques applications, dont le résultat n'a pas été satisfaisant, et on y a renoncé.

Sera-t-on plus heureux en augmentant la longueur de la bougie conductrice et parce qu'au lieu de faire corps avec l'urétrotome, comme cela a lieu dans les instruments connus, elle ne lui sera réunie qu'après avoir été introduite dans le canal, ainsi qu'on le veut aujourd'hui? Il n'y a aucune raison de le penser.

Faisons remarquer d'abord que l'urétrotomie d'avant en arrière est une opération toujours aventureuse, et qu'il faut la réserver pour certains cas spéciaux et bien déterminés de rétrécissements, situés à la partie pénienne de l'urètre. Chercher à généraliser cette opération et présenter comme une chose utile la possibilité de la pratiquer immédiatement et sans traitement préalable, ce serait faire rétrograder l'art et se placer dans les conditions les plus défavorables.

Il ne faut point perdre de vue que l'emploi préalable des bougies constitue le point le plus important du traitement préparatoire et qu'il a pour effet constant de modifier, d'émousser la sensibilité, et de diminuer la contractilité de l'urètre. Chez un malade ainsi préparé, le chirurgien est plus à l'aise; il manœuvre avec d'autant plus de facilité et de précision qu'il y a moins de douleur, et la réaction est moins à craindre. Pourquoi se priver de ces avantages?

Ce qu'il y a de plus en dehors des règles établies, dans le procédé dont il s'agit, c'est de prétendre diviser d'emblée successivement, et pour ainsi dire à l'aventure, tous les rétrécissements qui se présentent. C'est là une pratique que n'adopteraient certainement pas les chirurgiens prudents, habitués à traiter les maladies des voies urinaires.

Quant à la proposition de recourir toujours à l'instrument tranchant, et à l'inutilité de combiner les méthodes de l'incision et de la dilatation, ces questions sont à peu près jugées aujourd'hui.

Dans tous les cas, avant de propager la doctrine qui veut *que l'incision soit la véritable et seule méthode curative des rétrécissements*, il eût été prudent de voir ce que vaut cette méthode. Or, la pratique de ceux qui l'ont établie, ne peut plus laisser de doute dans l'esprit des praticiens. Si cette méthode ne recrute, ainsi qu'on le reconnaît, aucun partisan parmi les médecins et parmi les malades, pourquoi l'adopter? Pourquoi la propager? Peut-on espérer d'en faire disparaître les vices à l'aide des modifications que je viens d'indiquer? Cela est peu probable. Dans tous les cas, il eut été prudent d'attendre le mot de l'expérience avant de proclamer la certitude de la manœuvre et la guérison immédiate.

Vous savez, Messieurs, que je me suis beaucoup occupé de l'urétrotomie, que mes travaux ont contribué a en régulariser l'application et à en assurer le succès. C'est un devoir pour moi de dégager cette méthode de tout ce qui peut enrayer sa marche et de vous détourner de la fausse voie qu'on vous présente. Ici je pourrais d'autant moins garder le silence que les opinions que je combats émanent d'une source plus élevée et qu'elles sont exposées avec une grande confiance. E. Crouzat.

Hôpital Lariboisière. M. Chassaignac.

DES DIVERS MODES DE FIXATION DE LA CANULE DANS LA PLAIE, APRÈS LA TRACHÉOTOMIE.

Divers moyens peuvent être mis en usage pour fixer la canule.

Celle-ci une fois introduite, on peut la maintenir à l'aide de fils ou de rubans que l'on attache sur la nuque. Ces liens doivent être assez solidement noués pour que la canule ne soit pas chassée hors de la plaie par un effort de toux; mais il ne faut pas qu'ils soient trop serrés, car ils pourraient gêner la circulation dans les vaisseaux du cou.

Aux fils et aux rubans qu'on emploie habituellement comme moyens de fixation, nous avons souvent substitué avec avantage des cordons de caoutchouc qui, par le fait de leur élasticité, n'entravent pas, comme les fils inextensibles, le cours du sang veineux.

Chez un de nos opérés, voulant donner à la canule la fixité nécessaire, j'ai eu recours au procédé suivant:

Avec une épingle à suture on traverse les deux lèvres de la plaie cutanée à l'extrémité inferieure de la plaie, au-dessous du point où siège la canule. On pratique sur cette épingle quelques tours de suture entortillée, et sur cette espèce de cheville solidement établie, on attache des fils passés dans chaque anse latérale de la canule, de manière à ce que celle-ci fasse système avec l'épingle qui lui donne toute la fixité désirable.

Pour le cas où le procédé de fixation que nous venons de décrire viendrait à être adopté d'une manière générale, nous ferons remarquer qu'il serait préférable de faire la suture entortillée au-dessus et non au-dessous de la canule.

En effet, en plaçant la suture au-dessous comme je l'ai fait :

1° On convertit l'extrémité inférieure de la plaie en une espèce de godet où la suppuration peut s'entasser et fuser jusque dans le médiastin antérieur.

2° Quel est le mouvement que fait la canule, quand elle tend à s'échapper? C'est un mouvement de révolution ou d'arc de cercle dans lequel la convexité de la canule, c'est-à-dire sa partie supérieure, décrit un mouvement plus étendu que la concavité. On agit donc d'une manière bien plus sûre en prévenant à son origine le mouvement d'arc de cercle et en agissant principalement sur la partie supérieure de la canule.

L'observation que nous allons rapporter mettra en évidence les avantages qu'on peut retirer de ce procédé nouveau que nous avons imaginé pour la fixation du tube métallique.

Observation. — *Croup. — Trachéotomie. — Nouveau mode de fixation de la canule. — Cessation des accidents asphyxiques par l'opération. — Pneumonie intercurrente.* — Mort, quatre jours après l'opération.

Le jeudi 15 mars 1849, M. le docteur Fougeirol me fit appeler auprès d'une petite malade âgée de quatre ans, qui depuis le samedi précédent, présentait tous les syptômes du croup le mieux caractérisé. En examinant le fond de la gorge j'aperçus des fausses membranes très-disctinctes sur les amygdales et les piliers du voile du palais. La respiration était râlante, et l'enfant paraissait plongé dans un état stertoreux. Le teint présentait cette pâleur cuivreuse que j'ai observée dans les asphyxies lentes. A cet égard, je ferai remarquer la grande différence de coloration de la peau dans les cas d'asphyxie prompte et dans les cas d'asphyxie lente. Dans les premières la couleur de la peau est violacée et cyanosée; il y a un état turgide de la face. Dans l'asphyxie lente, au contraire, la peau est pâle, d'une teinte livide métallique. Le pouls était petit, fréquent, une sueur froide couvrait la peau. La tête était fortement renversée en arrière et par instants la suffocation devenait imminente. Le traitement employé jusque là avait consisté en applications de sangsues à la gorge, vomitifs répétés, vésicatoires, frictions mercurielles sur le col, synapismes, etc.

Malgré l'emploi le plus énergique de tous ces moyens les accidents suivaient une marche progressive, et quand à cinq heures de l'après-midi, le 15 mars, je vis la malade avec M. Fougeirol, tout espoir semblait à peu près perdu.

J'ai déjà parlé des symptômes observés; toutefois, au moment de prendre un parti définitif sur l'opération, il restait une question à résoudre, celle de savoir à quel degré le poumon était intéressé. A gauche il y avait un peu de matité, à droite la sonoréité était bonne. L'enfant, quoique dans une situation bien grave, luttait encore avec cette énergie qui témoigne d'une vitalité forte. Les parois de la poitrine se soulevaient avec vigueur, et si l'inspiration n'était pas profonde, l'action musculaire pour l'effectuer était fortement accusée.

Les indications d'opérer nous paraissant décisives, nous résolûmes, M. Fougeirol et moi, de faire l'opération de la bronchotomie. J'y procédai avec l'assistance de cet honorable confrère et de plusieurs autres personnes qui entouraient la petite malade.

Après avoir incisé sur la ligne médiane la peau et les parties sous-jacentes, je mis très-promptement à découvert la trachée. Cela fait, il s'agissait d'être bien fixé sur trois points : 1° déterminer la limite supérieure de l'incision trachéale; 2° porter la trachée en avant pour l'inciser avec plus de facilité; 3° donner à ce conduit avant l'incision, toute la fixité désirable.

Pour arriver d'emblée sur le cartilage cricoïde, je remontai avec l'indicateur de la main gauche, à partir de l'extrémité inférieure de la plaie, le long de la trachée, jusqu'à ce que le doigt fût arrêté tout court par le relief du cartilage cricoïde. Une fois le bord inférieur du cricoïde saisi avec l'ongle de l'indicateur gauche, j'accrochai ce cartilage avec une érigne que je tenais de la main droite et à laquelle je fis décrire un mouvement en arc de cercle, pour engager le bord du cartilage dans la courbure de l'érigne.

Le temps de l'opération étant accompli, j'amenai la trachée en avant et je divisai avec la plus grande facilité les anneaux de ce conduit.

Une fois la trachée divisée dans le sens de sa longueur, j'appliquai sur chaque lèvre de la plaie trachéale une érigne à long manche et à crochet très-petit. Au moment où la plaie fut rendue béante par l'action des érignes, des fragments de fausse membrane furent lancés avec assez de force pour nous atteindre à la figure. J'en ramenai plusieurs avec les petits écouvillons.

Avec une épingle à suture, je traversai les deux lèvres de la plaie cutanée, à l'angle inférieur de celle-ci, au-dessous du point où siégeait la canule. Je pratiquai sur l'épingle quelques tours de suture entortillée, et sur cette espèce de cheville solidement établie, j'attachai des fils passés dans chaque anse latérale de la canule, de manière à ce que le tube métallique fît système avec la suture entortillée.

L'enfant éprouva un soulagement manifeste dans sa respiration. Elle continua à bien aller le lendemain et le surlendemain; mais le quatrième jour après l'opération, elle succomba au progrès de la pneumonie.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'AMPUTATION DU BRAS DANS L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE ;

par M. Boulard,

(*aide d'anatomie à la Faculté de Paris.*)

« Les procédés ont été ici multipliés outre mesure (1). » Il paraît donc, au premier abord, au moins inutile d'en ajouter un de plus; car, en présence de cette surabondance déjà condamnée, le sort d'un nouveau venu ne semble guère douteux. Mais il ne s'agit pas ici d'un procédé nouveau; c'est une simple modification, une combinaison quelque peu éclectique de divers procédés, qui m'a paru avoir pour avantage de rendre la manœuvre plus facile, plus rapide, et de permettre au chirurgien d'opérer le malade couché. J'ai pu m'en assurer nombre de fois, dans le cours de ces deux dernières années, pendant lesquelles j'ai fait pratiquer cette opération par mes élèves, en les exerçant à répéter comparativement les procédés principaux. Cette opinion a, du reste, été celle de plusieurs de mes collègues auxquels j'ai fait connaître cette modification.

L'amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale peut être exécutée suivant trois méthodes : la méthode circulaire, la méthode ovalaire, la méthode à lambeaux; celle-ci se subdivise en deux sous-méthodes, à un ou à deux lambeaux. Il n'en est pas une qui ne soit passible de quelque reproche. Ainsi, elles nécessitent presque toutes, pour le malade, la position assise. Dans la méthode circulaire, et notamment dans les procédés de Sanson et d'Alanson, comme dans la méthode ovalaire, on court le danger, en raison de la saillie prononcée que forme l'acromion à la partie supérieure de la plaie, de laisser à nu la surface glénoïdienne; et reporter le sommet du A à un pouce au-dessous de cette apophyse, à l'aide de l'incision simple de Larrey (Λ), ce n'est qu'en partie obvier à cet inconvénient. D'une autre part, si, pour donner une étendue suffisante aux lambeaux qui devront recouvrir les surfaces osseuses, on descend cette incision simple à plus d'un pouce, on s'expose à exagérer la difficulté qu'éprouve le chirurgien, lorsqu'il s'agit *d'aller déterrer la tête humérale dans la concavité de la voûte acromio-coracoïdienne* (Malgaigne); difficulté qui se retrouve dans tous les procédés anciens, et que Lisfranc n'a pu réussir à tourner qu'en en créant un dont la conséquence est la formation d'une plaie beaucoup trop étendue, et dont l'exécution n'est pas au reste toujours très-simple, quand la courbure de l'apophyse acromion un peu trop prononcée oppose à la marche du couteau un obstacle presque infranchissable.

Enfin, dans toutes ces méthodes, le tronc, ou au moins quelques-unes des branches principales du nerf axillaire, sont coupées, et ainsi que le fait remarquer M. Malgaigne (2), il peut en résulter quelques inconvénients.

C'est ainsi que, dans sa clinique chirurgicale, Larrey raconte avoir vu deux vétérans chez lesquels l'opération, déjà fort ancienne et faite par la méthode à un lambeau, avait eu pour résultat la formation d'une cicatrice transversale, surmontée d'un bourrelet charnu, épais et indolent, constitué par un lambeau, et frappé d'un sentiment de froid insupportable.

On peut donc, en résumé, grouper tous les procédés en deux catégories : avec tous ceux de la première, l'opération présente des difficultés notables; ceux ou plutôt celui de la seconde ne fait parfois que changer la difficulté, et, en tous cas, il donne lieu à une plaie beaucoup trop grande.

Aussi, dans l'appréciation des divers procédés, un grand nombre de chirurgiens donnent la préférence à celui de Larrey. Pour justifier encore mieux cette préférence et rendre l'exécution facile, il suffit d'une petite modification dont l'idée m'a été suggérée par l'ingénieux perfectionnement que M. Malgaigne a fait subir au procédé indiqué par M. Baudens, pour la résection de la tête humérale.

---

(1) Malgaigne, *Manuel de méd. opér.*, 1854, page 306.

(2) *Anat. chir.*, tome 2, page 400.

Le malade est assis ou mieux couché sur le dos, le bras à opérer légèrement écarté du tronc, et l'épaule dépassant un peu le bord du lit. Pour amputer le bras gauche, le chirurgien se place en dehors, saisit ce membre de la main gauche, recherche avec soin la saillie que présente sous la peau l'apophyse coracoïde; puis, armant sa main droite d'un petit couteau à amputation, il l'enfonce perpendiculairement en dehors et au-dessus de cette apophyse, jusqu'à la rencontre de la tête humérale, de façon à commencer son incision au sommet du triangle coraco-claviculaire. Alors, abaissant la main, il incline le couteau à angle de 45 degrés et fait une incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors, qui se termine sur la face externe du moignon de l'épaule, à deux travers de doigt au-dessus de l'insertion humérale du deltoïde.

Dans ce trajet, le couteau doit diviser toutes les parties molles jusqu'à l'os, peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscle deltoïde, ligament coraco-acromial, partie supérieure de la capsule.

Sur cette première incision, le chirurgien en fait tomber une seconde, dirigée obliquement de bas en haut, et qui, partant du bord antérieurs du creux de l'aisselle, tout près de l'insertion humérale du grand pectoral, vient aboutir sur la première, à trois ou quatre centimètres au-dessous de l'apophyse coracoïde. Un aide écarte et relève les deux lambeaux, en comprimant les branches artérielles qui pourraient donner du sang, et l'articulation est découverte précisément au niveau du point où la voûte scapulo-claviculaire fait défaut. Rien de plus facile et de plus rapide que d'ouvrir la capsule de l'articulation, ainsi mise à nu, par une incision demi-circulaire. Il n'est pas besoin d'ajouter que dans cette section de la capsule, le couteau divise les tendons qui la renforcent, et que, pour rendre ce temps de l'opération plus facile, le chirurgien doit, de sa main gauche, faire exécuter à l'humérus un mouvement de rotation de dehors en dedans.

Aussitôt le bras est porté en arrière et en dedans, la tête de l'humérus est luxée en haut et en avant; le couteau, passant derrière elle, coupe à plein tranchant le reste de la capsule; puis, réunissant les extrémités inférieures des deux incisions obliques, divise d'un seul coup, en suivant la même direction oblique, le reste des parties molles dans lesquelles sont encore contenus les nerfs et les vaisseaux axillaires.

S'il s'agissait d'opérer sur le bras droit, le chirurgien se placerait en dedans du membre et commencerait par l'incision la plus courte. Plongeant le couteau au sommet du triangle coraco-claviculaire, il le dirigerait obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, jusqu'au niveau du bord antérieur de l'aisselle, en coupant le grand pectoral tout près de son insertion humérale; puis il procéderait à l'incision externe, faite alors de bas en haut, partant à deux travers de doigt au-dessus de l'insertion humérale du deltoïde, du milieu de la face externe du moignon de l'épaule, et venant se terminer sur la première à quatre centimètres au-dessous de l'apophyse coracoïde.

Ainsi qu'on peut le voir, ce procédé est calqué sur celui de Larrey, et en présente tous les avantages; mais, de plus, il est d'une exécution beaucoup plus facile, et le cède à peine sous ce rapport au procédé de Lisfranc : il permet beaucoup mieux de recouvrir la surface de l'articulation, reporte la cicatrice en avant, et l'expose dès lors un peu moins à l'action des corps extérieurs, prévient la section du nerf axillaire ou de ses branches; enfin, permet d'opérer le malade couché ou au moins dans la position horizontale, ce qui, pour l'emploi du chloroforme, ne laisse pas que d'offrir un certain avantage (1).

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

SUR LA PRÉPARATION DU CAUSTIQUE DE LANDOLFI.

Ce caustique, employé contre les cancers, en Allemagne et surtout en Italie, se prépare avec parties égales de chlorure de zinc, d'antimoine, d'or et de brome; on ajoute au mélange une quantité suffisante de farine pour lui donner la consistance nécessaire. M. Quevenne conseille les proportions suivantes :

Chlorure de zinc, tombé en deliquium. .	5	grammes.
Chlorure d'antimoine en deliquium. . . .	5	—
Chlorure d'or.	5	—
Chlorure de brome.	5	—
Farine.	20	—
Eau.	18	—

On triture le chlorure d'or dans un mortier de porcelaine, avec les chlorures de zinc et d'antimoine, on ajoute les 18 grammes d'eau et la moitié de la farine pour faire une pâte un peu liquide; alors on verse le chlorure de brome, et on agite le plus promptement possible avec le restant de la farine.

La quantité de vapeurs bromiques qui se dégagent pendant cette manipulation est tellement considérable, qu'il faut, pour ne pas être incommodé, avoir soin d'opérer en plein air.

Le caustique de Landolfi, préparé comme il vient d'être dit, forme une pâte de bonne consistance et d'une couleur rouge brique.

En raison du prix élevé du chlorure d'or, quelques chirurgiens conseillent de le retrancher. On n'a pas remarqué que, par cette suppression, les propriétés du médicament fussent changées d'une manière sensible.

Ce caustique présente l'inconvénient d'occasionner des douleurs très-vives; en ajoutant à la masse de la poudre d'opium, l'application en est moins douloureuse. TH. G.

(*Journal de Pharmacie.*)

POUDRE DE SEIGLE ERGOTÉ COMPOSÉE.

M. le docteur Lazowski recommande l'emploi de cette poudre dans le traitement des écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique :

Seigle ergoté	4	grammes	
Safran de mars apéritif. . . .	5	—	50 centigr.
Vanille pulvérisée.	25	centigrammes.	
Camphre pulvérisé.	25	—	

Mêlez et divisez en vingt paquets, que l'on doit prendre : un le matin à jeun, et un autre le soir en se couchant. Chaque prise est composée de 20 centigr. de seigle ergoté, 275 milligr. de safran de mars, 125 milligr. de vanille et 125 milligr. de camphre.

M. Lazowski fait remarquer qu'il arrive souvent que l'écoulement est entretenu uniquement par un état d'atonie de tout le système, ou seulement des organes génitaux; la vessie, la prostate ou le canal de l'urètre sont isolément ou simultanément frappés d'un relâchement qui entretient la blennorrhagie.

L'expérience a pleinement démontré à l'auteur la justesse de ces vues théoriques; aussi a-t-il pu guérir par ce moyen un grand nombre d'écoulements qui avaient fait pendant longtemps le désespoir des malades et des médecins. (*Journ. de chim. méd.*)

NÉCROLOGIE.

Nous avons la douleur d'annoncer qu'un des médecins militaires dont les premiers travaux avaient fait naître les plus légitimes espérances, M. MASSELOT, vient de succomber à une longue et cruelle maladie, dont l'origine remontait à 1849. Pendant l'épidémie cholérique de cette année, M. Masselot était chef de clinique médicale au Val-de-Grâce; avec cette abnégation, on peut dire exagérée, qu'il apportait à l'accomplissement de ses devoirs, M. Masselot, pendant toute la durée de l'épidémie, passa chaque jour de trois à quatre heures dans les salles de malades, et de sept à huit heures dans l'amphithéâtre, à étudier les lésions matérielles que la fatale maladie laissait dans les organes. M. Masselot fut des premiers à constater positivement les congestions, les extravasations sanguines dans les poumons, la présence de l'albumine dans les urines, etc. Nul doute que si la maladie ne fût venue interrompre ce rare zèle scientifique, M. Masselot ne nous eût donné le pendant de cette remarquable description de l'épidémie dysentérique de Versailles, qu'il a tracée en collaboration avec M. Follet, description dans laquelle se trouvent plusieurs observations entièrement nouvelles et parfaitement exactes. Malheureusement la santé naturellement un peu débile de M. Masselot ne put résister à l'excès d'un travail aussi malsain que celui de l'hôpital et de l'amphithéâtre. Nous le voyions à cette époque presque tous les jours; déjà, avant la fin de l'épidémie, des symptômes alarmants se manifestèrent, et néanmoins, malgré tous nos conseils, il continua avec la même assiduité, jusqu'à la disparition complète du choléra, le travail délétère qu'il avait commencé. Dès 1850, des symptômes de paralysie générale devinrent évidents, et, dans le courant de l'année, nous eûmes la douleur de le voir à Verdun et de constater un état qui ne laissait plus d'espoir. Un congé lui fut accordé par le colonel de son régiment (le 29e de ligne), où M. Masselot avait su se faire aimer comme partout où il était passé. L'administration a eu la paternelle générosité de lui continuer ce congé jusqu'à ses derniers moments, qui ont d'ailleurs été adoucis par le rare dévouement que M. Masselot a trouvé dans la meilleure des épouses et dans un jeune ecclésiastique, son beau-frère, qui lui a donné l'hospitalité pendant toute la durée de sa longue maladie. M. Masselot est mort à Elencourt, près Versailles, dans sa quarante-cinquième année.

(1) *Revue médico-chirurgicale.*

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *L'homœopathie proscrite au Val-de-Grâce. — La générosité à bon marché.* — Pour les Facultés comme pour les nations et les individus, les jours se suivent et ne se ressemblent pas; après la gloire, l'obscurité; après le calme, les orages; le succès après les échecs. — La Faculté de Paris qui avait vu ses avis dédaignés en ce qui concerne M. Gruby et M. X.... de Rio-Janeyro, vient de les voir suivis à l'égard de M. Milcent. Voici la lettre que publie l'*Art médical*, à la suite d'un article de polémique des plus remarquables par le style et la tenue :

« Monsieur le Rédacteur,

« En me faisant connaître les noms des médecins civils qu'il a mis à ma disposition pour être employés dans les hôpitaux militaires de Paris, M. le ministre de la guerre s'exprime ainsi qu'il suit :

« Je suis heureux, en vous notifiant ces nominations, de vous an« noncer que je ratifie celles de MM. les docteurs Lacroix, Gimelle, « C. Begin et Jadelot, que vous avez provisoirement désignés; mais « j'éprouve, d'un autre côté, le regret d'avoir à vous inviter à renon« cer au concours de M. le docteur Milcent, dont les doctrines mé« dicales n'ont pas le complet assentiment de la Faculté.

« Je vous prie de le remercier, d'ailleurs, en mon nom, de son as« sistance momentanée. »

« Il m'est personnellement très-pénible, Monsieur, d'avoir à vous notifier la décision de M. le Ministre de la Guerre, devant laquelle je suis forcé de m'incliner, puisqu'elle repose sur une question de doctrine que son administration a cru ne devoir pas accepter; mais je veux vous dire au moins tous les regrets que j'éprouve en renonçant au concours dévoué et éclairé que vous avez prêté à l'administration pendant le temps qu'elle a eu recours à vos services.

« Je vous prie d'en agréer la sincère expression, ainsi que celle de ma considération la plus distinguée.

« *L'intendant militaire de la première division*,
« Baron Barbier. »

Cette lettre est suivie de la ligne suivante, signée Tessier :

« C'est un défi que nous jette la Faculté : nous l'acceptons. »

Nous verrons probablement en quoi consiste l'acceptation de M. Tessier.

Puisque nous sommes amené à parler une seconde fois du service médical des hôpitaux militaires, confié, comme on sait, à des médecins civils, rapportons un petit épisode qui n'a pas laissé que de produire une certaine sensation parmi le corps médical des hôpitaux civils. On sait qu'un médecin fonctionnaire éminent avait été consulté par M. le maréchal ministre de la guerre sur la question de savoir si les médecins des hôpitaux civils accepteraient un service dans les hôpitaux militaires, et, au cas échéant, quelles propositions il conviendrait de leur faire pour les honorer. M. le ministre, qui est lui-même un savant distingué, et qui honore la science et ceux qui la cultivent, avait demandé s'il serait suffisant d'offrir aux médecins des hôpitaux civils une indemnité de 3,000 fr. — C'est trop, Monsieur le ministre, s'écria le généreux confrère, les médecins des hôpitaux n'accepteraient pas une pareille somme; 2,000 francs, c'est tout ce que leur dévouement leur permettra de recevoir. — Il paraît que les médecins des hôpitaux, lorsque cette communication leur a été faite, ont exprimé l'opinion qu'en fait de générosité, il ne fallait pas faire les choses à moitié, et qu'il fallait ou accepter purement et simplement l'offre très-convenable de M. le Ministre ou ne rien accepter du tout; en quoi nous sommes de leur avis. Mais d'autres ajoutaient que le confrère n'aurait peut-être pas été aussi généreux s'il s'était agi de la rémunération de ses propres services; en quoi nous sommes d'un avis tout différent.

— *Banquet des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.* — La liste de souscription pour le banquet que nous avons annoncé, et qui reste irrévocablement fixé au 12 mai courant, sera close jeudi prochain, 10 mai. Nos lecteurs savent qu'on peut souscrire chez MM. les commissaires dont les noms suivent :

MM. *Remilly*, à l'Hôtel-Dieu;
Parrot, à la Charité;
Tarnier, à la Pitié;
Garreau, à Saint-Louis;
Codet, à Lariboisière.

Le prix de la souscription est de 15 fr. — On peut souscrire de province par l'envoi d'un mandat de poste à l'un des commissaires. — On se réunira, *à six heures, aux Frères-Provençaux.*

— *La Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses comités. M. le professeur Rostan a été élu *président* et M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, *vice-président* pour l'année 1855-1856. Ont été réélus : *Trésorier*, M. Labrie; *secrétaire général*, M. Roger (Henri); *secrétaires particuliers*, MM. Hérard et Moutard-Martin. Ont été nommés membres du *Conseil d'administration*, MM. Beau, Bourdon, Bouvier, Grisolle et Legroux; membres du *Conseil de famille*, MM. Baillarger, Barth, Bricheteau, Gillette et Guillot (Natalis).

La Société se compose de *membres titulaires*, de *correspondants* et d'*associés*. Peuvent être admis comme *correspondants*, les médecins attachés comme chefs de service à un hôpital civil ou militaire, soit en province, soit à l'étranger, et qui auront rempli les conditions spécifiées dans le réglement (présentation d'un mémoire original inédit, demande d'admission écrite et acquittement d'un droit de diplôme). Les membres *associés* ne sont assujettis qu'à ces dernières conditions.

La Société se réunit en séance publique les 2e et 4e mercredi de chaque mois, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Administration générale de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2. Ses procès-verbaux et ses mémoires sont publiés dans un *bulletin* et dans des *actes*.

— La section d'anatomie pathologique, dans une séance particulière, a classé ainsi qu'il suit les candidats à la place vacante dans cette section :

Au premier rang,	MM. Blache.
Au deuxième rang,	Beau.
Au troisième rang, *ex-æquo*,	Sestier et Barthez.
Au quatrième rang,	Bayle.
Au cinquième rang,	Moreau (de Tours).

L'*Union médicale* a fait remarquer que tout le monde serait frappé de l'absence de M. Parchappe sur cette liste; nous croyons que tous ceux qui connaissent les travaux de l'habile écrivain seront de l'avis de l'*Union médicale*.

— Le Gouvernement anglais vient de nommer les jurés qui doivent représenter leurs compatriotes exposants dans le jury international pour l'Exposition universelle de 1855.

Dans la classe XII (hygiène, pharmacie, médecine et chirurgie) ont été nommés.

Jurés titulaires :

Sir Joseph Olliffe, d. m. p., médecin de l'ambassade anglaise à Paris;

M. le docteur Royle, professeur de matière médicale au collége royal (*King's College*), à Londres.

Juré suppléant :

M. Chadwick, ancien membre du conseil de salubrité de Londres.

— La *Gazette médicale* russe renferme les renseignements statistiques suivants; mais nous ne savons pas s'ils sont basés sur des documents aussi certains que ceux qui servent à la formation des statistiques publiées dans l'*Annuaire* du Bureau des Longitudes. Nous ne les donnons donc que sous la réserve de ces remarques.

« Naissances en 1854 (sur une population qui dépasse 67 millions) 2,782,636 (environ 100,000 garçons de plus que de filles). Décès, 1,950,132. 1,739,105 des individus décédés appartiennent à la confession gréco-russe. De ce nombre, 26,200 seulement ont atteint l'âge de 50 ans; 2,181, 90 ans; 130, 100 ans, et 7 de 125 à 130 ans; on cite dans l'éparchie de Pskow un seul individu qui est parvenu à l'âge de 145 ans. 552,973 mariages ont été contractés. Le nombre en diminue depuis quelques années.

— L'honorable M. Despine, médecin des eaux en Savoie, membre de la commission d'inspection des eaux, et connu par des travaux utiles, a fait hier une communication intéressante à l'Académie, il avait reçu quelques jours avant le titre de membre correspondant de la Société d'hydrologie.

— Les journaux quotidiens annoncent qu'un village entier a été incendié par suite de l'inflammation d'un paquet d'allumettes chimiques. Ce fait déplorable donne un puissant intérêt d'actualité à la note de M. Chevallier fils, que nous avons publié dans le numéro du 3 mai.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 56. 3e ANNÉE. Jeudi 10 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. LANDRY, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

2° *Epuisement.*

On rencontre tous les jours des individus qui, sans présenter les phénomènes caractéristiques de la chlorose ou de l'anémie, dépérissent cependant, sont maigres, débilités, mal colorés; chez qui la circulation est faible, le pouls petit, les veines cutanées à peine dessinées par des lignes bleues filiformes; à peau sèche, à extrémités habituellement froides et dont les gens du monde expriment fort bien la position en disant qu'ils sont *épuisés*. C'est quelque chose de très-commun, surtout dans les grands centres de population, dont il faut chercher l'origine dans une multitude de circonstances capables d'influer par leur nature sur le pronostic de cet état et sur les indications de son traitement. On peut diviser ces diverses circonstances en deux ordres, suivant qu'elles agissent directement sur le physique ou médiatement en portant d'abord leur action sur le moral.

A. Les premières, ou *causes physiques*, sont : les excès de travail physique, le manque de sommeil, une nourriture insuffisante (1), les sueurs excessives (2), l'allaitement prolongé (3), la spermatorrhée (4), l'abus des plaisirs vénériens (5), l'onanisme (6), les grandes suppurations (7), etc.... toutes conditions essentiellement propres à amener une détérioration graduelle de l'organisme et cette susceptibilité nerveuse qu'entraîne la faiblesse et à laquelle, d'ailleurs, prédisposent quelques-unes de ces causes, les excès vénériens ou l'onanisme, par exemple. Rapprochons aussi de ces circonstances l'épuisement des vieillards, chez lesquels on observe fréquemment des paralysies essentielles de la vessie, des tremblements des membres et cette forme d'aliénation mentale connue sous le nom de démence sénile.

Inutile d'ajouter que ces diverses influences ont été signalées avec des appréciations variables par les médecins de tous les temps qui ont fait jouer et qui font encore jouer un si grand rôle à la faiblesse dans la production des maladies nerveuses. Toutefois, les observations écrites manquent souvent à l'appui des assertions des auteurs, et j'ai eu quelque peine à réunir un certain nombre de faits confirmatifs. Il serait nécessaire, je le sens, d'appuyer spécialement sur chacune des causes de faiblesse que j'ai énumérées, pour en démontrer l'action; mais, je le répète, des détails plus longs seraient déplacés dans un travail d'aussi minimes proportions, où je cherche seulement à fixer l'attention sur des faits trop oubliés.

Cependant, il est une de ces causes si commune et en même temps, si souvent méconnue, qu'il m'est impossible de ne pas m'y arrêter : c'est l'insuffisance de la nourriture dans les rangs élevés de la société comme dans les classes pauvres. Chez ces dernières la misère, chez les autres le bon ton ou des préoccupations encore plus futiles produisent des effets identiques. Je ne saurais trop signaler la déplorable habitude de poser à l'appétit des limites de convention, et surtout de choisir parmi les mets ceux qui, flattant mieux le goût ou mieux en rapport avec la prétendue délicatesse de constitutions artificielles, contiennent les éléments nutritifs en trop faible quantité. Je ne crains pas de l'affirmer, là se trouve l'origine de tant d'aptitudes névropathiques si facilement mises en jeu plus tard sous l'influence des passions et des rapports sociaux. De là tant de mélancolies, d'hypocondries, de vapeurs, de bizarreries de caractères, d'aliénations mentales que chaque jour on voit naître à l'occasion de causes dont l'action serait nulle sans la prédisposition que j'indique.

Observations de névroses par épuisement.

Observation XXIX. — Pollutions diurnes; symptômes nerveux graves, d'apparence hystérique; hypocondrie; cautérisation de la portion prostatique de l'urètre; guérison prompte de la spermatorrhée et des accidents nerveux. (Lallemand, *des Pertes séminales involontaires;* Paris, 1836; obs. XVII, t. I, p. 124.)

Observation XXX. — Constipation, fissure à l'anus, pertes séminales pendant la défécation; profonde hypocondrie, mélancolie, penchant au meurtre et au suicide; diarrhée, guérison spontanée de la fissure et des pertes séminales; guérison consécutive des accidents nerveux. (Lallemand, *loc. cit.*; obs. XLIII, t. I, p. 250.)

Observation XXXI. — Onanisme, pollutions diurnes, épuisement, impuissance, hypocondrie, mélancolie, manie, penchant au suicide. — Cautérisation de l'urètre. — Guérison rapide des pollutions, de l'épuisement, de l'impuissance et des symptômes nerveux. (Lallemand, *loc. cit.*; obs. LIX, t. I, p. 357.)

---

(1) Fr. Hoffman, *loc. cit.*, p. 12 et 13, § 19. — Tissot, t. III, p. 39. — Michea, *loc. cit.*, p. 406.

(2) Tissot, t. III, p. 76.

(3) Tissot apprécie très-bien les effets d'une lactation mal dirigée et les résultats d'une nourriture insuffisante chez les nourrices, t. III, p. 146, et signale comme cause d'affections nerveuses les cas de galactirrhée que Boerhaave appelle diabète mammaire et dont l'observation VI nous offre un exemple.

(4) Lallemand (*des Pertes séminales;* Paris, 1836) attribue à cette cause la paralysie (p. 58, t. III), l'amaurose (p. 81), l'hypochondrie et la mélancolie (p. 137), l'aliénation (p. 182).

(5) Tous les auteurs, et, en particulier M. Deslandes (*Traité de l'onanisme et des abus vénériens;* Paris, 1835); — Tissot, *Traité de l'onanisme.*

(6) Lallemand, Deslandes.

(7) Observat. XXXIX.

Observation XXXII. — Hypocondrie, aphonie, divers autres symptômes nerveux déterminés par des pertes séminales paraissant liées à l'existence d'un rétrécissement organique de l'urètre. — Guérison du rétrécissement, et consécutivement des pertes séminales, puis des phénomènes nerveux. (*Annales médico-psychologiques*, 1843; t. II, p. 324.)

Observation XXXIII. — Pollutions nocturnes abondantes; épuisement; mélancolie; pensées de suicide. — Noix vomique et cantharides; guérison des pertes séminales, embonpoint, vigueur, guérison de l'état moral. (*Annal méd.-psych.*, 1845; t. V, p. 465.)

Observation XXXIV. — Démence survenant chez une femme chaque fois qu'elle avait nourri quelque temps. (Tissot, t. III, p. 151.)

Observation XXXV. — Épuisement physique, amaigrissement extrême chez une jeune fille de neuf ans; manie homicide, besoin de voler, de détruire et de boire du sang. Caractère intraitable. — Prédisposition héréditaire. — Huile de foie de morue, bonne nourriture, gymnastique : Embonpoint, teint rosé, modification totale du caractère; disparition des tendances homicides. (Boureau, mém. cité, *Annal. méd.-spychol.*, 1854; t. VI, p. 571, obs. XV.)

Observation XXXVI. — Lypémanie, chez un homme de trente-trois ans, soumis à diverses influences morales. — Affaiblissement général. — Traitement tonique; voyage; gymnastique; guérison.

Résumé. — Etant interne, je fus chargé d'accompagner en voyage un négociant âgé de trente-trois ans, atteint d'une lypémanie des plus prononcées, et dont l'état avait été jugé très-grave par plusieurs aliénistes. Il avait toujours joui d'une excellente santé. Marié depuis trois ans, à l'insouciance du jeune homme avaient succédé les inquiétudes du chef de maison, à une existence variée de mille manières une vie monotone, au luxe l'économie sévère. Survint alors un vague sentiment d'ennui et de tristesse dont il ne pouvait se rendre compte ; l'humeur était plus sombre, les préoccupations sérieuses plus vives, et bientôt le teint perdit de sa fraîcheur, l'embonpoint diminua. M. X..... avait conçu des projets assez vastes et travaillait à assurer leur succès; après bien des inquiétudes il était sur le point de réussir lorsqu'un événement inattendu renversa toutes ses spéculations. Ce fut pour lui un coup violent : l'impression morale persista, il fut pris d'un chagrin profond, perdit rapidement l'appétit et le sommeil, passait les nuits dans l'agitation pensant toujours à son malheur. Bientôt, mélancolie extrême, horreur de la société, éloignement pour son commerce, pour sa femme et sa jeune fille, besoin continuel de marcher, promenades solitaires, silence obstiné, pensées de suicide, etc. Amaigrissement, décoloration de la peau et des muqueuses; affaiblissement général; tremblement des lèvres et des mains, etc. Après plusieurs traitements infructueux, traitement tonique. Amélioration considérable; retour de l'embonpoint. — Voyage, gymnastique : guérison complète.

Observation XXXVII. — Épilepsie produite chez dix-huit marins de la corvette *la Légère* qui, échoués sur un rocher, supportèrent pendant sept jours les souffrances de la faim, de la soif et du froid. (Maisonneuve, observation citée sous le titre d'*Épilepsie gastrique*. — Loc. cit.)

Observation XXXVIII. — Hémiplégie gauche, datant de treize mois, chez une fille épuisée par les plus grandes privations; guérie en deux mois par un traitement tonique et stimulant, puis par la strychnine. (*Gazette méd.*; Paris, 1845; p. 281.)

Observation XXXIX. — Paralysie, chez une femme, à la suite d'une longue et abondante suppuration. Traitement tonique et électricité. — Guérison.

Résumé. — X..., âgée de trente ans, entre, le 25 mai 1851, à l'hôpital Beaujon, service de M. Sandras. Toute sa vie elle a été sujette à des accidents chloro-anémiques et a éprouvé, depuis deux ans, les symptômes d'une affection de matrice pour laquelle elle entra dans le service de M. Huguier, où elle fut traitée et guérie par des cautérisations du col utérin. En avril 1850, une éruption cutanée la ramena dans le même service, où, après un long séjour, elle fut atteinte de pourriture d'hôpital, qui régnait alors dans les salles. La maladie nouvelle détermina une suppuration très-abondante et un affaiblissement considérable. La guérison survint néanmoins au bout de deux mois, et, le 4 avril 1851, elle put retourner chez elle, malgré la faiblesse qui rendait la marche très-fatigante. Mais, huit jours après, des fourmillements aux extrémités des doigts et des orteils annoncèrent le début d'une paralysie qui gagna peu à peu les parties supérieures des membres, rendant la marche impossible, et altérant les fonctions des doigts et des mains. Les accidents s'augmentant, X... fut reçue dans le service de M. Sandras. Outre la paralysie incomplète des quatre membres, on put constater l'absence de tout symptôme du côté des centres nerveux, l'intégrité des fonctions de la vessie et l'existence d'une chloro-anémie très-marquée.

Traitement. — Pilules ferrugineuses; bains alcalins; électricité. — L'amélioration fut rapide et, le 3 juillet, la malade quittait l'hôpital entièrement guérie. Pendant près de deux ans j'ai fréquemment revu cette femme; la guérison s'était maintenue.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. M. BOUILLAUD.

Des signes de l'hypertrophie du cœur.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur le sujet qui nous occupe assignent à l'hypertrophie des signes qui ne lui appartiennent pas en propre, mais qui tiennent à l'une des complications si fréquentes de cette maladie, à savoir, les altérations des valvules et des orifices. Nous allons chercher, en nous appuyant sur l'observation clinique, à démontrer qu'il n'y a pas pour toutes les lésions organiques du cœur une série de signes communs, confusion faite cependant par ceux-là même qui ont la prétention d'avoir fait jaillir le plus de lumière sur la pathologie cardiaque.

Il serait difficile, je pense, aux vitalistes, de soutenir que, pour l'hypertrophie du cœur, la lésion anatomique n'est que secondaire, et que sans sa connaissance exacte le diagnostic peut s'établir sur quelque base solide.

Les signes de cette maladie sont de deux ordres, ceux immédiatement fournis par l'examen du cœur, et ceux qui se tirent de l'exploration des autres organes et de leurs fonctions.

Signes directs ou immédiats de l'hypertrophie du cœur.

Dans l'hypertrophie simple, dégagée de toute complication du côté des valvules ou des orifices, le rhythme du cœur, c'est-à-dire l'ordre régulier suivant lequel se succèdent ses mouvements, n'est pas altéré. L'augmentation de la force et de l'étendue de ses battements, voilà les signes physiologiques de la lésion qui nous occupe.

En parlant de l'anatomie du cœur, nous avons signalé la nécessité d'être fixé sur le lieu exact où vient battre sa pointe; nous avons dit qu'à de rares exceptions près, c'était dans le cinquième espace intercostal en dedans du mamelon. Dans les cas d'hypertrophie, la pointe du cœur se fait sentir en dehors du mamelon dans le sixième, septième et huitième espace intercostal, en même temps que les mouvements de sa base se rapprochent davantage de la clavicule. L'espace intercostal auquel elle correspond est quelquefois très-sensiblement élargi; nous avons dans ce moment deux malades atteints d'hypertrophie du cœur chez lesquels ce phénomène est très-prononcé. Les mouvements du cœur s'aperçoivent dans une assez grande étendue du thorax, surtout à gauche et vers le creux épigastrique; quelquefois ils déterminent un ébranlement si considérable que les vêtements du malade sont soulevés. Nous avons eu pendant longtemps, au numéro 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un jeune homme de dix-huit ans atteint d'une hypertrophie telle qu'à chaque systole ventriculaire son corps était ébranlé et, qu'assis, la secousse se communiquait à la chaise.

Quand on applique la main sur la région du cœur, princi-

palement chez des sujets un peu maigres, elle est fortement repoussée par les battements de cet organe, semblables, suivant l'ingénieuse expression de M. Bouillaud, à des coups de marteau ou, mieux encore, à des coups de poing. Cette sensation était parfaitement produite chez le jeune malade dont je viens de parler, et lorsque l'on appliquait le stéthoscope vers la pointe du cœur, l'impulsion communiquée s'appréciait encore mieux. Il y a, dans certains cas, deux mouvements bien distincts : l'un de toute la masse du cœur, l'autre de sa pointe seulement; ce dernier surtout est plus marqué.

A l'état de repos, les battements du cœur sont réguliers dans l'hypertrophie et même quelquefois plus lents, comme le fait remarquer M. Bouillaud, ce qui tient, sans doute, à ce que la durée de la contraction qui est *filée* est plus prolongée que dans l'état normal. Lorsque les malades se livrent à quelque exercice un peu fatigant, à un écart de régime, les battements du cœur augmentent de force d'une manière notable et constituent ce que l'on appelle des palpitations.

Un auteur, dont nous avons déjà combattu la théorie au sujet des mouvements et des bruits du cœur, a publié, en 1853, dans les *Archives générales de médecine*, un travail dans lequel il donne à un groupe de symptômes, savoir : l'injection violette de la face, la bouffissure des paupières, le sentiment de *douleur à la région précordiale*, les *palpitations, etc.*, le nom assez étrange d'*asystolie*. Il suppose, au lieu de les démontrer, une série de causes qui agissent sur les parois cardiaques pour diminuer leur force de contraction : c'est l'habitude du chant, des cris, des courses prolongées, l'exercice du pas gymnastique, l'anémie globulaire, le chagrin profond, le désespoir. L'auteur *suppose*, dis-je, que ces causes diminuent la force de contraction des parois ventriculaires; que celles-ci, ne pouvant plus chasser le sang qu'elles reçoivent, les cavités se dilatent, puis les parois s'hypertrophient et trouvent dans l'abaissement des valvules sigmoïdes un obstacle insurmontable. Mais où sont les faits sur lesquels s'appuie une théorie aussi étrange? Quoi! un cœur hypertrophié ne peut pas chasser la colonne sanguine à cause de la résistance des valvules semi-lunaires! Mais le rôle qu'on leur prête est bien peu d'accord avec leurs fonctions et leur texture. Quelques lignes plus bas, on lit : « La péricardite n'est grave que par les symptômes d'*asystolie* qu'elle détermine, tels que la petitesse du pouls, la couleur violacée des lèvres, la dyspnée, etc. » Mais, encore une fois, où sont les observations sur lesquelles on s'appuie? qui donc a jamais vu la péricardite, dépourvue de toute complication, se présenter avec ce cortége de symptômes? Un peu plus loin, il est dit : « On appelle *palpitations* les battements du cœur toutes les fois qu'ils deviennent forts et plus étendus au point d'incommoder le malade................ donc, les palpitations, qui sont une exagération des battements du cœur, accusent une vive contraction des oreillettes. »

Comment comprendre que l'on donne le nom d'*asystolie*, c'est-à-dire diminution de la systole, aux palpitations qui sont caractérisées par les battements du cœur plus forts, c'est-à-dire par une systole exagérée ! En parlant de la physiologie du cœur, nous avons démontré que vouloir faire coïncider le choc de la pointe avec la diastole était un contre-sens physiologique. Ici la pathologie va nous fournir un nouvel argument. Oui, si la doctrine de l'auteur était conforme à la saine observation, toutes les fois que l'on constate des palpitations violentes se rattachant à une lésion organique du cœur, on devrait, à l'autopsie, rencontrer une hypertrophie des oreillettes. Or, j'en appelle à l'observation; confirme-t-elle cette théorie? Il s'en faut bien; cette dernière lésion est assez rare par rapport à l'hypertrophie des ventricules qui n'existe jamais à un degré un peu prononcé, les oreillettes ayant leur volume normal, sans que les malades soient tourmentés par de violentes palpitations. Ce mémoire est la conséquence des idées physiologiques de l'auteur, et l'on a de la peine à s'expliquer comment l'amour seul du paradoxe peut ainsi travestir les faits; tout ce travail est un long roman où la physiologie pathologique est prise au rebours, c'est enfin la parodie de la clinique.

Finissons maintenant d'énumérer les autres signes qui appartiennent à l'hypertrophie.

C'est M. Bouillaud qui a signalé le premier la voussure dans le cas qui nous occupe; on la constate assez fréquemment, surtout quand l'hypertrophie est considérable; elle est accompagnée d'un élargissement des espaces intercostaux de la région qu'elle occupe.

La percussion est un des moyens de diagnostic qui contribuent le plus à préciser le degré de l'hypertrophie; mais il faut pour retirer de cette méthode tous les résultats qu'elle peut donner, en avoir une grande habitude et se bien rappeler ceux qu'elle donne à l'état normal.

Dans ce dernier cas, la matité s'étend à peu près dans un espace de 2 pouces carrés; il ne s'agit ici que de la délimitation des ventricules; celle des oreillettes nous paraît avoir été admise plutôt en théorie que démontrée au lit des malades. Lorsque le cœur est hypertrophié, la matité est en raison directe de l'augmentation de son volume et de sa dilatation, quelquefois elle dépasse de 1 pouce et de 1 pouce 1/2 celle que l'on obtient à l'état normal.

Les bruits du cœur offrent quelques modifications suivant la forme de l'hypertrophie. Cette remarque n'avait pas échappé à Laënnec, qui rapportait, comme conséquence de sa théorie sur les bruits normaux de cet organe, les modifications dans leur intensité et leur timbre à l'épaisseur plus ou moins grande des parois du cœur. Quand l'hypertrophie est assez considérable et que les cavités ont perdu de leur capacité, les bruits du cœur sont sourds, obscurs, lointains. Quand, au contraire, les parois ventriculaires sont médiocrement épaissies et que les cavités sont dilatées, les bruits sont plus clairs, plus sonores et s'entendent dans une étendue assez considérable de la poitrine, quelquefois jusqu'à la partie postérieure. Dans l'état normal, la percussion du cœur contre la poitrine ne produit aucun bruit bien appréciable, mais il n'en est plus de même quand il est hypertrophié. Lorsque les battements du cœur sont très-violents, nous avons plusieurs fois entendu, dans la région précordiale, un tintement métallique désigné par Laënnec sous le nom de *cliquetis métallique*. On produit facilement ce tintement en appliquant la paume de la main sur son oreille, puis en en percutant le dos avec l'autre main; c'est pour cette raison que M. le docteur Filhos, dans son excellente thèse, l'a désigné sous le nom de *tintement auriculo-métallique*.

Voilà donc une série de signes qui ne permettent pas de méconnaître une hypertrophie du cœur, et cependant rien n'est plus commun que de voir commettre des erreurs de diagnostic. Il n'est pas de jour où l'on n'ait à déplorer une semblable méprise soit à l'hôpital. Qu'un malade se présente avec des battements tumultueux du cœur, le visage un peu animé, sans pousser l'investigation plus loin, on dit *hypertrophie du cœur*, et l'on prescrit un traitement en rapport avec ce diagnostic. Je ne saurais dire combien de malades viennent consulter M. Bouillaud pour des maladies organiques du cœur, et atteints de simples palpitations nerveuses. Il y a quelque temps, il a vu un jeune homme chlorotique, tourmenté par des palpitations violentes, qui venait d'être réformé du service militaire pour cause d'anévrisme du cœur. Nous avons eu, pendant longtemps, au numéro 3 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un malade du département de la Côte-d'Or, soumis pendant plusieurs mois, dans son pays, à un régime diététique très-sévère; plusieurs certificats de médecins signalaient *une énorme hypertrophie du cœur*; trois saignées avaient été pratiquées, de nombreux vésicatoires, des moxas, des cautères avaient été appliqués sur la région précordiale, et cependant le volume du cœur était normal, mais il palpitait facilement et la poitrine était violemment soulevée; le malade était atteint de pertes séminales abondantes qui l'avaient jeté dans un état chlorotique très-prononcé. En revanche, si bon nombre de médecins prennent des palpi-

tations nerveuses pour une lésion organique du cœur, beaucoup d'autres méconnaissent celle-ci quand elle existe. Je n'ai pas besoin de signaler le danger d'une pareille méprise, puisqu'elle provoque l'emploi d'un traitement opposé et qui peut être mortel.

Corvisart, dans les prolégomènes de son livre, signale à chaque page la cause de semblables erreurs. « Quelle est donc la source de pareilles méprises? Je l'ai dit : c'est le défaut d'une bonne physiologie. Sans elle, en effet, à quoi bon l'anatomie? Il ne suffit pas au médecin de connaître tous les ressorts du corps humain par leurs noms, leurs formes, leur place et leur rapport de situation même, par leurs principes s'il se peut; s'il n'anime point par la pensée tous les rouages de cette étonnante machine; si, outre la lecture des bons livres sur cet important sujet, *il n'étudie pas sans cesse sur l'homme vivant* tous les phénomènes sensibles de l'action des parties; s'il ne compare pas constamment ces phénomènes sensibles et propres de la vie et de la santé de chaque organe avec les dérangements que chacun présente dans sa lésion (c'est là ce qui constitue la physiologie pathologique), jamais, j'en réponds, il n'arrivera à reconnaître d'une manière sûre les dérangements organiques menaçants ou confirmés (1). »

Observation de résection de la malléole interne pratiquée par M. Demarquay. — Précédée de considérations sur la résection des malléoles.

Par M. Leplat (Interne des hôpitaux).

La résection des os soit dans leur continuité, soit dans leurs extrémités articulaires, bien que connue de toute antiquité, n'avait pourtant jamais été érigée en règle générale que vers le commencement de notre siècle. Hippocrate, dans lequel on trouve tout, quand on veut bien chercher avec un peu de patience et de bonne volonté, parle de la résection du tibia et du cubitus à leurs extrémités inférieures : *In tibiâ ad malleoles et in cubito ad juncturam manûs.* Galien mentionne aussi la résection des os du tronc; dans les auteurs moins anciens on trouve encore plusieurs exemples de cette importante pratique. Quoi qu'il en soit, c'est à la chirurgie moderne, éminemment conservatrice, que nous devons les préceptes les mieux établis sur cette méthode aujourd'hui adoptée par la généralité des chirurgiens français et étrangers. C'est en Angleterre que fut donné le premier conseil de retrancher les extrémités luxées et passées à travers les chairs. La même doctrine ne fut émise en France qu'en 1776 dans la thèse de Bourbier, trop longtemps oubliée. Moreau, en 1810, est le premier, dit M. Velpeau, qui en ait véritablement démontré les avantages aux yeux de l'Europe chirurgicale. En 1815, M. Champion dissipait les dernières hésitations. Depuis sont venues les observations de Dupuytren, Roux, Blandin, qui ont définitivement fixé l'attention sur ce sujet.

Il faut avouer cependant que, si elle est bonne en principe, la résection des articulations, lorsque la maladie a envahi toute l'étendue des surfaces articulaires, offre de nombreux inconvénients qui lui font souvent préférer l'amputation. Son manuel opératoire est difficile, laborieux, dangereux même à cause du voisinage des gros troncs nerveux et sanguins qu'il importe de ménager : les plaies qui en sont le résultat sont de vastes clapiers où le pus séjourne, s'altère et infecte l'économie, et puis la guérison ne s'obtient souvent qu'au prix de difformités telles que le malade n'en retire que peu d'avantages, s'il n'en éprouve pas de nombreux inconvénients.

Que si pour les grandes résections, celles qui intéressent de vastes surfaces articulaires, la somme des avantages ne dépasse guère celle des inconvénients, il n'en est plus de même lorsque le bistouri du chirurgien ne doit s'adresser qu'à une partie des surfaces articulaires, celles-là surtout qui plus petites et moins importantes au jeu régulier des fonctions, ne sont que des auxiliaires dont, au besoin, la nature pourrait se passer : ainsi les extrémités de la clavicule, l'olécrane, les différentes épiphyses, les malléoles.

Les courtes réflexions qui précèdent nous sont suggérées par une résection de la malléole interne opérée par M. Demarquay, élève de Blandin, qui affectionnait par-dessus tout ce genre d'opérations.

La science est remplie de faits qui constatent les heureux résultats de la résection des extrémités tarsiennes des os, de la jambe. Goork, Cooper, Key, Deschamps, Moreau, Jone, Roux, etc., ont successivement pratiqué cette opération non-seulement sur le tibia ou le péroné isolément, mais encore sur ces deux os à la fois, et quoiqu'ils aient enlevé 1 ou 2 pouces du tibia et du péroné, les malades ont pu marcher. M. Thierry rapporte seize succès authentiques de cette opération. De tels résultats dans des opérations aussi laborieuses, pour des maladies aussi graves, des fractures ou des plaies compliquées, et même pour des lésions organiques, font assez pressentir quels avantages on peut attendre de la résection de la malléole externe ou de la malléole interne.

Quoique plus simples et moins dangereuses en réalité, les résections des malléoles ne sont pas exemptes de dangers; heureusement il est assez facile de les éviter aujourd'hui, avec des données anatomiques précises, et en suivant les règles si bien établies par M. Moreau, Roux, Blandin et M. Velpeau.

L'extrémité inférieure du péroné a été souvent réséquée dans des cas de fracture compliquée, ou même de maladies organiques indépendantes de tout changement de rapport dans les surfaces articulaires. En 1810, Mulder retranche 5 pouces du péroné affecté de carie; en 1813, M. Champion opère de même Thérèse Peru; Goey publia, en 1816, l'histoire d'un homme à qui un bailleul extirpa, sans raison valable, la partie inférieure du péroné; le malade put marcher sans canne après avoir perdu l'astragale. Les livres classiques et les feuilles périodiques sont remplies d'observations dans lesquelles la malléole externe a été réséquée; le plus souvent l'opération a été suivie d'un succès complet. Il est vrai que le manuel opératoire est assez simple et qu'il ne résulte pas de l'opération des délabrements bien considérables; la malléole externe est saillante, sous-cutanée, elle n'est pour l'articulation tibio-tarsienne qu'un adjuvant, qu'un soutien, qu'un moyen de protection dont au besoin elle pourrait se passer. L'expérience l'a prouvé. Elle ne fait pas, comme la malléole interne, partie intégrante d'un os qui constitue presque à lui seul la colonne de sustentation du corps; elle n'est pas environnée d'organes aussi importants; son extraction est plus facile, parce que généralement on l'enlève dans sa totalité avec une portion du corps du péroné; la malléole interne est plus large, moins saillante; sa surface articulaire est plus étendue; elle est environnée de vaisseaux plus gros, de troncs nerveux considérables. Le manuel opératoire, pour son extraction, est plus difficile; car il faut, pour ainsi dire, sculpter dans l'épaisseur du tibia; toutes ces raisons font que la résection de la malléole interne a été plus rarement pratiquée que celle de la malléole externe; peut-être aussi l'occasion a-t-elle manqué, car ses maladies sont moins fréquentes. Il est rare que la malléole interne soit malade isolément. Cela est si vrai qu'on ne trouve dans les auteurs que quelques cas de résection de la malléole interne, et encore ces cas sont-ils compliqués. Liston enlève, en 1821, la malléole interne avec l'astragale, le scaphoïde et deux os cunéiformes; Weber extirpe aussi l'astragale en même temps qu'il résèque la malléole interne.

Chez le malade de M. Demarquay, la chose était plus simple: la malléole interne, par sa saillie anormale, blessait les tissus et entretenait une suppuration intarissable; il suffisait d'en retrancher une portion pour permettre la cicatrisation des parties blessées; l'articulation tibio-tarsienne pouvait être ménagée, et elle l'a été; la synoviale n'a pas été ouverte; par sa

(1) Corvisart, *Ouv. cit.*, *Disc. prél.*, page 12.

saillie anormale, la malléole interne se dégageait des parties environnantes, des tendons, des troncs nerveux et vasculaires, aussi ces parties ont-elles été respectées.



Manuel opératoire. — Le manuel opératoire suivi par M. Demarquay est assez simple; le dessin que nous donnons en est la reproduction assez fidèle. — Quand il s'agit d'enlever soit la malléole interne, soit la malléole externe, la première chose à faire est de tailler un lambeau qui puisse mettre complétement à découvert la partie malade. « Quelques chirurgiens, « M. Velpeau entre autres, conseillent de découvrir la mal- « léole à l'aide d'un grand lambeau semi-lunaire dont le bord « libre regarderait en haut et en avant : renversé en arrière « et en bas, ce lambeau donnerait toute liberté pour scier et « enlever l'os altéré. » Après cette première partie de l'opération, il faudrait, pour le péroné, scier le corps de l'os au-dessus de la partie malade, puis renverser la malléole, la détacher avec précaution des parties voisines, de manière à ménager en avant le péronier antérieur et en dehors la gaîne tendineuse des péroniers latéraux : pour la malléole interne, il faudrait l'isoler complétement des tendons circonvoisins, en avant du jambier antérieur, en dedans et en arrière des tendons du jambier postérieur et des fléchisseurs : il ne faudrait pas oublier non plus que l'artère tibiale postérieure avec le nerf se trouvent en arrière de la malléole. — Ces différents organes suffisamment protégés, il resterait à enlever la malléole soit avec une petite scie, soit avec la gouge et le maillet, ou, plus simplement, avec une pince de Liston. — Le procédé suivi par M. Demarquay diffère de celui de M. Velpeau en ce que le bord libre du lambeau regarde en bas: il a l'avantage de permettre d'agir plus facilement sur l'os; mais la saphène interne est nécessairement intéressée; par le procédé de M. Velpeau, il aurait peut-être été possible de la conserver dans le lambeau. — Quoi qu'il en soit, le lambeau taillé comme l'indique la figure, les tendons isolés avec beaucoup de soin, M. Demarquay retranche les deux tiers de l'épaisseur de la malléole, ce qui permet de laisser intacte toute cette portion si volumineuse et si importante du ligament latéral interne qui de la malléole va se fixer au-dessous de la surface articulaire interne de l'astragale. — L'articulation ne devait pas être ouverte, elle ne l'a pas été. — Il va sans dire que si toute l'épaisseur de la malléole était malade, il faudrait bien l'enlever tout entière; mais alors les conséquences seraient plus graves.

Il est, pour les suites de la résection des malléoles, une circonstance qu'il ne faut pas oublier : les malléoles sont pour l'articulation deux espèces de tuteurs qui empêchent le pied de dévier en dedans et en dehors. Si un de ces tuteurs venait à manquer, il y aurait nécessairement demi-luxation dans un sens ou dans l'autre : aussi, pendant tout le temps de la cicatrisation, M. Demarquay a-t-il eu la précaution de maintenir le pied dans une immobilité complète. Ce qui restait de la malléole interne n'était plus suffisant pour empêcher un renversement du pied en dedans.

Observation. — Au mois d'août de l'année 1854, M. X, habitant de Chably, vint à Paris pour se faire traiter des suites d'une fracture grave de l'extrémité inférieure du péroné. Ce malade fut placé aux Néothermes : la fracture remontait à quatre mois lors de son entrée dans cet établissement. Au moment de l'accident, produit par un mouvement violent de rotation du pied en dehors, il n'y eut pas seulement fracture du péroné au-dessus de l'articulation péronéo-tibiale, mais encore demi-luxation du pied en dedans. Dans ce mouvement de propulsion en dedans, la malléole interne fit une saillie considérable et déchira les téguments. Des accidents graves survinrent malgré les soins les mieux entendus; des abcès se formèrent en dehors et en dedans de l'articulation; des trajets fistuleux s'établirent, et, lorsque le malade vint à Paris, il était dans l'état suivant.

Le malade est âgé de soixante ans; il a perdu de son embonpoint; la jambe droite est très-amaigrie : le pied étendu sur la jambe est immobile. Il est dans une demi-luxation en dedans. Le péroné, vicieusement consolidé, est rejeté en dehors, ce qui donne un écartement notable entre les deux malléoles. A la partie externe de la jambe existent plusieurs fistules d'où sort un pus fétide : le stylet, introduit dans ces fistules, pénètre assez profondément sans rencontrer de surfaces osseuses. A la partie interne, il existe une plaie assez considérable pour laisser passer tout le sommet de la malléole interne; au-dessous de cette malléole sont des trajets fistuleux qui conduisent sur une surface osseuse, dénudée et mobile.

Après deux mois de traitement consistant en mouvements ménagés, en douches, injections iodées, etc., le malade commença à marcher. La plupart des fistules qui existaient à la partie externe se guérirent : la suppuration cessa d'être fétide et, finalement, une esquille venant à sortir, le malade n'eut plus à s'occuper que des plaies de la partie interne, dont la plus importante laissait passer toute la malléole. M. Demarquay, après avoir reconnu l'intégrité de l'articulation tibio-tarsienne, persuadé d'ailleurs que la guérison était impossible sans la résection de la malléole, résolut de la pratiquer. La malléole chassée en dedans, presque débarrassée des tendons circonvoisins, était beaucoup plus facile à atteindre. Pour arriver à son but, il fit une incision au-dessous de la malléole, tailla un lambeau comme il a été dit, isola les parties importantes à ménager et, avec une scie fine, il réséqua toute la partie saillante.

Dès que la résection fut terminée, le lambeau qui avait été taillé fut réappliqué sur la surface osseuse; une partie de ce lambeau fut frappée de gangrène; toutefois, au bout de peu de temps, le malade put quitter Paris parfaitement guéri de toutes ses plaies, sauf un petit trajet fistuleux à la partie interne : le pied avait été maintenu immobile. Avant l'opération M. X. ne pouvait faire aucun mouvement, aujourd'hui il marche facilement en se servant d'une canne, et les nouvelles que nous avons reçues indiquent une guérison complète.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR L'INDIGO,

Par le docteur Hubert-Rodrigues,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Un médecin attaché à l'hospice de la Charité de Berlin, M. le docteur Ideler, proposa, il y a une vingtaine d'années, l'indigo comme jouissant d'une très-grande efficacité contre l'épilepsie. Il guérissait, écrivait-il alors, les trois quarts des épileptiques soumis à ce traitement, et jamais il n'avait vu le moindre accident que l'on pût attribuer à l'ingestion de ce remède, porté néanmoins à des doses très-considérables.

Une si grande proportion de guérisons, sans aucun risque, engagea dans le temps le professeur Rech à expérimenter ce médicament à l'hôpital des Aliénés de Montpellier, où les épileptiques se trouvent toujours assez nombreux. C'était à l'époque de mon internat dans la maison, en 1835 et 1836; et, quoique l'indigo fût continué, chez la plupart des malades, pendant près de trois mois, il n'en résulta pas la plus légère amélioration. Si parfois, dans le cours du traitement, on observa quelques modifications avantageuses, ce ne fut que l'affaire d'un instant, une lueur d'espérance qui se dissipait presque aussitôt. A la fin, les attaques avaient la même fréquence et la même physionomie qu'avant. Il est vrai de dire que le *modus faciendi* n'était pas exactement le même à Montpellier qu'à Berlin, et que les doses restèrent toujours ici de beaucoup moins fortes.

Les résultats contradictoires de médecins également habiles, également véridiques, me parurent nécessiter de nouvelles recherches, d'autant plus qu'un intérêt puissant s'attache à tout ce qui se rapporte à la cure de l'épilepsie. Aussi, depuis lors, ai-je saisi toutes les occasions pour éprouver les vertus anti-épileptiques de l'indigo, en ayant soin de ne rien négliger de ce qui pouvait précéder, accompagner ou suivre l'exercice de ses propriétés. Aujourd'hui que l'expérience est faite pour moi, je viens appeler l'attention des praticiens sur ce mode de traite-

ment, et je me prête d'autant plus volontiers à cette démarche, que des essais, institués par MM. les docteurs Blanche et Noble, semblent lui être favorables, concordant sur plusieurs points avec les succès que j'ai obtenus.

Onze épileptiques, de sexe et d'âge différents, ont été mis à l'usage de l'indigo.

Quatre l'ont pris d'après la formule de Berlin que voici : indigo en poudre 15 grammes, poudre aromatique 2 grammes, sirop simple quantité suffisante pour faire un électuaire.

Il a été donné, chez quatre autres, en pilules ou en suspension dans l'eau.

Dans les premiers cas, me conformant à la recommandation expresse du docteur Ideler, j'ai administré d'abord la moitié de la dose, puis la dose entière au bout de quelques jours, et j'en suis arrivé à l'augmenter graduellement jusqu'à 60 grammes et plus par jour, suivant le degré de tolérance.

Dans les seconds cas, la dose est restée constamment beaucoup plus faible, commençant par 1 gramme ou 1 gramme et demi, et ne dépassant jamais 30 grammes par jour, ainsi que le pratiquait le professeur Rech dans son service.

Enfin les trois derniers malades ont été traités par une espèce de méthode mixte, que j'estime, ceci en passant, devoir convenir à la plupart des affections chroniques. Cette méthode consiste à impressionner vivement l'ensemble du système, à l'aide d'une dose suffisante du remède prise d'emblée, et portée aussi loin que possible dans les cinq ou six premiers jours; à soutenir ensuite tout simplement l'action médicamenteuse par l'administration de petites doses, qui ont l'avantage d'être supportées par l'économie sans la moindre difficulté pendant tout le temps nécessaire; à raviver de temps à autre l'influence thérapeutique, par la répétition, à des intervalles égaux, de la dose primitive que l'on peut même augmenter au besoin.

Parmi les sujets de la première catégorie, il y avait un adulte, une jeune femme et deux enfants. Ceux-ci, âgés de 10 et 12 ans, épileptiques depuis trois et quatre ans à la suite d'une vive frayeur, avaient des accès bien caractérisés tous les cinq ou six jours : ils étaient petits pour leur âge, à membres grêles et noueux, d'un tempérament lymphatique. L'un était venu au monde par le crâne et avec le secours du forceps ; il avait la tête volumineuse et allongée; l'autre s'était présenté par les pieds, et le travail avait été fort long. L'influence héréditaire n'existait pas chez eux ni de près ni de loin. Une susceptibilité extrême et des secousses convulsives avaient précédé le développement de la maladie. L'épilepsie s'était déclarée chez la femme au moment de la nubilité : elle avait vingt-trois ans ; et, quoique douée d'une charpente vigoureuse, la fréquence des accès avait fini par détériorer sa constitution. Elle s'exprimait avec difficulté, comprenait à peine mes questions, et se condamnait à un repos presque absolu. L'homme, âgé de trente-cinq ans, à face vultueuse, était épileptique depuis vingt ans; sa maladie était survenue après la guérison d'une fistule à l'anus, et elle n'avait été annoncée par aucun signe précurseur. Les attaques, d'abord assez éloignées, se répétaient presque tous les jours. Tous les quatre avaient été soumis à divers traitements, sans le moindre profit; on avait eu recours aussi à des charlatans dont les secrets s'étaient trouvés impuissants comme les prescriptions méthodiques de l'art.

L'indigo occasionna au début un dégoût profond, des nausées, des tiraillements épigastriques et des vomissements. Les vomissements furent assez intenses, chez les enfants et chez la femme, pour qu'on dût en suspendre momentanément l'emploi; ils s'y habituèrent par la suite, et on continua le traitement jusqu'au bout, non pas cependant sans quelques retours agressifs. Un des enfants ressentit des crampes très-douloureuses à l'estomac ; l'autre éprouva des vertiges et des troubles dans la vision. L'homme ne se plaignit que de constriction à la gorge, de malaise et d'inappétence.

Du douzième au vingtième jour, il survint généralement des borborygmes, des coliques, de la diarrhée ; les selles, séreuses, pultacées, noirâtres, persistèrent jusqu'à la fin, variant de trois à cinq ou six par jour, mais sans diminuer les forces des malades : au contraire, la femme reprit ses couleurs naturelles et de l'embonpoint. L'urine, pas plus copieuse que dans l'état normal, se colora comme la matière des garde-robes, sans qu'il y eût rien de particulier ni au goût ni à l'odorat, sans que l'analyse chimique y fît découvrir quoi que ce soit de spécial. Aucun changement appréciable dans la circulation.

Voilà pour les phénomènes généraux. Quant à l'épilepsie, les accès furent immédiatement éloignés chez les quatre malades, et diminuèrent considérablement de leur violence ; mais la guérison ne fut complète et ne se soutint radicalement que chez les enfants. L'homme retomba peu à peu dans son premier état, après une amélioration qui donnait les plus belles espérances, et malgré l'ouverture d'un cautère à la jambe destiné à remplacer la fistule. La femme était guérie et dans une condition de santé florissante, lorsque le retour des accès fut provoqué par une vive altercation avec une de ses parentes.

Le traitement avait duré trois et quatre mois, et la quantité du médicament a varié entre 900 à 1500 grammes.

Les malades de la seconde catégorie comprennent deux femmes, un jeune homme et un enfant. Il ne sera pas question de deux autres sujets, qui, après huit jours de traitement, refusèrent avec obstination de le poursuivre; ce qui, par parenthèse, contribua à me faire diminuer les doses du remède et changer la forme de l'administration. Le jeune homme, frêle et délicat, âgé de vingt-trois ans, adonné à la masturbation, tombait deux et trois fois dans les vingt-quatre heures; son intelligence était obtuse. Des deux femmes, l'une, âgée de vingt-huit ans, non mariée, de tempérament sanguin et bien réglée, avait eu son premier accès au spectacle d'une exécution capitale; l'autre, âgée de quarante-deux ans, mariée, avec quatre enfants, non réglée et lymphatique, avait des étourdissements fréquents entre les attaques. L'enfant, d'un tempérament nerveux, d'un caractère inquiet, sujet aux vers, n'était épileptique que depuis huit mois; sa grand'mère du côté paternel était morte à l'asile des Aliénés de notre ville.

L'indigo à dose réduite, 1 gramme par jour en commençant, souleva dès le principe quelques nausées, mais pas de vomissements. Au quinzième jour, étant à 3 grammes, les selles et l'urine offrirent la coloration bleuâtre. Vers la moitié du deuxième mois, à 15 grammes, l'enfant perdit l'appétit, eut des spasmes à la base de la poitrine, et des vomissements. Après quelques jours, à 30 grammes, la diarrhée se montra chez tous sans distinction.

Le traitement fut poussé au delà du quatrième mois, sans autres phénomènes saillants, l'indigo ayant fini par être supporté au mieux; mais les malades éprouvaient pour l'avaler une répugnance de plus en plus prononcée. Pour comble de malheur, l'habitude avait émoussé tout à fait l'action thérapeutique du remède; et, lorsqu'il fallut mettre un terme à l'expérimentation, le résultat était nul ou à peu près. Les accès avaient leur train accoutumé, et les malades ne présentaient pas la moindre différence dans leur état. Evidemment il n'y avait pas de réussite possible par ce mode d'agir; et, avant de tenter autre chose, il fallait laisser reposer les malades.

Après réflexion sur ces deux genres de faits, je résolus de combiner les deux méthodes dans une certaine mesure, de manière à jouir des avantages de la première, tout en prévenant les inconvénients attachés à l'emploi persistant de doses excessives, et à profiter de la seconde à cet effet de pouvoir prolonger le traitement autant qu'il serait convenable, sans annihiler l'influence du remède par l'habitude.

Deux mois après, j'entreprenais à nouveau l'enfant dont il a été question, et qui avait un accès tous les trois jours, tantôt le matin et tantôt le soir. Je lui donnai 8 grammes d'indigo les deux premiers jours, 15 grammes le troisième et le quatrième jour, 30 grammes le cinquième et le sixième jour; viande rôtie et vin coupé pour régime; pas de tisane. Nausées, légères coliques, deux selles noirâtres, urines colorées. A la fin de la semaine, les attaques étaient insignifiantes. Le septième jour, je réduisis la dose à 1 gramme, et je la maintins ainsi jusqu'au vingtième; même régime. Les attaques furent remplacées par une espèce d'absence qui passait comme l'éclair; appétit bon, sommeil parfait; gaieté naturelle à l'âge. Le vingt-unième jour, 40 grammes d'indigo; autant le lendemain, et, le surlendemain, retour à 1 gramme jusqu'à la fin du mois. L'épilepsie avait complétement cessé. Comme la bouche était pâteuse et l'estomac soulevé, je prescrivis un purgatif salin. Je me conduisis de la même façon pendant le second mois. Un accès provoqué par la chute du jeune malade dans un bassin plein d'eau nous fit craindre une rechute; mais il ne se renouvela pas. Le troisième mois, je n'administrai que 5 décigrammes d'indigo par jour, et 20 grammes en deux fois tous les dix jours. La guérison était achevée sans aucune entrave; elle a été solide, puisqu'il n'est rien survenu depuis deux ans.

La plus jeune des femmes, déjà traitée inutilement, ayant eu connaissance de cette guérison, vint me trouver promettant la plus grande soumission à mes ordonnances. Il en fut d'elle comme de l'enfant : succès complet. Les nausées qui accompagnaient les premières doses se calmèrent au moment de la réduction du remède.

Une fille de vingt-quatre ans, pleine de bizarreries qui la faisaient regarder dans sa famille comme folle, était épileptique depuis six ans. Les attaques, qui ne venaient d'abord que tous les mois, se répétaient tous les deux ou trois jours, et, aux approches de ses règles, elles se multipliaient d'une manière effrayante. Soumise au même traitement, elle a été guérie dans l'espace de quatre mois, sans récidive. Cette

cure remonte à un an, et je pense qu'elle se soutiendra, car son caractère a changé du tout au tout.

J'ai, en ce moment-ci, deux autres malades en cours de traitement : un enfant de quatorze ans et un homme de quarante-six ans. Le succès me paraît assuré, mais il faut attendre l'épreuve du temps, avant de les faire entrer en ligne de compte.

Je dois faire observer que je me suis servi constamment de l'indigo du commerce, lequel renferme en grande quantité des matières étrangères de toute espèce et une substance albuminoïde semblable à la leucine ou à la caséine. Cette remarque est essentielle, car la chimie attribue précisément à la présence de ces substances la production de l'acide valérianique qui a lieu par l'action de la potasse en fusion sur l'indigo.

L'acide valérianique serait-il engendré dans l'estomac à la suite de l'ingestion du remède, et faudrait-il rapporter la vertu curative de l'indigo à la formation de cet acide liquide et volatil? L'indigotine (indigo purifié), qui ne produit aucun acide sous l'influence des réactions chimiques, serait-elle privée des propriétés anti-épileptiques de l'indigo? Ce sont de nouvelles questions qui réclament de nouvelles expériences, mais dont la solution ne peut porter atteinte au fond du sujet.

Somme toute, les observations rapportées ci-dessus sont concluantes, les unes par elles-mêmes, et toutes par leur rapprochement.

Elles prouvent que l'indigo est un remède précieux contre la plus redoutable des névroses; que le mode d'administration dont je viens de parler en dernier lieu est le meilleur, et contribuera à relever ce médicament du discrédit dans lequel il était tombé à la suite de tant d'autres agents thérapeutiques.

Administré d'après la nouvelle méthode, l'indigo suspend rapidement les attaques, même chez les sujets qui en éprouvent coup sur coup un plus ou moins grand nombre, et il est susceptible de déterminer la guérison radicale de la maladie.

Je n'ai pas la prétention de soutenir que l'indigo convienne toujours, dans tous les cas, chez tous les malades; mais je crois que ce remède est destiné à rendre de grands services, dans une foule de circonstances et des plus graves, lorsque l'épilepsie existe par elle-même, ou du moins sans altération profonde du centre cérébro-spinal (1).

(1) *Annales cliniques* de Montpellier.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 8 *mai* 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe.)

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Deux demandes d'autorisation pour exploiter des fabriques d'eaux minérales.

2° Rapport de M. le docteur CHAPELAIN sur le service médical de l'établissement thermal de Luxeuil.

3° Modèle d'une nouvelle seringue à injection et d'une marmite de campagne, par M. le docteur PAULI, médecin-major au 90e de ligne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

Blennorrhagie. — M. le docteur LEBEL adresse le résultat de quelques expériences sur la coagulation des muco-pus syphilitique et blennorrhagique. (Renvoi à la commission déjà nommée.)

Choléra. — Mémoire sous pli cacheté, envoyé par un médecin allemand, et contenant la formule d'un remède contre le choléra.

Opération césarienne. — M. Velpeau dépose sur le bureau deux envois, l'un de M. HUBERT (de Louvain), intitulé : *Accouchements spontanés; Ostéomalacie; Opération césarienne, application continue de l'eau froide; guérison;*

Rage. — Et l'autre, de M. BUISSON, *sur le Traitement de la rage.*

LECTURES.

Viabilité. — M. DEVERGIE donne lecture d'un mémoire intitulé : *Note sur une question de doctrine en matière de viabilité de l'enfant, au point de vue des donations et des successions.* — Nous publierons cet intéressant travail dans le prochain numéro.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Adelon, Chevalier et P. Dubois.

RAPPORTS.

Délire. — M. BOUSQUET, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. FERRUS et LONDE, lit un rapport sur un travail de M. MOREAU, ayant pour titre : *Du Délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique.*

— A quatre heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre les rapports sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

CORRESPONDANCE

Mon cher confrère,

Je vous prie de vouloir bien reproduire dans votre plus prochain numéro la lettre suivante que vous rapportez aujourd'hui d'après l'*Art médical*, et dont le sens est involontairement altéré par des erreurs typographiques qu'un simple *errata* ne réparerait point.

« Monsieur le Docteur,

« En me faisant connaître les noms des médecins civils qu'il a mis à ma disposition pour être employés dans les hôpitaux militaires de Paris, M. le ministre de la guerre s'exprime ainsi qu'il suit :

« Je suis heureux, en vous notifiant ces nominations, de vous an-
« noncer que je ratifie celles de MM. les docteurs Lacroix, Gimelle,
« E. Begin et Jadelot, que vous avez provisoirement désignés; mais
« j'éprouve, d'un autre côté, le regret d'avoir à vous inviter à renon-
« cer au concours de M. le docteur Milcent, dont les doctrines mé-
« dicales n'ont pas le complet assentiment de la Faculté.

« Je vous prie de le remercier, d'ailleurs, en mon nom, de son as-
« sistance momentanée. »

« Il m'est personnellement très-pénible, Monsieur, d'avoir à vous notifier la décision de M. le Ministre de la Guerre, devant laquelle je suis forcé de m'incliner, puisqu'elle repose sur une question de doctrine que son administration a cru devoir accepter; mais je veux vous dire au moins tous les regrets que j'éprouve en renonçant au concours dévoué et éclairé que vous avez prêté à l'administration pendant le temps qu'elle a eu recours à vos services.

« Je vous prie d'en agréer la sincère expression, ainsi que celle de ma considération la plus distinguée.

« *L'intendant militaire de la première division*,

« Baron BARBIER. »

Vous avez reproduit avec cette lettre les deux mots qui s'y trouvent joints. L'*Art médical* a pensé qu'il suffisait, avant de faire plus, de signaler à l'attention et à la conscience publiques ce nouvel acte d'intolérance d'une Faculté, dont je m'honore de ne pas partager les doctrines, mais à qui je conteste le droit de *condamner* celles dont je suis fier d'être le représentant.

Vous intitulez votre article : *L'homœopathie proscrite au Val-de-Grâce;* permettez-moi de voir, dans cette proscription d'un nouveau genre, en même temps qu'une violence nouvelle contre l'homœopathie, une réaction de la *physiologie matérialiste et de l'organisme médical* de l'École contre des doctrines d'un ordre plus élevé, qui ne l'inquiètent pas moins que ne le fait la réforme thérapeutique de Hahnemann (1).

Une École qui n'a plus que de pareilles armes à son service, qui, au mépris de la liberté scientifique, et au nom d'une INFAILLIBILITÉ usurpée et dérisoire, excommunie et anathématise, nous semble offrir un bien triste spectacle.

Mais ce spectacle est moins triste encore que celui des doctrines que l'on y enseigne et qui peuvent se résumer en trois lignes :

En *physiologie*, — l'homme est un animal.

En *pathologie*, — il n'y a point de maladies.

En *thérapeutique*, — le traitement consiste dans l'expérimentation sur l'homme malade de substances dont on ignore les effets.

La Faculté pouvait-elle donner son *assentiment complet* à la physiologie spiritualiste, à l'essentialité des maladies, à la médecine des indications positives que j'aurais eu l'honneur de représenter au Val-de-Grâce?

Le matérialisme professé à l'École de Paris est le plus puissant encore; il en profite pour persécuter et proscrire. Ce qu'il offre de caractéristique à notre époque, c'est qu'il persécute et proscrit au nom *de la liberté de penser*. — Il croit triompher; mais s'il peut encore quelque chose contre les personnes, il ne peut rien contre la vérité

(1) *Voy.* ÉTUDES DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — De l'Influence du matérialisme sur les doctrines de l'École de Paris, par J.-P. Tessier; chez J.-B. Baillère.

De l'Enseignement de la médecine en France; du même auteur.

Voy. le journal l'*Art médical*. Charavey, éditeur, rue de Seine, 53.

qui vient en faire justice; ses violences ont livré le secret et donné la mesure de sa faiblesse.

Quelle que soit, mon cher confrère, la différence de nos opinions scientifiques, agréez, je vous prie, l'assurance de mon estime pour votre impartialité et pour votre respect de la libre discussion.

Paris, 8 mai. Alph. MILCENT.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La bonne foi scientifique du Moniteur des Hôpitaux.

Nous n'avions pas lu tout ce qui nous intéressait dans le dernier numéro de l'*Art médical*. On vient à l'instant d'appeler notre attention sur un passage qui exige de notre part quelques remarques.

Nous connaissons assez la plupart des rédacteurs de l'*Art médical* pour être certain qu'ils ne cherchent pas à appeler l'attention sur leur journal par des insinuations malveillantes, encore moins quasi-injurieuses; ce n'est donc pas sans étonnement que nous avons lu, dans le dernier numéro de ce journal, le passage suivant, qui nous avait échappé.

Dans un préambule au remarquable article de M. Imbert-Gourbeyre, que nous avons reproduit en extrait d'après la *Gazette médicale*, et que l'*Art médical* reproduit à son tour, M. Davasse fait observer que la démonstration de la *loi de similitude* est, suivant lui, la pensée dominante du travail de M. Imbert. « Ce n'est donc pas sans regret, ajoute-t-il, que nous avons vu dans un journal de médecine, le *Moniteur des Hôpitaux*, — qui nous avait accoutumés *à plus de courage* de sa part, — reparaître quelques *fragments mutilés* de ce travail où *l'on a eu soin*, cette fois, de dissimuler les conclusions dotrinales, etc. »

Ces lignes contiennent un reproche et une imputation que nous ne saurions accepter, et que M. Davasse, moins que personne, avait le droit de nous adresser. Manquer de courage signifie, dans la circonstance, dissimuler ce qu'on croit être la vérité, *mentir* à sa conscience ou, tout au moins, faillir à la bonne foi. Or, c'est une accusation que les ennemis eux-mêmes que nous avons l'honneur de compter, n'avaient pas songé encore à diriger contre nous. Nous aimons à croire que notre honorable adversaire, et, nous le disons encore, notre ami, ne sera pas plus difficile que nos ennemis les plus acharnés. Il reconnaîtra sans peine que nos antécédents nous dispensent de répondre à une telle accusation (1).

Mais taire ou dissimuler la vérité, c'est, dans la conjoncture actuelle, croire dans son for intérieur que la loi de similitude est une vérité. Or, à cette imputation, nous avons deux réponses à faire :

1° D'abord que, dans notre opinion, la loi de similitude n'est pas une vérité, au moins dans la généralité des cas, si elle l'est pour quelques-uns;

2° En second lieu, que si nous croyions à la réalité de cette loi, il n'y aurait pas seulement manque de courage (c'est-à-dire de bonne foi), à ne pas le dire; il y aurait inconséquence et niaiserie.

Il y aurait inconséquence, parce que nous l'avons déjà solennellement déclaré, la doctrine des semblables et des contraires est un des points communs à la doctrine homœopathique et à plusieurs autres doctrines, ou du moins à plusieurs autres *médecines* et *thérapeutiques*, un point que rien ne peut condamner formellemenl, *à priori*, et dont, par conséquent, la discussion ne pourrait être interdite dans le journal allopathique le plus puritain ou, si l'on veut, le plus intolérant. Dès lors, ce serait niaiserie que d'éluder la discussion sur ce point, et si M. Davasse nous croyait capable de faire de la mauvaise foi scientifique, il nous accordera bien que nous sommes en état de n'en pas faire à la manière des Pamphile ou des Coquillard.

Le seul point que nous aurions pu avoir à dissimuler, c'est le point relatif à la posologie, seul point, à vrai dire, qui sépare l'homœopathie de toutes les autres doctrines médicales. Or, ce point, M. Davasse reproche à M. Imbert de ne l'avoir pas traité, reproche qui ne nous paraît pas d'ailleurs très-fondé, car il ressort assez clairement de toutes les observations particulières, que l'habile thérapeutiste de Clermont-Ferrand a employé l'aconit aux doses usitées dans la médecine allopathique, et même, dans quelques cas, très-allopathique. Nous avouons même que c'est là ce qui nous a donné une grande confiance dans ses expériences, et ce qui nous a engagé à placer sous les yeux de nos lecteurs les plus curieuses d'entre elles. Ne pouvant ni ne devant reproduire textuellement un mémoire fort étendu publié dans un autre journal, nous avons choisi dans ce travail, *spécialement thérapeutique*, ce qui nous a paru le plus intéressant pour les *thérapeutistes*, c'est-à-dire les praticiens, et en cela nous croyons avoir obéi au mobile qui doit guider tous les rédacteurs en chef de journaux scientifiques; c'est ainsi qu'en agit le rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, etc., etc.

Maintenant que nous voilà expliqué quant au passé, expliquons-nous une fois encore quant à l'avenir, puisqu'il paraît que dans ce monde on ne peut se faire comprendre qu'après s'être répété cent fois. Sommes-nous sortis du cadre que nous nous sommes tracé? avons-nous montré plus ou moins de courage que par le passé en reproduisant le travail de M. Imbert? Nous ne le pensons pas.

Disons d'abord que l'*Art médical* nous paraît classer un peu légèrement M. Imbert-Gourbeyre dans la légion hahnemannienne pure. Que M. Imbert, dont nous connaissons le grand amour pour l'érudition et l'insatiable désir d'apprendre ait lu et médité Hahnemann; qu'il y ait puisé des inspirations, c'est ce que doit faire tout thérapeutiste jaloux d'approfondir la partie de la science qu'il cultive; c'est ce qu'a fait M. Trousseau avec plus de légèreté et moins de bon sens que le professeur de Clermont, sans que personne ait jamais paru s'en apercevoir, excepté, nous leur rendons cette justice, les rédacteurs de l'*Art médical*. M. Imbert est donc, si l'on veut, un homœopathe à la façon de M. Trousseau avec une instruction plus solide et une expérimentation plus attentive. Mais, pour être juste, il faut ajouter que M. Imbert est encore, comme M. Trousseau, sauf les mêmes différences d'esprit et de tempérament, Rasorien, Rademacherien, Priesnitzien, etc.; c'est-à-dire qu'il cherche la vérité partout, qu'il la prend où il croit la trouver, et qu'il est en un mot éclectique dans la bonne acception du mot.

Mais lors même que le travail sur l'aconit serait sorti de la plume d'un véritable homœopathe, nous n'hésitons nullement à déclarer que nous l'aurions reproduit dans notre journal. Toutes les fois que des travaux se présenteront avec ce cachet d'observation clinique attentive, d'érudition de bon aloi, de critique indépendante quoique bienveillante; toutes les fois que ces travaux tendront à mettre en lumière mieux qu'on ne l'avait fait encore, les propriétés curatives d'un médicament, ils auront sans exception leur place marquée dans le *Moniteur des Hôpitaux*, fussent-ils dus à la plume de Charles-Albert ou de.... la syphilisation. Avant tout, le *Moniteur* ne veut en science, ni exclusions, ni proscriptions; il se rappelle trop que l'émétique a été proscrit pendant de longues années par la Faculté de Paris, et la rotation de la terre par d'autres tribunaux. Or, nous le répétons, parce que telle est la vérité, les études sur l'aconit doivent être placées parmi les plus remarquables qui aient été faites depuis longtemps en thérapeutique, et si nous avons un désir à former, c'est que tous les médecins thérapeutistes et pharmacologues portent dans leurs études la même instruction, la même liberté d'esprit, le même zèle que M. Imbert. Nous faisons spécialement ce vœu en faveur de ceux qui font des *traités de thérapeutique*. Hélas! ils ont bien besoin qu'il soit exaucé!

Pour toutes les variétés. H. DE CASTELNAU.

(1) Notre article était rédigé lorsque nous avons reçu la visite amicale de M. Davasse, qui nous a déclaré spontanément que les mots dont nous nous plaignions avaient été détournés par une erreur typographique de leur véritable application. Notre article n'aurait donc plus eu de raison d'être, s'il n'avait eu d'autre objet que de répondre à M. Davasse; mais comme il traite de quelques autres questions, et qu'il s'adresse à des lecteurs qui n'ont pu entendre les explications de M. Davasse, nous avons cru devoir le laisser dans la forme première.

BIBLIOGRAPHIE.

***Mémoire** sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé*, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du Journal.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de la goutte; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8; au bureau du Journal.

*Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le Dr IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — Sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament. — Au bureau du Journal; prix : 25 centimes, et 40 cent. par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 57. 3e ANNÉE. Samedi 12 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

Rapport sur la candidature et les titres scientifiques de M. PIERQUIN, de Gembloux, lu à la Société médico-psychologique par M. H. DE CASTELNAU.

(Suite. — Voir les numéros des 19, 21 avril et 8 mai.)

Comme à toutes les époques de commotions sociales, de nombreux projets de réforme agitèrent les esprits en 1830, et donnèrent lieu à des écrits qui, de même que presque toutes les œuvres de circonstance, se firent remarquer plus souvent par la vivacité du langage, et la légèreté des opinions qu'on y défendait, que par la solidité et la profondeur des études qui en étaient la base. Parmi les questions qui eurent le privilége de captiver l'attention des publicistes, celle de la peine de mort occupa l'un des premiers rangs. M. Pierquin crut devoir apporter ses lumières à la solution de ce grave problème, et il publia dans la *Revue encyclopédique* (octobre et novembre 1830) un long article, qui forme le huitième et dernier travail dont il me reste à vous entretenir. Il porte pour titre : *De la peine de mort et de son influence sur la santé publique.*

L'auteur, vous le voyez, a voulu surtout envisager la question en hygiéniste ; c'était peut-être un moyen de changer les points de vue auxquels s'étaient placés d'autres écrivains, et de donner à son travail une certaine originalité. Toutefois, soit qu'il ait craint de voir le sujet trop promptement épuisé, soit par d'autres motifs, il a, dès le début, agrandi son horizon en se demandant, avec plus de raison que d'indulgence pour ses prédécesseurs, si avant de chercher un moyen plus prompt et moins douloureux d'appliquer la peine de mort, « il n'eût pas été prudent de s'enquérir jusqu'à quel point elle était juste ? »

Cette question laisserait croire que les auteurs qui ont traité de la peine de mort n'en ont pas discuté la légitimité, ce qui serait les accuser d'un tort presque impossible : comment admettre, en effet, qu'ils aient pu aborder ce sujet si grave sans chercher à résoudre d'abord le problème fondamental qui constitue, pour ainsi dire, le sujet lui-même tout entier ? Les auteurs auxquels on a pu faire allusion n'ont eu garde de tomber dans cette inconséquence, et tout ce que M. Pierquin aurait pu leur reprocher, c'est de n'avoir pas donné de ce problème une solution plus en rapport avec les progrès de la civilisation, et de ne s'être pas entourés, dans leurs travaux, de toutes les lumières que la science contemporaine pouvait mettre à leur disposition.

Quelques remarques suffiront pour montrer combien un tel reproche eût été fondé.

Malheureusement, l'auteur ne paraît pas se douter beaucoup lui-même que le temps est venu de sortir d'une voie que l'ignorance a tracée et qu'ont religieusement suivie la paresse, la routine et cet amour plein de suffisance pour ce qu'on sait,

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les numéros 28, 29, 30, 39, 40, 42, 43, 45, 49, 50, 52 et 54.)

C'est en se fondant sur ces complications des maladies de reins, sur ces symptômes cérébraux à marche, à type particuliers, que Frérichs a admis une maladie spéciale qu'il appelle *intoxication urémique* à forme aiguë ou chronique et parfaitement reconnaissable. Mais, quoi qu'en ait dit Frérichs, c'est plutôt par les symptômes du côté des reins, que par les symptômes cérébraux qu'on retrouve la cause de ces phénomènes.

Dans ces cas, souvent, comme dans une observation de M. D'Ornellas, il y a diminution, puis suppression de sécrétion urinaire. La cause des phénomènes cérébraux, suivant les auteurs allemands, c'est l'accumulation excessive de l'urine dans le sang et surtout la transformation de cette substance en carbonate d'ammoniaque à l'aide d'un ferment particulier. Il paraît bien établi que l'urée entre en abondance dans le sang des albuminuriques, et l'on retrouve aussi le carbonate d'ammoniaque dans les sueurs, dans les matières vomies, dans l'air expiré, soit à l'aide d'un papier de tournesol rougi par un acide et que l'on approche des lèvres (l'air expiré ramène la couleur bleue), soit à l'aide d'une baguette trempée dans l'acide chlorhydrique et qui donne des vapeurs blanches.

Je n'ai pu résister au désir de vous esquisser le rapport de M. Charcot. J'ajouterai encore quelques mots sur les maladies des reins.

M. Vidal nous a montré une phlébite de l'artère rénale. Le malade présentait en outre une hypertrophie des reins, une phlébite des veines crurales, une entéro-colite pseudo-membraneuse, une ostéite scrofuleuse des vertèbres.

Enfin une pièce de M. Bonfils. Un malade était atteint d'un cancer encéphaloïde du testicule et du cordon avec tumeurs semblables dans les ganglions lombaires et dans le foie ; de plus, on trouvait dans la cavité abdominale une tumeur de la grosseur d'une tête de nouveau-né, plutôt située à droite qu'à gauche, et rappelant par sa structure le fongus hématode. En haut de cette tumeur on voyait une bosselure assez régulière, fluctuante. On incise cette tumeur et l'on voit de suite qu'il s'agit du rein de ce côté, rempli de pus. Jamais on n'avait observé de pus dans l'urine de ce malade, et jamais on n'avait noté de symptômes spéciaux. L'uretère, sans être oblitéré, était comprimé par la tumeur, et il fallait pousser le stylet avec une certaine force pour le faire pénétrer.

Les oblitérations de l'uretère sont des affections fort rares. Cette lésion est indiquée dans l'observation à laquelle j'ai déjà fait allusion.

qui n'a d'égal que la répugnance pour ce qu'on devrait étudier et apprendre. Tout au contraire, en formulant, quoique sans la motiver, cette conclusion que : « La société *n'a pas le droit* d'infliger la privation de la vie comme punition, » M. Pierquin laisse voir assez clairement que, s'il avait voulu délier le nœud qu'il n'a fait que trancher, il n'aurait pas invoqué d'autres principes que ceux qui ont prévalu jusqu'à ce jour dans l'esprit des criminalistes, et sur lesquels sont encore basées toutes les lois pénales du monde, sans en excepter celles de cette étonnante partie de l'Amérique où règne avec l'esclavage presque un excès de liberté. Or, ce sont ces principes eux-mêmes que repoussent à la fois la science de l'homme, la science sociale naissante et le progrès général de la raison publique.

Presque tous les criminalistes de profession et beaucoup de philosophes admettent que toute action est conforme ou contraire aux lois éternelles de la vérité, de la raison, de la *morale générale*, ou, comme ils le disent, de la *morale absolue;* que toute action est, comme ils le disent encore, juste ou injuste *en soi*, morale ou immorale *absolument;* ils admettent qu'ils possèdent les éléments nécessaires pour apprécier non-seulement l'immoralité de toute action, mais encore, très-approximativement du moins, le degré de cette immoralité; ils admettent que tout acte immoral doit être puni (quelques-uns même disent vengé), d'abord pour répondre au sentiment de la justie absolue; pour réparer, s'il est possible, le dommage causé; pour corriger le coupable et l'empêcher de tomber à l'avenir dans la même faute; pour arrêter, par une peine exemplaire, par l'intimidation, ceux qui seraient tentés de s'abandonner à de funestes penchants; ils admettent, enfin, que la vengeance, la punition ou la peine doit être analogue ou tout au moins proportionnelle au délit, et qu'ils peuvent donner à la loi ce caractère de proportionnalité.

De là la peine de mort appliquée au crime d'homicide.

Permettez-moi, Messieurs, d'invoquer une fois encore votre bienveillante attention et de m'arrêter quelques instants sur ces principes fondamentaux.

Quoique dans quelques réquisitoires, il soit encore question de vindicte publique, quoiqu'un petit nombre de gardiens de la loi se donnent, avec intention ou par inadvertance, comme les représentants de ce prétendu besoin, il y a longtemps que la vengeance n'est plus considérée comme un droit, mais bien comme un acte barbare complètement opposé à la notion de justice. Si ce droit supposé a laissé quelques traces de son existence dans le texte des lois et dans la pratique judiciaire, c'est que la science appliquée est toujours en retard sur la science abstraite; mais ceux-là seraient dans une grave erreur qui croiraient encore que la société demande à être *vengée.*

Le droit de punition se présente dans de tout autres conditions; il offre tellement au premier abord toutes les apparences du droit, qu'il a pu éblouir des esprits comme Bentham, qui ne trouvent aux peines d'autres raisons d'être que leur utilité, et les éblouir à ce point, que ce grand penseur ne conçoit ni l'existence des individus, ni celle d'un gouvernement, ni même celle d'aucun autre droit, sans le droit de punir. Cependant, pour peu que l'on cherche à pénétrer au fond des choses, on ne tarde pas à s'apercevoir que si la vengeance est plus barbare, en revanche la punition est moins logique, et que la justice humaine doit y renoncer, si elle ne veut pas empiéter sur les priviléges de la justice divine.

Le droit de punition, disons-nous, est moins logique que le droit de vengeance : en effet, pour se venger, il suffit d'infliger un mal à l'auteur d'une offense; pour punir un coupable, il faut que celui qui est chargé de prononcer la punition puisse se renfermer dans les conditions ci-dessus énoncées du droit absolu et des conséquences qui en découlent. Or, quel est ce droit, quelles sont ces conséquences? Voilà ce qu'il s'agit d'examiner.

Qu'est-ce donc pour le naturaliste, pour le médecin, c'est-à-dire pour le véritable, pour le seul philosophe positif, qu'est-ce donc que le droit, la morale, la justice absolue? Où en trouverons-nous le texte, écrit par une autorité devant laquelle toute raison individuelle doive se taire et obéir? Les partisans du droit de punition vont sans doute nous l'apprendre :

« Quant à la morale absolue, dit le comte Rossi, ce n'est pas à l'individu que Dieu en a confié la garde dans ce monde. » (*Trait. du dr. pénal*, t. I, p. 241.)

Pour qui ne saurait pas que les contradictions sont une nécessité, quand on est engagé dans une fausse voie, cette déclaration aurait de quoi surprendre, venant d'un défenseur de la morale absolue. Si cette morale n'est pas de ce monde, n'est-on pas bien excusable de n'avoir pas l'ambition de l'atteindre? C'est ce que l'auteur semble avoir tour à tour compris et méconnu, car tour à tour il désespère ou il se flatte de trouver cet idéal.

Tantôt, plein de confiance dans la pénétration de son esprit, il n'hésite pas à proclamer qu'il « existe un ordre moral, obli-

---

Dans ce cas aussi on aurait pu en dire autant si l'on s'était borné à un examen assez superficiel. Cependant le liquide purulent renfermé dans le rein ne s'échappait pas par les urines.

Système nerveux.

M. Voisin nous a montré une hémorrhagie dans les ventricules latéraux. Le sujet avait montré pendant la vie, et subitement, de l'incohérence dans les idées, de l'agitation, et fut conduit à Bicêtre. Peu de jours après son entrée, il présenta des symptômes de coma, de la stupeur ébrieuse; cependant on pouvait observer une perte de la sensibilité et de la motilité, plus marquée d'un côté que de l'autre ; il meurt, et l'on trouve la lésion dont je viens de parler.

A côté de cette pièce, j'en placerai une autre. C'est une *apoplexie méningée* présentée par M. Vidal, recueillie sur un jeune enfant qui avait eu, pendant sa maladie, des convulsions, de l'assoupissement, des vomissements, du strabisme, des signes de méningite. Il se rétablit et meurt peu de jours après d'une broncho-pneumonie double. On trouve dans l'arachnoïde un épanchement formé de caillots étalés et stratifiés.

Puis c'est un *tubercule du cervelet* qui nous est apporté par M. Prost, et qui n'a donné, pendant la vie, lieu à aucun symptôme qui eût pu faire soupçonner sa présence. Ce fait viendrait confirmer une loi établie par M. Andral : que les tumeurs, qui se développent lentement, n'amènent le plus souvent aucun désordre dans les organes qui les entourent.

M. Marcé nous a montré un exemple de contusion diffuse. Il s'agit du malade dont il a déjà été question, à propos des fractures du fémur et du bassin. Ce blessé avait perdu connaissance au moment de l'accident. Il ne répondait à aucune question ; il n'avait ni coma, ni paralysie, mais, au moindre attouchement, il s'agitait, cherchait à frapper les personnes qui l'entouraient, etc. A l'autopsie on trouva de larges surfaces contuses, des noyaux apoplectiques.

A côté de ce fait, M. Broca nous en a cité un autre. Un malade est apporté à l'Hôtel-Dieu ; il offre tous les signes que je viens de citer, et l'autopsie ne démontre aucune trace de contusion, de piqueté, dans aucun point de l'encéphale.

La nature semble souvent se jouer de toutes les classifications que l'on a voulu et que l'on veut encore établir. Ainsi M. Bouillaud, se fondant sur une foule d'observations fort bien prises, fort bien interprétées, émet l'opinion que la perte de la parole coïncide avec une altération des lobes antérieurs du cerveau. Je vous ai déjà rappelé, à propos des maladies des os, un fait de M. Charrier qui vient à l'appui de la doctrine de notre savant professeur de clinique médicale.

A côté de celui-là, j'en citerai un autre de M. Chairou. Chez un malade, il y a perte de la parole, conservation complète de l'intelligence, et l'on trouve à l'autopsie une apoplexie méningée à la partie postérieure et inférieure d'un des lobes du cerveau. Cette présentation nous a valu une communication fort intéressante de M. Marcé, sur l'interprétation de ces symptômes.

(*La suite au prochain numéro.*)

gatoire pour tous les êtres *libres* et *intelligents* qui ont pu s'en procurer la connaissance. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 390.)

Tantôt, ramené à la réalité par l'évidence des faits, il reconnaît que « la justice humaine, sans pouvoir jamais atteindre, même de loin, la perfection de la justice absolue, doit s'efforcer de s'en rapprocher » (*loc. cit.*, t. I, p. 239), et, comme pour prouver combien dans une ambition, même ainsi réduite, il y a de témérité, il dit ailleurs :

« Pour qu'un système pénal soit en même temps juste, conforme au but suprême des sociétés civiles et en harmonie avec la dignité de l'homme, c'est aux principes fondamentaux du bien et du vrai qu'il faut remonter. Or, ces principes ne sont-ils pas encore un objet de contestation et de dispute? Sommes-nous à la veille de voir cesser ce désaccord? Demandez plutôt aux philosophes, à l'école de Condillac et à celle de Kant, aux jurisconsultes théoriciens de l'Allemagne et aux disciples de Bentham, et puis encore aux prosélytes de de Maistre et de Lamennais. Demandez-leur *ce que c'est que le juste*, et *comment il est donné à l'homme de le reconnaître*. . . . .

. . . .

. . Trois codes criminels dont l'un serait l'ouvrage d'un kantiste, l'autre d'un disciple de Bentham, et le troisième d'un admirateur des *Soirées de Saint-Pétersbourg* ne se ressembleraient pas plus que ne sont identiques entre eux le principe du devoir, le principe de l'intérêt et le principe théocratique. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 26.)

Après avoir constaté les dissidences de ces grands penseurs touchant la justice absolue ou, ce qui revient au même, leur impuissance à en saisir le caractère irrécusable, l'auteur va renoncer peut-être (on pourrait s'y attendre du moins) à l'espoir de trouver cette pierre philosophale : il n'en est rien cependant. Invoquant ici la conscience générale (1), là, le sens commun (2), ailleurs la raison commune (3), il établit successivement sur chacune de ces trois bases la démonstration du droit absolu, élevant ainsi la conscience, le sens et la raison du commun des hommes, dont il n'hésite pas à se croire le seul interprète fidèle, au-dessus de la conscience, du sens et de la raison des esprits les plus profonds. Or, ce principe, révélé par la conscience générale, par la raison et le sens communs, mais impénétrable à la raison des esprits élevés, en quoi consiste-t-il? « *A rétribuer le mal par le mal.* »

Je ne vous fatiguerai pas, Messieurs, d'autres citations; vous trouveriez dans presque tous les autres partisans du droit de punition, dans M. Guizot, dans M. le duc de Broglie notamment, quelques nuances de couleur sur un fond constamment le même et où les objets sont souvent moins nettement dessinés encore que dans le livre, si remarquable d'ailleurs, de l'infortuné ministre de Pie IX. Il faut toutefois en excepter l'ouvrage du judicieux Bentham, qui admettait d'ailleurs, la punition, ainsi que je l'ai dit, non parce qu'il la croyait absolument juste en soi, mais parce qu'il la croyait nécessaire.

Restons-en donc là quant au principe et voyons les conséquences.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) « Posons donc un premier principe qui n'est que l'expression de la *conscience* humaine : la punition consistant à infliger un mal, intentionnellement, en raison d'un fait antérieur, même irréparable, sans tenir compte de la volonté du patient, et nullement en vue d'un avantage futur pour lui, ne peut être un droit qu'autant qu'elle a pour objet l'auteur d'un mal injuste; c'est là son essence. Si on fait abstraction un seul instant de la liaison morale qui doit exister entre le fait punissable et le fait de la peine, le droit de punir disparaît. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 130.)

(2) « La vérité existe cependant, en dépit de tous ces systèmes exclusifs. Si le philosophe, trop fier d'en avoir saisi un fragment, est tout occupé à exploiter les richesses de sa conquête partielle, en perd de vue l'ensemble, cette unité vaste et féconde n'existe pas moins; *le sens commun l'entrevoit;* il n'en tire pas savamment toutes les conséquences dont elle est pleine ; mais, à chaque cas particulier, *il en fait une application qui, pour être instinctive, n'en est pas moins juste.* » (*Loc. cit.*, t. I, p. 29.)

(3) « Les principes de l'ordre moral nous sont révélés par *notre intelligence*, par la *raison*, en tant qu'elle s'applique aux vérités de l'ordre moral, et par notre sensibilité en tant que mise en jeu par les faits moraux. Notre raison a le devoir d'accepter cette indication primitive, spontanée, de notre sensibilité morale ; elle a le droit de les soumettre à son examen pour les purifier, les coordonner, les étendre. Du concours de ces deux facultés naît *la conscience*, chargée de nous avertir par ses cris, de nous stimuler par ses inquiétudes, de nous récompenser par sa paix, de nous punir par ses déchirements. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 250.)

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. Fleury, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir tome II, nos 145, 153; tome III, nos 2, 11, 21, 26, 30, 35, 50, 55.)

Observation XI. — M. D. est âgé de vingt-sept ans, d'une taille très-élevée, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux; il a toujours été très-maigre, très-impressionnable au moral comme au physique, mais sa santé a néanmoins constamment été bonne. Il y a quatre ans, dans les conditions habituelles d'une vie très-régulière, sans aucun changement dans le mode d'alimentation, dans les exercices du corps, sans cause appréciable en un mot, il survint brusquement une constipation opiniâtre que ne purent vaincre ni les lavements ni les purgatifs; mais M. D. ayant remarqué, au bout de quelque temps, que la fumée de tabac était plus efficace, il se laissa aller à augmenter graduellement la quantité de cigares qu'il consommait chaque jour; de fumeur très-modéré il devint bientôt fumeur émérite, et dépassa la dose quotidienne de douze à quinze cigares, sans compter trois ou quatre pipes.

En janvier 1847 les digestions commencèrent à devenir moins bonnes (*gonflement et pesanteur épigastriques, malaise général, etc.*), et M. D. n'y fit d'abord que peu d'attention; mais les accidents gastralgiques ayant enfin acquis une intensité fort incommode, il consulta un médecin qui lui donna le conseil de cesser de fumer ou, tout au moins, de réduire considérablement la quantité du tabac consommé chaque jour. L'obéissance ne fut pas facile à M. D., à qui il fallut faire de grands efforts de volonté pour arriver à ne plus fumer que quatre cigares par jour, et sa docilité ne reçut point la récompense qui lui avait été promise; les accidents gastralgiques persistèrent et la constipation se manifesta de nouveau. Durant quelques semaines, du thé pendant le déjeuner, et du café noir après le dîner, parurent apporter quelque soulagement au malade; mais alors celui-ci trouva, à tort ou à raison, que ces boissons lui faisaient du mal, et il ne voulut plus en continuer l'usage.

Au mois de mai, M. le professeur Cruveilhier fut consulté; il prescrivit des tisanes amères, des préparations de fer et de quinquina. Ce traitement fut mal supporté; il rendit la constipation plus opiniâtre encore, et les digestions furent accompagnées de douleurs épigastriques non ressenties jusqu'à cette époque.

Au mois de juin, M. D. s'adressa à M. le professeur Trousseau, qui prescrivit la belladone; mais ce médicament produisit du côté de la vue et de l'encéphale des accidents qui, à juste titre, en firent abandonner l'emploi.

Au mois de juillet intervint M. le professeur Chomel, lequel se contenta de régler minutieusement le régime alimentaire (*viandes blanches, herbes potagères, pas de charcuterie, d'épices, etc.*) et de conseiller les eaux de Plombières; celles-ci ne modifièrent en rien l'état du malade.

Au mois d'octobre, M. D. vit mourir, d'un *cancer de l'estomac*, l'un de ses amis intimes, et cet événement exerça sur lui la plus funeste influence, en lui inspirant la conviction profonde qu'il était atteint de la même maladie.

Pendant deux mois, M. D. resta plongé dans une sombre tristesse, refusant de voir ses amis et même ses parents, ne mangeant presque rien et ne voulant se soumettre à aucun traitement. Il tomba dans un amaigrissement et dans une anémie qui firent de rapides progrès.

Au mois de janvier 1848, la mère du malade, qui habitait la province, vint se fixer à Paris auprès de son fils; ses supplications obtinrent de lui qu'il tenterait un nouvel effort, mais elles ne purent le décider à s'adresser de nouveau aux praticiens illustres précédemment consultés. M. D., devenu sceptique à l'endroit de la médecine honnête et scientifique, allait se livrer, avec la plus aveugle crédulité, aux charlatan et aux exploiteurs.

Successivement, et pendant plus de six mois, M. D. expérimenta la médecine chimique, porta des plaques et des chaînes magnétiques de toutes sortes, se livra à la *cuisine* la plus excentrique sous l'inspiration de diverses somnambules, fut magnétisé, électrisé, massé, frictionné; une empirique femelle très-connue eut le mérite de faire sortir le malade de cette voie déplorable en lui infligeant une violente entéro-colite, produite par les drastiques dont l'abus constitue sa *méthode*.

Trois mois de traitement homœopathique eurent un très-bon effet: celui de laisser reposer le malade et d'améliorer, par un bon régime, l'état de ses organes digestifs, et spécialement celui des intestins.

Fatigué de toutes ces tentatives infructueuses, découragé, plus convaincu que jamais de l'existence de son cancer, M. D. retomba dans une morne résignation, plus apparente que réelle, et voici l'état dans lequel il languissait depuis plus d'un an lorsque, vaincu par de nouvelles et pressantes instances maternelles, il vint à Bellevue le 9 mai 1850.

État actuel. — Amaigrissement considérable; teint hâve, plombé; yeux excavés, brillants; gencives pâles, langue large, pâle, sans enduit. La marche est vacillante, titubante en raison de l'extrême faiblesse du malade et de l'inertie dans laquelle le système musculaire est plongé depuis si longtemps, M. D. ne quittant pas l'appartement, et n'abandonnant son lit que pour s'ensevelir dans un large fauteuil à la Voltaire, et réciproquement; pour faire quelques pas dans la chambre, le malade s'appuie sur le bras de sa mère ou s'accroche aux meubles.

Le système nerveux est dans un état d'excitabilité déplorable; les yeux ne peuvent soutenir l'éclat d'une lumière un peu vive; le moindre bruit incommode; le son d'une pendule, d'une sonnette, le bruit d'une porte est insupportable et produit un tressaillement brusque et douloureux; la musique cause tantôt une impatience fébrile, tantôt une émotion qui se traduit par des larmes. Le malade ne peut ni lire, ni écrire; toute espèce d'occupation intellectuelle lui est impossible.

Le caractère a subi une transformation complète et présente des contradictions, des bizarreries extraordinaires. Tantôt M. D. est porté à l'expansion, à l'attendrissement, il prodigue à sa mère les caresses les plus affectueuses et les plus enfantines, se rattache à la vie, pleure, gémit en disant qu'il ne veut pas mourir, qu'il faut trouver un moyen de le sauver, et tantôt il est sombre, silencieux, et d'une irascibilité extrême; alors tout l'agace te l'irrite, rien ne le satisfait ni ne le contente; la plus légère contrariété provoque de véritables attaques d'hystérie avec convulsions, cris, larmes, suffocation, sensation de constriction à la gorge, de boule qui monte et descend dans l'œsophage, etc. Parfois le malade, honteux de lui-même, veut s'armer de courage, d'énergie; il affecte une résignation calme, mais ses efforts ne durent pas longtemps et sont suivis d'une réaction qui le replonge dans la prostration physique et l'accablement moral.

Les nuits sont en général mauvaises; le malade n'a que deux ou trois heures d'un sommeil agité et peu réparateur; souvent une sueur plus ou moins abondante a lieu vers le matin, et M. D. se lève alors plus fatigué qu'il ne s'est couché.

Le pouls est faible et lent; le cœur, les poumons, le foie, la rate sont à l'état normal; il n'existe aucune tumeur appréciable dans l'abdomen, et notamment dans la région épigastrique.

L'appétit est irrégulier, capricieux, et varie suivant les dispositions morales et intellectuelles du malade. Tantôt M. D. ne prend, pendant plusieurs jours de suite, qu'un peu de lait; tantôt il mange des côtelettes de mouton, du gigot, une aile de perdrix; pendant un certain temps, il ne veut que des viandes blanches, du poisson, des légumes; puis, tout à coup, il mange de la salade, des fruits crus, du jambon, du homard, pour revenir à la diète et au lait. Ces irrégularités dans le régime ne paraissent pas exercer une grande influence sur les fonctions digestives qui s'accomplissent toujours à peu près de la même manière. Une demi-heure après le repas, M. D. commence à ressentir de la pesanteur et du gonflement à l'épigastre, des pandiculations, du malaise, un accablement général qui le plonge dans une espèce de demi-sommeil très-pénible; parfois il lui semble qu'il *va se trouver mal*, alors il s'agite, crie, réclame le secours de sa mère, et cependant jamais, dans ces circonstances, une syncope complète n'a eu lieu. Ces phénomènes ont une durée de trois, quatre ou cinq heures; lorsqu'ils ont disparu, M. D. accuse une grande fatigue, une lassitude générale avec brisure des articulations, et c'est alors surtout qu'il s'abandonne à ses *idées noires*, tantôt appelant la mort à grands cris, tantôt la repoussant avec terreur et désespoir.

Le malade n'a jamais d'évacuations alvines spontanées et prend tous les jours soit plusieurs lavements, soit trois à quatre cuillerées de graines de moutarde blanche. — Jamais de vomissements.

Huit mois d'hydrothérapie ont été nécessaires pour amener M. D. à une guérison complète, et le *traitement moral* n'a pas exigé moins de temps et de soins que la *médication physique*.

La tâche du médecin n'est ni facile, ni agréable lorsqu'il s'agit d'hypocondriaques semblables à celui dont nous venons de rapporter l'histoire. Que de patience il faut! que de courage! pour écouter tous les discours, toutes les doléances, toutes les absurdités que débite le malade à chaque instant du jour: s'il prend un rhume, s'il tousse une fois, il est phthisique; s'il a un engourdissement dans un membre, il est affecté d'une maladie de la moelle et il *va devenir* paralytique, car la perspective de l'avenir ne le préoccupe et ne l'effraye pas moins que le tableau du présent; si ses urines sont troubles, voilà une spermatorrhée qui le conduira au tombeau; si elles sont claires, c'est un diabète! Un jeune homme qui s'était heurté sans s'en apercevoir et qui éprouvait une légère douleur contusive au pied, l'attribuait à une carie des os! Et les cancers imaginaires? Et la syphilomanie?

Pour rassurer ces malheureux nosomanes, beaucoup plus nombreux parmi les hommes que parmi les femmes, pour leur inspirer de la confiance, pour les amener à supporter les premières sensations produites par le contact de l'eau froide, pour leur faire comprendre qu'aucune médication ne pourra les guérir en quelques jours et que la *persévérance* est la première condition de leur guérison, le médecin est obligé de faire appel aux meilleures inspirations de son intelligence et de son cœur, de son habileté et de son humanité. Un jour il faut écouter le nosomane avec patience, compatir à ses souffrances imaginaires, lui en laisser paisiblement dérouler le tableau, le prendre par la douceur; le lendemain il faut, dès le premier mot, couper court à ses divagations, le dominer par la raison et lui faire sentir le joug de l'autorité. Dans tous les cas, l'action du médecin doit être incessante et s'exercer avec la suite et le dévouement dont notre regrettable ami Leuret a donné un si noble exemple en instituant le traitement moral de la folie.

Si, en se soumettant à toutes les exigences de cette pénible tâche, le médecin a parfois encore le regret de voir tous ses efforts se briser contre l'invincible résistance d'une idée fixe, jugez quels doivent être les succès et l'influence de ces *princes de la science* qui, dans une consultation ou dans une visite quotidienne de quelques minutes, se contentent de prescrire la belladone ou la noix vomique, et de *conseiller les distractions!*

Les observations que nous venons de rapporter suffisent pour donner une idée des principales formes de la gastralgie idiopathique, primitive; quant à la gastralgie secondaire et compliquée, c'est moins d'elle-même qu'il y a lieu de s'occuper que de la maladie dont elle n'est qu'un épiphénomène, et, à ce point de vue, il nous faudrait, pour être complet, décrire, à l'exemple de MM. Beau et Gendrin, toutes les *maladies sérieuses* et même la plupart de celles qui ne le sont pas. Nous nous abstiendrons par conséquent, et nous pensons que le lecteur intelligent nous saura gré de notre discrétion.

(*La suite prochainement.*)

Note sur le traitement de la kératite scrofuleuse par l'emploi de la teinture d'iode.

Par le Dr Louis Chapel.
Chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.

Le traitement que le médecin institue, dans l'intention de guérir son malade, repose bien plus sur l'*idée qu'il se fait* de la nature de la maladie, que sur sa *véritable nature*, qui lui échappe trop souvent. S'il fallait, avant d'avoir recours à un traitement, connaître la nature intime de la maladie, — je suppose, par exemple, qu'il soit question de la kératite dont le traitement va nous occuper un peu plus loin, — pour quel parti tiendrait-on? Ne faudrait-il voir, dans les modifications que subit la cornée, qu'une inflammation; suivant en cela les anciens errements des chirurgiens, et l'opinion encore généralement admise aujourd'hui? Ou bien, considérant qu'une phlegmasie ne peut se produire que dans un organe vasculaire, (ce

qui semble assez juste); considérant d'ailleurs que la cornée ne contient pas de vaisseaux, même séreux, ne paraît-il pas impossible que son tissu puisse s'enflammer *d'emblée?*

On sait combien d'erreurs chirurgicales se sont reproduites de siècle en siècle et sont arrivées, dans toute leur force, jusqu'à nous! On sait aussi que la pathologie de l'œil, particulièrement, exposée à de nombreuses illusions, dont plusieurs ont déjà été redressées; et que, tout récemment encore, un chirurgien éminent qui, il y a une douzaine d'années, avait excité la plus vive surprise et voyait traiter ses travaux avec un certain dédain, est venu démontrer : que si les ophthalmologistes se livrent quelquefois à des recherches anatomiques sérieuses, ils embrassent souvent légèrement, puis soutiennent avec une conviction profonde, des opinions qui n'ont aucune solidité.

C'est pourquoi, comme le dit Montaigne en son chapitre de l'expérience : « Les difficultez et l'obscurité ne s'aperceoivent en chascune science, que par ceulx qui y ont entrée; car encores fault il quel que degré d'intelligence, à pouvoir remarquer qu'on ignore; et fault poulser à une porte, pour sçavoir quelle nous est close. »

Un chirurgien distingué, préparé par des recherches anatomiques sérieuses, vit combien il était *difficile* et *obscur* d'expliquer l'inflammation de la cornée par la même théorie que pour les autres tissus vasculaires de l'économie. Il pensa que l'on pouvait ignorer encore bien des choses, et il présenta une nouvelle manière d'interpréter les faits à laquelle il avait été conduit par l'analogie, par la clinique, et enfin par des expériences microscopiques. M. Broca fut naturellement conduit à admettre qu'il y avait un trouble de nutrition de la cornée dans les phénomènes que l'on considérait comme appartenant aux produits de l'inflammation, et l'existence de la kératite fut mise en doute. — Nous n'avons pas eu l'intention d'analyser ici le mémoire, consciencieusement fait, de M. Broca, qu'on lira avec beaucoup d'intérêt dans les bulletins de la Société anatomique de Paris (28e *année*), mais de faire voir que malgré deux opinions aussi complétement opposés, sur la nature d'une maladie, la thérapeutique n'est pas arrêtée par une telle difficulté et s'applique avec succès.

Nous avons recueilli, dans l'espace de quelques mois, cinq observations de kératites scrofuleuses, qui ont été rapidement modifiées et guéries par l'application de la teinture d'iode pure avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium pour 32 grammes de teinture, formule qui nous a servi invariablement dans les cinq cas que nous avons observés. Nous donnerons une seule observation, celle qui nous a paru la plus intéressante, que nous présenterons comme une sorte de *spécimen.*

OBSERVATION. — *Double kératite scrofuleuse, ulcération des cornées, photophobie très-intense. — Traitement général avec l'huile de morue. — Insuccès du traitement ordinaire. — Introduction de la teinture d'iode dans les yeux. — Guérison.*

Chauvel est âgée de dix ans, assez bien développée; les chairs sont molles, blafardes; les yeux sont grands, noirs, les cils très-longs. Chapelets de petites glandes lymphatiques des deux côtés du cou. Nous ne connaissons que son père qui a une constitution scrofuleuse et qui est entré plusieurs fois dans notre service pour se faire traiter d'ulcères aux jambes. — Cette enfant ne tousse jamais et ne présente aucuns bruits anormaux dans la poitrine. Elle dort bien, se nourrit bien, a une grande activité et un caractère difficile à conduire.

La première fois que nous vîmes Chauvel, c'était au mois de janvier 1853. Elle venait réclamer nos soins pour une kératite ulcéreuse qui était en traitement depuis plus d'un mois, et qui laissa à sa suite quelques taches de la cornée qui avaient disparu, en grande partie, quand elle sortit de l'hôpital vers le milieu de février.

Le 4 avril de l'année suivante, notre jeune malade vint de nouveau nous visiter pour une nouvelle kératite ulcéreuse de l'œil gauche, qui fut traitée avec énergie par des sangsues, en nombre très-modéré, la constitution de l'enfant devant nous rendre très-circonspect, par les méthodes dites altérantes et anti-plastiques, par des collyres variés, par des cautérisations avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent, par des révulsifs sur le canal intestinal et sur les jambes, par un vésicatoire à la nuque; enfin, l'huile de morue et les amers figurèrent également, sans succès, dans la liste des moyens curatifs. Le changement d'air, l'hygiène à laquelle fut soumise Chauvel, pendant ces trois mois qu'elle alla passer à l'hôpital général en sortant de mon service, aidèrent à la rétablir complétement.

Le 6 février 1855, Chauvel est encore venue offrir à notre observation les symptômes d'une double kératite ulcéreuse accompagnée d'une photophobie extrêmement douloureuse.

Quatre sangsues au-devant de chaque oreille, purgatif avec le calomel, frictions mercurielles belladonées autour des orbites, bains de jambes.

Le lendemain rien n'est changé dans l'état de la malade qui souffre autant et qui ne veut pas se laisser examiner.

Calomel par la méthode de Law, frictions, etc., huile de morue, amers.

Ce traitement est continué pendant quelques jours sans que nous puissions apercevoir aucun changement et sans qu'il soit possible d'introduire quelques gouttes d'un collyre dans les yeux.

Vésicatoire à la nuque que l'on fera suppurer quelques jours seulement, le reste *ut suprà.*

Il était certain que nous n'avancions pas et que tout le traitement que nous avions institué dès le jour de l'entrée de la malade ne nous faisait constater que son impuissance. — Nous abandonnâmes la médication dite altérante, anti-plastique, etc., à l'exception de l'huile de morue et des amers, et nous introduisîmes entre les paupières avec les plus grandes difficultés, à l'aide d'un pinceau, une ou deux gouttes de teinture d'iode.

Douleurs atroces accompagnées de cris et de pleurs qui durent toute la matinée.

Le lendemain, la malade souffre moins, elle laisse entr'ouvrir les paupières de l'œil droit, qui permettent de constater une ulcération située à la partie inférieure et externe de la cornée avec trouble de sa transparence. — Je me borne à barbouiller le front, les tempes et les paupières avec la teinture, en annonçant, par mégarde, que le lendemain j'introduirai le pinceau entre les paupières.

Le jour suivant, on cherche Chauvel qui a été se coucher et qui refuse de venir me parler. Le souvenir de la douleur lui fait redouter l'introduction de notre pinceau au point de lui faire faire une résistance très-vive. Vigoureusement saisie, elle finit par céder, et elle me permet, tant bien que mal, de faire ma petite opération. — Douleur toujours très-vive, mais moins prolongée.

A partir de ce jour, un mieux marqué a été observé et a marché avec assez de rapidité pour étonner les personnes qui suivaient l'action du médicament. Nous avons répété, tous les deux jours, l'introduction de la teinture et nous avons vu, avec une grande satisfaction, la photophobie diminuer immédiatement, puis disparaître avec une grande promptitude, les ulcérations se modifier et guérir, les taches perdre de leur opacité et l'enfant recouvrer la vue. Tout ce changement, assez inattendu, s'est opéré dans l'espace de trois semaines, et, le 10 avril, Chauvel sortait avec la recommandation expresse de continuer l'huile de morue et d'introduire, matin et soir, dans les yeux, une goutte de laudanum de Sydenham.

Avant de nous livrer à quelques réflexions, et quoique notre intention ne fût pas de donner plus d'une observation pour ne pas allonger cette note, qu'il nous soit permis de raconter, très-sommairement, qu'ayant été appelé auprès d'un jeune garçon, âgé de onze ans, d'un tempérament lymphatique, nous constatâmes, chez lui, une ulcération de la cornée accompagnée d'une photophobie d'intensité moyenne. Le traitement ordinaire ayant été appliqué sans bon résultat, madame N... me pria de hâter, le plus possible, la guérison de son fils, qui devait assister aux exercices religieux qui précèdent la première communion. — Quatre introductions de teinture, à deux jours d'intervalle, furent faites et amenèrent une guérison qui permit à madame N..., aussi reconnaissante qu'agréablement surprise, de suivre son fils à l'église.

Ici, comme chez Chauvel, comme chez les autres malades, la douleur a été très-vive et d'une durée qui a varié entre une demi-heure et quatre heures. Si madame N... n'avait pas eu le courage d'entendre crier et pleurer son fils, celui-ci n'eût pas pu jouir des bénéfices du traitement et la guérison eût été retardée.

Si nous ne craignions pas que l'on n'accusât notre langage de toucher de trop près à l'hyperbole, nous dirions : que la teinture d'iode pure avec addition d'iodure de potassium, et, une seule fois, d'acide tannique (acide qui n'a paru en rien changer le mode d'action de la préparation ordinaire), a eu un succès *merveilleux* chez les cinq malades sur lesquels nous nous en sommes servi. Il faut observer, à l'exception d'un seul ma-

lade, celui-là même qui a fait le plus court séjour à l'hôpital, que toujours l'emploi de la teinture d'iode avait été précédé, soit en ville, soit dans mon service, d'un traitement où figuraient les sangsues, le calomel (1), les collyres ordinaires, les révulsifs, etc. Il me paraît difficile de mettre au pouvoir du chirurgien une méthode de traitement qui puisse apporter, *généralement*, une modification plus heureusement prompte dans les symptômes fonctionnels que présente la kératite ulcéreuse. L'influence qu'exerce la lumière sur la membrane nerveuse et qui étend son influence plus ou moins loin autour de l'orbite, symptôme des plus douloureux, est promptement calmée par le collyre iodé. Les ulcérations, les infiltrations de la cornée qui menacent le malade de cécité, tendent à se cicatriser ou à disparaître au contact de la teinture d'iode.

Mais si ce sont là des avantages réels, il ne faut pas craindre d'avouer qu'il y a un revers à ce beau côté : c'est la douleur. Tous nos malades ont beaucoup souffert pendant plusieurs heures, principalement aux premières applications. Nous avons vu un enfant se tordre sur le plancher, pendant à peu près une demi-heure, et trembler à notre approche chaque fois que nous étions armé de notre terrible pinceau. Cependant, cet enfant, fort raisonnable d'ailleurs, est un de ceux qui ont obtenu le meilleur résultat du collyre. Pourquoi, me dira-t-on sans doute, ne pas vous servir de la teinture affaiblie comme cela a été conseillé au grand bénéfice des malades? Nous répondons : que sur un enfant de trois ans entré, avec sa mère, à l'hôpital pour être traité d'un impétigo, nous avons varié la force du médicament et que nous n'en avons retiré aucun avantage marqué. Le petit malade criait comme un forcené, et la douleur se prolongeait assez avant dans la matinée; finalement, nous avons été obligé de nous servir de la formule ordinaire qui n'a pas paru augmenter les souffrances, mais qui avait déterminé une amélioration sensible de la kératite ulcéreuse au moment où la mère sortit inopinément de l'hôpital avec son enfant. Cette observation, quoique incomplète, porte avec elle son enseignement.

M. Boinet, qui nous a initié au traitement varié et largement appliqué de la teinture d'iode dans différentes affections, n'a pas toujours été aussi heureux que pour la kératite ulcéreuse, et nous le lui avons dit dans le temps à cette même place. Mais pour ne pas sortir du cercle dans lequel nous voulons nous circonscrire, nous ajouterons : que si des faits nombreux, bien *pesés* par différents observateurs, viennent accroître le nombre de ceux que la science possède déjà, nous aurons la consolation d'avoir, dans la teinture d'iode, une immense ressource, qui agira promptement et sûrement contre une grave maladie, la kératite ulcéreuse.

Si nous n'avons parlé que de l'ulcération de la cornée, c'est que plusieurs tentatives faites sur des conjonctivites, des granulations des paupières n'ont eu qu'un demi-succès ou un succès nul entre nos mains. Aussi nous paraît-il sage d'attendre de nouvelles expériences avant de nous prononcer en dernière analyse.

Nous avons profité également de notre position de chirurgien d'un service de vénériens (hommes et femmes) qui nous est confié, pour expérimenter la teinture d'iode dans les écoulements vaginaux et urétraux. Nous dirons, par anticipation, que si nous avons tari, après deux à *sept* badigeonnages, le plus souvent la sécrétion vaginale, il n'en a pas été de même du plus grand nombre des écoulements du canal de l'urètre. Nous reviendrons, prochainement, sur les modifications que la teinture d'iode fait subir aux muqueuses urétrales et vaginales.

Nous ne nous occuperons pas de tirer l'horoscope de ce traitement qui réussit aujourd'hui et qui demain sera dédaigné, peut-être, par ses plus chauds partisans. Nous dirons, en terminant, que nous nous hâtons de le mettre en usage toutes les fois que l'occasion s'en présente, dans la crainte qu'à l'instar de bien d'autres méthodes de traitement, il ne nous fasse défaut prochainement sans que nous puissions nous en rendre compte (1).

(1) Nous ferons remarquer que la méthode de Law, tant vantée par un célèbre thérapeutiste, pour combattre la photophobie, n'a pas répondu, à beaucoup près, à l'idée que nous aurions été en droit de nous en faire.

(1) Nous ne croyons pas que les méthodes dont le succès repose sur des faits positifs soient sujettes à faire défaut dans un temps plutôt que dans un autre, et nous croyons pouvoir affirmer, d'après la connaissance que nous avons de la pratique de M. Boinet, que l'avenir confirmera notre zélé correspondant de Saint-Malo dans la bonne opinion qu'il a des lotions iodées. Nous ajouterons seulement que M. le docteur Desmarres avait déjà obtenu de très-beaux résultats dans le traitement de la kératite scrofuleuse par l'administration de l'iodure de fer à l'intérieur (dragées de Gille), et que si cette dernière méthode est moins prompte peut-être que celle des lotions, elle donne en revanche des résultats bien plus durables, et que ce qu'il y a incontestablement de mieux à faire, c'est de les associer l'une à l'autre.

(*Note du Rédacteur.*)

MÉDECINE COMPARÉE.

De la contagion de la gale des animaux à l'homme.

Les questions de contagion ne peuvent guère, en principe, se trancher par des faits négatifs. L'expérimentation directe, surtout, me semble peu propre à fournir une solution définitive à cet égard; car la plupart des maladies qui jouissent du triste privilége de se reproduire par un contact plus ou moins immédiat, présentent dans la subtilité, si je puis ainsi dire, de leur agent contagifère, des degrés tels; d'un autre côté, les individualités offrent une force de résistance si variée dans ses expressions; toutes les conditions, en un mot, qui favorisent l'action de cet agent ou la rendent moins prompte et moins efficace, nous sont si peu connues, qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, dans l'état actuel de la science, de les reproduire expérimentalement d'une manière complète, de façon à pouvoir, sans chances d'erreur, tirer des expériences des conclusions rigoureuses. A ce compte, la prudence scientifique me semble donc commander de n'accepter que sous toutes réserves celles qui n'ont que cette origine. N'est-il pas démontré, par exemple, que bon nombre d'individus se montrent complétement réfractaires à l'action de certains virus auxquels d'autres succombent à coup sûr? Et n'est-il pas tout naturel d'admettre, après tout, qu'à l'exemple de tous les germes ou de tous les êtres parasites, si l'on veut, les virus et acares ont besoin, pour se développer, d'un milieu préparé? C'est au moins probable; et l'observation pathologique, qui est une *expérimentation naturelle*, paraît propre à le prouver.

Des savants éminents, posant en fait que le sarcopte de la gale, *acarus scabiei*, est la cause première de l'éruption psorique, et non point l'effet de cette altération, par cela seul que, transplanté sur un organisme sain de même espèce, il donne naissance à cette même éruption, ont entrepris des études microscopiques sur les variations de forme que présente ce parasite dans les différentes espèces animales sur lesquelles il se rencontre. Ces études leur ont fait constater des caractères différentiels, et ils ont cru pouvoir baser sur ces données principalement, des conclusions relatives à la contagion de la gale des animaux à l'homme. Il paraît que ces conclusions, appuyées d'ailleurs par des expériences suivies, seraient propres à trancher la question en faveur de la non-contagion. Si, en effet, le sarcopte du cheval n'est pas de la même espèce que celui qui vit sur l'homme, le développement de la psore nécessitant la présence préalable du parasite, il semble logique d'en conclure que la gale du cheval ne peut pas se communiquer à l'homme. Mais est-il certain, cependant, que l'acare de cet animal ne peut pas, dans de certaines conditions, s'acclimater sur la peau de l'homme? C'est ce que, n'en déplaise aux savants auxquels je fais allusion, je ne crois pas qu'il soit tout à fait permis de nier d'une manière absolue. Je m'incline, pour mon compte, très-profondément devant les remarquables recherches auxquelles ils se sont livrés. Je sais apprécier, assurément, le service qu'ils ont rendu à la science par leurs consciencieux travaux sur l'histoire naturelle des diverses espèces d'acares qu'ils ont étudiées; mais j'ai pu, dans ma pratique particulière, observer plusieurs fois des cas de communication de la gale du cheval à l'homme, qui ont formé ma conviction; et quelque respect que je professe pour leur autorité, je suis bien forcé de céder à cette influence.

On me dira peut-être que je ne suis pas compétent pour juger de la question de savoir si l'affection constatée sur les individus qui l'avaient gagnée en pansant des chevaux que j'avais considérés comme atteints de la gale, méritait bien cette qualification, et à cela je répondrai bien volontiers qu'on a raison. J'en suis le premier convaincu. Aussi n'est-ce point à mes lumières personnelles que je m'en suis rapporté lorsque je me suis trouvé en présence de faits de cette nature. J'en veux rapporter un, parce qu'il est le plus saillant; et pour qu'il n'y manque rien, bien que, pour épargner l'espace, ce sera le plus sommairement possible, je citerai les noms et la localité.

Lorsque j'exerçais à Aulnay (Charente-Inférieure), je fus appelé chez un sieur Chaboussaut, aubergiste à la Ville-Dieu, pour y voir un cheval affecté d'une gale déjà ancienne, qui avait débuté à l'encolure, et avait, de proche en proche, gagné tout le corps. La face interne des membres, les parties sexuelles et les parois inférieures de l'abdomen présentaient surtout l'éruption psorique à un degré très-prononcé. Ce cheval était séquestré dans une petite écurie isolée de la maison, comme caché aux regards indiscrets, et confié aux soins exclusifs d'un domestique. La crainte d'attirer sur lui l'attention publique avait été la seule cause du retard apporté à l'appel qui m'était fait. On comprendra toutes ces précautions, si l'on fait attention que le propriétaire était aubergiste sur une route très-fréquentée par le roulage, que ses écuries recevaient tous les jours un grand nombre de chevaux, et que, après tout, dans les campagnes, un galeux est un objet d'horreur, de quelque espèce qu'il soit.

Je me rendais chez moi, après avoir vu quelques autres malades que j'avais dans la localité, lorsque je rencontrai le docteur Feniou, mon ami, et mon concitoyen alors, lequel me raconta confidentiellement qu'il venait de voir le domestique de M. Chaboussaut, *qui était atteint d'une magnifique gale* (*sic*). « Ce qui me paraît singulier, ajouta-t-il, c'est que rien, dans le commémoratif, n'a pu me mettre sur la voie de la manière dont il l'a contractée. » On s'était bien gardé de dire, en effet, au docteur, que cet homme soignait depuis longtemps un cheval galeux. Et tous ceux qui connaissent les mœurs des paysans comprendront tout de suite pourquoi. Pour les autres, je dirai que ledit paysan, du moins celui de la Saintonge, saisit toutes les occasions à peu près bonnes qui se présentent pour réclamer des dommages-intérêts. Quoi qu'il en soit, je pus facilement donner la solution cherchée, et il fut bien convenu que la *magnifique* gale de l'homme lui avait été communiquée par la non moins magnifique gale du cheval.

J'en pourrais citer d'autres exemples, qui me sont personnels, et que j'ai pu observer vers la fin de 1853 et le commencement de 1854, période pendant laquelle la psore s'est montrée partout sur les chevaux avec une rare intensité. Mais, dans ces cas, je ne pourrais invoquer l'autorité d'aucun médecin, et je ne veux pas m'exposer à produire des faits d'une valeur douteuse. Aussi bien j'ai hâte de porter à la connaissance de mes honorés lecteurs ceux qui viennent d'être publiés dans le *Journal des vétérinaires du Midi*, par M. Dupont, vétérinaire à Bordeaux. Le travail qui les contient est fort remarquable au point de vue de la philosophie de la question, et je me fais un plaisir autant qu'un devoir de l'analyser de la manière la plus fidèle qui me sera possible. C'est, du reste, le principal objet du présent article.

M. Dupont commence par se déclarer partisan de la contagion, et sa conviction s'appuie sur dix-huit années de pratique durant lesquelles il a recueilli plus de vingt-cinq cas qu'il considère comme tout-à-fait concluants. Mais comme ses observations antérieures manquent quelquefois du caractère considéré comme authentique par ce qu'il appe le l'*école parasitaire*, il consent, lui aussi, à en faire bon marché, pour cette raison que s'il a presque toujours vu le sarcopte sur le cheval galeux, il ne lui a pas été possible, faute sans doute d'habitude des études microscopiques, de constater sa présence sur l'homme qui avait contracté la maladie par un contact prolongé avec lui. Il fait observer toutefois, à cette occasion, qu'il lui est arrivé souvent d'éprouver la plus grande difficulté à trouver l'acare sur des animaux infectés, tandis qu'il foisonnait sur d'autres, moins malades en apparence. Il se borne donc à rapporter deux faits très-importants pour la solution de la question, et remarquables surtout en ce que, comme il le dit fort bien, ils peuvent expliquer la rareté de révélation de faits du même genre. Laissons parler notre honorable confrère.

« Je fus chargé, en 1853, — dit-il, — comme vétérinaire des épizooties dans la Gironde, de visiter les divers marais à sangsues de ce département, et de constater si les animaux consacrés à la nourriture de ces annélides étaient affectés de maladies contagieuses. Je signalai l'existence de la gale sur les chevaux vivants dans presque tous ces marais.

« Il y a à peine quelques mois, l'autorité fut informée que dans les villages de Blanquefort et de Parempuire, voisins de Bordeaux, il régnait une épidémie et une épizootie de gale, dont le rayonnement partait des marais à sangsues. Je reçus la mission de visiter les lieux et de vérifier les faits. Je constatai l'existence de l'épizootie sur la presque totalité des chevaux. Le médecin des épidémies, chargé d'une mission analogue pour l'espèce humaine, interrogea vainement les populations : *il ne put trouver un seul individu affecté de la gale.*

« L'absence de toute contagion à l'homme, que semblaient confirmer les renseignements que j'avais recueillis, de mon côté, auprès des propriétaires et des gardes-marais, au milieu d'éléments si propres à la favoriser, devait ébranler mes idées. J'avais pu me tromper, aussi, dans mon diagnostic ! *J'eus le doute : cet instant de doute que recommande le sage!* Je visitai de nouveau tous les chevaux galeux que j'avais déjà vus ; ils présentaient, à peu près tous, les symptômes suivants : Peau dénudée de poils sur toute l'encolure, les épaules, les coudes, les ars, la face interne des cuisses, les jarrets; plissures et sillons très-prononcés du derme; irrégularité de la surface cutanée; vésicules confluentes; plaques épidermiques se détachant au moindre frottement; épaississement, sécheresse et rigidité de la peau ; démangeaison et prurit intense; maigreur. Des *acarus scabiei* en grande quantité sur quelques animaux ; très-difficilement perceptibles et en très-petit nombre sur d'autres.

« C'était bien la gale.

« Deux grands propriétaires (MM. Chaine et Capelle), qui possédaient dans leurs marais de Parempuire une cinquantaine de chevaux, représentant un capital considérable, affectés de la psore depuis plus de deux ans, me prièrent d'indiquer un traitement curatif. — Mon traitement, suivi d'une guérison radicale, dura vingt jours. Jusqu'à ma dernière visite, rien n'avait transpiré de la contagion de la gale à l'homme, que des chuchottements et une rumeur vague. Mais ce jour me réservait une surprise. Les hommes préposés aux soins et à la garde de ces chevaux, enthousiasmés du résultat de mes soins, me firent des aveux complets. Ils étaient, disaient-ils, infectés de la gale des chevaux depuis plus de deux ans. Ils souffraient d'horribles tortures et se grattaient comme des damnés. Deux médecins de Bordeaux leur avaient indiqué un traitement antipsorique (pommade d'Helmerich, bains alcalins) qu'ils avaient suivi pendant plusieurs mois. Le plus jeune, âgé de 48 ans, d'un tempérament sec et nerveux, avait tout l'extérieur d'un homme robuste et bien portant. Il ôta ses vêtements. La majeure partie des membres, au pourtour des articulations, du tronc dans la région abdominale, étaient labourés par des sillons sanglants. Toutes les surfaces, siége de l'éruption, constituaient une plaie presque uniforme. Çà et là on pouvait distinguer, pourtant, des vésicules et le sillon de l'acare. Mais partout où l'ongle avait tracé son passage, il était difficile de préciser le genre d'éruption. Ce pauvre homme était dans un état moral déplorable. Je parvins à lui donner l'espoir d'une prochaine guérison.

« L'autre garde, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était gros, bouffi, et âgé d'environ soixante ans. Plus heureux que son camarade, les frictions de pommade d'Helmerich l'avaient soulagé et guéri. Mais la gale revenait de temps en temps, et dans le moment où je l'examinai, la surface interne des cuisses, le pourtour des genoux, les mollets, les avant-bras et le pourtour des poignets étaient le siége d'une éruption de vésicules et de pustules qui témoignaient que l'affection psorique était revenue. »

Quelle était donc la maladie de ces braves gens ? Comment l'avaient-ils contractée? Pourquoi l'avaient-ils gardée aussi longtemps sans se plaindre et sans chercher à s'en débarrasser? Telles sont les questions que se pose M. Dupont. Pour eux, dit-il, la maladie était bien réellement *la gale, contractée au contact des chevaux atteints de cette maladie*, qu'ils avaient chaque jour à soigner, à relever du milieu du marais où ils étaient tombés, épuisés qu'ils étaient, et cela en se mettant à peu près nus dans l'eau. Dans les souvenirs de ces hommes, les premières atteintes du mal dataient de l'été de 1852 ; la marche en avait été très-lente. Du reste, à ce sujet, notre confrère continue ainsi :

« Durant l'été de 1852, l'éruption fut limitée ; la démangeaison devint intermittente. Elle ne reparut que vers le commencement de mars 1853, et elle alla chaque jour croissant. C'est à la fin de 1853, vers le mois de décembre, qu'un médecin, consulté, prescrivit les frictions avec la pommade d'Helmerich.

« Ce traitement, mal appliqué peut-être, n'eut pas les résultats qu'on en devait attendre. Les chaleurs précoces de 1854, l'affection invétérée des chevaux, le service avec insomnie obligée, le régime, les circonstances atmosphériques, contribuèrent puissamment à aggraver l'état des gardes. A l'exception du médecin, qui ignorait complètement le nom et la demeure de ces malades, nul ne savait qu'ils avaient la gale. Pour comprendre et expliquer cette réserve, il faut connaître les ridi-

cules préjugés, les sottes et inqualifiables habitudes des habitants des campagnes. Ici, le galeux est un paria, dans toute l'acception du mot. On le fuit avec préméditation comme un pestiféré; comme si le sol qu'il foule, l'air qu'il respire, les objets qu'il voit étaient imprégnés de son mal et qu'ils fussent doués de la propriété de le transmettre de proche en proche. Il est seul, alors, bien seul dans le monde, avec sa douleur physique et le poids horrible d'une souffrance morale indicible. Ainsi voué, d'un côté, à la réprobation publique, brutale, stupide, d'un autre, aux dangers de se taire, qu'il ne peut apprécier, le manœuvre des champs, le garde-marais, le paysan galeux préfèrent souffrir et s'entourer de mystère.

« Dans le rayon de nos établissements à sangsues, le nombre des hommes infectés par le contact incessant des animaux psoriques a été considérable depuis quatre ou cinq ans. J'ai lu une lettre confidentielle d'un docteur exerçant dans les deux communes que j'ai désignées plus haut, confirmant le fait que j'avance et exprimant à un de ses collègues le regret de ne pouvoir l'amener visiter les nombreux habitants des marais qu'il soignait de la gale, à cause du retentissement que cela pourrait avoir parmi sa clientèle, et du préjudice que lui causerait une indiscrétion aussi grave.

« Indépendamment de toutes ces considérations, justifiées jusqu'à un certain point chez des populations presque complétement sevrées de la vie de famille et de la vie sociale, il en est encore une qui détermine puissamment au secret les personnes affectées *de la gale des animaux*. C'est la disposition adoptée à l'hôpital de Bordeaux pour le traitement immédiat, et sans séjour, de tous les galeux, et la certitude d'une prompte guérison.

« Nous ne pouvons pas affirmer, *de par le microscope*, que nos deux sujets fussent affectés lorsque nous les avons visités, de la gale du cheval, *puisqu'il ne nous a pas été permis de chercher et de voir les acares.* Mais pour les hommes sages, les renseignements et l'affirmation des malades, ce que nous avons vu, entendu, et que nous rapportons sans détails, pourraient mériter quelque créance. »

M. Dupont rend pleine justice, assurément, aux travaux dont j'ai parlé plus haut. Il n'est point dans son intention de prouver que la gale du cheval est susceptible d'infecter toujours ni même souvent l'homme qui se trouve en contact avec elle. Il a été à même d'observer, lui aussi, les différences de formes et d'habitudes qui caractérisent les différentes espèces d'acares, et il pense, sans peine, qu'en général celui du cheval n'est pas susceptible de vivre sur l'homme. Mais il se demande si, sans invoquer des conditions exceptionnelles, il ne peut pas exister des dispositions particulières, résultant de causes encore inappréciées, telles qu'une sorte d'infection lente et graduée, une espèce de naturalisation de l'acare par une suite non interrompue de relations, favorisées par le contact continu. Les faits dont j'ai cité textuellement la relation, parce qu'il m'eût été impossible de les mieux présenter à l'esprit du lecteur, autorisent fortement à l'admettre. A ce propos, M. Dupont s'élève à des considérations que je veux encore reproduire ; car il ne saurait être indifférent, lorsqu'une partie de la valeur probante des faits s'emprunte à la valeur propre et scientifique de leur auteur, il ne saurait être indifférent, dis-je, de savoir à peu près à qui l'on a affaire. Après avoir énoncé les considérations dont je viens de parler, l'auteur que j'analyse s'exprime, en effet, ainsi :

« Les acares seuls, dans le règne animal, échapperaient-ils à l'influence si profondément modificatrice et conservatrice, en même temps, des milieux, et seraient-ils condamnés *à toute perpétuité*, à vivre et à se reproduire à l'état primitif?

« Quoi qu'il en soit, j'ai de trop bons motifs pour ne pas me ranger du côté des non-contagionistes. J'en passe sous silence des meilleurs. Que la *parasitogénie* triomphe contre l'*éruption spontanée*, le nœud gordien n'est pas là. J'attends qu'on me dise ce qu'est la gale ou la psore. J'attends surtout l'aveu d'un homme qui, frappé de la faiblesse de ses organes et de l'impuissance de son génie devant le magnifique spectacle de la création, convienne qu'il n'a pas tout vu, tout observé, et que quelque chose, quelque imperceptible coin du tableau, a pu échapper à ses investigations, à ses recherches, à ses études. »

J'ai exprimé quelque part la même idée, mais pas si bien que cela, à beaucoup près. Je crois même, Dieu me pardonne, que c'est dans cet article sur la méthode anesthésique, qui suscita celui auquel M. Texier, mon honorable antagoniste dans la question du tétanos, a fait, avec un bonheur si apparent, un large emprunt. Les idées de ce genre sont toujours assez mal reçues d'un certain ordre de savants, facilement disposés à croire à leur infaillibilité, parce que, n'interrogeant que la *grande voix des faits*, et celle-ci seule ne trompant jamais, ils n'ont pas de chances d'erreur possible. Comme si cette grande voix des faits se faisait entendre avec les mêmes intonations à toutes les distances! et comme si, dès lors, les *faits* de Paris pouvaient être réputés la répétition exacte de ceux de toute la France! Les exemples se présenteraient en foule sous la plume pour prouver qu'il n'en est pas ainsi. « Mais le Nord n'est pas l'univers! — s'écrie M. Dupont. — Dix hommes ne constituent pas le monde entier, intelligent, observateur! Mille sujets ne parlent pas plus éloquemment que des millions d'individus! »

A plusieurs égards, les observations si élégamment présentées par mon estimable confrère de Bordeaux m'ont paru très-importantes, et j'ai pensé que les lecteurs de ce journal me sauraient gré de les leur avoir mises sous les yeux. Toute question de ce genre, qui touche à l'hygiène publique, est une question importante, et dont aucun élément de solution ne doit être négligé. Je n'ai pas à commenter ces observations si clairement exposées, non plus qu'à en tirer des conclusions qui s'offriront d'elles-mêmes à l'esprit du lecteur. Je suis porté à croire qu'elles ont une grande valeur, en présence des résultats que les recherches auxquelles M. Dupont a fait allusion, et moi après lui, pourraient produire dans la science. J'ai cru qu'elles méritent d'être prises en sérieuse considération; et c'est aussi l'avis de M. Lafosse, notre honoré rédacteur en chef, au *Journal des vétérinaires du Midi*, qui, dans une note ajoutée à l'article qu'il insère, rapporte que dans le cours de la gale épizootique qui a régné en 1853-54, de nombreuses éruptions analogues à la gale se sont montrées sur des élèves préposés au traitement; et des palefreniers chargés du pansage des animaux galeux. Ces éruptions, dit-il, « qui sont incontestablement dues aux piqûres d'acares, ainsi que nos expériences l'ont démontré, » se sont dissipées d'elles-mêmes, quand les rapports ont été interrompus immédiatement; elles ont persisté, par la continuité des relations; elles se sont même généralisées, sans devenir cependant sérieuses. Bien que ces observations tendent en général à prouver que l'acare du cheval ne peut vivre sur la peau de l'homme, il ne s'ensuit pas, pour M. Lafosse, que cela ne puisse arriver dans certains cas.

Certes, les élèves des écoles vétérinaires vivent dans des conditions hygiéniques de régime et de propreté qui les rendent peu propres à fournir au sarcopte les éléments d'une naturalisation, si je puis dire. Mais il ne répugne aucunement d'admettre que sur un organisme débilité, sur une peau dont jamais les bains ne lavèrent la surface, et sous un climat un peu chaud, par suite de tentatives répétées sous l'influence d'un contact prolongé, l'acclimatement de l'acare du cheval puisse se faire sur l'homme.

C'est ce que les observations de MM. Dupont, Lafosse et les miennes tendent à démontrer; et quoiqu'elles seraient, je suppose, en contradiction avec les données expérimentales et microscopiques acquises aux savants qui ont creusé cette question, je ne pense point que pour cela leur valeur soit en rien diminué. Du reste, je les donne pour ce qu'elles valent aux lecteurs bienveillants du *Moniteur des hôpitaux*, et rien de plus.

A. SANSON.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. le baron de Polinière, président de l'association de prévoyance des médecins du Rhône vient de faire don à cette société de la somme de 1000 francs.

— M. Michel Lévy est de retour à Paris, de sa mission d'Orient; mais on ne dit pas si l'on considère la mission de l'habile inspecteur comme terminée, ou s'il vient à Paris seulement en congé pour se reposer de ses fatigues.

— M. Lanton, chirurgien de marine de deuxième classe, sous les murs de Sébastopol, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour l'Agrégation en chirurgie s'est terminé le 9 du courant, à la suite de la discussion de la thèse de M. Garimond. Pour la première des deux places vacantes, un seul tour de scrutin a eu lieu et a donné 7 voix ou l'unanimité des suffrages à M. Moutet. Un seul tour de scrutin a aussi eu lieu pour la seconde place ; il a fourni le résultat suivant : M. Saurel 2 voix, M. Garimond 5 voix. En conséquence, MM. Moutet et Garimond seront les deux nouveaux agrégés.

(*Annales de clinique de Montpellier.*)

Pour toutes les variétés. H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 58. 3e ANNÉE. Mardi 15 mai 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

SOMMAIRE. — Rapport sur la candidature et les titres scientifiques de M. Pierquin, de Gembloux, lu à la Société médico-psychologique; par M. H. de Castelnau. — De la viabilité en médecine légale; par M. Devergie. — Clinique des hopitaux. Des signes de l'hypertrophie du cœur; par M. Auburtin. — Correspondance. — Variétés scientifiques.

Rapport sur la candidature et les titres scientifiques de M. Pierquin, de Gembloux, **lu à la Société médico-psychologique par M.** H. de Castelnau.

(Suite. — Voir les numéros des 19, 21 avril, 8 et 12 mai.)

Qui dit punition dit peine proportionnée au délit; or, « dans toute action, » dit un partisan de la justice absolue, vous le reconnaîtrez facilement à son langage, « il y a deux choses, la moralité de l'acte en lui-même, la moralité de l'agent.

« La moralité de l'acte dépend de sa conformité avec les lois éternelles de la vérité, de la raison, de la morale, que l'homme ne connaît jamais pleinement, mais qu'il aspire à connaître, et qui *selon le degré de la science qu'il en a*, déterminent son jugement sur le mérite ou le démérite des actions humaines,

« La moralité de l'agent réside dans l'intention, c'est-à-dire dans l'idée qu'il a conçue lui-même de la moralité de l'action et dans la pureté des motifs qui l'ont porté à l'accomplir. Bien souvent, l'erreur a pour cause la légèreté, l'amour-propre, l'orgueil. Que retranchent ces torts à l'innocence individuelle de l'erreur? Bien rarement les hommes peuvent le démêler. Dieu seul voit clair dans les profondeurs de la conscience. » (Guizot, *De la peine de mort en matière politique*, p. 94.) — Comment donc, à moins de se croire un Dieu, peut-on avoir la prétention de proportionner la peine au délit! Comment espère-t-on remplir les conditions d'une rigoureuse équité quand on admet avec un autre partisan du droit de punition « *qu'il n'y a plus de justice dès que la peine dépasse* D'UN ATOME *le mal mérité!* » (Rossi, *Trait. du dr. pén.*, t. I, p. 290.)

Et pourtant, il y a autre chose encore dans la moralité de l'agent que ce que M. Guizot, ce que les criminalistes y ont vu; il y a ce que les physiologistes y ont constaté, une sensibilité physique et morale propre, qui fait que les mêmes phénomènes physiques et moraux produisent des impressions diverses chez les divers individus; il y a ce que Gall surtout y a trouvé, une influence d'organisation qui domine souvent la volonté et qui toujours l'affaiblit dans une certaine mesure. Or, si l'homme ne peut sonder les intentions, où sera pour lui le moyen d'apprécier toutes ces influences, qui modifient presque à l'infini le caractère des actions humaines et la gravité des peines les plus identiques en apparence? Concluons donc qu'adopter comme principe de justice le droit de punition, c'est placer d'avance le juge dans cette triste et presque inévitable alternative de ne pas atteindre ou de dépasser le but de la loi, et d'inspirer sûrement ainsi aux criminels le mépris pour la justice qui n'a pas su punir assez, ou bien, ce qui est plus grave, une haine légitime pour la justice qui a puni avec excès.

Cette conclusion trouverait déjà une base inébranlable dans notre ignorance fatale sur la moralité absolue des actes; que sera-ce si l'on ajoute à ce premier fondement les incertitudes des jugements humains sur la réalité matérielle des actes eux-mêmes?

Notre siècle s'enorgueillit, et à juste titre, des étonnants progrès qui ont été réalisés dans les sciences physiques et naturelles. Qu'il mette toutefois quelque modération à son orgueil : la science qui tient le premier rang parmi les connaissances humaines, celle qui doit nous apprendre à connaître les facultés, les penchants, les besoins de l'homme et les moyens de les diriger de la manière la plus utile à l'ordre social et au bien-être commun, la science sociale enfin, qui n'est que la science de l'homme, est encore dans l'enfance sur beaucoup de points et n'existe qu'à peine en germe sur tous les autres. Tel est celui qui concerne la criminalité.

Soyons donc heureux de nos progrès, mais n'en soyons pas vains; quand un siècle doit inscrire à côté de ses titres de gloire d'aussi funèbres catastrophes que celles dont les annales judiciaires nous donnent les tristes exemples, il doit se présenter avec modestie devant la postérité et la civilisation à venir.

Pour être juste, un jugement doit, avant tout, reposer sur la certitude du fait imputé. Sur ce point pas de contestations, et comment pourrait-il y en avoir? L'homme n'a pas de moyens plus sûrs de certitude, au moins en ce qui concerne la connaissance des faits extérieurs, que le témoignage immédiat de ses sens normalement développés. Or, jamais le juge n'a été témoin du fait qu'il est appelé à juger; il ne le connaît que par le témoignage, par les souvenirs d'autrui; il ne le voit qu'à travers un voile que peuvent obscurcir, qu'obscurcissent souvent les passions, l'ignorance, la légèreté, l'amour-propre des témoins; si à ces causes d'erreur on ajoute les passions (et nous prenons ce mot dans la bonne acception,) dont les juges eux-mêmes ne sont pas plus exempts que les autres hommes; si l'on y ajoute l'indifférence et le défaut d'attention qui résultent nécessairement pour eux de la répétition des mêmes actes, on restera convaincu que les preuves qui décident aujourd'hui du sort d'un accusé ne suffiraient pas à un corps savant pour lui faire accepter comme démontrée une simple découverte scientifique. Les accusations même dans le cours desquelles le mot d'*évidence* est le plus prodigué ne font pas exception, et des faits qui, par malheur, se passent chaque jour sous nos yeux, que nous avons pu observer hier encore, nous montrent que c'est précisément dans ces cas où l'*évidence* est si parfaite, que la justice humaine a dû regretter ses plus déplorables erreurs. Un jugement humain, rendu dans les conditions les plus favorables, ne saurait donc, en définitive, être fondé que sur des probabilités plus ou moins grandes; il n'y a de certain dans ce jugement que la sentence prononcée, et on pourrait toujours le résumer ainsi :

Il est probable qu'il y a une justice absolue ;

Il est probable que l'homme a la faculté de déterminer les actes qui sont conformes ou contraires, et même jusqu'à quel point ils sont conformes ou contraires à cette justice ;

Il est probable que la société a le droit d'infliger à celui qui se rend coupable d'un de ces actes une punition proportionnée à l'acte commis ;

Il est probable que l'accusé a commis le plus grave de ces actes ;

Il est probable qu'il l'a commis dans un état complet de liberté morale et sans être dominé par une influence irrésistible d'organisation ;

Donc *il est certain* que l'accusé est coupable et qu'il va périr.

Ces considérations et ces faits sont des objections puissantes contre la doctrine de la punition en général ; ils sont d'une gravité effrayante, et selon moi décisive quand la punition est la mort.

Si la doctrine de la justice absolue ne peut être établie sur aucun fait primordial et assez évident pour être accepté comme un axiome, sur aucun raisonnement assez rigoureux pour constituer une démonstration et entraîner toutes les convictions ; si, au contraire, chaque philosophe l'envisage à sa manière et la fonde sur des bases diverses ou même opposées ; si enfin, le droit de punition, qui découle de cette doctrine, n'est qu'une dangereuse hypothèse et le droit de vengeance une barbarie, faut-il conclure que la société doive rester désarmée et se livrer corps et biens à la merci de ceux dont les actes tendent à la détruire ? Telle ne saurait être l'opinion de quiconque a fait une étude attentive de la nature de l'homme et de l'histoire de l'humanité.

Le premier, le plus grand fait social que nous révèle cette étude, c'est le besoin pour l'homme de vivre en société. L'association humaine n'est ni un devoir ni un droit ; ellle n'est point, ainsi que l'ont pensé à tort beaucoup de philosophes, le résultat d'une convention ni de circonstances extérieures accidentelles ; c'est plus que tout cela : c'est une nécessité, c'est, je le répète, un besoin physiologique dépendant, comme tous les autres besoins de même espèce, de la nature intime de l'organisation, et auquel on a pu donner avec raison le nom spécial de *sociabilité*. C'est donc en vain que certains philosophes ont voulu imposer des conditions à ce besoin ou le soumettre à des règles ; en vain ils se sont efforcés de prouver que pour être obligatoire pour tous les hommes, le contrat social devait obtenir, au moins dans sa clause fondamentale, un assentiment unanime ; que dans ce contrat, l'homme n'a pu engager sa liberté que dans de telles ou telles limites. Le contrat social est un rêve contre nature ; il n'y a pas, il n'y a jamais eu, il ne peut y avoir de contrat social ; la sociabilité, comme la faim, préexiste à toutes les conventions, et, loin qu'elle soit le résultat d'un droit ou d'un devoir, il n'y a d'autres devoirs et d'autres droits que les conséquences mêmes qui en découlent rigoureusement.

Or, on ne contestera pas, je pense, que la première conséquence d'un besoin naturel ne soit le droit de lui donner satisfaction. Le premier droit de la société est donc celui de satisfaire au besoin de sociabilité, c'est-à-dire, en d'autres termes, de pourvoir à sa conservation et, par conséquent, à la conservation de chacun des membres dont se compose sa vaste individualité. *Tout ce qui est nécessaire* à la conservation sociale est donc moral, légitime, juste humainement parlant, et la société peut *empêcher* légitimement (et non *punir*) *tout ce qui est contraire* à cette conservation ; elle peut, elle doit nécessairement, puisqu'elle ne fait qu'obéir à un besoin, se *garantir* contre tout acte, tout élément de destruction.

Mais qu'importe, pourrait-il sembler, qu'un malfaiteur soit privé d'un bien au nom de la *garantie* sociale ou au nom de la justice absolue et du droit de punition ? Cela importe beaucoup, et la preuve en est que les plus grands esprits ont consacré de longues veilles à chercher, à discuter si la justice avait son origine dans la raison de l'homme, dans la révélation divine ou dans la nécessité.

Cela importe, d'abord, parce qu'en toutes choses, la vérité est préférable à l'erreur.

Cela importe, ensuite, parce que les lois humaines, qui sont *obligatoires*, ne doivent prescrire que ce qu'on peut *démontrer* être *juste*, c'est-à-dire *utile à l'ordre social*, et ne doivent défendre que ce qu'on peut *démontrer* être *injuste*, c'est-à-dire nuisible au besoin de la sociabilité. Il appartient aux lois religieuses, qui sont ou qui doivent être facultatives, d'étendre leurs châtiments jusque sur les actes que réprouvent les consciences délicates, mais dont il serait difficile d'établir nettement, et avec plus d'avantages que d'inconvénients, l'influence nuisible sur le mécanisme social ; et c'est pourquoi j'ai dit précédemment que la justice humaine doit renoncer au droit de punition, si elle ne veut pas empiéter sur les priviléges de la justice divine. — Ce qui me paraît le plus regrettable, c'est de voir certains philosophes, et plus particulièrement peut-être ceux de notre temps, déclarer que Dieu seul peut lire dans les profondeurs de la conscience ; que Dieu n'a confié à personne, dans ce monde, la garde de la morale absolue ni le soin de venger ses offenses, etc., et affirmer ensuite que Dieu a donné la raison à l'homme pour lui servir de guide en toute occasion ; que Dieu a gravé dans toutes les consciences tel ou tel sentiment, c'est-à-dire le leur ; que Dieu prescrit telle ou telle morale, c'est-à-dire leur morale, etc., etc. C'est là un déplorable système qui n'a, en définitive, d'autre but ou du moins d'autre conséquence, que de se réserver un privilége qu'on refuse à tout le monde.

Que les philosophes veuillent donc consentir à ne pas rendre Dieu garant de leurs opinions et de leurs théories, et la science n'y pourra que gagner. Dieu a des voies qui ne sont pas toujours conformes à celles de l'homme : « Quand l'orage dévaste la moisson du riche oisif, » dit l'Ecclésiaste, « épargne-t-il le pauvre et laborieux vigneron ? Tel juste périt malgré sa justice, et le méchant vit longtemps malgré sa malice. » (*Eccl.* VII, 16.)

Lorsque la religion nous ordonne d'accepter ces faits sans murmurer, sans en sonder l'impénétrable mystère et même en remerciant Dieu qui ne saurait ni se tromper ni mal faire, la conscience agitée peut se soumettre à une autorité qui ne se discute pas.

Mais lorsque des philosophes, interprétant à leur gré les lois divines, viendront justifier ou contrôler ces faits, expliquer en faveur de leurs systèmes ce mystère, il faudra les renvoyer à ce petit livre, bien plus raisonnable qu'eux dans sa simplicité, où l'on apprend à l'enfance chrétienne que « l'homme a été créé et mis au monde pour adorer Dieu, l'aimer et le servir. »

Enfin, il importe d'être fixé sur le principe de la justice humaine, parce que, dans la doctrine du droit absolu, les peines peuvent varier de nature et de gravité, suivant la sensibilité, suivant la philosophie de chaque législateur, tandis que, dans le système de la *garantie*, OU FINIT LA NÉCESSITÉ, L'ARBITRAIRE COMMENCE.

Appliquons cette doctrine au cas spécial qui nous occupe :

Un membre du corps social a été privé de la vie par un de ses semblables. Que doit faire la société ainsi atteinte dans son droit de conservation le plus essentiel ? Évidemment, elle doit prendre toutes les mesures *nécessaires* pour empêcher le retour d'un pareil acte. S'il est *démontré* que la mort du coupable est *nécessaire* pour atteindre ce but, et si la société *peut établir avec certitude l'identité* du coupable, elle ne doit pas hésiter, elle ne le peut pas. En vain, en invoquant ou sans invoquer le témoignage de Dieu, viendrait-on lui objecter que « les jours de l'homme sont comptés ; qu'ils sont l'épreuve de sa liberté, et que nul ne peut abréger le temps de l'épreuve ; » en vain voudrait-on lui prouver que l'homme ne se donne pas la vie, mais

qu'elle lui est donnée ; que par conséquent, il ne saurait avoir le droit de la ravir. A tous ces raisonnements, et à beaucoup d'autres plus ou moins analogues, la société n'aurait qu'à répondre ce qui suit pour convertir les raisonneurs, si les raisonneurs peuvent être convertis :

Que veux-je dire quand j'affirme que la peine de mort est *nécessaire?* J'entends que si je laisse vivre le coupable, l'exemple de son impunité ou de sa punition insuffisante armera le bras de un, de deux, de dix assassins, et que pour n'avoir pas donné la mort à un coupable, je verrai périr dix innocents. Vous paraissez ignorer qu'il y a pour moi deux manières de donner la mort : 1° l'infliger à un coupable directement; 2° l'infliger à un ou dix innocents indirectement par les mains mêmes de ce coupable ou de ceux qui seront entraînés par son exemple. Vous préférez le second procédé au premier; permettez-moi de préférer le premier au second. Une erreur même que je pourrais commettre une fois sur cent jugements ou même sur cinquante ne saurait être opposée aux avantages de mon procédé.

Une société qui raisonnerait ainsi serait, à mon avis, excellente logicienne, et, si l'on admet comme démontrées les prémisses de son syllogisme, rien ne saurait résister à son argumentation.

Mais la nécessité qu'elle admet est-elle réelle ? Voilà toute la question.

Eh bien ! Messieurs, cette nécessité n'existe pas : la physiologie des criminels, une étude attentive de leur caractère auraient pu nous l'apprendre; les statistiques judiciaires, dont les législateurs et les moralistes parlent beaucoup mais qu'ils n'étudient guère, nous le démontrent d'une manière irrécusable.

Quelque parti que l'on embrasse dans l'insoluble question du libre arbitre, de quelque façon qu'on l'envisage, on ne peut contester que nos sensations, nos sentiments, nos penchants, nos désirs nous viennent sans la participation de notre volonté et même en dépit d'elle; on ne peut contester davantage que nos déterminations ne soient le résultat, une fois notre jugement porté, de la prédominance de la volonté sur les appétits ou de ceux-ci sur la volonté : tel repousse à 60 ans les tentations de la chair auxquelles il n'aurait pas résisté à 25 ; tel autre s'indigne à 25 quand on lui parle des convoitises de l'usure, qui le subjugueront à 60 ; enfin, il est également incontestable qu'il ne nous est pas plus possible d'accroître au delà d'une certaine mesure la justesse de notre discernement que l'énergie de notre volonté, et que l'une et l'autre sont, de même que l'ardeur de nos penchants, sous la dépendance de l'organisation.

Quelle est chez les criminels la force relative des penchants, du jugement et de la volonté ? Comment s'exerce chez eux le balancement et, si je puis me servir d'une formule un peu surannée aujourd'hui, la pondération de ces puissances organiques ? Notre cher collègue et maître vénéré, M. Ferrus, va nous l'apprendre dans quelques-unes des plus remarquables pages d'un livre où il y en a tant de remarquables.

Avec ce cachet de vérité que ne donnent presque jamais les méditations spéculatives, mais que donne toujours à un esprit pénétrant l'observation directe et fréquemment répétée, M. Ferrus a divisé en trois catégories les condamnés, quant à leurs facultés morales et intellectuelles.

« *Première catégorie.* — Condamnés *pervers*, INCORRIGIBLES, énergiques, intelligents, qui pèchent sciemment, soit *par organisation*, soit *par système*, » et dans cette dernière sous-division, l'auteur comprend les condamnés qui, n'ayant pas été consultés pour l'établissement des lois sociales, se croient en droit de se mettre en guerre avec elles, sauf à subir au besoin le sort des vaincus, c'est-à-dire que ces malfaiteurs obéissent à un vice de raisonnement.

« *Deuxième catégorie.* — Condamnés *vicieux, bornés, abrutis* ou PASSIFS, qui sont *entraînés au mal*, non par absence complète de discernement, mais par indifférence pour la honte comme pour le bien et par *défaut de résistance* aux incitations mauvaises. »

« *Troisième catégorie.* — Condamnés *ineptes* ou *incapables*, qui n'ont jamais parfaitement apprécié la portée de leurs actes et qui sont conduits au mal *par leur incapacité même.* »

M. Ferrus ne s'est pas contenté de peindre dans des portraits fidèles chacune des catégories de condamnés; il en a tracé les caractères communs dans un tableau d'ensemble, qui ne le cède en rien aux premiers par son exactitude.

« Il existe plusieurs caractères communs à toutes les catégories de condamnés, dit-il : c'est une insouciance absolue des notions du juste et de l'injuste ; une *complète inintelligence de la moralité des lois sociales*, et surtout un désir constant de suffire sans peine, sans effort et sans travail à tous les besoins de la vie ; une *tendance irrésistible*, enfin, à sacrifier les *avantages à venir* aux jouissances brutales du moment présent. »

Ces tableaux divers pourraient être plus détaillés ; mais j'ai assez vécu au milieu des condamnés pour pouvoir affirmer que les détails ne feraient que confirmer la vérité de l'ensemble ; tels qu'ils sont, ils suffisent pour nous faire connaître les motifs qui déterminent les criminels dans leurs actions, et l'inefficacité exemplaire ou prophylactique des peines afflictives.

Dire que les criminels cèdent à un penchant irrésistible, ce n'est pas admettre qu'ils agissent sans réflexion. Non, comme tous les autres hommes, comme les fous eux-mêmes, ils se déterminent d'après des motifs. Tout criminel, avant de commettre un acte coupable, considère le plaisir, le bonheur qui lui en reviendra, et la peine qui peut en diminuer, en compromettre la jouissance ; mais, dans la solution de ce calcul, instinctivement ou méthodiquement fait, le criminel apporte nécessairement comme élément, le caractère essentiel de sa nature, c'est-à-dire une excessive imprévoyance, la vive excitation causée par l'attrait d'une jouissance présente comparée à la faible impression d'une peine lointaine, impression considérablement affaiblie encore par l'espoir, souvent même par la ferme conviction de l'impunité.

Contre de telles dispositions, toute peine doit être inefficace en tant qu'*exemplarité*, suivant l'expression consacrée; elle l'est en effet.

Chez des nations voisines, la peine de mort a été et est encore appliquée pour d'autres crimes que l'assassinat; la peine a été modifiée pour quelques-uns de ces crimes, et ils n'ont pas augmenté.

La peine de mort a été appliquée pour le crime de sacrilége; elle a été abolie, et le nombre des sacriléges ne s'est point accru. En France, avant l'admission des circonstances atténuantes, on prononçait annuellement 110 condamnations à la peine de mort; sous le régime des circonstances atténuantes, ce chiffre est tombé à 47, c'est-à-dire de près des trois cinquièmes, et cependant la proportion des crimes ne s'est pas élevée d'une unité.

De tels chiffres peuvent se passer d'auxiliaires; ils défient tous les raisonnements. J'ajouterai seulement un mot pour constater que les peines autres que la peine de mort, ne sont pas, en tant qu'*exemplaires*, plus efficaces qu'elle pour les délits auxquels on les affecte. Le législateur pourra donc les aggraver ou les adoucir à son gré sans augmenter ou diminuer le nombre des criminels non récidivistes, sans apporter la moindre perturbation à la loi fatale, invariable, qui régit la criminalité. Mais quand il voudra fonder le système pénal sur la nature de l'homme et sur les faits, au lieu de le baser sur une prétendue justice absolue et sur une proportionnalité inutile et imaginaire, quand il voudra en un mot substituer à une œuvre d'art un monument véritablement scientifique, il pourra diminuer d'abord le nombre des crimes et, plus tard celui des crimes et des criminels.

Que nous apprennent les statistiques ? Que tout condamné qui retombe une seconde fois dans le crime, y retombera indé-

finiment à l'avenir ; la récidive est donc, à peu près, sans exception, le signe infaillible de l'incurabilité. Que devrait prescrire contre les récidivistes une loi fondée sur la nature des choses?

La séquestration à perpétuité.

Quels seraient les résultats d'une telle mesure ?

D'abord de prévenir tous les crimes que les récidivistes auraient commis pendant le temps de leur liberté, lesquels crimes (en prenant ce mot dans son acception légale) ne s'élèvent pas à moins de 800, pour la France seulement; ensuite, de permettre d'améliorer, sous la condition du travail, la vie matérielle des condamnés, car toute rigueur devient inutile contre des hommes réduits à une perpétuelle impuissance.

Un autre résulat serait la conséquence inévitable d'un tel système.

Dans le crime comme dans la folie et dans la prostitution, ces trois plaies de l'humanité, qui ont entre elles de si nombreux points de contact, l'hérédité joue un rôle dont personne, dans cette enceinte, n'ignore l'importance. La séquestration perpétuelle tarirait en partie dans sa source cette puissante cause de criminalité; elle contribuerait nécessairement, dans une mesure qu'on ne saurait actuellement déterminer avec exactitude, mais qui pourrait être considérable, au perfectionnement moral et même physique de l'espèce humaine.

Je n'entrerai pas dans d'autres détails sur les bienfaits d'un pareil système, et sur les moyens de le mettre en pratique; ce pourra être là l'objet d'un travail spécial. Pour le moment, vous devez trouver que votre patience a été mise à une assez longue épreuve, et qu'il est grandement temps que je revienne à M. Pierquin.

L'honorable candidat, je l'ai déjà dit, ne s'est pas occupé de la question du principe de la justice humaine ; il s'est contenté de formuler cette proposition : « Que la société n'a pas le droit d'infliger la privation de la vie, *à titre de punition.* » Ces mots *à titre de punition* pourraient faire supposer que l'auteur est un adversaire de la doctrine que nous avons combattue ; mais ce n'est point là le sens qu'il a voulu leur donner : pour l'honorable candidat, la privation de la vie n'est pas un mal ; c'est souvent même un bien, non-seulement moral, mais encore physique, et, dans les 25 pages consacrées à l'exposition de cette doctrine, sur 59 dont se compose son mémoire, il cite l'exemple de nombreux suppliciés ou moribonds qui ont reçu la mort sans répugnance ou même en en savourant les voluptés.

Mais si la mort n'est pas un mal pour celui qui la subit, et l'auteur croit l'avoir établi *mathématiquement*, elle peut causer des maux nombreux à ceux qui recherchent les émotions de cet horrible spectacle, ou qui seulement en entendent le récit. En effet, l'auteur ayant remarqué qu'au moment où il écrivait (1830), l'âge des assassins variait entre 35 et 40 ans, c'est-à-dire que leur naissance datait de l'époque de la révolution de 89, n'hésite pas à assurer que ces malheureux avaient été entraînés dans le crime pour avoir entendu raconter avec complaisance dans leur jeune âge les détails circonstanciés d'un meurtre, d'une exécution capitale, ou d'une noyade, etc.

Ce qu'il y a de certain aussi, pense-t-il, c'est que jamais les monomanies meurtrières n'ont été plus communes; ce qu'il attribue à la même cause; il prévoit même qu'à mesure qu'on s'éloignera de l'époque calamiteuse de 93, ces monomanies deviendront de moins en moins fréquentes.

Après les monomanies meurtrières viennent, comme conséquences de la décapitation publique, les monomanies dans lesquelles les patients se croient menacés de la mort et en éprouvent toutes les angoisses, « angoisses *si bien décrites par Victor Hugo*, » dit l'auteur, qui semble oublier ici qu'à son point de vue la mort est un bien et même une source de plaisirs.

L'auteur termine l'énumération des affections du système nerveux, qui peuvent être la conséquence de la vue des supplices, en mentionnant quelques autres espèces d'aliénation mentale, et en affirmant que « les convulsions épidémiques peuvent aussi jaillir de l'échafaud. »

Enfin, après avoir passé en revue les affections nerveuses ou morales, M. Pierquin étudie l'influence de la peine de mort sur les lésions physiques, et il en trouve un grand nombre qui ne reconnaissent pas d'autre cause : ainsi il pense que des avortements, des maladies congéniales diverses, des montruosités sont dues à ce que des femmes, dans l'état de grossesse, ont assisté à l'exécution d'un condamné.

L'auteur, à l'appui de toutes ces opinions, cite peu de faits qui lui soient personnels, quoiqu'il en possède, dit-il, un grand nombre; mais il pense que le *médecin-politique* ne doit invoquer que des observations recueillies par d'autres. Nous n'aurions pas de graves objections à opposer à cette manière de voir, si les observations qu'on emprunte à d'autres étaient concluantes; malheureusement nous craignons bien que celles qu'a choisies M. Pierquin ne satisfassent pas, sous ce rapport, à toutes les conditions requises.

Nous voici, enfin, au terme de ce trop long rapport; essayons de le résumer en quelques mots.

Si les impressions que nous avons éprouvées en lisant les travaux de M. Pierquin ne nous ont point trompé; si le jugement qui en est résulté est juste autant qu'il est impartial, les habitudes et les tendances littéraires de l'honorable candidat ont laissé une trop vive empreinte sur ses travaux scientifiques, et la science n'aura pas à en tirer beaucoup de profit. Mais votre commission a pensé qu'un zèle qui a produit tant de travaux, joint à une vaste érudition, suffirait pour faire de l'honorable candidat un membre utile à notre société; dans l'espoir d'ailleurs que la fréquentation des membres les plus éminents de cette société ferait sentir à l'auteur la nécessité de recourir, pour ses travaux ultérieurs, à des procédés plus rigoureux, votre commission a l'honneur de vous proposer d'ajouter une couronne de plus aux innombrables couronnes de M. Pierquin en lui décernant le titre de membre titulaire de la société médico-psychologique.

De la viabilité en médecine légale.

Nous publions aujourd'hui, en entier, l'intéressant travail de M. Devergie. Nous l'avions fait précéder de remarques qu'après réflexions, nous avons jugé plus convenable de ne faire paraître que dans notre prochain numéro.

Si les doctrines exercent une grande influence sur la pratique de la médecine, elles ont, en médecine légale, une portée plus grande encore peut-être. En médecine, les doctrines sont plus ou moins éphémères, parce qu'elles sont nées d'idées préconçues, ou qu'elles reposent sur l'observation plus ou moins judicieuse des faits.

En médecine légale, elles devraient avoir plus de durée, parce que leur point de départ est presque immuable, leur base plus solide, car elles ne peuvent reposer que sur le texte même de la loi. Celle-ci, il est vrai, peut être plus ou moins judicieusement interprétée, et alors les doctrines qui résultent de cette interprétation sont vraies ou fausses. Si elles sont fausses, loin d'éclairer la justice dans ses appréciations et dans les jugements qu'elle a à rendre, le médecin légiste peut la conduire à l'erreur ou ne lui prêter aucun secours efficace.

Les questions de doctrines sont donc, en médecine légale, des questions capitales. Et si, pendant de longues années, la médecine légale n'a pas eu en justice toute la prépondérance qu'elle pouvait avoir, il faut l'attribuer en grande partie aux tendances des médecins légistes qui, au lieu de rattacher leurs principes aux principes de la loi, ont presque constamment

raisonné au point de vue médical, laissant de côté le point de vue légal.

C'est un point de doctrine que je viens soumettre aux lumières de l'Académie. Il a trait aux donations et aux successions, dans les cas de monstruosités qui peuvent devenir des causes de non-viabilité de l'enfant.

En d'autres termes, un enfant parfaitement développé arrive, après neuf mois de vie intra-utérine, avec un vice de conformation auquel l'art peut remédier. Doit-il être déclaré apte à recevoir ou à succéder, quoiqu'il succombe après un temps donné de vie extra-utérine, aux suites du vice de conformation qu'il a apporté en naissant ou aux suites des opérations qui ont dû être faites pour y remédier? Quant à la question de doctrine pour les monstruosités auxquelles l'art ne peut remédier, on en connaît les conséquences forcées, et la science est tracée d'une manière nette et positive pour ces sortes de cas.

La solution de cette question a une très-grande portée; elle intéresse d'une manière toute particulière la fortune des familles; elle peut en bouleverser toute l'économie en faisant passer brusquement sur une tête étrangère des biens d'une possession séculaire. Et cependant, elle n'a encore été résolue par aucun médecin légiste. On s'est borné à faire connaître les conséquences de chacun de ces vices de conformation; mais on n'a pas posé les principes d'après lesquels le médecin devait procéder à l'interprétation de leurs suites.

La loi est cependant nette, précise, formelle; elle dit, art. 725: «Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi, sont incapables de succéder : 1° Celui qui n'est pas encore conçu; 2° l'enfant qui n'est pas né viable; » 3° etc.

Art. 906. «Pour être capable de recevoir entre vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. Néanmoins, la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera *né viable.* »

La loi n'a pas défini la viabilité; mais la généralité des médecins-légistes et des médecins ou chirurgiens qui se sont occupés de cette question, est d'accord pour en donner un sens uniforme, c'est-à-dire l'aptitude de l'enfant à parcourir les phases de la vie commune. Pour être dans ces conditions, il faut que, sous le rapport de sa maturité, sous le rapport de sa conformation et de l'état sain de ses organes, l'enfant puisse vivre de la vie extra-utérine commune aux autres enfants. Tout vice de conformation ou toute maladie mortelle qu'il apporte en naissant, et qui est acquis dans le sein de la mère, peut devenir l'objet d'une question de viabilité; tandis que toute maladie mortelle, contractée après la naissance, ne saurait soulever la même question. Celle-ci, dans aucun cas, n'est posée qu'après la mort de l'enfant; tant que l'enfant vit, il est censé pouvoir vivre.

Si l'on est d'accord sur ce point, et, par conséquent, sur ce que l'on doit entendre par viabilité de l'enfant, on ne l'est plus lorsque les maladies ou les vices de conformation sont curables, lorsqu'il est possible d'y remédier, et c'est alors que s'engagent les procès sur les successions, puisque l'enfant hérite de la fortune de son père et, qu'en général, la mère hérite de tout ou partie de la fortune de son enfant.

Parmi les monstruosités, il en est de si étendues, de si compromettantes pour la vie de l'enfant, qu'on en connaît parfaitement les conséquences, et qu'à cet égard il ne peut s'élever aucune divergence d'opinion; mais, en opposition avec cet ordre de monstruosités, il en est de bien légères qui peuvent entraîner la mort de l'enfant; ainsi il existera à l'anus ou un peu au-dessus de l'ouverture de l'anus une petite membrane mince, presque transparente, à laquelle il suffit de faire la plus légère ponction pour donner issue aux matières fécales. Si cette ponction n'est pas faite, la mort de l'enfant est imminente, à moins que la nature n'opère ce que l'art peut si facilement accomplir.

Est-ce un enfant viable celui qui, né dans les plus belles conditions de maturité et de santé, meurt au huitième ou au dixième jour, de la rétention des matières fécales par une semblable cause?

Est-ce un enfant viable que celui qui, né avec les mêmes apparences de force et de vie, apporte, en naissant, une intersection de l'intestin ou plicature du rectum, état auquel un hasard heureux peut, dans quelques circonstances, permettre à un instrument tranchant de rétablir la communication des deux bouts de l'intestin posés, soit l'un au-dessus de l'autre, soit l'un au devant de l'autre, et dont, en tout cas, un anus contre nature, artificiellement et heureusement accompli, va prolonger, assurer l'existence de l'enfant pendant un certain nombre d'années qu'il est impossible de déterminer? — Conditions analogues pour les autres imperforations.

Même question à l'égard de maladies que l'on peut quelquefois guérir, et qui, dans d'autres cas, sont suivies de mort.

C'est ici qu'il y a divergence d'opinions parmi les médecins et les chirurgiens. Or, les magistrats demandent aux médecins la solution de questions qu'ils ne peuvent résoudre par eux-mêmes, et les médecins qui ne sont pas dirigés par des doctrines arrêtées émettent des avis différents bien propres, il faut le dire, à porter préjudice à la science.

N'est-il pas important de poser à cet égard des principes bien nets, bien arrêtés, d'après lesquels les médecins devront se laisser diriger dans la solution de semblables questions qui pourront leur être soumises? C'est dans ce but que je viens soumettre à l'Académie des doctrines qu'il me paraît rationnel d'adopter, et qui m'ont conduit à donner une solution à la question qui me fut posée, il y a trois ans, dans une affaire pendante en première instance devant le tribunal de Vire. Voici à quelle occasion :

Une dame qui avait perdu son mari depuis peu de temps, accouche d'un enfant fort, bien constitué, bien conformé et évidemment à terme. Cet enfant était héritier de la fortune de son père, la mère n'ayant aucun droit d'y prétendre par un contrat.

L'allaitement se fait bien, la vie, la santé sont parfaites; mais on s'aperçoit, vers le second ou le troisième jour que l'enfant n'a rendu ni méconium, ni matières fécales.

Le médecin examine l'anus, il est bien conformé; il prescrit du sirop de chicorée sans résultats ; puis, quelques purgatifs sans qu'il en résulte d'évacuation. Alors il explore l'anus à l'aide d'un stylet, et il arrive à un obstacle qu'il rencontre à une hauteur de 5 à 7 centimètres et qu'il ne peut franchir.

Plusieurs confrères sont appelés en consultation, et on décide qu'il sera fait une ponction exploratrice à l'aide du bistouri. La ponction est pratiquée, elle n'amène qu'une gouttelette de sang. Nouvelle ponction sans plus de résultats. Nouveaux confrères appelés, nouvelles tentatives du même genre. Mais du temps s'est écoulé; l'enfant a perdu l'appétit; il n'a bientôt plus pris le sein; le ventre s'est ballonné; la fièvre s'est allumé et la mort est arrivée vers le neuvième ou le dixième jour.

On procède à l'autopsie, et l'on trouve une intersection de l'intestin rectum par un tissu fibro-celluleux de quelques millimètres d'épaisseur. Le bout supérieur de l'intestin est distendu par du méconium et forme en avant une saillie ou poche qui refoule en arrière l'extrémité supérieure du bout inférieur de l'intestin, de sorte que le bistouri ou tout autre instrument qui suivait le trajet de cette portion inférieure du rectum, qui perforait son extrémité supérieure, venait se rendre dans le tissu cellulaire du bassin et laissait devant lui le bout supérieur de l'intestin rempli de matières fécales. Ainsi s'expliquent les tentatives infructueuses qui ont été faites dans le but d'arriver à rétablir la communication entre les deux portions d'intestin.

Cet enfant était-il né viable? Dans le cas de l'affirmative, il héritait de la fortune de son père, et par suite la mère devenait héritière de son enfant. — Dans l'hypothèse de non-viabilité, la fortune faisait retour à la famille du père.

Les médecins de Vire le déclarèrent non viable, en ce sens qu'il existait un vice de conformation que rien n'avait pu vaincre et auquel l'enfant devait nécessairement succomber. Mais plusieurs notabilités chirurgicales de Paris rédigèrent une consultation motivée dans laquelle ils déclarèrent que l'enfant

devait être réputé viable, attendu que, si les médecins appelés avaient été impuissants à lui conserver la vie, on aurait pu l'arracher à la mort en pratiquant un anus artificiel.

C'est dans ces conditions que j'ai été appelé à émettre mon opinion, et j'ai déclaré cet enfant *non viable*.

Pour motiver ma manière de voir, je me suis basé sur un principe que je pose, à savoir qu'en fait de vice de conformation auquel on peut remédier par des moyens inoffensifs ou dangereux, certains ou incertains dans leur résultat, il ne faut pas voir les éventualités et les chances du moyen qui a été ou qui aurait pu être mis en usage.

J'eusse émis la même opinion si, au lieu d'avoir un vice de conformation auquel l'art pouvait difficilement remédier, il se fût agi du vice de conformation le plus simple, seulement d'une membrane d'occlusion, et qu'on n'eût pas eu la pensée de perforer pour donner issue aux matières fécales.

Voici d'après quelles données je me dirige pour adopter cette manière de voir.

Il fut un temps, et cette époque n'est pas fort éloignée de nous, où les médecins, ne s'identifiant qu'imparfaitement avec le texte de la loi, résolvaient les questions médico-légales d'après les principes de l'art et non d'après les besoins des magistrats. Ainsi, veuillez reporter vos souvenirs sur toutes les divisions et classifications médico-légales des blessures. La méthode regardée comme la plus parfaite en ce genre était celle qui avait été faite par un médecin qui a laissé dans l'Académie et dans la science les plus honorables souvenirs : je veux parler de Marc. Il les distinguait en blessures de nécessité mortelle ;

Mortelles par accident :

Celles-ci, en mortelles directement et mortelles indirectement.

Puis, les lésions non mortelles, en lésions complètement curables et lésions incomplétement curables.

Avant lui, Ploucquet, Lecat, Zippf, Renier, Wilberg, Kausch, Mayer, Biessy, etc., avaient établi des classifications plus ou moins analogues, en sorte qu'en justice, le magistrat, en présence d'un individu décédé à la suite de blessures, demandait au médecin si la blessure avait entraîné la mort, et le médecin de répondre : Oui, indirectement, ou directement ou accidentellement, suivant les circonstances.

Et alors le magistrat de répliquer : Je ne vous demande pas, M. le docteur, si c'est accidentellement, directement ou indirectement que la blessure a causé la mort ; je vous demande si elle l'a causée, ou si elle ne l'a pas causée. Survenaient des discussions interminables et très-scientifiques, d'ailleurs, d'après lesquelles le médecin, invoquant à son aide la série d'accidents qui avaient entraîné la mort, cherchait à prouver que le malade aurait pu ne pas mourir si tel ou tel accident n'était pas survenu, ou si on avait pu y remédier ; bref, le débat, au lieu d'éclairer le point de fait ne faisait que l'obscurcir. Et le ministère public de taxer à chaque instant la médecine de science conjecturale, de parler des incertitudes de l'art, etc.

Guidé par les lumières et le jugement de M. le conseiller de Haussy, j'ai rejeté toutes ces classifications, et prenant pour base le texte même de la loi, j'ai divisé les blessures en celles qui entraînent une incapacité de travail de moins de vingt jours ; en celles qui entraînent une incapacité de travail de plus de vingt jours, et en celles qui entraînent la mort.

Sauf, dans ces trois catégories, à entrer ensuite dans l'esprit de l'art. 463 du Code pénal, qui admet des circonstances atténuantes en vertu desquelles le magistrat peut faire descendre la pénalité de deux degrés, et à faire connaître les circonstances indépendantes de la volonté de l'auteur des blessures, qui ont pu conduire à chacun de ces résultats. Aussi aujourd'hui les réponses sont nettes et catégoriques : toute blessure de nécessité mortelle, irremédiable est déclarée telle. Toute blessure devenue mortelle par suite des accidents qui se sont développés est réputée avoir entraîné la mort, tout en exposant, comme circonstance atténuante et malheureuse de la blessure, laissant ainsi aux magistrats l'appréciation du point de vue moral, l'accident qui est survenu. Mais l'inculpé n'est pas moins passible d'avoir causé la mort, car si la blessure n'avait pas été faite, la mort ne serait pas survenue.

Eh bien! les monstruosités dont il s'agit rentrent dans les mêmes conditions. Il faut les voir telles qu'elles sont et se demander si elles auraient pu entraîner la mort dans l'hypothèse où elles auraient été abandonnées à elles-mêmes, et non pas dans l'hypothèse de l'administration possible de secours. C'est là le seul terrain solide sur lequel le jugement puisse sainement s'asseoir ; car si l'on s'engage dans les éventualités des opérations chirurgicales, on entre dans une voie semée d'incertitude. Ici l'habilité de la main, là l'opportunité du moyen, l'innovation d'un procédé ; ailleurs la catégorie d'accidents imprévus, etc. ; de sorte que dans les mêmes conditions, en raison des personnes, en raison des temps, les mêmes désordres organogéniques seraient différemment appréciés, et les doctrines à cet égard varieraient à chaque instant.

Il n'y a que deux manières de raisonner à cet égard :

Ou raisonner d'après l'altération en elle-même, que des secours soient donnés ou qu'ils ne soient pas donnés ;

Ou raisonner d'après les chances possibles de vie, selon l'administration possible de secours et les effets possibles de la nature.

La loi, plus sage, sous ce rapport, n'a pas voulu entrer dans des catégories de viabilité. Elle a inscrit ce seul mot sans le définir, et lorsque Chaussier, malgré son autorité si grande, a voulu proposer au ministre de la justice d'introduire une série d'articles ayant cette tendance, les législateurs ont repoussé cette proposition.

Les magistrats eux-mêmes, bien pénétrés de cette pensée, n'accepteraient pas un procès de viabilité, s'il n'avait un point de départ nettement établi par la mort de l'enfant. A leurs yeux l'enfant est considéré comme viable tant qu'il vit : la présomption de viabilité leur est acquise, quoique, dans certains cas, le médecin considère l'enfant comme étant voué à une mort certaine. C'est qu'au point de vue où se placent les magistrats, les phénomènes et les éventualités de la vie sont tellement problématiques, que tant que l'enfant est vivant, ils lui accordent la présomption de viabilité.

C'est là, il faut bien le dire, une circonstance très-favorable à la mère ; mais cette réserve, cette protection, elle se trouve partout. L'individu qui fait accidentellement à un autre individu une blessure généralement réputée mortelle, et qu'un hasard heureux vient rendre curable, n'est pas traduit en justice sous le crime d'homicide involontaire, mais bien sous celui de blessure grave.

Eh bien! partant de cette donnée, qu'un procès n'est jamais engagé qu'après la mort de l'enfant, comparons ces vices de conformation curables, mais incurables quand ils sont abandonnés à eux-mêmes, à ces blessures non mortelles, mais qui le deviennent par accident, et appliquons à ces deux ordres de faits les mêmes principes, alors nous arriverons au résultat qu'il faut juger.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. M. Bouillaud.

Des signes de l'hypertrophie du cœur.

Signes indirects de l'hypertrophie du cœur.

Lésion de la circulation. — Dans les cas d'hypertrophie pure, c'est-à-dire dégagés de toute complication, le pouls conserve sa régularité comme le cœur le rhythme de ses mouvements. Il est large, fort, bien détaché, vibrant. Dans l'hypertrophie concentrique le pouls, tout en conservant sa vibrance, est peu développé. Dans l'observation cent quarante-neuvième du *Traité*

des maladies du cœur, de M. Bouillaud, le pouls *est étroit, un peu vibrant*, quoiqu'il soit noté que « les battements du cœur se voient 28 millimètres environ plus bas qu'à l'état normal; *ils frappent fortement et repoussent la main qui les explore.* » Senac avait déjà compris que l'inégalité du pouls ne doit pas être attribuée à l'hypertrophie : « Le pouls, dit-il, a été fort vif et fort dur dans quelques malades; dans d'autres il a été petit et inégal : ce sont les obstacles qui se trouvent dans les ventricules ou dans l'embouchure de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, ce sont ces obstacles, dis-je, qui sont la source de ces variétés... Si ces vaisseaux ne sont pas libres, les battements du pouls seront *faibles, inégaux, intermittents* (1). » Les caractères du pouls que nous venons de donner ne se rencontrent, bien entendu, que dans l'hypertrophie du ventricule gauche, le droit ne pouvant exercer aucune influence directe sur la circulation artérielle. Dans les cas dégagés de toute complication, on observe une certaine animation de la face, l'œil est brillant, la température un peu plus élevée qu'à l'état physiologique. On considère généralement l'état violacé des lèvres, la bouffissure des paupières, les congestions passives soit de sang, soit de sérosité dans les cavités séreuses, l'œdème des membres inférieurs comme se rattachant à une hypertrophie du cœur, et cela n'arrive cependant que dans les où il existe une complication propre à opposer un obstacle au cours du sang veineux. En effet, il serait bien difficile de comprendre comment une hypertrophie *pure, simple,* qui détermine *une suractivité dans la circulation*, pourrait donner lieu à des accidents qui se lient à un retard, à un embarras de celle-ci.

Lésion de la respiration. — Lorsque le cœur n'a pas un volume très-considérable, la respiration est peu gênée, mais lorsqu'il est énorme, quand il occupe, comme nous l'avons vu, le tiers de l'espace réservé aux poumons, ceux-ci sont fortement refoulés, la respiration alors est courte et fréquente. Il est vrai que dans les grandes hypertrophies d'autres causes viennent encore déterminer cette dyspnée; je veux parler des lésions qui s'opposent au libre passage du sang; mais, tout en les pesant à leur juste valeur, on comprend bien la part qui revient au volume du cœur dans le développement de ces accidents.

Les signes que nous venons de faire connaître s'appliquent particulièrement à l'hypertrophie en général, il nous reste maintenant à faire connaître ceux qui se rattachent à celle des ventricules gauche et droit.

Dans l'hypertrophie du ventricule gauche les battements du cœur se font surtout remarquer en dehors du mamelon, dans le sixième, septième et même huitième espace intercostal; c'est dans ce point que correspondent la matité et la voussure. En même temps le pouls, comme nous l'avons indiqué plus haut, est large, fort, vibrant, le visage animé, les yeux étincelants; de temps en temps les malades ressentent des congestions vers la tête, éprouvent des épistaxis. Je ne sais comment Laënnec a pu écrire « qu'aucun de ces signes n'est constant; il n'est pas rare de trouver une hypertrophie considérable du ventricule gauche chez des sujets qui n'ont présenté aucun d'eux. Le pouls surtout est trompeur, et il est peut-être aussi commun de le trouver faible que fort chez des sujets attaqués d'hypertrophie au plus haut degré (2). »

Il faut bien que l'auteur de l'*Auscultation* ait commis quelque erreur de diagnostic pour dire que le pouls est aussi souvent *faible que fort;* car comment s'expliquer ce premier caractère lorsque l'*hypertrophie est au plus haut degré*, c'est-à-dire lorsque la contraction ventriculaire a une force considérable (nous parlons toujours de celle-ci dégagée de complication)?

Dans l'hypertrophie du ventricule droit, les battements du cœur, au lieu de se faire sentir en dehors du mamelon, ont leur maximum d'intensité à la partie inférieure du sternum. La malade de la cent cinquante-unième observation de l'ouvrage de M. Bouillaud présentait des battements si violents à droite, qu'elle sentait, disait-elle, les palpitations plus violentes *à droite qu'à gauche.* C'est dans ce point surtout que se fait sentir la matité, et le pouls ne présente aucun des caractères que nous avons indiqués en parlant du ventricule gauche. Lancisi avait donné le *pouls veineux* comme un signe certain de l'hypertrophie du ventricule droit. Nous en avons déjà parlé à l'occasion de l'insuffisance de la valvule tricuspide; notons ici qu'il ne se rencontre pas lorsque la maladie qui nous occupe en ce moment est dégagée de toute lésion de la valvule ou de l'orifice, complication nécessaire pour permettre à une certaine quantité de sang de refluer du côté de l'oreillette et des veines qui viennent s'y rendre.— Corvisart considère comme un signe de peu de valeur les battements du cœur plus prononcés à droite qu'à gauche, mais Laënnec n'est pas d'accord avec lui : « Je l'ai constamment trouvé, dit-il (ce signe), dans tous les cas d'hypertrophie un peu considérable du ventricule droit qui se sont présentés à moi....... Je regarde ce signe, tiré du lieu où le cœur se fait entendre et sentir avec le plus de force, comme *tout à fait sûr.* J'ai eu assez d'occasions de le vérifier par l'autopsie pour pouvoir le regarder comme infaillible quand il est bien marqué (1). »

Dr E. Auburtin,
Chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

(1) Senac, *ouv. cit.*, tome II, page 415.
(2) Laënnec, *ouv. cit.*, tome III, page 181.

(1) Laënnec, *Ouv. cit.*, tome III, page 186.

CORRESPONDANCE

Médication iodée.

Mon cher rédacteur en chef,

M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, a publié, dans le numéro de samedi 12 courant, du *Moniteur des hôpitaux*, un intéressant article sur le traitement de la kératite scrofuleuse, par l'emploi de la teinture d'iode.

Après avoir cité une observation complète et l'extrait succinct d'une deuxième observation, cet honorable confrère se livre à des réflexions fort justes au sujet de ce nouveau traitement, et termine en disant qu'il ne s'occupera point de tirer l'horoscope de ce traitement qui réussit aujourd'hui, et qui demain sera dédaigné par ses plus chauds partisans. Je crois pouvoir prédire à M. le docteur Chapel, comme vous l'avez insinué du reste dans votre note additionnelle, que la dénigration ne parviendra pas plus à rayer de la thérapeutique expérimentale et raisonnée ce nouveau mode de traitement, qu'elle ne l'a fait à l'égard d'autres méthodes qui ont pris racine et prospèrent dans la pratique, malgré la vive opposition qu'elles ont rencontrée à leur début. C'est qu'en effet la dénigration est impuissante contre la vérité, et les faits bien observés ont une brutalité telle, qu'ils résistent à tous les commentaires. Les observations citées par M. le docteur Chapel, en faveur du traitement de la kératite, par les attouchements de teinture d'iode, nous semblent rentrer dans cette catégorie.

Je crois, du reste, que je lui ferai plaisir, autant pour le rassurer sur l'avenir de ce traitement, que pour l'édifier encore, s'il est possible, sur sa valeur, en lui apprenant que, dans le courant de 1854, un médecin belge, dont le nom m'échappe en ce moment, a publié plusieurs observations de kératites traitées et guéries par ce court et simple procédé, et que, moi-même, j'ai adressé en 1853 à la Société de médecine de Bordeaux un mémoire contenant deux observations complètes de kératite granuleuse infructueusement traitée par de nombreuses médications, et qui guérirent rapidement par une ou deux instillations de quelques gouttes de teinture d'iode pure sur les yeux affectés. — Ces deux observations, annoncées, en 1854, dans la *Gazette des hôpitaux*, au sujet d'un travail sur l'emploi de la teinture d'iode dans les affections chirurgicales, n'ont pas été publiées, par suite d'autres préoccupations.

L'observation de notre confrère de Saint-Malo, au sujet de la douleur violente que suscite le contact de la teinture d'iode avec l'œil, est de la dernière exactitude. Dans nos deux cas, cette douleur a été telle, qu'au bout d'une heure nous avons dû faire administrer des bains froids aux yeux affectés, et cette dernière application, tout en calmant les douleurs, n'a point empêché le bénéfice d'une guérison radicale.

Recevez, etc.

Abeille.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La correspondance d'une Académie doit-elle lui être communiquée ou peut-elle être supprimée par le président, par un secrétaire perpétuel ou par une commission administrative? Telle est la question que pose, dans son dernier numéro, l'*Union médicale*. Nous croyons utile de montrer comment elle la résout. Il s'agit du refus du journal homœopathique l'*Art médical* :

« L'Académie de médecine, ou plutôt le *conseil d'administration* de l'Académie, n'a pas trouvé à propos d'agréer cet hommage, et a renvoyé le journal à son auteur, formule de l'administration des postes. Pourquoi le conseil de l'Académie a-t-il refusé le journal de la doctrine homœopathique? Le conseil ne s'est pas expliqué sur ce point, et il n'est pas prudent de faire parler des gens qui veulent se taire. Mais, sur ce refus, grand émoi de la doctrine : lettres. réclamations, récriminations, protestations; rien n'y fait; le conseil a persisté dans sa décision. et de cette décision je n'aurais rien à dire si elle n'établissait pas un antécédent, une sorte de jurisprudence qu'il ne faut peut-être pas laisser passer sans quelque réflexions.

« Je dirai d'abord que je ne vois pas bien clair dans ce qu'on pourrait appeler le point de fait, c'est-à dire dans la question de légalité. Un secrétaire d'une Académie officielle, un conseil quelconque, ont-ils le droit de supprimer, de refuser une pièce de correspondance? L'affirmative me paraît douteuse, mais la négative me paraît périlleuse. *Je doute* qu'au point de vue du droit et *des principes, il soit permis à un fonctionnaire* de l'Académie ou à *un conseil* de soustraire *quoi que ce soit* à la connaissance de ce corps savant. L'abus pourrait toucher ici de si près à l'usage, qu'il serait prudent peut-être de ne pas consacrer cet usage. Mais, d'un autre côté, il est certain que les Académies, aussi bien que les journaux, sont exposés à recevoir des envois qui blessent la raison et qui compromettent leur dignité. Les journaux ont le droit de ne pas publier, pourquoi les Académies n'auraient-elles pas le droit de refuser? Pour moi, je le leur accorde volontiers, mais *à la condition que le corps savant tout entier*, et *non pas un de ses fonctionnaires* ou *quelques-uns de ses membres seulement*, sera mis en demeure de se prononcer et de voter en connaissance de cause. »

Nous ne conserverons, pour notre compte, aucun doute sur la question de droit, et nous nous sommes, plus d'une fois, expliqué à cet égard. Un homme qui s'y entendait, Cicéron, si nous avons bonne mémoire, a dit dans un langage qui perdrait beaucoup à n'être pas cité textuellement, qu'il suffit presque toujours d'invoquer le simple bon sens pour suppléer au silence de la loi. Or, le bon sens nous indique, de la manière la moins équivoque, que la correspondance d'une académie appartient à l'Académie, et non pas à tel ou tel de ses membres. C'est donc à l'Académie seule qu'il appartient de décider ce qu'elle veut en faire. Arago, dont la qualité dominante n'était pas la tolérance, ne s'est jamais permis de supprimer une pièce de correspondance, quoiqu'il ait souvent reçu des lettres où son impartialité et celle de l'Académie étaient mises à de rudes épreuves. Il proposait à l'Académie de passer à l'ordre du jour sur les communications absurdes ou injurieuses, et l'Académie approuvait ordinairement sans observations; mais, enfin, on lui demandait son avis. — Quant aux inconvénients qui pourraient résulter pour les Académies de certaines correspondances, il ne saurait y en avoir, à notre avis; nous ne voyons pas ce qu'un corps savant pourrait perdre en dignité ou en considération, à ce qu'un insolent ou un fou viendrait lui débiter des sottises ou lui adresser des injures.

Mais à quoi bon discuter sur les principes, puisque l'*Union* est d'accord avec nous sur l'application qui est le point important. L'*Union* ne veut pas qu'*un fonctionnaire* ou plusieurs puissent *soustraire quoi que ce soit* de la correspondance, sans consulter le *corps savant tout entier*. Voilà ce que dicte le bon sens, quand il est interrogé sans idée préconçue, sans arrière-pensée; ainsi nous avait-il répondu, quand nous l'avions interrogé à propos de la lettre par laquelle MM. Monneret et Fleury refusaient l'encouragement de 1,000 fr. qui leur avait été décerné; ainsi nous avait-il répondu dans d'autres circonstances encore; car, le précédent que l'*Union médicale* ne veut pas laisser passer aujourd'hui sans réflexion, ne se présente pas pour la première fois, ni même pour la seconde. Mais les droits de la justice ne tombent jamais en déshérence, et il est toujours utile d'élever la voix en leur faveur. C'est pourquoi nous sommes heureux de nous associer dans cette circonstance, à la réclamation de l'*Union médicale*, croyant, en cela, parler beaucoup plus dans l'intérêt des fonctionnaires de l'Académie que des correspondants dont on supprime les lettres.

— *Les malades aisés dans les hôpitaux.* — Un de nos abonnés nous écrit des environs de Paris (huit lieues) pour nous signaler qu'une femme malade, ayant 2,000 fr. de revenu, a quitté la ville de.... pour venir se faire soigner dans un des hôpitaux de Paris. Elle aurait été admise à l'hôpital de la Charité. Notre correspondant signale à juste titre l'abus qu'il y aurait à accorder ainsi à des personnes non nécessiteuses les secours de l'assistance publique destinés aux malades pauvres. Il a été fait droit d'avance, par de sages mesures prises depuis longtemps déjà par M. le directeur de l'assistance publique, à la juste réclamation de notre correspondant, et le fait qu'il signale ne peut se passer qu'à l'insu de l'administration et du chef de service qui donne ses soins à la malade dont il s'agit. Il est probable même que cet abus particulier ne se prolongera pas longtemps, car les agents de l'administration ont ordre de s'informer scrupuleusement du domicile et de l'état social des malades admis dans les hôpitaux.

— Encore un décès à enregistrer dans le journalisme médical. La *Presse médicale* a cessé de paraître. Commencé dans de fâcheuses conditions d'organisation, ce journal, malgré un quasi-succès de début, se voyait à la veille de disparaître, quatre mois après son apparition, lorsqu'on vint offrir à la rédaction, sur le point de bivouaquer en plein vent, un abri contre les éléments et les premiers besoins, ainsi que les moyens de sonder, pendant deux ans au moins, les sympathies des lecteurs. Mais la rédaction, loin de se concilier ces sympathies, éloigna le plus grand nombre de celles qui s'étaient manifestées dès l'apparition du journal, et, du chiffre de près de 500, les lecteurs descendirent, en 24 mois, au chiffre de 105. Ce résultat ne permettait pas de continuer une assistance que la bienveillante intervention d'un homme généreux auprès d'un haut fonctionnaire et l'effet qui s'en était suivi, avaient d'ailleurs rendue inutile sous le rapport de la charité.

Pour toutes les variétés. H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Études scientifiques sur la peau; application de l'électricité à l'excitabilité des bulbes pilifères; mémoire présenté par le docteur LAURENTIUS à l'Académie des Sciences. Brochure grand in-18. A Paris, chez Didot et chez tous les libraires scientifiques; prix franco par la poste, 1 fr.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de *l'huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix, 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX, recevront gratuitement cet ouvrage.

Traité des hydropisies, par M. ABEILLE, médecin en chef de l'hôpital du Roule. — 1 vol. in-8. — Au bureau du Journal.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le Dr Depaul, sur les pessaires intra-utérins — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le Dr Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le Dr Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr. — Au bureau du Journal.

Des Hernies crurales, par le Dr A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. — Broch. in-8°. — Paris, au bureau du Journal. — Prix : 1 fr. 50.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le Dr Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8°. — Au bureau du Journal. — Prix : 1 fr. 50.

En cours de publication dans le *Moniteur des hôpitaux*, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin par quartier de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. — Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du Journal. — Prix : 2 fr.

Traité des maladies des femmes, par le docteur Alexis Favrot. 1 vol. in-8. — Prix: 5 fr. — Au bureau du Journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.—Imprimerie Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 59. 3e ANNÉE. Jeudi 17 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

De la viabilité. — Du véritable caractère de la médecine légale et du véritable rôle du médecin légiste.

Dans la lutte qui a eu lieu hier à l'Académie, M. Devergie devait, par ses titres et ses nombreux travaux, occuper légitimement un rang important, peut-être le premier rang. Nous avons cru que les remarques que nous avions à présenter sur son mémoire pourraient paraître inopportunes, publiées avant l'issue du combat. Nous les présentons aujourd'hui sous la forme la plus compatible à la fois avec notre estime pour le talent et la plupart des travaux de M. Devergie, et nos habitudes en matière de critique scientifique.

Nous avons dit hier quel intérêt offrait le travail de M. Devergie, quoique se ressentant un peu trop de la rapidité avec laquelle il a sans doute été rédigé. Cet intérêt, toutefois, nous paraît s'attacher plutôt aux questions que M. Devergie a agitées, qu'à la façon dont il les a discutées et surtout à la solution qu'il en a donnée, laquelle ne nous paraît nullement conforme aux véritables principes de la médecine légale, ni par conséquent au véritable rôle du médecin-légiste.

M. Devergie a commencé par établir entre les doctrines médicales et les doctrines médico-légales, entre la stabilité et l'importance des unes et des autres, une comparaison qui nous paraît pécher par plus d'un point, et nos lecteurs auront peut-être comme nous de la peine à comprendre, par exemple, pourquoi les médecins légistes auraient moins d'idées préconçues ou observeraient plus *judicieusement* que les médecins proprement dits, et comment le texte des lois sociales offrirait aux théories une base plus solide que les faits matériels et les lois naturelles qui les régissent. Mais passons sur ces *lapsus rationis*, et arrivons au fond du mémoire de M. Devergie, qui comprend une doctrine générale et, à ce que paraît croire l'auteur, une application spéciale de cette doctrine. La doctrine générale est ainsi résumée par M. Devergie :

« Si pendant de longues années la médecine légale n'a pas eu en justice toute la *prépondérance* qu'elle pouvait avoir, il faut l'attribuer en grande partie aux tendances des médecins légistes qui, *au lieu de rattacher leurs principes aux principes de la loi, ont presque constamment raisonné au point de vue médical*, laissant de côté *le point de vue légal.* »

Cette doctrine pourrait être exposée avec plus de détails, et d'une manière plus catégorique. Mais, sous les termes même qui lui servent d'enveloppe, on l'entrevoit assez clairement pour qu'il soit possible d'affirmer qu'elle n'est fondée ni en fait ni en principe.

En fait, la plupart des médecins-légistes, dans leurs écrits et plus encore dans leurs actes, se sont occupés du but général et des conséquences actuelles de la loi, au moins autant que des vérités de la science, de ses incertitudes ou de ses erreurs; et loin que ce soit là une cause de *prépondérance* pour la médecine légale, c'est au contraire une des causes de son abaissement, de sa déconsidération, et on le conçoit sans peine, puisque la nature même des études du médecin-légiste le place presque nécessairement dans un état d'infériorité par rapport aux magistrats, et qu'il manque d'ailleurs plus encore de pouvoir que de compétence pour discuter avec eux l'esprit et l'application de la loi. Contrairement à la croyance de M. Devergie, c'est là une vérité dont les médecins-légistes ne se sont pas suffisamment pénétrés.

En principe, la médecine légale, qui n'est, après tout, que l'application aux conventions sociales de la médecine, de la chirurgie, de la chimie, de la physique, etc., c'est-à-dire des sciences diverses, toutes fondées sur la connaissance de faits naturels dus à des causes inaccessibles à la puissance humaine, la médecine légale ne doit ni ne peut s'inspirer des principes de la loi, qui ont leur source dans la raison et la volonté de l'homme.

Le médecin-légiste, M. Devergie l'a méconnu comme beaucoup d'autres, comme Orfila lui-même, ne doit donc être ni avocat, ni procureur, ni juge; la médecine légale ne doit être ni l'antagoniste, ni l'auxiliaire, ni l'interprète, encore moins la servante de la loi; elle doit en être le flambeau.

C'est assez dire que le médecin-légiste n'est ni supérieur ni subordonné au magistrat, mais que la mission de l'un et de l'autre est complètement distincte, indépendante; que chacun est ou doit être souverain dans sa sphère d'action : sur les questions de *légalité*, la justice seule a le droit d'apprécier et de juger; sur les questions de *science*, la médecine légale seule doit prononcer sans appel et sans se préoccuper des applications qu'on pourra faire de ses décisions. Le médecin-légiste doit être un véritable juré scientifique, dont les décisions doivent être appliquées, non réformées; mais avec cette différence que tout le monde est apte à remplir les fonctions de juré, tandis que des études spéciales, longues et difficiles peuvent seules donner l'aptitude aux fonctions de médecin légiste. Ne serait-il pas, en effet, souverainement ridicule, dérisoire, et encore plus immoral, de voir des hommes revêtus du caractère le plus grave, parler publiquement un langage qu'ils n'entendent point, discuter et, qui plus est, trancher des questions auxquelles ils ne peuvent rien comprendre? Tâchons d'éclairer par quelques exemples ces principes généraux, que dictent la raison et la véritable justice, et de tracer nettement la ligne de démarcation entre le médecin-légiste et le magistrat.

S'agit-il d'un empoisonnement? c'est à la science *seule* qu'il peut appartenir de *décider* si le fait de l'empoisonnement est réel, douteux ou imaginaire.

S'il est *démontré* pour la science que le fait d'empoisonne-

ment n'est pas réel, toutes les conséquences du fait doivent à l'instant être supprimées;

Si, au contraire, la science établit que l'empoisonnement est *certain*, il appartient à la magistrature *seule* de *rechercher* l'auteur de l'acte et de lui appliquer la pénalité;

Si, enfin, le fait est *douteux* pour la science, c'est encore à la magistrature *seule*, qu'il appartient de chercher à dissiper l'incertitude en s'éclairant de tous les témoignages *extra-scientifiques*, dont la raison commune à tous les hommes permet d'apprécier la valeur.

S'agit-il d'un infanticide, d'un cas de responsabilité morale, d'une question d'interdiction? c'est toujours le même principe, la même règle : au médecin-légiste *seul*, le soin de décider la question scientifique; au magistrat *seul*, le soin d'appliquer la loi.

Si les législateurs s'étaient laissé guider par ces principes élémentaires de morale et de bon sens, la civilisation n'aurait pas eu à rougir, en plein XIXe siècle, de révélations aussi tristes que celles dont M. Béranger faisait retentir, en 1847, l'une des premières tribunes du monde (1). N'accusons pas trop, cependant, les législateurs ; les principes dont il s'agit, tout élémentaires qu'ils soient, ne peuvent, en général, être bien compris que par les esprits qu'une étude approfondie des sciences d'observation a prémunis contre les théories purement rationnelles et contre les hasards des improvisations de cabinet, non moins dangereuses, plus dangereuses peut-être que les improvisations oratoires ; or, si les hommes qui cultivent ces sciences, si ceux qui cultivent la médecine légale en particulier, nous donnent, à l'exemple de M. Devergie, le conseil de subordonner les vérités de l'ordre naturel aux principes des conventions sociales, comment attendre plus de sagesse de la part de ceux qui n'apprennent à raisonner que dans les prétoires, les usines ou les magasins? Que les savants commencent donc par s'entendre eux-mêmes, et alors ils pourront exiger à bon droit que la voix de la science soit écoutée ailleurs.

Nous avons dû saisir l'occasion que M. Devergie fait naître pour rappeler les véritables principes qui doivent servir de fondement à la médecine légale, pour définir les véritables devoirs, les véritables droits du médecin-légiste. Mais, il faut bien le dire, ces questions sont un hors-d'œuvre dans la question de la viabilité, et par conséquent dans cet article, comme elles l'étaient dans le mémoire de M. Devergie lui-même. Nous dirons plus, en dehors de la constatation de l'état anatomique des parties, qui exige les connaissances du médecin, la viabilité est plutôt une question de bon sens qu'une question de médecine légale, et il n'y a nullement, pour la résoudre, à s'inspirer de l'esprit de la loi pas plus que des principes de la science.

La loi dit que pour hériter, etc., il faut être né *viable*. Qu'est-ce donc que la viabilité? La loi ne le dit pas. Mais le bon sens, qui doit suppléer au silence de la loi, quand il n'en a pas dicté la rédaction, le bon sens le dit d'une manière très-nette quand on l'interroge sans prévention : la *viabilité, c'est la possibilité de vivre d'une vie propre*. — Mais pendant combien de temps? — Pendant n'importe quel temps, pendant cinq minutes, pourvu que l'impossibilité absolue pour l'enfant de vivre davantage ne soit pas démontrée. — Mais s'agit-il pour lui de la possibilité de vivre étant abandonné aux seules ressources de la nature, ou bien de la possibilité de vivre moyennant toutes les ressources que l'art pourrait opposer à une maladie dont il serait atteint?

Une telle question, nous l'avouons, nous paraît étrange de la part d'un médecin, et il nous paraît bien plus étrange encore qu'un médecin la résolve en ce sens que l'enfant n'est pas viable, s'il ne peut vivre qu'à l'aide des secours de l'art. Ainsi, pour prendre l'exemple de M. Devergie, un enfant naît avec une interruption du rectum; le chirurgien perfore cette membrane et établit un canal artificiel à l'aide duquel l'enfant vit pendant huit jours, un an, dix ans; au bout de dix ans, le canal artificiel s'obstrue et l'enfant meurt. Voilà, suivant la doctrine adoptée par M. Devergie (car cette doctrine ne lui appartient pas en propre), un enfant qui, sans être viable, a vécu pendant dix ans, et qui aurait pu vivre pendant cinquante.

Autre exemple :

Une fille naît avec une oblitération congéniale du vagin. Elle est d'ailleurs parfaitement constituée et se porte à merveille; à dix-huit ans, des accidents causés par la rétention des règles se déclarent, une péritonite les suit et la mort survient. Voilà encore un enfant qui a joui pendant dix-huit ans de la plus belle santé et qui, avec le secours d'un chirurgien habile, aurait pu vivre jusqu'à cent ans. Que dites-vous d'une doctrine qui la déclare *non-viable!*

Cette doctrine, à la vérité, fait remarquer qu'elle ne déclare la non-viabilité qu'après la mort. Voilà vraiment un beau correctif; il ne lui manquerait plus que de dire à un homme, se promenant dans la rue avec une hernie congéniale, qu'il n'est pas viable, qu'il n'a pas le droit de vivre! Ce serait un peu plus naïf; mais ce serait tout aussi raisonnable que de déclarer qu'il n'était pas viable en admettant qu'il eût succombé à un étranglement, deux heures après sa naissance.

En résumé, les médecins et chirurgiens de Paris, en émettant, dans leur consultation, que l'enfant dont M. Devergie a rapporté l'observation était né viable, avaient porté un jugement conforme aux véritables principes de la science (et, nous le démontrerions facilement si nous avions à nous en préoccuper, à la moralité de la loi), et M. Devergie, en déclarant le contraire et en systématisant sa réponse, a commis une grave erreur médico-légale, et soutenu une doctrine contraire aux lois naturelles, et même aux véritables principes des lois sociales et religieuses, car, par une heureuse rencontre, ces lois se trouvent ici toutes d'accord.

H. DE CASTELNAU.

(1) Dans un rapport où l'honnêteté des intentions l'emportait de beaucoup sur la précision des connaissances et sur la rectitude du jugement, M. Béranger, de la Drôme, racontait à ses collègues de la chambre des pairs, en avril 1847, sans que ni le narrateur ni les auditeurs parussent se douter que c'était là un effroyable aveu, qu'il existait, au 1er avril 1844, dans les maisons centrales de détention de France, *cent douze* aliénés dont la folie *était antérieure à la captivité;* c'est-à-dire, pour parler plus clairement, cent douze malheureux fous qui avaient été condamnés comme voleurs ou comme meurtriers!

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite*. Voir tome II, nos 145, 153; t. III, nos 2, 11, 21, 26, 30, 35, 50, 53, 57.

La *marche*, la *durée*, la *terminaison* de la gastralgie varient suivant un grand nombre de circonstances.

Lorsque la névrose gastrique est idiopathique, simple; lorsque sous l'influence d'une cause morale, d'une mauvaise alimentation, de fatigues excessives, d'excès de coït ou de masturbation, de la présence de vers intestinaux, d'un corset trop serré ou mal fait, d'un modificateur accidentel quelconque, elle se développe chez un sujet bien constitué, d'un bon tempérament, sain d'ailleurs d'esprit et de corps, il suffit *ordinairement* de supprimer la cause pour faire disparaître les accidents, *sublatâ causâ tollitur effectus*, et si ceux-ci persistent, un traitement rationnel ne tarde pas à en faire justice.

Il n'en est pas ainsi, le plus souvent, lorsque la gastralgie se montre chez un sujet débile, d'un tempérament très-lymphatique ou très-nerveux. La gastralgie, dans ce cas, peut être la conséquence, l'*effet* de l'état général de l'économie et alors l'on conçoit parfaitement que les troubles gastralgiques, qui ne sont

qu'un *symptôme*, ne peuvent disparaître que quand on est parvenu à modifier l'état général lui-même, lequel joue ici le rôle de *cause*; mais les choses peuvent, dans les mêmes conditions, se passer d'une manière différente. Parfois, c'est sous l'influence d'une cause *locale et accidentelle* que la gastralgie se développe, et l'on se figure, alors, que l'adage latin que nous citions tout à l'heure va encore être justifié par l'événement; mais il n'en est rien; l'état général qui précédemment, et pendant longtemps chez quelques-uns, n'avait point par lui-même porté atteinte à l'intégrité des fonctions digestives intervient consécutivement, lorsqu'une fois celles-ci ont été troublées par un modificateur quelconque, et s'il n'a point directement provoqué les accidents gastralgiques, s'il n'a joué tout au plus, à leur égard, que le rôle de cause prédisposante, il devient, *à posteriori*, une raison d'être organique dont il faut désormais tenir compte, qu'il faut combattre et vaincre pour ramener l'"estomac à des conditions normales et satisfaisantes.

Or les états organiques généraux, ceux surtout qui se rattachent à la constitution et au tempérament, ne sont pas toujours faciles à modifier; toutes les ressources de la matière médicale n'y échouent que trop souvent, et alors on voit la gastralgie se prolonger pendant plusieurs années soit d'une manière continue, soit irrégulièrement, disparaissant quelquefois pour bientôt se montrer de nouveau. L'observation suivante, rédigée par M. le docteur Samson, de Chauny, qui m'adressait le malade, est fort remarquable à ce point de vue.

Observation XII. — Le jeune Arthur L., âgé de seize ans, fut atteint, dès l'enfance, d'une urticaire chronique qui dura près de quatre ans. A cette éruption succéda une roséole de l'espèce annulée, qui disparut après quelques mois, laissant pour trace des éphélides qui, elles-mêmes, se dissipèrent à la longue. Cette affection de la peau coïncidait déjà avec une mauvaise disposition des organes gastriques, car dès cette époque, l'enfant faible, pâle, à chairs molles, sans appétit, offrit pendant plusieurs années des alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre, et cet état constituait sa manière d'être habituelle. A la moindre fatigue, au plus petit écart de régime, l'enfant éprouvait des maux de tête souvent accompagnés de vomissements, puis une douleur fixe, aiguë, siégeant à l'hypocondre gauche. La langue, recouverte d'un enduit poisseux, présentait une rougeur vive sur les bords. Ces symptômes s'accompagnaient rarement de fièvre, le pouls présentait seulement, au moment de l'invasion, un peu de plénitude et se déprimait peu de temps après. Quand la céphalée et les vomissements avaient disparu, que l'enfant avait recouvré son état normal, la douleur de l'hypocondre persistait encore longtemps, plus faible il est vrai, mais susceptible de prendre une nouvelle intensité dès que l'enfant se livrait avec un peu d'ardeur aux exercices de son âge. Ces symptômes gastralgiques, dont la durée était de quelques heures dans le principe, se prolongeaient, sur la fin, de vingt-quatre à quarante-huit heures. Ayant affecté en dernier lieu la forme larvée, ils cédèrent pour un temps assez long à l'emploi du sulfate de quinine allié au sous-carbonate de fer. A cette époque, le jeune malade fut conduit aux eaux de Spa où il séjourna un mois environ. A son retour, tant pour rompre les habitudes expansives de l'enfant, que pour l'assujettir à un régime de vie régulier, il fut placé dans un des lycées de Paris où il est depuis plusieurs années. Là, sa santé s'est améliorée d'une manière sensible, il a acquis de la force et de l'embonpoint, il mange avec appétit, et si les accidents que je viens de signaler se renouvellent encore, et quelquefois avec assez d'intensité, ils reviennent plus rarement; la faiblesse, la pâleur, l'anorexie qu'ils laissent après eux, ne durent plus que quelques jours. Il est à remarquer que lorsqu'ils se montrent avec une violence et une durée prononcées, c'est toujours au temps des vacances; c'est chez les parents que les crises ont lieu, soit après des exercices poussés à la fatigue, un voyage en voiture d'une certaine durée ou quelque infraction dans le régime.

Pour bien apprécier la nature d'une maladie, il faut en connaître l'étiologie. Dès les premières investigations, nous reconnaissons tout de suite, chez notre malade, une prédisposition héréditaire à ces troubles nerveux. Le père du jeune Arthur fut affecté, pendant près de quatre ans, d'une gastralgie portée au plus haut degré : vomissements, douleurs violentes se portant de l'épigastre vers l'hypocondre droit, et par irradiation le long de la colonne dorsale, en suivant le trajet des ganglions nerveux; lorsque ces accès de cardialgie avaient cessé, le malade restait plusieurs mois pâle, faible, sans appétit, ressentant toujours vivement la douleur de l'hypocondre et du dos. J'ajouterai encore que la mère de notre jeune malade fut en proie, dès l'âge de onze ans, aux orages d'une chlorose où aucun des symptômes qui caractérisent cette affection n'a failli ; réfractaire à toute espèce de traitement, la maladie n'a cédé que par le fait du mariage, bien que quelques années après, madame L. ait encore éprouvé une recrudescence de la chlorose qui a persisté un an. Or, chez le jeune Arthur, le sang s'est toujours montré séreux, de couleur rose. L'habitude de la peau, jusqu'à l'âge de douze ans, était empreinte de cette pâleur *sui generis* des chlorotiques. Les mouvements du cœur et des carotides offraient quelque chose de sec, de saccadé, dont il reste encore quelques vestiges du côté du cœur. Toutefois, en faisant ce rapprochement, n'ai-je d'autre intention que de n'omettre aucuns des caractères distinctifs propres à bien faire apprécier, en général, la prédisposition innée de ce jeune homme.

Aujourd'hui que le malade a atteint l'âge de puberté, c'est sur les organes de la reproduction que se porte aussi le trouble de l'innervation. Dans une dernière crise qu'il a éprouvée dernièrement chez ses parents, aux vacances des jours gras, la douleur, qui avait toujours jusque-là siégé vers la région de la rate, se manifesta, cette fois, vers l'aine du même côté en suivant le trajet du cordon spermatique jusqu'au testicule, et ne céda qu'à l'emploi des solanées. Depuis plusieurs mois déjà ce jeune homme était atteint de spermatorrhée, accident qui se renouvelle encore aujourd'hui assez souvent. — Les préparations martiales, et, pour combattre la constipation, l'emploi de la magnésie à dose laxative, ou des grains de santé, sont les derniers moyens que j'ai mis en usage avec assez de succès ; mais les divers traitements qu'a subis le malade n'ont jamais été faits que par sauts et par bonds et jamais d'une manière suivie.

Les bains de mer, les eaux de Spa prises sur les lieux n'ont amené aucun résultat avantageux, pour cette seule raison, peut-être, que les voyages d'une certaine durée, même en chemin de fer, ont toujours été mal supportés par le malade.

Chez ce jeune homme, trois semaines de traitement hydrothérapique ont suffi pour faire justice de la douleur de l'hypocondre gauche, laquelle se rattachait à une augmentation considérable du volume de la rate, et quelques mois modifieront son état général, de manière à rétablir l'ordre dans toutes les fonctions.

La chlorose, l'anémie primitive ou secondaire, la spermatorrhée, la nosomanie, sont des complications qui prolongent également la durée de la gastralgie, et qui la rendent souvent rebelle à tous les moyens de la thérapeutique usuelle; mais les malades qui opposent la résistance la plus obstinée, qui font le désespoir du médecin, sont les femmes hystériques et celles qui, ayant un déplacement de l'utérus, simple ou compliqué d'engorgement, présentent ce triste et singulier ensemble de symptômes que l'on désigne par le nom d'*état nerveux*. Pour ces dernières, l'hydrothérapie est la seule voie de salut que je connaisse, et je lui ai dû de bien remarquables succès, alors que d'autres avaient vu échouer fer rouge et pessaires de toutes sortes, ceintures mécaniques et redresseurs.

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les faits de cet ordre; ils trouveront leur place dans un prochain fascicule, où de longs développements leur seront accordés; mais je veux, néanmoins, au point de vue de la gastralgie, rapporter l'observation suivante, rédigée par notre excellent et distingué confrère, M. le docteur Damoiseau, d'Alençon.

Observation XIII. — Madame D. est âgée de quarante-cinq ans, d'une constitution grêle et éminemment nerveuse ; quoique très-vive et très-impressionable, elle est douée, pourtant, d'une assez grande force de volonté.

La menstruation s'établit à quinze ans sans difficulté ; mais jusqu'à dix-sept ans et demi on vit apparaître diverses manifestations lymphatiques, telles que : orgeolet, croûtes au nez, glandes au cou, céphalalgies fréquentes, rougeurs des yeux, etc.

Madame D. s'est mariée, bien portante, à dix-huit ans et demi; c'était en 1826, et en dix ans elle eut cinq enfants, et elle éprouva une fausse couche à quatre mois et demi. Pendant les deux dernières grossesses, la marche devint difficile, et les jambes enflèrent. La disposition à l'enflure des jambes a persisté jusqu'à ce jour. Le dernier accouchement, qui eut lieu en 1836, fut très-brusque, et il fut suivi d'une hémorrhagie assez considérable.

Les accidents actuels remontent à 1837, époque où madame D. eut

la douleur de perdre ses parents, après leur avoir prodigué pendant longtemps les soins les plus pénibles. Des fatigues excessives, suivies de profonds chagrins, provoquèrent les symptômes nerveux hystériques les plus variés.

On consulta M. Duparc, qui constata, par le toucher et le speculum, une grande mobilité du corps de la matrice et quelques érosions à son col (1839).

La morphine, un régime tonique, l'exercice au grand air, produisirent de bons effets. Les bains frais par affusion, pris à Enghien, ne furent pas supportés; l'eau fraîche, partout ailleurs que sur le dos et les reins, provoqua des spasmes et de violentes attaques hystériques.

En 1844, à l'occasion d'une suppression de quelques mois, la marche devint plus difficile, le ventre se tendit le soir et devint douloureux; les besoins d'uriner étaient fréquents, et les urines s'échappaient spontanément au moment des efforts.

On va trouver la sage-femme en chef de la Maternité, elle reconnaît une antéversion et quelques rougeurs, et conseille l'usage de la ceinture hypogastrique.

De 1844 à 1849, madame D. a encore la douleur de perdre plusieurs des siens, après leur avoir prodigué comme toujours, malgré son extrême faiblesse, les soins les plus pénibles. Ces coups répétés ébranlent de plus en plus le système nerveux, et madame D. voit apparaître ce qu'elle appelle ses crises d'estomac, pendant lesquelles cet organe refuse de prendre et de digérer les aliments.

Les accidents du côté de la matrice vont aussi *crescendo;* ainsi, madame D. éprouve de la pesanteur sur le rectum et des douleurs très-aigües, depuis le bas des reins jusqu'au genou. Consultée de nouveau, la sage-femme en chef de la Maternité trouva les organes dans le même état que la première fois, seulement le toucher fit souffrir beaucoup la malade. On attribua toutes ces souffrances aux nerfs, et on conseilla les grands voyages et les eaux d'Aix.

Les douches chaudes eurent pour effet d'augmenter l'abondance des règles et, en provoquant des sueurs abondantes, d'affaiblir beaucoup. Un jet d'eau froide que l'on dirigea sur la tête, pour empêcher le sang de s'y porter, détermina une attaque d'hystérie vraiment effrayante.

Madame D. passa l'hiver à Nice, et il fut très-pénible. Les jambes enflèrent démesurément, il fallut recourir à la compression méthodique pour rendre la marche possible.

Au mois de juin 1850, madame D. se rend à Rome, et, chose singulière, elle s'y trouve mieux et peut faire des marches forcées par un soleil brûlant. L'irritation du bas-ventre n'était pas éteinte cependant, car le frottement du linge, pendant les époques menstruelles, détermina de véritables vésications au haut des cuisses.

Après avoir séjourné un mois en Toscane, dans un état passable, madame D. rentra dans ses foyers (octobre 1850); c'est là qu'un nouveau coup, mille fois plus sensible que tous les autres, vint la frapper quand elle perdit sa fille aînée qu'elle aimait avec passion. Tout le système nerveux en éprouva une perturbation qui dure encore. Une gastro-entéralgie des plus graves, et un érysipèle universel, la mit littéralement à deux doigts de la mort.

La maigreur devint squelettique, et après une très-longue et très-difficile convalescence, madame D. sortit de son lit les genoux dans un état voisin de la fausse ankylose.

Le 28 août 1851, madame D. éprouvant depuis longtemps les plus vives douleurs dans le voisinage de l'urèthre et à l'orifice du vagin, consent à se laisser examiner par son médecin ordinaire.

« Les parties extérieures ne formaient, dit-elle, qu'une plaie saignante et parsemée d'excroissances charnues. » La cautérisation avec le nitrate d'argent produisit un très-bon effet, et vers la fin de septembre on put introduire le spéculum. Il y avait une plaie au col de la matrice, et la surface intérieure du vagin présentait une multitude de rougeurs et d'excoriations.

La cautérisation, continuée jusqu'à la fin de novembre, avait amené une notable amélioration locale, lorsque M. Gelos, médecin de madame D. vint à mourir. C'est à cette époque qu'elle me fit l'honneur de m'appeler à lui donner des soins. Depuis lors son état a peu changé. Les cautérisations répétées avec la solution de nitrate d'argent (1 gramme pour 100 grammes d'eau distillée), ont continué de procurer du soulagement; une chaise longue, bien faite, a permis à madame D. de sortir de son lit et de faire quelques pas dans sa chambre.

État actuel. — Il y a antéversion complète de la matrice, qui est très-douloureuse au toucher, mais peu engorgée. La muqueuse de l'orifice du vagin et du col tendent à se couvrir de rougeurs si l'on cesse seulement pendant un mois la cautérisation. L'estomac digère très-difficilement; il ne supporte, pour ainsi dire, que des aliments de fantaisie et en très-petite quantité.

Le pouls est très-petit et très-faible, il donne de 80 à 90 pulsations à la minute. Les époques menstruelles sont l'occasion de souffrances très-vives, et, depuis quelques mois, elles augmentent la faiblesse par leur abondance.

Le système nerveux est devenu d'une mobilité et d'une sensibilité inouïes, les moindres émotions le bouleversent de fond en comble.

Il y a quelques semaines, sous l'influence d'une vive émotion causée par la crainte d'un incendie, madame D. souleva un vase rempli d'eau pouvant peser de 12 à 15 kilogrammes; tous les accidents du bas-ventre ont été aussitôt beaucoup augmentés.

Il serait trop long d'énumérer tous les moyens thérapeutiques qui ont été employés. Ce que je puis dire, c'est que *tout* a été tenté, sauf le redressement mécanique de M. Valleix, que je n'ai pas osé mettre en pratique, et le *redressement vital* qui réussit si bien entre vos mains. C'est pourquoi j'ai pensé à vous.

Je crains, toutefois, que vous n'éprouviez de grandes difficultés à faire supporter la douche froide. Partout ailleurs que sur le dos et les reins, en effet, cet agent provoque des spasmes hystériques effrayants, et appliqué sur ces régions, il augmente notablement l'évacuation menstruelle déjà trop abondante.

Mais vous avez réussi dans tant de cas, pour le moins aussi graves, que je ne désespère pas du succès!

Ainsi, voilà une gastralgie qui a onze ans de date et qui, suivant l'expression de M. Damoiseau, a résisté *à tout.* Lorsque madame D. vint à Bellevue, au mois de juin 1853, elle en était arrivée au point de ne pouvoir ingérer une tasse de lait, sans éprouver de la pesanteur épigastrique, une ardeur très-vive à l'estomac, une sensation de brûlure à la langue dont la pointe se couvrait d'un pointillé rouge très-vif, et parfois un mouvement fébrile.

Malheureusement les prévisions de notre confrère ne se réalisèrent que trop; pendant quinze mois, le traitement hydrothérapique ne put être que très-incomplètement administré; l'application extérieure d'eau froide la plus courte, la plus légère, déterminant, malgré toutes les précautions imaginables, des suffocations et des palpitations effrayantes, les poumons et le cœur n'étant d'ailleurs le siége d'aucune altération organique. Ce fait, constaté par nous à maintes reprises, a été vérifié, dans une consultation, par notre cher et honoré maître et ami, M. le professeur Bouillaud.

Des vésicatoires volants, des cautères appliqués sur la région épigastrique, les opiacés à l'intérieur et par la méthode endermique, restèrent impuissants.

Pendant l'hiver de 1854-1855, madame D. a subi, sans aucun succès, un traitement homœopathique sous la direction de M. Cabarrus.

Madame D., qui trouve que son traitement par l'eau froide est encore celui qui lui a procuré le plus de soulagement, vient d'arriver à Bellevue; serons-nous plus heureux cette année-ci que la précédente? Nous l'espérons.

Nous avons commencé le traitement par l'administration de *douches écossaises* qui sont assez bien supportées et qui nous permettront, probablement, d'arriver graduellement aux douches froides.

Enfin, parmi les sujets les plus rebelles il faut encore placer ces malades *névropathiques*, chez lesquels aux meilleures conditions de constitution, de tempérament, de santé générale, d'hygiène, en l'absence de tout agent spécifique, de toute cause appréciable, en un mot, on voit les névralgies et les viscéralgies se combiner, alterner et résister à tous les efforts de la thérapeutique, parfois à ceux de l'hydrothérapie elle-même.

Quant à la marche et à la durée de la gastralgie secondaire et compliquée, tout dépend, évidemment, des circonstances pathologiques propres à chaque individu.

La gastralgie ne peut devenir, par elle-même, une cause de mort qu'en réduisant le malade à l'inanition, soit en ne permettant pas l'ingestion d'une quantité d'aliments suffisante pour entretenir la vie, soit en provoquant, par le vomissement, le rejet de toutes les substances introduites dans l'estomac, ainsi que cela a lieu, par exemple, dans le vomissement des femmes grasses.

Mais si cette terminaison funeste peut être considérée comme

très-rare, le pronostic de la gastralgie n'en a pas moins une certaine gravité en raison de la durée très-longue que peut avoir la maladie, de la perturbation qu'elle apporte dans les habitudes de la vie, des sensations pénibles, douloureuses, dont elle est accompagnée, de l'influence qu'elle exerce sur le caractère, sur l'intelligence et sur le moral des malades, de l'amaigrissement, de la débilitation qu'elle amène progressivement, enfin de l'anémie et des congestions viscérales chroniques qui en sont fréquemment la conséquence.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Lariboissière. — M. Becquerel.

Leçons sur les altérations du sang.

Etude du sang dans la pléthore.

D'après Galien la pléthore consistait dans un défaut de proportion entre la capacité du système circulatoire et la quantité du sang qu'il contenait, en un mot, c'était le sang qui était en trop forte proportion pour les vaisseaux qu'il remplissait.

MM. Andral et Gavarret, d'après un certain nombre d'analyses du sang chez des sujets pléthoriques, ont admis que la maladie consistait dans une augmentation de proportion des globules; pour ces observateurs la quantité de sang n'était qu'un élément secondaire.

J'ai cherché à approfondir cette question dans mes travaux avec M. Rodier, et je crois pouvoir la trancher en faveur de la définition de Galien.

Les analyses que nous avons faites nous ont conduits aux conclusions suivantes :

1° Chez les individus pléthoriques, la composition du sang n'offre pas de variation sensible dans les chiffres des éléments constitutifs du sang à l'état de santé, on y observe les mêmes moyennes, les mêmes maxima et les mêmes minima;

2° Dans un certain nombre de cas où l'on a trouvé un chiffre considérable de globules dépassant la moyenne physiologique, il n'y a pas eu de symptômes particuliers;

3° Les symptômes de la pléthore peuvent s'observer avec toutes les compositions possibles du sang.

Tâchons de démontrer ces trois propositions :

1° La composition du sang ne varie pas chez les individus pléthoriques et le chiffre des globules n'augmente pas. M. Andral, en acceptant les chiffres donnés par M. Lecanu (*Recherches sur le sang*), a consacré cette proposition; M. Lecanu a donné le chiffre 127 comme moyenne physiologique de ses expériences; or, à l'état normal, il y a jusqu'à 140 de globules.

Chez 7 pléthoriques, 6 hommes et 1 femme, nous avons trouvé les moyennes 138 pour les hommes, et 131,5 pour les femmes; ce qui n'indique pas une augmentation dans les chiffres physiologiques. La quantité des autres éléments du sang était parfaitement normale dans toutes ces analyses.

2° La deuxième proposition trouve une explication très-évidente dans nos travaux. Le chiffre des globules était considérable dans les cas suivants :

1° Dans des ictères simples;

2° Dans des paraplégies symptomatiques de maladies de la moelle;

3° Dans le choléra;

4° Enfin dans un certain nombre de cas indéterminés dans lesquels les chiffres de 150, 160 et même 180 ont été trouvés.

3° Pour expliquer la troisième proposition, examinons d'abord les symptômes prédominants de la pléthore.

On observe : la rougeur de la face, la turgescence des tissus, un sentiment de plénitude et de lourdeur générale; de la céphalalgie, des vertiges, des tintements d'oreille; le pouls est large, développé, il a sa fréquence normale, et il n'y a pas de chaleur à la peau; on observe, en outre, une disposition aux hémorhagies actives.

Ces symptômes se retrouvent chez tous les individus, quels que soient la composition du sang et le chiffre des globules.

Chez tous, le traitement par les émissions sanguines détermine l'amendement ou la cessation des symptômes.

M. Andral a démontré que beaucoup de femmes qui paraissaient bien portantes, étaient pléthoriques et accusaient toutes les symptômes que je viens d'énumérer; leur teint pâle, leurs tissus anémiques, leur constitution chlorotique, semblent contre-indiquer l'emploi de la saignée et ordonner l'emploi bien plus avantageux du fer et des toniques. Ces faits signalés par M. Andral, et bien fréquents, sont cependant opposés à sa théorie; car il s'agit de cas dans lesquels, avec un sang peu riche en globules, on observe tous les symptômes de la pléthore. Dans ces cas, ne l'oubliez pas, messieurs, le fer n'est d'une grande utilité que s'il a été précédé d'une déplétion du système vasculaire au moyen de la saignée; vous auriez beau en faire prendre des quantités énormes, vous ne feriez qu'aggraver les symptômes sans amener aucun soulagement. Si, au contraire, vous saignez modérément, les symptômes cessent et le fer trouve son application.

M. Beau a appelé la pléthore que l'on remarque dans ces cas très-nombreux chez la femme, pléthore séreuse; c'est à mes yeux une mauvaise dénomination, parce qu'elle semble indiquer l'augmentation d'un seul élément, tandis que nous avons vu qu'il pouvait n'y avoir aucun changement dans les proportions des éléments constitutifs.

En admettant, ce qui est bien plus rationnel, que la capacité des vaisseaux n'est pas en rapport avec la masse du sang, et, tenant compte des résultats heureux fournis par la saignée, on arrive à conclure : que, dans ces cas bien tranchés où les femmes sous l'influence de la chlorose éprouvent tous les symptômes de la pléthore, elles sont sous le coup d'une augmentation de la masse sanguine qui se produit chez elles aussi bien que chez les sujets dont les globules sont abondants ou bien à l'état normal.

L'opinion de Galien est donc celle que nous devrons admettre désormais, parce qu'elle est en parfaite harmonie avec l'observation et l'analyse et que le traitement vient la justifier.

On a confondu la pléthore avec le tempérament sanguin. M. Michel Lévy, par exemple, a donné de ce tempérament la même définition que celle de la pléthore. Ce que nous ne saurions admettre en aucune façon. Pour nous la prédominance du système circulatoire est la cause, ou du moins la seule condition organique qui coïncide avec le tempérament sanguin; cette opinion était celle de Galien, et elle est en harmonie avec l'observation tout comme la pléthore.

Sang dans l'anémie vraie.

L'expression d'anémie, qui a pour sens l'absence de sang, est cependant consacrée dans la science pour désigner une diminution notable des globules. Dans les travaux que j'ai publiés sur cette question, j'ai cru devoir employer l'expression d'*anémie vraie*, pour indiquer une diminution dans la qualité du sang qui circule dans le système vasculaire, ou, si l'on veut, cela signifie que la capacité des vaisseaux de l'organisme est trop grande pour la masse du sang qu'ils renferment.

Les causes de l'anémie sont tellement variables et tellement nombreuses que l'on ne peut faire de cet état une maladie spéciale, on doit plutôt considérer cet état tantôt comme une imminence morbide, tantôt comme une conséquence d'influences hygiéniques ou morbides de nature différente. Une nourriture insuffisante, l'habitation d'un lieu froid, humide, et privé de lumière et de chaleur solaire, des travaux excessifs et des veilles prolongées, toutes les causes, en un mot, qui s'opposent à l'assimilation complète des aliments, conduisent, à coup sûr, l'homme à l'anémie.

Tous les individus qui ont eu à subir une maladie un peu longue et qui ont été soumis à la diète, deviennent anémiques. Ce n'est donc là qu'un état général dont les caractères prédominants sont la petitesse et le peu de volume du pouls, le peu de développement des battements du cœur, la pâleur de la peau, la débilité des malades et leur grande impressionnabilité au froid.

Il est impossible d'apprécier la quantité du sang contenu dans le système circulatoire dans un semblable état; elle serait variable comme l'instant de la maladie où serait faite la saignée. On ordonne d'ailleurs fort peu de saignées dans de semblables circonstances, où les émissions sanguines sont très-nuisibles; l'indication est plutôt de tonifier l'organisme et de nourrir l'individu. Si parfois on saigne, c'est lorsque pendant la convalescence d'une maladie il survient quelque complication, et encore doit-on en être très-sobre et même l'éviter.

Etude du sang dans la chlorose.

La définition de la chlorose varie avec l'opinion que les auteurs qui ont parlé de cette maladie s'en sont faite. Pour beaucoup de médecins, la chlorose n'existe pas, c'est un rêve, et l'anémie et la chlorose c'est tout une même chose; ils nient que ces deux affections soient séparées par des différences notables, et ils considèrent simplement la chlorose comme une anémie essentielle, qu'ils décorent du nom de chloro-anémie.

Pour moi, Messieurs, la chlorose est une névrose générale, qui détermine consécutivement une diminution de proportion des globules du sang.

Les caractères distinctifs qui la séparent de l'anémie simple sont parfaitement tranchés, et pour bien apprécier les différences qui séparent les deux états morbides, il est indispensable de les comparer entre eux sous plusieurs rapports. En se livrant à cette étude, on trouve d'abord qu'on peut ranger ces points de comparaison au nombre de sept :

1° Les causes ;
2° Le mode de développement;
3° Les symptômes;
4° Les signes physiques;
5° La composition du sang;
6° La marche et la durée ;
7° La thérapeutique.

1° *Causes.* — Il n'y a que des différences et pas d'analogies. La cause de la chlorose est presque toujours inconnue. C'est tout au plus si on peut signaler quelques causes prédisposantes, l'âge de quinze à vingt-cinq ans, le développement exclusif chez la femme, ainsi qu'on l'a cru pendant longtemps. Dans ces dernières années, on a publié des cas d'anémie chez certains individus du sexe masculin et on leur a donné le nom de chlorose; toutes ces observations ne sont que des anémies dont on peut toujours découvrir la source. Nous savons encore que le chagrin, les émotions morales très-vives, sont des causes prédisposantes; le séjour des villes et la vie trop sédentaire qu'elles y mènent peuvent encore favoriser la chlorose chez les jeunes filles, et malgré des conditions hygiéniques d'ailleurs excellentes. C'est même un fait extrêmement remarquable que cette prédilection de la maladie à frapper sur des personnes jouissant d'un bien-être incontestable, et, ce qui paraîtra plus remarquable encore, c'est que la maladie n'est vaincue que par le changement de climat, d'habitudes, par une vie au grand air à la campagne. En mettant en regard les causes de l'anémie, on verra facilement qu'elles ne peuvent être confondues avec les précédentes. On peut d'abord établir que l'anémie est commune à tout âge, qu'elle se montre également dans les deux sexes et dans toutes les conditions d'existence; enfin, que toutes les causes en apparence si différentes que nous allons successivement passer en revue aboutissent cependant à des effets qui ont une identité presque parfaite dans leur manifestation.

A. Un défaut d'aération, la privation des rayons solaires, de la chaleur, y conduisent rapidement et sûrement. C'est ce qui arrive aux prisonniers, c'est ce qui a été observé chez les mineurs d'Anzin, dont on doit une belle description à M. Kalli. B. Une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, la diète forcée que gardent les malades pendant le cours d'une maladie grave en est une cause des plus fréquentes. E. Les pertes de sang soit par hémorrhagies actives ou passives, soit par la saignée ou les sangsues, soit encore par des ponctions dans les cas d'ascite, ou par un écoulement hémorrhoïdal trop abondant. Une diarrhée considérable et prolongée, des flux urinaires trop abondants, la leucorrhée chez la femme. Ici, permettez-moi de vous signaler un fait beaucoup trop méconnu. Les femmes atteintes de catarrhe utérin se portent quelquefois bien; mais il n'en est pas toujours ainsi. Voilà ce qu'on observe souvent. Telle femme du monde, telle jeune fille même dont le teint est pâle, qui accuse des maux d'estomac continuels, de la céphalalgie, une constipation habituelle, des battements et des palpitations de cœur au moindre exercice forcé, réclamera les soins du médecin, qui la plupart du temps croira à une chlorose ou à une anémie, et administrera les préparations ferrugineuses, sans soupçonner ce qui est vraisemblablement la cause de tous ces symptômes, le catarrhe utérin. Il faut donc commencer par attaquer cette cause ; les préparations ferrugineuses ne viennent qu'en seconde ligne, et, du reste, elles sont la plupart du temps inutiles; car une fois le catarrhe guéri, les symptômes anémiques disparaissent d'eux-mêmes. F. Certaines intoxications, telles que l'infection par les miasmes paludéens l'intoxication saturnine et mercurielle peuvent produire l'anémie. Les cachexies syphilitique, cancéreuse ou tuberculeuse agissent dans le même sens.

Il y a donc, comme vous voyez, des différences énormes, sous le point de vue étiologique; il n'y en a pas de moins tranchées sous le point de vue du mode de développement.

II. *Mode de développement.*—Dans la chlorose, le développement est assez généralement lent, insensible, caractérisé seulement par des bizarreries dans le caractère, par un état nerveux, par des difficultés dans les digestions, avant qu'aucun phénomène caractéristique ne se montre. Dans l'anémie, le développement suit la cause, selon que celle-ci est lente ou rapide, les phénomènes morbides se développent lentement ou rapidement.

III. *Symptômes.* — Dans la chlorose, on observe primitivement, au début, des troubles du côté de l'intelligence, de la sensibilité et de la locomotion ; les phénomènes nerveux semblent prédominer et se manifester à propos de la circonstance la plus indifférente; des névroses, des névralgies, des entéralgies se montrent presque toujours. Les malades se fatiguent avec une extrême facilité, la marche est suivie d'un sentiment général de courbature et de douleur musculaire. Les digestions, comme je vous l'ai dit, sont troublées, des goûts dépravés surviennent, les malades semblent avoir horreur des aliments qui pourraient relever leurs forces affaiblies. La constipation et la tympanite sont très-fréquentes; la menstruation est difficile, la dysménorrhée et l'aménorrhée s'observent presque constamment, conjointement avec la leucorrhée. Enfin, des phénomènes hystériques viennent souvent compliquer la chlorose.

Dans l'anémie, les phénomènes nerveux, les névroses de tout genre peuvent manquer complètement, et, tandis que dans la chlorose la teinte jaune verdâtre existe dès le début, la pâleur d'un blanc mat de la peau ne se développe que progressivement dans l'anémie, et est en rapport d'intensité avec le degré d'abaissement des globules.

La débilité existe sans courbature, sans douleurs musculaires, les malades sont faibles et n'ont aucune appréhension pour l'exercice. De tous les troubles nerveux, on n'observe que la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles. Les névralgies et les névroses semblent se localiser dans l'estomac, et encore ne se manifestent-elles que par des tiraillements.

Chez les anémiques la soif est très-vive, M. Beau l'a surtout signalée. Il n'y a rien de particulier du côté de la menstruation, et la leucorrhée n'est pas une conséquence de l'anémie. Les palpitations et la dyspnée existent dans les deux affections.

IV. *Signes physiques.* — On entend fréquemment dans la chlorose un bruit de souffle doux au premier temps, siégeant à la base du cœur, et se propageant dans l'aorte; 2° un bruit de souffle intermittent dans les carotides, coïncidant avec le bruit de souffle perçu à la base du cœur; 3° un souffle continu dans les jugulaires, souvent à double courant, ronflement musical, appelé *bruit de mouche, bruit de diable*, etc., etc., variétés diverses d'un bruit qu'on ne retrouve pas dans l'anémie. M. Vernois avait fait jouer un rôle important à la contractilité des parois des artères dans la production de ces bruits, et il avait parfaitement raison.

Le souffle au premier temps du cœur ne s'observe pas toujours, et on perçoit parfaitement les bruits du souffle continu et à double courant, même dans quelques cas où d'après les analyses que j'ai faites avec M. Rodier, il n'y a pas une diminution notable des globules du sang.

Dans l'anémie, le bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur s'entend toujours et peut exister sans souffle dans les carotides ou les jugulaires. Consécutivement on peut entendre le bruit intermittent carotidien, s'il est en rapport avec le degré de la diminution des globules sanguins dans la masse du sang. Ce n'est qu'à une période très-avancée de l'anémie qu'on entend les bruits de souffle continu dans les veines du cou, c'est alors un fâcheux indice. Les bruits de diable, de mouche, musicaux, s'entendent bien moins souvent que dans la chlorose.

V. — Il n'est pas inutile, Messieurs, de bien préciser les points de comparaison que l'on peut établir dans les deux maladies qui nous occupent.

Dans la chlorose, l'analyse n'a quelquefois signalé aucune altération dans le sang; dans un certain nombre de cas les globules sont diminués de quantité, mais cette diminution n'est nullement en rapport avec la gravité des phénomènes observés; tantôt cette diminution est faible, et cependant les symptômes de la chlorose sont très-caractérisés; tantôt avec des symptômes légers, elle est considérable. Souvent aussi, notez-le bien, la diminution est en rapport avec la maladie.

Dans l'anémie ce rapport est constant, et comme la cause est toujours appréciable, l'analyse pourra être déduite d'avance.

La fibrine ne varie pas sensiblement dans la chlorose; quelquefois elle atteint un chiffre plus élevé qu'à l'état physiologique, et peut aller jusqu'à 4 ou 5, au lieu de 2 5. Dans l'anémie elle reste au chiffre normal, parfois elle est diminuée et tombe au chiffre 1 5.

L'albumine ne varie pas dans la chlorose, elle peut parfois diminuer dans l'anémie, et dans les cas très-avancés elle diminue notablement.

VI. *Marche et durée.* — La durée de la chlorose est souvent d'une longueur désespérante, et cette longueur n'indique pas que la maladie atteigne un degré plus grand de gravité; il n'en est pas de même de l'anémie qui, abandonnée à elle-même, va toujours en augmentant, et conduit le malade à un état de prédisposition morbide souvent très-fâcheux, si une médication réparatrice ne vient pas relever la constitution déjà très-affaiblie des malades.

VII. *Thérapeutique.* — Le traitement de la chlorose est tout entier dans l'administration constante des préparations ferrugineuses, dans la perturbation des influences morales qui l'avaient amenée, et un changement total dans les occupations journalières. La vie active à la campagne, un régime alimentaire suffisant et tonique, tels que viandes rôties, vins généreux. Seuls, ces agents de nutrition ne réussiraient pas la plupart du temps, il faut les associer au fer. Le quinquina, sur lequel on insiste beaucoup, est, à mon avis, un médicament à peu près inutile sans les préparations martiales.

La thérapeutique de l'anémie semble avoir besoin de tout ce qui est secondaire dans la chlorose. Ainsi, dans cette affection, la cause étant connue, il faut y soustraire le malade. Si c'est une affection incurable, comme un cancer, elle devient incurable et progresse avec la maladie elle-même. Les préparations ferrugineuses sont accessoires, et l'emploi des toniques, des vins généreux, des viandes rôties, du quinquina en particulier, devient d'une indication forcée. Les conditions hygiéniques doivent être améliorées autour du malade, mais avec beaucoup de surveillance, parce que, dans cet état, les malades sont disposés à subir les bonnes comme les mauvaises influences d'un changement trop brusque de séjour.

Le fer trouvera son emploi d'une manière adjuvante, et surtout chez les femmes, où il est rare de ne pas trouver un peu de chlorose mêlée à l'anémie.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 15 *mai* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe.)

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Choléra. — 1° Quatre mémoires de M. le docteur Jobert de Guyonville (Haute-Marne), sur l'épidémie du choléra qui a sévi en 1854 dans diverses communes de ce département.

— 2° Rapport de MM. les docteurs Vingtrinier et Duclos, sur le choléra qui a sévi, à Rouen, en 1854.

— 3° Sur les propriétés anti-cholériques du valérianate de zinc, par le docteur Morgaud de Pamiers.

(Comm. du choléra de 1854.)

— 4° Sur un mode de traitement du choléra, proposé par le sieur Peire, à Void (Meuse). (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Dyssenterie et Choléra. — Recette d'un spécifique contre ces affections, par le sieur Lower, négociant, à Stettin.

Engelures. — Recette pour la guérison radicale des engelures, par le colonel de Hamel, écuyer du roi de Würtemberg.

Scorbut. — Découverte d'une liqueur qui guérit le scorbut, par le sieur Cadroy, de Gée-Rivière (Gers).

Epilepsie et Dartres. — Recette dont une dame veuve Guibert demande l'autorisation de faire publiquement l'expérimentation.

(Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Epidémies. — 1° Rapports des médecins des épidémies, dans les arrondissements du Mans et de la Flèche.

— 2° Compte rendu des médecins cantonaux du département des Basses-Alpes.

Variole. — Rapport du docteur Sclafe, médecin des épidémies pour le canton de Sarreguemines, sur une épidémie de variole à Kemelfing, en 1855. (Comm. des épidémies.)

Eaux minérales. — Demande d'avis de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, sur un échantillon d'eau minérale, découverte à Vals (Ardèche), par le sieur Ma hou. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Choléra. — Note sur le traitement de cette affection, par le docteur Blanc, d'Uzès.

Choléra et Suette. — Rapport sur une épidémie de choléra et de suette, qui a régné en 1854 dans quelques communes de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Marne), par le docteur J.-B.-Martin Ducleaux. (Comm. du choléra de 1854.)

Chemins de fer. — Tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon, pour l'année 1854, par M. le docteur Devilliers. (Commiss. : MM. Hervez de Chégoin et Gimelle.)

Fracture. — Modèle de cuissard, perfectionné par le sieur Gillet. (Commiss. : MM. Bégin et Larrey.)

Vigne. — Soufrage proposé pour la destruction de l'*oïdium Tuckeri*, par M. Hoffmann, pharmacien à Paris. (Renvoyé à M. Bouchardat.)

Huile de foie de morue. — Communication de M. P. Hogg, pharmacien, sur le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par le procédé de M. Berthé. (Commiss. : MM. Guibourt et Robinet.)

Vaccinations. — 1° Tableau des vaccinations opérées dans le département des Vosges, envoyé par le préfet de ce département.

— 2° Tableau des vaccinations effectuées à l'île de la Réunion, par M. Reydellet. (Comm. de la vaccine.)

Eaux minérales. — 1° Note sur l'usage de l'hydro-ferrocyanate de potasse et d'urée, par le docteur V. Baud, inspecteur des eaux minérales de Contrexeville (Vosges). (Comm. des remèdes secrets et nouv.)

— 2° Détermination de la quantité de soufre et de gaz acide sulfhydrique contenus dans les eaux thermales de Bagnols-les-Bains (Lozère), à l'aide du sulfhydromètre, par le docteur Dufresse de Chassaigne, inspecteur. (Comm. des eaux minérales.)

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

En terminant cette lecture, M. le secrétaire fait connaître les conclusions du rapport de M. Londe, rapporteur de la commission nommée à l'effet de présenter une liste de candidats à la place vacante dans la section d'hygiène. Les candidats sont présentés par la commission dans l'ordre suivant : 1° M. Guérard; 2° M. Devergie; 3° M. Tardieu; 4° MM. Boudin et Bouchut; 5° M. Brière de Boismont.

M. Londe demande la parole à propos du procès-verbal. Il veut se justifier auprès de l'Académie d'un tort, celui d'avoir signé, sans l'avoir lu, le rapport présenté par M. Bousquet au nom de la commission dont M. Londe faisait partie, et contre les conclusions duquel il s'inscrit.

M. Lagneau demande l'adjonction d'un membre ayant un service public, à l'effet d'expérimenter les effets du perchlorure de fer et de manganèse sur les muco-pus de la blennorrhagie et du chancre.

ÉLECTION D'UN MEMBRE.

M. le Président annonce l'ouverture du scrutin pour la nomination d'un nouveau membre dans la section d'hygiène.

75 votants : majorité absolue 38.

Les voix se répartissent comme il suit :

1° M. Guérard, 39;
2° M. Devergie, 23;
3° M. Tardieu, 10;
4° M. Boudin, 2;
5° M. Brière de Boismont, 1.

M. Guérard, ayant obtenu au delà de la majorité absolue, est proclamé membre de l'Académie.

DISCUSSION SUR LE MÉMOIRE DE M. MOREAU (DE TOURS).

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Bousquet.

La parole est à M. Baillarger.

(Nous donnerons ce discours, *in extenso,* dans le numéro prochain.)

M. Dubois, d'Amiens, critique le mode de discussion actuelle. M. Bousquet a fait un rapport au nom d'une commission, et c'est M. Bousquet qu'on met en cause; bien plus, on voit un membre de cette commission, M. Londe, qui a signé le rapport, s'inscrire contre celui-ci. M. Ferrus, qui en connaissait les termes et les conclusions, est également au nombre des orateurs inscrits pour parler contre ce rapport.

LECTURES.

M. le docteur Foucault, de Nanterre, lit un mémoire que nous publierons prochainement, sur un nouvel appareil qu'il appelle *Cric chirurgical.*

Le mémoire de M. le docteur Foncault est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Larrey, Velpeau et Depaul; M. Larrey rapporteur.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Banquet de l'internat. — Le banquet des internes et anciens internes a eu lieu, samedi, aux Frères Provençaux. Le brillant précédent, créé il y a deux ans par quelques hommes de cœur, n'a pas été perdu : la réunion, cette année, a dépassé en nombre tout ce qu'on pouvait espérer. 150 souscripteurs ont répondu à l'appel de la commission, dont 88 internes en exercice, 33 anciens internes, et 29 médecins ou chirurgiens des hôpitaux; 144 ont assisté au dîner. Nous avons remarqué parmi eux M. Serres, à qui avait été décerné l'honneur de la présidence; MM. Cruveilhier, Grisolle, Valleix, Depaul, Blache, Horteloup, Hardy, Laugier, Guersant, Caffe, Dechambre, Royer, Aran, Piédagnel, Bazin, Devergie, Boinet, Marotte, Verneuil, Demarquay, etc., etc.

Le talent d'Homère nous permettrait seul d'en faire le dénombrement.

Pendant le dîner, fort bien ordonné par la commission, et aussi bien servi que le permettait l'espace trop restreint du plus grand salon des Frères Provençaux, a régné la plus franche cordialité.

Au dessert, l'aimable et savant président, M. Serres, a porté un toast « Au passé, au présent, et surtout à l'avenir de la Médecine fran- » çaise, dont je vois ici l'élite réunie. »

M. Depaul, qui s'est sans doute cru spécialement intéressé à ce toast, quoique pour lui le présent soit déjà fort supportable, a proposé de boire à l'illustre président.

M. Hardy a porté un toast « A l'union des internes et des chefs de service. » Les chaleureux applaudissements qui ont accueilli ce toast ont prouvé combien la pensée en était heureuse.

M. Dechambre a spirituellement bu « à l'interne de garde. »

M. Serres a repris la parole pour remercier l'assemblée de la vive sympathie dont il avait été l'objet, et l'assemblée a quitté la salle du banquet à dix heures pour se répandre dans les salons.

Là, de justes remercîments ont été adressés à la commission; M. Provent a chanté une spirituelle chanson intitulée : *Aux vétérans de l'Internat;* et M. Rémilly, au nom de la commission a prononcé l'allocution suivante, que nous croyons utile de reproduire textuellement.

« Messieurs et chers confrères,

« Votre commission réclame un instant d'attention, il lui reste encore des devoirs à remplir.

« Permettez-lui d'abord en son nom et au vôtre, d'exprimer sa vive reconnaissance à ceux de nos maîtres qui, en souvenir de leurs premières études médicales pratiques, ont bien voulu s'asseoir en égaux autour de notre table de fête.

« Permettez-nous ensuite, chers collègues, de remercier, du fond du cœur, les anciens internes qui sont venus au milieu de leurs successeurs, pour serrer des mains amies et respirer quelques instants l'air du temps passé.

« Puis, laissez-nous vous dire quelques mots sur l'avenir de ce banquet confraternel :

« Les réunions antérieures, et semblables à la nôtre, ont toujours excité de vives sympathies. Il importe, en effet, que des occasions rapprochent ceux qui ont étudié à la même source, que d'heureux hasards fassent rencontrer des amis anciens ou des collègues entre eux inconnus. Le banquet de l'internat est une de ces occasions ou l'un de ces heureux hasards.

« Aujourd'hui cent cinquante souscriptions ont répondu à notre appel; nous avons nombre de lettres d'anciens collègues empêchés, témoignant de leur sincère adhésion, et le plus grand nombre des anciens internes n'a pu être directement prévenu de notre réunion! En présence de ces résultats ne faut-il pas songer à l'avenir?

« Aussi nous vous proposons de charger ceux des commissaires actuels, qui seront encore l'année prochaine dans les hôpitaux, du soin de faire désigner, en 1856, une nouvelle commission; laquelle sera chargée à son tour d'organiser le banquet de l'internat, et de le transmettre par le même moyen aux promotions futures. »

Ces paroles ont été accueillies avec une vive sympathie, qui fait heureusement augurer de l'avenir des banquets de l'internat.

La réunion s'est prolongée fort avant dans la nuit, et un grand nombre de convives ne se sont séparés que dimanche dans la matinée.

Cette fête de famille n'a pas été seulement une réunion de plaisir : la bienfaisance y trouve son compte. L'absence de quatre convives, et quelques autres circonstances, ont laissé entre les mains de la commission une petite somme que MM. les commissaires ont immédiatement eu la pensée de déposer entre les mains du trésorier de l'association des médecins de la Seine. A tous les points de vue, les internes et anciens internes ont donc pu se séparer en répétant avec un vertueux monarque : *Nous n'avons pas perdu notre journée.*

— *Pathologie cutanée.* Nous croyons devoir rappeler que M. Cazenave commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis, ce matin, 16 courant, et les continuera les mercredi de chaque semaine.

La visite dans les salles commencera à 9 heures.

Pour toutes les variétés. H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 60. 3e ANNÉE. Samedi 19 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

De la cause organique de l'aliénation mentale, accompagnée de paralysie générale.

Par M. BAYLE.

(*Lu à l'Académie impériale de médecine.*)

Quoique cette enceinte ait plusieurs fois retenti du nom de l'aliénation mentale avec paralysie générale, j'espère que vous permettrez à celui qui a, le premier, décrit cette maladie, de venir à son tour vous en entretenir quelques minutes.

Jusqu'en 1822, toutes les espèces de folie étaient considérées comme des névroses cérébrales, et les lésions que l'on rencontre assez souvent à l'ouverture des cadavres étaient regardées comme des effets ou des complications de la vésanie dont le malade avait été atteint pendant la vie. Esquirol, à qui l'on doit tant d'importants travaux sur les maladies mentales, avait remarqué que la paralysie se rencontre parfois dans les asiles d'aliénés ; mais il en avait fait une complication de la démence, sans la rattacher ni au délire, ni aux altérations matérielles de l'encéphale ; c'était pour lui un épiphénomène qui aggravait le pronostic, un accident, une terminaison d'une maladie nerveuse. Avant lui Harlam avait déjà signalé, en quelques lignes, la paralysie comme une fâcheuse complication de la folie.

Attaché, pendant plusieurs années, comme interne, à l'établissement de Charenton, je fus bientôt persuadé que le seul moyen de jeter quelque jour sur les causes organiques des maladies mentales, objet particulier que je m'étais proposé, c'était de les étudier autant que possible séparément et isolément, convaincu que l'habitude de les envisager et de les décrire dans leur ensemble ne pouvait conduire qu'à la confusion et à la contradiction, ce qui est vrai d'une espèce, étant souvent faux lorsqu'il est appliqué à une autre espèce.

Je publiai, en 1822, dans ma dissertation inaugurale (1), un résumé succinct de mes recherches, accompagné de plusieurs histoires particulières destinées à servir d'exemples.

Les points principaux de ce travail sont les suivants :

1° Il y a une espèce particulière d'aliénation mentale symptomatique, parfaitement distincte des aliénations mentales essentielles, et formant une maladie à part, une individualité morbide, qui a des causes qui lui sont propres, des symptômes et des caractères anatomiques bien tranchés qui ne permettent de la confondre avec aucune autre affection ;

2° Ses causes ont pour effet commun de produire une congestion lente ou subite dans les vaisseaux de la pie-mère et du cerveau ;

3° Ses symptômes se réduisent à deux, qui commencent et

(1) *Recherches sur les maladies mentales*. Thèses de Paris, 1822.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les Num. 28, 29, 30, 39, 40, 42, 43, 45, 49, 50, 52, 54, 55 et 57.)

Je n'en finirais point si je voulais mettre en regard tous les faits qui semblent s'appuyer, se contredire les uns les autres. Je n'ai voulu que faire ressortir l'intérêt qui s'attache aux présentations qui nous ont été faites.

Parmi les maladies qui peuvent affecter l'organe de la vision, l'*amaurose* est une des plus fréquentes et des plus redoutables. Elle fait le désespoir des chirurgiens, dans le plus grand nombre des cas. Elle peut guérir quelquefois, mais le plus souvent elle est au-dessus des ressources de l'art, et cette désolante proposition est surtout vraie quand il y a quelque lésion anatomique, comme cela existait dans une pièce qui nous a été présentée par M. Bastien.

L'amaurose accidentelle peut avoir pour point de départ l'encéphale ou le globe oculaire. Dans le premier cas, l'atrophie des bandelettes optiques, du chiasma des nerfs optiques, marche du centre à la périphérie, et elle est d'autant plus étendue que l'amaurose date de plus loin.

L'atrophie, au contraire, gagne de proche en proche, de la périphérie vers le centre, des nerfs optiques vers le chiasma quand la cécité a commencé par le globe oculaire, l'opacité de la cornée, du cristallin, une lésion de l'humeur vitrée, de la choroïde, de la rétine, etc., etc.

Dans un fait de M. Bastien, l'amaurose était consécutive à des kératites à répétition, à une opacité complète des deux cornées. L'atrophie était très-marquée pour les nerfs optiques ; elle était moins évidente sur le chiasma, peu apparente sur les bandelettes optiques.

Deux pièces pathologiques, consignées dans nos Bulletins, sont relatives aux névrômes. L'une de M. Verneuil, l'autre de M. Fano ; toutes deux intéressantes, à deux titres différents.

La première est une tumeur développée sur le trajet du nerf sciatique poplité externe, et opérée par M. Robert. A la périphérie on voit s'épanouir les fibres nerveuses, puis on trouve que la tumeur est formée de tissu fibro-plastique ; et plus au centre, où elle est plus ramollie, plus fongueuse, de tissu fibro-plastique et de graisse.

La seconde est un moignon résultant d'une amputation du bras. Tous les nerfs qui terminent ce moignon sont renflés, et leur renflement acquiert pour la plupart au moins le volume d'un œuf de pigeon.

La science possède bon nombre de cas semblables, mais il y a peu de pièces où cette altération soit aussi complète.

Tumeurs malignes.

La tribune de l'Académie, la presse retentissent encore de la grande et mémorable discussion de la curabilité et du diagnostic du cancer.

marchent concurremment, savoir : une paralysie générale et incomplète, et un délire apyrétique, avec un grand affaiblissement des facultés. Dans le cours de la maladie la paralysie fait des progrès incessants, et aboutit souvent à une privation presque entière de tous les mouvements volontaires. Le délire présente ce caractère singulier, d'être ordinairement caractérisé par des idées dominantes d'ambition, de richesse et de grandeur, et de passer successivement par les formes de la monomanie, de la manie et de la démence; mais la manie manque souvent;

4° Ses caractères anatomiques sont ceux d'une inflammation primitivement chronique des méninges de la convexité des hémisphères cérébraux, et souvent de la superficie subjacente de la substance du cerveau.

En 1825, je donnai plus de développement à ces idées, en insistant d'une manière toute particulière sur le délire ambitieux, sur les lésions anatomiques et sur le rapport de ces lésions considérées comme causes, avec les symptômes envisagés comme effets (1); enfin, en 1826 (2), je mis au jour un traité complet de l'aliénation mentale avec paralysie générale.

La plupart des résultats auxquels j'étais arrivé, contestés à leur origine, furent ensuite successivement admis, et il est aujourd'hui bien peu de médecins, surtout parmi ceux qui s'occupent spécialement des maladies mentales, qui ne les adopte plus ou moins complétement. L'aliénation paralytique, qu'on désigne improprement sous le nom de paralysie des aliénés, a pris en quelque sorte rang de bourgeoisie dans les familles pathologiques comme maladie spéciale et indépendante de toute autre, avec les congestions qui la provoquent et l'entretiennent et le délire ambitieux qui lui donne une physionomie si particulière.

Un seul point, mais un point capital, celui de la cause organique, auquel j'attribue l'aliénation paralytique, n'a pas jusqu'ici obtenu la même faveur, et est mis en doute ou même rejeté par quelques auteurs. C'est ce point que je viens discuter devant vous, vous soumettant les pièces d'un procès qui n'est pas sans importance, si l'on considère que la maladie dont il est question frappe aujourd'hui plus d'un quart des malheureux aliénés qu'elle conduit à une mort presque certaine.

(1) *Nouvelle doctrine des maladies mentales.* Paris, 1825; chez Gabon; et *Revue médicale*, 1825, t. I, p. 169.

(2) *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes;* 1 vol. in-8° de 600 pages. Paris, 1826.

D'après les faits que j'ai observés, et qui n'ont fait que confirmer les observations publiées depuis moi, l'aliénation mentale paralytique est le *symptôme d'une méningite chronique primitive, à laquelle se joint très-souvent une encéphalite consécutive de la substance corticale des circonvolutions cérébrales.*

Voici les preuves sur lesquelles ce point de doctrine me paraît établi de la manière la plus solide. Je les tire de l'examen microscopique des cerveaux des paralytiques aliénés, comparés aux cerveaux des individus non aliénés, et de l'analogie de cette maladie avec les autres phlegmasies des membranes séreuses.

Parmi les lésions que j'ai trouvées à l'ouverture de cent cadavres (1), et que je considère comme les caractères anatomiques de la méningite chronique, les unes se sont rencontrées chez tous, les autres ont manqué chez un certain nombre. Les lésions constantes étaient l'opacité, l'épaississement, l'augmentation de résistance de l'arachnoïde qui était souvent telle, qu'on pouvait suspendre une grande partie, ou la totalité de la masse encéphalique, à un lambeau des méninges, sans qu'il se déchirât; une forte injection sanguine de la pie-mère; l'épaississement de l'arachnoïde ventriculaire qui était couverte de granulations; un épanchement considérable de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère qui était infiltrée et œdémateuse, dans les ventricules qui étaient souvent dilatés et distendus.

Les altérations suivantes étaient moins fréquentes : 51 une fois sur 100, les méninges étaient adhérentes aux circonvolutions avec injection et ramollissement superficiel de la substance grise; 31 une fois sur 100, il y avait, entre les deux feuillets de l'arachnoïde, des fausses membranes ou du sang épanché. Le feuillet arachnoïdien de la dure-mère était rouge ou injecté chez un quart. Le cerveau était plus ferme que dans son état normal, lorsque l'hydrocéphale était considérable; il était au contraire plus mou, lorsque les adhérences des méninges à la substance grise étaient très-étendues; mais chez le plus grand nombre des sujets, il avait sa consistance naturelle.

En 1826, M. Calmeil publia, dans son livre sur la paralysie des aliénés, quarante-sept observations avec ouverture des cadavres, où l'on trouve les mêmes altérations que j'avais déjà rencontrées, avec quelques différences seulement, relativement aux proportions de ces altérations.

Les faits de M. Calmeil sont d'autant plus favorables à la

(1) *Traité des maladies du cœur*, p. 486.

On a jeté un coup d'œil sur le passé, on a fait justice de presque toutes les erreurs qui semblaient avoir droit de domicile; et cette discussion a eu l'incontestable avantage de montrer l'état de la science. Ainsi que l'a dit un des orateurs éminents de l'Académie de médecine, celui qui aurait employé les arguments dont on s'est servi, dans la même enceinte, il y a dix ans, aurait été de plus d'un siècle en retard. Cette lutte est encore trop récente, pour que j'entre ici dans des généralités sur les pièces que je vais faire passer sous vos yeux. Je ne ferais que copier ce qui a été dit et redit. Mais je veux revendiquer la part de la Société anatomique dans cet immense progrès. C'est dans nos Bulletins qu'on retrouve le mémoire si remarquable de M. Lebert sur l'hypertrophie mammaire; — et sans remonter bien haut, il suffit de jeter un coup d'œil sur les travaux des années précédentes, sur le compte rendu de nos prédécesseurs, et de voir comment sont appréciées les tumeurs épithéliales, fibro-plastiques, cancéreuses.

J'ai déjà touché aux tumeurs épithéliales, à l'article *Appareil digestif.* Je vous mentionnerai ici deux pièces, l'une de M. Godart, l'autre de M. Parmentier, toutes deux relatives à des cancroïdes des lèvres et du plancher de la bouche; la première provenant d'une autopsie, la seconde d'une opération pratiquée à la maison de santé.

Dans celle-là, la tumeur a envahi l'os maxillaire inférieur, l'os hyoïde, les cartilages thyroïde et cricoïde, les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, les ganglions sous maxillaires. La malade a succombé à des hémorrhagies répétées. L'examen de la pièce, fait avec soin, fit connaître qu'elle était formée de cellules épithéliales. Il n'y avait rien dans les viscères. — Dans celle-ci le cancroïde avait envahi le plancher de la bouche et l'os maxillaire inférieur à la partie interne de la symphyse du menton — Ablation de la partie malade, résection du maxillaire inférieur. — Le malade est guéri de son opération; mais est-il à l'abri d'une récidive? Le retour du mal est si fréquent et souvent si rapide, que je n'oserai jamais, pour ma part, porter un semblable pronostic. Les tumeurs épithéliales repullulent avec une opiniâtreté désespérante, mais peuvent-elles se généraliser? peuvent-elles, en récidivant, renfermer des cellules cancéreuses lorsqu'elles n'en ont pas présenté tout d'abord? J'appelle votre attention sur ces faits. C'est dans les hôpitaux, c'est dans une observation attentive, exacte, suivie, c'est dans un examen qui ne laissera rien à désirer qu'on trouvera la solution définitive de ce problème. Mais je dois vous rappeler les observations que M. Velpeau a citées à l'Académie, et chacun sait la grande valeur des assertions du professeur de la Charité.

Nous ne voyons à la Société que des cas rares de *tumeurs cancéreuses*, et cette rareté leur vient ou de leur siége ou de l'âge des sujets sur lesquels on les observe, etc. C'est ce qui explique pourquoi je n'ai que peu de pièces à vous rappeler.

D'abord un cancer de l'avant-bras bien limité, que nous devons à M. Dolbeau.

Puis un cancer du maxillaire supérieur présenté par M. Lorain et qui avait envahi l'œil, l'orbite et le nerf optique.

Puis une *tumeur cancéreuse de l'abdomen*, qui nous a été apportée par M. Goupil, et qui mérite de nous arrêter un instant.

thèse que je soutiens, que l'auteur, n'attachant d'importance qu'à l'encéphalite chronique, critiquait vivement mon opinion sur l'influence que j'attribuais à la méningite chronique primitive, et aux résultats matériels qu'elle entraîne.

Voilà donc cent quarante-sept ouvertures de cadavres qui nous présentent tous les caractères physiques d'une inflammation chronique des méninges chez des individus qui étaient à la fois aliénés et paralytiques; et ce n'est pas la dixième partie de toutes celles qui ont été faites depuis, et qui n'ont fait que les confirmer.

Nierait-on que ces lésions puissent caractériser une phlegmasie chronique? Mais alors il faudrait rejeter aussi les altérations qu'on assigne à toutes les inflammations chroniques des membranes séreuses, telles que l'épaississement, l'induration, les adhérences pathologiques de ces membranes, les exsudations pseudo-membraneuses, les épanchements de sérosité, et parfois de sang, qui se forment dans leur cavité. Qu'on prenne pour point de comparaison une phlegmasie séreuse quelconque, la pleurésie chronique, par exemple, et l'on trouvera l'analogie la plus frappante, sous le rapport de l'anatomie pathologique, entre cette inflammation et la méningite.

Si l'on nous opposait les cas où la maladie étant légère, les lésions consistaient seulement dans l'injection de la pie-mère, l'épaississement de l'arachnoïde et des épanchements séreux, nous répondrions que cela s'observe d'une manière bien plus prononcée dans la pleurésie, puisque, suivant M. Andral, « dans plusieurs cas de cette maladie où les altérations de sécrétions sont le plus prononcées, la plèvre ne présente dans sa texture aucune altération appréciable (1). »

Dirait-on qu'on rencontre souvent ces altérations méningiennes chez des individus qui n'étaient ni aliénés ni paralytiques? Si une assertion aussi générale n'était pas inexacte, il faudrait rejeter l'anatomie pathologique comme la science la plus fausse et la plus trompeuse; mais cette opinion n'est pas fondée.

J'ai examiné, comme objet de comparaison, un grand nombre de cerveaux de sujets qui n'avaient jamais offert de dérangement de l'intelligence, et je n'ai jamais rien trouvé qui ressemblât à l'ensemble des altérations qui forment les caractères anatomiques de la méningite chronique. J'ai eu lieu de faire la même remarque en parcourant les autopsies qu'on trouve en si grand nombre dans les recueils d'observations que nous possédons. On voit parfois, il est vrai, quelques points de l'arachnoïde devenus opaques, et une petite quantité de sérosité épanchée à la base du crâne ou dans les ventricules; mais ces légères altérations, résultats fréquents des derniers instants de la vie, ne sauraient présenter une analogie même éloignée avec les lésions anatomiques qui caractérisent la méningite chronique. Les individus qui succombent aux maladies cérébrales, autres que celle dont il est ici question, présentent à l'autopsie différentes altérations qui leur sont propres, mais qui n'ont généralement aucun rapport avec l'inflammation chronique des enveloppes du cerveau et de la superficie de cet organe.

En résumé, j'ai toujours rencontré les mêmes altérations des méninges et du cerveau chez les aliénés paralytiques, et jamais chez les individus qui avaient succombé à d'autres maladies cérébrales ou non cérébrales. La conséquence naturelle que je devais en tirer, c'est que ces altérations étaient la cause organique des symptômes observés pendant la vie; en d'autres termes, que l'aliénation, avec paralysie générale, était le résultat fonctionnel ou le symptôme de l'inflammation chronique primitive des enveloppes du cerveau à laquelle se joint très-souvent une inflammation consécutive de la substance corticale subjacente aux méninges enflammées. Ce point de doctrine étant pour moi incontestable, je ne crains pas de dire qu'il est peu conforme aux règles du langage médical de désigner cette maladie par un seul de ses symptômes, et de l'appeler *paralysie des aliénés*, au lieu de tirer son nom de l'inflammation chronique qui lui donne lieu et d'en faire une individualité morbide à part. Cette dénomination a de plus le grave inconvénient de faire supposer que tous les fous, sans distinction, sont sujets à cette maladie, tandis qu'on n'a peut-être jamais vu un seul individu atteint d'un véritable délire exclusif bien tranché, devenir paralytique. La maladie que j'ai décrite est la même depuis son début jusqu'à sa terminaison, et ne change jamais de caractère. Appeler cette maladie paralysie des aliénés me paraît aussi peu logique que si l'on voulait nommer la pleurésie *point de côté*, ou la pneumonie *crachement de sang*.

Le point de doctrine que je cherche à établir a essuyé des objections; j'ai répondu à quelques-unes; il en reste d'autres, tirées de trois opinions différentes qu'on a émises sur le même sujet. On a attribué la paralysie des aliénés à un changement de consistance de la masse encéphalique, à une encéphalite primitive de la substance grise, à un état nerveux ou moléculaire du cerveau. Discutons ces trois opinions.

(1) *Cliniq. méd.*, t. II, p. 572.

(La suite prochainement.)

Cette tumeur a été observée sur une jeune fille de douze ans, tuberculeuse; — son origine remontait à onze mois; elle occupait une grande partie de la cavité abdominale et rappelait, par sa forme, tant pendant la vie qu'à l'autopsie, un utérus gravide. On avait cru tout d'abord qu'il s'agissait d'une masse de ganglions tuberculeux, mais, à l'ouverture du cadavre, on trouva que cette énorme tumeur, située en dehors du péritoine, était un vrai cancer à cellules et noyaux caractéristiques.

Cette maladie avait, pendant les derniers temps de la vie, déterminé une oblitération de la veine cave inférieure avec œdème des membres inférieurs, etc., etc.

A côté de cette pièce, doit être rangée une observation qui nous a été communiquée par M. L. Blin, de *diathèse cancéreuse*, chez un enfant de douze ans. On trouvait des noyaux cancéreux dans presque tous les organes et dans presque toutes les parties du corps.

Si nous passons aux *tumeurs fibro-plastiques*, c'est surtout pour elles qu'il est important d'enregistrer les faits qui se présentent à l'observation. Si, en effet, dans la plupart des cas, on a pu poser en fait que ces tumeurs se comportaient comme les tumeurs épithéliales, si l'on a pu dire qu'elles étaient locales, qu'elles repullulaient sur place, il ne manque pas d'exemples maintenant où de semblables tumeurs se sont généralisées. On arrivera, je l'espère, à classer, anatomiquement et cliniquement, le caractère de chacune de ces variétés; mais jusqu'à présent bornons-nous à rapporter les faits tels que nous les connaissons. Ce que l'on peut affirmer, c'est qu'il existe des productions morbides dans lesquelles on retrouve un élément anatomique spécial, l'élément fibro-plastique, fibres, noyaux, etc., etc.

Dans l'une il s'agit d'une tumeur de l'extrémité inférieure du fémur opérée par M. Lenoir. Diagnostic: enchondrome, ostéochondrophyte, etc. L'amputation est pratiquée aussi bas que possible, bien au delà des limites du mal. L'examen de la pièce montre qu'elle est constituée par du tissu fibro-plastique, et de plus on a retrouvé de ces aiguilles osseuses qui étaient autrefois un des signes caractéristiques du cancer. — Depuis nous avons appris, par notre honorable président, que le jeune malade (dix-huit à vingt ans) était guéri de son amputation, mais qu'il s'était montré d'autres tumeurs à la tête et probablement dans la région dorsale. C'est là encore un fait de généralisation des tumeurs fibro-plastiques.

M. Verneuil nous a présenté une tumeur fongueuse, située derrière l'articulation tibio-tarsienne, ayant son siége dans les gaînes des tendons fléchisseurs des orteils et jambier postérieur, et il a rapproché de cette pièce les altérations analogues que l'on retrouve dans les maladies anciennes des bourses séreuses prérotuliennes, tendineuses, et aussi des bourses accidentelles, comme il arrive dans le cas de saillie de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil.

On retrouve aussi, dans ces fongosités, du tissu fibro-plastique. Or, il est des cas où l'on obtient des guérisons, à l'aide de diverses médications locales (fer rouge, cautères, vésicatoires, etc.), et générales (iodurées, ferrugineuses, toniques, etc.); des cas, au contraire, où il faut avoir recours à leur extirpation. — Il est assez curieux de suivre

Séquestre du cinquième métacarpien. — Opération. — Guérison.

Par le docteur Bauchet.

Julienne X., demeurant rue de la Comète, 15, à Paris. Cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, bien constituée, très-forte, n'ayant aucune apparence d'un tempérament lymphatique, est venue me consulter, il y a six mois, pour une maladie de la main.

On trouvait, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, un gonflement considérable, fongueux, donnant, à la pression, une sensation de fausse fluctuation. Les mouvements spontanés de cette articulation sont très-bornés. La flexion se fait assez bien, mais l'extension est presque impossible. Aucune douleur, au niveau de cet article, ni pendant ces mouvements, ni par la pression. Le reste du doigt est sain.

Sur la longueur du cinquième métacarpien, on voit trois trajets fistuleux, deux sur la face dorsale, un sur la face palmaire. Ces trois trajets donnent issue à du pus mal lié, et en assez grande abondance. Le stylet, introduit par chacune de ces fistules, arrive, plus ou moins obliquement, vers le tiers inférieur du métacarpien, peut frotter sur lui, et pénètre dans une cavité osseuse, inégale, anfractueuse. L'un de ces trajets laisse apercevoir le tendon extenseur, qui est à nu dans le fond de la petite plaie, irrégulier, rugueux, en partie exfolié.

Quand on ébranle le cinquième métacarpien, on voit qu'il est le siége d'une mobilité anormale, qu'il se laisse affaisser et même plier dans sa continuité, et qu'il donne une sensation de crépitation osseuse.

Le reste de la main (les autres métacarpiens, les autres doigts, le carpe, voire même la partie postérieure du cinquième métacarpien) est sain.

Voici ce que nous apprend cette jeune fille. Il y a quelques années, déjà, elle a éprouvé une douleur dans la région malade, il est survenu des gonflements, un abcès qui s'est ouvert spontanément sur le dos de la main, et qui ne s'est jamais fermé. Cependant elle a continué à travailler; mais, de temps en temps, le gonflement, la douleur reparaissaient, et elle devait suspendre ses occupations. Il s'est formé plusieurs abcès qui se sont ouverts, et la malade nous indique les trajets fistuleux, en nous disant que c'est là qu'ils se sont montrés. Depuis un an environ elle ne peut presque plus se servir de cette main, surtout du petit doigt. Le diagnostic fut celui-ci : carie du cinquième métacarpien, avec fongosités développées sur le périoste et la coulisse fibro-synoviale, limitée à son extrémité inférieure, ayant probablement respecté l'articulation métacarpo-phalangienne. Le tendon extenseur est à nu et en partie nécrosé et exfolié. Je proposai à la malade l'amputation du cinquième métacarpien avec le petit doigt; je rejetai la pensée d'une résection du métacarpien, en laissant le doigt, à cause de l'état du tendon extenseur.

La malade se refusa à l'idée d'une opération, et voulut attendre encore, avant de s'y soumettre.

Pendant cinq mois, je lui prescrivis l'usage de l'huile de foie de morue, jusqu'à la dose de huit à dix cuillerées par jour, de l'iodure de potassium, des purgatifs toutes les deux ou trois semaines, des tisanes amères, du vin de gentiane, du vin de quinquina, des préparations ferrugineuses, des bains sulfureux et d'eau salée alternativement, etc. Je lui fis appliquer quatre à six cautères successivement sur la partie malade et sur les trajets fistuleux. Le gonflement diminua un peu, et surtout se limita bien à la partie inférieure du cinquième métacarpien. Mais le tendon extenseur s'exfolia complétement, le stylet arrivait toujours dans une cavité osseuse anfractueuse; on sentait de mieux en mieux une mobilité anomale dans la continuité du métacarpien. L'on arrivait bien, avec le stylet, sur un point mobile, et je pus déterminer, d'une manière assez précise, que le stylet touchait au séquestre. J'insistai de nouveau pour pratiquer une opération que je croyais avec raison indispensable; la malade s'y décida.

Je procédai à l'extirpation du cinquième métacarpien et du petit doigt, suivant la méthode ovalaire, mais au lieu d'ouvrir l'articulation carpo-métacarpienne, je préférai reséquer le cinquième métacarpien à 1 centimètre environ de son extrémité supérieure, à l'aide de la pince de Liston. L'opération fut terminée promptement et heureusement; je réunis la plaie à l'aide de quelques bandelettes agglutinatives; dix-huit jours après, la guérison était complète (12 janvier 1855), elle était arrivée sans qu'aucun accident vînt l'entraver. La malade n'avait gardé le lit que deux jours.

Examen de la pièce. — Le doigt n'est pas malade, l'articulation métacarpo-phalangienne est saine aussi, les tendons fléchisseurs sont intacts, le tendon extenseur est divisé un peu au-dessus de l'articulation. Tous ces points avaient pu être établis avant l'opération,

La lésion est bien limitée à l'extrémité inférieure du métacarpien, à 1 centimètre environ de l'articulation; son extrémité supérieure est saine.

Il n'y a point de fongosités autour de l'os; le gonflement des

---

ce tissu fibro-plastique depuis les fongosités articulaires, tendineuses, etc., jusque dans les tumeurs qui se développent accidentellement dans telle ou telle région, depuis leur état le plus simple jusqu'à leur développement le plus affreux. Il y a encore là le sujet de recherches nombreuses, fécondes en conséquences pratiques.

Mais je ne veux pas quitter ce sujet sans dire un mot de l'utilité du microscope dans certains cas pour éclairer le diagnostic, et sans vous rappeler une autre communication de M. Verneuil qui résumera toute ma pensée.

Un malade, dans le service de M. Maisonneuve, portait à la partie postérieure du cou, et profondément située, une tumeur dont le diagnostic était difficile et incertain. Une ponction est faite : la petite parcelle qui est retirée avec le trocart est examinée, et l'on trouve des noyaux fibro-plastiques. La tumeur est enlevée, examinée de nouveau, et l'on constate les mêmes éléments anatomiques.

Enfin M. Vautrin nous a présenté une *tumeur fibreuse de la cuisse*, grosse comme la tête d'un enfant, qui a été enlevée par M. Malgaigne; tumeur que l'on peut rapprocher des tumeurs fibreuses récidivantes des Anglais.

Productions parasites.

Les *hydatides* ont été observées dans toutes les parties du corps, dans presque tous les organes, dans le cerveau, le poumon, le foie, la rate, les reins, les testicules, dans les os, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans la mamelle, en un mot dans presque tous les régions du corps. Chaque année nous avons à enregistrer plusieurs exemples de ces productions, et l'on pourrait, en rapprochant tous les faits consignés dans nos Bulletins, réunir une riche et précieuse collection.

Nous devons à M. Rombeau un *kyste hydatique de la rate* d'un développement énorme; — à M. Duchaussoy un *kyste hydatique du foie* ouvert dans l'estomac pendant la vie. Le malade a rendu, par l'anus, des flocons blanchâtres, que l'on a parfaitement reconnus pour des débris d'hydatides; — à M. Aubré un *kyste hydatique* de chacun des deux *poumons*. Pendant la vie on avait observé des signes de tubercules et de pleurésie.

Cette présentation me conduit à vous parler d'une pièce, qui nous a été montrée par M. Pinaut, et d'un excellent rapport de M. Houël, sur cette observation. On trouve des hydatides dans le foie, dans la rate, le poumon; il ne reste presque plus de tissu pulmonaire, et l'on se demande comment, avec une pareille lésion, l'asphyxie n'a pas tué la malade plus promptement.

Ce que je dis pour le poumon, je pourrais le dire aussi pour le cas où les reins ont été presque complétement envahis par des kystes multiples ou par des hydatides, alors qu'on n'observa t presque aucun symptôme du côté des voies urinaires. Mais revenons à nos poumons.

Dans la pièce de M. Pinaut, les bronches ne s'ouvraient nulle part dans le kyste; dans celle de M. Aubré, le kyste communiquait en plusieurs endroits avec les bronches. L'une et l'autre disposition s'observent quelquefois sur le même sujet, lorsqu'on rencontre plusieurs kystes, séparés dans le même organe, ou dans les deux poumons.

parties molles était dû à un épanchement plastique, à une induration du tissu cellulaire, suites inévitables d'une phlegmasie chronique. Dans l'endroit malade, on voit une cavité anfractueuse, noirâtre, formée par une lamelle osseuse mince, friable, et l'on a la même sensation que si l'os avait éprouvé une solution de continuité dans toute son épaisseur. Cette cavité est tapissée de bourgeons charnus.

Elle loge, dans son intérieur, un séquestre inégal, léger, poreux, parfaitement mobile, et qu'on peut faire sortir et replacer à volonté.

En présence de ce fait, l'on peut se poser les questions suivantes :

Comment s'est formé ce séquestre ?

L'opération qui a été pratiquée était-elle bien indiquée? n'aurait-on pas pu avoir recours à un autre mode opératoire, pour guérir cette malade ?

N'y a-t-il pas quelques indications à tirer de ce fait, pour les cas semblables que l'on pourrait rencontrer ultérieurement ?

Une semblable lésion n'est pas commune, et l'on observe, bien plus souvent, dans cette région, des caries, des nécroses, des fongosités articulaires, péri-articulaires, périostales. Cependant l'on comprend bien la formation d'un séquestre, soit à la suite d'une périostite partielle, soit à la suite d'une nécrose ou d'une carie du cinquième métacarpien, maladie développée sous l'influence d'une cause générale.

Il était bien indiqué de pratiquer une opération, cette affection ne pouvant se guérir sans l'élimination du séquestre; mais il n'y avait pas à songer, dans ce cas, à une opération qui aurait eu pour but de conserver le doigt et le métacarpien, l'état du tendon ne permettant pas de s'arrêter à cette idée. Toutefois, il vaut mieux, quand on a acquis la certitude que la maladie est bien limitée, et que la partie supérieure du métacarpien est saine, réséquer cet os, que le désarticuler. L'opération est plus prompte, plus facile, et la guérison marche plus vite que quand on porte le couteau sur l'articulation carpo-métacarpienne.

Un pareil fait peut se représenter, et il résulte, de ce qui vient d'être dit, que quand on aura porté un diagnostic précis, comme on peut le faire, dans bon nombre de cas, si les tendons sont sains, il faut pratiquer une incision sur un des côtés du métacarpien, arriver jusqu'à l'os, et explorer à nouveau l'état des parties malades. S'il existe un séquestre, on l'enlève, et on a grande chance de voir survenir une bonne guérison; si l'état de l'os ne permet pas de le laisser en place, cette incision peut être prolongée et dirigée convenablement pour pratiquer une autre opération, soit la résection du métacarpien, soit l'amputation complète du doigt. Mais je pose en fait qu'il serait avantageux de faire cette première incision, qui permettrait, dans certains cas, de conserver un doigt à un malade.

Hémorrhagie grave chez une jeune fille de onze ans, à la suite d'un viol consommé par un homme de trente-cinq ans.

Nous croyons inutile d'entrer ici dans le détail des circonstances qui ont accompagné la perpétration du viol, pour nous arrêter seulement aux lésions et à l'hémorrhagie grave et abondante qui en ont été le résultat, ainsi qu'aux réflexions du docteur Borelli, sous le point de vue médico-légal.

L'acte infâme venait à peine d'être consommé sur la malheureuse enfant, que l'hémorrhagie se déclara et se montra rebelle à tous les moyens indiqués en pareille circonstance. Le tamponnement, toutefois, et les styptiques ne furent pas employés à cause de l'excessive sensibilité des parties. Le docteur Borelli évalue la perte de sang qui eut lieu dans la journée seulement qui suivit l'attentat, à environ 2 kilogrammes, quantité énorme si l'on tient compte de l'âge de l'enfant, sans compter le sang qu'elle a continué de perdre encore. Quant aux lésions rencontrées et décrites par ce médecin, il les résume ainsi : Le sang qui imprégnait les linges était rutilant; les grandes lèvres étaient tuméfiées, rouges à leur face interne et douloureuses; les petites étaient comme effacées. L'orifice du vagin était obturé par un caillot sanguin, adhérent; c'était entre certains points de son pourtour et les parois vaginales, que s'écoulait au dehors le sang provenant de plus haut. On ne distinguait aucune trace des caroncules myrtiformes, de la fourchette, de la fosse naviculaire et du vestibule; l'hymen était profondément déchiré dans toute sa circonférence; le méat urinaire n'offrait rien de particulier; cependant l'émission des urines était brûlante et atrocement douloureuse. Du reste, l'ensemble des parties de la génération était tellement sensible et douloureux qu'il fut impossible de se livrer au plus léger attouchement pour soumettre ces organes à un examen quelconque. Ajoutons qu'il n'existait d'autre trace de violence ou de mauvais traitement que les lésions dont nous venons de parler, et que la région hypogastrique était elle-même très-sensible et douloureuse, surtout à la pression. Ce ne fut qu'à partir du quinzième jour, après des accidents inflammatoires qui nécessitèrent l'emploi de la saignée, jointe à un traitement énergique, que le docteur Borelli put examiner à fond l'état des organes. A cette époque, les grandes lèvres étaient encore engorgées et érythémateuses à leur face muqueuse. L'orifice du vagin était libre, mais considérablement élargi; l'hymen déchiré sous forme rayonnée, et dont les débris caronculaires sont rouges, était encore douloureux, la fourchette et la fossette naviculaire ont été déchirées. L'intérieur du vagin était très-sensible, surtout le long du trajet du canal de l'urètre. Il ne restait aucun vestige du vestibule.

S'il est démontré que les hydatides sont enveloppées d'un kyste fibreux dans le foie, dans la rate, dans le rein, etc., il est admis par presque tous les auteurs que ces productions parasites sont entourées par le tissu même de l'organe dans le cerveau, le poumon, etc.

Or, déjà plusieurs fois, M. Houël avait observé un kyste d'enveloppe pour les hydatides du poumon, et ce fait est pour lui hors de doute maintenant, ainsi qu'il l'exprime nettement dans le rapport que je vous ai cité tout à l'heure : de façon que le cerveau serait le seul organe qui échapperait à la loi générale d'enkystement des hydatides.

Je ne m'arrêterai pas à la distinction des hydatides multiples; je renvoie au compte rendu de M. Denucé et à une communication de M. Galliet, imprimée dans nos Bulletins.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, la pièce que M. Vautrin a mise sous nos yeux, curieuse surtout à cause de sa rareté dans nos contrées.

Un malade qui arrivait de Bombay, où le *dragonneau* s'observe assez souvent, est entré dans le service de M. Malgaigne, présentant derrière le talon, entre le tendon d'Achille et la malléole, une élevure, rouge, semblable, quant à sa disposition, à une dilatation variqueuse. Cette tumeur s'était développée graduellement, lentement, et elle était le siége d'un prurit fatigant et incommode. Le diagnostic ne fut pas longtemps incertain. On voyait le dragonneau qui remuait sous la peau, et chaque jour on s'apercevait qu'il avait fait une nouvelle migration. On en extirpa en plusieurs fois 89 centimètres, et le malade sortit de l'hôpital un mois après son entrée; il était parfaitement guéri.

Le dragonneau est vivipare; il dépose ses petits sous la peau, et ceux-ci se développent assez vite. Celui qui a été présenté par M. Vautrin était plat, rubané; deux autres que M. Houël présente dans le musée sont arrondis. M. Robin a étudié ce ver, et il a constaté que c'était un dragonneau femelle, qu'il contenait plusieurs petits enroulés en cercle sur eux mêmes et déjà assez longs.

Infection purulente. — Accidents, suites de fièvre éruptive. — Otites.

J'ai placé dans un paragraphe spécial, afin de bien appeler l'attention sur elles, trois pièces qui ont passé sous nos yeux, dont deux reviennent à M. Vidal et la troisième à M. Colet.

Cette troisième pièce rappelle une présentation d'un de nos excellents collègues, M. Galliet, professeur à l'Ecole de médecine de Reims; elle est relative à une scarlatine hémorrhagique du tube digestif.

Les deux autres sont des accidents survenus, comme complication, dans le cours des fièvres graves.

D'abord c'est une gangrène du pharynx, de la luette, d'une amygdale, de l'épiglotte à la suite de scarlatine et d'angine pseudo-membraneuse, et qui doit être rapprochée d'une autre pièce dont j'ai fait mention en un autre endroit.

(La fin au prochain numéro.)

L'entrée du vagin énormément distendue occupe sa place. La muqueuse de ce conduit, comme hypertrophiée, était pendante, telle qu'on l'observe quelquefois chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants ou qui ont fréquemment usé du coït. C'est, sans aucun doute, dans le point de la cavité du vagin, correspondant à l'urètre, que doivent exister les plus grands désordres, si l'on en juge d'après la direction violente imprimée au membre viril en érection dans la consommation du viol. L'introduction du doigt, jusque-là impossible, est aujourd'hui praticable quoique douloureuse; elle ne décèle aucun désordre au col de l'utérus.

Après avoir longuement énuméré ce que nous venons de dire en abrégé, le docteur Borelli aborde le fait sous le point de vue médico-légal, surtout relativement à la valeur de l'hémorrhagie, comme symptôme de défloration et de viol. On sait que les anciens regardaient comme le signe le plus certain de la virginité de la femme l'écoulement de sang provoqué par la première approche conjugale, et cette croyance était tellement grande que la jurisprudence de ces temps admettait, d'après ce seul fait, que la femme avait conservé jusque-là sa virginité.

C'est ainsi que la loi de Moïse autorisait le mari dont la femme n'avait pas présenté cette circonstance au premier embrassement conjugal à accuser son épouse de libertinage et de fornication. L'observation et le progrès des lumières ont fait justice de ce prétendu argument, en montrant que de fréquentes anomalies des organes génitaux et d'autres circonstances toutes particulières pouvaient rendre le coït exempt de ce signe physique. Mais il est des considérations relatives à l'âge, en ce qui concerne l'hémorrhagie comme signe de défloration et de viol, qui ont appelé avec juste raison l'attention du docteur Borelli : je veux parler de l'hémorrhagie consécutive aux approches sexuelles avant l'âge de la puberté.

En général, avant cet âge, par suite du peu de développement et de l'inactivité de l'appareil génital et des dispositions anatomiques et physiologiques qui découlent de cet état, l'hémorrhagie des voies génitales chez la jeune fille impubère est un fait assez rare. Cette disposition normale, hors le cas de rapprochement sexuel, se rencontrerait aussi, d'après Buffon, dans ce dernier cas; à tel point qu'il ne craint pas d'avancer que chez les jeunes filles, l'acte du coït accompli avant l'âge de la puberté, avec un homme, n'est jamais, sauf l'énorme disproportion des organes et les lésions provoquées par cette disproportion, accompagné d'un écoulement sanguin, tandis qu'au contraire cet écoulement est le caractère distinctif de la première approche après cet âge. Cette assertion, il l'appuie de cette raison, qu'avant l'époque de la puberté, il existe dans les organes externes de la génération chez la femme un relâchement de tissu qui ne s'oppose nullement à leur dilatation et par conséquent à l'introduction d'un corps étranger, tandis qu'après cette époque, il résulte de l'excès de vitalité et de développement que prend l'appareil génital, une augmentation de volume, un raffermissement de texture et comme un véritable engorgement des tissus qui entrent dans la structure des organes de cet appareil, ce qui tend à resserrer les ouvertures et les canaux qui le composent.

Le fait est, dit M. Borelli, que c'est à peine si certain médecins-légistes mentionnent l'hémorrhagie comme un symptôme propre à la défloration. Sous ce rapport, et quoi qu'il en soit, le fait qui est l'objet de ce travail et de ses observations valait la peine d'être signalé et connu; car, dût-il être rangé parmi les exceptions, il ne mérite, pas moins sous le point de vue clinique que sous le point de vue légal, qu'on en tienne compte. Le docteur Borelli ajoute, en terminant, qu'il s'agissait ici d'une jeune fille d'un tempérament sanguin, circonstance qui, jointe à la dilatation subite forcée et excessive, non-seulement de l'entrée, mais de toute l'étendue du vagin, et laquelle entraîna des déchirures profondes et étendues des vaisseaux capillaires, n'a pas été sans influence sur la production de cette hémorrhagie.

Asthme produit par la compression des nerfs laryngés inférieurs.

Frank avait déjà fait observer que *in asthmate, ut nominant, puerili glandulas bronchiales, præter sanitatis modum turgidas.* Cette même observation peut s'appliquer aux adultes, comme le prouve le fait suivant, raconté par le docteur Vella.

Une femme de quarante-trois ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et d'une mauvaise santé, était, depuis neuf ans, sujette à des accès d'asthme, lorsque, le 5 mars de cette année, elle fut obligée d'avoir recours aux soins de son médecin pour un accès beaucoup plus sérieux et plus grave. Le cas parut assez urgent pour prescrire sur-le-champ une abondante saignée. Ce moyen amena un peu de calme. Le lendemain, en examinant avec soin la poitrine au moyen de l'auscultation et de la percussion, pour découvrir la cause de cette affection, et ne trouvant rien d'anormal dans l'état du cœur et des poumons, le médecin eut l'idée que le gonflement de la glande thyroïde et des glandes lymphatiques du cou, qui avait coïncidé avec l'apparition de la maladie, pourrait bien n'avoir pas été étranger a la production de celle-ci. D'après cette donnée, il tenta l'application extérieure de l'emplâtre de Vigo, et il administra en même temps à l'intérieur l'iodure de potassium. Ce traitement, prolongé pendant quelque temps, amena non-seulement la cessation des accès, mais une amélioration notable dans l'état général de la malade.

Dr G. Vignolo.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 15 *mai* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

DISCOURS DE M. BAILLARGER.

M. Baillarger. Le rapport lu par M. Bousquet, dans la dernière séance sur le travail de M. Moreau, me paraît avoir, dans son ensemble, une signification assez facile à apprécier. Il peut, à mon avis, se résumer assez exactement dans cette pensée, que les études si persévérantes entreprises sur la folie, n'ont guère conduit, jusqu'à présent, qu'à des résultats négatifs.

De grands efforts ont été faits pour classer les délires si variés qui s'offrent à l'observation, pour mettre un peu d'ordre dans le chaos dont les asiles d'aliénés offrent l'image; ces tentatives n'auraient pas été heureuses. En fait de classification, dit M. Bousquet, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres.

Les recherches d'anatomie pathologique, sur le cerveau des aliénés, ont été poursuivies avec la plus louable persévérance. Beaucoup de travaux ont été publiés sur ce sujet, tout cela cependant n'a presque rien produit.

Les rapports des lésions anatomiques avec les diverses formes de l'aliénation n'offrent, d'après M. Bousquet, qu'inconstance et contradiction. Il ajoute, d'ailleurs, comme une consolation pour les médecins aliénistes, « que l'anatomie pathologique ne jette pas plus de jour sur les maladies des autres organes. »

Depuis douze ou quinze ans, l'activité s'est tournée vers l'examen du délire en lui-même. Il y avait là, au point de vue de la physiologie pathologique, de curieuses recherches à entreprendre. On a, sous ce rapport, interrogé les malades avec beaucoup de soin; on a obtenu d'eux, après leur guérison, des manuscrits dans lesquels ils décrivent les impressions qu'ils ont reçues, la succession des phénomènes qu'ils ont éprouvés. On ne s'en est pas tenu là, et M. Moreau, en particulier, s'est engagé hardiment dans la voie de l'expérimentation, en provoquant des délires artificiels. L'analyse a été ainsi portée dans l'appréciation du désordre de l'intelligence.

A quoi cependant cette étude nouvelle a-t-elle abouti? Ici, encore, messieurs, je le dis à regret, la réponse de M. Bousquet est peu encourageante, et nous ne trouverions guère qu'une négation.

C'est là, messieurs, que notre collègue s'est arrêté. Il épargne aux médecins aliénistes son jugement sur la thérapeutique. Je ne veux donc, sous ce rapport, rien préjuger de son opinion.

En résumé, au point de vue nosologique, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres. L'anatomie et la physiologie pathologiques ne leur ont rien appris. Pour nous, dit M. Bousquet, confondu de l'impuissance de notre raison pour entrer dans tous ces mystères, nous laissons voir nos doutes et nous cachons nos espérances. Telle

est ce qu'on pourrait appeler la conclusion générale du rapport de M. Bousquet.

Je crains, messieurs, que ce jugement ne soit bien sévère. D'accord en partie avec M. Bousquet, sur quelques points, je ne saurais accepter la critique si générale à laquelle il s'est laissé entraîner.

L'étude des maladies mentales offrirait-elle tant d'attraits, la cultiverait-on avec tant d'ardeur, si elle était aussi complétement frappée d'impuissance?

Je vais essayer de démontrer qu'il n'en est pas tout à fait ainsi, et c'est ce qui ressortira, je l'espère, de l'examen de quelques-unes des questions que M. Bousquet a soulevées dans son rapport.

La première qui se présente, c'est l'idée qu'on doit se faire de la folie considérée d'une manière générale. C'est là, d'ailleurs, le but principal du travail de M. Moreau. Son mémoire s'adresse surtout, comme il le dit, à certains médecins trop philosophes, et à quelques philosophes trop peu médecins qui, en raison des fonctions lésées, voudraient considérer la folie comme une maladie tout à fait à part, et la mettre pour ainsi dire en dehors de l'organisation. M. Bousquet reconnaît que telle est, en effet, l'idée dominante du mémoire qu'il avait à apprécier, mais il semble douter que de telles doctrines aient jamais été admises. Pourquoi, dès lors, combattre une thèse que personne ne soutient?

« Les médecins, dit l'honorable rapporteur, les médecins en sauraient-« ils moins que le peuple? A l'aspect d'un caractère bizarre, pas-« sionné, à plus forte raison d'un fou déclaré, le peuple dit que cet « homme a la cervelle dérangée. La vérité a passé de la science dans « les croyances populaires. »

Je ne nie pas, messieurs, que la science ne soit ici d'accord avec les croyances populaires, mais je crois que cet accord n'est pas aussi complet que paraît le croire M. Bousquet.

Peut-être lui-même était-il, il y a peu de temps encore, bien près de se trouver parmi les dissidents.

Notre savant collègue reconnaît aujourd'hui, et comme une chose toute simple, que la folie est un dérangement du cerveau; mais cette opinion a-t-elle toujours été la sienne? Le travail de M. Moreau n'aurait-il pas, jusqu'à un certain point, et dans de certaines limites, modifié ses idées?

Il y a quelques mois à peine, et dans une autre discussion, M. Bousquet parlait aussi de la folie, et voici dans quels termes il le faisait:

« Vous connaissez, disait-il, le traitement moral dont M. Leuret se « servait si heureusement. J'ai peine à voir une lésion matérielle dans « une maladie qu'on guérit quelquefois par un simple raisonnement « ou par quelques paroles. »

M. Bousquet invoque, comme on le voit, l'autorité de M. Leuret, et je demande la permission de rappeler ici les doctrines de ce médecin distingué.

Après avoir dit que le traitement moral est le seul qui soit propre à guérir la folie, M. Leuret déclare que l'emploi des préparations pharmaceutiques est aussi inutile dans cette maladie qu'il pourrait l'être à celui qui, dans une discussion de philosophie et de morale, s'aviserait de les employer pour convaincre ses adversaires.

Dans un autre passage il ajoute:

« Que faisons-nous à ceux que nous croyons dans l'erreur? Leur « opposons-nous des sangsues, des purgatifs ou des objections? Des « objections, répond M. Leuret. Faisons donc de même avec les aliénés, « car les aliénés sont des hommes qui se trompent. »

Une telle doctrine, messieurs, est facile à caractériser.

Elle supprime, en effet, l'un des deux éléments dont se compose la folie. Cet élément supprimé, c'est la névrose intellectuelle proprement dite, c'est l'idée fixe ou l'hallucination. Il ne reste donc plus que le second élément, c'est-à-dire l'erreur. Or, si nous savons quelque chose sur l'idée fixe et sur l'hallucination, si nous pouvons, jusqu'à un certain point, indiquer leur siége et la manière dont elles se produisent, il est vrai d'avouer que l'étude du second élément ne présente qu'embarras et obscurité.

Je ne dirai pas, Messieurs, que la folie, ainsi réduite à une simple erreur, est placée en dehors de l'organisation, mais je dis que c'est la spiritualiser autant que possible, et presque cesser de l'envisager comme une maladie.

Cela est si vrai qu'on peut être conduit ainsi, à son insu, à considérer la folie comme une maladie de l'âme. C'est ce qui est arrivé à un médecin d'un grand mérite, bien connu de M. Bousquet. Ce médecin donne de certaines monomanies la définition suivante:

« C'est, dit-il, une lésion des affections morales, une *maladie de* « *l'âme*, une erreur dominante qui maîtrise plus ou moins la volonté « des malades. »

Je m'empresse d'ajouter, Messieurs, que ces mots de *maladie de l'âme*, ayant soulevé des critiques, ont bien vite été expliqués, mais l'explication ne détruit pas le fait que l'auteur a voulu exprimer, et qui est la conséquence inévitable de cette opinion que la folie est une erreur et que l'aliéné est un homme qui se trompe.

Peut-être n'y a-t-il pas si loin qu'on pourrait le penser de ces opinions, à mon avis par trop spiritualistes, à celles de Heinroth, qui considérait la folie comme un péché.

Pour prouver, en effet, que la transition n'est peut-être pas aussi impossible à établir qu'on pourrait le supposer, je citerai le passage suivant d'un ouvrage de philosophie récemment publié par un professeur d'un grand mérite.

« Quelques médecins supposent, dit-il, qu'un certain genre de folie pousse au meurtre, et ils l'ont appelé monomanie homicide. Mais on voit dans les exemples qu'ils rapportent, que cette espèce de folie est, *comme toutes les autres*, causée par une passion prédominante, par la cupidité, la débauche, la jalousie, la haine, la crainte du dernier supplice, le besoin d'exercer sa force physique, enfin, par cet instinct carnassier qui existe dans l'espèce humaine quoiqu'à un plus faible degré que dans l'animal, et qui nous porte à nous emparer des animaux pour les dépecer et nous en faire des aliments. Ce sont des causes semblables, et particulièrement la passion d'exercer son pouvoir physique, qui portent quelques malheureux à la destruction et à l'incendie, et il n'est pas nécessaire de supposer, comme le font quelques auteurs, une monomanie incendiaire. »

En oubliant ainsi l'influence de l'hérédité et des causes pathologiques pour voir surtout dans la folie le résultat des mauvaises passions, on se rapproche, à mon avis, de l'opinion d'Heinroth, quelque étrange qu'elle paraisse au premier abord, et il est impossible de ne pas reconnaître que toutes ces doctrines se tiennent. C'est là surtout ce que j'ai eu pour but d'établir.

Voilà, Messieurs, dans quelle voie dangereuse s'engageait il y a deux mois M. Bousquet, quand il prétendait guérir la folie par de simples raisonnements, et qu'il invoquait l'autorité de M. Leuret.

Loin de moi, Messieurs, la pensée de ranger notre collègue parmi ces médecins trop philosophes auxquels s'adresse le mémoire de M. Moreau. Mais n'est il pas évident, qu'à son insu peut-être, il n'était pas éloigné de partager leurs doctrines.

En déclarant aujourd'hui que pour lui comme pour le peuple un fou est un homme qui a la *cervelle* dérangée, M. Bousquet nous prouve que s'il a pu pencher vers l'erreur son jugement si sûr l'a préservé d'y tomber.

J'ajouterai que M. Bousquet montre désormais une ardeur extrême pour défendre l'opinion populaire qui n'est autre que celle exprimée dans le mémoire de M. Moreau. Ce médecin est même bien près de n'être plus à ses yeux qu'un retardataire. Il lui reproche, en effet, de trop atténuer cette maladie du cerveau dont la folie est le symptôme.

« Est-elle donc si légère, s'écrie M. Bousquet, cette maladie qui se « transmet par voie de génération et qui prend si bien possession de sa « victime qu'elle ne la quitte souvent qu'avec la vie? »

Tout cela est malheureusement exact, mais, je le demande, que peut le raisonnement pour guérir une affection si grave, et qui jette dans l'organisation de si profondes racines?

Ai-je besoin de faire remarquer que l'insuffisance du raisonnement, pour guérir la folie n'implique pas du tout l'inutilité du traitement moral. Une telle pensée n'a jamais été la mienne, et ce que je combats ici, ce n'est pas le traitement lui-même, mais l'exagération à laquelle certains médecins se sont, je crois, laissé entraîner.

Qu'on ne puisse convaincre les aliénés par des syllogismes, cela ne veut pas dire qu'on ne puisse les émouvoir; si les raisonnements nous manquent, les émotions nous restent. Ce qui nous reste surtout, c'est la diversion morale sur laquelle M. Leuret a écrit un si remarquable mémoire et dont il a tiré un si bon parti.

L'attention, d'après la belle expression de M. Garnier, est mortelle aux fausses conceptions, et rien n'est plus vrai si on veut rester dans de certaines limites. Personne ne songe donc à nier l'utilité de fixer l'attention par le travail, par les impressions sans cesse renouvelées d'un voyage, et mieux encore, en essayant d'éveiller chez le malade des passions nouvelles.

Il ne faut pas cependant exagérer les résultats qu'on peut attendre de ces moyens, ils ne peuvent être employés que dans des cas déterminés ou dans certaines périodes de la maladie, mais leur utilité n'est ni contestée, ni contestable.

Je sais, Messieurs, qu'il y a à tout cela une réponse. Vous ne pouvez, me dira-t-on, séparer complétement le raisonnement de l'émotion; or, il y a des raisonnements qui font, on le sait, sur ceux auxquels ils s'adressent une forte impression.

Cela est vrai, mais pourquoi ne pas le dire? Pourquoi ne nous parler que d'une erreur à combattre par des raisonnements et des objections?

Pourquoi comparer la lutte du médecin et du malade à une discussion de philosophie et de morale?

Au reste, même dans ces conditions les plus favorables où le raisonnement produit une forte impression, il ne faut pas se faire illusion. Presque toutes les tentatives se comptent par des insuccès. J'en rapporterai ici un nouvel exemple.

M. Trélat, chargé provisoirement du service de Bicêtre, avait à soigner un aliéné qui croyait avoir trouvé le mouvement perpétuel. Après avoir vainement lutté contre cette conception délirante, M. Trélat eut la pensée que peut-être la grande autorité d'Arago, en impressionnant son malade, aurait de plus heureux résultats pour détruire l'idée fausse. Arago, après s'être fait donner l'assurance que la folie n'est pas un mal contagieux, accepte la mission de combattre lui-même l'idée de l'aliéné. Le malade est donc conduit dans son cabinet où se trouvait ce jour-là M. de Humboldt. A peine le pauvre aliéné a-t-il entendu de la bouche d'Arago la négation ferme et raisonnée de son erreur, qu'il est comme frappé de stupeur, et il verse des larmes abondantes. Il pleure la perte de son illusion.

Le but qu'on s'était proposé semblait atteint; mais à vingt pas de l'Observatoire, le malade s'adressant au médecin lui dit :

« C'est égal, M. Arago se trompe et moi seul ai raison. »

Malheureusement, Messieurs, il en est trop souvent ainsi. Dans d'autres cas l'idée détruite est bientôt remplacée par une autre; c'est l'histoire de la couleuvre et de ses petits.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Nous nous rendons très-volontiers au désir de notre honorable confrère M. Sales-Girons, en insérant la lettre suivante, tout en lui rappelant que ce serait une erreur pour tout le monde, pour les journalistes surtout, de considérer la version des discours insérés dans le *Bulletin de l'Académie* comme plus *officielle* que celle que publient les autres journaux, si par officielle on entend véridique. Quand les académiciens improvisent leurs discours, l'*Union médicale* et le *Moniteur des hôpitaux*, qui ont seuls des sténographes, servent de copie au *Bulletin* qui n'en a pas ; quand les discours sont écrits d'avance, ils sont toujours imprimés dans les journaux, sur la copie des orateurs, avant de l'être dans le *Bulletin*. La version du *Bulletin* peut subir des changements après coup, et de cette façon, n'être pas conforme à celle des journaux ; mais dans ces cas, c'est cette dernière qui est officielle et non pas celle du *Bulletin*. Quand ce sont les auteurs qui font les changements eux-mêmes, toutes les versions sont alors *officielles;* il y a seulement des variantes; c'est sans doute les cas des versions du discours de M. Bouillaud. Ces explications données, uniquement pour mettre à couvert la fidélité de la rédaction du *Moniteur*, voici la lettre de l'honorable rédacteur en chef de la *Revue médicale*:

A M. H. de Castelnau, Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux.*

Paris, le 1er mai 1855.

Monsieur le Rédacteur et très-honoré confrère,

Il n'est jamais trop tard de relever les erreurs qui blessent à la fois les intérêts et les sentiments.

Permettez-moi donc de vous adresser l'*erratum* officiel qui doit être fait au compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 20 mars 1855, dans laquelle votre estimable journal fait dire à M. le professeur Bouillaud que la doctrine vitaliste de la *Revue médicale* aurait des rapports d'origine avec les rêves d'Hahnemann. Voici les paroles de M. Bouillaud, copiées dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XX, p. 700, et dans sa réponse à M. Sales-Girons, insérée dans la *Revue médicale* du 30 avril 1855.

. . . . . « Que la *Revue* ne s'étonne pas si M. Bousquet n'est pas « vitaliste, comme M. Piorry si M. Piorry ne l'est pas comme M. le « professeur Cayol, si l'École de Paris ne l'est pas comme celle de « Montpellier, si M. Cayol lui-même ne l'est pas à la façon de ceux « qui adoptant les rêveries d'un cerveau malade (*ægri somnia*) se sont « constitués les disciples du dynamisme homœopathique, et n'ont pas « reculé devant l'énormité de placer Hahnemann et saint Thomas d'A- « quin à côté l'un de l'autre. »

J'attends, monsieur le Rédacteur, de votre bienveillance, réciproque de notre part, le cas échéant, que vous ferez insérer ces lignes dans l'un de vos prochains numéros.

J'ai l'honneur, etc.

Dr Sales-Girons.

Rédacteur en chef de la *Revue Médicale*.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous recevons avec prière de l'insérer la lettre suivante :

« Monsieur et très-honoré confrère,

« Voulez-vous être assez bon pour prévenir vos lecteurs que l'exhumation du corps du docteur Fabre et sa translation dans le tombeau que ses amis lui ont fait construire, auront lieu le jeudi, 24 mai, à 11 heures *précises*, au cimetière Montparnasse ; et que ceux qui voudront assister à cette cérémonie doivent considérer le présent avis comme une invitation.

« On se réunira à 10 heures au cimetière Montparnasse.

« Pour la commission du monument.

« Félix Roubaud. »

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 14 mai 1855, M. Binaut, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, dans ladite Ecole.

— Par le même arrêté, M. Pilat, suppléant, est nommé professeur adjoint; il sera chargé, à ce titre, de la chaire de pathologie interne.

— M. Milne Edwards, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours de zoologie (animaux articulés), au muséum d'histoire naturelle, le lundi 21 mai 1855, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Le professeur traitera cette année de l'histoire naturelle et de la classification des insectes.

— *Concours pour la nomination de deux médecins à l'Hôtel-Dieu de Lyon.* — Ce concours, commencé le lundi 7 mai, a été terminé le jeudi 10 mai. Le jury, présidé par M. A de Pommerol, administrateur directeur de l'Hôtel-Dieu, était composé de MM. Arthaud, Barrier, Bouchet, Brachet, Colrat aîné, de Polinière, Desgranges, Devay, Peyraud, Pointe, Roy, Socquet. Les candidats étaient MM. les docteurs Chappet, Chatin, Drutel et Calixte Garin. Les questions à traiter ont été les suivantes :

1° Anatomie et physiologie : *Des poumons et de l'hématose;*

2° Pathologie interne : *Du délire considéré plus particulièrement au point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie;*

3° Thérapeutique : *Des droits respectifs de la nature et de l'art dans le traitement des maladies;*

4° *Leçon clinique sur deux malades affectés, l'un d'une maladie du cœur et l'autre d'une apoplexie ancienne.*

MM. les docteurs Chatin et Chappet ayant réuni la majorité des suffrages, ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— M. Gapon a été nommé par concours, à l'unanimité des suffrages, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne. (*Idem.*)

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de la goutte; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8; au bureau du Journal.

Traité des maladies des femmes, par le docteur Alexis Favrot. 1 vol. in-8. — Prix: 5 fr. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 61. 3e ANNÉE. Mardi 22 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

De la cause organique de l'aliénation mentale, accompagnée de paralysie générale.

Par M. BAYLE.

(Suite. — Voir notre dernier numéro.)

1° *Changement de consistance du cerveau.*

M. Delaye a soutenu, dans sa thèse publiée en 1824 (1), que la paralysie dont il fait, comme Esquirol, un accident et une complication de la démence, était le plus souvent le résultat d'une augmentation de consistance de toute la masse cérébrale, et quelquefois d'une diminution de cette consistance. Cette opinion, que l'auteur n'avait déduite que d'un petit nombre de faits, ne saurait résister à une discussion sérieuse. Tout le monde sait que rien n'est variable comme la consistance du cerveau, même chez les individus qui n'ont jamais présenté de trouble des facultés. Sur 100 ouvertures de paralytiques aliénés, j'ai trouvé 21 fois le cerveau plus ferme que dans son état normal, 17 fois plus mou, et 62 fois présentant sa consistance normale; M. Calmeil dit que le plus communément la masse de la substance blanche est saine. Il est donc impossible d'attribuer la paralysie à une augmentation de consistance qui n'existe que dans le cinquième des sujets.

2° *Encéphalite chronique primitive.*

J'avais décrit, en 1822 (1) et en 1825 (2), l'adhérence des méninges épaissies à la substance corticale comme le caractère anatomique d'une inflammation chronique consécutive de la substance grise, et j'avais cherché à déterminer la part qu'elle prend à la production des symptômes. En 1826, M. Calmeil admit le même caractère, dont on trouve de nombreux exemples dans les observations qu'il rapporte; mais il donna à ces faits une autre interprétation que moi; il soutint que cette encéphalite était une affection primitive, et le point de départ de tous les symptômes, ou plutôt du seul symptôme qui pour lui constituait toute la maladie, c'est-à-dire la paralysie; car, d'après cet auteur, les désordres intellectuels ne sont qu'une complication de la paralysie (3).

Les considérations suivantes ne me permettent pas d'adopter l'opinion de M. Calmeil. Si l'inflammation chronique de la substance grise était la cause de la paralysie des aliénés, d'un côté elle serait constante, et de l'autre elle existerait souvent

(1) Co[illegible]tions sur une espèce de paralysie qui affecte particu[illegible] les aliénés. Thèses de Paris, 1824 (n° 224).

(1) Thèse, p. 40.
(2) *Nouvelle doctrine des maladies mentales*, p. 21.
(3) Calmeil, *ouvrage cité*, p. 323.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique ;

Par M. le docteur BAUCHET, secrétaire.

(Suite. Voir les Num. 28, 29, 30, 39, 40, 42, 43, 45, 49, 50, 52, 54, 55 et 57.)

Ensuite c'est une observation relative à des altérations nombreuses, qui toutes ont été, pendant la vie du jeune malade, d'un diagnostic facile, et qui sont surtout remarquables par leur multiplicité et leur rareté. Les lésions ont eu aussi pour point de départ une fièvre éruptive, une rougeole, puis une scarlatine. Il est survenu successivement un coryza couenneux, une parotide, un abcès parotidien, une otite purulente suivie de la destruction des osselets de l'ouïe, du nerf facial, de l'aqueduc de Fallope, d'une hémiplégie faciale, d'une phlébite des sinus de la base du crâne.

Cette observation me conduit tout naturellement à vous mentionner deux présentations sur des affections de l'oreille et quelques réflexions sur l'infection purulente.

M. Fano nous a montré une *altération de l'oreille moyenne*, caractérisée par une hypertrophie considérable du tissu osseux et surtout de l'apophyse mastoïde, une destruction de la corde du tympan, avec paralysie de la sensibilité tactile et gustative de la moitié de la langue du côté correspondant. Le facial était respecté et ses fonctions parfaitement conservées.

Nous devons à M. Tassel la description d'une pièce que nous avons pu examiner. La malade portait depuis fort longtemps une maladie de l'oreille moyenne. Il se faisait, par le conduit auditif externe et par une fistule mastoïdienne, un écoulement purulent assez abondant. La malade succomba aux accidents d'un infection purulente, et l'autopsie vint démontrer qu'il existait un *tubercule du rocher*, bien enkysté, qui avait perforé la paroi supérieure et postérieure de la caisse du tympan et venait s'ouvrir dans le sinus latéral. Il avait déterminé une phlébite des sinus de la base du crâne rapidement mortelle.

L'infection purulente donne lieu aux phénomènes les plus singuliers. Quelquefois le malade succombe avec tous les accidents de cette maladie. A l'autopsie, on ne trouve pas de traces de lésion appréciable, pas de traces d'abcès métastatique, etc. J'ai vu chez M. Velpeau une série d'autopsies qui viennent à l'appui de cette proposition. D'autres fois c'est la présence des abcès métastatiques, leur développement, qui vient fixer un diagnostic encore incertain. J'ai vu encore dans la même année, chez M. Velpeau, plusieurs cas de ce genre, et je ne fais que donner, en deux mots, plusieurs leçons des cliniques du savant professeur de la Charité. Tantôt cette maladie emporte rapidement les malades, tantôt elle tue lentement; ici c'est l'infection purulente, là c'est l'infection putride : la pyoémie, la septicémie.

Mais il faut distinguer l'infection purulente de la diathèse purulente,

seule, et indépendamment de la méningite. Or, cela n'est pas, en voici les preuves :

Sur 100 cerveaux de paralytiques, je n'ai rencontré l'adhérence des méninges aux circonvolutions que 51 fois (1) ; M. Calmeil l'a trouvée 36 fois sur 47 cadavres qu'il a ouverts, c'est-à-dire que près d'un quart n'en présentaient pas ; M. Parchappe l'a notée 39 fois sur 44 ; elle était absente dans un huitième des cas. D'un autre côté, M. Calmeil a rencontré des adhérences qui n'avaient pas été suivies de paralysie. « J'ai sous les yeux, dit-il (2), des observations de céphalite aiguë qui me sont propres, que j'ai recueillies avec la plus scrupuleuse attention ; les sujets ont succombé en quelques jours. Plusieurs d'entre eux ont présenté l'union intime des circonvolutions à la face interne de la pie-mère, l'enlèvement par plaques de la substance corticale. Aucun n'avait offert des symptômes de paralysie; seulement les mouvements avaient été tumultueux, et l'agitation avait été excessive (3). »

Ces faits avaient singulièrement ébranlé la confiance de M. Calmeil dans l'encéphalite chronique primitive; aussi, dans les conclusions qui terminent son livre, va-t-il jusqu'à dire que les lésions « n'expliquent pas suffisamment les symptômes observés pendant la vie, » (p. 415) que la phlegmasie chronique qui occasionne la paralysie a dû déterminer dans le cerveau « *une modification identique qu'il n'a pas su apprécier*, » (p. 416) que « cette paralysie générale offrira toujours des arguments spécieux aux partisans des paralysies nerveuses » (p. 416).

Je tire un autre argument d'une disposition d'anatomie pathologique que j'ai toujours observée dans les cerveaux des paralytiques; c'est que les portions de pie-mère qui s'enfoncent dans les anfractuosités du cerveau, et qui, dans ces endroits, sont toujours dépourvues de l'arachnoïde, ne contractent point d'adhérence avec la substance grise qui les entoure, et que là cette substance n'est jamais molle comme sur les circonvolutions où l'on observe les adhérences. Si l'encéphalite était la première origine des symptômes, pourquoi n'xisterait-elle que sur les circonvolutions qui sont recouvertes par les feuillets cellulo-vasculaires et séreux des méninges?

(1) *Traité cité*, p. 486.
(2) Calmeil, *ouvrage cité*, p. 410.
(3) Ces faits, que M. Calmeil cite comme des objections qu'on peut faire à son opinion, je les avais expliqués d'avance (*Nouvelle doctrine*, p. 51) : « L'agitation spasmodique aveugle et incoercible, avais-je dit, dépend de l'inflammation consécutive de la surface du cerveau qui se ramollit dans sa couche la plus superficielle, et contracte des adhérences avec la pie-mère et l'arachnoïde. »

A toutes ces preuves, j'en ajouterai une dernière non moins puissante que les précédentes : c'est que si l'encéphalite chronique était primitive et la cause organique de la paralysie, elle devrait exister sinon toujours, au moins fréquemment seule et sans méningite ; or, il n'y a pas un seul fait de ce genre dans la science, non-seulement dans les observations de M. Calmeil et dans les miennes, mais même dans toutes celles qui ont été publiées depuis.

Je suis donc autorisé à conclure que si l'inflammation chronique de la substance grise du cerveau joue un grand rôle dans la production de plusieurs symptômes de la maladie, elle n'est cependant ni constante, ni primitive, et que, dans les cas fréquents où elle survient, elle ne se manifeste que consécutivement à l'inflammation des méninges qui suffit seule pour produire et expliquer la privation graduelle de l'intelligence et des mouvements. Au reste, M. Calmeil est revenu aujourd'hui à l'opinion que j'ai toujours soutenue, puisqu'il appelle la paralysie des aliénés méningo-encéphalite chronique (1).

3° *État nerveux du cerveau.* — Les faits et les arguments qui précèdent pourraient me dispenser de réfuter l'opinion qui attribue à une névrose cérébrale ou à une altération moléculaire du cerveau, l'aliénation avec paralysie générale ; en effet, s'il était prouvé, par tout ce que nous avons dit jusqu'ici, que cette maladie reconnaît pour cause organique une phlegmasie chronique des enveloppes du cerveau, et consécutivement de la substance corticale subjacente, la nature nerveuse de cette affection serait suffisamment mise hors de cause. Nous voulons cependant discuter en particulier les motifs des auteurs qui soutiennent ce point de doctrine. Nous ne connaissons, dans ce cas, qu'un seul médecin aliéniste, M. Lélut, qui continue à faire de la paralysie des aliénés, comme Esquirol en 1816 (2), une complication nerveuse de la démence. Il a été suivi par quelques auteurs de traités généraux qui n'avaient probablement jamais observé cette maladie (3). M. Lélut ne dit pas cependant que cette affection est une névrose, mais il dit l'équivalent. Voici ses expressions : « L'état intime spécial et constant qui donne lieu à la paralysie générale, sa cause véritablement prochaine nous échappe et peut-être nous échappera toujours. » Les lésions anatomiques sont les effets de cet état intime et inconnu (4). Il s'appuie sur ce qu'il a observé des

(1) *Dictionnaire de médecine* (2e édit.), t. XXIII, p. 133.
(2) *Dict. des sciences méd.*, art. *Folie et Démence.*
(3) Entre autres par M. Grisolle, *Traité de pathologie*, p. 657.
(4) *Indication sur la valeur des altérations de l'encéphale dans la folie.* Paris, 1836.

les abcès métastatiques des abcès multiples. Dans un cas, c'est un accident, dans l'autre, c'est une affection générale.

M. Lorain nous a montré l'autopsie d'un enfant nouveau-né mort de *péritonite purulente* : on trouvait du pus dans une articulation, mais nulle part d'abcès métastatiques, nulle part de phlébite. Etait-ce une infection purulente? était-ce des abcès multiples? La seconde opinion me paraît préférable; mais qu'on lui donne telle ou telle interprétation, le fait reste intéressant.

Dans un autre fait de M. Lorain, c'était une plaie de tête avec dénudation, décollement et un vaste foyer en suppuration. Le malade est mort d'infection purulente ; on a trouvé du pus dans le diploé, dans les sinus crâniens, dans le sinus longitudinal supérieur, et des abcès métastatiques dans les poumons.

Difformités, — monstruosités,

Je vous citerai d'abord un *pied-bot* talus et valgus, présenté par M. Isambert. Je n'y insiste pas, et je renvoie aux beaux travaux de M. Broca publiés dans nos Bulletins et dans le compte rendu de mes prédécesseurs.

Puis, un *muscle surnuméraire* que nous a montré M. Boullard, et qui occupait la face dorsale de la main, allant de l'apophyse styloïde du radius et du ligament du carpe à la face interne du médius et se confondant avec le tendon extenseur.

Puis un autre muscle qui a été apporté par M. Fano, et qui rappelle le *sternalis brutorum.*

M. Foucher a insisté sur cette anomalie dans le compte rendu de l'année dernière, et cependant je reviens sur cette pièce en quelques mots. Cette anomalie n'est pas très-rare : MM. Verneuil, Foucher, Denucé et moi-même nous en avons rencontré des exemples. Tantôt ce muscle croise ses fibres en X avec celles du sterno-mastoïdien et du grand pectoral du même côté, voire même du côté opposé. Notre président nous a cité un exemple fort curieux : Un malade est mort, dans son service, de cette maladie décrite sous le nom d'atrophie progressive des muscles ; il a pu suivre la marche et le développement de cette maladie, et alors que tous les muscles étaient successivement envahis, il a vu que la contractilité persistait dans quelques petis faisceaux musculaires au-devant du sternum ; il a reconnu qu'il y avait là un de ces muscles surnuméraires, et l'autopsie a démontré que le diagnostic avait été bien posé.

Enfin un *fœtus monstrueux* dont nous devons la description à M. Houël. Ce monstre paraît se rattacher au genre des *hémimèles* d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (développement incomplet des extrémités).

L'hémimélie est normale pour les membres supérieurs. Il existe une clavicule, une omoplate, un humérus, un appendice représentant l'avant-bras, une saillie osseuse correspondant au métacarpe, trois phalanges et un ongle bien conformé.

Pour les membres inférieurs tout change, et, comme le dit M. Houël, qui est si compétent en pareil matière, il n'existe pas d'exemple semblable dans la science. On trouve un sacrum, une symphyse pubienne,

cas, il est vrai peu nombreux, sans phlegmasie du cerveau ou de ses membranes. Toutefois il ne rapporte aucun de ces faits, de sorte que ce n'est là qu'une assertion sans preuves à l'appui. Nous avons cependant ici un moyen de vérifier cet argument de M. Lélut; il a noté, dit-il (p. 98), des faits tirés de l'ouvrage de M. Calmeil et du mien où l'on ne voit ni méningite, ni encéphalite chronique. Or, comme tous ces faits présentent, suivant moi, tous les caractères anatomiques de ces phlegmasies, il est évident que M. Lélut et moi interprétons diversement les mêmes faits.

Ma manière de raisonner en anatomie pathologique cérébrale, est celle qui est adoptée pour l'anatomie pathologique de tous les organes. Ayant constamment trouvé dans les méninges et le cerveau des altérations qui, dans la plèvre, le péritoine, le péricarde, auraient constitué des pleurésies, des péritonites et des péricardites chroniques, j'en ai conclu que les mêmes altérations, dans les enveloppes du cerveau, ou dans le cerveau lui-même, étaient les caractères anatomiques de la méningite et de l'encéphalite chroniques. La logique médicale de M. Lélut est toute différente. On en jugera par le passage suivant de son livre qui résume sa doctrine étiologique de la paralysie des aliénés : « Les altérations, dit-il, ne sont que la localisation de l'état général et intime du cerveau qui de maniaque qu'il était, est en quelque sorte devenu paralytique de pensée et de mouvement, et cet état est surtout disposé à se révéler par un retrait, une atrophie comme sénile, de la presque totalité de l'encéphale, retrait et atrophie qui entraînent de toute nécessité l'épanchement de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ou dans les mailles de la pie-mère, et sur lesquelles vient s'enter, en quelque sorte, la phlegmasie méningo-encéphalique plus ou moins aiguë, qui termine les jours de la plupart des aliénés paralytiques (1). »

Si cette pathogénie de M. Lélut était exacte, il faudrait dire alors que, dans la pleurésie chronique avec épanchement considérable et ratatinement du poumon, c'est le poumon qui a d'abord éprouvé une lésion générale et intime, que, par suite de cet état, il s'est retiré vers la colonne vertébrale et atrophié, et que la sérosité ne s'est épanchée que pour remplir le vide que le poumon en se retirant primitivement avait laissé dans la poitrine. Si cette explication de l'inflammation chronique des plèvres ne saurait être approuvée, si elle est contraire à tous les principes de la physiologie pathologique, comment pourrait-on l'admettre quand il est question de l'inflammation de la membrane séreuse cérébrale?

Il en est, sans doute, de cette dernière phlegmasie comme de toutes les autres phlegmasies séreuses. Il y a quelques cas légers, obscurs, latents; mais n'y a-t-il pas des pleurésies légères, obscures, latentes? Si l'on admet celles-ci, pourquoi rejeter ceux-là, et surtout pourquoi se servir d'un petit nombre de faits peu tranchés pour argumenter contre ceux qui sont clairs et évidents? On a, sans doute, plus d'une fois exagéré l'importance de l'anatomie pathologique; on a souvent voulu établir sur cette base l'édifice médical tout entier. Nous avons eu plusieurs fois occasion de nous élever contre une prétention si peu fondée; mais est-ce une raison pour donner dans l'excès contraire et pour nier les lumières que la science des lésions anatomiques a jetées sur le siége, les causes organiques et le diagnostic des maladies, et, en particulier, sur l'aliénation symptomatique dont il s'agit dans ce moment?

Voudrait-on tirer un argument, en faveur de la nature nerveuse de l'aliénation paralytique, de quelques faits de paralysie générale progressive, sans aliénation, qu'on observe depuis plusieurs années? Mais ce seul caractère de n'être pas accompagné de délire en fait une maladie entièrement différente de celle que j'ai décrite. D'ailleurs cette paralysie progressive a été jusqu'ici plutôt aperçue que décrite. On a vu un seul symptôme saillant, et voilà tout. Ses causes, sa marche, ses terminaisons, ses caractères anatomiques, si elle en a, sont également inconnus; son histoire générale n'existe pas. On dit qu'elle est nerveuse, et que le très-petit nombre de cadavres qu'on a ouverts n'ont rien appris. Raison de plus pour ne pas vouloir l'assimiler à l'aliénation paralytique, sur laquelle l'anatomie pathologique jette une si grande lumière. Peut-être qu'un jour, lorsque des faits nombreux auront pu être recueillis, trouvera-t-on, pour cette paralysie générale des gens raisonnables, des lésions cérébrales qui expliqueront leurs symptômes. J'oserais assurer d'avance que ces lésions ne seront pas celles de la méningo-encéphalite. Cette paralysie générale progressive indique une compression également générale et progressive du cerveau. Pourquoi ne se ferait-il pas chez les malades un épanchement séreux graduel, une hydrocéphale progressive et essentielle sans inflammation préalable des méninges ni du cerveau? Ce sont là des présomptions *à priori* que je cherche à vérifier, et auxquelles je n'attache d'ailleurs que l'importance qu'elles méritent.

Pathogénie. — Comme confirmation de ce point de doctrine,

(1) Lélut, *ouvr. cit*, p. 107.

---

pas de trace des os coxaux, puis, à droite, un prolongement osseux et membraneux, et à gauche un simple prolongement membraneux qui remplaçait les membres. Du côté des viscères, le cœur repose sur le diaphragme dans sa place normale, mais le diaphragme manque à droite. Le foie est à gauche, mais la vésicule biliaire est restée à sa place, en rapport avec l'arc du côlon; de plus, on peut voir une invagination, une hernie du gros intestin par l'anus. La membrane séreuse sort avec l'intestin, ce qui prouve que c'est bien une hernie et non une simple invagination. Cette anse intestinale est facilement réductible.

Ce fait a été rapproché par M. Broca d'une présentation que nous lui devons (James Ledgewood) et dont il nous a donné une si belle description. Il avait combattu alors l'idée d'une amputation spontanée (comme le voulait Montgomery) et avait admis tout simplement que les parties qui manquaient n'avaient jamais été formées. Il y a eu aussi dans le cas présent aberration de formation.

Je rapporte ici une discussion fort intéressante qui a eu pour point de départ une étude de M. Broca sur les *cicatrices* des nègres. Si une fracture s'est produite, entre les deux bouts de l'os fracturé il se forme un cal dont la structure est celle du tissu osseux. Mais si la peau vient à éprouver une perte de substance, si les deux lèvres de la solution de continuité se réunissent, on ne retrouve dans le tissu de cicatrice ni papilles, ni glandules, ni poils, etc.; telle est l'opinion généralement admise. Or, dans une cicatrice assez large, assez profonde, qui avait intéressé toute l'épaisseur du derme, M. Broca a trouvé des papilles plus petites, plus nombreuses, plus rapprochées que dans le reste de la peau. Il a cru voir aussi une glande sudoripare. M. Blondeau nous a fait voir un poil au milieu d'une cicatrice, suite de plaie par arme à feu. Ce n'est pas avec quelques faits isolés qu'on peut généraliser une loi comme celle-ci : reproduction dans les cicatrices des tissus qui ont été détruits avec leur structure normale. Mais si ces observations étaient confirmées, si de nouvelles recherches venaient appuyer celle-ci, ce serait un des faits les plus curieux de physiologie pathologique. M. Broca nous a dit ce qu'il avait observé ; il ne veut pas affirmer d'une manière absolue que c'était bien dans le tissu cicatriciel, dans le tissu nouveau que se trouvaient les éléments qu'il a vus. MM. Verneuil et Houël ont contesté la valeur de ces faits. L'attention est au moins éveillée et, tôt ou tard, j'espère que, dans cette Société, on aura fixé les idées sur ce point.

Je touche à la fin du compte rendu de vos travaux. Vous avez pu voir, messieurs, que les présentations n'ont pas manqué cette année, et que l'on peut dire, avec raison, que l'on ne sort jamais de la Société sans avoir appris quelque chose. Jamais aussi la Société n'a eu ses séances mieux remplies, jamais les membres ne se sont montrés plus empressés d'y assister.

FIN.

il me reste à démontrer que les diverses lésions qui constituent la méningo-encéphalite chronique expliquent de la manière la plus naturelle les symptômes de l'aliénation paralytique dans toute leur succession, depuis leur invasion jusqu'à la mort.

Les malades, après avoir été soumis à l'influence d'excès de boissons, de coups et de blessures à la tête, de suppression d'un flux hémorrhoïdal, de chagrins, etc., sont atteints d'une congestion cérébrale qui, dans la moitié des cas, survient lentement, et qui, dans l'autre moitié, se manifeste tout à coup par des attaques apoplectiformes; aussi trouve-t-on toujours à l'autopsie une énorme injection des vaisseaux de la pie-mère et jamais d'hémorrhagie dans le parenchyme cérébral.

Bientôt cette congestion se renouvelle ou augmente, l'arachnoïde s'injecte à son tour et s'enflamme à un faible degré et dans quelques points; le cerveau se trouve dès lors soumis à une double influence, à la compression qu'engendre la replétion sanguine des vaisseaux, et à l'irritation secondaire qu'entraînent les points de phlogose existants dans ses membranes. De là, un trouble correspondant dans sa double fonction d'instrument des facultés intellectuelles et des mouvements volontaires. La compression fait naître la paralysie générale commençante, ainsi que l'affaiblissement de l'intelligence; l'irritation provoque le délire et l'exaltation; aussi ces deux symptômes, l'aliénation et le trouble des mouvements, commencent et marchent ensemble d'un pas égal et proportionnel dans tout le cours de la maladie.

Les idées ambitieuses dominantes qui donnent à l'aliénation paralytique, et en particulier à sa première période, que je cherche à expliquer dans ce moment, une physionomie si singulière, sont un effet indirect des sensations de plaisir et de bien-être qu'éprouvent les malades. C'est exactement ce qui arrive dans l'ivresse; car l'ivresse qui, au lieu d'être un état passager, deviendrait permanente, ne serait autre chose que l'aliénation paralytique. L'homme ivre est gai, content et heureux, rien ne lui manque; il a de la force, du courage, du talent; souvent il se croit riche et opulent; ses propos sont incohérents; il est exalté et loquace; en même temps sa langue est embarrassée, il prononce avec lenteur et en bégayant; sa démarche est mal assurée et vacillante. N'est-ce pas là le tableau des paralytiques aliénés au premier degré?

Le passage de la première à la seconde période, c'est-à-dire à la période de manie, s'explique par une augmentation de l'inflammation chronique des méninges; cette phlegmasie peut conserver une médiocre intensité ou s'étendre, soit aux deux surfaces libres de l'arachnoïde, soit à divers points subjacents de la substance grise du cerveau. Dans le premier cas, il se forme entre les feuillets de la membrane séreuse, des exsudations pseudo-membraneuses, des exhalations sanguines, des adhérences anormales. Dans le second cas, la superficie du cerveau s'enflamme consécutivement, se ramollit et contracte des adhérences plus ou moins nombreuses avec la pie-mère. Ces altératures successives qui, malgré leur intensité, conservent cependant une marche lente, chronique et apyrétique, produisent une réaction cérébrale violente : le délire est général et maniaque; l'agitation est plus ou moins grande, quelquefois excessive, continuelle, incoercible et spasmodique. C'est alors surtout qu'on voit survenir, chez plusieurs malades, des mouvements convulsifs variés, tels que des extensions tétaniques, des contractions, des tremblements, des attaques épileptiformes, des accès quotidiens ou tierces d'agitation violente. Cette agitation et les formes convulsives qu'on observe parfois aussi dans la troisième période, sont des effets de l'encéphalite consécutive de la substance grise et de l'excitation générale du cerveau qu'elle produit (1).

La deuxième période (qui manque au reste assez souvent), est suivie de la troisième, que j'ai appelée période de démence. Cette dernière phase est, sans contredit, la plus longue, puisqu'elle peut durer deux ou plusieurs années. Elle indique une nouvelle altération méningienne qui vient s'ajouter aux lésions qui existaient déjà. Comme dans toutes les phlegmasies séreuses, il se fait ici une exhalation graduelle et abondante de sérosité. Ce fluide s'accumule entre les deux feuillets de l'arachnoïde, s'infiltre dans le réseau cellulo-vasculaire de la pie-mère, s'amasse dans les ventricules latéraux qui en sont souvent dilatés et distendus. Cette hydrocéphale symptomatique et progressive exerce sur le cerveau une compression qui augmente peu à peu et qui finit souvent par être si considérable qu'elle aplatit les circonvolutions, durcit la substance encéphalique, et qu'après la mort, à l'ouverture de la dure-mère, on voit le cerveau se dilater et revenir sur lui-même à mesure que la sérosité s'écoule. Alors à la réaction cérébrale que nous avons remarquée dans les deux premières périodes succèdent peu à peu l'affaissement et la prostration du cerveau manifestés à l'extérieur par les progrès de la paralysie générale et par la démence.

La parole, qui était lente et difficile, devient tremblante et souvent inintelligible; la démarche, d'abord mal assurée, devient de plus en plus chancelante, vacillante, tremblante, et enfin impossible; les excrétions sont involontaires; il y a anesthésie générale, et enfin, lorsque l'hydrocéphale est considérable, l'on voit quelques malades ne pouvoir plus ni se soutenir, ni parler, ni mouvoir les membres supérieurs.

La paralysie de l'entendement suit une marche proportionnelle. Les facultés s'affaiblissent et s'oblitèrent de plus en plus; les idées sont très-bornées, entièrement incohérentes, souvent marquées encore au coin de l'ambition. Cet état de démence continuant à faire des progrès aboutit quelquefois à un état de stupidité si complète que tous les actes intellectuels et moraux sont également détruits (1).

Dans toutes les périodes de la méningite chronique, il survient des congestions cérébrales qui accélèrent sa marche et ses progrès vers une terminaison funeste.

Telle est la pathogénie à laquelle m'a conduit l'interprétation de tous les faits que j'ai observés.

Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre.

Lu à l'Académie des sciences le 14 mai 1855.

Par M. le Dr J.-G. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Il y a quelques années (en janvier 1845), j'eus l'honneur d'exposer à l'Académie un procédé très-simple, qui permettait de pratiquer facilement et sans danger l'opération du cathétérisme dans les cas les plus graves de rétention d'urine. Ce procédé consistait à introduire d'abord dans l'urètre une bougie fine et flexible, qui, se moulant aux inflexions du canal, arrive toujours et sans difficulté dans la vessie; puis à se servir de cette bougie comme d'un conducteur sur lequel on ferait glisser une sonde élastique percée à ses deux bouts.

Ce procédé si simple est actuellement employé par tous les praticiens, et, depuis lors, non-seulement il n'est plus de prostate infranchissable, mais surtout il n'est plus question de ces fausses routes, ni de ces accidents inflammatoires redoutables, auxquels exposaient si fréquemment les procédés ordinaires.

Frappé des avantages considérables que cette méthode de cathétérisme sur conducteur avait réalisés dans le traitement de rétentions d'urine, j'ai cherché à en faire l'application aux rétrécissements de l'urètre. Mais ici les conditions étaient bien différentes. En effet, dans la rétention d'urine, le canal n'ayant

---

(1) Voyez les quinze Observations de la troisième série, page 144 de mon ouvrage.

(1) Voyez les neuf Observations de la deuxième série, page 98 de mon ouvrage.

rien perdu de son calibre, et l'obstacle à l'introduction du cathéter ne résidant que dans un changement plus ou moins brusque de direction, produit par l'hypertrophie de la prostrate, aussitôt que la bougie conductrice est arrivée dans la vessie, rien ne s'oppose plus à ce qu'on fasse glisser sur elle une sonde plus volumineuse, pour l'évacuation de l'urine.

Dans les rétrécissements, au contraire, l'urètre permet à peine l'introduction d'une bougie filiforme, et son étroitesse oppose un obstacle invincible à ce que, par-dessus cette bougie, on puisse faire glisser un instrument de quelque volume.

En présence de cette difficulté radicale, je perdis longtemps l'espoir d'atteindre le but que je poursuivais, lorsque l'idée me vint d'utiliser la bougie conductrice d'une autre manière :

Au lieu de faire glisser sur elle l'instrument que je voulais introduire, je vissai, sur son extrémité libre, le bec de cet instrument, qui, faisant ainsi corps avec elle, put facilement pénétrer à sa suite dans les rétrécissements, pendant qu'elle-même s'enfonçait dans l'intérieur de la vessie, où elle se repliait.

Ce résultat fixa vivement mon attention, et je ne tardai pas à comprendre qu'il ne s'agissait pas seulement d'une modification à la méthode de cathétérisme sur conducteur, mais bien d'une nouvelle méthode tout aussi simple et beaucoup plus féconde.

Cette méthode en effet, également applicable aux instruments de toutes les formes et de tous les calibres, m'a permis de résoudre d'un seul coup deux des problèmes les plus complexes et les plus importants de la chirurgie des voies urinaires : celui de l'exécution facile et sûre de toutes les opérations relatives au traitement des rétrécissements de l'urètre, et surtout celui de la guérison instantanée de ces affections, sans aucune dilatation préalable ni consécutive.

Exposé de la méthode :

Instruments. — La nouvelle méthode de cathétérisme que je propose n'exige aucun instrument spécial. Il importe seulement que la bougie conductrice et les instruments dont elle doit diriger l'introduction soient disposés de manière à s'articuler ensemble, à la volonté du chirurgien.

Le moyen qui m'a paru le plus simple pour obtenir ce résultat, consiste dans l'emploi d'un petit ajustage métallique, fixé à demeure à l'extrémité externe de la bougie, et auquel l'instrument à introduire vient lui-même s'articuler à l'aide d'une vis dont son bec doit être muni à cet effet.

Tous les instruments usités dans les maladies de l'urètre se prêtent parfaitement à ce mode d'articulation. Nous nous contentons de mettre sous les yeux de l'Académie ceux dont l'emploi est le plus général :

1° Un mandrin explorateur;
2° Une sonde métallique, simple ou conique;
3° Les dilatateurs de Perrève, de Rigault, etc.;
4° Les porte-caustique de Ducamp, de Lallemand;
5° Le cathéter cannelé de Syme;
6° Les urètrotomes de Civiale, Reybard, frère Côme;
7° Enfin, les instruments nouveaux qui me servent à traverser les rétrécissements les plus étroits et me permettent d'obtenir leur guérison instantanée.

Quand le chirurgien est fixé sur le genre d'opération qu'il veut pratiquer, il introduit d'abord dans l'urètre une bougie munie de son ajustage. Cette introduction, qui constitue le premier temps de l'opération, se fait suivant les règles et avec les précautions ordinaires.

Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, on visse sur son ajustage l'extrémité de l'instrument dont on a fait choix, puis on pousse avec lenteur l'instrument et la bougie qui le précède, jusqu'à ce que celui-ci se trouve dans les conditions voulues pour le but qu'on se propose.

Mais les règles relatives à l'exécution de ces manœuvres ne peuvent être l'objet d'une description générale. Elles varient suivant le but qu'on se propose et l'instrument dont on fait usage.

1° Application de la méthode à l'exploration de l'urètre.

De tous les instruments imaginés pour l'exploration de l'urètre, la bougie à olive est sans contredit le plus simple et le plus utile. Elle permet, en effet, de reconnaître le siége des rétrécissements, leur longueur, leur degré de résistance ; mais pour en obtenir ces renseignements, il est nécessaire que l'olive puisse franchir les parties rétrécies. Or, quand le rétrécissement est considérable et n'admet qu'à grand'peine une bougie filiforme, cette manœuvre présente des difficultés sérieuses.

En effet, si l'olive exploratrice est supportée par une tige flexible, elle butte contre le rétrécissement, sans pouvoir le franchir, et d'autre part, si on l'adapte à un mandrin métallique, on court le risque en exerçant un certain degré de pression de déchirer les parois du canal et de faire fausse route.

Par l'emploi de la bougie conductrice, ces difficultés disparaissent et l'exploration peut s'opérer facilement, avec la plus entière sécurité.

On commence par introduire la bougie munie de son ajustage olivaire. Quand cette bougie est introduite, on visse sur l'ajustage un petit mandrin de métal, puis on pousse le tout jusqu'à ce que l'olive rencontre le rétrécissement. Guidée par la bougie, cette olive ne peut dévier en aucune manière, de sorte que l'on peut sans aucun danger exercer une pression suffisante pour la faire pénétrer dans l'obstacle et le lui faire franchir.

2° Application de la méthode à l'introduction des sondes métalliques.

Il est dans la pratique, des circonstances nombreuses où l'introduction d'une sonde métallique présente de graves difficultés. Celles-ci peuvent tenir, tantôt à des spasmes, ainsi qu'on l'observe si fréquemment dans le jeune âge, tantôt à la tuméfaction de la prostate, comme on le voit souvent chez les vieillards, d'autres fois à des fausses routes antérieures, mais surtout à des rétrécissements.

Dans tous ces cas, notre nouvelle méthode est d'un précieux secours. Qu'il s'agisse en effet d'un spasme, d'un gonflement de la prostate, d'une fausse route ou d'un rétrécissement, une bougie flexible pourra toujours être introduite et cela sans le moindre danger. Puis, aussitôt qu'elle est arrivée dans la vessie, rien n'est plus simple que de visser sur son ajustage une sonde métallique de forme et de volume convenable que l'on fait pénétrer à sa suite.

3° Application de la méthode à la dilatation brusque.

La dilatation brusque de l'urètre peut s'exécuter de trois manières principales : avec la sonde conique, avec la bougie cylindrique de Mayor, avec les instruments mécaniques de Perrève. Notre méthode s'applique à chacun de ces procédés et donne une entière sécurité à leur exécution.

(a) *Sonde conique.*—On sait à quels dangers redoutables expose le cathétérisme forcé avec la sonde conique, même quand cet instrument est conduit par les mains les plus habiles. Ces dangers sont tels que le plus grand nombre des praticiens renoncent à en faire usage et préfèrent, dans les cas urgents de rétention d'urine, recourir à la ponction de la vessie.

Or, par l'emploi de la bougie conductrice articulée, tous ces dangers disparaissent, et le cathétérisme s'exécute avec presque autant de sécurité que le cathétérisme simple. Maintenue dans la direction normale par la bougie adaptée à son bec, la sonde conique chemine avec sécurité et pénètre dans la vessie, sans être exposée à labourer le canal ou à s'égarer dans les fausses routes.

(b) *Sondes cylindriques de Mayor.* — Mayor de Lausanne avait imaginé de dilater brusquement les rétrécissements de l'urètre au moyen d'une sonde métallique, d'autant plus, disait-il,

que le rétrécissement était plus étroit. Sans discuter ici la valeur de cette méthode exprimée d'une manière si paradoxale, nous devons dire que l'introduction de grosses sondes ou bougies métalliques peut quelquefois rendre des services. Mais cette introduction, généralement beaucoup plus facile et moins dangereuse que celle de la sonde conique, n'en expose pas moins assez souvent à des fausses routes et à des déchirures irrégulières du canal.

La bougie articulée au bec de l'instrument fait disparaître les principaux de ces inconvénients, et donne surtout une entière sécurité contre les fausses routes.

(c) *Dilatateurs mécaniques de Perrève.*—La dilatation brusque par les ingénieux instruments de Perrève n'offre pas, à beaucoup près, les mêmes dangers que les procédés précédents, mais aussi, elle exige que l'instrument puisse être introduit dans les parties rétrécies avant qu'on opère la dilatation elle-même. Or, cette introduction ne laisse pas que de présenter souvent de graves difficultés et souvent même exige l'emploi préalable de la dilatation lente et graduée pendant un temps plus ou moins long.

La nouvelle méthode dispense de ce traitement préparatoire et permet l'application immédiate des instruments destinés à la dilatation brusque. Rien n'est plus facile en effet que de disposer les instruments de manière à ce qu'ils puissent s'articuler avec l'ajustage de la bougie conductrice et de les conduire au moyen de cette bougie, jusque dans les rétrécissements.

On peut ainsi pratiquer immédiatement la dilatation brusque et conserver à cette méthode tous ses avantages.

4° *Application de la méthode à la cautérisation de l'urètre.*

La cautérisation de l'urètre est une opération qui, naguère, a joui d'une grande vogue dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. Elle est aujourd'hui presque entièrement abandonnée, moins peut-être à cause de son inefficacité qu'à cause de la difficulté de son exécution, et des dangers auxquels expose l'inexactitude de son application.

En lui donnant une précision vigoureuse, la nouvelle méthode contribuera peut-être à la tirer de l'oubli où elle est tombée depuis quelques années. Quoi qu'il en soit, toutes les variétés d'instruments poste-caustiques peuvent s'adapter facilement à la bougie conductrice et être dirigées par elle sur le rétrécissement pour en opérer la cautérisation soit d'avant en arrière, soit de dedans en dehors.

5° *Application de la méthode à l'incision des rétrécissements.*

La méthode d'incision appliquée aux rétrécissements, comprend, comme chacun sait, quatre procédés généraux ou méthodes secondaires, désignées sous les noms : d'incision de dehors en dedans (Syme), incision de dedans en dehors (Maisonneuve), incision d'arrière en avant (Reybard), incision d'avant en arrière (Civiale).

1° *Incision de dehors en dedans* (Syme). — Un certain nombre de chirurgiens anglais ont adopté, comme méthode usuelle, l'incision de dehors en dedans proposée par Syme, laquelle consiste à introduire préalablement dans l'urètre rétréci un cathéter cannelé très-mince, et à diviser sur ce cathéter toute l'épaisseur des parties molles, en procédant de l'extérieur à l'intérieur. On ne peut nier l'efficacité de cette méthode, mais elle offre aussi de nombreux inconvénients, parmi lesquels se trouve surtout la difficulté de faire pénétrer l'instrument métallique à travers les rétrécissements.

Au moyen de la bougie articulée, cette introduction cesse d'être difficile, et, par conséquent, l'opération peut s'exécuter avec toute la sécurité désirable et sans qu'il soit besoin d'employer préalablement la dilatation avec les bougies.

2° *Incision de dedans en dehors* (Maisonneuve). — Il y a quelques années, j'eus l'honneur d'exposer à l'Académie une nouvelle méthode d'incision des rétrécissements d'urètre, que je désignai sous le nom d'incision de dedans en dehors. L'exécution en était simple et facile, mais il fallait toujours opérer une dilatation préalable des rétrécissements, afin de pouvoir introduire l'instrument sécateur. La bougie conductrice ne dispense pas de cette dilatation, mais comme celle-ci peut être exécutée instantanément par l'incision d'avant en arrière, il est facile, en combinant les deux méthodes, d'instituer une opération dont l'exécution est des plus simples et dont les résultats sont vraiment extraordinaires.

3° *Incision d'arrière en avant* (Reybard). — Cette méthode est celle dont l'exécution réclamait le plus impérieusement la dilatation préalable, à cause du volume des instruments sécateurs dont elle exigeait l'emploi.

La bougie conductrice ne détruit pas cette exigence ; mais, outre qu'elle rend plus facile et plus sûre l'introduction des instruments, elle permet, comme pour l'incision de dedans en dehors, de combiner cette méthode avec l'incision d'avant en arrière, et d'arriver ainsi à une opération dont la promptitude et la facilité d'exécution ne détruisent en rien l'efficacité.

Incision d'avant en arrière (Civiale). — De toutes les méthodes d'incision, celle d'avant en arrière est sans contredit la plus importante. Tandis que, en effet, toutes les autres méthodes sont frappées d'impuissance, tant que les rétrécissements n'ont pas le degré d'ouverture nécessaire pour l'introduction des instruments volumineux qu'elles exigent, la méthode d'incision d'avant en arrière n'a besoin d'aucune dilatation préalable, et permet, au contraire, de créer instantanément une voie suffisante à l'introduction des instruments destinés aux autres méthodes. Malheureusement, l'exécution de cette précieuse méthode étant, jusqu'à présent, entourée de tant d'incertitudes et de dangers que les chirurgiens les plus habiles osaient à peine y avoir recours, grâce à la bougie conductrice, ces incertitudes et ces dangers ont complétement disparu. C'est là, sans contredit, une des applications les plus heureuses de notre méthode, puisqu'ainsi que nous l'exposerons tout à l'heure, elle nous a permis de résoudre l'un des problèmes les plus importants de la thérapeutique des voies urinaires, c'est-à-dire, la *guérison radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre, sans dilatation préalable ou consécutive.* Nous dirons seulement que pour réaliser pratiquement ce résultat, il nous a fallu modifier tellement les instruments destinés à cette opération, que nous avons fait vraiment une opération toute nouvelle, que nous croyons devoir décrire en détail.

Nouveau procédé pour l'urétrotomie d'avant en arrière.

Instrument. — Le seul instrument nécessaire pour cette opération se compose d'un tube cannelé et d'une lame tranchante. Ce tube cannelé, long de 25 centimètres, a 3 millimètres de diamètre; il présente près de son extrémité externe un petit anneau qui lui sert de manche, tandis que son extrémité vésicale est munie d'un pas de vis pour s'articuler à l'ajustage de la bougie conductrice. La lame tranchante a la forme d'une demi-olive. Elle est tranchante sur sa convexité. Son dos est muni d'une arrête qui la retient dans la cannelure du tube; elle se continue par une de ses pointes avec une tige mince qui glisse dans le tube cannelé, et qui, à son extrémité externe, se termine par un petit manche qui sert à la manœuvre.

L'instrument, ainsi composé, peut être droit ou légèrement courbe à son extrémité vésicale. Dans ce cas, la lame peut être placée du côté de sa concavité ou de sa convexité. Cette dernière forme est celle que je préfère d'habitude.

Manœuvre opératoire. — Pour exécuter l'urétrotomie par ce procédé, le chirurgien introduit d'abord dans l'urètre une bougie conductrice, appropriée au degré d'étroitesse du rétrécissement, et dont l'extrémité externe est munie d'un petit

ajustage à peine plus volumineux qu'elle. Ce premier temps s'exécute suivant les règles avec les précautions ordinaires à cette espèce d'introduction.



Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, on visse sur son ajustage l'extrémité vésicale de l'urértoome, le plus convenable au cas particulier, puis on le pousse doucement de manière à ce que, guidé par la bougie qui le précède, il franchit tous les rétrécissements.

On introduit dans la cannelure des tubes la petite lamce tranchante, à laquelle on fait parcourir sans hésitation toute la longueur de l'instrument de manière à diviser d'un seul trait tous les rétrécissements.

Ce dernier temps de l'opération est si rapide et si peu douloureux que souvent les malades ne s'en aperçoivent même pas et attendent qu'on l'exécute alors qu'il est déjà terminé. C'est à peine s'il s'écoule quelques gouttes de sang.

Application de la nouvelle méthode à la guérison radicale et instantanée de rétréoissements de l'urètre, sans aucune dilatation préalable ni consécutive.

En considérant combien dans l'état actuel de la science, les rétrécissements de l'urètre sont encore réfractaires à nos moyens thérapeutiques, l'idée d'une guérison radicale et instantanée de ces affections ne pourra certainement paraître au plus grand nombre de praticiens que comme une idée folle ou chimérique. Et cependant, quand on y réfléchit sérieusement, on voit qu'elle n'est point absolument réalisable. Bien plus, on voit que chaque jour, et depuis longtemps, elle est réalisée pour quelques-unes au moins de ces affections. En effet, tous les chirurgiens savent avec quelle facilité on peut, d'un coup de bistouri, agrandir d'une manière permanente le méat urinaire accidentellement ou naturellement trop étroit pour admettre les instruments lithotriciens ou les sondes de quelque volume.

Ils savent qu'il n'est aucunement besoin pour obte- nir ce résultat, d'entretenir l'écartement des lèvrer de la plaie au moyen de bougies ou de corps étrangers. La rétraction de tissus et le passage de l'urine suffisent à cet office. Or, rien ne fait supposer qu'à une certaine profondeur dans l'urètre les choses ne puissent se passer de la même manière.

Déjà même les remarquables travaux de M. Reybard ont démontré que ce fait n'était plus seulement à l'état de suppositon, mais bien à l'état de réalité. Ses expériences sur les animaux, ses opérations sur l'homme ont établi que l'incision longitudinale laissait au niveau de l'endroit rétréci une ampliation permanente, et mes recherches propres m'ont prouvé qu'il n'était pas besoin, pour obtenir cet effet, d'entretenir l'écartement des lèvres de la plaie par un corps étranger. Bien plus, elles m'ont démontré que les accidents reprochés à la méthode des grandes incisions étaient dus presque exclusivement au contact funeste de ces corps étrangers sur les surfaces saignantes.

De sorte donc qu'en réalité, la science possédait déjà le moyen d'obtenir *instantanément la cure radicale des rétrécissements de l'urètre.*

Mais quand de la science expérimentale on descend à la pratique usuelle, on aperçoit bientôt une foule de circonstances de détail qui devaient s'opposer à la vulgarisation de cette méthode.

D'abord l'exécution de l'opération était entourée de difficultés extrêmes. Les instruments étaient compliqués dans leur structure et dans leur manœuvre ; leur aspect seul avait quelque chose d'effrayant pour le malade et pour l'opérateur.

D'une autre part, on n'avait pas suffisamment insisté sur l'inutilité et le danger des bougies dilatatrices, à la suite de l'opération, de sorte que le mérite de l'instantanéité n'existait plus pour le malade, en même temps que des accidents réels dus à la présence de ces corps dilatants effrayaient le chirurgien. Enfin, et c'est peut-être la principale raison, l'insuffisance des procédés opératoires rendait indispensable un traitement préparatoire fort long et fort pénible, destiné à donner au canal le dimensions nécessaires pour l'introduction des instruments inciseurs.

Il résultait de tous ces motifs que, malgré son efficacité réelle comme méthode curative, l'incision ne rempllssait qu'une partie du programme, et celle précisément à laquelle les malades attachent le moins d'importance.

Mais, du moment que, grâce à la nouvelle méthode de cathétérisme, il nous est possible d'attaquer d'emblée et sans di latation préalable les rétrécissements les plus étroits, et cela avec autant de sécurité que s'ils étaient placés au méat urinaire, lorsque, d'autre part, les instruments et la mauière de s'en servir ont été simplifiés au point de n'exiger aucune étude, aucune habileté spéciale, enfin lorsqu'à ces perfectionnements on joint celui de ne faire aucun traitement dilatateur consécutif, la question se présente immédiatement sous une tout autre face.

Au lieu d'une opération embarrassée d'instruments compliqués et surtout de longs et pénibles traitements préparatoires et consécutifs, on n'a plus qu'une opération simple et rapide, qui peut être tout entière pratiquée en quelques minutes, et qui, permettant l'emploi facile du chloroforme, ne fait éprouver aucune douleur au malade.

Description de l'opération.

Premier temps. — Le malade étant couché, j'introduis dans l'urètre une bougie appropriée au degré d'étroitesse du rétrécissement et dont l'extrémité libre est munie d'un petit ajustage à peine plus volumineux qu'elle.

Deuxième temps. — Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, je visse sur son ajustage l'extrémité libre de mon urétrotome cannelé que je pousse ensuite ainsi que la bougie qui le précède jusqu'à ce qu'il ait franchi tous les rétrécissements.

Troisième temps. — J'introduis alors dans la cannelure de mon urétrotome la petite lame tranchant qui en fait partie, et, faisant rapidement parcourir à la lame toute la longueur de la cannelure, j'incise d'un seul trait tous les rétrécissements.

Quatrième temps. — Je retire alors l'urétrotome cannelé, je le dévisse de dessus la bougie, je lui substitue l'urétrotome caché que j'introduis dès lors sans difficulté.

Cinquième temps.—Puis quand l'urétrotome caché est arrivé à sa destination, je presse sur la bascule qui fait ouvrir la lame et je retire le tout en incisant d'un seul trait et profondément tous les rétrécissements.

Sixième temps.—Enfin, pour m'assurer que l'opération a bien atteint son but, j'introduis dans l'urètre une bougie métallique du numéro 48 que je retire aussitôt.

Ceci étant fait, je laisse le malade parfaitement tranquille, sans plus jamais lui introduire ni sondes ni bougies.

Immédiatement après cette opération, le malade urine à plein canal et presque sans douleur. La sensation légère de cuisson qui a lieu au moment de l'émission de l'urine, disparaît au bout de quelques jours. Il en est de même du suintement mucoso-purulent qui accompagnait le rétrécissement.

Quant à l'hémorrhagie, elle se borne à quelques gouttes de

sang qui s'arrêtent d'elles-mêmes, au bout de peu d'instants.

Par prudence, j'engage les malades à rester quelques jours au repos, à prendre un bain, des boissons adoucissantes. Mais plusieurs fois j'en ai vu qui ont repris immédiatement leurs habitudes, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. le Dr Duchesne-Duparc ouvre aujourd'hui son cours public sur les maladies de la peau, à sa clinique de la rue Larrey, près l'Ecole de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin; chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par le professeur Sédillot, 1 vol. grand in-18 de 280 pages. L'ouvrage complet forme deux tomes publiés en 4 vol. in-18, avec 604 figures dans le texte. — Prix : 16 fr. — Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Mémoire sur la condition morbide de la luette et sur l'influence qu'elle exerce comme cause de nombreuses maladies, par le docteur Fulgence Fiévée de Jeumont. In-8. — prix : 1 fr. 25. — Paris, chez J. Hamel. libraire, 10, rue Racine.

De la percussion sur l'homme sain, procédés opératoires, réduits à leurs plus simples expressions, par le docteur L. Maillot. 1 vol. in-8 de 58 pages. Prix: 3 fr. Paris, 1855. — Chez J. B. Baillière. libraire de l'Académie. Rue Hautefeuille, 19.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de la goutte; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8; au bureau du Journal.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le Dr Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8°. — Au bureau du Journal. — Prix : 1 fr. 50.

En cours de publication dans le *Moniteur des hôpitaux*, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin par quartier de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de mdecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. — Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du Journal. — Prix: 2 fr.

L'ex-rédacteur en chef de l'ex-*Presse médicale* s'est cru en droit d'écrire, par voie d'huissier, à M. de Castelnau une lettre qui est aussi remarquable par la forme que par la véracité des assertions qu'elle renferme. M. de Castelnau ne voulant ni ne devant s'occuper des faits et gestes dudit ex-rédacteur, pas plus qu'il ne s'est occupé de l'administration dudit journal, mais ne redoutant nullement les venins, même celui des reptiles réchauffés, m'a chargé, sans s'inquiéter de la question de droit, de porter cette lettre à l'imprimeur.

Une prose de clerc d'huissier doit être à la portée d'un teneur de livres; je me suis donc permis de lire celle qui a été transcrite dans l'étude de Me Acart, et elle m'a suggéré quelques remarques que j'ai cru utile de communiquer à l'ex-rédacteur en chef de la *Presse médicale*.

1° La *Presse médicale* n'a nullement été recherchée par M. de Castelnau; mais on est venu lui proposer de l'acquérir *pour l'empêcher de périr, ce qu'elle allait faire dans quelques jours*. M. de Catelnau pria un de ses amis de s'intéresser à ce qu'il considérait comme une bonne action, la *Presse* paraissant à son début, rédigée dans de bonnes intentions. Cet ami accueillit cette proposition, et la *Presse* fut acquise. On lui assura une existence de deux ans, afin de laisser au *rédacteur-en-chef*-DIRECTEUR, le temps de se concilier les sympathies d'un nombre suffisant de lecteurs pour que le journal put se passer de tout secours étranger. Pendant tout ce temps, la position du *rédacteur-en-chef*-DIRECTEUR de la *Presse* est demeurée la même, et personne ne s'est immiscé dans l'administration, si ce n'est moi, pour acheter du papier, faire imprimer des bandes, envoyer le journal à la poste et inscrire ou plutôt désinscrire les noms des abonnés; seul, je puis donc avoir exercé une influence quelconque sur le désabonnement; le reste de la responsabilité appartient au *rédacteur-en chef*-DIRECTEUR;

2° Ledit rédacteur-directeur ignore sans doute que tout journal médical qui se fonde à Paris, et dont le prix d'abonnement ne dépasse pas 12 fr., a 400 abonnés assurés; il n'est pas besoin pour cela de s'appeler Paul plutôt que Jacques. Le difficile est d'augmenter ce nombre; le *rédacteur*-DIRECTEUR (et moi, si je dois être compté), n'a même pas su le conserver intact.

3° Le *rédacteur-directeur* parle des intérêts des abonnés de la *Presse*: quand il aura, (à l'aide des ressources que lui procure le petit emploi qu'un homme généreux lui a fait obtenir par charité, sur la prière de M. de Castelnau), remboursé à la caisse de la *Presse médicale* les deux mille et quelques cents francs qui lui ont été avancés par assistance, je pourrai, en qualité de comptable, lui donner, si l'on m'y autorise, les explications financières qu'il demande;

4° Voilà, si je ne me trompe, expliqué ce qui pouvait être un logogriphe pour tout le monde, excepté pour l'ex-*rédacteur-directeur* qui, ne pouvait y voir qu'une compatissante admonestation à une récrimination impudente. Un comptable ne doit pas avoir d'ire: puisse donc cette explication être légère à la pudeur de l'ex-*rédacteur-directeur*.

A. CRINON,
ex-commis-caissier de la *Presse médicale*.

« L'an mil huit cent........, j'ai, Eugène Acart, huissier...... fait sommation d'insérer la rectification suivante :

Paris, le 15 mai 1855.

« A M. H. de CASTELNAU, Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

« Le *Moniteur des hôpitaux* de ce jour contient, au sujet de la « *Presse médicale*, dont j'étais le rédacteur en chef, un article que je « ne puis laisser passer sous silence.

« Vous avez cru sans doute échapper à une rectification à force d'a-« dresse et de réticence,

« Mais il paraît que vous ne savez pas profiter des leçons que vous « inflige la justice;

« Je viens donc vous requérir d'insérer dans votre plus prochain « numéro l'explication du logogriphe que vous proposez à la sagacité « de vos lecteurs;

« Quatre mois après la création de la *Presse médicale*, j'avais près « de cinq cents abonnés, j'étais à la fois le rédacteur et l'administra-« teur du journal. M. de Castelneau ma dépêché le commis voyageur « du *Moniteur des hôpitaux* pour m'offrir de lui céder ma propriété, « je ne le connaissais pas alors, et la preuve, c'est que, quelques jours « plus tard, la chose était faite. Je restai rédacteur en chef et M. de Cas-« telnau devint administrateur de la *Presse*. Le nombre des abonnés « tomba de 500 à 105.—Et il faut que je m'en rapporte à M. de Castel-« nau, car je n'avais pu le savoir jusqu'ici.—Quelle peut être la cause « d'un pareil échec? Je me dis ceci : Pendant que j'étais seul, le jour-« nal était prospère; je m'associe avec M. de Castelnau et le journal « périclète. *Ergo*, l'influence malfaisante doit venir de M. de Castelnau.

« Si je voulais raisonner autrement que par syllogisme, cela me se-« rait facile, mais je n'ai point de goût pour le scandale.

« Or, il s'agit bien d'autre chose, et je prendrai la liberté de deman-« der à M. de Castelnau : qu'allez-vous faire de l'argent de mes abon-« nés que vous ne servez plus? Le restituer sans doute, car vous n'au-« riez pas le droit de parler d'*assistance* et de *charité*, si auparavant « vous ne vous mettiez à l'abri de poursuites judiciaires, pour n'avoir « pas rempli votre engagement. *Assistance* et *charité*, voilà de grands « mots et qui sentent le gentilhomme d'une lieue; malheureusement ils « sont ici un peu détournés de la signification que leur attribue le vul-« gaire.

« Voici la vérité :

« M. de Castelnau venait de subir un jugement qui lui interdisait « pendant quelques mois d'envoyer *le Moniteur des hôpitaux* aux « abonnés de certain journal. Il espérait donc, en devenant proprié-« taire anonyme d'une autre feuille, s'en servir pour ses projets de « vengeance, tout en faisant une bonne spéculation commerciale; mais « il ne m'a pas convenu de me rendre son complice. *Inde iræ!*

« Je laisse maintenant à vos lecteurs le soin de juger si vous n'avez « pas été imprudent de provoquer cette rectification. — J'ai l'honneur « de vous saluer, signé : Dr Alex. MAYER. »

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 62. 3e ANNÉE. Mercredi 23 mai 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

AVIS. — *Quand une réforme est rationnelle tous les bons esprits doivent l'adopter, quelque peu importante qu'elle soit. Or, si quelque chose était ridicule c'était de donner à un journal qui se compose et s'imprime, c'est-à-dire qui sort entier de chez l'imprimeur le lundi, par exemple, la date du lendemain mardi, et ainsi de suite. Depuis longtemps nous nous serions soustrait à cet usage, si nous n'avions craint de vouloir nous donner une importance que nous apprécions à sa juste valeur. Aujourd'hui que l'exemple de cette réforme a été donné par* la Presse, *il n'y aurait plus aucun motif acceptable de persévérer dans une habitude qui est un mensonge permanent. Notre journal portera donc la date du jour* où il est fait *et non celle du jour* où il est distribué.

De la saumure et de ses propriétés toxiques.

Par M. REYNAL.

Chef de service de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort.

(*Lu à l'Académie de médecine.*)

On sait que parmi les substances employées à l'alimentation des hommes et, plus rarement, des animaux, il y en a quelques-unes qui peuvent, dans certaines conditions et sous l'influence de causes encore peu connues, acquérir des propriétés vénéneuses. De ce nombre sont les viandes fumées et différentes préparations de charcuterie.

Tout le monde connaît les cas d'empoisonnement dus à cette cause qui ont été observés en France et en Allemagne. Le nombre des personnes qui en ont été les victimes s'est élevé, notamment en Allemagne, à un chiffre assez considérable pour éveiller l'attention de l'autorité, et pour provoquer les recherches de plusieurs hommes de science distingués. C'est aux travaux de ces savants, accomplis depuis quelques années, qu'on doit des connaissances plus précises qu'on n'en possédait avant eux, sur les transformations que subissent les préparations alimentaires dont il s'agit et sur les effets que leur ingestion détermine sur l'économie.

Le résidu provenant de la salaison des viandes et des poissons, et désigné sous le nom de saumure, détermine, dans plusieurs circonstances, ces effets.

La saumure est très-souvent employée dans différentes parties de la France. Les habitants des pays pauvres et des contrées montagneuses en font usage comme succédané du sel de cuisine. Ne voyant dans cette substance qu'une simple dissolution du sel marin, ils s'en servent par économie, soit pour assaisonner quelques préparations culinaires, soit pour remplacer un des condiments les plus utiles aux animaux domestiques : les aliments du porc, de la volaille, les provendes du gros et du petit bétail; les fourrages que ces derniers consom-

FEUILLETON.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux.

Par MM. Ch. DENONVILLIERS et L. GOSSELIN.

(1 fort vol. in-18.)

En analysant la 12e livraison du *Compendium de chirurgie*, nous exprimions le vœu que les auteurs de ce livre, s'entendant pour cela avec leur éditeur, publiassent à part ce qui est relatif aux maladies des yeux. Ce désir, nous le manifestions, parce que nous pensions que cette publication serait goûtée à cause de son mérite intrinsèque, et que cela nous semblait un moyen efficace de contribuer à détruire la fâcheuse tendance que l'on a aujourd'hui à chercher les affections de l'organe visuel, ailleurs que dans les traités généraux de chirurgie. Il semble, en vérité, qu'un chirurgien ne doive pas, ne puisse pas faire un bon traité d'ophthalmologie ; or, rien n'est plus propre à démontrer la fausseté de cette idée que la publication d'un traité des maladies des yeux bien complet bien condensé, sortant de la plume des chirurgiens. Cette preuve, M. le professeur Velpeau l'avait déjà donnée, MM. Denonvilliers et Gosselin viennent de la donner encore. Loin de nous la pensée de contester le mérite de certains ophthalmologistes, car les écrits de MM. Sichel, Desmarres, etc., seraient là pour nous donner un démenti ; mais ce que nous voulons, c'est que l'on soit bien et dûment convaincu qu'il n'est pas positivement besoin d'être un spécialiste pour bien décrire et bien traiter les maladies des yeux. Et qui donc, je vous prie, a mieux étudié ces maladies que M. le professeur Velpeau? Qui donc les connaît mieux que M. le professeur Laugier?

Nous retrouvons dans le *Traité théorique et pratique des maladies des yeux* les chapitres que nous avons déjà analysés à propos de la 12e livraison du *Compendium*, sur les affections des paupières, de l'appareil lacrymal, sur les inflammations du globe oculaire, sur les maladies propres aux divers éléments de l'œil, et nous ne devons reprendre notre analyse qu'à partir des lésions du cristallin.

Les déplacements du cristallin auxquels on applique assez malheureusement le nom de luxation, reconnaissent une origine traumatique; mais une observation rapportée par M. Laney à la Société de chirurgie, et deux autres communiquées à la même Société par un chirurgien de Lausanne, M. Recordon, donnent jusqu'à un certain point le droit de se demander si le déplacement du cristallin ne peut pas être spontané ; cependant MM. Denonvilliers et Gosselin ne considèrent pas les trois faits mentionnés comme étant suffisamment probants et ils pensent que la maladie est toujours la suite d'une lésion traumatique de la capsule.

L'histoire de la cataracte est et restera peut-être longtemps encore l'une des parties de l'ophthalmologie qu'il est le plus difficile d'exposer avec une grande précision. Cette difficulté, il est facile de la com-

ment sont souvent mélangés avec la saumure, ou arrosés avec ce liquide pur ou étendu d'eau.

Dans les campagnes, l'empirisme fait encore un fréquent usage, à titre de remède, de la saumure qu'il considère comme une espèce de panacée universelle.

Quelle que soit la maladie, grave ou légère, dès que les animaux ne manifestent plus d'appétit, les guérisseurs se hâtent d'administrer un ou plusieurs breuvages de saumure.

Quelle que soit l'espèce de viande que l'on sale dans un but de conservation, porc, bœuf ou poisson, on obtient toujours pour résidu liquide la saumure.

Dans tous les cas, ce liquide est le résultat de l'action que le chlorure de sodium exerce sur les viandes et de la dissolution de ce sel par l'eau ou la sérosité que ces viandes abandonnent. La quantité de sel employée pour la salaison est variable suivant la qualité et l'espèce de viande et suivant la contrée où on la pratique. En France, pour la viande de porc, la proportion de sel est de 10 p. 100.

Avant de faire connaître les expériences que j'ai tentées pour éclairer l'importante question d'hygiène publique sur laquelle je viens appeler l'attention de l'Académie, il me paraît indispensable, pour l'intelligence plus parfaite de mon travail, d'énumérer rapidement les propriétés physiques et chimiques de la saumure, et d'étudier son action sur l'économie.

Propriétés physiques de la saumure.

Couleur. — Non filtrée, la saumure offre une teinte rouge analogue à celle d'une eau qui aurait servi à laver de la chair musculaire; elle est rendue un peu plus trouble par les matières organiques qu'elle tient en suspension. Les unes gagnent le fond du vase par le repos; les autres, graisseuses, plus légères, s'élèvent à la surface du liquide.

Odeur. — L'odeur est peu caractéristique; elle a quelque analogie avec celle d'une solution affaiblie d'osmazome.

Saveur. — La saumure a la saveur de l'eau saturée de sel marin; quand cette première impression est dissipée elle laisse dans la bouche un léger goût acide qui rappelle celui du bouillon un peu sûr.

Densité. — La densité mesurée au pèse-sel, est d'autant plus grande que la proportion de chlorure de sodium est plus considérable; en moyenne, elle est de 22 à 25 degrés.

Propriétés chimiques — La saumure est faiblement acide; suivant M. Clément, préparateur du cours de chimie à l'école d'Alfort, cette propriété est due à une petite quantité de lactate acide d'ammoniaque qu'elle contient en solution.

Voici, du reste, sa composition chimique :

1° Eau	71,96
2° Chlorure de sodium	23,75
3° Chlorure de calcium	traces
4° Sulfate de soude	3,00
5° Matières animales	0,29
6° Albumine dissoute	0,28
7° Lactate acide d'ammoniaque	0,69

Cette saumure était préparée depuis un an. Celle dont la préparation remontait à 2, 4 et 6 ans, présentait, à peu de chose près, la même composition.

Action de la saumure sur l'économie. — Personne, que nous sachions du moins en France, n'a parlé des propriétés toxiques de la saumure. A l'époque où je recueillis pour la première fois un exemple d'empoisonnement de huit petits porcs, je fis des recherches bibliographiques, et je ne trouvai dans les nombreux articles consacrés à l'examen de cette substance, soit dans les ouvrages, soit dans les recueils périodiques, que des considérations ayant trait à ses modes divers de préparation et à son emploi à titre de condiment.

Les premières observations relatives aux propriétés vénéneuses de la saumure, ont été publiées en Allemagne. Parmi les exemples observés sur le porc, les chevaux, les grands et les petits ruminants, je citerai les suivants, qui méritent, sous plusieurs rapports, d'être connus.

Un des savants professeurs de l'école vétérinaire de Berlin, M. Spinola, a constaté l'empoisonnement de 18 porcs, qui sont tous morts après avoir mangé un mélange de son et de saumure de viande.

M. Fush, professeur à l'école vétérinaire de Carlsruhe, dans son *Traité de Pathologie générale* des animaux domestiques, dit que la saumure provenant de viandes et de harengs salés occasionne, dans certaines circonstances, sur tous les animaux des accidents redoutables.

M. Albert, vétérinaire à Schverte, dans un article inséré dans le *Magasin vétérinaire de Berlin*, décrit avec soin les symptômes qu'il a observés sur les porcs empoisonnés par la saumure.

Un vétérinaire distingué du grand-duché de Luxembourg m'a communiqué quatre faits du même genre, observés sur les chevaux; les rapports de cause à effet y sont tellement manifestes, que je crois utile de les résumer brièvement.

---

prendre, quand on se rappelle les célèbres débats auxquels a donné lieu la détermination du siége de cette affection; et depuis que Brisseau (1705) et bientôt Maître-Jean (1707) Méry (1708) établirent que la perte de la vision attribuée par les anciens à une membrane tendue au-devant du cristallin, était due à l'opacité de la lentille elle-même; depuis Heister décrivant la cataracte lenticulaire et la pelliculaire, depuis Ténon (1755) indiquant la cataracte capsulaire postérieure et l'antérieure, et Hoin en plaçant le siége dans l'humeur de Morgagni, depuis Richter multipliant à l'infini les variétés, et Beer suivant les mêmes errements et fondant une école qui fit de nombreux prosélytes en Allemagne, jusqu'à M. Malgaigne niant l'existence de la cataracte capsulaire, jusqu'à M. A. Richard, en niant la possibilité et M. Broca montrant bientôt deux cas authentiques de cataractes capsulaires, que de discussions sur le siége et les variétés de cette affection! Que d'incohérence dans la symptomatologie! Que de points obscurs dans le diagnostic des variétés! Enfin, que d'éléments divers doivent entrer en ligne de compte quand il s'agit d'apprécier les méthodes et les procédés opératoires!

MM. Denonvilliers et Gosselin, dans un traité pratique des maladies des yeux, n'ont pu qu'effleurer toutes ces questions. Ils ont dû composer ce chapitre d'une façon dogmatique, indiquant les préceptes les plus précis, donnant le résumé de la pratique la plus générale. Les auteurs divisent leur article en cinq paragraphes : 1° cataracte vraie; 2° cataracte secondaire; 3° cataracte traumatique; 4° cataracte congéniale; 5° fausses cataractes. La cataracte vraie comprend les cataractes ordinaires et les cataractes rares ou exceptionnelles. Nous faisons remarquer cette subdivision, parce qu'elle nous paraît fondée en principe et très-utile en pratique. La cataracte ordinaire comprend la cataracte cristalline dure, que l'on appelle à tort centrale, puisque les recherches de M. Malgaigne ont prouvé que, le plus souvent elle n'occupait pas le centre de la lentille; la cataracte cristalline molle, qui ne mérite pas non plus le nom de corticale, et dans laquelle se range celle que Hoin avait indiquée sous le nom de cataracte morgagnienne. Tenant compte des observations présentées par M. Malgaigne et de leur propres recherches, les auteurs du *Traité des maladies des yeux* rejettent l'existence de la cataracte capsulaire pure, mais ils admettent l'opacité du cristallin et de la lentille ensemble, et du reste, cette variété beaucoup plus rare qu'on ne l'avait cru, ne saurait être mise en doute, aujourd'hui que nous connaissons deux pièces disséquées par MM. Denonvilliers et Gosselin, et deux autres décrites par MM. Broca et Robin. Les cataractes insolites sont la cataracte noire, la cataracte à trois branches, les cataractes en étoile, déhiscentes, de Jœger et Sichel, corticale antérieure, corticale postérieure, circonférentielle, pyramidale, siliqueuse, branlante, cystique, bursale, et tant d'autres qui ne sont que des cataractes ayant subi quelque modification qui leur donne un aspect particulier et dont le nombre pourrait être multiplié à l'infini en suivant les données de l'École allemande.

(*La fin au prochain numéro.*)

Un propriétaire du district du grand-duché de Luxembourg, sur le conseil d'un guérisseur, fait prendre de la saumure à quatre chevaux malades; il en donne un litre à chaque animal. Sur ce nombre, deux moururent empoisonnés en moins de 24 heures, un après deux jours de souffrance; le quatrième, qui n'avait pris que la moitié de la dose, fut atteint d'une inflammation grave du canal intestinal, qui céda au traitement mis en pratique par M. Fischer. La saumure dont le guérisseur avait fait usage était vieille de huit mois.

Les faits qui précèdent et ceux, quoique peu nombreux, recueillis en France, paraissent déjà concluants; cependant, pour leur donner une valeur pratique incontestable, je crus devoir les contrôler par l'expérimentation directe : c'était d'ailleurs le seul moyen de connaître les conditions au milieu desquelles la saumure acquiert des propriétés vénéneuses, la dose à laquelle elle occasionne la mort des animaux, les organes sur lesquels elle porte son action, et les moyens d'atténuer ou d'annuler ses effets toxiques.

Telles sont les diverses questions que je me propose d'examiner dans ce Mémoire, dont je donne ici le sommaire.

(La suite au prochain numéro.)

Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre.

Lu à l'Académie des sciences le 14 mai 1855.

Par M. le Dr J.-G. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

(Suite. — Voir notre dernier numéro.)

OBSERVATIONS.

Observation I. — *Rétrécissement de l'urètre. — Urétrotomie immédiate, sans dilatation préalable ni consécutive. — Guérison.*

Cozette, âgé de 31 ans, entra à l'hôpital de la Pitié le 21 mars 1855, salle Saint-Louis, 18, pour se faire traiter d'un rétrécissement de l'urètre. Depuis huit mois, ce malade éprouvait une difficulté de plus en plus grande à uriner; depuis un mois, cette difficulté était excessive et s'accompagnait d'un écoulement. L'exploration du canal avec une bougie à boule de très-petite dimension me permit de constater dans la région spongieuse, à 8 centimètres de profondeur, un rétrécissement fort étroit et long de 5 à 6 millimètres que j'opérai immédiatement de la manière suivante :

J'introduisis dans le canal une bougie flexible d'un très-petit calibre, 0,004 millim. de circonférence, et munie d'un ajustage à son extrémité libre. Après quelques tâtonnements, je parvins à franchir l'obstacle et à pénétrer dans la vessie: vissant alors sur l'ajustage l'extrémité de l'urétrotome de M. Civiale, je le poussai lentement, jusqu'à ce que la pointe de l'instrument, guidée par la bougie, eût franchi le rétrécissement. Dès que l'obstacle opposé au passage de la saillie du sécateur m'indiqua que j'étais arrivé sur le rétrécissement, je fis saillir la lame de l'instrument et incisai d'avant en arrière. Puis, l'obstacle franchi et dépassé, je ramenai l'urétrotome d'arrière en avant, de façon à explorer de nouveau le canal. Sentant encore un peu d'étroitesse au niveau du rétrécissement, je fis de nouveau saillir la lame et agrandir l'incision d'arrière en avant. Je retirai alors l'instrument et la bougie conductrice.

Dans ce canal, où quelques instants auparavant les bougies les plus fines, de 0,040 millim. de circonférence, pénétraient avec difficulté, je pus immédiatement introduire une sonde métallique de Mayor, numéro 40, sans éprouver aucune résistance, et la retirai aussitôt. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang.

Pendant quelques jours, je prescrivis au malade des bains, une alimentation légère. Aucun accident ne vint entraver la marche de la guérison. Le malade ne cessa pas un instant d'uriner avec la plus grande facilité. Je ne passai ni sondes, ni bougies.

Le 2 avril, treize jours après l'opération, le malade urinait toujours avec la même facilité; j'explorai le canal avec une bougie à boule, puis avec la sonde Mayor, numéro 48, sans rencontrer aucun obstacle. Le malade quitta l'hôpital le lendemain.

Observation II. — *Rétrécissements multiples rebelles à la dilatation progressive. — Urétrotomie immédiate sans dilatation préalable ni consécutive. — Guérison.*

Bondin, âgé de vingt-neuf ans, vernisseur, entra le 20 mars 1855 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, 27.

Ce malade entra au mois d'octobre 1854, dans un des hôpitaux de Paris, pour se faire traiter d'un rétrécissement de l'urètre qui ne lui permettait plus d'uriner qu'avec la plus grande difficulté; là, il fut soumis au traitement par la dilatation lente. Des bougies extrêmement fines avaient été introduites avec peine et laissées à demeure, et déjà elles étaient remplacées par des bougies assez volumineuses quand le malade quitta l'hôpital.

Dès le 20 mars, lorsque le malade entra dans mon service, le rétrécissement était revenu à son état primitif. L'exploration à l'aide d'une petite bougie à boule me permit de reconnaître en arrière du méat un premier rétrécissement de peu d'importance et un deuxième à 12 centimètres à peu près, d'une étroitesse extrême et qu'il me fut impossible de franchir avec la boule exploratrice.

Immédiatement, sans dilatation préalable, j'introduisis, non sans peine, une bougie exploratrice, fine et flexible, n° 3, jusque dans la vessie. Sur son ajustage, je vissai l'urétrotome de Civiale et incisai les rétrécissements par le même procédé que dans l'observation précédente. Mais l'incision me paraissant trop superficielle, je substituai à ce sécateur l'urétrotome de frère Côme et complétai le débridement. Il me fut facile de m'en assurer par l'introduction d'une sonde d'étain, n° 48, ce que je pus faire avec une extrême facilité.

De petits frissons apparurent dans la nuit et le jour suivant; mais ils cédèrent facilement à l'emploi des bains et des émollients, et se jugèrent par une éruption d'herpès labialis.

Le 28, huit jours après l'opération, j'introduisis une sonde métallique, n° 40. Elle passa avec la plus grande aisance, le canal n'avait rien perdu du calibre que lui avait donné l'incision.

Le 7 avril 1855, l'écoulement urétral avait complétement disparu, l'urine était expulsée à plein canal, sans douleur, le malade quitta l'hôpital.

Observation III. — *Rétrécissements multiples de l'urètre, rebelles à la dilatation. — Urétrotomie immédiate sans dilatation préalable ni consécutive. — Guérison.*

Mercier, âgé de quarante-six ans, colporteur, entra, le 8 mars 1855, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 3.

Au mois de novembre 1853, ce malade fut traité pour un rétrécissement par la dilatation lente. Depuis cette époque, les rétrécissements se sont reproduits, et lors de son entrée à l'hôpital de la Pitié, le 8 mars, il ne pouvait plus uriner que goutte à goutte et avec d'assez vives douleurs.

Je constate un écoulement urétral, blanchâtre, assez abondant. L'introduction d'une bougie de 1 millimètre et demi de diamètre, fut suivie d'une bougie à boule à peine plus volumineuse, qui me permit de constater l'existence d'une série de rétrécissements très-étroits que j'incisai en deux séances.

Dans la première, qui eut lieu le 21 mars, j'incisai seulement les deux rétrécissements les plus antérieurs. Dans la seconde, qui eut lieu le 3 avril, je terminai l'incision des rétrécissements profonds, puis, introduisant dans l'urètre l'inciseur de frère Côme que j'ouvris à 1 centimètre et demi, j'incisai largement toutes les parties rétrécies. Je pus introduire immédiatement, sans plus ren ontrer d'obstacle, une sonde Mayor, n° 48. Quelques gouttes de sang à peine s'étaient écoulées.

Aucun accident ne vint entraver la marche de la guérison. L'expulsion ne cessa pas un instant de se faire à plein canal.

Le 7 avril, je passai dans le canal une sonde Mayor, n° 48, sans rencontrer aucun obstacle; le malade sortit de l'hôpital.

Observation IV. — *Rétrécissements multiples de l'urètre, permettant difficilement l'introduction des bougies les plus fines. — Urétrotomie à l'aide de la bougie conductrice, sans dilatation préalable ni consécutive. — Guérison.*

Bardel Louis, âgé de 40 ans, me fut envoyé le 12 avril 1855, par un de nos plus illustres confrères, pour un rétrécissement de l'urètre parvenu au dernier degré d'étroitesse. Le malade n'urinait plus que goutte à goutte et avec des efforts inouïs.

Je procédai immédiatement à l'exploration de son canal, avec une bougie filiforme, munie d'un ajustage. Je rencontrai coup sur coup trois rétrécissements que je ne parvins à franchir qu'après de longues tentatives. A plusieurs reprises, je dus changer de bougie, en tortiller l'extrémité. Enfin, à force de patience et de douceur, je pénétrai dans la vessie. J'introduisis alors dans la cannelure, une petite lame munie

d'un long stylet, à l'aide duquel je la fis glisser lentement jusqu'au premier rétrécissement, que j'incisai d'avant en arrière. Ce premier rétrécissement franchi, j'incisai de la même manière le deuxième et le troisième. Mais ce débridement étant insuffisant pour assurer la guérison, je retirai la sonde cannelée et j'articulai à la bougie conductrice un instrument sécateur plus volumineux, qui me permit de terminer l'opération.

Observation V. — *Rétrécissements multiples et fort anciens. — Guérison immédiate sans dilatation préalable ni consécutive.*

M. T....., âgé de cinquante-huit ans, était depuis trente ans environ, affecté de rétrécissements multiples de l'urètre, dont il avait été traité par les plus grandes notabilités chirurgicales de l'époque. Dupuytren, Dubois, Ducamp, et plus récemment MM. Civiale, Ségalas, Leroy-d'Etioles, etc., lui avaient successivement donné des soins. Moi-même, il y a deux ans, je l'avais soumis pendant plusieurs mois au traitement par la dilatation lente.

Tous ces traitements n'avaient amené qu'une amélioration passagère, achetée souvent au prix d'accidents fort graves qui plusieurs fois même avaient compromis sa vie.

Depuis un an environ, M. T..... avait renoncé à toute espèce de traitement, et la difficulté d'uriner était devenue telle, que cette fonction était l'occupation principale de sa vie.

Sur ces entrefaites, M. T..... fut affecté d'une maladie grave du genou qui le retint au lit depuis plusieurs mois et pour laquelle on demanda de nouveau mes soins.

Telle était la position de M. T..... quand je proposai de le soumettre à l'urétrotomie d'après ma nouvelle méthode. Cette méthode ayant été agréée par M. T....., et par M. Marx, son médecin, j'y procédai le de la manière suivante :

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, j'introduisis une bougie, n° 3, sur laquelle je vissai ensuite un petit tube cannelé à peine plus volumineux qu'elle et légèrement courbe à son extrémité. Ce petit tube poussé lentement et avec précaution pénétra peu à peu dans le canal en suivant la bougie qui le précédait et parvint dans la vessie. Alors je glissai dans la cannelure du tube une petite lame tranchante avec laquelle j'incisai d'un seul coup tous les rétrécissements ; puis retirant le petit tube, je lui substituai un lithotome de frère Côme, qui dirigé par la bougie conductrice, pénétra facilement dans le canal déjà préparé par le premier débridement et me servit à donner aux incisions les dimensions convenables. Pour cela, je l'ouvris à 15 millimètres d'étendue et le retirai ainsi dans toute la longueur du canal en dirigeant son tranchant en bas sur la ligne médiane.

Immédiatement il me fut facile d'introduire une bougie d'étain, du n° 48. La quantité de sang qui s'écoula, après cette opération, ne dépassa pas une cuillerée à café. Aucun accident ne s'est manifesté, sauf un petit accès de fièvre qui n'a pas eu de suite, et depuis lors. le malade qui depuis trente ans n'urinait que par gouttes ou par un jet filiforme, urine à plein canal et sans aucun effort.

Discours de M. Baillarger.

(Suite, voir notre numéro 60).

Le traitement moral ne consiste pas seulement, je le sais, à provoquer ainsi à un moment donné une impression plus ou moins forte, mais il doit être longtemps continué. Il faut tenir le malade en haleine, le harceler, pour ainsi dire et ne pas lui laisser de répit jusqu'à ce qu'on ait modifié ses idées. Tout cela est vrai, mais la maladie qui cède en partie au moins à ces luttes longues et opiniâtres n'est déjà plus celle qu'on guérit par un simple raisonnement ou par quelques paroles. Or, ce que je combats ici c'est surtout l'opinion que M. Bousquet a formulée dans les termes que je viens de rappeler.

En résumé, ne voir dans l'aliéné qu'un homme qui se trompe; assimiler la folie à une erreur qui domine l'esprit et dont l'origine est presque toujours une mauvaise passion ; prétendre guérir les fous par de simples raisonnements, c'est arriver presque à son insu à spiritualiser la folie à ce point que la dénomination de *maladie de l'âme* s'est présentée naturellement. Soit qu'on envisage la folie au point de vue de la philosophie, de la morale ou de la médecine c'est là, je crois, une tendance fâcheuse et on comprend que M. Moreau ait songé à réagir contre elle. Il faut donc s'en tenir à l'opinion populaire et reconnaître tout simplement dans la folie une maladie du cerveau.

Je n'insiste pas plus longtemps sur ce sujet, et je passe à la question nosologique.

Je rappellerai que M. Bousquet, après avoir critiqué la division du délire partiel et de la manie ; après avoir rappelé les transformations que présente souvent la folie, ajoute d'une manière générale que les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres.

Il y avait ici. je crois, Messieurs, deux choses à distinguer, et je regrette que M. Bousquet n'ait semblé en voir qu'une seule. Ces deux choses sont : d'une part, les classifications établies pour séparer les unes des autres les différentes maladies mentales ; et d'autre part les distinctions qu'on a faites entre les diverses variétés de la folie proprement dite.

M. Bousquet, je n'en doute pas, eût atténué la sévérité de son jugement, s'il eût envisagé ces deux points au lieu de ne voir que le dernier. C'est surtout, en effet, dans la classification des maladies mentales considérées d'une manière générale, que la science a réalisé d'assez grands progrès.

Je me bornerai à citer les deux faits suivants :

Sous le nom d'*idiotisme*, Pinel réunissait trois maladies différentes et qu'Esquirol a très-nettement séparées. Ce sont d'une part l'idiotie congéniale, la démence au dernier degré et enfin ce qu'on a appelé depuis démence aiguë, stupidité ou mélancolie avec stupeur.

Esquirol, Messieurs, en établissant des distinctions, en débrouillant ce chaos où se trouvaient confondues sous la même dénomination des choses si différentes, Esquirol n'a-t-il pas rendu un véritable service à la science ? Ces distinctions ont-elles jamais été contestées ? Ne sont-elles pas faciles à établir dans la pratique ? Poser ces questions c'est en même temps les résoudre, et toute discussion à cet égard serait superflue.

Je passe au second point.

Il y a trente ans environ, une maladie nouvelle a été découverte dans les asiles d'aliénés. Elle a été d'abord considérée comme une complication de la folie. Esquirol et Georget, qui ont commencé à la décrire, voyaient chez l'aliéné paralytique deux affections distinctes : la folie d'une part, la paralysie générale de l'autre. Plus tard M. Bayle a montré que ces deux maladies ne devaient être considérées que comme deux ordres de symptômes d'une seule et même unité morbide, et la paralysie générale a été ainsi définitivement constituée.

Aujourd'hui quand on nous amène un aliéné, notre premier soin est de rechercher s'il est atteint de folie simple ou si c'est un fou paralytique, et dans l'immense majorité des cas, le diagnostic n'offre point de difficultés.

Nous avons même à la Salpétrière deux sortes de registres où sont inscrites, séparément, dès leur entrée, ces deux classes d'aliénées.

Voilà donc encore une aliénation facile à distinguer, et que Pinel confondait avec toutes les autres. Quand on songe à tout ce que cette confusion entretenait d'erreurs dans l'histoire générale de la folie, n'est-on pas forcé d'admettre qu'ici encore la science a réalisé un très-grand progrès. M. Bousquet le reconnaît si bien qu'il proclame avec raison dans son rapport que c'est là une des plus précieuses acquisitions de la science moderne.

Quand il n'y aurait que les deux faits que je viens d'énoncer, serait-il équitable de dire qu'en fait de classification, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres ?

Je sais bien, Messieurs, que les critiques de l'honorable rapporteur ne portent pas sur les classifications des maladies mentales, mais seulement sur les distinctions établies entre les diverses variétés de la folie proprement dite. Je dis seulement qu'en formulant d'une manière générale ce jugement si sévère que les médecins aliénistes, en fait de classifications, ne sont à l'aise que dans les livres, il eût été équitable de rappeler les principaux progrès que la science a faits, sous ce rapport, depuis quarante ans.

J'arrive maintenant aux objections véritables présentées par M. Bousquet. « Il se mêle, dit-il, presque toujours un peu de manie dans le délire partiel, tandis qu'il est bien rare que les délires maniaques soient sans prédominance d'une ou de plusieurs séries d'idées particulières. » Cette objection, je le dis à regret, ne me paraît pas bien choisie, et je vais essayer de le démontrer.

M. Bousquet semble croire, en effet, que l'étendue du délire est le seul caractère important de la manie. Or, il n'en est pas ainsi, et il me suffira, pour le prouver, de citer ici un auteur dont personne ne méconnaît la grande autorité. Je veux parler de M. Guislain.

« Le caractère pathognomonique le plus général de la manie consiste, dit-il, dans l'exagération, l'exaltation, l'agitation, les passions agressives. »

Puis il ajoute que cette maladie porte généralement avec elle la pétulance, la force, la puissance.

Vous le voyez, Messieurs, il n'est pas même question du délire et de son étendue.

Esquirol avait aussi très-bien remarqué que la manie existe souvent sans que le délire soit véritablement général. Il me suffira pour ne

pas laisser de doutes à cet égard, de rappeler la manière dont il a répondu aux critiques qu'avait déjà soulevées le mot monomanie.

« On nie, dit-il, qu'il existe des monomaniaques. On prétend qu'il n'y a pas d'aliéné déraisonnable sur un seul objet...... Je demanderai si les maniaques déraisonnent toujours et sur toute sorte de sujets, si toujours toutes leurs facultés intellectuelles sont perverties. »

J'ajouterai, Messieurs, qu'il suffirait de se reporter aux traitements si différents, employés contre la manie et contre le délire partiel, pour rester convaincu que l'embarras qu'on éprouve dans la pratique pour distinguer ces deux maladies, n'est pas aussi grand que paraît le croire M. Bousquet.

Quel est le traitement le plus généralement adopté pour combattre la manie? Ce sont les bains prolongés. M. Ferrus, l'année dernière, a fait à l'Académie un rapport dans lequel il insiste de nouveau sur l'efficacité de ce moyen.

Comment, au contraire, combat-on le délire partiel? Personne n'a songé ici aux bains prolongés, et l'on a surtout préconisé le traitement moral, et, dans ces dernières années, l'influence de la religion. Or, si les médecins ne sont pas d'accord sur la part plus ou moins grande qu'il convient de faire à ces moyens dans le traitement du délire partiel, il n'est personne qui révoque leur utilité en doute. Pour la manie, il en est tout différemment.

Quand M. Leuret parle de l'emploi du traitement moral, il ne prétend pas l'appliquer à tous les malades indistinctement, et il commence au contraire par éliminer les aliénés chez lesquels on observe « de l'apathie, de l'agitation, de la loquacité. »

De même pour l'influence religieuse, on a bien eu soin de spécifier que ce moyen est surtout précieux dans les cas nombreux de délire partiel.

Comment supposer, Messieurs, que deux maladies, dont l'une réclame l'emploi des bains prolongés, et l'autre celui des moyens moraux, sont si difficiles à distinguer dans la pratique?

La différence si tranchée des indications ne suffit-elle pas pour prouver toute la distance qui sépare les deux affections?

Au reste, je n'ai en aucune façon la pensée de nier les difficultés qu'on éprouve dans un certain nombre de cas pour classer les différents genres de folie. Ces difficultés existent dans toutes les maladies; elles sont plus grandes dans les névroses et les vésanies en particulier, constituent moins que les autres une exception. Il y a partout, on le sait, entre les types véritables des cas intermédiaires qui établissent une sorte de transition, et c'est là le véritable terrain des difficultés.

Je disais, il n'y a qu'un instant, que l'exemple du délire partiel et de la manie n'était peut-être pas au point de vue de M. Bousquet complétement bien choisi. J'ajouterai, en effet, que la mélancolie et la manie lui auraient peut-être fourni un meilleur argument.

Il me serait facile de faire ici, pour la classification des différents genres de folie, ce que j'ai fait pour celle des maladies mentales en général, et de montrer que la science aussi a réalisé sous ce rapport quelques progrès, mais je craindrais de me laisser entraîner à de trop longs détails et d'abuser des moments de l'Académie.

En résumé, je crois, messieurs, que la critique de notre collègue, pour ce qui a trait à la question nosologique, a été trop générale et son jugement trop sévère. En outre, il eût fallu, comme je l'ai dit en commençant, avoir soin de distinguer la classification des maladies mentales en général et celle des différents genres de folie en particulier.

Je suis loin d'ailleurs de me plaindre des critiques que M. Bousquet a adressées aux médecins aliénistes en général, puisqu'elles m'ont fourni une nouvelle occasion de rappeler les travaux d'Esquirol et les services qu'il a rendus à la science.

Je partage en grande partie, messieurs, l'opinion de l'honorable rapporteur sur la question anatomo pathologique; je n'aurai donc ici qu'à reproduire en les développant les arguments qu'il a présentés. Je ferai une seule remarque à propos des auteurs cités par M. Bousquet comme s'étant *sérieusement* occupés d'anatomie pathologique. Ces auteurs seraient : Pinel, Esquirol, Georget et M. Lélut.

Si on excepte M. Lélut, qui a fait un travail spécial et très-étendu sur l'anatomie pathologique, on ne saurait, je crois, citer les trois premiers d'une manière aussi exclusive.

Non-seulement Pinel n'a pas fait de recherches importantes sous ce rapport, mais ce qu'il eût pu faire était d'avance presque frappé de nullité par cette seule raison qu'il ne connaissait pas la paralysie générale. Or, sans cet élément nouveau, il n'y a dans l'anatomie pathologique des aliénés qu'erreur et confusion.

Les travaux d'Esquirol, non plus que ceux de Georget, ne sauraient à mon avis être mentionnés d'une manière spéciale.

Il m'eût donc paru nécessaire de citer en outre les hommes dont les recherches d'anatomie pathologique ont été les plus persévérantes et qui, sous ce rapport, professent des opinions opposées à celles d'Esquirol et de M. Lélut. Je veux parler de Bouchet et de Casauvielle, de MM. Calmeil, Foville et Parchappe, et enfin de notre collègue M. Ferrus.

Je passe à la question de physiologie pathologique :

M. Bousquet a réservé ses critiques les plus vives pour combattre le rapprochement fait entre la folie et les rêves du sommeil. A ses yeux il n'y a nulle affinité entre ces deux états, et l'opinion émise par M. Moreau lui paraît choquer toutes les vraisemblances.

Avant de discuter ce point, il importe, à mon avis, de le bien préciser.

Il ne s'agit pas de savoir, en effet, si l'état cérébral d'un homme qui dort est *identiquement* le même que celui d'un autre homme en proie au délire. Autant vaudrait demander si les conditions sont les mêmes dans l'insomnie complète et opiniâtre, et pendant la veille ordinaire? Il est évident que rien n'est plus anormal que l'insomnie opiniâtre; rien de plus anormal surtout que la continuation pendant la veille d'une partie des conditions du sommeil. Il faut pour que cela ait lieu un dérangement plus ou moins grave et un état organique nouveau. Cette objection du savant rapporteur que, s'il n'y a pas de folie sans lésion cérébrale, il faut dire la même chose du sommeil, cette objection, messieurs, me fait craindre qu'il n'ait peut-être pas suffisamment compris ce qu'il s'agit réellement de discuter.

On peut parfaitement admettre, en effet, qu'il y a une lésion dans la folie sans que la même lésion existe pendant le sommeil. Est-il donc nécessaire de supposer qu'il y a une lésion cérébrale pendant la veille parce qu'il en existe une pendant l'insomnie prolongée?

Disons donc, Messieurs, que ce qu'il s'agit de faire admettre ce n'est pas l'identité de l'état organique dans les deux cas, mais seulement l'analogie extrême que présentent au point de vue psychologique les rêves et la folie, et les précieux enseignements qu'on peut tirer de cette étude comparée.

Je vais donc chercher à démontrer qu'il y a sous ce rapport plus qu'une simple comparaison tout au plus propre à faire comprendre sa pensée, et qu'on trouve au contraire des rapports intimes et étroits entre les deux états.

Quelle est la condition principale des rêves? C'est l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination qui, abandonnées à elles-mêmes, forment mille combinaisons bizarres auxquelles nous assistons sans pouvoir les modifier. C'est ce que M. Maury a appelé l'automatisme de l'intelligence.

Cette condition d'exercice involontaire des facultés se retrouve dans les rêveries de la veille et pendant les distractions prolongées. On l'observe souvent chez les hommes livrés à de profondes méditations. Elle est chez eux le résultat de la fatigue; car pour l'intelligence, l'indépendance, c'est le repos.

Beaucoup d'hommes célèbres ont été, comme on le sait, cités pour leurs distractions, distractions qui vont parfois si loin qu'elles ôtent toute conscience du monde extérieur et portent souvent aux actes les plus étranges. Témoin Newton, saisissant un jour la main de sa fiancée placée auprès de lui, et avec un doigt de cette main que la jeune fille lui a abandonné sans défiance, enfonçant dans sa pipe le tabac enflammé.

En présence d'un tel acte, ne peut-on pas dire que celui qui l'a commis rêvait tout éveillé, et qu'il n'a rien moins fallu qu'un cri de douleur pour l'arracher à son rêve?

Voilà donc l'automatisme pendant les rêves du sommeil, pendant les distractions et les rêveries de la veille. Nous allons le retrouver comme condition principale et comme point de départ du délire et de la folie, car à ce point de vue nous n'établissons aucune différence.

Dans la folie, l'exercice involontaire des facultés affecte deux formes et se présente dans deux conditions très-différentes.

Pour bien faire comprendre ces deux conditions, il suffira de rappeler que dans l'état normal nous avons à lutter contre deux tendances contraires.

Tantôt nous cherchons à fixer telle ou telle série d'idées, à la retenir plus ou moins longtemps et à comprimer, pour ainsi dire à éloigner les idées étrangères qui se présentent involontairement.

Dans l'autre cas, lorsque par l'effet des passions et des préoccupations qu'elles entraînent, nos idées tendent à s'immobiliser, nous sommes obligés de lutter pour les faire disparaître et pour les remplacer par d'autres.

La manie et la monomanie nous présentent l'automatisme des facultés dans les conditions opposées que je viens d'indiquer. Le maniaque ne peut fixer les idées qui surgissent en foule et pêle-mêle dans

son cerveau; il est débordé par elles, et ses impressions se succèdent sans ordre et sans suite.

Le monomaniaque au contraire en proie à des idées fixes est aussi impuissant que le maniaque, mais d'une manière différente. En vain cherche-t-il à chasser les préoccupations qui le dominent, elles reviennent sans cesse avec une opiniâtreté contre laquelle échouent tous ses efforts.

Le renouvellement trop rapide des idées ou leur fixité trop grande tiennent assurément à deux états différents, mais dans les deux cas il y a également perte du pouvoir personnel, et l'exercice des facultés est également involontaire.

Je sais, Messieurs, que le mode de production du délire a été envisagé d'une manière différente.

Esquirol a beaucoup parlé des lésions de l'attention, et on peut voir que ses idées, sous ce rapport, adoptées par presque tous les auteurs, l'ont été surtout par M. Flourens dans son *Essai physiologique sur la folie*.

Cependant je dois avouer n'avoir jamais bien compris la nécessité d'admettre des lésions de l'attention.

Ces lésions sont à mon avis une pure hypothèse et une hypothèse superflue, puisque nous avons une explication satisfaisante du délire.

Je vais essayer de faire bien comprendre ma pensée sous ce rapport par comparaison.

Un homme porte un certain fardeau, et le porte facilement. Huit jours après, il prend une charge trois fois plus forte, et à peine a-t-il fait quelques pas, qu'il tombe.

Pour se rendre compte de sa chute, cet homme peut recourir à deux explications :

Il peut l'attribuer à la pesanteur trop grande de la charge qu'il avait entrepris de porter.

Il pourrait au contraire admettre que pendant les huit jours qui se sont écoulés ses forces ont diminué.

Quand on parle des lésions de l'attention, on raisonne, à mon avis, comme le ferait cet homme oubliant l'augmentation considérable et bien connue du fardeau, pour s'en prendre surtout à la diminution de ses forces, créant ainsi une pure hypothèse.

Nous pouvons apprécier avec certitude la résistance que nous éprouvons à diriger nos idées sous l'influence d'une excitation cérébrale plus ou moins vive.

Nous voyons croître par degrés cette résistance, jusqu'au moment où le délire s'établit, c'est-à-dire jusqu'au moment où commence l'exercice involontaire des facultés.

A quoi donc attribuer la perte du pouvoir personnel, si ce n'est à cette condition nouvelle, résultat de l'excitation? Pourquoi recourir à de prétendues lésions de l'attention en faisant une supposition toute gratuite?

Quand vous êtes auprès d'un fébricitant qui sent, comme on le dit, que ses idées lui échappent, et qui vous demande de continuer à lui parler pour maintenir son attention et l'empêcher d'ê re débordé par les idées qui l'assiégent en foule, vous viendrait-il à la pensée de supposer une lésion de l'attention? Pourquoi donc faire pour la folie ce qu'on ne fait pas pour le délire fébrile?

En résumé, l'exercice involontaire des facultés est le point de départ et la base du délire, il peut en expliquer toutes les variétés, et il n'est point nécessaire de recourir à des hypothèses qui ne s'appuient sur rien de fondé.

En cherchant, Messieurs, à établir que l'automatisme de l'intelligence est la condition première du délire et de la folie, j'ai en même temps essayé de démontrer l'analogie qui existe entre ces états et les rêves, puisque dans les deux cas la condition principale serait la même.

Mais l'automatisme, ce n'est pas encore la folie; ce qui la caractérise surtout, ce sont les convictions délirantes, et c'est en effet la seconde condition à étudier dans les rêves et la folie. Le rêveur croit fatalement à son rêve, comme l'aliéné à son délire. Or, la manière dont se produit cette erreur est la même dans les deux états, et c'est une nouvelle et importante analogie à signaler entre eux.

Cette erreur peut s'expliquer, à mon avis, par la suppression de ce que Pariset, à propos de l'éducation, appelait les idées intermédiaires. Quand une idée fausse se présente tout à coup à notre esprit, il en surgit immédiatement d'autres qui tendent à nous en démontrer la fausseté. Si c'est une impulsion qui nous arrive, elle est aussitôt combattue ou favorisée par un certain nombre d'idées qui s'y rapportent. Ce sont ces idées qui séparent la conception de la croyance, ou l'impulsion de l'acte que Pariset appelait les idées intermédiaires. Ce sont ces idées qui cessent de se pré enter, et sont comme supprimées dans le rêve et dans la folie. La conception, se trouvant ainsi isolée, devient inaccessible au raisonnement, et s'impose fatalement par l'absence de tout contrôle. Ainsi, les deux conditions principales du rêve : l'automatisme de l'intelligence et la suppression des idées intermédiaires se retrouvent aussi dans la folie.

Mais ce ne sont pas là, Messieurs, les seules analogies que je doive indiquer.

L'état intermédiaire à la veille et au sommeil a surtout cela de curieux qu'il nous permet d'assister, pour ainsi dire, pendant la veille, à des rêves anticipés. Nous ne sommes pas encore endormis, nous apprécions jusqu'à un certain point ce qui se passe autour de nous, et cependant la mémoire et l'imagination, déjà abandonnées à elles-mêmes, forment des associations bizarres que nous pouvons jusqu'à un certain point étudier. C'est alors que se produit le phénomène des images fantastiques si bien décrites par les physiologistes allemands. Cette production si facile des hallucinations dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil n'est-elle pas un rapprochement de plus à invoquer entre les rêves et la folie, quand on songe que ce même phénomène des hallucinations est l'un des plus fréquents et des plus importants du délire ?

Parmi les variétés d'aliénation mentale, il en est une qui offre avec les rêves une analogie si grande, que tous les convalescents ne manquent pas d'en faire la remarque; je veux parler de la mélancolie avec stupeur. Les malades déclarent qu'il leur semble sortir d'un long sommeil qui a été troublé par des hallucinations nombreuses; ils n'appréciaient plus ce qui se passait autour d'eux, ou ne l'appréciaient que de la manière la plus imparfaite; tout était transformé à leurs yeux, ils se croyaient transportés dans des régions lointaines, et n'avaient plus conscience ni du temps ni des lieux. Comment nier l'extrême ressemblance de cet état et des rêves? et la mélancolie avec stupeur n'est-elle pas une sorte de cauchemar continué pendant plusieurs mois ! J'arrive, Messieurs, à une preuve plus directe.

Assez souvent le délire n'est qu'un rêve continué, et c'est ce qui arrive en particulier pour le délire partiel. Je me bornerai à citer un exemple que j'ai récemment observé. Un négociant grec supprime, par un traitement intempestif, un flux hémorrhoïdal très-ancien; bientôt la tête s'embarrasse sans qu'il y ait cependant aucune trace de délire, mais alors survient un phénomène singulier. Chaque nuit, le malade est assailli par un rêve toujours le même. Il est possesseur d'immenses richesses, il distribue autour de lui la fortune et les honneurs. La persistance de ce rêve le frappe assez pour qu'il en parle aux personnes qui l'entourent; mais bientôt le délire éclate et il est caractérisé par les mêmes conceptions délirantes qui depuis quinze jours se présentaient pendant le sommeil.

Le délire ambitieux n'était donc que le rêve continué.

Si ces faits soulevaient quelque objection, il en est d'autres d'un ordre différent, mais qui ont cependant avec eux une telle analogie, qu'ils suffiraient, pour lever tous les doutes, je veux parler des idées fixes qui persistent isolées après le délire général de la fièvre typhoïde. Je citerai entre autres un savant médecin des hôpitaux qui, pendant six mois, a cru qu'il possédait une maison de campagne et un cheval blanc, lesquels n'avaient jamais existé que dans son imagination.

Les faits de ce genre n'offrent-ils pas avec les rêves continués pendant la veille, la plus grande analogie et ne peuvent-ils pas servir à les faire bien comprendre ?

En résumé, Messieurs, disons qu'il y a entre les rêves et la folie plus qu'une simple comparaison, tout au plus permise pour faire comprendre sa pensée, comme l'a prétendu notre savant collègue M. Bousquet. Il y a là des conditions semblables, des rapprochements intimes, étroits, et de plus de précieux enseignements à tirer pour l'étude physiologique du délire. Je regrette donc que l'honorable rapporteur ait été jusqu'à dire que ces rapprochements choquaient toute vraisemblance.

Telles sont, Messieurs, les observations que j'avais à présenter sur le rapport de M. Bousquet.

J'ai essayé de démontrer que ses critiques ont été trop sévères et trop générales, surtout au point de vue de la nosologie et de la physiologie pathologique.

J'ai aussi essayé de prouver qu'il n'était peut-être pas aussi inutile que M. Bousquet a paru le penser, d'appuyer par de nouveaux arguments l'opinion populaire qui explique la folie par un dérangement du cerveau.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 22 mai 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Choléra. — Mémoire de M. le docteur Trinquier, de Marseille, sur une épidémie de choléra qui a sévi dans cette ville en 1854. (Comm. du choléra de 1854.)

Dyssenterie. — Rapport de M. le docteur Carel, médecin des épidémies, pour l'arrondissement de Napoléonville. sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Berni, du 25 sept. au 15 nov. 1854. (Comm. des épidémies.)

Epidémies. — Deux rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné, en 1854, dans les arrondissements du Havre et de Dieppe. (Même commission.)

Vaccination. — Tableau des vaccinations, dans les départements des Basses-Alpes, de Tarn-et Garonne, du Haut-Rhin, du Jura, de la Charente-Inférieure et d'Ille-et-Vilaine. (Comm. de la vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

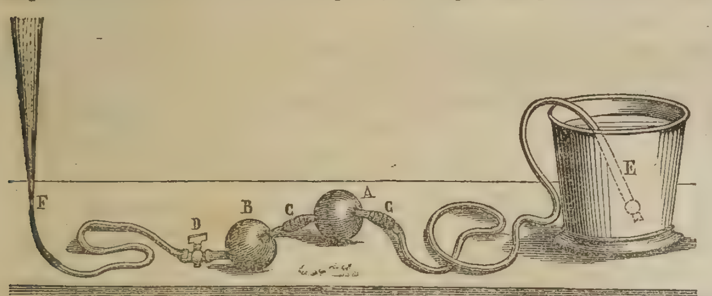
Hommage. — Lettre de M. Raymond Nacquart, qui fait hommage, en son nom et en celui de sa mère, du buste en marbre de son père, le docteur Nacquart, qui eut l'honneur d'être président de l'Académie de médecine. (Remerciements.)

Accouchement prématuré. — Lettre de M. Mathieu, qui soumet à l'Académie un instrument destiné à provoquer l'accouchement prématuré chez les femmes dont le bassin rétréci ne permet pas la délivrance à terme.

Les appareils de Kiwisch et M. Eguisier dont jusqu'à présent on s'est servi pour donner des douches utérines, présentaient des inconvénients auxquels je me suis efforcé de remédier.

Tous deux, en effet, sont loin d'être portatifs, de plus, le premier ne fournit qu'un jet très-peu élevé, et le second, qui n'est autre chose qu'un très-grand modèle des irrigateurs du docteur Eguisier, outre ces inconvénients en offre un très-grave, c'est l'élévation énorme du prix qui est de 400 à 500 francs.

L'appareil que je présente aujourd'hui à l'Académie me semble donc présenter des avantages réels. En effet, son petit volume et sa légèreté en permettent facilement le transport ; sa capacité, qui n'est limitée



que par celle du réservoir, et enfin la force du jet, qui atteint jusqu'à 3 ou 4 mètres, me paraissent d'une véritable utilité pratique; et enfin la modicité du prix, relativement à celui de l'irrigateur du docteur Eguisier, le mettent à la portée de tous les praticiens.

Sorti il y a près de trois ans de mes ateliers, l'application en a été faite à la clinique, par M. le professeur Paul Dubois, qui a donné, avec succès, plusieurs douches, dont chacune a pu être continuée pendant dix minutes sans interruption et par un jet continu.

Cet instrument, tout entier en caoutchouc, se compose d'un long tube sur le trajet duquel se trouvent deux sphères creuses. Une des extrémités du tube est terminée par un ajustage en plomb, destiné à plonger dans le réservoir d'eau ; l'autre par un tube qui doit être porté dans le vagin ; des pressions alternatives sur la sphère la plus rapprochée du réservoir en chassent l'air, qui est remplacé par l'eau qui remplit d'abord le tube, puis la première sphère, puis la seconde. Des soupapes disposées entre les deux sphères empêchent le retour de l'eau à son point de départ. Les pressions continues distendent considérablement la deuxième, qui, revenant sur elle-même avec force, chasse le liquide par l'extrémité opposée. On peut à volonté modérer ou augmenter le jet en cessant ou en continuant les pressions alternatives.

Cet appareil pourra encore, dans quelques cas d'obstruction intestinale, remplacer avec avantage l'irrigateur du docteur Eguisier, pour donner des douches intestinales.

La dernière application de l'irrigateur de M. Mathieu a été faite avec le succès le plus complet, il y a quelques jours, par M. Depaul, dans le service de M. P. Dubois.

(Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Depaul et Danyau.)

Eaux minérales. — Lettre de M. le docteur Domanget, de Challes, qui transmet à l'Académie six exemplaires du rapport que la Société de médecine de Chambéry a publié sur les eaux les plus remarquables de la Savoie. (Comm. des eaux minérales.)

Système pénitentiaire. — M. Boileau, de Castelnau, envoie à l'Académie trois brochures traitant du système pénitentiaire, de la folie instantanée et des prodromes de la folie au point de vue médico-légal. (Commiss., MM. Londe, Adelon, Baillarger, Ferrus, Gueneau de Mussy, Ségalas, et Collineau, rapporteur.)

M. Malgaigne fait hommage à l'Académie du deuxième volume de son *Traité des fractures et des luxations*. Des circonstances extra-scientifiques ont retardé la publication de ce volume, qui contient l'exposition d'expériences, dont quelques-unes remontent à plus de vingt-huit ans. L'auteur peut donc dire de ce livre, ce que disait Haller de son œuvre : *Opus triginta annorum*.

M. Soubeiran présente une communication de M. Delondre, sur la préparation de la vératrine, et dont il demande à lire des passages intéressants pour le chimiste et le médecin. En cherchant à combiner la vératrine à l'acide sulfurique, à la décolorer et à la débarrasser de matières étrangères insolubles dans l'éther ; en remuant ces matières sèches, M. Delondre a éprouvé des éternuements assez violents pour déterminer des épistaxis, un coryza des plus intenses, une salivation abondante, une toux sèche, de la chaleur brûlante à la gorge, de la transpiration, des évacuations alvines, une constriction du scrotum et un sentiment de compression des testicules. Pour obvier à ces accidents, M. Delondre s'étant bouché le nez et la bouche, quelques parcelles de ces matières s'introduisirent dans les yeux et y déterminèrent une vive douleur, une cuisson atroce, qui ne furent calmées que par des lavages avec du lait répétés pendant plusieurs jours. Un ouvrier, qui avait été soumis aux mêmes influences, éprouva les mêmes accidents, accompagnés d'un sentiment de torpeur qui persista plusieurs jours, avec la sensation d'un charbon ardent appliqué sur la peau.

LECTURE.

M. Reynal, candidat à la place vacante dans la section de vétérinaire, lit un travail *sur la saumure et sur ses propriétés toxiques*. Ce travail remarquable, que nous publierons en entier, traite : 1° de l'action de la saumure sur les animaux, prise à l'état pure ; 2° de son action, quand elle est mélangée à des aliments ; 3° des phénomènes locaux et généraux qu'elle détermine ; 4° enfin du traitement de ces accidents.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bussy, Renaud et Chevallier.

DISCUSSION SUR LE MÉMOIRE DE M. MOREAU (de Tours).

MM. Londe, Ferrus et Piorry sont inscrits pour parler contre les conclusions du rapport de M. Bousquet.

M. Londe a la parole. Membre de la commission chargée d'examiner le travail de M. Moreau, il proteste contre le rapport de M. Bousquet et ne veut pas être solidaire de l'opinion dont ce rapport est l'expression. N'y a-t-il qu'une simple question de mot entre le délire et la folie ?

Les troubles intellectuels ont une certaine suite dans la folie, il n'en va point ainsi pour le délire. Dans la folie la volonté persiste, le malade est capable de discuter, rien de semblable dans le délire. Les circonstances extérieures exercent encore leur influence dans la folie et ne le font plus dans le délire. Le fou guéri a gardé le souvenir de sa folie et peut en raconter les détails ; le délirant a tout oublié. Un fou ne prend jamais une fenêtre pour une porte, tandis qu'on voit souvent le délirant se précipiter par une fenêtre. Les fous mangent, les délirants ne le peuvent pas.

La folie lentement élaborée, coïncide avec une parfaite santé, elle peut ne finir qu'avec la vie et se transmettre par hérédité. Le délire s'accompagne de fièvre et de troubles généraux de la santé.

M. Bousquet ne croit pas que le cerveau pense par lui-même. Pour lui les états pathologiques les plus divers entraînent des désordres intellectuels : ainsi une femme se croyait en butte aux obsessions du démon dont elle fuyait en vain les caresses, et l'autopsie démontra qu'elle n'avait qu'une affection de l'utérus. Mais que prouve ce fait isolé ? MM. Jobert, Moreau, Velpeau, etc., n'ont-ils pas eu à traiter des centaines de femmes atteintes de maladies utérines, dont aucune ne présentait de semblables monomanies ? Sans doute, il y avait là une cause déterminante ; mais si l'on remonte aux antécédents de beaucoup de délires sympathiques, on trouve toujours une prédisposition cérébrale.

M. Bousquet repousse l'analogie que M. Moreau (de Tours) a voulu

établir entre la folie et le sommeil, et en cela il a raison ; mais il combat aussi l'analogie entre la folie et le rêve et il a tort. Le sommeil est l'état de repos de l'intelligence, le rêve résulte souvent d'une excitation produite pendant la veille ; or la folie résulte d'une excitation intellectuelle prolongée. Tout le monde rêve et par conséquent perd sa raison. Mais l'homme dont l'esprit est calme, qui a fatigué ses muscles, bu de l'eau à son repas, ne rêve point.

Quand il y a de la rougeur, de l'épaississement et du ramollissement de la pulpe cérébrale, n'y a-t-il pas des rapports de causalité avec les troubles fonctionnels observés ; de même qu'on voit des troubles de la digestion coïncider avec l'état de congestion de la muqueuse de l'estomac ?

Si Leuret a dit d'un fou que c'est un homme qui se trompe, que par conséquent la thérapeutique était inutile, il l'a fait dans un but moral. Il n'a exagéré sa pensée qu'afin de combattre ces idées mercantiles qui font trop souvent oublier le malade pour ne faire songer qu'au pensionnaire. Il rejette la saignée et les purgatifs, mais le raisonnement seul est impuissant, quand il roule sur l'objet de la folie ; témoin le fou dont M. Trélat a rapporté l'histoire.

Désireux de voir la Grande-Chartreuse, poursuit M. Londe, j'avais laissé à Grenoble un fou que je reconduisais à Montpellier, et qui m'avait trompé par son apparence de raison. Ce malade profita de mon absence pour aller acheter tous les gants qu'il put trouver dans la ville. A mon retour je raisonnai le malade, lui fis entrevoir quelle allait être son humiliation. Convaincu enfin, il se prit à rire. Tout alla bien jusqu'à Montpellier. Là, sur sa terre natale, retrouvant son audace, comme Antée retrouvait ses forces en touchant le sein de sa mère, mon malade parla avec arrogance, se plaignant de ce qu'un homme qui avait 50,000 liv. de rentes ne pût satisfaire ses volontés. Quelques heures après, tous les bouquins de la ville encombraient notre appartement. Il est inutile de multiplier les exemples pour prouver combien la raison seule est impuissante à guérir la folie.

M. Bousquet, qui ne voit pas quels progrès l'anatomie pathologique a fait faire à l'étude des maladies mentales, cherche à consoler les aliénistes en constatant le même insuccès de l'anatomie pathologique pour les autres maladies. Comme si les phénomènes observés pendant la vie ne coïncidaient pas exactement avec les lésions constatées dans un cœur hypertrophié, dans une tumeur anévrysmale ? N'y a-t-il aucun rapport entre la cyanose des téguments et la persistance du trou de Botal.

M. Bousquet. J'ai précisément fait mes réserves à propos de ce fait.

M. Londe. Et pour l'ictère coïncidant avec des lésions constatées dans le foie ; pour ces phénomènes d'étranglement qui accompagnent les hernies profondes, ischiatique, périnéale ou obturatrice, n'y a-t-il aucun rapport entre les symptômes et l'anatomie pathologique ? La réfutation serait facile.

Dans la folie, certaines portions du cerveau sont profondément atteintes ; dans le délire, les portions atteintes ne sont point limitées : ainsi, dans la commotion cérébrale, sous l'influence des alcooliques, des narcotiques, la lésion s'est généralisée ; aussi le délire est-il général, la marche vacillante, etc.

En résumé 1° la folie diffère du délire par les causes, les symptômes, la marche, la durée, la limitation du siége et le traitement ; 2° la folie est une maladie idiopathique du cerveau ; 3° on peut, dans l'étude de la folie, invoquer l'anatomie pathologique comme dans celle des autres maladies.

MM. Ferrus et Piorry lisent chacun un discours que nous publierons dans le numéro prochain.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Chassaignac communique à l'Académie les résultats d'une opération pratiquée sur un testicule cancéreux, par la méthode de l'écrasement linéaire. Il s'agissait d'un encéphaloïde très-volumineux, d'une mollesse uniforme. La chaîne fut appliquée sur le cordon, la section s'opéra très-facilement, aucune ligature ne fut appliquée, et il n'y eut pas la moindre hémorrhagie.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Dans la dernière séance de l'Académie plusieurs communications d'un grand intérêt ont été faites : la première est de M. Reynal, candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire ; elle n'intéresse pas seulement les vétérinaires ; les médecins, les hygiénistes, particulièrement, y trouveront des renseignements d'autant plus précieux, que l'auteur n'a rien avancé qui ne fût démontré par des expériences aussi bien conçues que parfaitement exécutées. Notre intention étant de mettre textuellement sous les yeux de nos lecteurs le travail de M. Reynal, nous croyons inutile d'insister sur le mérite qu'il nous paraît avoir. Disons seulement que par cette preuve nouvelle d'excellent esprit, l'auteur a assuré sa place à l'Académie, immédiatement après M. H. Bouley, envers qui l'Académie s'est en quelque sorte engagée, lors de l'élection de M. Leblanc.

La seconde communication, peu importante en apparence, a été faite par M. Chassaignac : l'habile chirurgien a montré à l'Académie un testicule cancéreux dont il avait pratiqué l'ablation. Le fait pathologique n'a rien que de bien ordinaire ; mais il n'en est pas de même du fait pratique. M. Chassaignac a pratiqué cette amputation par ce qu'il appelle la méthode de l'écrasement linéaire, méthode que nous avons fait connaître à nos lecteurs, mais sur laquelle nous croyons utile de rappeler prochainement leur attention. L'avantage de cette méthode a été de dispenser M. Chassaignac de *toute ligature*. C'est là une circonstance qui peut avoir un grand avenir en chirurgie pratique et que nous devons par conséquent signaler d'une manière spéciale.

Les autres communications sont dues à trois membres de l'Académie et relatives à la discussion sur l'aliénation mentale. Il y a longtemps que l'Académie n'a pas eu de discussion suivie sur cette branche importante de la médecine. Conformément à nos habitudes, nous lui donnerons toute l'extension qu'elle mérite, parce que ces grandes discussions doivent marquer l'état de la science à l'époque où elles ont lieu ; nous essaierons nous-même de jeter quelques lumières sur les questions qui seront agitées.

Dans la notice nécrologique dont il a pris l'honorable spécialité, M. Caffe publie les détails suivants sur un chirurgien fort connu que la Savoie vient de perdre :

« Rey (Aimé), docteur en chirurgie, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry depuis plus de cinquante ans, chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité, etc., professeur d'instituts médicaux à l'école secondaire de médecine de cette ville, ancien syndic (maire) de la ville de Chambéry, chevalier de l'ordre royal civil et militaire des Saint-Maurice et Lazare, vient de mourir à l'âge de soixante-treize ans.

« Aimé Rey, fils d'un médecin de Chambéry, fut reçu docteur à la Faculté de Paris en 1803 ; il choisit pour sujet de thèse les *hémorrhagies*. Dès le jour où ce médecin vint se fixer dans son pays, il resta constamment le praticien le plus recherché et le plus estimé. A un bon sens, à un jugement remarquable, il joignait une grande sûreté de diagnostic et une grande habileté opératoire. Sa pratique chirurgicale fut prudente et heureuse ; d'un sang-froid à toute épreuve, jamais il ne négligeait aucun détail qui pouvait contribuer au succès. Sous une apparente insensibilité se trouvait une bonté réelle, qui se traduisait sans cesse par des actes et dans l'intimité de ses relations ; accoucheur célèbre dans ce pays, trois générations successives reçurent ses soins, à leur entrée dans la vie.

« Comme administrateur de sa ville natale, son instruction et la haute estime dont il jouissait lui permirent de réaliser de notables améliorations.

« La verte vieillesse de ce vénérable professeur fut de beaucoup abrégée par la mort de son fils Edmond, docteur en médecine, qui, en suivant les traces de son père, avait déjà réalisé de légitimes espérances.

« L'affluence de toute une population qui assistait aux funérailles de ce Nestor de la chirurgie, en Savoie, a été le témoignage significatif de l'affection unanime qui l'entourait, et de la reconnaissance dont il était l'objet. Rey a, par son testament, fait les dispositions suivantes :

« 1° A la bibliothèque de sa ville natale il a légué tous ses ouvrages de médecine ;

« 2° Au musée d'histoire naturelle ses pièces anatomiques ;

« 3° A l'Hôtel-Dieu ses nombreux instruments de chirurgie ;

« 4° Au corps des sapeurs-pompiers, dont il était le chirurgien-major, une somme de 1,200 francs ;

« 5° A la salle de la Providence des orphelins, 800 francs

« 6° A la salle d'Asile, 200 francs ;

« 7° Aux frères de la Doctrine chrétienne, 500 francs. »

M. Rey a eu pour successeur un chirurgien fort distingué, M. Carret, dont le petit nombre de travaux font regretter qu'il ne publie pas plus souvent les résultats de son excellente pratique.

Pour toutes les variétés . H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 63. 3e ANNÉE. Vendredi 25 mai 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

De la saumure et de ses propriétés toxiques.

Par M. REYNAL,
Chef de service de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort.

(*Lu à l'Académie de médecine.*)

(Suite. — *Voir* le N° 62.)

Pour les résoudre, j'ai institué quatre séries d'expériences :

Dans la première, je démontre les propriétés toxiques de la saumure administrée à des animaux de différentes espèces.

Dans la deuxième, j'indique les phénomènes morbides que détermine la saumure mélangée aux aliments.

Dans la troisième, j'étudie le mode d'agir de cette substance et l'appareil organique sur lequel elle porte plus particulièrement son action.

Dans la quatrième, j'indique le traitement qui me paraît expérimentalement le plus utile pour combattre l'intoxication par la saumure.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES :

Démontrer les propriétés toxiques de la saumure.

Première expérience. — Chien de moyenne taille, âgé de trois ans, bien portant.

On administre à cet animal, à jeun depuis douze heures, deux décilitres de saumure préparée depuis un an ; à peine en avait-il avalé trois centilitres, que des nausées violentes et répétées survinrent et forcèrent à suspendre l'administration. Quand elles eurent cessé, je fis avaler d'un seul trait le restant de deux décilitres du liquide. Presque aussitôt la saumure est en partie rejetée, mélangée à des mucosités intestinales, les nausées continuent sans interruption pendant trente-cinq minutes ; le chien est très-abattu, sa démarche est chancelante, ses membres le soutiennent à peine, la peau est très-chaude, la respiration très-accélérée.

Trois heures après l'administration de la saumure, ces symptômes se dissipèrent ; le lendemain l'animal était seulement triste et sans appétit.

Deuxième expérience. — Chien de grande taille, âgé de cinq ans, bien portant, à jeun depuis quarante-huit heures.

On lui donne deux décilitres de saumure préparée depuis un an. A peine en avait-il avalé quelques gorgées, qu'il s'agite violemment et cherche à se défendre ; on parvient non sans difficulté à lui faire avaler les deux tiers de la dose indiquée, cinq minutes s'étaient à peine écoulées, que de violentes nausées se manifestèrent, accompagnées d'un rejet de matières alimentaires mêlées à la saumure, à des mucosités gastriques et à une salive mousseuse. A en juger par les efforts continus de l'animal pour vomir, par l'allongent extrême de la tête sur le cou de l'animal, par sa physionomie anxieuse, sa face grippée, ses yeux enfoncés presque subitement dans les orbites, par la prostration, les tremblements des membres, les plaintes, le décubitus, l'action de la saumure sur la muqueuse intestinale avait été des plus intenses. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'administration de cette substance, les symptômes se dissipèrent ; l'abattement, la tristesse,

FEUILLETON.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux.

Par MM. Ch. DENONVILLIERS et L. GOSSELIN.

(1 fort vol. in-18.)

Après avoir fait un exposé des symptômes, MM. Denonvilliers et Gosselin établissent le diagnostic de la cataracte, de ses variétés, de ses complications avec autant de précision que le permet l'état actuel de nos connaissances, et en tenant compte du mode d'examen avec la lumière indiqué par Sanson, et dont M. le professeur Laugier s'est appliqué à faire connaître les avantages jusque dans leurs moindres détails. Nous ne pouvons ici rappeler la description des cinq méthodes d'opération de la cataracte et des divers procédés qu'elles renferment, qu'il nous suffise de dire que les auteurs semblent avoir mis un soin tout particulier à ne rien omettre ; soins préliminaires, accidents, suites de l'opération, soins consécutifs, tout se trouve prévu et indiqué quand il s'agit de l'abaissement comme quand il est question du broiement, de la division de la capsule, de l'aspiration, de l'extraction. Nous ne pouvons passer sous silence l'opinion de MM. Denonvilliers et Gosselin, relative à l'appréciation des diverses méthodes. Le broiement, l'aspiration et la division de la capsule ne conviennent que dans les cas spéciaux ; quant à ce qui concerne l'abaissement et l'extraction, l'abaissement est d'une exécution plus commode, il permet mieux les fautes, mais le chirurgien ne fait que ce qu'il peut ; dans l'extraction, dont les règles sont plus précises, permettent moins les fautes, le chirurgien exercé fait ce qu'il veut ; ces deux opérations peuvent amener des accidents consécutifs graves, mais l'abaissement prédispose à la cataracte secondaire, la vision se rétablit mieux après l'extraction qu'après l'abaissement. Cependant les avantages et les inconvénients des deux méthodes se balancent assez pour qu'il soit permis au chirurgien de choisir celle qu'il pratique le mieux, à moins d'indications spéciales. Quoi qu'il en soit, à la suite de l'opération, la capsule peut être le siége d'opacités qui constituent la cataracte secondaire, laquelle devient la source d'indications nouvelles. Il en est de même de la cataracte traumatique, de la cataracte congéniale qui méritaient un paragraphe spécial, et enfin, il était utile de spécifier ce qu'il faut entendre par le nom de fausses cataractes, telles que la cataracte pseudo-membraneuse, suite d'iritis, la cataracte sanguine, la cataracte purulente et la cataracte pigmenteuse, bien décrite par M. Desmarres.

Il était, sans aucun doute, moins important d'insister sur les maladies du corps vitré, encore peu connues dans leurs formes, ignorées ou à peu près dans leurs symptômes, et tout à fait au-dessus des ressources de l'art ; cependant les auteurs ont consacré quelques pages à l'étude du glaucôme, à celle du synchisis simple ou étincelant, et arrivent ainsi à la grande division des maladies de la rétine.

Les altérations de la rétine, qui ne se traduisent le plus souvent que par des troubles fonctionnels, sont encore la partie la plus obscure de

l'inappétence et les douleurs du ventre persistèrent pendant trois jours.

Troisième expérience. — Chien de forte taille, âgé de quatre ans, bien portant.

Pour mettre obstacle au vomissement, on pratique l'œsophagotomie; par la solution de continuité, et à l'aide d'une sonde en caoutchouc, on introduit dans l'estomac vingt-cinq centilitres de saumure datant de quatre ans; on fait ensuite une ligature sur l'œsophage, au-dessous de l'incision : en quelques secondes les nausées disparaissent; dix minutes après, les efforts expulsifs se calment; un tremblement convulsif de tout le corps, caractérisé par de violentes contractions des fléchisseurs, leur succède; bientôt l'animal faiblit et se laisse tomber à terre : dans cette position, les nausées reparaissent avec plus d'intensité; les contractions continuent comparables à celles de la chorée; enfin la mort arrive, trois heures après l'ingestion de la saumure.

Autopsie faite trois heures après la mort. — Les organes de la respiration et de la circulation sont intacts; l'intestin, les reins et la vessie sont fortement congestionnés; mais les lésions principales existent dans l'estomac et le cerveau. L'estomac présente à l'extérieur une magnifique arborisation; la muqueuse gastrique est d'une couleur rouge brunâtre marbré; dans le sac gauche, et surtout près du cardia, elle est en certains points complètement dénudée d'épithélium, ce qui donne à ses plaques l'aspect de larges ulcérations. Le tissu cellulaire sous-muqueux est le siége d'une infiltration séreuse jaunâtre. La muqueuse de l'œsophage est elle-même vivement irritée, les sinus veineux de l'encéphale sont gorgés de sang, le cerveau est injecté, le plexus choroïde est infiltré et d'une couleur brune; la moelle épinière même participe à cette altération.

Première expérience. — Cheval entier, propre au gros trait, de moyenne taille, en bonne santé.

Le matin, on lui administre à jeun un demi-litre de saumure vieille de quatre ans; on ne remarque rien d'anormal pendant toute la journée; on note cependant une expulsion plus fréquente d'urine.

Deuxième expérience. — Jument de race croisée anglaise, âgée de sept ans.

Le matin à jeun, on lui administre un litre de saumure vieille de quatre ans. Dans la journée, on note les symptômes suivants : coliques légères, trépignements, borborygmes profonds, urines plus abondantes, sensibilité du ventre, inappétence, diarrhée. Trente-six heures après l'administration de la saumure, on sacrifie l'animal qui a servi d'expérience.

A l'autopsie, on rencontre quelques rougeurs dans l'intestin grêle et le cœcum, quelques ecchymoses dans les ventricules du cœur et même dans les fibres musculaires de cet organe.

Troisième expérience. — Cheval entier de race bretonne, âgé de dix ans.

Je fis administrer à cet animal, à jeun depuis deux jours, deux litres de saumure; il la déglutit sans difficulté. Aussitôt après, une sueur abondante couvre toute la surface du corps, la respiration s'accélère et s'accompagne d'une plainte saccadée; on compte trente-quatre respirations à la minute. Les battements du cœur deviennent forts et tumultueux.

L'animal se couche, se relève, se livre à des violents efforts, qui provoquent l'expulsion de quelques matières excrémentielles. Les mouvements désordonnés cessent bientôt; à l'agitation succède une sorte de stupeur générale, suivie de la perte de la sensibilité. On peut piquer la peau en différents endroits du corps, sans que l'animal témoigne la moindre douleur; il ne semble sortir de cet état léthargique que pour relever la tête et lui imprimer un mouvement d'extension sur l'encolure, ou bien pour la porter du côté du flanc.

Si on force l'animal à se relever, le train postérieur vacille au point de rendre la chute imminente. Bientôt il se laisse tomber lourdement, se débat violemment; tout le corps s'agite comme s'il était soumis à l'action d'une décharge électrique. Tous les muscles se contractent soudainement et avec force en communiquant à la masse du corps un mouvement saccadé; les lèvres sont paralysées et suivent inactives les mouvements des mâchoires, le pouls diminue, le corps devient froid, l'animal meurt en se débattant faiblement quinze heures après l'administration de la saumure.

L'autopsie est faite immédiatement après la mort. Les vaisseaux du mésentère sont gorgés d'un sang noir; l'intestin grêle contient un liquide exhalant une odeur fétide et ammoniacale; la muqueuse est fortement congestionnée et présente çà et là, surtout aux points correspondants aux glandes de Peyer, des taches d'une teinte rouge noirâtre et livide; elle est recouverte d'une couche plastique se détachant très-facilement des parties sous-jacentes. Dans le duodénum les glandes de Brunner sont gonflées et congestionnées. Le cœcum contient un liquide analogue à celui de l'intestin grêle. La muqueuse du gros côlon a une coloration rouge foncé, le tissu cellulaire sous-muqueux est légèrement infiltré.

L'estomac contient une grande quantité d'un liquide jaunâtre, inodore, analogue à de la sérosité. La muqueuse du sac droit est le siége d'une vive congestion, le tissu cellulaire est infiltré, et près de l'orifice œsophagien on remarque quelques ecchymoses. Le cœur offre sur sa face interne de nombreuses taches ecchymotiques; il est rempli d'un sang noir et poisseux. Le cerveau est très-congestionné, les sinus sont gorgés d'un sang noir; le plexus choroïde est fortement injecté, les corps striés ainsi que les cornes d'Ammon et le lobule mastoïde sont parsemés d'un pointillement sanguin. Le liquide contenu dans les ventricules est trouble, plus abondant que dans l'état normal.

Porc. — Première expérience. — Cet animal est bien portant et à jeun depuis douze heures. Dans cet état on lui administre un demi-litre de saumure vieille de deux ans. Au bout de quelques minutes, on observe de violentes éructations auxquelles succèdent les nausées. Celles-ci durent une demi-heure environ, temps pendant lequel l'animal se montre inquiet et agité, enfin le vomissement se manifeste.

Dès lors les nausées cessent, une sorte de stupeur persiste pendant toute la journée.

---

l'ophthalmologie, et s'il est vrai de dire que le chirurgien qui exerce est souvent fort embarrassé en présence des amaurotiques, il l'est également d'ajouter que le chirurgien qui écrit éprouve lui aussi un grand embarras en présence du chapitre amaurose. En effet, où doit commencer ce chapitre? où doit-il s'arrêter? Parmi les ophthalmologistes, les uns comprennent, sous le nom générique d'amaurose, toutes les formes de troubles fonctionnels de la vision, sans lésion matérielle appréciable du globe oculaire; les autres n'appellent amaurose que l'affaiblissement ou la perte de la vue qui ne reconnaît pas pour cause un obstacle au passage des rayons lumineux, réservant d'autres noms pour les autres troubles de la vision. C'est cette dernière manière de voir qu'ont adoptée les auteurs du *Traité des maladies des yeux*, et c'est celle qui donne le plus de précision à un sujet où il est si difficile de mettre un peu d'ordre. La lésion peut porter sur la rétine, le nerf optique ou la substance cérébrale, elle peut reconnaître pour cause une violence extérieure ou apparaître spontanément, et alors tantôt ce sera une congestion de la rétine, tantôt un ramollissement ou une hémorrhagie du cerveau, tantôt la suite d'un affaiblissement général, tantôt l'une des manifestations de la diathèse syphilitique ou du rhumatisme; d'où il résulte qu'au point de vue de l'étiologie, l'amaurose peut être sthénique, asthénique ou symptomatique. Les symptômes sont étudiés dans les deux périodes de la maladie, l'amaurose incomplète ou amblyopie et l'amaurose complète; et arrivés à s'occuper du traitement, les auteurs ont fait grâce au lecteur de cette longue file de médicaments tout surpris de se trouver ensemble, que l'on a conseillés dans l'amaurose, pour ne donner place qu'à ceux auxquels l'expérience a permis de reconnaître quelque utilité. Après le chapitre de l'amaurose, se trouve la description de quelques troubles fonctionnels de la vision que l'on rencontre déjà comme symptômes de l'amaurose proprement dite dans un certain nombre de cas; tels sont la kopiopie ou affaiblissement de la vue, la myodésopsie ou les mouches volantes, l'héméralopie, la nyctalopie, l'hémiopie, etc. Enfin la grande classe des maladies du globe oculaire se termine par plusieurs chapitres consacrés à l'étude des affections qui intéressent la totalité de l'œil, telles que l'hydrophthalmie, le cancer, les ophthalmozoaires. Le cancer, qu'il soit dans le principe intra ou extra-oculaire, offre toujours un pronostic très-grave, de telle sorte qu'il serait important d'en pouvoir établir le diagnostic dès son origine, d'autant plus qu'il paraît démontré aujourd'hui que des productions épithéliales et fibro-plastiques peuvent simuler le cancer de l'œil; peut-être les efforts des chirurgiens actuels, dirigés en ce sens, fourniront-ils bientôt quelques notions précieuses!

Sous le titre de difformités du globe oculaire, MM. Denonvilliers et Gosselin décrivent certaines altérations dans les mouvements et dans la situation de l'œil, auxquelles ils ajoutent la diplopie, la myopie, la presbytie que nous eussions, à vrai dire, mieux aimé rencontrer dans une section spéciale.

Les paralysies des muscles de l'œil sont le résultat de la paralysie de la troisième, de la quatrième, de la sixième paires nerveuses isolément, ou celle de l'une et de l'autre; les causes sont sensiblement les

Le lendemain, nouvelle administration d'un quart de litre de saumure.

Quelques minutes après, les symptômes de stupéfaction et d'anxiété observés la veille se reproduisent : toutefois on ne remarque ni les nausées ni le vomissement. La respiration s'accélère considérablement; vers le soir, on observe une grande gêne dans les mouvements du train postérieur.

Le surlendemain à sept heures, il tombe comme frappé d'épilepsie. Tout le corps est agité par des contractions nerveuses subites et saccadées; une salive écumeuse sort en abondance de la bouche.

Dans cette position, l'animal semble être soumis à l'action de décharges électriques qui fréquemment répétées entraînent dans un mouvement simultané et général les quatre membres, les muscles croupiens, l'encolure et la tête.

Ces convulsions se prolongent jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on trouve l'estomac distendu par des gaz d'une odeur fétide : la muqueuse du sac droit est rouge; sur divers points de sa surface on voit de larges plaques noirâtres et rugueuses au toucher.

La muqueuse intestinale est aussi fortement congestionnée, le cerveau est injecté, les sinus veineux sont gorgés de sang, les enveloppes sont ecchymosées.

Volaille. — J'ai également fait des expériences sur les volailles (poules et coqs). De ces expériences, il résulte que la saumure est toxique à la dose de trois à quatre centilitres.

De cette première série d'expériences, il est permis de conclure :

1° Que la saumure administrée pure et à la dose de trois centilitres est un vomitif puissant pour le chien ;

2° Qu'à la dose de deux décilitres, elle produit des phénomènes d'intoxication sans occasionner la mort, si l'animal peut vomir, mais que cette quantité tue le chien en un temps très-court, si par un artifice quelconque on empêche le vomissement;

3° Qu'à la dose de un litre, la saumure provoque chez le cheval une irritation de la muqueuse intestinale ;

4° Qu'à la dose de deux litres, la saumure empoisonne le même animal dans le court espace de vingt-quatre à quarante-huit heures ;

5° Qu'à la dose d'un demi-litre elle est toxique pour le porc;

6° Enfin que de trois à quatre centilitres cette substance est toxique pour les volailles.

Nota. — L'action de la saumure sur l'économie est d'autant plus active que sa préparation remonte à une date plus éloignée.

J'ai expérimenté avec la saumure de viande de porc, vieille d'un an et de six ans, et avec la saumure récemment faite, et j'ai toujours remarqué que cette dernière n'occasionne des accidents qu'à une dose double et triple de la première; pendant les trois premiers mois qui suivent la salaison de la viande de porc, elle est même inoffensive; elle agit simplement, à la manière des diurétiques et des purgatifs laxatifs.

DEUXIÈME SÉRIE.

La saumure mélangée en proportion variable avec les aliments est-elle un poison?

J'ai institué cette deuxième série d'expériences dans le but de me rapprocher le plus possible des conditions dans lesquelles la saumure est donnée dans les campagnes à titre de condiment aux animaux.

§ I. — *Première expérience,*

Chien de grande taille. — On lui présente une écuelle contenant de la soupe mêlée à 1 décilitre 7 centilitres de saumure; il mange avidement ce mélange et ne présente dans la journée aucun symptôme particulier.

Le lendemain, on présente au même sujet de la soupe mêlée à 2 décilitres de saumure vieille de six ans; à peine a-t il avalé quelques parcelles de ce mélange qu'il se jette en arrière et refuse de manger : le reste lui est alors administré de force.

Les nausées se montrent quelques minutes après et sont immédiatement suivies de vomissements, au bout d'un quart-d'heure, le calme était complet.

Le lendemain matin, le chien est trouvé mort dans sa loge.

Autopsie. — Les mésentériques sont gorgés de sang, la muqueuse de l'estomac fortement plissée est ecchymosée. Injection du cerveau et de ses enveloppes.

Deuxième expérience. — Chien de moyenne taille. — Il mange un mélange de soupe et de 2 décilitres de saumure; rien de particulier ne se montre dans la journée; le lendemain, comme il avait refusé le même mélange, on le lui administre de force. Il meurt huit à neuf heures après.

Autopsie. — On trouve dans l'estomac et l'intestin grêle les caractères d'une vive inflammation : sur la muqueuse duodénale, forte injection vasculaire affectant la disposition linéaire ; quelques glandes de Peyer se montrent fortement indurées; sur le lobe droit du cerveau, à la partie antérieure, s'observe un ramollissement assez étendu et entouré d'une auréole rouge.

Troisième expérience. — Chien de forte taille. — Il mange à jeun, un mélange de soupe et de 2 décilitres et demi de saumure. Les nausées et le vomissement suivent de près l'ingestion; le calme se rétablit bientôt.

Après une diète de deux jours, le même chien est soumis à une nouvelle expérience, on lui présente de la soupe et 2 décilitres de sau-

---

mêmes, mais la fréquence ne l'est pas, et la troisième paire est incontestablement plus souvent affectée que les deux autres. Il est inutile de rappeler les signes bien connus de cette maladie, mais il en est un qui mérite qu'on s'y arrête, c'est celui qui serait fourni par la suppression de l'action du petit oblique. Or, nous n'avons jamais compris comment le petit oblique, dont la direction est très-oblique par rapport à l'axe antéro-postérieur de l'œil, pourrait faire éprouver au globe oculaire un mouvement rotatoire autour de cet axe et l'expérience qui tend à le prouver ne nous paraît pas plus compréhensible. Nous déterminons l'action du petit oblique de la façon suivante : ce muscle se dirige en dehors, en haut et en arrière, et comme il s'insère sur l'hémisphère postérieur du globe oculaire, il entraînera cet hémisphère en dedans, en bas, et un peu en avant, et l'hémisphère antérieur tournant en sens inverse autour de l'axe perpendiculaire à la direction de la puissance, sera porté en dehors, en haut et un peu en arrière. Les muscles droits supérieur et externe, en combinant leurs actions, peuvent produire le même résultat, de sorte qu'il ne sera pas possible d'apprécier le trouble fonctionnel dépendant de la paralysie du petit oblique. Ces mêmes réflexions s'appliquent du reste à la paralysie de la quatrième paire.

Quant au strabisme, il serait trop long d'en examiner toutes les variétés admises par les divers auteurs, depuis le strabisme fixe jusqu'au strabisme optique ; qu'il nous suffise de dire que le strabisme dépendant d'une contraction musculaire active est le seul qui ait occupé MM. Denonvilliers et Gosselin dans leur livre, et c'est celui qui, en réalité, offre le plus d'intérêt, puisque c'est le seul auquel s'applique l'opération indiquée par Stromeyer et qui fut pratiquée, il y a une quinzaine d'années, en Allemagne et en France, avec une sorte de rage. Aujourd'hui, l'enthousiasme des chirurgiens pour la section des muscles oculaires s'est un peu apaisé, et l'opération ne s'exécute que dans des cas déterminés et avec toute la réserve que commandent les quelques accidents qui peuvent en être la suite.

Le *Traité des maladies des yeux* se termine par un long chapitre sur les affections extra-oculaires de l'orbite. Ce chapitre est divisé en deux parties dont l'une comprend les lésions traumatiques, contusions, plaies, fractures ; l'autre les lésions organiques, inflammations, œdème, emphysème, kystes, tumeurs érectiles, anévrismes, cancers, exostose, etc., et le dernier article contient sur les symptômes et le diagnostic des tumeurs orbitaires, des généralités qu'on ne saurait trop méditer.

Somme toute, le *Traité des maladies des yeux* de MM. Denonvilliers et Gosselin est un livre destiné à devenir très-promptement classique. L'élève et le praticien y trouveront une description nette, claire et précise des diverses affections oculaires; ils y puiseront surtout des indications thérapeutiques toujours posées avec un jugement sûr et droit.

Emile FOUCHER.

mure. Aussitôt qu'il a mangé ce mélange, on place une forte ligature sur l'œsophage préalablement mis à découvert, cinq minutes après, de violentes nausées, suivies de douloureux efforts de vomissement se manifestent; une bave filante et mousseuse s'écoule en abondance de sa gueule; son corps témoigne, dans toutes les parties, une sensibilité extrême, à laquelle succède une prostration complète; c'est dans cet état qu'il meurt cinq ou six heures après l'ingestion.

Autopsie. — La muqueuse œsophagienne présente, dans sa portion thoracique, de nombreuses ecchymoses; sauf quelques rougeurs, l'estomac est intact sur toute sa surface; l'intestin grêle est assez fortement congestionné; sur la muqueuse du duodénum se remarquent de larges ecchymoses affectant dans leur ensemble une disposition linéaire; elles sont placées sur le sommet des plis; quelques glandes de Peyer sont en partie indurées. Injection considérable du cerveau et de ses enveloppes.

Quatrième expérience. — Chien de moyenne taille. — Il mange un mélange de soupe et de 2 décilitres et demi de saumure qu'il rejette peu d'instants après l'ingestion.

Au même sujet, tenu à la diète, on présente une écuelle contenant de la soupe et 1 décilitre et demi de saumure; il mange le tout avec avidité et ne présente dans les heures consécutives aucun des symptômes du vomissement.

Sur le même chien, après lui avoir donné à manger un mélange de soupe et de 2 décilitres et demi de saumure, on lie l'œsophage; aussitôt les nausées apparaissent, bientôt l'animal tombe, passe successivement d'une violente agitation à une prostration extrême et meurt une heure après l'ingestion du mélange.

Autopsie. — L'estomac se présente fortement enflammé; le cul-de-sac droit est d'un rouge noir uniforme; la muqueuse est épaissie et le tissu cellulaire sous-muqueux très-infiltré.

Sur l'intestin grêle se montrent des taches ecchymotiques d'autant plus grandes qu'on les examine près du duodénum. Le cerveau est injecté et les enveloppes ecchymoseés.

Si on résume les expériences de cette partie de la deuxième série, on arrive à ces conclusions :

1° Que, jusqu'à la dose de 1 décilitre, la saumure, mêlée aux aliments, ne produit pas d'effets nuisibles;

2° Que, à des doses plus élevées, les nausées et le vomissement suivent presque immédiatement l'ingestion du mélange;

3° Qu'à la dose de 4 décilitres, la mort survient, malgré le vomissement;

4° Enfin que 2 décilitres de saumure, mêlée à une assez grande quantité d'aliments, représente une dose toxique pour le chien, quand celui-ci ne vomit pas.

§ II.

Une question intéressante restait encore à élucider, celle de savoir si, en mélangeant chaque jour et d'une manière continue de la saumure avec la nourriture, et en laissant les animaux libres de prendre ce mélange ou de le laisser, l'empoisonnement était encore possible.

C'est dans ce but que j'instituai les expériences suivantes :

Première expérience. — Chien de grande taille, en bon état de santé.

On donne à cet animal, à jeun depuis vingt-quatre heures, une copieuse ration de soupe dans laquelle on avait mélangé 8 centilitres de saumure vieille d'un an; cinq minutes après l'ingestion de ce mélange, de violentes nausées se manifestent; elles sont suivies de vomissements qui débarrassent en partie l'estomac des aliments qu'il contenait. Les nausées se succèdent encore par intervalle durant une demi-heure. L'animal est triste, inquiet, sans appétit pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain, on répète sur cet animal l'expérience. On lui donne le mélange préparé dans les mêmes proportions, presque aussitôt il vomit les matières ingérées; dans le cours de la journée, on observe par intervalle des nausées et des contractions des muscles abdominaux; il est abattu, sans appétit; il recherche avec avidité les boissons froides; il reste presque toujours couché, un léger tremblement musculaire agite tout le corps.

Deuxième jour. Le chien manifeste quelques signes d'appétit, on lui présente une nouvelle ration de soupe mélangée à 1 décilitre de saumure; à peine en avait-il mangé la moitié qu'il éprouve des nausées et des envies de vomir; une demi-heure après le repas, il rejette une partie des aliments contenus dans l'estomac; la tristesse, les tremblements généraux, l'agitation de la tête, la contraction nerveuse des muscles des lèvres, la sensibilité du ventre, l'inappétence, la soif brûlante indiquent de la manière la plus évidente l'empoisonnement de l'animal. Il succombe le sixième jour dans un grand état de maigreur, épuisé par une diarrhée liquide et sanguinolente.

Autopsie. On constate une violente inflammation de la muqueuse intestinale; on remarque notamment dans l'intestin grêle un pointillement rougeâtre, des ecchymoses de la largeur d'une pièce de 20 et de 50 centimes; dans ces points ecchymotiques, on ne trouve plus la trace de la texture de la muqueuse; sa surface est recouverte par une couche de matière plastique; le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré d'une sérosité jaunâtre; les reins ont augmenté de volume; la muqueuse de la vessie est très-rouge, elle renferme une petite quantité d'urine sanguinolente; les cavités du cœur sont remplies par un caillot noir, très-ferme. Le cerveau est injecté et les vaisseaux qui rampent à sa surface sont gorgés de sang; les enveloppes sont rouges, injectées et ecchymosées.

Deuxième expérience. — Deux porcs, parfaitement sains et d'un bon embonpoint sont enfermés dans une boxe pour y être soumis à l'alimentation suivante : mélange de saumure avec de la chair de cheval, de la farine et un peu d'avoine.

Le 16 janvier 1853, on commence par la dose de 1/4 de litre, le 18, elle est portée à un 1/2 litre; le 22, on la porte à 1 litre. Durant les premiers jours, les porcs mangèrent avec plaisir le mélange qu'on leur présentait, seulement la soif était très-augmentée; le 23 la saumure est supprimée, puis donnée de nouveau le 28.

Depuis le commencement de l'expérience, ils ont considérablement maigri.

Le 29, treizième jour de l'expérience, l'un d'eux succombe.

Autopsie. On trouve le cœur gorgé d'un sang noir et poisseux, les intestins fortement congestionnés dans toute leur étendue : quelques glandes de Peyer paraissent indurées; parmi celles de Brunner deux sont ulcérées; la muqueuse du sac droit de l'estomac est très-congestionnée et épaissie.

Le second porc succombe le dix-huitième jour.

De ces dernières expériences on peut conclure que la saumure, mêlée à d'autres aliments, peut agir comme poison, quand elle est prise pendant un certain temps; qu'elle est toxique pour le porc qui en est quelquefois très-friand, à la dose de 1/2 litre.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE CIVILE.

Cas de dystocie par rétention des urines depuis huit jours. — Emploi du forceps le neuvième jour. — Enfant mort. — Fissure de la cloison urétro-vaginale. — Oblitération sans traitement suivi. — Atrésie vaginale partielle.

Dans la nuit du 8 au 9 septembre 1853, je fut requis pour aller voir la femme T....., d'Echorigné (Deux-Sèvres). A mon arrivée je trouvai une primipare de trente-trois ans, fortement musclée, de tempérament sanguin, laquelle, en mal d'enfant depuis six jours, n'avait pas uriné à partir des premières douleurs.

Cette femme visiblement amaigrie, inquiète, abattue, ne ressentait plus, depuis le 7 au soir, de contractions expultrices; quelques douleurs erratiques, voilà tout.

Les parties sexuelles, parfaitement préparées, n'offraient rien qui pût expliquer l'état de la malade. L'enfant se présentait bien; la tête en position *occipito-cotyloïdienne gauche*, enclavée au détroit inférieur, semblait n'attendre pour sortir qu'une contraction, mais elle n'avait pas lieu, et la parturition était entravée dans sa marche, car depuis trente heures au moins les choses en étaient au même point, quoique l'œdème toujours croissant du tissu crânien eût fait croire que l'accouchement s'effectuât.

Le cas était embarrassant; l'état de prostration de la patiente me défendait la saignée; administrer l'ergot de seigle, c'était peut-être s'exposer à une rupture de la vessie, au cas où l'ergot eût agi trop fortement, restait donc l'extraction par le for-

ceps. Mais avant d'en venir là, je voulus vider la vessie, espérant bien que cela fait, les forces de la mère me viendraient en aide, si même elles ne suffisaient pour terminer l'accouchement.

La position ne produisant rien, j'essayai du cathétérisme qui fut infructueux, m'étant arrêté au premier obstacle éprouvé par la sonde.

Un lavement amena une selle ovillée, mais si douloureuse, que la malade ne voulut pas recommencer.

Des bains eussent amené une détente favorable, mais il n'y fallait pas penser; car c'est là ce qui se voit trop souvent dans la médecine des pauvres, à la campagne, indication précise d'un moyen, et impossibilité matérielle de l'employer.

Forcé de m'absenter, j'ordonnai des lotions émollientes camphrées sur le bas-ventre, et à l'intérieur quelques cuillerées de lait sucré.

Le 9, vers les trois heures du soir, je revis la malade chez laquelle un lavement avait amené une nouvelle évacuation. L'enfant était mort. Nouvel essai très-circonspect de cathétérisme avec une bougie. La patiente est plus abattue, pâle, elle éprouve de temps à autre des nausées et ne peut prendre que de l'eau froide par cuillerée.

Craignant les suites d'un tel état de choses, je proposai l'emploi du forceps, qui fut refusé et remis au lendemain.

Donc, le 10 au matin, ayant au préalable usé de 2 grammes d'ergot en poudre infusé, en quatre prises, à vingt minutes d'intervalle, et ne voyant point survenir de contractions après deux heures d'attente, j'appliquai le forceps, ce qui n'offrit pas de difficulté, et après deux tractions lentes bien soutenues, je vis saillir la tête du fœtus, et au moment où elle débordait, je fus inondé par un liquide infect en quantité assez considérable, et pendant la sortie duquel la malade perdit connaissance; lorsqu'elle revint à elle, tout était fini, le délivre ayant suivi le fœtus; j'évaluai à 4 ou 5 litres le liquide évacué, en tenant compte de ce qui m'avait surpris.

L'accouchée disposée du mieux possible, je partis après avoir ordonné des lotions émollientes, quelques lavements, — et recommandé de ne donner que du lait coupé et de la tisane de loin en loin — ma pensée du moment fut qu'il y aurait là pour longtemps une incontinence d'urine, au moins.

Le 12, j'y retournai, curieux d'examiner l'état local des parties génito-urinaires.

La malade avait dormi près de dix heures durant, après mon départ, et ce ne fut qu'au réveil qu'elle se plaignit de vives cuissons vers les parties. Le ventre se vida sans qu'elle pût l'empêcher, et ce n'était qu'une douleur cuisante qui l'avertissait de la sortie des urines.

La nuit du 11 au 12 avait été bonne, bien qu'il y eût eu de la fièvre.

Lorsque j'arrivai auprès de la malade, on venait de changer le drap alèze, lequel était fortement sali quoique la patiente n'eût ressenti ni selles ni urines. Je conclus de cela à une incontinence vésico-rectale, mais l'examen direct me fit reconnaître un état bien plus grave encore.

La sonde d'argent introduite dans la vessie donna lieu à une sortie d'urine que j'arrêtai. Pour bien m'éclairer sur ce qui existait, je retirai doucement l'algalie, ayant eu soin d'introduire l'index droit dans le vagin préalablement desséché, et je ne fus pas peu surpris de sentir pénétrer l'urine dans cette cavité, lorsque le bec de la sonde se trouva à peu près à 12 ou 13 millimètres du méat; il y avait là une ouverture. Craignant de détruire des adhérences et cependant voulant m'assurer d'un fait aussi sérieux, je dirigeai, au moyen du doigt, et avec douceur, le long de la paroi antérieure du vagin qui correspond à l'urètre, un stylet boutonné, recourbé presque à angle droit, lequel arrivé au niveau de la communication accidentelle, fit résonner la sonde; dès lors, il n'y eut plus de doute sur l'existence d'une communication urétro-vaginale, et je tâchai d'y obvier.

Une bougie fut introduite à demeure dans la vessie. La malade, tenue au lit, ne dut prendre que peu de boisson. J'ordonnai des lavements et des injections émollientes puis astringentes, puis je laissai une potion soporifique:

Sulfate de morphine.	0 10
Sirop sucre.	60,00
Eau.	200,00

à prendre par cuillerée de six en six heures, dans le but d'amener du repos, de faciliter la sueur, et en un mot de prévenir autant que possible le besoin d'uriner.

Le 14, la malade sentait ses selles, elle avait faim; les urines venaient par la sonde, qui n'avait été que mal gardée, et qui les déversait dans une vessie adaptée à son embout (à la campagne, on use de ce que l'on a sous la main). La malade disait n'éprouver qu'un peu de cuisson à de rares intervalles. La bougie nettoyée, huilée, je la replaçai après un bain de siége pris pour nettoyer les parties, les lochies n'ayant flué qu'un jour seulement. L'intérieur du vagin ne présentait au doigt qu'une chaleur assez vive, avec production d'un léger écoulement séreux.

Je recommandai de continuer à garder la sonde, et de ne pas se fatiguer, ni manger trop vite.

Ce fut le 26 septembre seulement que je revis la malade, elle mangeait, dormait bien; son embonpoint revenait. Elle n'avait pas mis régulièrement la sonde, qui l'ennuyait, faisant bien en sorte de rendre ses urines au premier besoin, sur ma recommandation, et c'était tout ce que j'avais pu obtenir, pour l'avoir prévenue de l'infirmité qui pouvait résulter d'un manque de soins.

L'examen digital des parties me fit reconnaître une tuméfaction irrégulièrement demi-circulaire, sur la paroi vaginale antérieure, fusiforme dans le sens de l'urètre, formant une sorte de bourrelet douloureux au toucher et faisant obstacle à peu près à 2 centimètres, l'urine ayant été retenue depuis mon arrivée; il en suinta encore quelques gouttes, du moins des cuissons furent-elles ressenties, ce qui n'avait pas eu lieu depuis quelques jours au dire de la femme Tr., et quoiqu'elle n'eût presque rien fait de ce que j'avais recommandé.

Le 7 novembre, je revis en passant cette malade qui me dit ne plus rien ressentir. Les règles étaient venues, et elle avait repris tout son embonpoint.

Le 31 janvier 1854, me trouvant à Echorigné, j'inspectai sur sa demande, les parties sexuelles de la femme Tr. Lors des approches, ce que j'avais recommandé d'éviter, son mari lui faisait mal, me dit-elle; il y avait une atrésie vaginale partielle; un bourrelet volumineux fusiforme, élargi à sa partie moyenne, existait à la paroi antérieure du vagin. Les urines étaient longues à venir, et la sonde rencontra un obstacle léger, à la vérité, à 10 ou 11 millimètres à peu près de l'ouverture du méat urinaire.

Depuis lors, j'ai revu plusieurs fois cette jeune femme, la dernière fut en allant accoucher sa belle-sœur le 19 décembre 1854; elle pisse mieux, mais les approches sont toujours douloureuses, et souvent elle éprouve des douleurs lombaires, surtout depuis qu'elle a laissé les ceintures de flanelle.

Je ne ferai guère de remarques sur le sujet de cette observation; tout ce que j'en puis dire, c'est que pour quiconque n'eût pas apporté à l'examen de toutes les circonstances qui l'ont accompagné une attention soutenue, il serait peut-être resté douteux qu'il y eût là rupture de la cloison urétro-vaginale.

Cet accident ne doit pas être attribué au cathétérisme, tant j'y procédai avec douceur et précaution; tout me porte à croire qu'il fut amené par la distension énorme de la vessie, laquelle se continua au canal, jusqu'au point où celui-ci se trouvait comprimé par la tête du fœtus, point dans lequel il y eut désorganisation progressive des tissus. Pour ce qui est de l'action du forceps, je n'en parle pas, parce qu'il ne porta point sur cette partie.

Comme je l'ai fait observer plus haut, la sonde ne fut que très-mal gardée; c'est donc ici à la nature que doit être attribuée en grande partie, sinon entièrement, cette guérison. Et ce qui a fortement attiré mon attention, c'est l'espèce d'hypertrophie tissulaire existant au niveau de la cicatrice, et mise comme une barrière destinée à prévenir la destruction d'un tissu cicatriciel encore imparfait, pendant des approches trop hâtives.

De tout cela, il ressort cette grande vérité, que l'on ne compte pas toujours suffisamment avec les forces de la nature, et sous un autre point de vue, que l'on devrait réprimer un abus trop répandu encore dans les campagnes; à savoir que dans nombre de circonstances il arrive, lors des accouchements, que des femmes restent livrées aux soins de personnes ignorantes, qui sans le vouloir causent de graves accidents.

Je voulais vous communiquer une observation, avec succès, d'emploi obstétrical de la belladone; comme j'ai encore quelques grossesses à terme bientôt, je remets à plus tard cette communication, pensant vous avoir suffisamment fatigué avec l'exposé de l'observation précédente.

Veuillez, etc. MERVEILLEUX, d. m. m.

Discours de M. Ferrus.

(Lu à l'Académie de Médecine dans la séance du 22.)

Je me suis abstenu, Messieurs, de prendre part à un débat antérieur sur le vitalisme, la généralisation ou la localisation des maladies, et cela bien que M. Bousquet, possédé quelque peu, ce nous semble, du démon de la controverse, nous y provoquât directement, en plaçant ce débat sur le terrain des affections mentales, jetant de la sorte une pierre dans notre jardin, une grosse pierre même, mais non une lourde pierre, car il a la main trop légere, l'expression de trop bon goût pour qu'il en puisse être jamais ainsi. Je m'en suis abstenu, dis-je, parce que ma réponse se trouvait contenue, avec les développements qu'une simple allocution ne saurait comporter, dans un ouvrage que je vais publier sur la matière, dont je me réserve de faire hommage à l'Académie, et que je compte soumettre, dès son apparition, à mon honorable collègue.

Si le démon de la controverse anime M. Bousquet, on peut dire qu'il lui en a également inspiré le génie, car M. Bousquet ne réussit pas seulement à la soulever, il excelle dans l'art d'en multiplier et d'en concentrer les éléments. C'est ainsi qu'en quelques pages, il a trouvé moyen d'attirer les protestations des médecins aliénistes que renferme l'Académie, à l'égard de tous les points litigieux des études spéciales auxquelles ils se livrent, et que, bon gré malgé, par son rapport sur le mémoire de M. Moreau, il nous fait aujourd'hui sortir de la réserve où nous étions résolu à nous maintenir.

Dans votre dernière séance, M. Baillarger a débarrassé avec talent, la discussion de plusieurs points; entre autres de ceux relatifs aux conséquences que peut avoir le défaut d'attention dans la production des phénomènes irréguliers de l'intelligence, ainsi que de la doctrine de l'automatisme appliquée à celle des rêves. Il a remarqué qu'entre cette phrase de la réponse de M. Bousquet à M. Piorry: « *J'ai* « *peine à voir une lésion matérielle dans une maladie qu'on* « *guérit quelquefois d'un mot, d'un souffle*. » et le passage de son dernier travail où M. Bousquet reconnaît que la folie « *est un dérangement du cerveau*, » il s'est sensiblement rapproché de la doctrine, dont, tout d'abord, une dissidence fondamentale le séparait.

M. Baillarger a très-bien fait voir, d'accord avec M. Moreau, que l'aliénation ne saurait être complétement placée en dehors de l'organisation, ni considérée comme une maladie de l'âme. Il a développé de judicieuses considérations sur le traitement moral de l'aliénation, et sur la tendance qui a porté à ne voir dans le trouble intellectuel ou délire maniaque qu'une ERREUR qu'il fallait combattre par des raisonnements; il a signalé l'inanité ou la presque inanité curative à laquelle une telle pensée ne pouvait manquer de conduire, rappelant à cette occasion l'aliéné d'Arago, instantanément convaincu par la parole persuasive du savant, et retombant à vingt pas de l'Observatoire dans ses croyances imaginaires et son délire.

M. Baillarger, au reste, n'eût pas trop dit, s'il avait ajouté qu'il en fût à peu près ainsi des divers exemples de guérison mentionnés par M. Leuret dans le service dont il se trouvait chargé à Bicêtre, ainsi que j'en ai fourni la preuve, à une autre époque, dans cette enceinte.

M. Leuret, par l'application du raisonnement, que, comme plusieurs de mes prédécesseurs, j'avais inutilement expérimenté moi-même, ne put rien obtenir. Il y substitua l'intimidation de la douche et crut avoir réussi. Il se trompait: le succès était apparent, non réel. Je citai à cette occasion, à l'Académie, deux aliénés: Dufour et Duprat, l'un qui se croyait Napoléon II, l'autre, qui, soumis à un délire plus bizarre encore, s'imaginait être un alcyon. Tous deux, sous l'influence de la douche, convenaient de leurs erreurs; mais éloignés de cette étrange cause de *docilité* et de *persuasion*, ils retombaient bientôt sous l'empire de leurs convictions délirantes. Faut-il ajouter que ces convictions ont malheureusement persisté, sans pouvoir être guéries non-seulement par un *souffle*, comme le veut M. Bousquet, par une *douche* ou *un raisonnement*, comme l'indiquait M. Leuret, mais encore par l'ensemble des moyens moraux et physiques, seul traitement qui puisse être mis avec succès en usage?

En résumé, Messieurs, attaquer de front l'aliénation par l'intimidation ou le raisonnement, n'aboutit, je l'ai dit, quand elles se produisent, qu'à des réussites factices ou passagères. Renouer chez les aliénés le lien des souvenirs et des émotions antérieures, ainsi que M. Leuret, par une pensé juste et peut-être nouvelle, l'a conseillé dans ses *Fragments sur la folie*, est une voie moins inefficace peut-être, mais encore peu sûre, et il est prudent de ne voir dans une telle pratique qu'une indication isolée, réclamant sa place parmi les éléments d'influence et les agents modificateurs.

Une femme aliénée de la Salpêtrière se prétendait Marie-Louise. Comme son abord était facile et son caractère expansif, en nous promenant dans les cours, je la fis jaser, et lui demandai son état. Elle répondit: « Vous savez-bien que je suis Marie-Louise » Marie-Louise, soit, mais avant? » Cette question brusque la ramena directement au sentiment du passé: « Marchande de poissons, » répliqua-t-elle.

Mais combien dura ce succès? une seconde!

La meilleure pratique est, comme l'a fort bien exprimé M. Baillarger, de faire appel à l'émotion, de substituer aux idées dominantes un autre courant d'idées ou plutôt de sentiments. Cette pensée, du reste, n'est pas de date précisément récente. Celse, qui vécut sous Tibère, conseillait, quarante-deux ans avant l'ère chrétienne, « d'approuver « certains malades plutôt que de les contredire, et de faire entrer dans « leur esprit, par des moyens détournés, la conviction de leur égare- « ment. »

Ajoutons que l'action à exercer, pour être profitable, doit surtout porter sur les sentiments, non de l'ordre intellectuel, mais de l'ordre affectif, ce qui explique comment des personnes, même les plus simples, douées de bon sens et surtout d'une grande bonté, exercent parfois sur les aliénés un ascendant plus salutaire que les praticiens les plus savants, que les logiciens les plus rigoureux, si ceux-ci ne joignent à leur logique et à leur science des procédés habiles et des tendances affectueuses.

Il est bien temps, Messieurs, d'abandonner, même dans les mots, la fiction du traitement purement moral, et de ramener la thérapeutique de l'aliénation comme il y faut forcément ramener la vie elle-même à l'unité complexe de ses éléments.

Les affections dites mentales, encore une fois, ne se guérissent ni d'un mot ni d'un souffle, et s'il devait être ici question de modes de traitement autres que celui désigné sous le nom de *traitement moral*, les faits ne manqueraient pas pour établir qu'ils sont loin d'être inefficaces.

La thérapeutique de la manie récente (alors surtout qu'elle revêt un caractère plus ou moins aigu) veut une médication active et puissante, et l'absence de ce genre d'application fait aboutir aussi sûrement cette forme mentale à la démence, qu'une méthode ultra-débilitante le pourrait faire. A son tour, la démence exige qu'on s'oppose médicalement à ses progrès, et l'idiotisme lui-même nécessite impérieusement l'action de tous les moyens propres à modifier favorablement la constitution.

M. Bousquet, rejetant l'évidence des faits les plus avérés, mais demeurant, je l'avoue, conséquent à son principe, a non-seulement nié la nécessité et l'influence du traitement physique dans ce que je consentirai, pour nous entendre, à nommer un instant la folie; mais, ne reconnaissant aucunes périodes distinctes dans son évolution, il s'est contenté d'en tracer, avec le délire aigu, un diagnostic différentiel, pour ainsi dire de fantaisie, puisqu'il a donné au délire aigu la marche régulière et pathologique décrite par les auteurs, tout en ne faisant de la folie qu'une commotion fantasque et capricieuse. D'une part, il nous a ramené avec détail aux éléments de la pathologie; de l'autre, il n'en a tenu absolument aucun compte.

Il s'est plus encore écarté des faits démontrés par l'observation, en refusant d'admettre, pendant la durée de la maladie et même antérieurement à son invasion, ces troubles physiques généraux et partiels constatés par tous les pathologistes spéciaux; modifications organiques

auxquelles semblent fréquemment se rattacher les désordres consécutifs de l'intelligence.

On le voit, nous sommes à mille lieues, ou plutôt à un demi-siècle l'un de l'autre. Je ne tenterai donc pas, malgré ses récentes concessions, un rapprochement avec M. Bousquet, ne voulant ni démentir mon passé, ni engager mon avenir, par une approbation tacite à la doctrine trop exclusive qu'il exhume et cherche à faire prévaloir.

Les raisonnements sont impuissants contre le délire mental; mais l'émotion peut beaucoup, comme vous l'a dit M. Baillarger. Il en est de même de la diversion que Cicéron préconisait pour la cure de ce qu'il appelait des maladies de l'âme. Plus efficaces encore sont les travaux corporels, surtout les travaux agricoles, qui développent les puissances musculaires, régularisent l'innervation, et tempèrent l'irritabilité nerveuse par l'action tonique et sédative d'un air pur.

Ce dernier genre d'occupations, tout à la fois physique par sa nature et moral par sa réaction, fortifie le corps de l'aliéné, corps bien plus épuisé, débile même, qu'on ne le croit généralement; il ramène, chez les agités, la quiétude de l'esprit.

Si, ce que je ne saurais d'ailleurs admettre, ne voulant pas confondre un phénomène encore physiologique avec un état pathologique, le maniaque n'était, comme le pense M. Moreau et comme semble le croire M. Bousquet, qu'une sorte de *rêveur éveillé*, le travail manuel à l'air libre et dans les champs aurait encore plus de chances curatives que les autres moyens d'action, en lui procurant un sommeil complet.

Au reste, l'effet salutaire du travail ne se circonscrit pas à une forme mentale, il s'étend à toutes.

Institués à Paris il y a trente ans et plus, sous l'inspiration médicale, par une Administration hospitalière aussi éclairée que bienfaisante, les travaux agricoles y avaient, on peut le dire, produit des résultats éclatants. Toutefois, appréciés par l'administration de l'Assistance actuelle, en dehors des vues élevées qui en avaient décidé l'admission, ils ont été négligés et même suspendus, là où ils avaient pris naissance; mais le sentiment de leur utilité a survécu à ces atteintes, et a continué à en faire introduire l'usage dans tous nos établissements publics, où ils rendent au traitement général de l'aliénation les plus signalés services.

J'ai dit, avec M. Baillarger, que M. Bousquet ne pensait plus exactement, dans son rapport sur M. Moreau, ce qu'il pensait dans sa deuxième réponse à M. Piorry. Il ne place plus, en effet, si carrément la folie en dehors de l'organisation, et il invoque même, à l'appui de la thèse opposée, la formule vulgaire, la voix du peuple, cette émanation du bon sens universel. Nous devons nous féliciter de le rencontrer si près de nous sur un terrain dont il s'était tenu d'abord éloigné.

C'est là, certes, une heureuse contradiction. Il serait possible de signaler d'autres oppositions dans le rapport de M. Bousquet, si l'on voulait se montrer pointilleux. On demanderait, par exemple, s'il y a enchaînement rigoureux de conséquences entre les prémisses de ce travail, renfermant une critique presque constante des opinions de M. Moreau, et les conclusions si favorables (auxquelles d'ailleurs je m'associe) qui le terminent.

On demanderait encore si, après avoir accusé les recherches anatomo-pathologiques d'une radicale impuissance, ce n'était pas détruire cette accusation que de faire un si large (quoique suivant nous si juste) éloge des services rendus par M. Bayle, lequel signala, dit-il « une continuelle coïncidence entre les folies d'ambition et la lésion des méninges entre la lésion des méninges et la paralysie générale; fait qui passe, dit M. Bousquet, pour une des plus belles acquisitions de la science moderne. » Dans sa désespérante incrédulité, M. Bousquet, faisant seulement grâce, je le répète, à M. Bayle, a omis les travaux dont M. Baillarger est venu, revendiquant justement leurs droits, vous nommer les auteurs à cette tribune.

M. Bousquet a textuellement cité les aveux arrachés à quelques praticiens, notamment à M. Falret pendant un découragement momentané, sans tenir compte des atténuations apportées à ces déclarations partielles par l'ensemble de leurs doctrines.

Condamnant à une stérilité constante les recherches d'anatomie et de physiologie impuissantes à ouvrir, suivant lui, aucune voie aux découvertes futures, il en est resté à Descartes et à Willis, tout en s'attaquant même à l'autorité médicale de ce dernier, par un hors-d'œuvre historique et une citation littéraire.

Les travaux postérieurs et si remarquables de Rolando, Tiedemann, Legallois, Gall et Spurzheim, Charles Bell, MM. Magendie, Serres, Calmeil, Foville, Parchappe, Flourens, Bouillaud, etc.; les découvertes relatives aux usages des diverses parties du système nerveux et au fonctionnement général de ce système semblent, enfin, pour lui, lettre close.

Ces dédains de M. Bousquet sont, d'ailleurs, d'autant plus injustes, que, parmi les partisans de l'anatomie pathologique, nul n'a présenté les notions que procure cette science comme infaillibles et absolues. Ils n'y ont vu et nous n'y voyons nous-même qu'une source d'utiles indications; mais nul n'a voulu rigoureusement conclure du cadavre à l'homme.

Repousser obstinément les données que fournit l'anatomie pathologique ainsi comprise, ainsi expliquée, sur les modifications organiques que peut éprouver le cerveau dans les maladies dont il est le siége, n'est plus que se priver volontairement, par une répudiation dommageable et inconséquente, des lumières que cette science apporte, soulever d'inévitables résistances, et tendre à éterniser les discussions.

Solidaire du rapport de M. Bousquet, ces motifs, on le conçoit, eussent suffi pour que nous n'en puissions épouser les termes alors même qu'il n'eût pas ajouté à ces premiers motifs une autre raison également péremptoire, en repoussant l'expression de délire, et en s'efforçant de réhabiliter celle de folie.

Ici d'abord, M. Bousquet a eu tort de s'en prendre à M. Moreau pour la première dénomination. Si procès il y a, je revendique ma part des responsabilités.

Dans mes cours cliniques sur les maladies du *système nerveux*, j'ai personnellement contribué à vulgariser cette expression.

Avant nous, et pour ne mentionner que les ouvrages publiés en langue française, Pinel en avait fait usage; Fodéré l'avait pleinement adopté. Après moi, Georget, quoique ayant écrit un livre portant pour titre le mot *folie*, appliqua le mot délire comme élément de doctrine (article *délire*, Dictionnaire en 26 volumes, 1835); enfin, MM. Falret et Baillarger n'ont répudié, dans leurs cours ou leurs écrits, ni l'une ni l'autre des deux expressions.

Assurément, il importe de ne point troubler l'ordre du langage établi par des substitutions trop brusques et trop radicales; mais quand une science s'est ouvert des horizons nouveaux, a revêtu d'autres conditions, qu'elle s'est modifiée, élargie et transformée, il y a plus que convenance, il y a réellement nécessité à l'exprimer par un terme qui réponde à ces modifications, et les représente d'une manière nette à l'esprit.

Faire entrer définitivement le mot *délire* dans le vocabulaire de l'aliénation, c'était caractériser un grand fait et consacrer un grand principe; car, en se servant de cette même expression pour le délire des maladies ordinaires comme pour le délire maniaque, tout en les distinguant l'un de l'autre, par les épithètes de délire aigu ou chronique, de délire fébrile ou apyrétique, on arrivait à établir un rapprochement de nature et de siége, qui donnait à l'aliénation le caractère pathologique qu'à notre avis il est impossible de lui refuser, tandis que le mot folie, au contraire, sous-entendait généralement dans le passé, une maladie sans matière, une pure affection de l'esprit.

Cette substitution dans les mots marquait donc une transition dans les idées et, on peut le dire, dans les progrès. Elle était nécessaire et motivée, car s'il est des innovations hasardeuses ou superflues, il en est d'autres indispensables.

Nous regrettons d'autant plus que M. Bousquet se soit déclaré contre cette dernière, qu'il ne prêche point, tant s'en faut, l'immobilité et qu'il ne blâme pas la hardiesse. « En logeant l'âme, dit-il, dans la « glande pinéale, Descartes provoqua plus de recherches sur le cer- « veau qu'il n'en avait été fait depuis Hippocrate. »

Sans contester l'assertion, qu'il nous soit seulement permis de remarquer que si la médecine a des grâces à rendre à Descartes, c'est beaucoup moins pour la doctrine qu'il a établie (pure hypothèse, basée sur les notions anatomiques et physiologiques les plus incomplètes, et même les plus défectueuses), que pour avoir osé, au commencement du XVIIe siècle, identifier le principe dit immatériel, à l'organisation, en lui donnant la glande pinéale pour siége et les esprits animaux pour instigateurs. C'est encore d'avoir exprimé l'opinion, assurément très remarquable, qui l'a suivie: « L'esprit, dit-il, dépend si fort du « tempérament et de la disposition des organes du corps que, s'il est « possible de trouver quelque moyen qui rende communément les « hommes plus sages et plus habiles, je crois que c'est dans la méde- « cine qu'on doit le chercher (Discours de la méthode, page 193. »

Maxime bien connue, mais presque toujours reproduite inexactement, et que je rappelle aujourd'hui, parce qu'elle me semble à tort quelque peu dédaignée dans la pratique.

Cette fusion dans l'organisme animé du double principe de la vie, Descartes, au reste, ne l'avait pas seul ou pressentie, ou admise. Sans citer un témoignage des médecins, dont on a plus ou moins incriminé les tendances matérialistes; des philosophes, médecins ou non médecins, ont été, avant et après lui, frappés de cette évidence, et ont dû incliner devant elle les préjugés de leur temps ou leurs aspirations spiritualistes.

Platon disait: « L'âme, c'est l'homme. »

Aristote identifiait si étroitement les deux principes, que, poussant

le doute philosophique à ses dernières bornes, il « n'osait bien positivement affirmer que l'un survécût à l'autre. »

Tertullien, prêtre hérésiarque, il est vrai, mais docteur en théologie, faisait : « l'âme corporelle. »

Et Leibnitz, ce grand génie, la répandant dans le corps humain tout entier, mettait dans la « moindre particule de matière tout un monde de créatures. »

Parlant des éléments qui font la vie, Montaigne, à son tour, affirmait qu'il n'est pas possible de les désunir, et qu'il « n'en faut pas faire à deux. »

Ces idées sont les nôtres ; nous pensons que s'il existe dans la nature humaine deux principes, le Créateur les a formés réunis ; qu'en donnant à l'homme l'existence, et la faculté de la perpétuer, il a si intimement fondu ces principes l'un dans l'autre, qu'il nous est permis d'y voir, comme médecin et physiologiste, un tout absolument indivisible.

A nos yeux, cette loi d'identification doit être la base rationnelle du traitement de l'aliénation, car partout nous en retrouvons dans l'organisation les témoignages. Seule, elle explique tous les phénomènes, dissipe les obscurités, guide et sauvegarde les applications. Si bien, que non-seulement nous irons jusqu'à dire avec Montaigne que les deux principes ne font qu'un, mais qu'en réalité ils ne sont qu'un pendant la vie.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 23 mai, M. FLOURENS, présenté le premier sur la liste des candidats de l'Institut (Académie des sciences, physiques et naturelle), est nommé professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collége de France.

— M. A. Devergie a commencé aujourd'hui son cours clinique sur les maladies de la peau, et le continuera les vendredis suivants. La visite à huit heures, la leçon à neuf heures.

— *Présentation de candidats pour une chaire de pathologie, vacante à la Faculté de Paris.* — La Faculté de médecine de Paris a procédé hier à l'élection des candidats qui doivent être présentés au choix du ministre. La manière dont les voix se sont réparties dans les deux premiers tours de scrutin, prouve que la Faculté n'a pas perdu les habitudes stratégiques si bien caractérisées par notre bien-aimé et loyal maître et ami, M. Raige-Delorme; un éminent professeur nous disait même hier qu'il y avait aujourd'hui une raison de plus de regretter le concours. Nous ne saurions partager son avis. Sous le régime du concours, les choses se passent exactement comme sous le régime de l'election, et ce dernier mode offre toujours l'avantage d'une mystification de moins.

Scrutin pour la place de *premier candidat.*

Nombre de votants : 25.

1[er] tour de scrutin :

M. Beau.	8 voix.
M. Monneret.	7
M. Guillot (Natalis).	6
M. Fleury.	2
M. Barth.	1
M. Behier.	1

2[e] tour de scrutin :

M. Guillot.	14 voix.
M. Beau.	10
M. Monneret.	1

Scrutin pour la place de *second candidat.*

Tour de scrutin unique :

M. Monneret.	14 voix.
M. Beau.	11

Scrutin pour la place de *troisième candidat.*

Tour de scrutin unique :

M. Beau.	14 voix.
M. Fleury.	4
M. Behier.	4
M. Barth.	1
M. Hardy.	1
Un bulletin blanc.	

— La *Gazette médicale de Strasbourg* annonce l'heureuse innovation suivante, dont il serait bien à désirer de voir des imitations aussi bien à Paris qu'en province :

« Les élèves internes de l'hôpital civil de Strasbourg ont décidé la création d'une bibliothèque annexée à la salle de garde. L'administration hospitalière, qui saisit toutes les occasions d'être utile aux étudiants en médecine, a fait placer une belle vitrine, dont les rayons vont se garnir d'ouvrages et de journaux de médecine.

« Nous sommes persuadés que les internes actuels ne seront pas abandonnés à leurs seuls efforts; leurs professeurs et leurs prédécesseurs, les anciens internes de Strasbourg voudront tous concourir à la formation de ce salon de lectnre; les uns, pour encourager les élèves, les autres, par reconnaissance pour l'établissement dans lequel ils ont fait les premiers pas dans la carrière, »

— Le même journal annonce que M. LEREBOULLET, professeur à la faculté des sciences de Strasbourg, vient d'être nommé président de la Société d'agriculture du Bas Rhin, en remplacement de M. MARCHAL, professeur à la Faculté de médecine, décédé récemment.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 64. 3e ANNÉE. Lundi 28 mai 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal ; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches naturelles, chimiques et physiologiques sur le curare.

Par M. Alvaro Reynoso.

(Commmuniqué à l'Académie des Sciences qui, sur le rapport de M. Flourens, a voté l'impression dans le recueil des *Mémoires des savancs étrangers*.)

L'intérêt que ces recherches présentent plus encore peut-être au point de vue de la physiologie et de la toxicologie générales qu'au point de vue pratique spécial, nous a engagé à en publier le long extrait suivant, qui en donnera une idée complète et que nos lecteurs liront avec un vif intérêt.

L'auteur trace d'abord un historique complet et très-bien fait du curare et de ses usages parmi les Indiens. Nous glisserons sur cette partie pour arriver immédiatement aux parties qui nous intéressent plus directement.

DESCRIPTION.

Le curare est encore en usage de nos jours chez plusieurs tribus indiennes de l'Amérique du Sud; mais il paraît qu'il n'est employé qu'à la chasse, et que dans leurs guerres, ces peuplades se servent de flèches non empoisonnées. Sous les noms de *curare*, de *worara, urali, wurali, wourari, woorari, woraru, wourali, urari, ourary, voorara*, on désigne, dans les diverses hordes de sauvages, les poisons employés pour envenimer les flèches. Tous ces poisons proviennent d'une *seule et même plante* ou de plantes différentes, mais qui contiennent un *principe actif identique*, dont le caractère le plus saillant est de n'être absorbé que lorsqu'il se trouve en contact avec le sang et d'être tout à fait inoffensif quand il est introduit dans le tube digestif.

DESCRIPTION DE LA PLANTE, D'AARÈS LE DOCTEUR KLOTZSCH (1):

Strychnos toxifera, Schomburgk. — Pedicelli pilosi, unibibracteati; bracteatis alternis. Calyx 5-partitus; laciniis lanceo lato-linearibus, pilis flavo-fuscescentibus, subulatis, longisseptatis.

Corolla hypocraterimorpha, extus pilis longis patentibus obsita, apice attenuata, intus glabra; limbus quinquelobus patens; laciniis oblongis, obtusis, basi niveo-lanatis, versus apicem albido-pubescentibus, per tortione ad longitudinem tubi brevibus. Antheræ oblongæ biloculares, sessiles exsertæ rimis longitudinalibus dehiscentes in fauci. Ovarium glabrum oblongum, superne attenuatum, in stylo subulato continuum biloculare: loculis multi-ovulatis. Ramis scandentibus cirrhisque pilis longis, patentibus, rufis, dense obtectis; foliis sessilibus, ovali-oblongis acuminatis membranaceis trinerviis, utrinque pilis longis, rufis, hirsutis; fructibus maximis globosis. Folia 3-4 policaria.

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Berlin, 1847, t. XXXVI, p. 481; article de M. Munter sur le *Woorara*, p. 468-500.

PRÉPARATION DU CURARE.

M. Reynoso rapporte plusieurs descriptions du mode de préparation du curare ; celle de M. Richard Schomburgk (1) paraît être la plus exacte. Voici ce que cet auteur dit avoir vu :

On prend de jeunes pousses, tant qu'elles sont encore en sève, longues de 2 à 3 pieds, de strychnos toxifera, l'écorce et l'aubier sont enlevés, coupés en petits morceaux et mélangés avec d'autres écorces également coupées dans les proportions suivantes :

Plante urari (Strychnos toxifera).	2 livres.
Yakki (Strychnos Schomburgkii).	1/4 de livre.
Arimaru (Strychnos cogens)	1/4 id.
Tarireng (?)	1/4 id.
Wokarino (?)	1/2 once.
Tararemu (?)	1/2 id.
Muramu (?). Une quantité très-petite de l'écaille du bulbe de cette plante.	
Manuca (une Xantoxylée).	

L'Indien ajoute en plus un certain nombre de plantes dont les noms botaniques n'ont pas été donnés par M. Schomburgk, et que, du reste, il employait en quantité indéterminée.

On fit cuire le tout dans l'eau pendant quarante-huit heures. La décoction obtenue après ce temps fut filtrée au moyen d'un entonnoir rempli d'herbe très-fine et versée dans de petits vases de terre qu'on exposa au soleil pour la faire évaporer. Après une évaporation de trois heures, on ajouta le suc mucilagineux des pelures de l'oignon du muramu, qui a été nommé plus haut, lequel donna aussitôt à l'extrait encore liquide une consistance gélatineuse. L'Indien versa alors cet extrait dans des calebasses, et dans chacune d'elles il mit quatre petits morceaux de bois de manuca. Après cette addition, l'extrait fut encore exposé au soleil et évaporé jusqu'à la consistance du suc de réglisse ; les calebasses furent alors recouvertes avec des feuilles de palmier. La préparation était terminée en trois jours.

Après avoir fait connaître ce mode de préparation, M. Reynoso signale l'erreur des auteurs qui ont cru que le curare n'était autre chose que le venin des crotales conservé d'une manière particulière, erreur partagée notamment par MM. Brainard et Greene Il serait inutile, en effet, d'insister actuellement sur cette erreur, maintenant hors de contestation.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES DU CURARE.

Le curare (2) se présente sous la forme d'un extrait solide,

(1) Munter, *loc. cit.*, p. 482.

(2) Annales de chimie et de physique. t. XXXIX, p. 24, Examen chimique du curare, par MM. Boussingault et Roulin.

noir, d'un aspect résineux ; réduit en poudre, il est d'un brun tirant au jaune ; sa saveur est excessivement amère, mais cette amertume n'a rien d'âcre ni de piquant.

L'éther sulfurique n'a que très peu d'action sur le curare; il lui enlève seulement un peu de matière grasse; l'alcool agit beaucoup plus activement; la teinture alcoolique est d'un beau rouge et très-amère. Le curare se ramollit dans l'eau et finit par se dissoudre en grande partie; la solution aqueuse a une couleur rouge foncé et une grande amertume; elle rougit légèrement le papier bleu de tournesol; l'ammoniaque, la potasse et les carbonates des mêmes bases ne la précipitent pas. Il en est de même des oxalates alcalins, mais elle est précipitée abondamment par la teinture de noix de galle, l'acide gallique et les gallates; le précipité, qui est d'un blanc jaunâtre, se dissout entièrement dans l'alcool et dans les acides.

Outre la *curarine*, qui constitue son principe actif, le curare contient : une substance grasse, de la gomme, une matière colorante rouge, de la résine, une substance végéto-animale. Le curare calciné laisse des cendres composées de silice, alumine et magnésie.

Extraction de la curarine, principe actif du curare. — Voici le prodédé que MM. Boussingault et Roullin (1) ont suivi pour se procurer le principe actif du curare. Après avoir traité, à plusieurs reprises, le curare réduit en poudre par l'alcool bouillant, la teinture alcoolique a été évaporée, et le résidu de l'évaporation repris par l'eau, qui a laissé indissoute une petite quantité d'une résine brune. La solution aqueuse décolorée par le charbon animal a été précipitée par l'infusion de noix de galle : le précipité, qui est en beaux flocons d'un blanc jaunâtre, renferme, à n'en pas douter, tout le principe amer ; car la liqueur surnageante n'a presque plus de saveur; le précipité bien lavé a été introduit dans un matras avec un peu d'eau; on a chauffé ensuite jusqu'à faire bouillir, alors on a ajouté de l'acide oxalique en cristaux; la dissolution du gallate s'est opérée sur-le-champ. La liqueur acide fut traitée par la magnésie et filtrée; elle était alors alcaline; évaporée, elle a donné un résidu qui s'est dissous presque entièrement dans l'alcool; la dissolution alcoolique a été concentrée et soumise à l'évaporation spontanée. Le principe amer ainsi obtenu a une consistance sirupeuse; pour le dessécher, on est obligé de le placer sous une cloche, près d'un vase contenant de l'acide sulfurique concentré; par ce moyen, il prend une consistance cornée.

Pelletier et Pétroz (2) préparent la curarine par un autre procédé. Ils traitent l'extrait alcoolique du curare par l'éther, pour le débarrasser de la graisse et de la résine, dissolvent le résidu dans l'eau, précipitent les corps étrangers par le sous-acétate de plomb, et enlèvent l'excès de sel de plomb par l'hydrogène sulfuré. Ensuite ils mêlent le liquide avec du charbon animal pour le décolorer, ils le filtrent, l'évaporent, chassent l'acide acétique en ajoutant au liquide de l'acide sulfurique étendu d'alcool absolu, enlèvent l'alcool par l'évaporation, précipitent l'acide sulfurique par l'hydrate de baryte et séparent l'excès de ce dernier par l'acide carbonique; enfin la liqueur a été concentrée au bain-marie, et la curarine a été desséchée sous la cloche de la machine pneumatique.

Propriétés de la curarine. — Quel que soit le procédé qu'on suive pour obtenir la curarine, elle se présente toujours sous la forme d'une masse solide, translucide et même transparente, en couche mince, d'une couleur jaune pâle : elle attire fortement l'humidité de l'air; elle est très-soluble dans l'eau et dans l'alcool, insoluble dans l'éther et dans l'essence de térébenthine. Sa dissolution possède une saveur excessivement amère, elle rougit le papier de curcuma et ramène au bleu celui de tournesol rougi par un acide. La solution aqueuse neutralise les acides; les sels qu'elle forme avec les acides sulfurique, chlorhydrique et acétique sont tous très-solubles, et il est impossible de les obtenir cristallisés. Lorsqu'on soumet la curarine à l'action de la chaleur, elle se charbonne en répandant d'épaisses vapeurs qui, quand on les respire, font éprouver une sensation d'amertume fort désagréable : il reste après sa combustion un résidu à peine appréciable, qui n'est nullement alcalin. La curarine traitée par l'acide nitrique concentré prend une couleur rouge de sang, et l'acide sulfurique, aussi concentré, lui communique une belle teinte de laque carminée.

La solution aqueuse est précipitée par la noix de galle, et le précipité est soluble dans l'alcool; elle est aussi précipitée par les bichlorures de platine et de mercure. Enfin, d'après le docteur Heintz, la curarine contiendrait de l'azote.

(1) *Annales de chimie et de physique*, 2e série, t. XXXIX, p. 24.
(2) *Annales de chimie et de physique*, 2e série, t. XL, p. 213.

ACTION SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

1° *Conditions de l'absorption.* — Avant d'étudier les effets que produit le curare lorsqu'il a été absorbé, il me semble logique d'exposer les conditions qu'exige son introduction dans le torrent circulatoire.

Le curare, comme les venins et les autres virus, n'est absorbé que lorsqu'il est mis directement en contact avec le sang ou qu'il est introduit dans les poumons.

L'auteur établit que ce fait était connu depuis longtemps; puis il ajoute :

Mais il restait à expliquer pourquoi il n'était pas absorbé. Tel a été le sujet de la première partie du travail de MM. Pelouze et Bernard (1). En voyant l'innocuité si complète du curare quand il est introduit dans l'estomac, on pouvait penser que ce poison était modifié, digéré en un mot par les sucs gastriques, de telle façon que ses propriétés délétères étaient détruites. C'est dans le but de vérifier cette supposition que MM. Pelouze et Bernard ont placé dans du suc gastrique de chien pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, du curare au bain-marie entre 38 et 40 degrés centigrades. Après ce laps de temps, ils ont piqué des animaux avec ce suc gastrique contenant du curare en dissolution : ces animaux sont morts comme à l'ordinaire, de sorte qu'on peut conclure que le contact du curare avec le suc gastrique pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures ne modifie aucunement ses propriétés délétères. Cette expérience a été souvent répétée et variée de toutes les manières, en la produisant tantôt en dehors de l'animal, tantôt sur l'animal vivant lui-même. A un chien, auquel ils avaient pratiqué une fistule à l'estomac, MM. Pelouze et Bernard avaient fait avaler des fragments de curare avec ou sans les aliments ; puis, en retirant au bout de quelque temps le suc gastrique, ils ont reconnu qu'il avait toutes les propriétés mortelles d'une dissolution de curare. On a alors sous les yeux ce singulier spectacle d'un chien qui porte dans son estomac, sans en sentir aucune atteinte, un liquide qui donne la mort instantanément à tous les animaux auxquels on l'inocule. Non-seulement le chien, dont l'estomac renferme du curare, n'en éprouve aucun accident qui compromette son existence, mais encore sa digestion n'en est pas même troublée. Il est donc prouvé que l'action spéciale du suc gastrique ne peut pas donner la raison de l'innocuité du curare ingéré dans l'estomac. Les autres liquides intestinaux, la salive, la bile, le suc pancréatique fournirent à ces consciencieux expérimentateurs un résultat semblable, c'est-à-dire qu'aucun de ces fluides ne détruisit par son contact l'action toxique du curare. L'explication de ces faits va se trouver simplement donnée en démontrant qu'il y a un défaut d'absorption de la substance vénéneuse à la surface de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

En effet, MM. Pelouze et Bernard ont constaté que, par un privilége particulier, la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin ne se laisse pas traverser par le principe toxique du curare, bien qu'il soit soluble. Voici l'expérience à l'aide de

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XXXI, p. 533.

laquelle ce fait peut être mis en évidence : si l'on prend la membrane muqueuse gastrique fraîche d'un animal (chien ou lapin), très-récemment tué, et qu'on l'adapte à un endosmomètre, de telle façon que la surface muqueuse regarde en dehors ; si l'on plonge ensuite l'endosmomètre, contenant de l'eau sucrée, dans une dissolution aqueuse de curare, on constatera, au bout de deux ou trois heures, que l'endosmose se sera effectuée : le niveau sera monté dans le tube endosmométrique, et cependant le liquide qu'il contient n'offrira aucune trace de poison, ainsi qu'on le constate en l'inoculant aux animaux. Si on laissait l'expérience marcher plus longtemps, l'endosmose du poison pourrait avoir lieu ; mais on constaterait en même temps que la membrane s'est modifiée et que le mucus, ainsi que l'épithélium qui la revêtent à la surface, se sont altérés et ont permis, par cette circonstance, l'imbibition ou l'endosmose du principe actif du curare. Cela est si vrai, que si, au lieu d'employer à cette expérience une membrane saine et fraîche, on en prend une qui soit déjà altérée, l'endosmose du liquide toxique a lieu immédiatement. Sur l'animal vivant, on peut constater aussi cette même propriété de la membrane muqueuse intestinale, et l'on arrive à cette démonstration que, parmi des substances parfaitement solubles en apparence et déposées à la surface de la muqueuse gastro-intestinale, il y en a qui peuvent y séjourner sans être absorbées et conséquemment sans manifester leur action sur l'organisme. Or le principe actif du curare est précisément dans ce cas.

MM. Pelouze et Bernard ont recherché si d'autres membranes muqueuses que celle des organes digestifs possédaient cette même propriété à l'égard du curare. Ils ont successivement expérimenté sur les membranes muqueuses de la vessie, des fosses nasales, des yeux, et constamment la même propriété de résistance à l'absorption du principe du curare s'est manifestée. Une injection de ce poison faite dans la vessie d'un chien a pu être gardée six à huit heures par l'animal, sans qu'il en éprouvât aucun accident ; mais l'urine qu'il rendit après ce temps avait toutes les propriétés toxiques du curare.

On sait aujourd'hui que, pour qu'une partie de l'organisme serve à l'introduction des substances vénéneuses dans l'économie animale, il faut qu'elle communique avec les autres parties par des vaisseaux, et que l'absorption n'a pas lieu lorsqu'elle y tient seulement par des nerfs ; ainsi, il n'est pas étonnant que le curare (1) n'ait produit aucun changement sur l'économie animale lorsqu'il a été appliqué sur les nerfs intacts, coupés ou blessés, pourvu qu'ils aient été isolés des muscles et des autres parties environnantes. De plus l'absorption du curare a lieu, même après la section des nerfs (2), si le membre communique avec le reste de l'économie par des vaisseaux.

Le curare appliqué directement sur la peau, si elle est intacte, n'est pas absorbé. MM. Munter et Virchow (3) ont humecté pendant une demi-heure le pied de derrière d'une grenouille avec une dissolution de curare, et, après ce temps, l'animal ne paraissait avoir souffert en aucune sorte. Déjà Bancroff (4) avait prouvé que l'application sur la peau d'une solution aqueuse de ce poison demeure sans action sensible, même lorsqu'elle s'évapore et se sèche à l'endroit où elle a été déposée.

Le curare (5) n'est pas absorbé non plus par la membrane des branchies, ce qui prouve que cette membrane n'est pas endosmotique pour le curare. Voici l'expérience : un petit poisson a vécu pendant quatre jours dans 1 kilogramme d'eau où l'on avait mis 6 décigrammes de curare ; au bout de ce temps, on lui fit une petite blessure, et alors il mourut huit minutes après avoir été remis dans l'eau contenant le curare. Pour que cette expérience puisse réussir, il faut que le poisson n'ait aucune blessure. Quelquefois ils sont blessés, et c'est seulement après avoir été mis dans l'eau contenant du curare, qu'on vient à s'en apercevoir.

(1) Fontana, *Traité sur le venin de la vipère*, t. II, p. 116.
(2) Burdach, *Traité de physiologie*, t. IX, p. 10.
(3) Munter, *Loc. cit.*
(4) Munster, *Loc. cit.*
(5) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. XXXIX.

Le curare n'est absorbé que lorsqu'on l'introduit directement dans les veines, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la membrane muqueuse pulmonaire.

Muqueuse pulmonaire. — D'après MM. Pelouze et Bernard, en introduisant, avec toutes les précautions nécessaires, quelques gouttes de la dissolution du curare dans les voies aériennes, on voit la mort survenir avec la même rapidité que si l'on avait piqué l'animal sous la peau. Ils expliquent cette exception aux propriétés des autres membranes muqueuses, par l'usage spécial que doit remplir la muqueuse pulmonaire. En effet, celle-ci étant destinée au passage de l'air, pour accomplir les phénomènes de la respiration, possède une texture spéciale et se trouve dépourvue du mucus protecteur qui lubrifie les autres surfaces communiquant avec l'extérieur : explication qui s'accorde avec les observations déjà faites par M. Magendie sur la structure et les propriétés de la membrane muqueuse bronchique.

Un fait semblable de privilége endosmotique, si l'on peut ainsi l'appeler, a lieu lorsqu'on vient à injecter diverses substances dans les veines, et que les unes passent dans la sécrétion de telle glande, tandis que les autres parcourent le torrent circulatoire pour être éliminées par des voies distinctes. Ainsi, par exemple, on sait que la glande parotide laisse passer l'iodure de potassium, pendant que le sucre et le cyanoferrure de potassium ne se trouvent pas dans la salive sécrétée par celle-ci.

Les propriétés électives des membranes de l'économie animale pour se laisser traverser par les liquides, en un mot, leurs différents caractères endosmométriques sont des phénomènes bien plus généraux et importants qu'on ne le croit, et ils jouent un grand rôle dans toutes les sécrétions.

Introduction du curare dans les veines. — Les effets de l'injection d'une dissolution aqueuse de curare dans les veines ont été étudiés par Fontana (1) et MM. Pelouse et Bernard. D'après ces physiologistes, l'action toxique du curare est instantanée lorsqu'il est injecté directement dans les vaisseaux sanguins. Une solution aqueuse faible de ce poison, poussée dans la veine jugulaire chez les chiens et chez les lapins, a constamment déterminé une mort subite, sans que les animaux aient poussé aucun cri, ni manifesté aucune agitation convulsive. L'organisme est comme foudroyé, et tous les caractères de la vie s'évanouissent avec la rapidité de l'éclair.

Le curare introduit sous la peau est absorbé d'autant plus promptement que l'endroit où il a été déposé est plus riche en vaisseaux.

Le curare est-il un poison pour tous les animaux? — D'après les expériences et les relations de tous les physiologistes et voyageurs qui ont écrit sur le curare, aucun animal n'est à l'abri de son action. La quantité de poison nécessaire pour donner la mort varie seulement d'après la taille de l'animal et son espèce. On peut dire en général que les animaux meurent relativement d'autant plus vite que leur respiration est plus active, car cette condition entraîne un mouvement vital plus grand, et par consequent l'absorption se fait plus vite. Aussi, ce sont les oiseaux qui périssent le plus promptement, ensuite les mammifères et après les reptiles. Cependant Fontana (2) prétend avoir blessé plusieurs vipères avec des flèches empoisonnées par du curare, et que jamais aucune n'est morte ; ayant obtenu le même résultat en piquant des couleuvres avec des flèches enduites de curare, il n'hésite point à assurer que le poison américain est entièrement innocent pour les animaux

(1) Traité sur le venin de la vipère, sur les poisons américains, etc., par Félix Fontana. Florence, 1781, t. II, p. 140 et suiv.
(2) Fontana, *loc. cit.*, p. 105.

à sang froid, ainsi que le venin de la vipère, et par là, ces deux poisons ont une très-grande analogie, bien que l'un soit d'origine animale et l'autre un simple suc végétal. Voulant me convaincre si cette assertion de Fontana était vraie, j'ai introduit (1) du curare dans une petite blessure faite au ventre d'une vipère, et, contre mon attente, l'animal en est mort. Ainsi le curare empoisonne les vipères, et par là il se distingue du venin de ces reptiles, qui n'est pas un poison pour eux. On ne peut expliquer l'erreur de Fontana qu'en admettant la mauvaise qualité du poison dont il disposait.

L'absorption du curare ne s'opère pas de la même manière chez tous les animaux et à tous les âges. — D'après le docteur Vulpian, le curare serait absorbé dans l'estomac des moineaux, des grenouilles, des tritons et des salamandres (2). Cet habile expérimentateur a trouvé de plus un fait très-curieux. Le curare introduit dans la bouche et dans l'estomac des cochons d'Inde, ne les empoisonne pas; mais si, au lieu d'expérimenter sur un individu déjà développé, on place le curare dissous dans la bouche d'un cochon d'Inde né de la veille, l'empoisonnement arrive en moins d'une heure, et l'animal périt agité de secousses convulsives dans les membres et dans les muscles des mâchoires.

2° *Le poison étant absorbé, quels sont ses effets?* — Lorsque le curare pénètre en quantité insuffisante pour produire la mort, il ne fait que paralyser pendant quelque temps l'animal, qui se rétablit ensuite facilement. M. de Humboldt (3) nous raconte qu'un charpentier d'une force musculaire extraordinaire, ayant eu l'imprudence de frotter entre ses doigts le curare, après s'être blessé légèrement, tomba par terre saisi d'un vertige qui dura plus d'une demi-heure. Quand le curare est très-actif et qu'il est mis en grande quantité dans une plaie, l'animal tombe mort sans pousser de cris, sans convulsions, il devient insensible et meurt. Quand on fait l'expérience sur un chien, aussitôt que le poison commence à être absorbé, on le voit se coucher doucement, comme s'il était fatigué, et avec une sorte de paresse, d'abord sur ses pattes; il s'étend ensuite complétement : sa respiration cesse, il devient insensible et meurt. Enfin si le poison est mis sur une plaie en petite quantité, ou si l'on retarde sensiblement son absorption par un caustique incapable de la prévenir complétement, alors la mort ne se produit plus de même; l'animal éprouve des convulsions, et si c'est un caustique qu'on a employé, on voit, pour ainsi dire, pénétrer le poison dans l'économie, car il éprouve des convulsions régulières. Ainsi, dans l'expérience relatée plus loin, on peut observer très-bien le phénomène. Au reste, la présence des convulsions dans l'empoisonnement par le curare est un fait signalé par divers auteurs, surtout par Waterton (4).

Comment agit le curare sur l'économie animale? Pourquoi est-il un poison? — Voici ce que nous savons sur ce sujet.

L'urari des Macusis préparé en présence de Rich. Schomburgk servit cinq années après sa préparation à MM. Virchow et Munter (5) pour des expériences, d'où ils ont conclu :

1° Que le curare n'est point un poison tétanique; au contraire, il produit la paralysie, c'est-à-dire la cessation des mouvements musculaires volontaires, tandis que les muscles dont les mouvements ne sont pas soumis à la volonté, l'intestin, le cœur, continuent à se mouvoir encore longtemps après la mort ;

2° Que, dès le commencement de son action, il produit l'étourdissement et la stupéfaction, c'est-à-dire la cessation des fonctions du cerveau ;

(1) Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, t. XXXIX.

(2) Société de biologie (1854).

(3) Humboldt, *loc. cit.*, t. II, p. 554.

(4) Waterton, *loc. cit.*, p. 92.

(5) Munter, *loc. cit.*

3° Enfin que la mort n'est pas le résultat direct de l'empoisonnement, mais la suite de la cessation des mouvements respiratoires; c'est pourquoi, si l'on entretient la respiration artificielle jusqu'à ce que l'action du poison sur le cerveau ait cessé, on peut ramener complétement les fonctions de la vie.

D'après les expériences de MM. Pelouze et Bernard (1), le curare anéantit complétement les propriétés du système nerveux. Chez les animaux qui meurent brusquement, les nerfs conservent encore quelque temps la faculté de réagir sous l'influence des excitants mécaniques, physiques ou chimiques. Si l'on excite un nerf de mouvement, on voit survenir des convulsions dans les muscles auxquels il se rend; si l'on pince la peau, on donne lieu à ces mouvements spéciaux qu'on a désignés sous le nom de mouvements *réflexes*. Après la mort par le curare, aucune de ces propriétés ne persiste sur l'animal encore chaud et mort depuis une minute; les nerfs sont inertes comme sur un animal qui serait froid et mort depuis longtemps. J'ai vu plusieurs fois faire l'expérience à M. Bernard, de la manière suivante : Sous la peau d'une grenouille, on introduit un peu de curare; aussitôt qu'elle meurt, on prépare les nerfs lombaires, comme pour l'expérience de Galvani. Si l'on vient à appliquer sur ces nerfs les deux pôles d'une pile ordinaire ou simplement les deux pointes d'une pince électrique trempée dans du vinaigre étendu, on verra que les nerfs n'éprouvent aucune action de la part de l'électricité, qui cependant agit sur les muscles à la manière ordinaire.

Ce fait de la destruction complète des propriétés du système nerveux est très-important, non seulement par les conséquences théoriques qui en découlent, mais encore par les applications dont il pourra être l'objet dans la pratique médicale, car l'usage de cette substance pourra permettre au médecin d'amoindrir à son gré l'excitation nerveuse.

Parmi les conséquences théoriques auxquelles il donne lieu, je crois qu'une des plus intéressantes, c'est de servir d'argument puissant en faveur des idées émises par M. Flourens sur l'action du système nerveux sur la circulation. Les expériences de M. Flourens (2) ont démontré que « la circulation soutenue par l'insufflation survit, dans les animaux adultes, à la destruction totale du système nerveux, et, dans les animaux voisins de leur naissance, elle survit à cette destruction, même sans le secours de l'insufflation. La circulation ne dépend donc pas *immédiatement* de ce système. » Nous avons déjà vu que les mouvements du cœur persistent après l'empoisonnement par le curare, dans lequel cependant les propriétés du système nerveux sont détruites; les mouvements du cœur ne dépendent donc pas « *immédiatement* » de celui-ci.

Je suis convaincu que les mouvements du cœur persisteraient plus longtemps lors de l'empoisonnement par le curare, chez les animaux nouveau-nés que chez les adultes. Je n'ai pas fait l'expérience; cependant le raisonnement fait prévoir son succès. Outre l'expérience faite par M. Flourens sur les animaux nouveau-nés, j'en citerai une autre aussi concluante pour appuyer mon opinion. Si, dans les animaux très-jeunes dont le système nerveux est détruit, la circulation persiste davantage, cela tient à ce qu'ils peuvent vivre plus longtemps sans respirer; chez les adultes, la repiration étant plus nécessaire, il faut l'entretenir artificiellement. Si l'on fait l'expérience sur une grenouille, on se met tout à fait dans les conditions d'un animal dont la respiration est entretenue par l'insufflation, car la grenouille respire par la peau. Aussi, chez ce batracien, les mouvements du cœur persistent-ils plus longtemps après l'empoisonnement par le curare que chez tout autre animal.

Je me propose, aussitôt que je pourrai me procurer des vipères assez venimeuses, de rechercher quelle est l'action de l'électricité sur les nerfs des animaux qui auront péri par l'action de ce venin. Quel que soit le résultat de l'expérience, il

(1) Pelouze et Bernard, *loc. cit.*, p. 534.

(2) Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés. Paris, 1842, p. 222.

sera très-important, comparé avec les effets du curare. Il serait à souhaiter que les personnes à même d'expérimenter sur le venin des serpents à sonnettes ou autres entreprissent ces expériences.

Il serait aussi très-intéressant d'examiner l'action de l'électricité sur les nerfs et les muscles des animaux empoisonnés par l'upas anthiar, à cause de la cessation des mouvements du cœur occasionnée par ce poison.

Suivant MM. Pelouze et Bernard, après ce genre d'empoisonnement, le sang est constamment noir et souvent altéré au point de se coaguler difficilement et de ne plus pouvoir devenir rutilant à l'air.

En résumé, on peut dire, je crois, que, dans l'empoisonnement par le curare, on trouve dans le sang les mêmes caractères que dans l'asphyxie, et que la plupart des organes en sont gorgés. De plus, l'action de ce poison sur l'économie montre mieux que tout autre moyen que, dans l'asphyxie, le cœur continue pendant quelque temps à battre et à lancer dans l'organisme le sang noir qui n'a pas éprouvé de changements en traversant les poumons, faute d'y avoir trouvé de l'oxygène; l'insensibilité complète qui accompagne l'empoisonnement pourrait déjà s'expliquer par la propriété stupéfiante du sang noir; l'asphyxie, dans ce cas, est déterminée primitivement par la cessation de l'action nerveuse, et non pas par l'altération du sang, car, d'après les expériences de respiration artificielle, on a vu qu'il pouvait être modifié par l'air, et que lorsque ce contact était suffisamment prolongé, l'animal pouvait se rétablir.

Parmi les effets constatés dans l'empoisonnement par le curare, qui anéantit, d'après MM. Pelouze et Bernard, les propriétés du système nerveux, un des plus importants est le passage du sucre dans les urines, signalé par M. Bernard. C'est peut-être le meilleur argument qu'on puisse opposer à la théorie qui prétend expliquer la présence du sucre dans les urines par une excitation nerveuse. Comment quelque chose qui n'existe pas pourrait-il agir et surtout être accru dans son action? A moins que l'on ne veuille, en forçant le raisonnement, admettre que les propriétés des nerfs cessent par épuisement, de même qu'on voit les poissons électriques perdre leurs propriétés par des décharges trop répétées; mais alors plus le curare pénètre en grande quantité, plus les convulsions devraient être fortes et fréquentes, ce qui n'a pas lieu. (Voy. mon *Mémoire sur la présence du sucre dans les urines et sur la liaision de ce phénomène avec la respiration.*)

(*La suite à un prochain numéro.*)

De la saumure et de ses propriétés toxiques.

Par M. Reynal

Chef de service de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort.

(*Lu à l'Académie de médecine.*)

(Suite. — *Voir* les numéros 62 et 63.)

TROISIÈME SÉRIE.

Mode d'action de la saumure.

La saumure paraît exercer sur l'économie deux actions différentes :

L'une locale, irritante, donnant lieu à une congestion et à une inflammation violente sur le canal intestinal; les nombreuses autopsies que j'ai rapportées en donnent la démonstration;

L'autre générale : la saumure agit alors sur la peau, sur l'appareil urinaire et plus directement sur le système nerveux.

De quelque manière que j'aie administré la saumure pure ou mélangée aux aliments, toujours j'ai vu apparaître des phénomènes nerveux, caractérisés, chez le chien, par des tremblements généraux, par des contractions spasmodiques des muscles, notamment des fléchisseurs; chez le porc, les symptômes nerveux ont été plus caractéristiques encore, puisqu'il s'est produit de véritables attaques épileptiformes; enfin, chez le cheval, la paralysie des lèvres, de la face, du train postérieur, l'extinction de la sensibilité, les spasmes, la raideur tétanique des muscles prouvent suffisamment que la saumure a une action sur le système nerveux cérébro-spinal.

L'action de cette substance sur la peau et l'appareil urinaire se traduit, ainsi qu'on a pu le remarquer chez le cheval particulièrement, par des sueurs abondantes et par une sécrétion considérable d'urine.

Les reins me paraissent être les organes qui servent à l'élimination des éléments toxiques de la saumure.

Quelques auteurs ont cherché à déterminer le principe qui donne à la saumure ses propriétés toxiques.

En Allemagne, on a invoqué la présence d'un acide gras formé pendant la salaison sous l'influence du chlorure de sodium. Cet acide gras se trouverait surtout dans les parties surnageantes de la saumure, et serait d'autant plus abondant que la saumure daterait d'une époque plus ancienne.

Dans le but d'examiner la valeur de cette opinion, j'ai expérimenté avec la saumure prise à la superficie, au milieu et dans les parties les plus inférieures d'un tonneau rempli de ce liquide, et je n'ai pas remarqué de différences sensibles dans le mode d'action.

M. Fushs, professeur à l'école de Carlsruhe, dit qu'il ne lui paraît pas nécessaire, pour expliquer les accidents consécutifs à l'ingestion de la saumure, d'avoir recours à une substance toxique particulière qui se transformerait dans ce liquide. Le sel marin, suivant lui, suffit pour expliquer ces effets, et d'autant mieux qu'il est mêlé à des substances animales.

M. Spinola, professeur à l'école vétérinaire de Berlin, ne croit pas non plus que la saumure contienne une substance vénéneuse analogue à celle que contiennent les viandes de charcuterie altérées ou fumées; car ces dernières, ajoute M. Spinola, agissent plus particulièrement sur le système du grand sympathique, tandis que la maladie qu'il a observée à la suite de l'administration de la saumure a commencé par le vertige, et a fini par un état apoplectique.

Quoi qu'il en soit du principe toxique de la saumure, de sa nature et de son mode de formation, il est constant que ce n'est pas au sel, ainsi que l'admet M. Fushs, que l'on doit attribuer les propriétés toxiques de la saumure, car en administrant une quantité de sel proportionnelle à celle que contient une dose toxique de saumure, on pourra produire une inflammation du canal intestinal, des nausées, des vomissements chez le chien et chez le porc, mais jamais on ne déterminera ces phénomènes nerveux qui, en épuisant l'économie, sont la cause de la mort, et si au lieu de donner cette quantité de sel pur, on le mélange à la nourriture, les animaux n'en seront point incommodés.

Cette opinion est étayée sur une série d'expériences faites avec une solution concentrée de chlorure de sodium, qui marquait, au pèse-sels, de 22 à 25 degrés, comme les différentes saumures qui ont servi à mes études expérimentales.

Peut-on invoquer la présence des matières animales en putréfaction, les effets combinés de ces matières et du chlorure de sodium? Je ne le pense pas.

J'ai administré plusieurs fois la saumure préalablement filtrée avec du charbon animal, ensuite mélangée avec ce charbon; l'action toxique de la saumure a toujours été aussi intense.

Dans un travail récemment publié, qui m'a été communiqué par M. Chevalier, un médecin belge, M. Van der Corput, attribue les propriétés toxiques des viandes fumées au développement d'un végétal qu'il désigne sous le nom de *Sarcina botulina.*

Serait-il permis d'invoquer cette cause pour expliquer le mode d'action de la saumure? Je ne puis rien préjuger à cet égard; mais s'il est vrai, ainsi que l'admet M. Van der Corput, que l'essence de térébenthine soit l'antidote du cryptogame, je

dois dire que la saumure agit de la même manière administrée, seule ou mélangée à l'essence de térébenthine.

Si les diverses expériences que j'ai faites dans le but de chercher l'élément qui rend la saumure toxique, n'ont produit, sous ce rapport, aucun résultat, elles ont, du moins, servi à déterminer les conditions qui semblent influer sur la puissance toxique de la saumure. C'est ainsi que la saumure du porc, la seule qui ait servi à mes expériences, agit sur l'économie à la manière d'une solution saline dans les deux à trois premiers mois qui suivent sa préparation. C'est en vieillissant qu'elle paraît acquérir ses propriétés toxiques, surtout quand elle est en contact avec des viandes rances (1).

QUATRIÈME SÉRIE.

Traitement de l'empoisonnement par la saumure.

Par les expériences que j'ai précédemment exposées, je crois avoir mis hors de doute l'action de la saumure sur les intestins et sur le système cérébro-spinal. On a vu que les lésions principales trouvées dans ces organes consistaient en injections et vascularisations plus grandes des tissus, et en un engorgement considérable de tout le système veineux ; on se rappelle, en outre, que la saumure provoque la transpiration et une sécrétion plus abondante d'urine.

C'est sur ces derniers phénomènes mis en lumière par mes expérimentations que j'ai établi la thérapeutique de l'empoisonnement par la saumure.

J'ai eu recours :

1° Aux saignées générales pour dégorger le système veineux ;

2° Aux breuvages de décoction concentrée de graines de lin, dont les propriétés diurétiques étaient rendues plus actives par l'addition de 20 à 30 grammes d'azotate de potasse ;

3° Aux boissons acidules ;

4° Aux réfrigérants sur le front ;

5° Aux applications sinapisées sur divers points de la surface cutanée.

Ces moyens thérapeutiques, essayés expérimentalement sur les chevaux ont été très-efficaces.

Conclusions générales.

De l'ensemble des faits chimiques et des expériences que j'ai tentées, on peut déduire les conclusions générales suivantes :

1° Que la saumure, trois ou quatre mois après sa préparation, contracte des propriétés toxiques ;

2° Qu'en moyenne, à la dose de 2 litres pour le cheval, de 1/2 litre pour le porc, et de 1 à 2 décilitres pour le chien, la saumure produit l'empoisonnement ;

3° Qu'à des doses bien moins élevées, elle provoque le vomissement chez le chien et le porc ;

4° Que l'emploi de cette substance mélangée aux aliments, continué pendant quelque temps, même en petite quantité, peut occasionner la mort.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. LANDRY, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite.—Voir les numéros des 24, 36, 40, 45 et 56.)

Observation XL. — Paralysie généralisée chez un homme adonné à tous les genres d'excès et épuisé par une mauvaise hygiène. — Traitement tonique, noix vomique ; guérison complète.

Résumé. — X....., quarante-deux ans, scieur de long, bien constitué et d'une complexion vigoureuse, avait eu, treize ans avant la maladie actuelle, une affection d'apparence paralytique survenue à la suite d'un refroidissement, le corps étant en sueur, et guéri en quinze jours. Toute sa vie il avait été soumis à d'assez bonnes conditions hygiéniques et généralement bien portant. Mais depuis trois ans il s'adonnait à l'ivrognerie, aux plus grands excès vénériens, et, en même temps, négligeait sa nourriture, mangeait à peine, car il était presque toujours ivre. Au milieu de ces conditions survinrent un affaiblissement graduel et de l'amaigrissement. Six mois environ avant son entrée à l'hôpital, il se manifesta de la diplopie d'un seul œil et une paralysie de l'élévateur de la paupière supérieure. Bientôt des accidents paralytiques survinrent dans les mains, puis dans les pieds et les jambes. La paralysie développée ainsi du côté des extrémités remonte vers les parties supérieures, envahissant successivement les cuisses, les avant-bras, les bras, puis les muscles du tronc, du col, de la face, des lèvres, de la langue, les muscles masticateurs et même ceux du pharynx et de l'œsophage. Cependant la défécation et l'émission des urines ne furent jamais altérées. Quand le malade entra à l'hôpital (6 août 1852), la paralysie était générale et presque complète. Il fut d'abord soumis à des applications réitérées de ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale, mais sans aucun succès ; puis enfin à une médication reconstituante et à un régime fortifiant (14 novembre 1852). Dès lors l'affection, toujours aggravée jusqu'à ce moment, s'arrêta, rétrograda lentement, et guérit complétement après l'emploi de la noix vomique. Il quitta l'hôpital en décembre 1853 ; la guerison s'est maintenue (octobre 1854).

B. Les *causes morales d'épuisement* se rapportent aux excès de travail intellectuel, aux contentions d'esprit, aux chagrins et aux passions.

Ces influences, outre l'action perturbatrice qu'elles exercent sur le système nerveux, déterminent, lorsqu'elles agissent pendant longtemps sur le même individu, une modification physique plus ou moins appréciable. L'ambition, la haine, l'amour, la jalousie, l'envie, les chagrins, les grandes contentions d'esprit, etc., absorbent, pour ainsi dire, les préoccupations instinctives. Le sommeil s'enfuit, l'appétit se perd ou n'est qu'incomplétement satisfait et, aux apparences de la santé, succède un dépérissement progressif, souvent même la chlorose ou l'anémie. De là deux chefs d'indications : 1° Soustraire l'âme à ces causes ; 2° réparer leurs effets physiques. L'observation trente-sixième me paraît bonne à donner une idée de ce mode de production des névroses et de la thérapeutique convenable en pareil cas.

3° Cachexies.

Cet ordre de causes des maladies nerveuses se trouve très-fréquemment indiqué par les auteurs anciens et, à leur imitation, par quelques auteurs modernes. Je ne doute pas de son influence, car tout ce qui peut jeter l'organisme dans un état d'affaiblissement passager ou permanent me paraît de nature à donner naissance aux névroses ; cependant je ne m'arrêterai pas sur cette partie de l'étiologie, parce que, d'une part, une foule de cachexies se rapportent aux divers états diathésiques dont il a été ou dont il sera question ; d'autre part, je n'ai pu recueillir aucun exemple avéré de névrose attribuable aux cachexies cancéreuse, tuberculeuse, etc. Peut-être, néanmoins, la paralysie de l'observation cent-cinquième semblera-t-elle un effet de la cachexie tuberculeuse.

4° Maladies aiguës et chroniques.

Dans une autre partie de cette thèse il sera spécialement question des névroses sympathiques d'affections étrangères au système nerveux ; mais ici j'ai en vue celles de ces maladies qui

---

(1) Tout récemment, notre honorable maître M. Regnault a mis à ma disposition une grande quantité de saumure provenant de viandes de bœufs et de porc salées en Amérique. Cette saumure, donnée à la dose de 8 et 10 litres, n'a donné lieu à aucun phénomène d'intoxication. Cela tient-il à ce qu'elle était peut-être récemment préparée ? Je l'ignore ; mais j'ai lieu d'espérer que les expériences nouvelles que j'ai entreprises expliqueront cette différence de la saumure française et *américaine*.

se développent sous l'influence des mêmes états pathologiques sans qu'il soit possible de les considérer comme des sympathies morbides. Les rapports qu'elles ont avec ces circonstances pathogéniques sont analogues à ceux que j'ai signalés entre elles et la chlorose ou l'anémie Ces diverses causes, en effet, me paraissent toutes agir en jetant l'organisme dans la débilitation, et la plupart des auteurs qui les ont signalées ont noté dans ces cas les bons résultats d'une médication tonique ou simplement analeptique. Les détails qui vont suivre serviront d'ailleurs de développement à ma pensée.

D'une manière générale, Tissot a fort nettement indiqué les maladies chroniques aiguës comme causes d'affections nerveuses, mais sans données bien précises, quoiqu'il paraisse avoir observé des faits propres à étayer ses assertions. Avant et après lui, aucun auteur n'a considéré ce point de l'étiologie dans l'ensemble des névroses et, ici encore, il est nécessaire de fouiller les annales de la science, d'exhumer et de rapprocher les faits et les travaux épars, ensevelis dans l'oubli. Or, il faut l'avouer, ces faits et ces travaux sont rares et se rapportent à un très-petit nombre de maladies nerveuses; aussi, comme dans le reste de ce travail, ai-je seulement le dessein d'appeler l'attention sur cet ordre de causes et non la prétention de présenter le dernier mot de la médecine. Les documents que je suis parvenu à réunir sont relatifs aux effets des fièvres intermittentes, des fièvres graves continues, des grandes maladies épidémiques (choléra, suette, dyssenterie, etc.), de la dyspepsie et de l'albuminurie.

(*La suite au prochain numéro.*)

Remarques sur l'assimilation du délire et de l'état de rêve.

Par M. le docteur MOREAU (de Tours).

Comment doit être comprise l'assimilation du délire (folie aiguë) *ou de la folie* (délire chronique) *avec l'état de rêve.*

Il est une faculté par laquelle l'être moral semble pour ainsi dire se matérialiser. Sentir est un phénomène d'un ordre mixte qui semble jeté comme un pont de communication sur cet abîme insondé qui sépare le monde physique du monde intellectuel.

Sentir, c'est d'abord le mouvement, la vibration intime *imprimée* par un agent extérieur, matériel, à nos organes; c'est aussi, déjà, un acte de l'être pensant qui a *perçu* l'impression.

L'action physique est arrivée jusqu'au moi qui l'a *comprise* et paraît s'être identifié avec elle.

« La sensibilité physique, dit Cabanis (1), est le dernier terme auquel on arrive dans l'étude des phénomènes de la vie et dans les recherches méthodiques de leur véritable enchaînement. »

Avant de percevoir, de comparer, de se souvenir, etc., on a senti.

En d'autres termes, la sensibilité est le point de départ de toutes les manifestations intellectuelles.

De quelque manière que s'opèrent ces manifestations, leur point de depart reste le même; cela ne change rien à sa nature.

Conséquemment, s'il survient des changements, des anomalies dans ces différentes fonctions, évidemment ce n'est pas à elles qu'il faut s'en prendre, mais uniquement au phénomène primordial d'où elles tirent nécessairement leur origine.

C'est ainsi qu'on arrive à chercher *à priori* dans la *sensibilité* la source primitive, la cause première des désordres qui surviennent dans l'exercice des fonctions mentales.

« Si la manifestation régulière de l'exercice de nos facultés, dit l'un de nos phrénopathes les plus distingués (2), a pour point de départ l'état normal enharmonique de la sensibilité, celle-là doit être primitivement lésée dans l'aliénation mentale, dont les phénomènes principaux sont des anomalies de la perception, de l'attention, de la mémoire, de l'imagination et de la volonté. »

Les modifications de la sensibilité, ou si l'on veut, sa lésion, voilà la source nécessaire des délires, *mali labes.* Cette proposition repose sur les données les plus claires et les plus précises de la physiologie intellectuelle.

Ces investigations peuvent être poussées plus loin. Il y a encore lieu de s'enquérir en quoi consistent ces modifications de la sensibilité, comment elles produisent le délire.

On distingue généralement trois sortes d'opérations de la sensibilité : « La première se rapporte aux organes des sens; la seconde aux parties internes; ... la troisième à l'organe cérébral lui-même, abstraction faite des impressions qui lui sont transmises par les extrémités sentantes, soit internes, soit externes. »

Tant que ces opérations, par une juste répartition de la sensibilité, telle que l'assure l'état physique des organes, ne se nuisent pas les unes aux autres; tant que la source intérieure de la sensibilité peut fournir également, pour ainsi dire, à ces trois modes de manifestation, l'état normal subsiste, c'est-à-dire que l'être pensant est tout à la fois en rapport avec le monde extérieur et avec lui-même. Il a, par exemple, conscience de ce qui est en lui et hors de lui; l'existence morale est complète, le moi étant tout à la fois, comme diraient les psychologistes allemands, *subjectif* et *objectif.*

Mais si, en vertu d'une cause quelconque, la sensibilité est plus vivement sollicitée par les impressions nées au sein même de l'organe de la pensée, attendu qu'elle ne saurait être partout à la fois, et qu'il est vrai de dire d'elle comme du fluide sanguin : *ubi stimulus, ibi fluxus*, elle s'y concentre et cesse de répondre aux sollicitations moins puissantes venues de l'extérieur par le canal des sens.

Dès lors toutes les opérations intellectuelles, toute l'activité du *moi* se renferment dans le cercle des perceptions intérieures; et il est évident que cela doit s'entendre des actes les plus simples, les plus élémentaires de l'être moral, tout aussi bien, et mieux encore sans doute, que des actes les plus complexes des simples perceptions comme des jugements et des raisonnements les plus compliqués.

Il ne faut pas l'oublier, et on ne saurait trop s'en bien pénétrer, les facultés morales, le *moi* qui les résume toutes ne peut être atteint que dans son mode particulier de manifestation qu'on nomme *sensibilité;* conséquemment les modifications qu'elles peuvent subir sont nécessairement de la même nature pour elles toutes, qu'elles s'appellent perception, imagination, jugement, etc.

Que si l'on veut maintenant creuser un peu plus avant la question, si l'on se demande dans quel état relatif se trouvent alors les facultés, on reconnaîtra de suite que cet état considéré en lui-même est identique à celui que fait naître le sommeil à l'état de rêve.

Dans les deux cas, en effet, il y a concentration, accumulation sur un seul point de la sensibilité qui peut être employée tout entière, et au détriment des autres, à l'une des trois opérations que nous énumérions tout à l'heure.

Assurément les causes organiques des phénomènes diffèrent entre elles; car, dans le premier cas, elles sont artificielles, ou, si l'on veut, pathologiques, tandis que, dans le second, elles font partie des lois mêmes de l'organisme, elles sont physiologiques; mais on sent que cela ne change rien à la nature intrinsèque des phénomènes dont, après tout, la cause première, immédiate (la surexcitation et partant la concentration de la sensibilité), est essentiellement la même.

Il y a dix ans, l'observation intérieure, c'est-à-dire l'appréciation par la conscience intime du fait primordial et des phénomènes fondamentaux du délire nous avait conduit aux mêmes résultats touchant la nature essentielle des désordres de

(1) Rapports de physique, § III.

(2) Renaudin, 4e rapport sur le service des aliénés de l'asile de Faius, pour l'année 1845.

l'intelligence. Nous tenions à prouver que l'on pouvait également y arriver par une autre voie, nous voulons dire par l'analyse des opérations de l'âme, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, par une étude attentive de la manière dont se comportait, dans les deux cas, la sensibilité, ce fait primordial, ce *punctum saliens* des facultés intellectuelles.

A ce propos, qu'on me permette encore quelques réflexions dont la justesse nous paraît défier toute objection.

Le système nerveux réagit sur lui-même pour produire le sentiment, et sur les muscles pour produire le mouvement Il peut encore recevoir des impressions directes, par l'effet de certains changements qui se passent dans son intérieur, et qui ne dépendent d'aucune action exercée soit sur les extrémités sentantes extérieures, soit sur celles des autres organes internes. Dans la circonstance dont je parle, la cause des impressions s'applique uniquement à la pulpe cérébrale ou nerveuse. L'organe sensitif réagit sur lui-même pour les accroître, comme il réagit sur ses propres extrémités dans les cas ordinaires; il entre en action pour les combiner, comme si elles lui venaient du dehors.

Souvent ces impressions, et l'activité du centre cérébral qu'elles sollicitent, sont d'une grande énergie, et communément il en résulte des mouvements et des déterminations qui frappent d'autant plus l'observateur, que leur source échappe entièrement à sa curiosité, et qu'ils n'ont aucun rapport avec la cause régulière sensible. . . . .
. . . . . Ces différentes propositions se déduisent de faits également simples et concluants tirés des folies, des épilepsies, des affections extatiques, en un mot, des différents dérangements des fonctions du système cérébral. . . . .

Ici l'économie animale se présente à nous dans une de ces circonstances extrêmes qui servent à faire connaître sa manière d'agir dans celles qui sont plus régulières. Entre cet état, où toutes les opérations semblent interverties, et l'état naturel, où les phénomènes suivent des lois peu connues, il y a beaucoup de nuances intermédiaires dans lesquelles *l'ordre et le désordre sont comme combinés* en différentes proportions.

. . . .

Ainsi donc, suivant l'expression de Sydenham, il y a dans l'homme un *autre homme intérieur*, doué des mêmes facultés, des mêmes affections, susceptible de toutes les déterminations analogues aux phénomènes extérieurs, ou plutôt dont les faits apparents de la vie ne font que manifester au dehors les dispositions secrètes, et représenter en quelque sorte les opérations.

Les nerfs et le cerveau ne sont point des organes purement passifs; leurs fonctions supposent, au contraire, une continuelle activité qui dure autant que la vie.

Le sommeil lui-même n'est point une fonction passive, et, pour le produire, l'organe cérébral entre dans une véritable action.

Ces différentes vérités aident à concevoir ces extases dont l'effet est de concentrer la sensibilité, la pensée et la vie dans les foyers nerveux; elles rendent raison des songes, particulièrement de ceux qui ne sont pas le produit d'impressions reçues par les extrémités sentantes; elles expliquent d'une manière plus satisfaisante ces délires, tantôt partiels, tantôt généraux, qui non-seulement changent les relations morales de l'homme avec le monde extérieur, mais qui modifient encore si puissamment la manière dont nos facultés purement organiques sont affectées dans ces nouvelles relations. C'est également ici qu'il faut rapporter certains états particuliers, qui faisant taire une grande partie des impressions extérieures, rendent percevables d'autres impressions internes qui, dans l'état ordinaire, échappent à la conscience de l'individu, ces fausses associations d'idées qui brouillent tout, en rapprochant des objets sans relation véritable entre eux.

Ainsi donc, la sensibilité peut être mise en jeu de trois manières: par les impressions venues du dehors par le canal des sens, par les impressions nées au sein de nos organes, par les impressions qui se développent dans l'organe cérébral lui-même.

Dans l'état de veille, la vie morale afflue, pour ainsi dire, par ces trois sources diverses; dans l'état de rêve, par les deux dernières seulement.

L'état normal subsiste tant que ces deux états restent distincts; l'état anormal est le résultat forcé de leur confusion, et par ce dernier état il faut entendre, ainsi qu'il a été dit plus haut, les extases, les songes, *les délries généraux et partiels*, en particulier cet état spécial dans lequel on confond les notions venues de l'extérieur avec celles dont la source est dans l'organe même de la pensée, opérant ainsi, sans s'en apercevoir, une monstrueuse alliance entre l'ordre et le désordre, le réel et le fantastique; en d'autres termes, entre les phénomènes de l'état de veille et ceux du rêve.

Hâtons-nous maintenant de restituer à qui de droit, c'est-à-dire à l'illustre auteur des *Rapports du physique et du moral* (1), les réflexions qu'on vient de lire, à l'exception toutefois des quelques lignes qui les résument. C'est volontairement que j'ai ommis de les encadrer dans les guillemets d'usage. Je n'ai pu résister à la tentation de me les approprier, du moins pour quelques instants. Quelles expressions plus nettes, plus précises, quels arguments plus directs eussé-je employés pour caractériser et établir hors de conteste le grand fait de psychologie morbide qui nous occupe? Emprunter de pareilles réflexions à Cabanis, à mes yeux, c'est presque reprendre mon bien où je le trouve.

Évidemment l'opinion de ce savant ne différait en rien de la nôtre. S'il ne l'a pas formulée avec la même précision et la même hardiesse, c'est qu'il n'y était pas autorisé par l'observation directe, sans laquelle il ne voulait rien affirmer. Il est allé aussi loin qu'il pouvait le faire, n'ayant d'autre appui que le raisonnement et l'induction.

(1) Cabanis, *Hist. des sensations*, § I. et II.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'Institut n'a pas voulu être en reste avec la Faculté de Médecine. Voici la liste de candidats qui a été arrêtée en conseil privé chez M. Magendie, par suite d'arrangements sur lesquels nous aurons à revenir.

En 1re ligne : MM. Jobert (de Lamballe).
En 2e « Baudens.
En 3e « J. Cloquet.
En 4e « Gerdy.
En 5e « Laugier.
En 6e « J. Guérin.
En 7e « Malgaigne.
En 8e « *ex æquo*, MM. Maisonneuve et Leroy (d'Etiolles).

Pour toutes les variétés . H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le Dr Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8°. — Au bureau du Journal. — Prix : 1 fr 50

Revue pharmaceutique de 1854, supplément à *l'Officine* pour 1855, recueil annuel présentant le résumé complet de ce que les journaux spéciaux ont publié d'intéressant pour les pharmaciens, les médecins et les vétérinaires, pendant l'année qui vient de finir; en pharmacotechnie, chimie, physiologie, thérapeutique, histoire naturelle, toxicologie, hygiène, économie industrielle, économie domestique, etc.; par Dorvault. Grand in-8°, prix : 1 fr. 50 c. pour Paris et 2 fr. franco par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 65. 3e ANNÉE. Mercredi 30 mai 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal ; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches naturelles, chimiques et physiologiques sur le curare.

Par M. Alvaro Reynoso.

(Communiqué à l'Académie des Sciences qui, sur le rapport de M. Flourens, a voté l'impression dans le recueil des *Mémoires des savants étrangers*.)

TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE CURARE.

Nous diviserons cette étude en deux parties : dans la première nous traiterons des moyens propres à prévenir l'empoisonnement, c'est-à-dire l'absorption du curare, et dans la seconde, nous nous occuperons des moyens qu'on peut mettre en pratique pour arrêter et détruire les effets de cette substance, une fois qu'elle a été absorbée.

TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Dans ce traitement, on peut, avec plus ou moins de succès, combiner ensemble les conditions suivantes ou les pratiquer chacune isolément : 1° séparation ou isolement de la partie empoisonnée d'avec le reste de l'organisme, au moyen des ligatures, de l'amputation ou des ventouses; 2° empêcher ou ralentir l'absorption du curare par des caustiques; 3° détruire le curare et le rendre inerte sur l'économie animale; 4° l'engager dans une combinaison, de manière qu'il devienne inoffensif ou incapable d'être absorbé.

Amputation. — Ce procédé a été employé avec succès par les Espagnols à l'époque de la conquête du nouveau monde. D'après Herrera (1), les armes des Indiens étaient des flèches très-aiguës, d'un bois noir très-dur, enduites avec un poison tellement actif, que la mort arrivait toujours, quelque légère que pût paraître la blessure; et le seul remède était celui conseillé par Alonzo de Ojeda, de brûler la plaie ou de couper, au moment même, le morceau de chair infecté. La Condamine (2) a aussi considéré l'amputation de la partie blessée, faite à l'instant même, comme un des moyens les plus sûrs pour prévenir l'empoisonnement. Fontana (3) a fait des expériences sur ce sujet, et il a constaté les bons résultats qu'on obtient en coupant les parties blessées, quand on peut les enlever sans danger de mort et avant que l'absorption du curare ait eu lieu.

Ligature. — L'auteur rappelle ici plusieurs expériences qui prouvent que pour le curare, comme pour tous les autres poisons, les ligatures énergiques placées autour des membres empêchent l'absorption; mais que celle-ci a lieu dès qu'on desserre les liens.

La *ligature* peut être combinée à l'amputation et à la cautérisation, ou plutôt être pratiquée en attendant ces dernières. Si l'on pratique la cautérisation, on devra choisir le brôme.

Ventouses. — Il résulte de nos expériences que les ventouses appliquées avant que l'absorption du poison ait lieu, si elles conservent bien le vide *sans interruption*, empêchent complétement l'absorption du curare *tant qu'elles restent*; mais *aussitôt qu'on les enlève, l'empoisonnement se produit.*

L'auteur signale ici plusieurs expériences qui démontrent l'exactitude de sa proposition, et il fait connaître les procédés à employer pour faire les expériences avec succès.

Comme la ligature, les ventouses peuvent servir en attendant l'application des caustiques ou l'amputation, mais ne peuvent, par elles-mêmes, prévenir l'intoxication générale et la mort.

Caustiques. — Les caustiques qui détruisent rapidement les tissus, et par-dessus tous les autres le cautère actuel, peuvent prévenir la mort s'ils sont appliqués immédiatement après l'inoculation.

A propos des caustiques, l'auteur fait connaître les expériences très-curieuses qu'il a entreprises pour étudier l'action des mélanges du curare avec le chlore, le brôme, l'iode, l'acide nitrique et la potasse. Il résulte de ces expériences que les deux premiers corps détruisent complétement l'action toxique du curare, et que les trois derniers, mais surtout l'iode, affaiblissent seulement cette action.

M. Reynoso fait connaître ensuite plusieurs expériences faites avec un mélange de divers caustiques qui n'altèrent pas le curare, et parmi ces caustiques, on sera peut-être étonné de trouver l'acide sulfurique, qui est absolument sans action sur le poison. M. Reynoso arrive ensuite au traitement curatif. Nous allons le laisser parler.

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION.

Après que le curare a été absorbé, comment combattre et arrêter ses effets ? Jusqu'ici on ne connaît aucun moyen satisfaisant que l'on puisse appliquer partout, et que tout le monde soit à même de pratiquer.

On a conseillé la respiration artificielle, la strychnine, et j'ai moi-même essayé l'action de l'électricité. Il me semble inutile de parler du sel marin et du sucre, préconisés par de

(1) Historia general de los hechos de los Castellanos en las islas y tierra firme del Mar Oceano, por A. de Herrera. Madrid, 1725, t. III, dec. v, lib. II, p. 32.

(2) Journal du voyage fait par ordre du roi à l'équateur, servant d'Introduction historique à la mesure des trois premiers degrés du méridien, par M. de La Condamine. Paris, I. R., 1751, p. 190.

(3) Traités sur le venin de la vipère, sur les poisons américains, etc., par Félix Fontana. Florence, 1781, p. 103-104.

crédules voyageurs, et qu'une expérimentation sérieuse a complétement mis de côté.

Respiration artificielle. — Brodie (1) a été le premier, je crois, qui ait essayé ce procédé, et voici les détails de son expérience. On introduisit un peu de woraro dans une blessure faite à un jeune chat. Il en fut affecté en peu de minutes et tomba dans un état d'assoupissement et de demi-sensibilité : il y resta pendant cinq quarts d'heure, lorsqu'on eut renouvelé l'application du poison. Quatre minutes après cette répétition, la respiration cessa entièrement, et il parut mort; mais le cœur donnait encore 104 pulsations par minute. On le plaça dans une température de 85 degrés therm. de Fahr., ses poumons furent enflés artificiellement, à peu près quatre fois par minute; l'action du cœur continua régulièrement; la respiration artificielle fut arrêtée pendant quatre minutes, on vit les pupilles se dilater ou se contracter lorsqu'on diminuait ou qu'on augmentait la lumière; la salive coulait de sa gueule; quelques larmes parurent sous ses paupières, mais il resta insensible et sans mouvement. Après soixante-quatre minutes, il eut de légères contractions involontaires des muscles et une apparence d'efforts pour respirer; ces mouvements continuèrent et devinrent plus fréquents. Une autre heure après, il donna pour la première fois des signes de sensibilité quand il était excité, et respira spontanément vingt-deux fois dans une minute. La respiration artificielle ayant été discontinuée, il resta quarante minutes dans un profond sommeil, puis s'éveilla tout à coup et se mit à marcher. Le jour suivant, il parut un peu indisposé; mais il fut rétabli peu à peu, et a fini par recouvrer sa pleine santé.

Waterton rapporte aussi une autre expérience suivie d'un heureux succès. Une ânesse reçut le poison dans l'épaule, et mourut en apparence en dix minutes. On lui fit alors une incision dans la trachée-artère, et par là on lui gonfla régulièrement les poumons pendant deux heures avec un soufflet : l'existence suspendue revint; l'ânesse leva la tête et regarda autour d'elle, mais l'introduction de l'air ayant été interrompue, elle retomba encore dans une mort apparente. On recommença aussitôt la respiration artificielle et on la continua sans interruption pendant deux heures encore. Ce moyen sauva l'ânesse de la mort; elle se leva et marcha sans paraître éprouver ni agitation ni douleur. La blessure par laquelle le poison était entré se guérit sans difficulté; cependant sa constitution fut si profondément altérée, qu'on douta longtemps si elle se rétablirait; elle fut maigre et malade pendant plus d'un an, mais elle commença à reprendre le printemps suivant, et vers le milieu de l'été, elle devint grasse et pétulante.

Strychnine. — M. Virchow (2) a fait un grand nombre d'expériences dans le but de savoir si le curare et la strychnine se paralysent mutuellement, autrement dit, s'ils peuvent être le contre-poison l'un de l'autre. Ces recherches ne lui ont pas donné des résultats bien concluants, parce que chacun des deux poisons agissait avec trop d'énergie. Cependant un chien empoisonné et entièrement paralysé se rétablit, grâce au traitement par la strychnine, et continua à vivre sans la moindre perturbation.

Ces expériences mériteraient d'être continuées, et je suis sûr qu'on arriverait à des résultats analogues à ceux qu'on a obtenus en employant conjointement la strychnine et l'éther. M. Longet (3) a démontré que l'éther inhalé suspend avec une grande rapidité, sinon tous, du moins quelques-uns des effets dus au pouvoir réflexe. De plus, il a trouvé un fait extrêmement curieux, c'est qu'on arrive, chez les animaux mis en expérience, à amoindrir ou même à neutraliser les fâcheux effets de l'éther sur le pouvoir réflexe de la moelle par l'emploi de la strychnine, et ceux de la strychnine et des opiacés par l'éther.

(1) *Traité de toxicologie*, par Orfila. Paris, 1852, t. II, p. 629.
(2) Communication particulière.
(3) *Traité de physiologie*, t. II, p. 113 et 114.

Electricité. — Je n'ai fait à ce point de vue qu'une seule expérience, dès lors je ne puis tirer aucune conséquence. J'avais introduit dans une blessure faite à un lapin une petite quantité de curare, et l'animal était tombé insensible au bout de six minutes. Alors, sans perdre de temps, j'introduisis l'un des conducteurs de l'appareil Breton dans l'anus et l'autre dans la bouche; en faisant marcher l'instrument, l'animal fut rétabli au bout de trois quarts d'heure.

Je ne doute pas qu'en mettant à profit les connaissances qu'on possède aujourd'hui sur la manière d'appliquer l'électricité dans les cas d'asphyxie, on n'arrive à préciser les conditions de l'application de l'électricité dans le cas d'empoisonnement par le curare. Mais ce résultat ne peut être intéressant que comme expérience scientifique : il est, je crois, sans valeur dans la pratique de la médecine, car, dans un désert, on n'a pas à sa disposition un appareil électrique.

RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES.

C'est une étude qui est encore à faire. Nous ne connaissons pas de moyens chimiques propres à déceler le curare.

USAGES.

Le curare est employé aujourd'hui dans l'Amérique méridionale pour empoisonner les flèches qui servent à la chasse. Parmi ces flèches, les unes contiennent une quantité de curare suffisante pour tuer promptement l'animal; les autres sont enduites avec du curare très-faible (*destemplado*), et c'est avec ces dernières qu'on va à la chasse des petits singes qu'on veut étourdir seulement pour pouvoir les prendre vivants.

D'après M. de Humboldt (1), les Indiens regardent le curare comme un *excellent stomachique.*

M. Richard Schomburgk (2) l'employa longtemps contre une forte fièvre, sans obtenir la guérison, mais aussi sans en éprouver d'effets fâcheux. Une blessure qu'il croyait lui être survenue à la lèvre ou à la langue le détermina à cesser l'emploi de ce prétendu fébrifuge.

Le médecin vétérinaire Sewel (3) employa avec succès le curare sur deux chevaux, dans des cas de tétanos.

Le docteur Hiff (4) l'a aussi essayé contre des abcès froids. Enfin le docteur Williams (5) s'est servi du curare pour étudier les bruits du cœur. A cet effet, on injecta du curare sous la peau d'un ânon, et aussitôt que la sensibilité disparut, la respiration ayant cessé par conséquent, on entretint celle-ci artificiellement, et le cœur continua alors à battre pendant tout le temps qu'on le voulut.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital du Midi. — M. Ricord.

Caustique carbo-sulfurique.

Pour le plus grand nombre de syphiliographes, la cautérisation abortive des ulcères primitifs constitue le meilleur traitement. En effet, on sait aujourd'hui qu'il n'est nullement nécessaire de conserver à ces ulcères leur virulence et leur spécificité pendant des temps plus ou moins longs, mais qu'il y a, tout au contraire, intérêt pour le malade et pour la société de les réduire bientôt à l'état de plaie simple.

Il est aujourd'hui bien prouvé que les accidents consécutifs ne sont nullement en raison de la plus ou moins grande rapidité de la guérison de l'accident primitif, et qu'il n'est nul be-

(1) Humboldt, *loc. cit.*
(2) Munter, *loc. cit.*
(3) Munter, *loc. cit.*
(4) Munter, *loc. cit.*
(5) *Traité pratique d'auscultation*, par MM. Barth et Roger. Paris, 1850, p. 342.

soin de sa persistance pour diriger un traitement dépuratif.

Beaucoup de caustiques (nitrate d'argent, acide nitrique mono-hydraté, pâte de Vienne, etc.), sur la valeur relative desquels nous ne voulons pas insister, ont déjà été employés depuis longtemps; mais il en est un parmi eux qui a donné de bons et heureux résultats, à notre confrère et ami M. le docteur Adolphe Richard, dans certains cas de chancre phagédéniques, c'est le caustique de M. le professeur Velpeau, composé d'acide sulfurique et de safran à l'état de pâte.

M. Ricord a modifié ce caustique, en substituant la poudre de charbon végétal au safran. On fait ainsi une pâte caustique, qui a l'avantage de se conserver fort longtemps et qui est d'une application très-facile.

Nous avons vu M. Ricord, à l'hôpital du Midi et dans la pratique civile, employer ce caustique pour des ulcères primitifs, à la période spécifique, à divers temps de durée, avec ou sans complication de phagédénisme, et nous avons pu constater de fort beaux résultats.

Dans quelques cas, il a suffi d'une seule application pour réduire l'ulcère virulent à l'état de plaie simple; chez d'autres malades, ces applications ont dû être répétées plusieurs fois.

La pâte *carbo-sulfurique*, comme l'appelle M. Ricord, constitue un caustique dont l'action est pour ainsi dire concentrique et nullement diffluente. Il s'arrête presque nettement aux surfaces sur lesquelles on l'applique, tout en agissant assez profondément pour dépasser les limites de la sphère de virulence.

Lorsque ce caustique détruit franchement la spécificité, il donne lieu, le plus souvent, à une escarrhe sèche au-dessous de laquelle se forme peu à peu la cicatrice qui est quelquefois complète au moment où cette escarrhe se détache.

Ce résultat est presque toujours constant lorsque la cautérisation a été appliquée dans les premiers jours de l'existence du chancre.

Employé déjà un grand nombre de fois, ce caustique ne nous a pas paru avoir de l'influence sur les ganglions voisins. Loin de produire les bubons, en neutralisant les ulcérations qui en sont la source, il peut être souvent considéré comme un prophylactique.

Le caustique carbo-sulfurique a, comme les autres, le désagrément d'être un peu douloureux; cette douleur peut durer même un certain temps; mais il a l'avantage d'être moins effrayant que le cautère actuel qui n'en reste pas moins un excellent moyen.

Voici la formule de ce caustique : Prenez acide sulfurique.

Charbon végétal en poudre impalpable.

Mélangez.

Quantités suffisantes pour faire une pâte un peu molle qu'on renferme dans un flacon bouché à l'émeri.

Docteur Calvo.

Hôpital d'Aix (en Savoie).

Note clinique sur l'action des eaux d'Aix (en Savoie) dans le traitement des phlegmasies chroniques des articulations :

Par M. le docteur C. Gaillard,

(Membre de la commission médicale d'inspection, médecin de l'établissement thermal.)

Parmi les maladies chroniques qui sont traitées avec avantage par les eaux minérales d'Aix, les phlegmasies chroniques des articulations se présentent en très-grand nombre.

Mon intention n'est point d'écrire ici un long mémoire sur ces affections. Je veux seulement raconter quelques-unes des observations que j'ai recueillies, dire combien est puissante l'action des eaux thermales d'Aix dans le traitement de ces phlegmasies lentes, dont quelques-unes sont si longues, si graves, et trop souvent si rebelles aux autres moyens thérapeutiques.

Les trente observations cliniques, qui sont la base de cette note, ont été recueillies par moi à l'hôpital d'Aix pendant l'été de 1854. MM. les docteurs Davat et Blanc en dirigeaient alors le service. Je suivais, je remplaçais même quelquefois ces collègues bienveillants, écrivant tous les jours les histoires diverses des maladies qui se présentaient à mon observation. C'est avec celles de mes notes qui sont relatives aux inflammations chroniques des articulations et à leurs produits, que j'écris aujourd'hui ces simples recherches.

Je dirai quelques mots dans un premier paragraphe de l'arthrite rhumatismale chronique. Le second sera consacré à l'étude de l'action des eaux dans la tumeur blanche des articulations (arthrite lente organique).

§ Ier. — *Arthrite rhumatismale chronique.*

Les malades atteints d'arthrite rhumatismale chronique qui se sont présentés à l'hôpital d'Aix pendant l'été de 1854, se divisent ainsi qu'il suit, soit sous le rapport du nombre et de l'espèce, soit sous le rapport de l'effet produit chez eux par le traitement thermal :

Rhumatismes articulaires chroniques, ayant succédé à un rhumatisme articulaire aigu généralisé, six cas, dont deux guéris, trois améliorés, un stationnaire (ankylose multiple). — Rhumatismes articulaires chroniques d'emblée, cinq cas, dont quatre améliorés, et un stationnaire (ankylose). — Hydarthroses par arthrite rhumatismale, trois cas très-améliorés.

On voit que je parle de dix améliorations, que je cite deux seuls cas de guérison et deux cas stationnaires. Il est aisé de comprendre que l'on ne peut rencontrer que fort rarement des guérisons entières, parfaites, au bout d'un traitement dont la durée moyenne est de vingt cinq jours, et qui est dirigé contre des maladies chroniques. Quelques-unes de ces guérisons imparfaites deviennent complètes pl s tard, car ordinairement l'action curative n'est pas immédiate. Quelques malades doivent revenir une seconde, une troisième fois. D'ailleurs ce n'est point ici le médecin de l'hôpital qui laisse sortir le malade lorsqu'il le juge convenable; mais le nombre de jours qu'il doit y rester est fixé d'avance par la direction.

On obtiendrait peut-être plus de soulagements remarquables si le temps de séjour des malades était plus rationnellement fixé, non pas d'avance, mais pendant la cure, et par le médecin lui-même.

Il est à remarquer que des six malades atteints de rhumatismes articulaires chroniques, consécutifs à un rhumatisme articulaire aigu généralisé, trois nous offrirent à l'auscultation une lésion du cœur. Voici deux de ces observations telles que nous les avons recueillies :

Observation I. — Rhumatisme articulaire chronique. — Chiron, de Saint-Ombre, âgé de vingt-trois ans, domestique, entré le 11 juillet à l'hôpital.

Rhumatisme chronique des articulations tibio-tarsiennes.

Invasion : il y a cinq ans. Ce malade a eu alors un rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Causes : humidité.

L'auscultation décèle un bruit de râpe au premier temps; œdème des pieds qui augmente pendant le jour et diminue pendant la nuit.

Bains de vapeur et douches.

Ce malade est sorti le 10 août. Les derniers jours qu'il a passés à l'hôpital, le rhumatisme était guéri; mais l'œdème avait augmenté, et il était survenu une pneumonie à gauche, qui avait exigé l'emploi d'un vésicatoire et la suspension de l'usage des eaux.

Observation II. — Rhumatisme articulaire chronique. — J.-B. Molin, de Chambéry, scieur de long, âgé de cinquante-et-un ans. Ce malade a eu, il y a cinq mois, un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Il a actuellement un rhumatisme chronique des articulations fémoro-tibiales et scapulo-humérales. Les mouvements y déterminent de la crépitation.

Irrégularité des mouvements du cœur. Après un certain nombre de

pulsations, nombre qui n'est pas toujours le même, cet organe s'arrête, puis deux pulsations se succèdent rapidement.

Entré le 11 juillet, sorti le 10 août.

Bains de vapeur et douches.

Grande amélioration.

Un autre malade, dont je ne cite pas l'observation, nous offrait un bruit de souffle au premier temps.

C'est ainsi que s'offrait à nous sur le petit théâtre, où il nous était donné d'observer, une nouvelle preuve de la vérité de cette grande loi de coïncidence trouvée par M. le professeur Bouillaud.

Nous avons dit que deux des malades appartenant à cette première catégorie étaient repartis après une guérison parfaite de leur rhumatisme, que trois avaient obtenu un grand soulagement, mais qu'un sixième n'avait presque pas éprouvé d'amélioration dans son état. Ce dernier se trouvait, il faut le dire, dans une position exceptionnelle. Nous avions plutôt affaire à une ankylose multiple remarquable qu'à une inflammation qui n'existait plus.

Observation III. — Pierre Hérault, conducteur de diligences. Ankyloses des articulations fémoro-iliaques, fémoro-tibiales et vertébrales. Ce malade, entré le 15 juillet, est raide dans son lit, et ne peut ni s'asseoir, ni fléchir les membres inférieurs. Il tourne la tête, et peut se servir de ses bras, voilà tout.

La maladie a commencé, il y a quatre ans, par une inflammation aiguë des articulations, aujourd'hui ankylosées.

Douches.

Lorsque ce malade est sorti le 12 août, l'amélioration était à peine appréciable.

Trois des malades affectés de rhumatismes articulaires chroniques survenus d'emblée, ont quitté notre hôpital dans un état très-satisfaisant. Chez un quatrième, l'amélioration était un peu moins sensible, comme on le verra dans la seconde des deux observations qui suivent :

Observation IV. — Rhumatisme aticulaire chronique — Marguerite Arnaud, d'Aime, âgée de 43 ans, bien réglée. Entrée le 20 juin. Elle s'est toujours bien portée dans son enfance. Elle a eu, dit-elle, à l'âge de dix-huit ans, un *chaud et froid*, qui paraît être sans rapport avec la maladie actuelle.

Depuis l'âge de vingt-huit ans, c'est-à-dire depuis environ quinze années, elle souffre d'une affection rhumatismale chronique, qui a commencé par une douleur au bras droit. Cette douleur s'est transportée ensuite à la jambe gauche, à la tête...., émigrant ainsi d'une région à une autre.

L'hiver dernier elle a beaucoup souffert de la hanche droite. La marche y fait encore renaître aujourd'hui une légère douleur et y produit de la crépitation. Actuellement c'est surtout à l'articulation tibio-tarsienne droite que s'arrête la douleur.

Cette malade digère bien, excepté quand elle a, dit-elle, ses douleurs d'estomac.

Bains de vapeur et douches.

Sortie le 11 juillet. Grande amélioration.

Observation V. — Rhumatisme articulaire chronique. — Benoîte Eutrin, de Saint-Genis, fille, âgée de vingt-deux ans, cuisinière, mal réglée, d'un tempérament lymphatique. Entrée le 1er juin.

Cette fille se plaint de douleurs rhumatismales dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, douleurs que la marche augmente un peu. La maladie date de deux ans. Le soir il y a un peu d'œdème aux pieds, lorsqu'elle est rest e debout pendant le jour. Quelques douleurs erratiques dans les cuisses. En auscultant le cœur on perçoit un léger bruit de soufle au premier temps. Il y a un doux murmure dans les carotides.

Cette fille est restée vingt jours à l'hôpital, et elle a pris pendant ce temps douze bains de vapeur au vaporarium. C'est une chlorotique, que les eaux fatiguaient un peu. Elle en éprouvait de la pesanteur de tête.

Elle est sortie le 20 juin. L'amélioration est moins sensible que chez la précédente malade. Nous lui prescrivons à son départ les pilules ferrugineuses de Vallet.

Il n'existait point chez cette dernière malade une arthrite rhumatismale proprement dite. C'était plutôt cette irritation, ce premier degré de la phlegmasie, dont la nature est plutôt névralgique qu'inflammatoire. Elle était d'ailleurs liée à un état chloro-anémique, auquel les préparations ferrugineuses convenaient bien mieux que le bain de vapeur ou la douche.

Une alimentation tonique, un exercice bien réglé, le séjour à la campagne plutôt que dans une salle d'hôpital, voilà ce qu'il fallait à cette malade.

Il serait bien à désirer que quelques travaux fussent entrepris dans le but de réunir, d'aménager convenablement les deux ou trois petites sources ferrugineuses crenatées, qui existent au hameau de Saint-Simon, à un quart d'heure d'Aix. Ce hameau pourrait devenir un but utile de promenade pour les personnes que les veilles prolongées, les passions, l'air et la vie des grandes cités, ou toute autre cause ont rendues chloro-anémiques.

Je cite sans commentaire l'observation suivante, mise au nombre des insuccès :

Observation VI.—Jean Joseph C..., âgé de trente-huit ans, père de famille. Ce brave homme nous est adressé par M. le docteur M... Il est accusé par celui-ci d'avoir eu, sans le savoir, une syphilis constitutionnelle, qui aurait débuté, il y a sept ans, par un bubon abcédé, et plus récemment (depuis une année), des ulcérations au scrotum, de l'alopécie, des douleurs ostéocopes dans l'épaule et le bras gauche, symptômes qui tous auraient cédé à un traitement antisyphilitique bien dirigé, à l'exception des douleurs de l'épaule.

Ce malade n'a offert à notre examen qu'une ankylose de l'articulation scapulo-humérale gauche, qui d'ailleurs ne faisait pas partie des symptômes décrits au long par M. M ...

Nous n'avons pas remarqué qu'il se soit opéré un changement dans l'état de ce malade sous l'influence des eaux.

J'ai vu un cas analogue en 1853, à l'hôpital de la Charité à Paris (service de M. Bouillaud). Un jeune malade était entré pour une simple douleur à l'épaule gauche, qui datait de six mois. Le professeur de la Charité reconnut une ankylose de l'articulation, suite d'une phlegmasie négligée.

Trois malades, affectés de phlegmasies chroniques mono-articulaires, nous présentèrent chacun comme phénomène principal une hydropisie de l'une des articulations fémoro-tibiales. C'étaient d'anciennes hydarthroses, à peu près seuls restes d'une inflammation presque éteinte. L'action des douches fut éminemment utile dans ces trois cas. Je citerai le suivant :

Observation VII. — Hydarthrose par arthrite rhumatismale. — Arnaud, de Saint-Trivier, mandement de Regny, âgé de quarante-trois ans; tempérament lymphatique sanguin, bonne constitution; entré à l'hôpital le 20 juin.

L'articulation fémoro-tibiale droite est engorgée et plus volumineuse que la gauche. En pressant alternativement des deux côtés de la rotule, on fait passer d'un côté à l'autre un liquide fluctuant dans la synoviale; il n'y a pas de changement de couleur à la peau; la marche fait naître un peu de douleur.

La maladie a commencé, il y a six ans, par une douleur au genou. Elle a été précédée de douleurs rhumatismales erratiques aux épaules, à la région lombaire.

Ce malade a couché pendant huit ans dans un lieu très-humide.

Il est à noter qu'il a déjà pris les eaux l'année dernière, et qu'il s'en est trouvé très-bien.

Bains de vapeurs et douches.

Il sort le 10 juillet dans un état d'amélioration bien satisfaisant; le liquide a diminué; la marche réveille moins la douleur; Arnaud se permet d'assez longues promenades à pied.

En résumé, sur quatorze malades, nous n'en avons rencontré que deux chez lesquels il ne se soit pas manifesté une amélioration appréciable à la fin de la cure. Ces deux derniers, comme nous l'avons dit, étaient porteurs d'ankyloses. Nous verrons dans le paragraphe suivant d'autres observations, qui nous montreront l'ankylose elle-même, sinon guérie, au moins améliorée par le traitement thermal.

§ II. — *Tumeur blanche des articulations.*

Je ne saurais assez dire combien est puissante l'action de nos eaux thermales, pour empêcher le passage de l'arthrite rhumatismale simple à la tumeur blanche, cette arthrite lente organique.

Il y a quelques jours (23 avril 1855), un enfant de Saint-

Jean-d'Arvey, âgé de quatorze ans, lymphatique, se présentait à l'hôpital, dont je dirigeais le service par intérim. Le genou gauche était le siége de fortes douleurs spontanées, qu'augmentait la pression; la circonférence de cette articulation l'emportait au moins de cinq centimètres sur la circonférence de l'articulation fémoro-tibiale droite; la peau était rouge, le membre à demi-fléchi, la marche impossible.

Le petit malade était dans cet état depuis trois mois; mais il y avait eu des temps d'arrêt dans la maladie, des alternatives de bien et de mal; la fluxion disparaissait pendant deux jours, puis revenait, disparaissait de nouveau, envahissait le genou droit, revenait à l'autre. A son entrée, elle était fixée sur ce dernier; les articulations fémoro-tibiale et tibio-tarsienne droite étaient aussi le siége d'assez vives douleurs non accompagnées de gonflement.

Pendant la première semaine de son séjour à Aix, un temps froid et pluvieux contre-indiquant l'usage des eaux, je me contentai de faire appliquer sur l'articulation des cataplasmes de farine de lin; il ne se produisait alors aucune amélioration. Puis je pus prescrire quelques bains généraux, quelques douches en arrosoir sur l'articulation; l'amélioration fut bientôt remarquable; vingt jours après il était guéri.

Ce serait un nouveau succès à ajouter à ceux dont il a été parlé dans le paragraphe précédent.

De la tubérosité interne de chacun des tibias de ce genou malade, s'élevaient deux petites exostoses coniques, longues d'un centimètre environ, paraissant larges d'un demi-centimètre à leurs bases. Il ne les avait pas toujours eues, mais il ne put me donner, sur l'époque de leur formation, aucun renseignement exact.

Ces symptômes présumés d'une ostéite lente, le tempérament du malade me faisaient craindre la dégénérescence de cette articulation; aussi j'ajoutai au traitement thermal un ou deux verres d'eau de Challes à boire chaque matin.

Seize malades, atteints de tumeurs blanches des articulations, sont entrés à l'hôpital pendant l'été de 1854.

Ces arthrites lentes organiques étaient, comme nous disent les auteurs, ou idiopathiques, c'est-à-dire produites par une cause externe, ou symptomatiques, c'est-à-dire dues à l'existence d'un vice répandu dans l'économie, d'une diathèse.

Nous n'avons rencontré qu'un cas dans lequel l'arthrite lente reconnût pour cause une violence extérieure; elle était due à une entorse de l'articulation tibio-tarsienne, et datait de deux ans. Après un mois de séjour à Aix, la marche, beaucoup moins douloureuse pour ce malade qu'à son arrivée, était devenue facile avec un simple appui; l'engorgement blanc avait beaucoup diminué.

Observation VIII. — Une malade adulte, couchée dans la salle des femmes, était affectée de trois tumeurs blanches. Mais chez elle, si l'affection était multiple, elle était aussi l'effet de causes diverses, qui s'étaient réunies pour la produire.

Il y avait un engorgement blanc aux deux genoux et au coude droit. Il y avait deux ans que la maladie avait commencé, à la suite d'une couche; la malade, d'un tempérament très-lymphatique, couchait dans un lieu humide. Il y avait déjà eu auparavant quelques douleurs erratiques dans les membres, la marche était impossible depuis une année.

Traitement antérieur. — Vésicatoires au bras, aux genoux. Une première cure à Aix, il y a deux ans.

Le premier effet des eaux fut de réveiller la douleur au genou droit. Elle diminua les jours suivants, et la malade se trouva mieux jusqu'à sa sortie.

Voilà une de ces affections à marche lente, dans lesquelles il n'est pas donné au médecin d'obtenir une amélioration bien remarquable, après un séjour trop limité des malades à l'hôpital.

Chez douze de nos malades, l'affection paraissait être de nature purement rhumatismale. Tous ont obtenu à Aix une amélioration considérable de leur état. Je fais une exception seule pour un malade atteint d'une coxalgie, déjà compliquée de luxation, et qui n'est resté que quinze jours à Aix, temps évidemment trop court pour une cure de ce genre.

Observation IX. — Tumeur blanche rhumatismale. — Hélène Gandy, d'Entremont, âgée de vingt-et-un ans, bien réglée; entrée le 3 juin.

Cette fille, que sa profession expose au froid humide, a, depuis dix-sept mois, le genou droit engorgé. On entend de la crépitation dans cette articulation dont la circonférence a environ 4 centimètres de plus que la circonférence de l'articulation saine de la jambe gauche. Le côté externe de l'article offre la cicatrice d'un cautère, placé il y a une année. La malade a fait subir, en outre, à son genou, des frictions, des fumigations diverses. La marche est pénible. Bains de vapeurs locaux; douches locales.

Les premiers bains de vapeur augmentèrent d'abord l'inflammation. Puis tout alla mieux, et à la sortie de cette malade, le 7 juillet, le traitement avait amené une diminution notable dans le volume de l'articulation (3 centimètres), qui était à peine plus grosse que l'autre; la marche était devenue facile.

Observation X. — Tumeur blanche suivie d'ankylose. — Jacqueline Bovagnet, de Saint-Cassin, âgée de quarante-quatre ans, bien réglée, paraissant jouir d'une bonne constitution; entrée le 1er juin.

Il y a six ans, elle a commencé à ressentir dans l'articulation huméro-cubitale gauche, une douleur qui augmentait pendant l'hiver. Puis l'articulation s'est enflammée, et il s'y est fait une ouverture ulcéreuse, aujourd'hui cicatrisée. Il existe actuellement une ankylose avec un peu d'engorgement de l'articulation. Il n'y a d'ailleurs ni douleurs, ni augmentation de caloricité dans la partie.

Douches locales, simples d'abord, puis accompagnées plus tard de massage sur la partie malade.

A la sortie de cette malade, le 20 juin, l'engorgement a diminué, et il est possible de produire dans l'articulation un léger mouvement de flexion, qui était impossible auparavant, et qui est plus grand encore pendant la douche.

Observation XI. — Tumeur blanche, ankylose. — Péronne Yvrard, de Chambéry, âgée de vingt-deux ans, bien réglée; tempérament lymphatique. Entrée le 10 juillet. Ankylose incomplète du coude gauche, avec tuméfaction de l'articulation, et deux ulcères fistuleux à sa partie externe.

Douches locales; douches locales de vapeur; deux verres d'eau de Challes le matin.

A la sortie de cette malade, le 10 août, les ulcères sont presque cicatrisés; l'articulation a diminué de volume; les mouvements sont un peu plus étendus.

Ces deux dernières observations sont remarquables, en ce qu'elles nous offrent une amélioration de l'ankylose elle-même, ankylose encore incomplète, et qui permettait quelques mouvements encore appréciables de l'articulation.

Dans l'ankylose complète ou paraissant telle, accompagnée ou non de cicatrices d'anciens ulcères fistuleux, existant sans douleur, sans engorgement, nous n'avons obtenu aucun effet appréciable de l'usage des eaux.

Dans le cas où il n'existe plus que ce produit, ce reliquat de la phlegmasie chronique, il ne faut attendre que de la médecine opératoire, de l'orthopédie une guérison que l'on demanderait en vain à la thérapeutique thermale.

Observation XII. — Tumeur blanche scrofuleuse. — Iboud Paul, d'Albertville, âgé de vingt ans; constitution scrofuleuse; entré le 15 juillet.

Tumeur blanche du genou gauche datant de quatre ans; infiltration générale; fièvre hectique.

Ce malade est mis à l'usage interne de l'eau de Challes. Il ne peut prendre que des piscines, vu sa grande faiblesse, sa constitution détériorée, et une diarrhée opiniâtre. Il sort dix jours après son entrée; pas d'amélioration.

Tumeur blanche du coude. — François Robert, de Craponne, âgé de vingt-deux ans, lymphatique; entré le 20 juin; ses frères et sœurs ont une bonne santé; il s'était lui-même toujours bien porté, lorsque, il y a trois ans, il a commencé à ressentir une petite douleur dans l'articulation huméro-cubitale gauche; cependant il n'y a que huit mois que l'articulation est tuméfiée.

Aujourd'hui, la circonférence de l'articulation malade est de 0,35 cent., celle de l'articulation saine n'en a que 0,23. Il existe au côté externe une petite ouverture fistuleuse, par laquelle on fait sortir un peu de pus, quand on presse à 2 ou 3 centimètres plus bas; le pouls est à 100;

le malade est maigre, pâle, fatigué. Il ressent de la douleur dans l'articulation.

Traitement suivi jusqu'à présent : vésicatoires volants, sangsues, frictions avec une pommade, application d'un cautère au côté externe de la maladie. Plus tard, séjour à l'hôpital de Lyon, où M. Desgranges supprime le cautère, et pratique la cautérisation transcurrente sur la tumeur.

Ce malade prend à Aix une douche mitigée, en arrosoir, sur l'articulation, et boit de l'eau de Challes ; cataplasmes de farine de lin sur l'articulation.

Le 23, on reconnaît une collection purulente au côté externe de l'articulation, et une autre au côté interne, vers la partie inférieure du bras.

Les jours suivants la fréquence du pouls diminue, ouverture spontanée de l'abcès interne ; au côté externe, le pus sort par l'ouverture fistuleuse.

Lorsque ce malade que nous espérons revoir, est sorti le 27 juillet, l'articulation malade, au niveau de l'olécrâne, n'avait diminué que d'un centimètre. Mais la tuméfaction qui s'étendait sur le bras et l'avant-bras était beaucoup moindre. Il n'y avait pas de fluctuation dans la tumeur ; la douleur était nulle ; l'état général était bon ; le malade allait à pied. Boire de l'eau de Marlioz, à un quart d'heure d'Aix.

Comme on le voit, une amélioration considérable a été obtenue chez ce dernier malade, et cependant d'autres ressources de la thérapeutique avaient été essayées, mais en vain. La maladie semblait s'être développée sous l'influence d'une constitution scrofuleuse, et être comme le symptôme de l'affection générale. Mais chez lui la débilité n'était point encore telle que l'usage des eaux ne fût plus possible.

Dans l'avant-dernière observation le mal était sans ressources. Nous étions aux derniers jours d'une vie qui allait s'éteindre bientôt. Le traitement était à peine commencé, lorsque nous conseillâmes à ce malade de sortir ; le soulagement fut nul.

C'est ainsi qu'en résumé, de nos seize malades, porteurs de tumeurs blanches des articulations, quatorze ont obtenu une amélioration considérable, et deux sont restés dans un état stationnaire. Mais l'un de ces derniers n'a pas voulu rester à Aix tout le temps que réclamait un traitement rationnel de sa coxalgie, et l'autre n'a pu être traité, il était trop tard.

Ici se termine ce que j'avais à dire sur le traitement des phlegmasies chroniques des articulations, par les eaux d'Aix. Qu'il me soit permis de citer, avant de finir, un phénomène remarquable, observé ici pour la première fois, le 15 mai 1851, par M. Pichon, pharmacien à Aix.

Il a trouvé du soufre pur, cristallisé, et déposé sur la matière organique qui se forme dans ces eaux, et qui, entraînée elle-même par les vapeurs, s'attache aux voûtes de la grotte de la source de soufre, des douches d'enfer, etc.

Cette matière, recouverte de petits cristaux de soufre, brûle avec une flamme bleue, répandant une odeur d'acide sulfureux, par la combinaison du soufre pur avec l'oxygène de l'air.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite.—Voir les numéros des 24, 36 40, 45 et 56.)

A. *Fièvres intermittentes.*

Sydenham (1) est peut-être le premier qui ait mentionné l'influence des fièvres intermittentes sur la production de la *folie* ; mais après lui ses observations ont été assez souvent renouvelées : Boerhaave (2), Jos. Frank (3), J. P. Frank (4), Th. Sébastian (1), Esquirol (2), M. Nepple (3), M. Baillarger (4), signalent tous des faits analogues et, chose remarquable, tous paraissent d'accord sur le rôle de ces affections, parfaitement analysé par M. Baillarger : « Ainsi, dit cet auteur en concluant, les fièvres intermittentes prédisposent à la folie de deux manières ; d'abord en agissant comme toutes les affections nerveuses, mais bien plus encore, peut-être, en produisant l'anémie et la prédominance du système nerveux. C'est pourquoi dans les cas de ce genre Sydenham recommande avant tout les toniques » (*loc. cit.*, p. 377). J'ajouterai que Boerhaave et Th. Sébastian établissent de leur côté les mêmes indications. Ces sortes de folies se développent à la suite des longues fièvres intermittentes et ont été fort bien distinguées des fièvres larvées par les auteurs que j'ai cités ; elles ne sont pas comme ces dernières un effet spécifique de l'infection paludéenne, mais dépendent de l'état cachectique qu'elle finit par déterminer.

La paralysie peut se montrer dans des conditions identiques, comme l'attestent les observations contenues dans une bonne thèse soutenue par M. Ouradon (5) devant la Faculté de Paris. Divers auteurs anciens avaient également assigné une origine analogue à certaines *épilepsies*, et M. Baillarger dit en avoir vu plusieurs cas développés à la suite de fièvres intermittentes (6). M. Delasiauve, qui rappelle ces faits, leur attribue une signification différente, considérant cette épilepsie comme une manifestation de l'infection miasmatique. Nous verrons, en effet, plus loin qu'il en est quelquefois ainsi.

B. *Les fièvres graves continues* sont parfois suivies, comme les fièvres intermittentes, de diverses formes de névroses. Fr. Hoffmann a nettement indiqué la *paralysie* dans ces circonstances : « Post febres acutas male solutas, nec non inter- « mittentes, si quis malo victu utatur, animique indulgeat pa- « thematibus » (7). Sauvages (8), Bosquillon (9), et de nos jours le professeur Graves (de Dublin) (10), auquel j'emprunte l'observation cinquante-deuxième, ont constaté des faits de ce genre à la suite de dyssenteries ou d'entérites graves. Il rapporte un cas de paraplégie après une fièvre typhoïde (observation cinquantième), et l'observation cinquante et unième me paraît un exemple analogue, malgré l'explication différente qu'en a donnée M. Marton-Martin.

(1) *Observ. méd.*, sect. I, cap. v.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Encyclop. des scienc. méd.*, Pathol. méd. t. III, p. 197.
(4) *Traité de méd. pratiq.*; 1838, t. II, p. 607.

(1) *Mémoire sur la mélancolie et la manie suite de fièvres intermittentes*, traduction et analyse de M. Lunier, Annal. médic.-psychol. 1844, t. II, p. 211.
(2) *Traité des maladies mentales;* Paris, 1834, t. II, p. 143.
(3) *Traité des fièvres intermittentes.*
(4) *Note sur la folie à la suite des fièvres intermittentes*, Annal. médic -psychol. 1843, t. II, p. 372.
(5) *Sur la Paralysie, suite de fièvre intermittente*, Paris, 1852. L'auteur insiste pour démontrer qu'il ne s'agit pas d'un effet immédiat du principe miasmatique, mais que ces paralysies résultent d'une véritable cachexie, et demandent les toniques.
(6) *Annal. médic. psychol.*, 1843, t. II, p. 380; mémoire cité.
(7) *Loc. cit.*, p. 197.
(8) *Loc. cit.*, p. 311-312.
(9) *Annotat. à la traduction de Cullen*, t. II, p. 228.
(10) De la paraplégie indépendante d'une lésion primitive de la moelle; *Arch. génér. de méd.*. t. XI, 1836, p. 200 et suiv.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 29 *mai* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Election. — M. le Ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation d'un décret en date du 23 mai courant, et par lequel l'Empereur approuve l'élection de M. Guérard, comme membre de l'Académie de médecine.

Eaux minérales. — 1° Mémoire sur les matières organiques contenues dans les eaux minérales de Vichy, par M. le docteur Petit, médecin-inspecteur de ces eaux. (Comm. des eaux minérales.)

2° Demande d'exploitation des eaux mères des salines de Salins, pour usage médical. (Même commission.)

Choléra. — 1° Deux rapports, par MM. les docteurs Michel et Villan, sur l'épidémie de choléra qui a sévi en 1854 dans le département des Hautes-Alpes. (Comm. du choléra de 1854.)

2° Rapport de M. le docteur Carrel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontivy, sur l'épidémie du choléra qui a régné en 1854, dans les communes de Napoléonville et Guiseriff. (Même commission.)

Choléra et suette. — Rapport de M. Duclau, médecin à Saint-Julia, arrondissement de Villefranche sur l'épidémie de choléra et de suette, qui a régné en 1854 dans plusieurs communes de cet arrondissement. (Même commission.)

Remèdes secrets. — Différentes recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Typhus et fièvre typhoïde. — Lettre de M. Félix Jacquot, médecin de l'hôpital de Péra, à Constantinople, sur la non identité de ces deux affections. (Commiss. MM. Louis et Gault. de Claubry.)

Emprisonnement cellulaire. — M. Lélut transmet plusieurs documents imprimés pour la commission chargée du rapport sur l'emprisonnement cellulaire.

Pharmacie. — M. Sourisseau, pharmacien à Kaisersberg, soumet le modèle d'un porte-monnaie pharmacie.

Choléra. — M. Bardinet, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, adresse un mémoire sur l'épidémie de choléra de 1854. (Comm. du choléra de 1854)

Tannate d'iode. — M. Demolon, pharmacien à Compiègne, envoie un mémoire sur ce nouveau composé. (Comm. MM. Bouchardat, Gobert, Boullay, H. Gault. de Claubry.)

Dyssenterie. — M. le docteur Tife professeur à Birmingham, envoie une lettre sur l'emploi de la térébenthine dans la dyssenterie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

RÉCEPTION D'UN MEMBRE.

Après la lecture de la lettre de M. le Ministre de l'instruction publique et du décret de l'Empereur confirmant l'élection de M. Guérard, M. le Président invite celui-ci à prendre place parmi les membres de l'Académie.

DISCUSSION DU MÉMOIRE DE M. MOREAU (de Tours).

M. le Président annonce qu'à quatre heures, l'Académie se réunira en séance secrète pour entendre la lecture d'un rapport sur la liste des candidats à une place vacante dans la section d'anatomie pathologique, et qu'en conséquence la fin du discours de M. Piorry est renvoyée à la séance prochaine.

LECTURE.

M. BLACHE, candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, a la parole pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'hydrocéphalie chronique*, et dont voici les conclusions :

1° Dans l'hydrocéphalie chronique ventriculaire l'accumulation du liquide se fait dans les ventricules cérébraux; exceptionnellement dans celui du cervelet; il ne communique pas avec la périphérie du cerveau ni de la moelle;

2° Les parois ventriculaires, réduites à l'état d'une lame nerveuse, se composent, comme dans l'état sain, de deux couches, l'une externe *grise*, l'autre interne *blanche*. Quand la distension n'a pas été trop considérable, on trouve encore à l'extérieur les traces des circonvolutions et des anfractuosités.

Au degré le plus élevé d'amincissement des parois, les circonvolutions nous ont paru représentées par quelques points plus épais de la lame nerveuse.

3° Certaines parties centrales, telles que le corps calleux, la voûte à trois piliers, le septum lucidum, sont presque détruites et indiquées seulement par des lames ou des bandelettes fibreuses ;

5° La membrane interne des ventricules devient assez épaisse pour qu'on puisse en faire la dissection sur tous les points et constater qu'elle forme un tout continu et qu'elle ne peut avoir de communication que par l'aqueduc de Sylvius. Elle se continue aussi avec les plexus choroïdes, mais sans leur former d'enveloppe en forme de plèvre; enfin elle passe des ventricules latéraux dans le ventricule moyen par les trous de Monro ;

6° Par la distension qu'y produit le liquide épanché, l'existence du cinquième ventricule est facilement démontrée, et sa communication avec le troisième rendue très-évidente ;

7° Sur deux cerveaux où la glande pituitaire et l'infundibulum étaient intacts on a trouvé un canal traversant l'infundibulum; ce qui permettrait de conclure qu'il en est de même à l'état normal;

8° On a trouvé deux fois une oblitération de l'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius, et par conséquent les cavités cérébrales complétement closes ;

9° Les faits actuels n'ont nullement révélé les causes premières de l'hydrocéphalie, et rien dans l'état des parois des ventricules ni dans la nature du liquide épanché n'indique les éléments de l'inflammation, ce qui conduit à conclure à l'existence d'une hydrocéphalie pure et simple.

(Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Lagneau, Guérard et Bérard).

M. BAYLE lit un mémoire dont le titre est le suivant : *Y a-t-il un signe général des altérations du sang dans les maladies, et des signes particuliers pour chacune de ces altérations?*

Après avoir passé en revue toutes les fièvres continues, depuis la fièvre typhoïde avec ses taches rosées lenticulaires et ses pétéchies, jusqu'au typhus et à la fièvre jaune ; les fièvres éruptives qui, indépendamment de l'éruption qui leur est propre, s'accompagnent souvent de taches pétéchiales et d'ecchymoses ; après avoir constaté que dans les maladies diathésiques, comme la syphilis, le scorbut et le cancer, il y a une infection humorale visible se traduisant à l'extérieur par une coloration spéciale ; et procédant par analogie des fièvres éruptives aux maladies cutanées, dans lesquelles il existe une affection générale qui se localise à la peau, M. Bayle en arrive à conclure que « dans les maladies les colorations morbides de la peau et les éruptions qui se développent à sa surface, sont les signes des altérations sanguines ; que *la peau est le miroir du sang.* »

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission dont font partie MM. Bousquet, Bouillaud et Piorry.)

M. BARTHEZ donne lecture d'une *Note sur quelques-unes des conditions anatomiques qui favorisent la transmission des sons de la racine des bronches à un point éloigné de la poitrine*, et qui peut se résumer ainsi :

Les bruits normaux et anormaux qui se produisent dans les gros tuyaux aériens peuvent être transmis à travers la poitrine et être perçus dans un point éloigné. Les moyens de transmission sont les corps solides et liquides.

Dans le premier cas, les conditions anatomiques nécessaires sont : 1° la solidité et la compacité du corps qui est par conséquent propre à transmettre les vibrations sonores; 2° l'adhérence intime de ce corps aux grosses bronches ou à la trachée ; 3° son contact avec un point de la poitrine accessible à l'oreille.

Dans le deuxième cas, les conditions anatomiques favorables à la transmission des sons paraissent être : 1° la coexistence d'un corps solide adhérent aux bronches, servant de moyen de continuité et formant un corps qui vibre entre elles et le liquide ; 2° une position particulière du corps solide par suite d'adhérences costales ou de la quantité considérable du liquide épanché.

Les bruits perçus sont augmentés dans leur intensité de manière à simuler la respiration caverneuse, le gargouillement, la respiration amphorique malgré l'absence d'excavations pulmonaires ou de communication de la plèvre avec les poumons. Ces bruits pseudo-bronchique, pseudo-caverneux et pseudo-amphorique ont un timbre particulier dû au passage des ondes sonores à travers une sorte de stéthoscope mi-partie solide et mi-partie liquide, les liquides modifiant les caractères et l'intensité des vibrations sonores habituellement transmises par les solides seuls.

La transmission est plus facile quand la cage thoracique est petite et étroite ; quand les parois en sont minces et sèches; quand enfin les mouvements respiratoires sont forts et rapides ; ces diverses conditions étant les plus favorables à la transmission des sons à travers la poitrine.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Ségalas, Bricheteau et Cruveilhier.)

SÉANCE SECRÈTE.

L'Académie se réunit à quatre heures en séance secrète pour entendre la lecture d'un rapport sur la liste des candidats à une place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

La séance publique est levée à quatre heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Des moyens à employer dans les cas de morsure par un chien enragé ou par un animal venimeux. — Le *Moniteur universel*, après avoir fait remarquer que nous entrions dans la saison où la rage se développe plus fréquemment chez les chiens (ce qui du reste n'est vrai que dans des limites as ez restreintes), indique les moyens suivants comme les plus propres à mettre en usage pour se garantir des effets consécutifs du virus.

« Si on a le malheur d'être mordu par un animal hydrophobe, » (ou réputé tel, aurait pu ajouter notre honorable confrère), « il faut immédiatement laver la plaie avec de l eau simple et la faire saigner le plus longtemps possible, soit par une pression énergique, soit en appliquant des ventouses en nombre suffisant si on le peut.

« On cautérise ensuite et on s'efforce de détruire tout ce qui a reçu l'impression du virus. Pour cautériser, on se sert d'un fer rouge ou de nitrate ou acide de mercure ; mais préalablement, au moyen de ciseaux ou d'instruments tranchants, il faut avoir mis le fond de la plaie à nu.

« Si la morsure est considérable, il faut soumettre le malade à une diète sévère, aux saignées répétées, aux boissons délayantes ; en un mot, à un traitement antiphlogistique rigoureusement suivi et tel que le premier médecin venu pourra le prescrire. »

Les moyens que préconise le savant rédacteur sont bien en effet ceux que l'on trouve exposés dans tous les traités classiques de médecine ; mais il faut ajouter aussi que ce sont ceux dont les progrès de la science ont démontré l'inefficacité. Ce que la saine interprétation des lois de la physiologie démontrait *à priori*, l'expérimentation directe l'a démontré :

A priori, on devait admettre qu'une fois admis dans la circulation capillaire à l'aide d'une morsure ou d'une piqûre, un virus, un principe quelconque devait être entraîné presque à l'instant même dans le torrent général, car la circulation n'est pas intermittente ; le courant qui la constitue est continu, et cautériser la plaie par où le virus s'est introduit après une, deux, vingt-quatre heures après que cette plaie a été produite, c'est exactement chercher le cadavre d'un individu qui s'est noyé dans un courant rapide, à l'endroit même où le malheureux est tombé dans l'eau. Voilà ce que la physiologie nous apprenait ; voici ce que l'expérience a démontré :

Notre savant et très-judicieux ami, M. le professeur Renault, d'Alfort, a inoculé le virus morveux à un animal ; vingt-quatre heures, six heures, *une heure*, une *demi heure* après l'inoculation, il a enlevé la *peau entière* (dont toute l'épaisseur n'avait pas, *à beaucoup près*, été traversée par la lancette) dans un rayon de *un centimètre* autour de la piqûre : il a immédiatement après l'ablation, cautérisé au fer rouge la surface dénudée, de façon à y produire une escarre de *un centimètre* de profondeur ; et la morsure s'est développée sur l'animal inoculé.

On peut ajouter, sans crainte de se tromper, que lors même que la cautérisation aurait été pratiquée *cinq minutes* après l'inoculation, elle n'aurait pas été moins inutile.

Ce qu'il faut conseiller aux personnes qui sont exposées à être mordues par des chiens enragés, par des vipères, ce n'est donc pas de sucer, de faire saigner leurs plaies, de les cautériser une ou plusieurs heures après l'accident ; tous ces moyens sont pour le moins incertains, ou, pour dire toute la vérité, complétement inefficaces. Il y a mieux à faire.

Grâce aux progrès de la pratique, à l'ingénieuse idée de M. Filhos en particulier, on est parvenu à fabriquer aujourd'hui, à très-bas prix (quelques sous), des caustiques puissants que tout le monde peut facilement, sans danger, porter constamment sur soi. Il faut conseiller aux personnes qui sont obligées de passer leur vie dans la campagne ou de parcourir les routes publiques, de porter sur elles un de ces caustiques, et de l'appliquer immédiatement sur une plaie qui leur aura été faite par un chien suspect, par une vipère ou par quelque autre animal aussi dangereux. En dehors de ce moyen, on en peut employer qui calmeront pendant plus ou moins longtemps l'imagination des malades, mais qui seront sans aucune influence sur les accidents ultérieurs qu'on redoute.

— *Admission des malades non indigents dans les hôpitaux.* — Nous insistions dernièrement sur les abus que la vigilance de l'administration ne parvenait pas toujours à prévenir, de la part de certains malades de la classe aisée, qui viennent manger dans les hôpitaux le pain des pauvres, et nous rapportions à ce propos qu'il y avait dans un des services de la Charité une femme de la province, jouissant de deux milles francs de revenu, qui y avait été admise pour s'y faire opérer d'une hydropisie enkystée de l'ovaire. Il paraît que les mêmes abus se sont produits à Lyon ; car les journaux de la localité nous informent que l'habile administrateur qui est à la tête du département a pris un arrêté par lequel, l'administration des hospices n'admet plus à l'entrée gratuite que les malades munis d'un certificat d'indigence.

« Cet arrêté, dit le *Salut public*, provoqué par l'accroissement des charges des hospices et par l'augmentation des denrées alimentaires, a pour but de mettre un terme à l'exploitation illicite du patrimoine des pauvres.

« Tout individu qui ne sera pas porteur d'un certificat du maire de sa commune, attestant qu'il ne peut payer 1 fr. 25 c. par jour, prix des salles payantes, ne sera pas admis à l'Hôtel Dieu, à moins d'accident. — L'administration se réserve la faculté de faire constater l'authenticité et la sincérité du certificat. »

— La section de médecine vétérinaire a fait hier son rapport à l'Académie de médecine dans un comité secret. Les candidats ont été placés dans l'ordre suivant :

1° M. Bouley
2° M. Reynal.
3° M. Goubaux.
4° M. Colin.

Voilà donc enfin une liste de présentation conforme à la justice et au sentiment public.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — Cours de physiologie comparée. — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours, jeudi 31 mai 1855, à 11 heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

— *Cliniques des hôpitaux.* — *Conférences cliniques.* — M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses conférences le mardi, 5 juin, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et les continuera les mardis et samedis de chaque semaine, à la même heure. — La conférence du samedi sera spécialement consacrée à l'étude des affections de l'utérus et de ses annexes.

— Par divers arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes :

M. Vastel, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique interne dans ladite École, en remplacement de M. Lafosse, décédé ;

M. Maheut, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur adjoint, et sera chargé de la chaire de pathologie interne vacante par la nomination de M. Vastel, à la chaire de clinique interne ;

M. le docteur Lepetit, chargé de la chaire de chimie et de pharmacie, est nommé professeur titulaire de ladite chaire ;

M. Duprey, pharmacien de première classe, ancien suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé suppléant hors cadre de la même École. — Il sera spécialement chargé, en cette qualité, de la suppléance de la chaire de pharmacie et de toxicologie.

M. le Ministre a provisoirement autorisé MM. les doyens des facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, à réduire à un mois, en faveur des étudiants aspirants à la chirurgie militaire, le délai d'ajournement à un examen qui est fixé à trois mois par l'article 6 de l'arrêté du 26 septembre 1837 ;

Ont été nommés à la Faculté de médecine de Strasbourg :

1° Chef des cliniques, M. Hergott, agrégé près ladite Faculté ;
2° Aide titulaire de chimie, M. Lévy (David) ;
3° Aide surnuméraire de botanique, M. Liétard (Alexandre) ;

Un concours public sera ouvert, le 20 août prochain, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques vacante dans cette Faculté.

Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 20 juillet,

Le candidat nommé à la suite de ce concours entrera en exercice dès que l'institution ministérielle lui aura été conférée.

Ledit concours sera annoncé par des affiches et par un avis inséré au *Moniteur*.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 66. 3e ANNÉE. Vendredi 1er Juin 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Note sur quelques-unes des conditions anatomiques qui favorisent la transmission des sons de la racine des bronches à un point éloigné de la poitrine.

Par le docteur E. BARTHEZ

(Médecin de l'hôpital de Sainte-Eugénie.)

Lorsqu'une modification du bruit respiratoire naturel frappe notre oreille appliquée sur la poitrine d'une personne malade, nous croyons que la partie des organes que nous auscultons est lésée ; et le fait est vrai. Nous sommes aussi disposés à croire que c'est dans cette même partie et sous notre oreille que le bruit est produit ; le fait est encore vrai dans la majorité des cas. Mais dans d'autres pleuroses les bruits perçus ont pris naissance dans un point éloigné de notre oreille et lui sont transmis au travers de la poitrine, transmission trompeuse si l'on n'est pas prévenu, et qui peut entraîner les plus graves erreurs de diagnostic et de thérapeutique.

C'est sur les conditions anatomiques qui favorisent cette transmission que je désire appeler un instant l'attention de l'Académie. Et pour prouver de suite l'importance pratique qui s'attache à ces recherches, je dirai que j'ai vu mourir un homme du monde, âgé de trente à trente-deux ans, et réputé phthisique parce qu'il était amaigri, qu'il toussait et expectorait, et surtout parce qu'un examen de la poitrine plusieurs fois répété avait fait percevoir au sommet de l'un des poumons de la respiration caverneuse et du gargouillement. L'autopsie démontra l'absence de caverne, et l'existence d'une pleurésie que la thoracentèse eût peut-être pu guérir.

Lorsqu'un corps solide prend la place d'une portion du poumon, il peut devenir conducteur des sons produits dans la trachée ou dans les bronches. Cela arrive lorsque le corps étranger, d'un côté, touche le point de la poitrine sur lequel l'oreille est appliquée, et, de l'autre, est en contact immédiat avec les grosses bronches ou avec le bas de la trachée. Alors il peut transmettre de la respiration bronchique, de la respiration caverneuse, du gargouillement, bruits nés dans les gros troncs aériens ou dans le poumon opposé et que l'oreille perçoit comme au travers d'un stethoscope naturel et vivant.

Les tumeurs qui déterminent le plus souvent ces effets sont les ganglions bronchiques devenus tuberculeux, seuls ou unis à des tubercules du poumon ou à une induration de cet organe.

Mais je n'insiste pas davantage sur ces curieux phénomènes que nous avons fait connaître avec détails, M. Rilliet et moi, il y a plus de douze ans (1).

Les liquides épanchés dans la plèvre sont aussi un moyen de transmission des bruits produits dans la trachée et dans les bronches. Alors la respiration bronchique est très-fréquente ; la respiration caverneuse, le gargouillement, la respiration amphorique ne sont pas très-rares (en l'absence de toute excavation pulmonaire ou de pneumo-thorax) et peuvent tromper les médecins les plus exercés à l'auscultation. Nous avons déjà, M. Rilliet et moi, attiré sur ce point l'attention des praticiens, et la justesse de nos remarques a été depuis lors confirmée par plusieurs de nos confrères.

Mais en présence de faits peu nombreux, et en l'absence d'autopsie nous n'avons pas pu déterminer les conditions anatomiques nécessaires à la production du phénomène.

Aujourd'hui je désire démontrer :

1° Que la présence du liquide dans la plèvre influe sur ces symptômes dont l'existence et le siége peuvent varier suivant la quantité du liquide;

2° Que la présence d'un corps solide co-existant est utile et peut-être indispensable à la transmission des sons;

3° Que cependant les bruits ainsi perçus sont transmis à travers le liquide qui est conducteur des sons, qui peut même les exagérer et leur donner un timbre spécial.

Je dis d'abord que c'est bien à la présence même du liquide et à sa quantité que l'on doit de percevoir ces bruits. L'observation suivante en a été la preuve positive.

Un homme de soixante ans est atteint d'une pleurésie franche qui se manifeste au onzième jour par une matité générale d'un côté de la poitrine, par la faiblesse, presque l'absence du bruit respiratoire et par un peu de souffle bronchique à la racine des bronches. Le mal augmente et au dix-septième jour on perçoit de la respiration amphorique à la racine des bronches et sous la clavicule. Dans ce dernier point ce phénomène singulier se produit dans tout l'espace qui sépare la clavicule du mamelon. Au vingt et unième jour on pratique la thoracentèse : je tiens mon oreille appliquée sous la clavicule pendant l'écoulement du liquide et je continue à percevoir la respiration amphorique jusqu'à la sortie d'un litre et quart de sérosité. Alors la respiration devient nulle jusqu'à ce que deux litres de liquide soient évacués. A ce moment la respiration naturelle, quoique faible, reparaît. On tira en tout trois litres et quart de sérosité. Le malade guérit en peu de temps.

Ainsi l'épanchement existe et la respiration ne se fait plus entendre; il augmente et le bruit respiratoire devient amphorique; au moyen d'une ponction une portion de liquide est évacuée, instantanément la respiration redevient silencieuse; une autre portion de liquide s'échappe et le murmure respi-

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. III, p. 630, 2e édition, et Archives 1842.

ratoire paraît; donc l'épanchement et sa quantité influent sur l'existence du phénomène.

Une expérience inverse, plus curieuse peut-être et tout aussi probante, m'a permis de saisir le moment où la respiration caverneuse-amphorique se développait par le fait de l'introduction d'un liquide dans la plèvre.

M. Marjolin me prie de voir un enfant de cinq ou six ans, atteint d'un épanchement pleurétique purulent, qui s'était fait jour au dehors par un abcès ouvert près du mamelon, à l'extrémité de clapiers assez étendus pour que l'air n'eût pas pu pénétrer dans la poitrine. L'écoulement du pus ayant été suspendu pendant quelques jours par le pansement, la présence d'une certaine quantité de liquide dans la plèvre est prouvée par une matité générale jointe à de la respiration bronchique existant dans toute la hauteur de la poitrine en arrière; sous la clavicule, la respiration prend manifestement le timbre caverneux. Une sonde ayant été introduite dans le thorax, en suivant les détours du clapier, le pus s'écoule par un jet continu. Pendant ce temps, la respiration bronchique disparaît peu à peu du sommet en arrière, pour faire place à de la respiration faible mais pure, tandis que le souffle bronchique persiste dans la fosse sous-épineuse et au-dessous.

Immédiatement, et pendant que j'avais l'oreille appliquée sur la poitrine, on injecte de l'eau tiède à plusieurs reprises. L'entrée de l'eau fut tout à fait insonore, et la poitrine se remplit d'une manière insensible pour moi, jusqu'à ce que, à un moment donné ou plutôt graduellement, la respiration bronchique de la fosse sous-épineuse prit le timbre caverneux et même amphorique dont plusieurs des assistants purent, après moi, constater l'existence. Puis, à mesure que le liquide injecté fut évacué, la respiration amphorique disparut, pour faire place à un souffle bronchique semblable à celui qui existait avant l'injection. Enfin, une forte inspiration ayant fait entrer l'air dans la plèvre par l'extrémité libre de la sonde, j'en eus immédiatement connaissance par la production d'un tintement métallique très-fort, qui se répéta chaque fois qu'une nouvelle injection introduisit de l'eau dans la cavité thoracique Depuis lors, et malgré ces injections, la respiration amphorique ne reparut plus. Cet enfant est aujourd'hui à peu près guéri; la respiration est pure dans presque tout le côté malade.

Dans tous les cas de cette nature, il est bien évident que le poumon n'est pas creusé d'excavations, que la respiration caverneuse ou amphorique n'est pas produite sous l'oreille; mais que, née dans les bronches, elle est transmise au travers de la poitrine. Il est certain aussi que l'épanchement pleural est pour quelque chose dans cette transmission.

La vérité de cette dernière assertion est encore évidemment prouvée par les cas dans lesquels la respiration caverneuse varie de position, sous l'influence des variations de niveau du liquide, malgré la fixité du point où elle a pris naissance.

J'en donnerai une seule preuve :

Chez un enfant de quatorze ans la pleurésie s'annonce par de la respiration bronchique qui, au bout de deux jours, est devenue caverneuse dans la fosse sous-épineuse et s'accompagne de gargouillement. L'épanchement venant à diminuer, la respiration caverneuse se limite à l'angle de l'omoplate; quelques jours après, elle est descendue et occupe le quart inférieur du poumon. Enfin elle disparaît pour être remplacée par du bruit de frottement. Quelques jours plus tard, récidive, réapparition de la respiration bronchique, puis de la respiration caverneuse qui a bientôt son maximum dans la fosse sous-épineuse, d'où elle rayonne en tous sens jusque dans le creux de l'aisselle. A l'autopsie on trouve un épanchement très-considérable; un corps solide constitué par une masse ganglionnaire tuberculeuse continue d'un côté avec la première division des bronches et de l'autre avec une masse tuberculeuse solide traversant le poumon de part en part et à peine détachée du tissu pulmonaire de manière à être contenue dans une cavité qu'elle remplit exactement. Des adhérences solides existent entre les côtes correspondantes et l'extrémité de cette masse tuberculeuse.

A cet endroit la respiration caverneuse était transmise directement par le corps solide; elle l'était ailleurs par le liquide, voyageait avec lui et disparaissait avec lui malgré la fixité de la lésion des solides.

Je n'insiste pas davantage sur ce fait à cause de la présence d'une excavation pulmonaire qui, bien que remplie par un corps solide, peut rapprocher cette observation de celles qui sont citées dans le *Traité* de pathologie générale de M. Chomel et dans le mémoire du docteur Racle.

Mais il me conduit à rechercher si la présence d'un corps solide et compacte concomitant est nécessaire pour que l'épanchement devienne conducteur des sons. Cette question ne peut être résolue que par les autopsies : car, lorsque la maladie se termine par la guérison, ce qui est heureusement le cas le plus fréquent, on ne peut pas savoir si le poumon était condensé, aplati contre la colonne vertébrale, ou adhérent à quelque partie de la paroi thoracique; s'il était ou s'il n'était pas l'unique conducteur des sons transmis ensuite à l'oreille par les vibrations des parois du thorax.

Or, toutes les fois sans exception que j'ai pu faire l'examen cadavérique, j'ai constaté la coexistence de l'épanchement et d'un corps solide : tantôt une induration chronique du poumon maintenu par des adhérences partielles, tantôt une pneumonie; ailleurs des tubercules, des ganglions unis à une masse tuberculeuse pulmonaire, ailleurs enfin un anévrysme de l'aorte. Cette coexistence constante paraît donc nécessaire à la transmission des bruits stéthoscopiques.

Cependant la vibration sonore traverse le liquide lui-même pour arriver jusqu'à l'oreille, et j'incline à croire que le corps solide a le plus souvent pour effet unique d'établir entre les tuyaux aériens et le liquide une continuité de tissus vibrants qui ne peut guère être parfaite, ni suffisamment étendue entre l'épanchement seul et les bronches.

En effet, lorsque les corps solides seuls transmettent les bruits trachéaux, c'est seulement à la racine des bronches, dans la fosse sous-épineuse et rarement sous la clavicule que le phénomène est perçu; presque toujours, en un mot, c'est sur une partie restreinte de la poitrine. Au contraire, s'il y a pleurésie, les bruits trachéaux peuvent être entendus dans toute la partie supérieure du poumon, fréquemment dans la fosse sous-épineuse, quelquefois à la base de la poitrine, presque toujours dans une étendue considérable.

En outre, lorsque l'épanchement se résorbe, on perçoit souvent du bruit de frottement dans le point où s'était fait d'abord entendre la respiration caverneuse ou amphorique.

Enfin, l'autopsie démontre la présence du liquide au niveau des points où étaient perçus les symptômes transmis, et quelquefois là même où ils avaient leur plus grande intensité.

Ainsi un enfant de deux ans et demi, malade depuis dix mois, présente à l'auscultation de la poitrine les symptômes caverneux les plus intenses. Sous la clavicule notamment, le retentissement du cri, la respiration caverneuse mêlée de gargouillement sont si considérables que ces phénomènes frappent exclusivement tous les assistants. L'idée d'une caverne énorme surgit forcément dans l'esprit de tous. Seul, avec mon honorable confrère le docteur Legendre, j'admets une pleurésie purulente. Mais devant le diagnostic si positif des autres médecins qui suivaient ma visite, il y avait bien quelque hardiesse à pratiquer la thoracentèse. Toutefois je fis cette opération, qui donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité de pus; après quoi je poussai une injection iodée que je laissai en partie dans la cavité pleurale. Les symptômes stéthoscopiques diminuèrent graduellement et la guérison semblait en bonne voie, lorsqu'au bout de quinze jours l'épanchement venant à se reproduire, les mêmes symptômes d'auscultation furent perçus. Alors l'empyème ayant été pratiqué, les bruits caverneux diminuèrent sans disparaître entièrement, et à l'au-

topsie je trouvai le sommet du poumon converti en une masse compacte de tissu gris, demi-transparent, sans cavité aucune, uni aux grosses bronches par une masse de ganglions indurés et maintenu à une petite distance des côtes par des adhérences partielles très-solides. Mais là, exactement où la respiration caverneuse avait été si intense, c'est-à-dire entre la clavicule et la quatrième côte, une portion de la cavité pleurale, libre d'adhérences, présentait les traces d'une suppuration récemment écoulée, et le poumon était séparé des côtes par un intervalle de plusieurs millimètres.

Dans ce fait cependant, les adhérences qui circonscrivaient cette portion de la cavité pleurale peuvent laisser du doute sur le véritable siége anatomique des vibrations sonores, tandis qu'il n'en est plus de même dans l'observation suivante:

Un enfant de deux ans me présente pendant plusieurs jours des symptômes de pleurésie, parmi lesquels je note une respiration bronchique intense, perceptible dans toute l'étendue d'un des côtés de la poitrine, en haut comme en bas, en avant comme en arrière. La mort étant survenue rapidement, je fis faire l'autopsie en maintenant le corps dans la position où il était pendant la vie, lorsque j'avais pratiqué l'auscultation, et je fis ouvrir la poitrine par sa partie supérieure. Mon but était d'empêcher l'écoulement du liquide et de déterminer exactement quelle était la position du poumon. L'organe, libre d'adhérences, maintenu seulement par la racine des bronches, entouré partout ailleurs de sérosité au milieu de laquelle il était suspendu, était par tous ses côtés éloigné des parois costales. Son lobe inférieur était aplati et carnifié; son lobe supérieur était hépatisé dans une petite portion de sa partie postérieure.

Ici, la respiration bronchique traversait nécessairement le liquide pour arriver à l'oreille appliquée sur un point quelconque de la cage thoracique.

Il ne peut donc pas rester de doute sur ce fait, que les bruits trachéo-bronchiques traversent les épanchements pleuraux. J'ajoute que le passage des ondes sonores à travers le liquide peut les exagérer et modifier leur timbre. Jamais, en effet, un corps solide seul ne m'a fait entendre cette variété du bruit respiratoire qui se rapproche de la respiration amphorique. Mais, quel que soit le nom donné à ces bruits pleurétiques suivant leur intensité, ou plutôt suivant qu'ils simulent la respiration bronchique, caverneuse, ou amphorique, ils ont un timbre spécial qu'un peu d'habitude empêche de confondre avec celui des bruits produits immédiatement sous l'oreille. C'est une différence analogue à celle de la bronchophonie et de l'œgophonie. Je donnerais volontiers à tous ces bruits le nom de respiration *hydrique*, pour indiquer que les vibrations sonores ont traversé un liquide. Cette respiration hydrique est, dans l'auscultation, ce qu'est dans la percussion le son spécial indiqué par M. Skoda, et qui existe souvent au sommet de la poitrine chez les pleurétiques.

J'aimerais à comparer ces deux sons, l'un stéthoscopique, l'autre plessimétrique, à la lumière réfractée et à la lumière réfléchie par un liquide; c'est-à-dire que dans un cas, les ondes sonores nous parviennent après s'être réfléchies sur le liquide, tandis que dans le premier elles nous arrivent après l'avoir traversé.

Le rapprochement que j'établis ici entre les diverses nuances de la respiration hydrique et la sonorité particulière du sommet de la poitrine chez les pleurétiques, est tout à fait justifié, d'ailleurs, par leur coïncidence fréquente. Chez bon nombre de malades, ces deux symptômes naissent, marchent, décroissent et disparaissent presque simultanément. Aussi je suis tenté de croire que les mêmes conditions anatomiques sont favorables à leur développement.

Je termine en me résumant :

Les bruits normaux ou anormaux qui sont produits dans les gros tuyaux aériens, peuvent être transmis au travers de la poitrine et être perçus dans un point éloigné de leur lieu d'émission.

Les moyens de transmission sont des corps solides ou liquides.

Dans le premier cas, les conditions anatomiques nécessaires sont :

1° La solidité, la compacité du corps qui le rendent susceptible de transmettre les vibrations sonores;

2° Son adhérence intime aux grosses bronches ou à la trachée;

3° Son contact avec un point de la poitrine accessible à l'oreille.

Dans le second cas, les conditions anatomiques favorables à la transmission des sons paraissent être :

1° La coexistence d'un corps solide adhérent aux bronches et servant à établir une continuité de corps vibrants entre elles et le liquide;

2° Une position particulière de ce corps solide, due soit à des adhérences costales, soit à la quantité considérable de l'épanchement.

Les bruits alors perçus sont souvent augmentés dans leur intensité, de manière à simuler la respiration caverneuse, le gargouillement, la respiration amphorique, en l'absence de toute excavation pulmonaire, de toute communication de la plèvre avec le poumon.

Ces bruits pseudo-bronchique, pseudo-caverneux, pseudo-amphorique ont un timbre particulier.

L'exagération des bruits et leur timbre spécial sont dus au passage des vibrations sonores au travers d'une sorte de stéthoscope mi-partie solide et liquide; ce dernier corps, modifiant le caractère de l'intensité des vibrations habituellement transmises par les corps solides seuls.

Si j'ajoute que la transmission des sons est plus facile lorsque la cage thoracique est petite et étroite, lorsque ses parois sont minces et sèches, lorsque les mouvements respiratoires sont rapides et forts, j'aurai, je crois, indiqué la plupart des conditions favorables à cette transmission des sons au travers de la poitrine.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Lariboisière. — M. Chassaignac.

Des causes de mort pendant et après l'opération de la trachéotomie. — Résultats de l'examen cadavérique.

Parmi les causes qui peuvent déterminer la mort pendant l'opération de la trachéotomie, il faut citer principalement la position horizontale et le renversement de la tête en arrière d'une part, et d'une autre part, la syncope produite par une perte de sang et l'asphyxie due à l'introduction du sang dans les bronches.

Chez un de nos petits malades atteints de croup, la première de ces causes a paru agir de manière à occasionner instantanément un état asphyxique. L'enfant est resté au moins deux minutes sans manifestation vitale. Toutefois, on est parvenu à l'aide de pressions alternatives sur la poitrine et sur le ventre, à l'aide d'écouvillonnements fréquents après le placement de la canule, à rétablir, mais pour quelques moments seulement, la respiration.

Quant à la seconde cause de mort, l'hémorrhagie, nous l'avons observée ou du moins nous avons cru l'observer une seule fois. Nous n'avons, il est vrai, à l'autopsie, constaté la lésion d'aucun vaisseau important, soit artériel, soit veineux. Il nous a paru seulement que la mort, pendant l'opération, n'avait pu être déterminée que par une perte de sang qui, bien que n'étant pas très-considérable, avait été cependant relativement trop forte pour un enfant arrivé déjà par le fait de la maladie à un degré extrême d'épuisement.

Nous avons indiqué, dans un précédent travail, les vaisseaux qui peuvent être lésés pendant l'opération et devenir, par con-

séquent, la source d'hémorrhagies mortelles. Il est donc inutile ici de revenir sur cette cause de léthalité.

Après l'opération, la mort peut survenir par des causes très-variées, suivant la nature des affections qui ont nécessité la trachéotomie.

Nous nous contenterons de mentionner ici les circonstances suivantes :

1° Epuisement et faiblesse extrêmes des sujets auxquels on a pratiqué l'opération;

2° Tendance syncopale sésultant soit de cette faiblesse, soit de la gêne de la respiration ;

3° Asphyxie par reproduction des fausses membranes, par hypersécrétion de mucosités bronchiques ou par accumulation d'une certaine quantité de sang coagulé dans les divisions principales du conduit aérien;

4° Pneumonie ou pleurésie intercurrentes;

5° Infiltration purulente de la région du cou;

6° Œdème du poumon et engouement pulmonaire hypostatique;

7° Gangrène du larynx;

8° Abcès métastatiques.

Hormis un seul cas, dans les détails duquel nous allons entrer, nous avons toujours trouvé la plaie de l'opération parfaitement régulière et ne présentant aucune complication. Ce qu'il y a de remarquable surtout, c'est qu'on n'aperçoit à la face interne du larynx aucune déchirure résultant de l'implantation du ténaculum cricoïdien. Ce résultat de l'examen nécropsique est une réponse suffisante à l'objection qui pourrait être faite contre l'inconvénient qu'il y a à accrocher ainsi d'emblée le cartilage cricoïde.

Chez celui de nos malades que nous avons opéré pour une plaie du pharynx résultant d'une tentative de suicide, nous avons constaté à l'autopsie qu'il existait des fusées puruleuses entre la lame moyenne et la lame profonde de l'aponévrose cervicale, autour des muscles de cette région. Une dissection attentive nous a fait voir que le pus était éloigné du thorax de trois à quatre travers de doigt. Les vaisseaux et leurs gaînes étaient intacts.

Chez les sujets opérés pour affection croupale, nous avons trouvé généralement, dans toute l'étendue de l'arbre aérien, les pseudo-membranes sous les diverses formes que voici. Tantôt le larynx, la trachée et les bronches ne présentaient que quelques points blanchâtres dus à de petites concrétions ne formant point un tube continu; tantôt l'arbre aérien était occupé dans sa totalité par des pseudo-membranes constituant un cylindre qui existait sans solution de continuité depuis le larynx jusqu'aux dernières divisions bronchiques.

Dans le premier cas, les pseudo-membranes ne consistaient que dans des pellicules minces très-adhérentes aux parois du conduit et qu'on ne parvenait à décoller qu'en saisissant un de leurs lambeaux avec une pince. Dans le second, les concrétions étaient épaisses, consistantes, tout à fait opaques, se séparant facilement de la muqueuse qui était très-injectée et d'un rouge foncé. D'autres fois les fausses membranes étaient complétement détachées des parois bronchiques et formaient des espèces de tampons qui obturaient la lumière du conduit. En général il n'existait pas de fausses membranes dans le pharynx. Cependant chez le sujet de la deuxième observation, la base de l'épiglotte ainsi que les replis arythéno-épiglottiques étaient occupés par quelques pellicules fibrineuses.

Indépendamment des lésions anatomiques caractéristiques du croup, nous avons noté celles de l'engouement pulmonaire hypostatique de la pneumonie au troisième degré, de la pleurésie, de l'œdème pulmonaire.

Dans ce dernier cas, les poumons présentaient, dans un grand nombre de points, un état adémateux caractérisé 1° par un aspect gélatineux, couleur de sérum jaune-verdâtre; 2° par l'absence d'air et de sang et la destruction des parois des vésicules; 3° par l'infiltration d'une grande quantité de liquide séreux non aéré; 4° par une densité considérable supérieure à celle de l'eau; 5° par un certain degré de friabilité. Les lobes moyen du poumon droit et supérieur du poumon gauche avaient leur tiers antéro-inférieur transformé en ce tissu gélatineux qui d'ailleurs se rencontrait encore en plusieurs autres points, mais à l'état de plaques disséminées. Du reste, voici l'observation avec tous ses détails.

Observation. — *Croup suraigu chez un adulte. — Trachéotomie. — Mort au bout de cinq jours.*

La malade, femme de trente-cinq ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, ayant un certain embonpoint, se nourrissant bien, a été prise le 20 décembre de mal de gorge; c'est dans la soirée, après avoir travaillé toute la journée sans sentir de malaise, après avoir soupé avec appétit comme à l'ordinaire, que ce mal s'est déclaré.

Il a augmenté rapidement dans la journée du 21, la voix et la toux sont devenues rauques; dans la nuit du 21 au 22, insomnie complète, nombreuses quintes de toux et rejet, après de longs et pénibles efforts, de fausses membranes probablement, car la malade indique la matière de l'expectoration comme semblable à des *peaux* (pellicules) larges, épaisses, consistantes. En même temps la malade crachait, dit-elle, beaucoup de glaires, elle avait de la fièvre; elle arrive à dix heures du matin, le 22, à l'hôpital, n'ayant pris que de l'eau de ronces comme remède.

L'examen de la bouche permet de constater, sur les deux amygdales, une fausse membrane épaisse, d'un gris jaunâtre, assez friable, car on l'enlève assez facilement par lambeaux avec des pinces. Rien de semblable sur les autres points de la bouche et du pharynx; langue très-sale, blanche, humide; la toux est fréquente, très-douloureuse, son timbre est éclatant, métallique; la voix est complétement éteinte; la respiration est accélérée, difficile; la pression du larynx et de la trachée cause de la douleur. On entend parfois, à l'auscultation du larynx, un bruit de drapeau; le bruit respiratoire laryngien est très-sec, très-rude, très-éclatant.

Pas de douleur à la poitrine; on n'y trouve ni matité, ni râles; on n'entend que la propagation des bruits du larynx. La malade crache cependant une grande quantité de mucopus filant, spumeux. Pouls 84. Les mains sont bleues, la peau froide. La figure exprime la souffrance et l'abattement; à chaque effort de toux, elle se contracte et indique de la douleur; la malade se plaint d'étouffer, mais il n'y a pas d'accès de suffocation plus intense par intervalle.

Avec un écouvillon, on cautérise les amygdales, l'isthme du gosier, l'ouverture supérieure du larynx, peut-être sa cavité même, et de ce dernier point on retire de fausses membranes fixées sur l'éponge.

On ordonne : tartre stibié 0,10, ipéca 1 gramme, à prendre immédiatement.

A deux heures, on vient me chercher; la malade a vomi plusieurs fois, mais peu à chaque fois; plusieurs selles; la suffocation a augmenté, la figure est plus abattue, les lèvres, les joues, les mains sont cyanosées, les extrémités froides. Le pouls est devenu beaucoup plus fréquent et petit, la respiration est très-pénible; je crois entendre au larynx le bruit de drapeau; la malade crache toujours beaucoup.

La malade me semble vouée à une mort certaine si on n'a pas recours à la trachéotomie.

L'opération est pratiquée suivant la méthode de M. Chassaignac et avec le secours d'un seul aide.

La malade est couchée sur le dos, un oreiller, plié en double, sous la nuque, de manière que la partie antérieure du cou soit fortement tendue et saillante. Des infirmières sont chargées de maintenir la tête et les mains.

Le cartilage cricoïde est facilement senti; après l'avoir bien reconnu par une exploration longitudinale faite d'abord de bas en haut puis de haut en bas pour contre-épreuve, j'enfonce le crochet cricoïdien immédiatement au-dessus de lui, la main droite tenant le crochet et l'ongle de l'indicateur de la main gauche marquant le bord inférieur du cartilage. La main gauche s'empare alors du ténaculum ou crochet cricoïdien et soulève fortement en avant le larynx et la trachée. Avec un bistouri droit, je fais la ponction de la trachée immédiatement au-dessous de la piqûre dans laquelle le ténaculum est implanté; la sortie d'air et de sang spumeux m'indique que le conduit aérien est ouvert; dans la plaie, j'introduis un bistouri boutonné et je divise du même coup, en suivant la ligne médiane, tous les tissus depuis la peau jusqu'à la trachée dans une étendue de 2 centimètres à peu près.

La malade rejette avec effort du sang et des mucosités et, en outre, quelques parcelles de fausses membranes molles, pultacées.

Je place une canule sans difficulté.

Pas d'hémorrhagie; pansement de la plaie avec du diachylon glissé sous la canule fixée, comme d'ordinaire, par des liens noués autour du cou.

Pendant quelques minutes, la malade rejette du sang par la canule, puis des mucosités seulement; au bout d'un quart-d'heure, elle respire sans difficulté, elle est calme, quoique des mucosités très-liquides sortent en abondance.

Quelques cuillerées de vin sucré mêlé d'eau, sont avalées sans difficulté et avec plaisir. Un tissu fin est mis devant la canule.

Quatre heures et demie. La malade s'est assoupie quelques instants, s'est réchauffée spontanément, les mains sont chaudes, moins bleues, la figure est meilleure, le pouls moins fréquent, plus vif, assez ferme, 92.

Dix heures du soir. Un court frisson de dix minutes, des douleurs à la nuque se font sentir. La malade a eu encore plusieurs selles.

23, six heures du matin. La malade a dormi une heure; elle a rejeté beaucoup de mucosités liquides; douleurs de tête, même état d'ailleurs, rien dans la poitrine à l'auscultation ni à la percussion.

Neuf heures. M. Chassaignac remplace la canule par une canule plus grosse; un peu de sang ayant coulé dans la trachée pendant cette manœuvre, est rejeté avec quelques fausses membranes bien caractérisées. Peau assez chaude, pouls 88, assez vif et résistant; il n'y a dans le pharynx de fausses membranes que sur l'amygdale gauche.

Sinapismes, frictions sur tout le corps avec de l'eau-de-vie camphrée, bouillons.

24. Le reste de la journée d'hier a été signalé : 1° Par la suppression des mucosités liquides qui sortaient de la canule; 2° par le dessèchement de mucopus à la surface de la canule interne, qu'on avait soin cependant de nettoyer souvent; la malade était plus oppressée; 3° par l'apparition d'un bruit de drapeau, appréciable à distance, qui paraît se passer dans la trachée juste au dessous de la canule.

Vers deux heures de l'après-midi, point de côté à droite; la percussion donna un peu de matité, l'auscultation de l'affaiblissement du murmure vésiculaire en arrière, à la base, de ce côté. Huit ventouses scarifiées qui procurent un soulagement immédiat.

Le pouls a été petit et très-fréquent toute la journée d'hier; dans la nuit une grande quantité de fausses membranes a été rejetée, ce qui a procuré un grand soulagement; de plus il y a eu un grand nombre de selles liquides, jaunes.

Ce matin la malade est beaucoup mieux qu'hier soir. Quelques mucosités d'un jaune verdâtre sont expulsées outre les fausses membranes. Il n'y a plus de douleur à la poitrine. Respiration fréquente, moins pénible qu'hier, peau assez chaude; pouls 92. La malade boit du bouillon avec plaisir.

Soir. La malade s'est plaint d'une douleur au cou autour de la plaie qui est grise à sa surface; un gonflement adémateux autour de la plaie. Six sangsues.

Dans la nuit, oppression plus forte, respiration très-pénible et très-fréquente; pouls petit, dépressible, très-fréquent. On entend quelques râles sonores à gauche en arrière; à droite il y a un peu de matité, peut-être du souffle à la base. Sinapismes.

25. Ce matin la malade semble mieux; la figure est très-fatiguée, mais non cyanosée. Les pommettes sont d'un rouge vif, le reste de la figure pâle. La malade reste ordinairement assise sur son séant, elle dort en cette position quelques minutes; de fréquents accès de suffocation ne lui ont pas laissé de repos cette nuit. Encore plusieurs selles liquides. Pouls 108, petit. Respiration, 30, pénible, haletante. Avec l'écouvillon, M. Chassaignac retire de la trachée, à plusieurs reprises, des mucosités et des fausses membranes. La malade est mieux après cette opération.

Potion cordiale, bouillons, frictions avec une pommade au sulfate de quinine :

Sulfate de quinine. . . 1 gramme.

La suffocation augmente. A quatre heures, l'agonie commence, de l'écume blanche sort par la canule. Mort à six heures du soir.

Autopsie. — Pas de fausses membranes dans le pharynx; les replis arythéno-épiglottiques présentent à leur partie postérieure une induration blanchâtre, le larynx étant incisé par derrière, ainsi que la trachée et les bronches, on voit une fausse membrane continue depuis les ventricules du larynx jusque dans les bronches; à la base de l'épiglotte, il y a déjà quelques pellicules fibrineuses. Cette pseudo-membrane est épaisse, consistante, se sépare facilement de la muqueuse qui est très-injectée, d'un rouge foncé. On trouve de fausses membranes jusque dans les dernières divisions bronchiques.

Les poumons présentent dans un grand nombre de points un état œdémateux caractérisé par : 1° Un aspect gélatineux, couleur de sérum jaune-verdâtre; 2° l'absence d'air et de sang et la disparition des vésicules; 3° l'infiltration d'une grande quantité de liquide séreux, non aéré; 4° une densité supérieure à celle de l'eau; 5° une légère friabilité, mais non constante.

Les lobes moyen du poumon droit, supérieur du poumon gauche, ont leur tiers inférieur et antérieur complétement transformé en ce tissu gélatineux; mais il existe en bien d'autres points; seulement il est disséminé par plaques, par lobules au milieu d'un tissu à peu près sain.

A la partie inférieure et postérieure de la plèvre droite, infiltration de liquide dans des mailles fibrineuses; cet épanchement pleurétique circonscrit a aussi un aspect gélatineux.

Rien dans les autres viscères.

Nous avons vu aussi, avec les lésions du croup, coïncider celles de l'asphyxie.

Ainsi la surface tégumentaire externe présentait une teinte bleuâtre, qui prenait aux mains un aspect livide très-prononcé. Les poumons étaient imprégnés d'une grande quantité de sang noir suintant à la coupe et à la pression. Les cavités droites du cœur renfermaient également beaucoup de sang noir en partie liquide et en partie çoagulé.

Une fois seulement nous avons observé la gangrène du larynx. Les parties molles et cartilagineuses de cet organe étaient complétement détruites et remplacées par un putrilage noirâtre et infect.

Chez un sujet, dont l'affection n'avait pu être caractérisée pendant la vie, voici ce que nous avons constaté après la mort.

Nous avons reconnu l'existence d'une tumeur égalant en volume la moitié du poing d'un adulte et masquant la partie antérieure de la trachée au niveau et un peu au-dessous de sa bifurcation. Cette tumeur était composée de ganglions énormément hypertrophiés, très-durs, offrant à l'intérieur une coloration d'un gris jaunâtre. Un ganglion très-volumineux se trouvait encadré dans l'angle de bifurcation des deux bronches. La bronche droite était de toutes parts en contact avec d'autres ganglions hypertrophiés qui lui formaient un anneau complet; de telle sorte que la compression s'exerçait à la fois sur la trachée elle-même, un peu au-dessus de sa bifurcation, par la tumeur principale et sur la branche droite par l'anneau ganglionnaire qui l'entourait. Le nerf laryngé droit ne paraissait pas altéré dans sa texture au milieu de la masse hypertrophique qu'il traversait. Quelques granulations clairsemées existaient dans les poumons qui étaient le siége d'une congestion adémateuse. On constata de plus l'existence d'ulcérations sur la membrane muqueuse des cordes vocales. Les bronches étaient remplies d'une écume blanche et fine.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24, 36, 40, 45, 56, 64 et 65.)

Il est peu de praticiens qui n'aient pas eu l'occasion de rencontrer un trouble parfois fort sérieux des facultés intellectuelles chez des malades convalescents d'une fièvre typhoïde. Il est certain que beaucoup de *folies* transitoires ou même de très-longue durée ont cette origine. Ces faits vaguement entrevus par beaucoup d'auteurs, et par Esquirol (1) en particulier, ont été l'objet de quelques recherches plus récentes, parmi lesquelles je citerai un mémoire de M. Max. Simon (2) et une note de M. Sauvet (3) où se trouvent des observations confirmatives.

---

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 143.

(2) Mémoire sur la folie consécutive à la fièvre typhoïde; *Journal des connaiss. médic.-chir.*, 1844.

(3) Remarques sur le délire consécutif aux fièvres typhoïdes; *Annal. médic. psychol.*, t. VI, p. 223.

C. *Les grandes maladies épidémiques.* — Malgré le petit nombre de documents qui existent sur ce point de l'étiologie des névroses, je crois devoir le recommander à l'attention des médecins. Les individus qui échappent aux graves atteintes des affections épidémiques, de la suette et du choléra par exemple, lorsqu'ils ne sont pas soumis à une hygiène convenable, restent débilités souvent pendant de longues années et sujets à une multitude d'accidents nerveux. En 1849, dans un village des environs de Compiègne où la suette avait sévi avec intensité, les convalescents étaient tenus à une diète sévère, que semblaient autoriser des symptômes gastriques fort pénibles. J'eus l'occasion d'observer les formes les plus variées de l'*état nerveux* chez ces natures de paysans dont le système nerveux est, en général, si peu susceptible. Une bonne nourriture et l'usage d'une eau ferrugineuse naturelle de la contrée suffit, chez la plupart, pour amener la disparition de tous ces phénomènes. L'observation cinquante-quatrième tend à prouver que la suette peut aussi devenir cause de *paralysie.*

Le choléra donne peut-être lieu à un plus grand nombre de maladies nerveuses. Pendant l'épidémie de 1849, un homme entra fort gravement atteint dans le service de M. Piédagnel, à la Pitié, il guérit; mais pendant la convalescence, se manifesta une *paralysie* qui ne tarda pas à envahir les quatre membres, sans aucun symptôme du côté des centres nerveux. La défécation et l'émission des urines restèrent intactes; les muscles furent frappés d'atrophie. Il fut traité plus tard dans le service de M. Sandras, mais sans aucun succès, et dut solliciter son admission à Bicêtre. Dès lors je l'ai perdu de vue. Je vois fréquemment un homme de cinquante-cinq ans qui, depuis une atteinte de choléra, a toujours conservé, outre une disposition névropathique générale, un frémissement fibrillaire très-appréciable dans les muscles des jambes. M. Delasiauve a vu plusieurs cas d'*aliénation mentale* à la suite du choléra (1); et dans son *Traité de l'épilepsie* il rappelle que Pariset à Barcelone et Robert à Marseille ont observé des cas d'*épilepsie* après les fièvres pestilentielles; lui-même a raconté un fait semblable chez un individu guéri du choléra (2).

D. *Affections chroniques.* — Outre les affections aiguës, les affections chroniques peuvent aussi placer l'économie dans des conditions favorables au développement des névroses.

C'est ici le lieu de parler des opinions de M. Beau sur la *dyspepsie.* M. Beau fait à peu près jouer à la dyspepsie le rôle que Broussais attribuait à l'irritation gastrique; les faits sont les mêmes, l'interprétation seule diffère. Ce que M. Beau appelle dyspepsie, Broussais l'appelait gastrite; les troubles éloignés que Broussais rapportait à la sympathie, M. Beau les rattache au désordre de la nutrition. Mais, pour tous deux, l'affection gastrique est la source commune d'où naissent les mille formes variées des névroses et même les altérations organiques des divers tissus de l'économie; c'est le centre pathogénique dont il faut, avant tout, annuler l'influence. Or ici s'élève la question thérapeutique, et dès lors Broussais et M. Beau sont séparés par l'incommensurable distance qui sépare la gastrite chronique de la dyspepsie, et, pourrais-je dire, qui sépare le faux du vrai.

Quoi qu'il en soit des appréciations portées par ces deux pathologistes, il est manifeste qu'elles reposent au moins sur des faits bien observés. Dyspepsie ou gastrite chronique, on ne peut mettre en doute l'influence de certains états de l'estomac sur la production des névroses: aujourd'hui que la doctrine de Broussais, réduite à ses applications légitimes, a cessé d'exercer sur la médecine cet empire exclusif qu'elle avait usurpé, l'idée de dyspepsie l'emporte, et, je dois le dire, tout concourt à lui assigner une place importante dans l'étiologie des névroses; mais en reconnaissant l'exactitude des idées de M. Beau, on doit se garder d'accorder à la dyspepsie cette prédominance absolue contre laquelle s'élève l'observation, et dont l'habile médecin de l'hôpital Cochin répudie lui-même la pensée. Si beaucoup de névroses naissent de cette affection, certes un bien plus grand nombre encore ont une autre origine.

Nous verrons bientôt que, conformément aux principes de la médecine physiologique, certaines maladies nerveuses sont le retentissement sympathique de divers états morbides de l'estomac. Mais ce n'est pas ainsi que s'exerce l'influence de la dyspepsie. D'après M. Beau, parmi les conséquences les plus prochaines de ce trouble fonctionnel, il faut placer en première ligne la chlorose, l'anémie et l'hydroémie. Aussi, la prédisposition névropathique qui résulte de ces maladies est-elle considérée par lui comme l'une des manifestations secondaires de la dyspepsie. En un mot, pour l'auteur dont j'analyse ici les opinions, la filiation pathogénique constante est celle-ci : dyspepsie, chlorose ou anémie, névroses; le traitement doit être anti-dyspeptique.

Rien de moins contestable dans un grand nombre de cas, mais fort souvent aussi les termes de cette formule s'intervertissent de la manière suivante : chlorose ou anémie, dyspepsie et névroses; traitement anti-chlorotique. Et, pour ma part, je conçois telle circonstance où l'on pourrait écrire : névrose, dyspepsie, chlorose ou anémie, etc. (1). Or, c'est dans ces cas complexes qu'il faut au praticien un sens médical bien exercé pour faire luire quelque lumière dans ce chaos pathologique. Là se trouve le nœud de cette trame inextricable qui semble envelopper beaucoup de maladies nerveuses, et dont il faut démêler les fils avec patience, car nous serions impuissants à le trancher.

M. Beau, outre les symptômes positifs de l'affection gastrique, admet au rang de ses conséquences la paralysie, l'analgésie, l'anesthésie, la paralysie des sens ou leurs hallucinations, les névralgies, les convulsions diverses, l'hystérie, l'hypochondrie, l'aliénation mentale (2). J'ajouterai immédiatement que l'on trouve dans les auteurs anciens et modernes des documents propres à confirmer les assertions de M. Beau. On consultera surtout avec intérêt le remarquable chapitre sur la dyspepsie de Cullen (3), et les annotations de son traducteur Bosquillon. Pour ma part, en rappelant ici les restrictions que j'ai faites, je puis dire que des faits nombreux me portent à partager les idées de M. Beau.

Albuminurie.—L'albuminurie ne pourrait trouver place ici s'il fallait y voir toujours un résultat d'une affection organique des reins. Partant, en effet, de cette appréciation, tous les auteurs qui ont parlé des accidents nerveux dont elle s'accompagne ont considéré ces complications comme sympathiques de l'altération viscérale. Cette opinion peut exprimer la vérité dans un grand nombre de cas, mais je doute qu'elle la représente toujours. L'albuminurie de la grossesse, par exemple, qui cesse d'ordinaire après l'accouchement, ne paraît pas dériver d'une lésion anatomique des reins, malgré quelques autopsies contradictoires, et, d'autre part, ce trouble sécrétoire se rattache d'une manière à peu près constante à une diminution considérable de la quantité d'albumine contenue dans le sang, circonstance qui semble dominer la production de l'albuminurie, et rapprocher cette affection des états diathésiques que je viens de passer en revue.

M. Thomas Addisson (4) a désigné comme conséquence assez commune de la maladie de Bright certains accidents aigus, et, le plus souvent, mortels, caractérisés tantôt par de la *stupeur* ou par un *coma apoplectique*, d'autres fois par des *convulsions*. Les

(1) Leçons faites à Bicêtre; *Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 397-98.
(2) *Ibid.*, p. 242.

(1) Tel est le cas, par exemple, de certaines hypochondries sympathiques. L'état moral ne tarde pas à engendrer la dyspepsie et toutes ses conséquences.

(2) *Moniteur des Hôpitaux*, 1853, numéros 74, 81, 83, etc.; *Leçons sur la dyspepsie*, recueillies par M. Thibierge.

(3) *Loc. cit.*, t. II, p. 263.

(4) Des affections cérébrales qui dépendent d'une maladie des reins; *in Guy's hospital Reports*, analyse dans la *Gazette médicale*; Paris, 1839, p. 364.

mêmes observations ont été faites par le docteur Bright (1) qui, en outre, a vu dans six cas survenir des *crampes* et l'*épilepsie*. M. Cazeaux, comme on le sait, a constaté la présence de l'albumine dans les urines de toutes les femmes enceintes éclamptiques chez lesquelles il l'a recherchée, et ce fait est aujourd'hui parfaitement confirmé. Dans un mémoire, lu devant la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Cahen a récemment établi qu'il existe un rapport de cause à effet entre l'albuminurie et certaines *éclampsies* du jeune âge (2); enfin, M. Landouzy (3) a cherché à prouver que l'*amaurose* se rattache souvent à la même affection.

Ces quelques données, les seules que j'aie pu découvrir, me paraissent de nature à susciter de nouvelles investigations sur ce point.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'*Institut de Valence* (Espagne) a décerné les prix mis au concours pour 1855. Un seul prix a été accordé pour la question de médecine dont le sujet était : *Le Choléra asiatique*. Les trois autres questions sont remises au concours pour 1856.

Le mémoire couronné appartient au docteur Joulin Désiré, qui déjà l'année dernière a obtenu la médaille d'or proposée pour la question de chirurgie.

PROGRAMME DU CONCOURS DE 1856.

Question de Médecine. — Déterminer, au moyen des signes rationnels ou physiques, la présence du tubercule pulmonaire dans tous ses états, principalement dans la période de crudité; faire connaître les moyens thérapeutiques les plus propres à arrêter la marche et à prévenir les suites funestes de cette affection.

Question de Chirurgie. — La choroïde peut elle s'enflammer isolément? En cas d'affirmative, en décrire les symptômes, les lésions anatomiques, l'étiologie et le traitement. En cas de négative, exposer les altérations de la choroïde qui peuvent déterminer la cécité, et dire si le glaucome, qu'on observe chez certains aveugles, est le résultat de ces altérations.

Question de Pharmacie. — Décrire les procédés propres à faire distinguer les alcaloïdes connus, et à révéler leur mélange et leur falsification.

Question de sciences naturelles. — Admettant que les plantes qui appartiennent à une même famille possèdent des propriétés médicinales analogues, établir si ces propriétés sont dues à un même principe chimique; si leur production est liée à une phase particulière de la végétation; si les principes actifs des plantes ont une signification physiologique et peuvent servir de caractère botanique ; conclure, en démontrant la relation qui peut exister entre la similitude de composition, les caractères végéto-organiques et les propriétés médicales.

Deux prix sont proposés pour la solution de chacune de ces questions. L'Institut offre, pour le premier, une médaille d'or frappée au nom du lauréat, en outre le titre de membre de mérite de l'Institut; pour le second, le titre de membre de l'Institut

Les mémoires écrits en espagnol, latin, français, portugais, anglais ou italien, doivent être envoyés franco, dans les formes académiques, avant le 1er décembre 1855, au docteur Dom.-J.-M. Velazquez, secrétaire de la correspondance. *Calle de Caballeros*, n° 43, à Valence (Espagne).

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Alimentation.* — Dans une de ses dernières séances, la Société impériale d'agriculture a reçu de M. Boussingault communication d'une lettre que lui a adressée M. Mariano de Riveiro, consul du Pérou, sur quelques branches de l'agriculture du Pérou, et dont voici des extraits :

Le maïs et les papas (patata, pomme de terre) forment la principale nourriture des classes pauvres du Pérou. Elles font aussi usage du riz, du quinoa (*chenopodium*), du frijol (haricot), du garbanzo (pois chiche), du pallar (espèce de haricot), du yucca (jatropha), et du camote (une sorte de patate).

Les papas, le quinoa, l'orge, le maïs et le blé donnent, dans les plateaux, les pentes et les vallées de la Cordillera, des récoltes à peu de frais et très-abondantes.

Dans la haute cordilière des Andes, la végétation est presque nulle; aussi les habitants se dédommagent-ils du peu d'abondance des produits en s'appliquant à la conservation de ceux que le pays fournit. Plusieurs de ces semences sont susceptibles d'une longue conservation.

Le quinoa, agréable au goût, sain et nourrissant, reste inaltérable pendant des années. La *papa* (pomme de terre) et l'*ulluco*, qui est un tubercule plus petit, plus rond et plus aqueux, peuvent se garder intacts toute une année, si on les expse successivement au soleil et au froid.

La *maca*, qui appartient aussi aux papas, qui a la forme d'une figue et qui est très-douce, reste inaltérable quelques années, si on a soin de la garantir de l'humidité après lui avoir fait subir, pendant un certain nombre de jours, une exposition au soleil qui l'empêche de fermenter. On en fait une espèce de bouillie et de sirop d'une odeur peu agréable.

Les *ocas*, autre variété de papas, deviennent très-douces et très-farineuses par la dessiccation qu'on leur fait subir en les exposant à la gelée et à l'ardeur du soleil; mais elles n'ont pas au même degré la propriété de se conserver.

On obtient le *chuno* de deux variétés de papas.

Le noir, qui est le plus commun, se fait avec les papas que l'on mange dans le pays. Voici sa préparation. On expose les papas d'abord à la gelée, puis au soleil, pendant quelques jours, en ayant soin de les remuer. Ensuite, au bout d'un certain temps, lorsqu'elles sont amollies et froissées, on les foule pour en extraire le jus qui peut y être resté, et on les soumet de nouveau à l'action de la gelée pendant quelques jours.

Le chuno blanc est le produit des papas amères, qui viennent en abondance dans les départements de Tunin, Cusco et Punc. Pour le faire, on renouvelle quinze ou vingt fois l'opération de plonger dans l'eau, au soleil couchant, les papas mises dans un sac, et de les en retirer avant le lever du soleil. Il est essentiel de suivre ce procédé. Autrement, il suffit du moindre rayon de soleil pour noircir le chuno. Enfin, une fois cette opération terminée, on foule les papas, et, à l'aide de la gelée, on parvient à obtenir un beau chuno blanc qui est appelé *moray*.

L'indigène de la Cordilière, ainsi que le pauvre et l'esclave des *haciendas* (fermes) de la côte se nourrissent, le premier, avec du maïs, des papas et du quinoa; les deux autres, avec le frijol (haricot), le riz, les yuccas et le camote.

Les paysans de la côte font usage du maïs, soit grillé (*concha*), soit bouilli (*mote*), soit à l'état liquide (*chicha*). Il y a dans cette chicha, qui est une boisson du pays, une telle force de principes sains et nourrissants, que l'indigène peut en vivre pendant des jours et des mois sans aucune autre nourriture.

Il est toutefois à remarquer que les personnes qui boivent habituellement de la chicha finissent par acquérir une telle obésité (et particulièrement les femmes), qu'il y en a qui ne peuvent plus marcher par suite de l'ampleur extraordinaire que prennent le haut du corps et le ventre, tandis que les jambes s'amincissent au point de rendre la démarche très-difficile.

La manière de faire les salaisons, appelées dans le pays *chalonas* et *charqui*, se réduit aux procédés suivants :

Pour les chalonas, après avoir enlevé aux moutons les entrailles, le suif, la tête et les pieds, on en lave l'intérieur, et aussitôt qu'on les a salés, ayant soin d'en percer les parties le plus charnues, on les laisse subir l'action du soleil et l'influence de la gelée pendant plus ou moins de temps, mais avec la précaution de les presser, dans le but de leur ôter tout le sang aqueux. Lorsqu'ils sont déjà secs, on les met, à raison de cinq ou six par *tercio* (charge divisée en deux), sous de la paille et liés avec un cuir mince. C'est ainsi qu'on les exporte.

Le charqui se fait avec la viande de vache qu'on coupe en tranches minces, et qu'on expose au soleil et à la gelée, une fois qu'elle est salée. Cette exposition se prolonge jusqu'à ce que la viande soit sèche.

Dans la même séance, M. Moll a dit qu'on a essayé le quinoa en Allemagne, mais que ces essais n'ont pas eu de succès. On l'a trouvé peu agréable.

M. Pépin a ajouté que le quinoa du Pérou s'élève jusqu'à 3 et 4 mètres. Il fleurit rarement sous le climat de Paris; il lui faut un été très-

(1) Observations et réflexions sur la maladie des reins qui accompagne l'urine albumineuse; analyse, *Gazette médicale*; Paris, 1840; p. 410.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1853, p. 503.

(3) De la coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse; *Gazette médicale*, 1849, p. 813.

chaud. On a essayé la culture d'une autre espèce, le quinoa blanc, qui exige moins de chaleur et arrive mieux à maturité.

M. Payen a dit que ce quinoa n'est pas non plus très-agréable à manger, à raison d'une amertume particulière. Il a ajouté que cette plante est remarquable en ce que sa fécule est très-petite; ses plus gros grains n'ont que deux millièmes de millimètre de diamètre, tandis que les gros grains de la fécule de pomme de terre ont de 140 à 185 millièmes de millimètre. M. Payen a donné ensuite des détails sur les effets de la préparation des pommes de terre par la congélation.

Sous l'influence de la gelée, les sucs qui forment les trois quarts de son poids, en se solidifiant, augmentent de volume. Les cellules, de polyédriques, deviennent sphéroïdales; il en résulte que les adhérences entre elles sont en partie détruites, et que leurs parois, devenues perméables, laissent passer les liquides au dégel; qu'en les pressant alors on en fait sortir beaucoup de jus, et que la dessiccation s'opère assez facilement jusqu'au centre des tubercules.

— *Société impériale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse.* — Le 13 mai a eu lieu la séance publique annuelle. Etaient présents au bureau : MM. Cailhassou, maire de Toulouse, et Vallès, adjoint; Fourquet, président, qui a ouvert la séance par un discours sur les trois branches de l'art de guérir.

M. Augustin Dassier, secrétaire général, a fait le résumé des travaux de l'année et l'éloge de Charles de Viguerie.

M. le docteur Filhol a proclamé les prix et les noms des lauréats; trois médailles d'or ont été décernées à MM. O. Henri, Chevallier fils et Meurein (Victor), de Lille. Une mention honorable à M. Ruspini (Jean), de Bergame; — des médailles d'argent ont été accordées à MM. Houlès, de Sorèze; Milon, de Revel; Giscaro, de Toulouse. Des mentions honorables à MM. Martin Duclaux, de Saint-Julia; Nolé, de Cintegabelle; Guitart, de Toulouse; — des remercîments à MM. Marty, de Castelnaudary; Séré, de Muret; Duclos (Henri), de Rouen.

— M. le docteur Roux commencera son cours public *sur l'art des embaumements*, le lundi 4 juin, à sept heures du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure, dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, n° 8.

Notre confrère mettra sous les yeux de ses auditeurs les pièces anatomiques qui doivent figurer à l'Exposition.

— Par décrets en date du 30 mai 1855, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Rennes et de Nantes, ont été réorganisées ainsi qu'il suit :

1° Anatomie et physiologie;
2° Pathologie externe et médecine opératoire;
3° Clinique externe;
4° Pathologie interne;
5° Clinique interne;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants;
7° Matière médicale et thérapeutique;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints, dans lesdites écoles, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique externe;
A la chaire de clinique interne;
A la chaire d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements;
A la chaire d'anatomie et de physiologie;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie, et toxicologie.

Il est également attaché aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Rennes et de Nantes :

Un chef des travaux anatomiques;
Un prosecteur;
Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

—Des expériences curieuses d'anesthésie des abeilles par un procédé nouveau, au moyen du gaz azote, ont lieu en ce moment, avenue Montaigne, dans le voisinage de l'Exposition universelle. La méthode employée par M. de Beauvoys, qui pratique ces expériences, est des plus simples : elle consiste à faire brûler de l'étoupe imprégnée d'une certaine quantité de sel de nitre ou azotate de potasse. La filasse est placée dans un enfumoir, dont l'une des extrémités pénètre dans la ruche, où l'on dirige la fumée à l'aide d'un soufflet. Dès le début de l'opération, les abeilles font entendre un fort bruissement, qui va en s'affaiblissant et bientôt cesse complétement.

Toutes les mouches sont alors tombées au fond de la ruche; à peine quelques mouvements presque imperceptibles indiquent-ils que la vie ne les a point complétement abandonnées. La durée de leur assoupissement est d'une demi-heure environ.

Ce procédé d'anesthésie paraît offrir de grandes facilités pour former les essaims, pour les marier sans danger, comme aussi pour tailler les rayons sans que les abeilles s'en aperçoivent. Des expériences de ce genre ont été répétées jusqu'à vingt fois par jour sur la même ruche, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient pour les abeilles.

— M. le docteur Jacob, pharmacien major en retraite, et l'un des rédacteurs du *Recueil de Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires,* vient de mourir à Paris.

— M. John Cowper, professeur de matière médicale à l'Université de Glascow, vient de mourir dans cette ville.

Pour toutes les variétés . H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le Dr Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8°. — Au bureau du Journal. — Prix : 1 fr. 50.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du Journal.

*Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le Dr IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — Sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament. — Au bureau du Journal; prix : 25 centimes, et 40 cent. par la poste.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de *l'huile* et du *sirop de proto-iodure de fer.* A Paris chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix, 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX, recevront gratuitement cet ouvrage.

Traité des hydropisies, par M. ABEILLE, médecin en chef de l'hôpital du Roule. — 1 vol. in-8. — Au bureau du Journal.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le Dr Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le Dr Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le Dr Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr. — Au bureau du Journal.

Physique médicale. — De la chaleur produite par les êtres vivants.

Par J. Gavarret, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — 1 volume grand in-18 de IV-460 pages, avec 41 figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — Librairie de Victor Masson, 17, place de l'Ecole-de Médecine.

Recherches bibliographiques et recueil d'observations cliniques pour servir à l'étude des indications et des contre-indications des eaux minéro-thermales de Bagnols-de-l'Orne. Par M. le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Broch. in-8. —Prix : 25 cent. par la poste. — Au bureau du journal.

Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales de France, de Belgique, d'Allemagne, de Suisse, de Savoie, d'Italie, et aux bains de mer; suivi de considérations générales sur le traitement hydrothérapique. Par le docteur Constantin James. — Troisième édition avec une carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes gravées sur acier et imprimées sur chine, représentant les principaux établissements thermaux. 1 fort volume in-18. Paris, 1855. — Prix : broché, 7 fr., et cartonné, 8 fr. 50 c. — Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 67. 3e ANNÉE. Lundi 4 Juin 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

SOMMAIRE. — Littérature médicale allemande. Etudes psico-physiques sur le crétinisme ; par M. SCHNEPF. — CLINIQUE DES HOPITAUX. Note sur trois opérations de lithotricie pratiquées au moyen du brise pierre pulvérisateur de M. Guillon ; par M. DELORE. — Appareil instrumental pour la réduction des fractures et des luxations, et l'extention prolongée ; par M. FOUCAULT. HYGIENE.

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Etudes psycho-physiques sur le crétinisme.

Par le docteur B. SCHNEPF.

Les auteurs des siècles passés ont confondu sous les noms de *anoia*, *morosis*, *amentia*, *fatuitas*, *dementia*, etc., plusieurs états morbides distincts, quoique n'étant caractérisés que par l'affaiblissement ou l'anéantissement des facultés intellectuelles; c'est seulement Esquirol qui a distingué dans ces formes l'état congénital qu'il a décrit, avec une rare précision, sous le nom d'idiotie, réservant le nom de démence à la perte de l'intelligence survenue postérieurement à la naissance. « L'homme en démence, dit-il (1), est privé des biens dont il jouissait autrefois; c'est un riche devenu pauvre; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. » Mais on réunissait ainsi dans une seule classe et l'on y confondait les idiots et les crétins, ce que l'on fait d'ailleurs encore aujourd'hui; on donne au même individu l'une et l'autre dénomination ; cependant il est possible de saisir des caractères distinctifs, empruntés à la nature physique et psychique des uns et des autres, permettant de séparer les crétins des idiots, non pas seulement comme une variété du même genre, mais comme une classe d'individus à part. Les premières tentatives faites dans cette voie sont d'un médecin de la cour de Vienne, de Wolfg. Höfer, qui a étudié les crétins dans les Alpes styriennes, et qui a consigné ses observations dans un ouvrage qui a pour titre : « *Hercules medicus s. loci communes.* Norib., 1675. » Cet auteur, confondant les effets avec les causes, pensait que le crétinisme était dû à la vie oisive et paresseuse des habitants de certaines vallées de la Styrie ; il ne s'est d'ailleurs occupé que de l'état extérieur de ces être dégradés. Un intervalle de temps de près d'un siècle sépare les recherches de Höfer de celles entreprises vers la fin du dix-huitième siècle seulement, par Haller, Malacarne, Ackermann, de Saussure, Fodéré, Iphofen et Haindorf. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a appliqué à l'étude du crétinisme les connaissances acquises en physiologie, en anatomie pathologique, en thérapeutique et en psychologie même; des travaux consciencieux ont été entrepris par des médecins de tous les pays, par Rösch, Stahl, Virchow, etc., en Allemagne; par Guggenbühl, Troxler, etc., en Suisse; par MM. Ferrus, Cerise, Baillarger, Grange, etc., en France; par la commission sarde, etc., etc. Mais l'étude comparative que nous nous proposons de faire en ce moment se borne aux ouvrages les plus récents publiés en Allemagne sur le crétinisme; notre

(1) *Des maladies mentales*, t. II, p. 285.

FEUILLETON.

De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement.

Par M. le docteur A. FOUCART.

(Paris, 1854; 1 vol. in-8°. Chez Labé.)

La suette miliaire est une des maladies qui apparaissent à peu près exclusivement sous forme épidémique, et s'attaquent de préférence à certains lieux ; les dénominations anciennes et vulgaires de *suette anglaise* et de *suette des Picards* consacrent en quelque sorte ce dernier caractère. Ce fut, en effet, en Angleterre que parut d'abord cette maladie, où elle se montra plus fréquemment que dans tout autre pays dès la fin du XVe siècle et pendant la première moitié du XVIe ; elle paraît l'avoir abandonnée de nos jours. Ce n'est que beaucoup plus tard, au XVIIIe siècle, qu'elle envahit positivement la France avec une puissance de récidive qui ne paraît pas près de s'éteindre. Elle eut aussi dès l'origine, et conserve encore une prédilection marquée pour l'ancienne province de Picardie. C'est sur cette terre classique que M. Foucart a observé l'épidémie de suette miliaire dont la relation intéressante est consignée dans l'ouvrage que nous analysons. Cette relation, présentée sous la forme didactique, et comparée aux descriptions les plus exactes des épidémies antérieures, forme un traité complet et essentiellement pratique de la maladie. Je me hâte de dire, en effet, que si l'auteur a pu ajouter aux connaissances scientifiques apportées par ses devanciers, il lui était réservé d'établir, d'une manière plus nette, plus précise, les véritables indications thérapeutiques et de trouver la formule pour ainsi dire invariable d'un traitement qui, appliqué à quatorze cent cinquante-cinq malades, ne compte pas un seul insuccès.

La suette est une maladie dont la physionomie varie peu, et les descriptions nombreuses qui en ont été données depuis le commencement de ce siècle concordent parfaitement entre elles. C'est, du reste, un caractère qu'elle partage avec les maladies qui règnent épidémiquement, et qui devient surtout manifeste dans celles qui peuvent aussi se produire sous la forme sporadique. En effet, dans la première de ces conditions, les symptômes de la maladie sont plus franchement indiqués et ne reçoivent qu'une faible influence des dispositions individuelles. Le sexe, l'âge, la constitution, le tempérament, sont, pour ainsi dire, égaux devant la loi épidémique. Aussi ignorons-nous à peu près complètement pourquoi un individu est affecté, tandis qu'un autre placé en apparence dans les mêmes conditions est épargné. Il est plus pénible d'avouer que nous ne soupçonnons même pas pourquoi certaines contrées ont le funeste privilége d'être affectées de la suette. On discutera probablement longtemps encore pour savoir si la maladie est

but est de préciser l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet et d'indiquer les données acquises ainsi que les doutes qui sont à dissiper.

Parmi les plus importants de ces travaux allemands, à peu près inconnus complétement en France, nous citerons les suivants :

1° « Beobachtungen über der Cretinismus : Observations sur le crétinisme, » par le docteur Karl Rösch; 1 heft, 1850; — 2 heft, 1851; — 3 heft, 1852.

L'auteur a fondé ce recueil trois ans après son installation comme directeur de l'asile de Mariaberg, consacré au traitement et à l'éducation des idiots et des crétins. Dans le premier cahier, Rösch fait un appel à tous ceux qui, par leur position, sont à même de recueillir des observations; il les invite à lui en faire part et à le seconder dans son entreprise Il commence par la description de l'asile, traite du crétinisme en général, en s'appuyant sur les cas particuliers réunis à Mariaberg, et il termine par un court historique de chacun de ces cas.

Le deuxième cahier contient un article du docteur Troxler, professeur de philosophie à l'université de Berne, sous le titre de « Rapsodies sur le crétinisme : Rhapsodien über Cretinismus und damit verwandte Uebel. » Un autre du docteur Erlenmeyer, directeur de l'asile de Bendorf, se rapportant à des recherches chimico-microscopiques sur le sang, les fèces et l'urine des idiots : « Mikroskopisch chemische Untersuchungen des Blutes, Stuhls und Horns schwachsinniger Kinder. » Un troisième sur l'anatomie pathologique du crétinisme. Un quatrième, de Rösch, sur les maladies physiques de l'enfance : « Ueber die Irrsein im Kindlichen Alter und dessen zusammenhaug mit der Cretinismus. »

Le troisième cahier renferme un historique sur l'extension du crétinisme en Suisse, avant 1840, par le docteur Meyer-Ahrens, de Zurich; des considérations sur le développement du crétinisme dans les vallées de Chamounix et d'Aoste, par le docteur F. K. Stahl, suivies d'une appréciation de Rösch; un rapport sur l'asile de Mariaberg, par le même, termine les travaux originaux de ce cahier (1)

2° « Neue Beiträge zur Physiognomik und pathologischen Anatomie der Idiotia endemica (genannt Cretinismus) : Nouvelles recherches sur la physiognomie et l'anatomie pathologique du crétinisme. » par le docteur F. K. Stahl. Erlangen, 1848 et 1851. Ce travail a remporté un prix Monthyon à l'Académie des sciences de Paris. Nous y puiserons quelques données sur l'anatomie pathologique des crétins.

3° « Ueber die Verbreitung des Cretinismus in Unter-Franken : Du développement du crétinisme en Franconie, » par Rud. Virchow, in Verhandlg. der physical-medicin-Gesellschaft in Würzburg. Bd. II und III, 1852. Le professeur Virchow a étudié le crétinisme dans l'ancienne Franconie, et a exposé le résultat de ses observations devant la société physico-médicale de Würzbourg.

4° « Die Heilung und Vorhütung des Cretinismus : De la guérison et de la prophylaxie du crétinisme, » par le docteur J. Guggenbühl. Berne, 1853. Ainsi que le titre de cet ouvrage l'indique, il ne s'y agit que de la curabilité, de l'éducabilité des crétins; l'auteur y donne également quelques préceptes de prophylaxie. C'est lui qui, au moyen de secours pécuniaires recueillis en Allemagne et surtout en Angleterre, a fondé, au milieu des neiges de la Suisse, sur le sommet de l'Abendberg, un des premiers établissements particuliers pour les idiots et les crétins

5° « Der Cretin vor Gerichte : Le crétin devant la loi, » par Aug. Krauss-Tübingen, 1853. C'est à l'occasion du jugement rendu contre un crétin qui a tué son père, sa mère et une de ses sœurs, que ce livre a été composé, dans le but d'apprécier les différentes dispositions de l'âme des crétins, relativement aux actions imputables et non imputables suivant la loi. L'auteur y présente le crétin dans ses rapports avec la société; il passe surtout en revue les dispositions intellectuelles et morales des crétins.

6° « Ueber das Wesen, die Entstehungs-anl., Verhütung und Heilung des Cretinismus : De la nature, de la prophylaxie et du traitement du crétinisme, » par le docteur Knolz, in deutsch. Zeitsch. f. d. Staats. I Bd. 3, H. 1853.

Nous nous proposons, en nous appuyant sur les ouvrages cités ci-dessus, d'établir la ligne de démarcation entre l'idiot et le crétin; à cet effet nous examinerons les analogies et les différences au point de vue de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, des symptômes, du traitement et de la législation. Le diagnostic du crétinisme et sa définition découleront de ces chapitres. Notre tâche serait dignement remplie si nous parvenions à fixer le sens véritable des noms génériques d'idiotie et de crétinisme appliqués encore indistinctement, par un grand nombre d'auteurs, à un même état morbide.

(1) Il est à regretter que cette publication, toute spéciale et unique dans ce genre, soit suspendue, surtout en ce moment où des institutions se fondent, dans tous les pays voisins, pour élever et éduquer les idiots et les crétins.

---

contagieuse ou infectieuse. Tout est à faire sur l'étiologie de cette maladie, et, hélas ! de la plupart des maladies endémiques et épidémiques. Le problème a été résolu d'une manière satisfaisante pour la fièvre intermittente et certaines maladies congénères; mais que sait-on sur le plus grand nombre des autres ?

Pour bien apprécier la portée de la réforme introduite par M. Foucart dans le traitement de la suette miliaire, il convient de signaler les principaux symptômes de cette maladie et l'époque de leur apparition, leur mode de succession, leur durée; cette tâche sera facile avec les éléments si précis consignés dans son ouvrage.

La suette miliaire se déclare ordinairement au milieu de la santé la plus parfaite. Cependant, deux fois sur cinq, selon la remarque de M. Foucart, elle aurait des prodromes analogues à ceux des maladies éruptives ou septiques, céphalalgie, étourdissements, courbature, douleur lombaire, nausées, inappétence, malaise épigastrique. Mais ces phénomènes sont rarement réunis chez le même malade, et ont généralement peu d'intensité.

Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas eu de phénomènes précurseurs, le début de la maladie (deuxième période, *invasion*) se manifeste presque toujours, quatre fois sur cinq, dans la nuit, par des sueurs abondantes, tellement abondantes qu'elles peuvent traverser les draps, les couvertures, et pénétrer les matelas du lit où repose le malade. En même temps, la peau est chaude, le pouls légèrement fébrile,

A ces symptômes, il faut ajouter les suivants, dont l'ensemble constitue, pour M. Foucart, une troisième période, période d'*état :* diminution de l'urine, constipation, langue saburrale, anorexie, sensation *constante caractéristique* de malaise, de gêne épigastrique, d'oppression sous-sternale; dans certains cas, sentiment de constriction pharyngienne, véritable strangulation qui inspire beaucoup d'effroi aux malades; exceptionnellement délire, coloration légèrement jaune du visage.

Cette période est la plus dangereuse, à ce point que l'on peut regarder comme sauvés ceux qui atteignent la période suivante, dite d'*éruption.*

Celle-ci commence à la fin du troisième jour ou au commencement du quatrième, presque toujours aussi la nuit, comme l'avaient déjà noté MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy. La peau devient le siége d'un fourmillement, d'un picotement général; en même temps exacerbation de la plupart des symptômes précédents, puis éruption de vésicules qui donnent à la maladie l'un de ses noms, vésicules miliaires qui paraissent successivement sur les côtés du cou, à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, aux avant-bras et aux bras, aux cuisses, aux jambes, au dos et au ventre. Elle manque à la face, à la paume des mains et à la plante des pieds. A partir du moment où cette éruption, vraiment critique, est complète, les sueurs cessent ou à peu près; le mouvement fébrile, le malaise épigastrique, la constric-

§ I. *Anatomie pathologique du crétinisme.*

Quoique l'anatomisme pur ne puisse jamais prétendre pouvoir démontrer les désordres psychiques, par les lésions de la matière, il est néanmoins de la plus haute importance de connaître l'état des organes mis à la disposition des facultés de l'âme, dans leurs fonctions variées, physiologiques et pathologiques. C'est de l'intégrité des instruments que dépend évidemment la précision d'harmonie des phénomènes de la vie. Mais pour comprendre la dualité de l'homme, il n'est pas nécessaire de savoir comment elle a lieu et pourquoi elle existe. Aussi le scalpel ne découvrira-t-il chez le crétin que des lésions de l'organisme, des anomalies physiques, coïncidant avec la dégradation ou l'anéantissement de ses facultés psychiques, mais ne l'expliquant pas.

Nous examinerons d'abord la tête, le système nerveux cérébro-rachidien et les sens, puis les appareils destinés à la conservation de l'individu, et ceux qui président à la reproduction de l'espèce.

L'observation des faits a prouvé que les théories fondées par Gall, sur le développement plus ou moins prononcé des saillies et des dépressions du crâne, n'étaient rien moins qu'exactes; il existe cependant, il faut l'admettre, une relation entre le cerveau et la boîte crânienne, la même qui existe entre le contenu et le contenant. Les lois de la physique nous autorisent à le proclamer; mais rien ne nous apprend qu'à telle éminence correspond telle faculté de l'âme (1).

Ce qui frappe les premiers observateurs, Malacarne, Ackermann et Iphofen, c'est l'aplatissement, dans le sens vertical, du crâne des crétins, l'agrandissement des diamètres latéraux et obliques et le raccourcissement du diamètre antero-postérieur; ce qui résulte surtout de la disposition de la courbure de l'occipital et de sa direction verticale. Ainsi se trouve rétréci l'espace qui loge le cervelet. Prochaska et Höfer citent chacun un cas de ce genre. Stahl, sur dix-huit crânes ayant appartenu à des crétins dont il rapporte en même temps l'observation ou dont il cite les détails d'après d'autres observateurs, n'a rencontré que deux fois l'effacement des fosses et bosses occipitales, tandis qu'il cite trois cas dans lesquels la profondeur des fosses et la saillie des bosses occipitales sont plus prononcées. F. Betz (in Beobachtung über der Cretinismus, 1851), a constaté la même anomalie chez une crétine de soixante-neuf ans.

(1) Dans un travail tout récent : *Des aberrations du sentiment*, Paris, 1855, nous avons démontré, par une statistique rigoureuse, le peu de valeur de la présence ou de l'absence des bosses, p. 39.

L'os frontal chez les crétins est le plus souvent bas et fuyant en arrière, Iphofen l'a signalé le premier; Höfer l'a constaté également sur le crâne d'un crétin de quarante ans. Il y aurait, selon Stahl, un moyen d'apprécier le degré de dégradation par la petitesse et l'étroitesse du front. L'os frontal est d'autant plus bas qu'il est plus fuyant en arrière, comme cela s'est présenté à lui dans trois cas; l'étroitesse dépendait, dans un cas, du rapprochement des bosses frontales.

Carus a fait remarquer la prédominance de la vertèbre crânienne moyenne correspondant aux pariétaux, relativement au développement de la frontale et de l'occipitale, chez les enfants qui, au moment de la naissance, sont prédisposés au crétinisme; le diamètre transverse du crâne se trouve aussi sensiblement augmenté. C'est ce que Stahl a rencontré chez un certain nombre de crétins. Mais les os pariétaux, chez ces êtres dégradés, présentent surtout, au-dessous et en arrière des bosses, plus ou moins proéminentes, un aplatissement qui s'étend vers l'occipital et que les auteurs allemands appellent empreinte crétine. Le mémoire sur l'*Idiotia endemica* contient quatre observations dans lesquelles cette dépression crétine est notée; l'une est empruntée à Iphofen, le crâne qui en fait le sujet est déposé au musée de Zurich; une autre est du professeur Valentin, une troisième est au musée anatomo pathologique de Vienne; et la quatrième appartient à Stahl lui-même.

Il n'est pas rare de trouver chez les crétins, au-delà de la vingtième année, l'os ou l'apophyse basilaire, non encore soudée au sphénoïde, conserver des directions plus ou moins vicieuses; cette particularité a déjà été signalée par Malacarne. Les saillies et les éminences normales qui se développent après la naissance, peuvent rester à l'état fœtal. C'est ainsi que Stahl décrit des crânes arrondis par suite de l'absence des bosses pariétales et de l'existence d'éminences temporales. Il a remarqué chez deux crétins l'aplatissement des régions mastoïdiennes.

La forme et le volume du crâne sont une conséquence des moyens d'union des différents os qui le composent. Les sutures peuvent être incomplètes comme chez le fœtus. Stahl a trouvé les fontanelles persistant sur le crâne d'un enfant de cinq ans et sur celui d'un crétin de cinquante ans; les deux moitiés du frontal n'étaient pas soudées chez deux crétins dont l'un était âgé de vingt-huit et l'autre de cinquante-quatre ans. Le plus souvent la nature, impuissante dans le développement

---

tion pharyngienne et tous les phénomènes nerveux diminuent rapidement. Sa durée est de quarante-huit heures.

Vers le sixième jour commence la desquammation, tantôt furfuracée comme celle de la rougeole, tantôt foliacée comme celle de la scarlatine, et le malade entre presque brusquement en convalescence.

Tel est le tableau succinct d'une maladie dont les fréquentes apparitions dans plusieurs contrées de la France ont laissé derrière elles tant de victimes. C'est l'une de ces épidémies que M. Foucart a été appelé à observer et à combattre au mois de mai 1849 dans les départements de la Somme et de l'Aisne, et peu après dans celui de l'Oise. Or, nous l'avons déjà dit, il a eu ce rare bonheur de ne pas perdre un seul des malades confiés à ses soins, et le traitement auquel il a dû ce prodigieux résultat est lui-même d'une extrême simplicité. Il consiste dans :

a L'emploi de couvertures légères ;

b Les boissons froides, en très-petite quantité à la fois et très-souvent répétées;

c Les vomitifs, administrés et comme évacuants des premières voies et comme agents perturbateurs de l'économie (l'ipécacuanha est le seul qui doive être employé en cette circonstance) ;

d Les purgatifs salins destinés à combattre la constipation, constante dans cette affection ;

e Les révulsifs cutanés, et principalement le sinapisme épigastrique et sus-sternal dans les cas de suffocation;

f Une diète sévère pendant la maladie; une alimentation légère et exclusivement liquide pendant les premiers jours de la convalescence.

L'ipécacuanha est vraiment le moyen héroïque dans le traitement de M. Foucart. Il le donne dès le début de la maladie, dans les cas légers comme dans les cas graves, ces derniers commençant souvent comme les premiers et, à plus forte raison, toutes les fois que se sont déjà manifestés des accidents nerveux d'une certaine intensité, tels que suffocation, délire, etc. La dose est de 1 gramme et demi à 2 grammes, en une seule fois, dans quelques cuillerées d'eau tiède. Bien que motivé par l'embarras gastrique constant dans la suette, les effets du vomitif ne se bornent pas à faire cesser l'anxiété épigastrique; ils ont aussi pour résultat de hâter le développement de l'éruption, d'abréger singulièrement la durée de la maladie, et de faire cesser ou d'empêcher la manifestation des symptômes nerveux, auxquels revient une grande part dans la mortalité des malades abandonnés à eux-mêmes, ou traités par d'autres méthodes. On est d'autant plus disposé à accepter sans prévention les impressions enthousiastes de l'auteur sur la valeur de ce médicament que l'idée mère ne lui en appartient pas. Il l'a reçue de M. J. Guérin. « C'est, dit-il avec une franchise digne d'être plus souvent imitée dans notre art, à un conseil de ce savant confrère que j'ai dû de pouvoir employer tout d'abord, avec une hardiesse que je n'aurais probablement acquise qu'au bout de quelques jours, le précieux

physique régulier, comble les sutures fibreuses par des os wormiens, surtout dans la suture lambdoïde. Il serait, selon quelques auteurs, très-rare de trouver une ossification prématurée (la soudure des os du crâne entre eux); Stahl n'a pu recueillir qu'un cas.

Le professeur Virchow a cependant pu confirmer, dans ses recherches les plus récentes, l'opinion qu'il avait émise, déjà antérieurement, relativement à l'existence des sutures prématurées des os du crâne ou synostoses, chez les crétins. Il les a même rencontrées sur des crânes d'apparence normale; c'est à l'aide de ces synostoses variées qu'il a pu expliquer et classer les types principaux qu'on rencontre chez les crétins. Nous trouvons aussi dans l'*Idiotia endemica* la description d'un crâne du musée d'Iphofen, remarquable par son excès d'ossification; les os temporaux et les petites ailes des sphénoïdes sont d'une épaisseur telle que les fosses temporales en sont considérablement rétrécies. Il y a des hyperostoses du crâne plus marquées encore; témoin celle du crâne du cabinet anatomique de Prague qui, sans le maxillaire inferieur, pèse plus de dix livres. Il a appartenu à une fille atteinte d'idiotie acquise.

L'arrêt de développement physique chez les crétins est surtout évident lorsqu'on constate la persistance de l'os intermaxillaire qui d'ordinaire n'existe que dans une période avancée de la vie fœtale. Nous en trouvons deux exemples dans l'*Idiotia endemica*; l'un d'eux surtout mérite d'être rappelé d'une manière plus particulière à cause du double phénomène de l'existence d'un os intermaxillaire et de l'ossification imparfaite des clavicules; elles présentaient dans leur contiguïté une articulation symétrique.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Barrier.

Note sur trois opérations de lithotritie pratiquées au moyen du brise-pierre pulvérisateur de M. le docteur Guillon.

(*Note présentée à l'Académie de médecine.*)

Depuis l'origine de la lithrotitie, les chirurgiens ont fait subir de nombreuses modifications aux instruments destinés à pratiquer cette opération. Le but de tous leurs efforts était d'obtenir une rapidité et une sécurité plus grandes pour épargner aux malades des souffrances et des dangers qu'il était souvent impossible d'éviter malgré les plus grandes précautions. Aujourd'hui l'art de broyer la pierre s'est perfectionné, et nous sommes loin des premières inventions, mais l'espace qui nous en sépare n'a été que lentement parcouru, et si nous sommes arrivés à opérer dans une cavité profonde des manœuvres sûres et rapides, ce n'a été qu'au prix de longues et pénibles tentatives.

La lithotritie fut inaugurée avec des instruments droits, peu de temps après que M. Amussat eut démontré de nouveau qu'une sonde rectiligne pouvait être introduite dans la vessie. Quoique les pinces à trois branches, entre les mains de leurs habiles inventeurs, aient rendu d'éminents services et qu'elles soient parvenues à un haut degré de perfectionnement, elles furent détrônées par les instruments courbes et réservées pour les cas exceptionnels.

L'idée si simple des instruments courbes ne se fit jour qu'à grand'peine; elle était cependant un grand progrès, et c'est à son application que la lithotritie doit d'être aussi généralement répandue.

Dès 1829, on voit Pravaz présenter à l'Académie des sciences des instruments courbes dont l'imperfection devait empêcher la réussite. Plus tard vinrent l'instrument de Jacobson et le percuteur de M. Heurteloup. C'est incontestablement à ce dernier chirurgien que revient l'honneur d'avoir rendu applicable une méthode restée jusqu'à lui dans le domaine de la spéculation. Mais M. Heurteloup eut le tort de faire de la percussion une méthode générale; son instrument pouvait recevoir d'autres applications dont on ne tarda pas à profiter.

La percussion a, en effet, plus d'un inconvénient, elle exige un appareil instrumental compliqué et ne donne pas toujours toute la sécurité désirable, aussi le bon sens des praticiens la fit réserver pour les pierres dures et volumineuses, pour les cas rares où la pression est insuffisante.

Celle-ci est aujourd'hui généralement préférée; on la produit au moyen de divers systèmes inventés avec plus ou moins de bonheur; les plus usités sont l'écrou brisé et le pignon. Enfin, M. Guillon, dans son brise-pierre pulvérisateur, a réalisé un important progrès en rendant la pression facile et très-rapide, au moyen d'un levier très-ingénieux bien plus puissant que l'écrou brisé, le pignon et le volant de M. Ségalas; ce levier se trouve fixé dans l'armature de l'instrument lui-même.

Les lithotriteurs avaient reconnu que la cuvette de la branche femelle s'engorgeait facilement, alors pour parer à cet in-

médicament qui nous a rendu tant de services dans l'épidémie de 1849.» Si M. J. Guérin a le mérite de l'idée, M. Foucart a celui de l'application fécondante, et pour l'apprécier à sa juste valeur, il faut voir dans son ouvrage ce qu'il eut à vaincre de préjugés, d'obstacles et de mauvais vouloir, ce qu'il lui fallut d'énergie pour faire triompher la doctrine et le traitement. *Tantæ molis erat...*

Les purgatifs tiennent le second rang, et la constipation, constante dans la suette miliaire, les indique d'une manière plus précise que les vomitifs; leur emploi doit suivre celui de l'ipécacuanha. Ceux que M. Foucart préfère sont le sulfate de soude ou de magnésie, l'eau de Sedlitz. On peut, dans les cas où l'on aurait de la peine à se les procurer, leur substituer, au moins temporairement, un lavement additionné d'une cuillerée (environ 15 grammes) de sel gris. L'action des purgatifs paraît analogue à celle des vomitifs. Ces deux ordres de médicaments, pour être efficaces, doivent être employés concurremment dans l'ordre indiqué.

Je passe sans examen sur les autres éléments du traitement de M. Foucart pour apprécier certaines objections qui lui ont été adressées.

Quand on annonce un résultat aussi important que celui présenté par M. Foucart, il faut apporter à l'appui des faits authentiques. Or, il résulte des pièces justificatives annexées à son ouvrage et publiées par les autorités des localités où il a exercé que : 1° il a traité tous les malades auprès desquels il a été appelé; 2° que tous ces malades ont guéri. C'est déjà quelque chose quand le chiffre est de 1455.

Mais les questions thérapeutiques sont plus compliquées qu'on ne les croirait au premier abord, et il a été objecté à M. Foucart que la suette, comme toutes les maladies épidémiques, n'a pas, à toutes les époques de sa durée, la même intensité; que les premiers malades atteints sont des victimes, pour ainsi dire, désignées d'avance; que les derniers, au contraire, doivent pour ainsi dire, aussi guérir infailliblement, et sont une prime assurée de succès au traitement, quel qu'il soit, auquel on les soumettra. A cela, la réponse de M. Foucart est explicite; il a été appelé dans plusieurs localités dès le début de l'épidémie, et le résultat a été le même. D'ailleurs, il établit que dans les pays où il exerçait, les mêmes malades, traités par d'autres méthodes, succombaient.

A ce propos, je regrette de ne pouvoir entrer dans le détail des faits et analyser une partie importante de l'ouvrage de M. Foucart où il parle des effets vraiment désastreux de la méthode sudorifique, encore employée par bon nombre de médecins dominés, mais non excusables, par le préjugé vulgaire, bien que la science en ait fait justice depuis longtemps; ceux non moins dangereux peut-être de la saignée, et, en particulier, de la saignée préventive. J'aurais aimé à suivre l'auteur dans l'étude de la suette sporadique, observée par lui depuis son retour

convénient, ils firent le brise-pierre fenêtré. Mais, outre le défaut de solidité, ils éprouvèrent alors beaucoup plus de difficulté pour saisir les calculs, à cause de la forme étroite et élevée des mors; et puis avec un lithotriteur fenêtré, ils morcelaient la pierre et ne la pulvérisaient pas. Plusieurs mécanismes très-compliqués ont été imaginés pour désobstruer la cavité des cuillers, entre autres le râteau de M. Leroy; nous verrons comment l'instrument de M. Guillon remplit toutes les indications que d'autres avaient vainement tenté d'atteindre. Citons d'abord les observations de trois cas où il fut employé.

OBSERVATION I. — *Calcul vésical composé de phosphate ammoniaco-magnésien, de carbonate de chaux et de matière organique. Trois séances de lithotritie avec le percuteur de M Heurteloup. Deux séances avec le lithotriteur de M. Guillon. Guérison trois mois et demi après la première séance.*

Jean-Marie Léon, âgé de trente ans, teneur de livres, domicilié à Tarare (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu, salle des opérés, n° 10, le 24 février 1854. Tempérament sanguin lymphatique, constitution délabrée.

Ce jeune homme, autrefois d'une excellente santé, se plaint depuis trois ans d'un point douloureux au niveau du rein gauche; la marche est pénible, la voiture insupportable; la miction se fait accompagnée de vives souffrances; chaque fois que le malade urine, il cherche une nouvelle position pour échapper à des douleurs intolérables, de temps en temps pissement de sang, prurit dans le gland. Le jet d'urine brusquement interrompu se fait quelquefois par saccades; lorsque le canal est ainsi atteint de spasme, on a peine à introduire dans la vessie une sonde de petit calibre. Le malade a été traité pour un rétrécissement sans aucune amélioration. A cause de sa profession sédentaire, il faisait peu d'exercice et avait contracté l'habitude de retenir longtemps ses urines; ce sont les seules causes qu'on peut assigner à sa maladie.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate l'état suivant :

Le canal de l'urètre est parfaitement libre, sa sensibilité très-développée, une pierre existe dans la vessie, elle paraît dure; avec un lithotriteur, on la charge sous les diamètres de 6 centimètres et 4 centimètres.

L'état général est mauvais, les fonctions languissent, le malade est maigre, ses mouvements s'exécutent sans énergie, tous les soirs il est atteint d'accès fébriles qui ont résisté au sulfate de quinine. On le laisse reposer pendant quelques jours : boissons mucilagineuses, potions calmantes, topiques émollients; quarts de lavements laudanisés, bains, régime doux.

Le 15 mars, première séance de lithotritie, sommeil par l'éther, injection d'huile dans la vessie, broiement de la pierre par les instruments ordinaires (percuteur d'Heurteloup), le soir incontinence d'urine, fièvre vive. Les jours suivants l'excitation se calme peu à peu et le malade dit souffrir déjà moins qu'avant l'opération.

25 mars, deuxième séance, même résultat.

3 avril, troisième séance, peu de fièvre, pas d'incontinence d'urine' amélioration de l'état général.

15 avril, quatrième séance, M. Barrier emploie le brise-pierre pulvérisateur, de M. Guillon, qui fonctionne parfaitement.

27 avril, cinquième séance, emploi du même instrument, la santé s'affermit de jour en jour.

Après chacune de ces séances le malade rendait beaucoup de poussière; ce n'était que le troisième et le quatrième jour qu'il commençait à émettre des graviers d'un certain volume, dont il fallait quelquefois faciliter le passage dans le canal par des injections d'huile.

J'ai analysé le calcul et je l'ai trouvé composé de phosphate ammoniaco-magnésien, de carbonate de chaux et d'une grande quantité de matière organique.

Huit jours après la cinquième séance, le malade ne souffre plus, et se croit complétement débarrassé de la pierre.

Le 10 mai, séance d'exploration; le lithotriteur perçoit l'existence de quelques petits fragments qu'il est impossible de saisir. Ils sont expulsés spontanément quelques jours après.

28 juin, nouvelle séance d'exploration; la vessie ne semble plus renfermer aucun débris.

Le 30 juin le malade sort complétement guéri.

Réflexions. — Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est le prompt rétablissement de la santé du malade, qui se manifesta dès la première séance de lithotritie; la vessie supporta mieux le contact de plusieurs fragments que d'un seul. Chacune des séances suivantes augmenta cette amélioration, les forces et l'embonpoint revenaient à vue d'œil, il n'y eut pour ainsi dire point de convalescence. Deux mois après sa sortie de l'hôpital, ce malade vint revoir M. Barrier qui le trouva dans l'état le plus satisfaisant; il disait avoir rendu un petit fragment de calcul, quelques jours après son départ. M. Barrier, l'ayant alors sondé attentivement, n'a trouvé aucune trace de corps étranger dans la vessie.

A l'occasion de ce fait M. Barrier nous a fait remarquer qu'il est très-difficile de porter un pronostic sur les succès de la lithotritie. Parmi les malades qui ont besoin de plusieurs séances pour être débarrassés de leur pierre, il en est qui supportent mal les manœuvres de la lithotritie, qui perdent leurs forces et sont de plus en plus fatigués, jusqu'à ce que la destruction complète du calcul permette à la convalescence de s'établir franchement. Il en est d'autres au contraire dont la position s'améliore dès le début et qui vont de mieux en mieux, à mesure que la vessie se débarrasse de plus en plus des fragments calculeux. Il est déjà arrivé plusieurs fois à M Barrier, soit à l'hôpital, soit parmi ses clients, d'avoir affaire à des malades tellement détériorés par leur affection, qu'on aurait pu reculer devant l'application de la lithotritie, et qui se trou-

---

à Paris, et plus commune qu'on ne le pense généralement, qu'il ne le pense peut-être lui-même.

Je me proposais de développer un peu cette question au point de vue clinique et de montrer comment cette question était bien plus familière aux médecins du dernier siècle qu'à nos contemporains. J'aurais voulu analyser les passages de l'auteur et ceux du savant rapporteur de l'Académie de médecine, M. J. Guérin, où est traitée la question de l'identité, de l'analogie de la suette anglaise et de la suette dite des Picards, analogie évidente, identité probable, malgré l'absence d'éruption dans la première; celle de l'identité plus probable encore des diverses épidémies de suette qui se sont succédé depuis le commencement du XVII.e siècle jusqu'à nos jours. Mais l'analyse d'un ouvrage ne peut en embrasser toutes les parties; elle doit chercher ce qui est propre à l'auteur, en quoi il a une importance pratique ou scientifique avérées, et nous croyons avoir établi suffisamment que les éléments abondent dans l'ouvrage de M. Foucart Nous nous permettrons seulement, en finissant, quelques observations sur la manière dont il les a présentés, ou si l'on veut, sur les qualités de la forme.

M. Foucart est déjà connu par plusieurs publications médicales, et son ouvrage est celui d'un homme qui a l'habitude d'écrire, et qui remplit la première condition pour bien écrire, la clarté. Il excelle dans la discussion et, si je puis le dire sans le blesser, dans la polémique, et les passages où il répond aux objections adressées à sa méthode, ceux où il signale les dangers de plusieurs autres traitements, sont certainement les plus remarquables de l'ouvrage. Une conviction énergique lui fait trouver une dialectique puissante et originale. Il est moins exercé aux dissertations nosologiques. Il s'arrête moins volontiers sur le terrain de la description, déjà remué avec supériorité par tant d'autres, à moins que quelque circonstance ne le ramène à l'idée mère de l'ouvrage La donnée thérapeutique perce toujours et je suis loin de m'en plaindre. Les autres points de la maladie, symptômes, marche, durée, etc., ont été appréciés surtout dans leurs rapports avec les diverses médications.

En un mot, l'ouvrage de M. Foucart est essentiellement pratique. Il est une heureuse manifestation de la tendance médicale actuelle à sortir de la contemplation scientifique pure, pour aborder le domaine de l'art. Le nom de l'auteur restera honorablement attaché à l'histoire de la suette miliaire épidémique.

VIGLA.

vaient, comme par enchantement, dans un état meilleur après les premières manœuvres opératoires.

Depuis quelque temps M. Barrier se sert fréquemment des instruments de M. Guillon, dont nous parlerons plus en détail à propos de la troisième observation.

Observation II. — *Calcul vésical de 30 millimètres de diamètre. Complications très-graves. Emploi successif du brise-pierre fenêtré et de l'instrument pulvérisateur du docteur Guillon. Quatre séances pour détruire la pierre.*

M. R., âgé de soixante-sept ans, commissionnaire en soieries, d'un tempérament bilieux, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il ressentit, il y a sept ans, de la pesanteur à l'hypogastre et des atteintes de dysurie passagères pour lesquelles il fallut même employer la sonde à diverses reprises; les urines laissaient déposer un sédiment rougeâtre, mais on n'y observa jamais de graviers; aucun trouble général n'accompagna ces phénomènes locaux qui apparaissaient surtout pendant les voyages.

L'année dernière, après des accidents rapportés à une cystite chronique avec exacerbations, M. R. rendit en urinant un corps étranger que le docteur Gignoux jugea appartenir à la couche corticale d'un calcul; une sonde introduite alors dans la vessie lui fit reconnaître que le malade avait la pierre.

Le 14 octobre 1853, M. Barrier, appelé par M. Gignoux, constata la présence d'une pierre de moyen volume.

Le 14 novembre suivant eut lieu la première séance de lithotritie dans les meilleures conditions possibles : le canal large, la vessie spacieuse, un catarrhe vésical insignifiant. La vessie étant injectée d'huile, un lithotriteur ordinaire saisit le calcul sous des diamètres de 30 millimètres et 19 millimètres. On pensa néanmoins que le grand diamètre avait échappé à l'instrument et que le calcul avait les dimensions d'un petit œuf de poule aplati en forme de galet. La pierre ne fut brisée qu'une seule fois et l'instrument retiré aussitôt, après des manœuvres dont la durée ne dépassa pas trois minutes. On agit ainsi, soit à cause de l'extrême pusillanimité du malade, soit pour tâter en quelque sorte la sensibilité de la vessie. Malgré ces précautions, des accidents fébriles inquiétants se déclarèrent, une fièvre typhoïde avec symptômes ataxo-adynamiques, mit les jours du malade en danger, et, pendant tout l'hiver, M. R. eut des accès intermittents irréguliers dont on ne triompha qu'à grand'peine.

La convalescence ne put s'établir franchement, car les accidents vésicaux prenaient de jour en jour plus d'intensité; dans de si fâcheuses circonstances, il fallait cependant débarrasser à tout prix le malade de son calcul; MM. Barrier et Gignoux se décidèrent à le soumettre de nouveau à la lithotritie, après l'avoir envoyé un mois à la campagne.

Le 27 mai 1854, M. Barrier, assisté des docteurs Gignoux, Chatin et Favre, injecte de l'huile dans la vessie (200 grammes environ) et introduit un lithotriteur fenêtré de moyen volume, qui prend le calcul sous le diamètre de 28 millimètres. Il le divise en deux fragments qui sont saisis à leur tour et brisés à deux reprises. Le brise pierre pulvérisateur, de M. Guillon, est ensuite substitué au lithotriteur fenêtré, et les fragments sont réduits très-rapidement en poussière.

Les jours suivants l'état du malade fut satisfaisant, les forces revinrent graduellement, une grande quantité de poudre lithique fut expulsée avec les urines.

Le 5 juin, de nouvelles manœuvres eurent lieu; le malade, qui le demandait instamment fut complétement anesthésié, beaucoup de débris calculeux furent pulvérisés au moyen de l'instrument de M. Guillon, qui fonctionna parfaitement. Les suites de cette séance furent excellentes.

Le 15 juin, on ne rencontre que deux ou trois petits fragments qui sont broyés; l'état local et la santé du malade s'améliorent à vue d'œil.

Le 1er juillet, exploration attentive et minutieuse qui ne fait découvrir aucun débri.

Depuis cette époque le malade se porte fort bien.

M. Barrier, dans cette opération, eut beaucoup à se louer du brise-pierre de M. Guillon; il est convaincu que, grâce à son emploi, le nombre des séances fut moindre; qu'il a épargné à son malade une grande partie des souffrances que causent l'entrée et la sortie répétées des instruments ordinaires.

Observation III. — *Calcul vésical composé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco magnésien, de 4 centimètres de diamètre, complétement détruit avec le lithotriteur de M. Guillon, en deux séances, pratiquées à six jours d'intervalle.*

Jean Charton, âgé de soixante-trois ans, aubergiste à Châlon (Saône-et-Loire), entre le 4 juin 1854, salle des opérés n° 9.

Cet homme souffre depuis sept ans : catarrhe vésical, dysurie, spasme de l'urètre, ischurie.

On reconnaît, dès son entrée, l'existence d'un calcul vésical inconnu jusqu'alors; ce calcul présente 4 centimètres dans le plus grand diamètre sous lequel on peut le saisir.

Première séance le 16 juin : le patient est placé sur un lit, le siége beaucoup plus élevé que le reste du corps; dans cette position la pierre est saisie et broyée au moyen du lithotriteur de M. Guillon. Réaction fébrile légère. Le malade rend une grande quantité de poussière.

Deuxième séance le 23 juin, après laquelle il ne se passe rien de remarquable.

Le 28 du même mois, M. Barrier se dispose à une troisième séance; mais, malgré de minutieuses recherches, il ne rencontre aucun fragment.

Le malade sort le 30 juin complétement débarrassé. Son calcul était formé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Réflexions, — Pour ces trois opérations M. Barrier s'est servi de l'instrument de M. Guillon, c'est celui auquel il donne actuellement la préférence. Il présente en effet un grand avantage sur les autres lithotriteurs à cuiller. Une lame d'acier, nommée *évacuateur*, existe entre la branche mâle et la branche femelle; elle est fixée à cette dernière et, lorsque la cuvette est encombrée de poussière calculeuse, on imprime à l'évacuateur de petites secousses, il fait alors de brusques saillies entre les mors, et toute la poussière est rejetée dans la vessie. De la sorte l'instrument peut servir encore sans qu'on ait besoin de le retirer, on évite ainsi d'introduire fréquemment, dans les organes urinaires, de nouveaux instruments qui pourraient enflammer et déchirer le canal; c'était quelquefois à grand'peine, et non sans dommage pour la muqueuse urétrale, qu'on retirait les anciens lithotriteurs à cuiller, dont les mors s'étaient écartés par des débris de pierre fortement tassés, cet inconvénient n'existe plus; grâce à la modification de M. Guillon, on peut toujours retirer l'instrument parfaitement fermé.

De plus, le lithotriteur de M. Guillon a des mors plats et larges, le calcul peut donc facilement s'y engager, sans qu'il soit nécessaire de les incliner à droite ou à gauche et vers le bas-fond de la vessie; c'est une chance de moins de saisir les parois vésicales ou les colonnes charnues si fréquentes chez les calculeux.

Outre la sécurité plus grande, il est un autre avantage qui n'est point à dédaigner; on opère plus rapidement et on perd moins de temps; l'opérateur, je l'ai déjà dit, n'est point obligé de changer à chaque instant d'instrument; de plus il peut se passer du pignon et du marteau, qui sont avantageusement remplacés par un *levier* puissant qui fait partie de l'instrument lui-même, on évite ainsi toute secousse qui pourrait blesser la vessie; ajoutons enfin que la forme du bec permet une pulvérisation plus complète et plus rapide qu'avec les autres lithotriteurs.

Le brise-pierre de M. Guillon a l'inconvénient peut-être d'être d'un prix plus élevé que le lithotriteur ordinaire; mais, tandis qu'on a besoin d'avoir cinq ou six modèles de diverses granpeurs de celui-ci, avec trois instruments de M. Guillon, un detit, un moyen et un grand, on peut suffire à tous les besoins du manuel opératoire.

Dans ses opérations de lithotritie, M. Barrier continue à se servir de l'huile en injections, de préférence à l'eau. Les avantages de ce procédé ont été exposés dans un mémoire publié dans la *Gazette médicale* de Lyon, en 1852, numéro d'octobre, par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Docteur Delore.

Appareil instrumental pour la réduction des fractures et des luxations, et l'extension prolongée.

Par le docteur J. F. FOUCAULT (de Nanterre),

(Présenté à l'Académie de médecine.)

C'est à la campagne, où le médecin est souvent privé des ressources que le praticien des villes trouve parmi ses confrères, c'est à la guerre sur terre et sur mer, où le chirurgien est pressé d'agir, c'est dans les grands centres de travail et sur les chemins de fer, etc., etc., où les accidents surviennent si inopinément, etc., etc., qu'il doit être utile d'avoir un instrument simple et facile dans son application pour remédier aux désordres fonctionnels et aux lésions qui peuvent avoir lieu dans la longueur, dans l'épaisseur des os, et dans leurs articulations.

C'est pour obvier à ces difficultés qu'un instrument emprunté à la mécanique, le *cric chirurgical*, a été présenté par son auteur; c'est le levier agissant par le moyen du pignon et de l'engrenage.

Il est doué d'une grande force mise en jeu graduellement et à volonté; il est docile sous la main exercée du chirurgien, doux dans son action, constant dans sa puissance, utile dans presque tous les cas de fractures et de luxations des membres; il remplace les aides les plus intelligents, et les moufles, et les poulies, etc., etc.

Les pièces de l'instrument sont d'une telle mobilité qu'elles peuvent agir dans toutes les directions et peuvent se fixer dans toutes celles où l'on veut faire ou prolonger des efforts d'extension et de contre-extension : placées, comme le désire l'opérateur, elles permettent la coaptation et l'emploi des moyens contentifs quels qu'ils soient.

Cet instrument a cinq avantages :

1° Il favorise la réduction, sans aides, des fractures et des luxations les plus rebelles;

2° Il permet un pansement quelconque;

3° Il sert à l'extension plus ou moins prolongée;

4° Il peut être appliqué à tous les membres et dans quelques positions que ce soit, propres au relâchement des muscles;

5° S'appliquant à l'insertion des muscles qui passent sur la partie fracturée de l'os ou sur son extrémité luxée, il ménage les articulations non compromises et exige une force de traction moins considérable que celle employée dans les méthodes ordinaires, et jouit d'une action constante et égale.

Le cric chirurgical est en acier poli. Il se compose de deux lames qui glissent l'une sur l'autre, dont l'une présente des dents de cremaillère qui sont prises par une hélice à pivot mue par une clef ou manivelle.

Aux extrémités de ces deux lames sont de forts boutons dont la position est telle que, lorsqu'on fait jouer la manivelle, ils s'éloignent ou se rapprochent dans une course qui varie de 12 à 15 centimètres, et même de 40 centimètres par l'ajustage de deux lames supplémentaires qui ne sont pas figurées sur le dessin.

A ces boutons s'articule solidement l'extrémité de deux armatures ou branches de forceps matelassées qui s'ouvrent ou se ferment au moyen de vis ou chevilles de violon. Ces armatures remplacent les mains des aides; elles sont mobiles sur une clef à trèfle et peuvent prendre ou garder la direction suivant laquelle on veut opérer.

Telles sont les pièces qu'on emploie pour les lésions des os dans l'étendue de la jambe, pour le coude-pied et pour le genou; et dans l'étendue du bras, pour le coude et pour le poignet.

Pour les fractures du fémur, de ses condyles et de son col, pour les luxations de la hanche, pour les fractures semblables de l'humérus et les luxations de l'épaule, on remplace une des armatures ou forceps par une lame oblique s'articulant de la même manière et terminée inférieurement par une espèce de crosse portant un fort éperon à sa partie moyenne, et s'accrochant à un lacs inextensible.

Enfin l'appareil se complète par une petite pièce en forme de coin aplati, qui sert à donner de l'obliquité à l'instrument qui ne doit pas toujours être rectiligne quand il agit sur des membres dont l'axe est oblique suivant la longueur.

HYGIÈNE.

CLIMATOLOGIE. — *Température et densité des mers.*

Une communication intéressante sur la température et la densité des mers entre Southampton et Bombay en passant par la mer Méditerranée et la mer Rouge, vient d'être faite à la Société royale de Londres.

Dans cette communication, les auteurs, MM. Adolphe Hermann et Robert Schlagintweit, ont donné les résultats des observations qu'ils ont faites durant leur voyage sur la température et le poids spécifique de l'eau de la mer, à la fois près de la surface et à des profondeurs qui varient de 18 à 30 mètres; cette dernière profondeur est la plus grande que le mouvement du vaisseau ait permis d'atteindre.

Les instruments qu'ils employèrent pour leurs observations sont les suivants :

1° Quatre thermomètres qui avaient été comparés avec soin à l'observatoire de Kew, avant le départ des voyageurs. A Bombay, on détermina de nouveau le point zéro et un autre point d'indication, et on trouva que les thermomètres n'avaient point varié.

2° Un appareil plongeant, construit par M. Adie. Cet appareil, d'une contenance de 5 à 6 litres, était muni de deux soupapes, arrangées de telle sorte que lorsqu'il descendait, l'eau passait librement au travers; mais aussitôt qu'on commençait à le remonter, les soupapes se fermaient et gardaient l'eau qui s'était introduite dans l'appareil. Les voyageurs s'assurèrent que la température de l'eau enfermée ne variait pas sensiblement pendant l'ascension de l'instrument.

3° Un aréomètre de M. G. Greiner, de Berlin. Cet instrument permettait de lire directement la pesanteur spécifique jusqu'à trois décimales, on pouvait suppléer la quatrième par estimation.

Pour pouvoir comparer les différentes observations de pesanteur spécifique, il était nécessaire de les ramener à une température commune; ce qui occasionna quelques difficultés, vu que l'expansion exacte de l'eau de mer, entre 20 et 25 degrés centigrades, n'est pas suffisamment connue. Au moyen d'un voluminomètre délicat, construit exprès par M. Geissler, de Berlin, les voyageurs déterminèrent que l'expansion était de 0,000271 pour 1° centigrade. Halstrœm avait trouvé pour l'eau distillée 0,000219. D'autres expériences, faites à Bombay, donnèrent pour l'expansion de l'eau de la mer 0,000337. Les voyageurs attribuent cette différence au changement de volume du voluminomètre lui-même. Cependant c'est de ce dernier chiffre qu'ils se sont servis de préférence dans leurs réductions.

Voici, au surplus, les résultats de leurs observations, suivis de quelques remarques générales :

Température de l'océan Atlantique.

Du 46e au 41e degré de latitude N. . . . . . . 17°5 à 18°5.

Du 39e au 37e degré de latitude N. . . . . . . 20° à 21°.

Pesanteur spécifique moyenne réduite à 17°5 = 1.0277.

La température et la pesanteur spécifique n'offrirent que très-peu de variations en pleine mer, tant qu'on ne rencontra aucun courant; mais dans le voisinage des terres on remarqua des perturbations de différents genres. Dans les ports et dans les petites baies la température de l'eau diminuait sensiblement à une profondeur de 15 à 20 mètres; mais en pleine mer

et tout à fait à la surface, elle était généralement plus basse qu'à une profondeur de 30 mètres, ce qui, sans aucun doute, était dû à l'évaporation.

Détroit de Gibraltar. — Un courant d'une rapidité moyenne de trois à six milles à l'heure se fait ordinairement sentir dans le détroit, de l'océan Atlantique dans la Méditerranée. On suppose qu'il existe au-dessous un contre-courant, mais la grande profondeur du détroit empêcha les voyageurs de l'atteindre au moyen de leur appareil.

A l'est du détroit, on rencontra en plusieurs endroits l'eau de l'Atlantique à proximité de l'eau de la Méditerranée, dont elle se distinguait par la température et la couleur. Le courant, en passant de l'Atlantique dans le détroit paraît se partager en plusieurs branches.

Il est bon de remarquer cependant que la pesanteur spécifique non réduite de l'eau de la Méditerranée et celle de l'Atlantique sont presque les mêmes.

Méditerranée. — Du détroit de Gibraltar à Malte :

Température de l'eau	21° 7 à 22
Pesanteur spécifique ramenée à 17° 5. .	1,0287
De Malte à Alexandrie :	
Température.	23° à 24°
Pesanteur spécifique réduite	1,0298

Mer Rouge. — Le maximum de la pesanteur spécifique trouvée pendant le voyage, le fut à l'extrémité septentrionale du golfe de Suez : 1,0393 (réduite).

	Température.	Pesant. spécifique réduite.
Du 27° au 23° lat. N.	24° à 28°	1,0315
22° au 14° — .	30° à 31° 5	1,0306

Détroit de Bab-el-Mandeb. — L'eau du golfe d'Aden étant moins dense, quoique plus froide, que celle de la mer Rouge, se jette dans cette dernière des deux côtés de l'île de Perim. On peut trouver cette eau plus froide à un demi-degré au nord du détroit.

Mer des Indes. — Les voyageurs ont trouvé :

	Tempér.	Pes. spéc. réduite.
Du 44° au 50° long. E de Greenwich..	28° 8	1,0275
Du méridien du cap Guardafui à Bombay.	27° à 28°	1,0278

(*London, Edinburgh and Dublin philosophical Magazine.*)

Les observations météorologiques se font en Russie sur une fort grande échelle. Cependant on ne possède pas encore de données bien précises sur les phénomènes de congélation dans la mer d'Azof. M. de Tchihatcheff, qui a analysé tous les travaux publiés sur cette matière, a obtenu toutefois de M. Kupfer, le directeur des études météorologiques en Russie, quelques renseignements dont il a fait mention dans le mémoire qu'il a lu, le 9 janvier 1855, devant la Société météorologique de France, en faisant observer « qu'ils ne peuvent fournir sur les phénomènes de congélation de la mer d'Azof que des données tout à fait approximatives, vu que ces phénomènes sont loin de correspondre toujours rigoureusement à l'ouverture et à la clôture de la navigation dans cette mer, tandis que les renseignements dont il s'agit ne sont basés que sur ces derniers faits, et que, par conséquent, ils ne nous précisent aucunement la durée de la congélation ni les époques auxquelles elle commence et se termine.

Époques auxquelles (de 1816 à 1833) *la mer d'Azof s'est trouvée congelée ou libre.* — Année 1816, congelée le 26 novembre; 1818, le 31 octobre; 1819, le 10 novembre; 1820, le 29 novembre; 1821, le 1er novembre; 1822, le 1er novembre; 1823, le 14 janvier; 1827, le 22 décembre; 1828, le 22 novembre. (Le 11 décembre la mer se dégagea des glaces, par un vent du nord; mais, le 13, elle se congela de nouveau); 1831, le 1er janvier, le 8 février, le 1er mars; 1832, le 1er novembre.

Année 1817, libre le 4 mars; 1820, le 4 avril; 1825, le 2 avril; 1826, le 27 mars; 1828, le 26 mars; 1829, le 1er avril; 1830, le 1er avril; 1831, le 5 mars; 1832, le 5 avril; 1833, le 6 avril.

Époque de l'ouverture et de la clôture de la navigation à Taganrog (ville où est mort Alexandre Ier, au fond de la mer d'Azof, près de l'embouchure du Don). — Année 1840, ouverture le 6 avril, clôture le 22 novembre; 1841, le 12 avril et le 6 décembre; 1842, le 19 mars et le 8 décembre; 1843, le 25 février et le 11 décembre; 1844, le 25 février et le 7 novembre; 1845, le 7 avril et le 5 décembre; 1846, le 20 mars et le 19 octobre; 1847, le 31 mars et le 12 novembre; 1848, le 13 mars et le 24 novembre; 1849, le 5 avril et le 22 novembre; 1850, le 5 avril et le 24 novembre; 1851, le 17 mars et le 10 décembre; 1852, le 26 mars et le 1er décembre; 1853, le 19 février et le 3 décembre.

« Aucune série d'observations météorologiques, ajoute M. de Tchihatcheff, n'a été publiée, jusqu'à présent, dans une localité quelconque située sur le littoral de la mer d'Azof; il serait donc prématuré de formuler une opinion sur les éléments constitutifs de la climatologie de cette contrée. » Il paraît que le vent d'est joue un rôle important à Taganrog. Le docteur E.-D. Clarke affirme que dans la mer d'Azof le vent du nord est fort rare et le vent du sud presque inconnu. « Un fait généralement connu de tous ceux qui naviguent dans la mer d'Azof est son peu de profondeur : c'est un obstacle sérieux pour le commerce, vu que les bâtiments à tirant d'eau tant soit peu considérable sont presque toujours obligés de s'arrêter à une grande distance de Taganrog. Il est probable que les dépôts du Don contribuent à exhausser le fond de la mer d'Azof, et pourraient bien finir un jour par la combler en grande partie. » Aristote (*Météor.*, I, 14) et Polybe (lib. IV) ont observé autrefois et signalé cette cause d'exhaussement.

Distribution des eaux dans Paris.

Le mode de distribution des eaux sous le sol parisien n'est pas ce qu'offre de moins curieux la ville souterraine dont les nombreuses conduites d'égouts occupent la partie inférieure. On sait que, sous le rapport des eaux, l'approvisionnement de Paris, qui est encore bien insuffisant, est alimenté par la pompe Notre-Dame, le réservoir du puit artésien de Grenelle, placé sur la partie la plus élevée du plateau parisien, près de la place de l'Estrapade; les eaux de Romainville et des Prés-Saint-Gervais, celles d'Arcueil et de Rungis; par la dérivation de la rivière de l'Ourcq et de ses affluents; enfin, par la pompe à feu de Chaillot, dont le rendement a été considérablement augmenté dans ces dernières années au moyen d'appareils perfectionnés.

Toutes ces eaux sont amenées par un immense réseau de tuyaux en fonte d'un diamètre d'environ douze à quinze centimètres, qui traversent la Seine par le tablier de différents ponts pour se rendre dans les bassins, les fontaines, les bornes-fontaines et les bouches-sous-trottoirs établis dans les différents quartiers. L'entretien de ce matériel est d'une assez grande importance pour le budget municipal puisque, d'après la dernière adjudication, il coûtera pour six années, jusqu'au 31 décembre 1860, une somme de 398,170 fr.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le Dr Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8°. — Au bureau du Journal. — Prix : 1 fr. 50.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 68. 3e ANNÉE. Mercredi 6 Juin 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traite sur Paris et en mandats sur la poste.

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Etudes psycho-physiques sur le crétinisme.

Par le docteur B. SCHNEPF.

(Suite. — Voir le n° 67.)

Les anomalies que nous venons de signaler dans les os du crâne des crétins engendrent des défauts de symétrie plus ou moins évidents. Jphofen, Demme, Rösch et Stahl (*loc. cit.*, II Bd. 1852), rapportent des exemples d'asymétrie.

Le professeur Virchow a cherché à classer les crânes des crétins d'après des types fondamentaux basés sur l'étendue des différents diamètres, modifiés par suite des synostoses. Ainsi, selon ce savant professeur, l'ossification prématurée des sutures, la cause la plus fréquente du crétinisme, peut produire les scolioses ou formes du crâne suivantes : 1° Rétrécissement suivant un diamètre oblique ; alors il y a, soit synostose antérieure ou ossification d'une moitié de la suture fronto-pariétale, soit synostose postérieure ou ossification d'une moitié de la suture lambdoïde; il existe un cas de l'une et l'autre forme dans le mémoire de Stahl. On comprend que l'équilibre normal peut être conservé par la persistance d'une suture entre les deux moitiés du coronal. 2° Rétrécissement suivant un diamètre transversal (le crâne se trouve ainsi allongé verticalement;) il a lieu : (*a*) par synostose des pariétaux ou ossification de la suture sagittale; dans ce cas, il peut s'établir une sorte de compensation par suite du développement des régions frontale et occipitale; (*b*) par synostose latérale de l'os frontal avec les pariétaux ou ossification des parties latérales de la suture fronto-pariétale; (*c*) par synostose du sphénoïde avec les pariétaux ou ossification de la suture spheno-pariétale; (*d*) par synostose temporo-pariétale ou ossification de la suture temporo-pariétale. 3° Rétrécissement suivant le diamètre antero-postérieur, par défaut de développement de la région occipitale, quand la suture lambdoïde s'est ossifiée de bonne heure; la compensation à cet état consiste dans l'augmentation des diamètres transverses. Il est bien simple de comprendre que ces trois types peuvent engendrer la microcépalie si le raccourcissement d'un diamètre n'est pas compensé par l'allongement d'un autre; elle est d'ailleurs toujours l'expression de l'idiotie, mais non pas forcément celle du crétinisme.

Les autres formes caractéristiques admises par le professeur Virchow sont : 1° La macrocéphalie, survenant à la suite des hydrocéphales; 2° la dolichocéphalie ou crânes allongés; 3° la brachycéphalie ou crânes élargis; les têtes en pain de sucre rentrent dans cette dernière catégorie; on en trouve des exemples cités par Stahl et par Virchow.

En même temps que ces formes diverses se présentent, il y a des anomalies dans l'épaisseur des os du crâne et aussi dans les orifices qui livrent passage aux vaisseaux et aux nerfs. Stahl a grand soin de faire ressortir la différence du diamètre des trous symétriques de la base du crâne. Il insiste, avec raison, sur la modification des cavités destinées à loger la masse encéphalique et qui se trouvent le plus souvent rétrécis, dans la partie antérieure et postérieure, tandis qu'il n'est pas rare de voir, au contraire, les fosses moyennes élargies. Le docteur Münz, de Würzburg, a fait remarquer que celles-ci augmentent en profondeur, chez quelques crétins, par suite d'une dépression qu'éprouvent les os temporaux, principalement le rocher. Stahl a confirmé la justesse de cette remarque.

Outre ces anomalies dans les os du crâne, on en rencontre aussi dans les autres parties du système osseux; nous avons déjà signalé le défaut d'ossification des clavicules; les os des membres peuvent être trop fragiles, trop tendres, trop longs; Stahl a observé la soudure des côtes et le raccourcissement du col du fémur. Il est inutile de rappeler ces formes, ces directions vicieuses, quand il y a complication de rachitisme.

Nous ne rapporterons pas les dimensions numériques que Stahl a prises sur quatorze crânes de crétins, parce que ces mesures appartiennent à des diamètres qui ne peuvent être comparés à ceux sur lesquels repose le relevé des types normaux fait par Rösch (in *loc. cit.*, 1 Heft, und in Annal. med.-psych., deuxième série, t. V, p. 617), pour les différents âges, depuis la naissance jusqu'à 29 ans, parce qu'elles n'ont d'ailleurs aucun autre terme de comparaison, et aussi parce que Stahl n'indique pas la taille des sujets auxquels ces crânes ont appartenu.

Nous trouvons peu de données relatives à l'anatomie pathologique des enveloppes membraneuses du cerveau. Schiffner (in Idiotia endemica, p. 29) a trouvé, chez un crétin de trente-quatre ans, un épaississement notable des méninges, principalement de la dure-mère qui était adhérente à la boîte crânienne. Wetzler (*loc. cit.*, p. 31) l'a trouvée, sur une crétine du même âge, extraordinairement épaissie et parcourue par des vaisseaux dont le calibre était très-petit, comme chez un enfant naissant, dit cet auteur. Un épaississement semblable a été rencontré, chez deux crétines, par Rösch, qui fait remarquer l'existence d'une hypérémie considérable dans l'un des cas.

Le phénomène pathologique le plus constant est, sans contredit, l'exsudation séreuse entre les méninges et dans les diverses cavités de l'encéphale. Cependant Wetzler n'en a pas constaté chez la crétine de trente-quatre ans, et le travail de Stahl, qui ne renferme que six observations détaillées, contient trois autopsies dans lesquelles il n'est pas question d'exsudation. Le professeur Virchow la croit très-commune. Les ventricules du cerveau sont quelquefois inégalement disten-

dus et agrandis. A cette occasion il n'est pas sans intérêt de rappeler qu'en France, l'honorable M. Ferrus (Mémoire sur le goître et le crétinisme, p. 61) définit le crétinisme « une hydrocéphalie œdémateuse chronique. »

Le développement physique incomplet du crétin n'est jamais plus évident que quand le cerveau n'atteint pas les proportions normales, comme, par exemple, dans la microcéphalie exempte d'hydrocéphalie. A l'asymétrie dans la boîte osseuse devrait correspondre une inégalité dans les hémisphères, ce qui s'est présenté dans les deux cas de Rösch (*loc. cit.*, p. 55 et 93); mais aussi il peut s'établir une compensation entre le volume des deux lobes, par suite d'une exsudation intraventriculaire, comme Stahl en a observé un cas. Cet observateur donne des détails intéressants sur un enfant de cinq ans, dont l'arrêt de développement physique, paraissant remonter à une frayeur que la mère a eue pendant la grossesse, s'exprime non-seulement par un défaut d'ossification, par la persistance des fontanelles, par le peu d'épaisseur des os du crâne, par l'existence d'une articulation dans la continuité des clavicules, mais encore et surtout par la brièveté des lobes du cerveau qui, comme chez les animaux, ne recouvrent pas complétement le cervelet (*loc. cit.*, obs. 15, p. 53).

D'après Virchow, Rösch et Stahl, la diminution de volume porte tantôt sur l'un des lobes antérieurs, tantôt sur l'un des lobes postérieurs du cerveau, rarement sur les lobes moyens; dans l'une des observations de ce dernier, il s'agit même d'une véritable hypertrophie de la masse cérébrale avec augmentation de consistance dans la substance grise et dans la substance blanche. C'est le seul cas dans lequel le cervelet a offert un volume plus considérable qu'à l'état normal.

Dans cinq observations, Stahl a noté une consistance moindre de la masse encéphalique; dans une seule il y avait augmentation de cette consistance, et dans une autre elle ne portait que sur la substance grise. Rösch a trouvé un peu de ramollissement dans l'un des cas, et, au contraire, de l'endurcissement de la substanche blanche seulement dans l'autre cas. Il signale, dans les deux observations, la profondeur considérable des sillons qui séparent les circonvolutions du cerveau. Stahl a également rencontré cette particularité qui fait penser, dit-il, que la masse cérébrale, trop considérable, relativement à la cavité crânienne, n'a pas eu assez d'espace pour se développer régulièrement.

Le ramollissement pulpeux de la substance corticale du cerveau, avec adhérence à la pie-mère, a été constaté une fois par Stahl, en même temps qu'un épanchement séreux considérable: mais personne, que nous sachions du moins, n'a signalé l'œdème du cerveau, que M. Etoc-Demazy prétend avoir rencontré dans la stupidité. Nous-même avons eu l'occasion de pratiquer un certain nombre d'autopsies de mélancoliques appartenant à cette classe, et nous n'avons pas été assez heureux de pouvoir confirmer le résultat de cet observateur.

L'origine des nerfs crâniens n'a pas encore fixé l'attention d'une manière sérieuse; on n'a guère fait davantage pour la moelle rachidienne; cependant Rösch y insiste beaucoup dans ses deux autopsies de crétins. Il a trouvé deux fois un épanchement séreux entre les méninges rachidiennes et, dans l'un des cas, une gaîne graisseuse autour de la moelle dorsale, vers la queue de cheval; la consistance de la substance nerveuse était sensiblement augmentée; dans l'autre, il y avait un ramollissement assez prononcé entre la cinquième et la septième vertèbre cervicale. Stahl a vu chez un crétin de quinze ans la moelle rachidienne diminuer de calibre à partir du bulbe, et prendre une forme rubanée dès la région cervicale supérieure.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans les autres systèmes et organes de l'économie; cependant Stahl a rencontré la persistance du thymus chez un crétin de cinq ans, et deux fois une anomalie du cœur; une fois le cœur, comme les vaisseaux sanguins, était d'une petitesse extrême, l'autre fois il était au contraire hypertrophié.

Est-il possible, au milieu de la diversité des lésions que nous venons de passer en revue, de les rapporter toutes à un état morbide unique et toujours le même? et comment le distinguer d'autres états analogues quant à l'anatomie pathologique?

Répondant à la première question, nous disons qu'il est aisé de reconnaître que les anomalies primordiales, congénitales ou acquises, sont dues à un arrêt de développement physique, soit du système osseux, soit du système nerveux, soit de l'un et de l'autre à la fois et de l'ensemble des organes. Par cela même, ces phénomènes morbides ne sauraient être confondus avec ceux qu'on rencontre dans les maladies physiques proprement dites. La macrocéphalie, la microcéphalie, la dolichocéphalie et la brachycéphalie sont des anomalies propres à l'idiotie congénitale et au crétinisme; toutefois, ce dernier état se traduit plus particulièrement par l'expression d'un arrêt de développement physique portant sur un ou plusieurs organes ou appareils organiques à la fois, et amenant des difformités, des monstruosités, c'est-à-dire des disproportions dans les organes symétriques.

§ II. — *Etiologie du crétinisme.*

« Y a-t-il pour l'homme, qui s'appelle le maître de la terre, dit Rösch, une pensée plus désolante que celle de la dégradation de son espèce? » Que sont les maladies épidémiques, les maladies endémiques et tout le cortége des autres maux, qu'est la mort elle-même à côté de cet anéantissement de la personnalité humaine qu'on appelle le crétinisme?

Cette dégénération de l'espèce humaine s'étend dans le temps et dans l'espace; rien ne semble la limiter que l'élévation de l'homme au rang d'être supérieur, ses progrès physiques et psychiques, l'amélioration de son sort. De là une source de causes multiples que nous nous proposons de passer successivement en revue.

Nous savons aujourd'hui que le crétinisme est commun à l'ancien et au nouveau continent; M. de Humboldt et M. Boussingault l'ont rencontré sur l'un et sur l'autre. Ce n'est donc pas une maladie de races, mais bien de l'espèce entière.

Tout être vivant est sous une double influence : l'une extérieure, l'autre intérieure. Les influences extérieures dépendent, soit du monde, elles sont cosmiques et inhérentes à l'air, l'eau et la terre; soit des rapports sociaux, dans ce cas elles découlent des relations de famille et des liens de la société.

L'air est le premier et le dernier aliment de l'homme; sa composition physique et chimique joue le principal rôle dans la vie des êtres. A mesure que l'atmosphère devient moins dense, la vie devient moins profuse et moins vigoureuse. De Saussure (*Voyages dans les Alpes*) a remarqué, dans les vallées des Alpes, que les habitants des points les plus élevés jouissaient d'une bonne santé, tandis que ceux des parties basses, de la même vallée, sur les bords du même torrent, appartenant à la même race et menant à peu près le même genre de vie, présentaient des symptômes de crétinisme qui dégénéraient, par place, en crétinisme complet, lequel diminuait vers la plaine pour disparaître peu à peu. C'est sur le versant du mont Saint-Bernard qu'il a pu constater ce phénomène de la manière la plus évidente. « Les habitants de Saint-Pierre, d'Aleve et même de Liddes, dit-il, ne montrent pas les plus légères traces de crétinisme; à Orsières les téguments pâlissent, à Saint-Branchier les symptômes de la maladie deviennent plus évidents; à Mortigny on voit beaucoup de personnes qui sont atteintes du crétinisme à un haut degré, peu seulement n'en montrent que quelques traces, et le village dans lequel la maladie a pris le plus d'extension est situé encore plus bas sur la rive opposée du Rhône. Au-delà de ce village le nombre des crétins diminue; on en rencontre encore à Saint-Maurice, à Bex, même à Vevay, mais plus un seul dans la plaine, à Lau-

sanne, à Morges, à Genève. Dans la vallée d'Aoste on peut observer la même influence. » Saussure assure n'avoir jamais rencontré de crétins dans les villages situés entre 5 à 600 toises au-dessus du niveau de la mer. Jphofen (der Cretinismus philosph. und medic. untasucht, Dresde, 1817) partage la même opinion. Personne, que nous sachions du moins, n'a pu encore contredire le savant observateur.

Storr (Alpenreise, V. J., 1781; in Beobachtung. de Rösch; 3 heft) signale comme favorisant le crétinisme les brusques variations de la température atmosphérique. Zschokke (Ueber der Ursach des cretinismus, 1813; in Beobachtung de Rösch; 3 heft) y ajoute également les alternatives fréquentes de sécheresse et d'humidité de l'air. Ceci a eu lieu dans les Grisons, dans la vallée où se trouvent Igis et Trimmis, localités ravagées par le crétinisme, surtout au temps où de Salis (*loc. cit.*, in Beobachtung de Rösch) visitait ce canton (1807).

Les auteurs qui nous ont transmis des observations sur la Suisse signalent surtout l'influence fâcheuse qui résulte de l'exposition des enfants à l'ardeur du soleil pendant des journées entières, comme Zschokke l'a remarqué dans le bas-fond d'Aran. Storr et de Salis rappellent les vents froids et humides qui alternent subitement dans le canton des Grisons, et qui ont un effet désastreux sur l'économie. Dans le canton de Vaud, la même chose avait lieu, selon Norrmann, et serait cause de la fréquence du crétinisme dans la vallée d'Aigle; Schönlein et le professeur Virchow font également remarquer, dans leurs rapports sur la Bavière, que cette endémie sévit précisément dans les localités ombragées du Mein et de la Saale. D'après Storr, les crétins seraient moins nombreux dans le Valais depuis que les enfants sont soustraits à l'excessive chaleur qui règne dans les vallées et qu'on les élève avec plus de soin sur les montagnes. Cette observation pratique est en rapport avec le phénomène reconnu par de Saussure.

La température élevée de l'atmosphère ne suffit pas, d'après ce savant naturaliste, pour engendrer le crétinisme; il pense que l'air du fond des vallées, exposées au midi, est fortement chauffé par les rayons du soleil qui y plongent de toutes parts, se corrompt, d'une manière encore inconnue, que cet air chaud et corrompu agit surtout sur les fibres tendres des enfants, les ramollit, les boursoufle et amène cette atonie générale qui constitue le caractère spécifique du crétinisme. Le village de Branson, dans le Valais, est un exemple désolant de l'influence de cette cause.

Cet élément inconnu existe dans la vapeur d'eau que les vents transportent des fonds marécageux dans les cantons de Saint-Gall et des Grisons; mais, suivant les observateurs de ces localités mêmes (Storr et de Salis), ces vapeurs tiennent en suspension un principe destructeur semblable à celui qui engendre les fièvres intermittentes; ils remarquent sur les bords des étangs et des marais les ravages de la fièvre, en même temps qu'ils constatent une recrudescence crétineuse, au fond des vallées où s'engouffre le vent qui balaye ces lieux marécageux. Ce fait d'observation générale, rapporté par le docteur Meyer-Ahrens, de Zurich, a déjà été signalé, dans le siècle passé, par Smith Barton, qui a cherché à rapporter aux mêmes causes la cachexie paludéenne et la cachexie crétineuse. Les recherches que le professeur Virchow (*loc. cit.*, p. 266) a faites sur le crétinisme, en Bavière, l'ont conduit également à se demander s'il ne dépendait pas d'un agent miasmatique, soumis aux mêmes lois que le miasme qui produit la fièvre intermittente. Les recrudescences de crétinisme, à différentes époques, avaient d'ailleurs déjà été signalées à la Société de Würzburg par l'un de ses membres, feu le docteur Schierlinger. Virchow lui-même trouve, à l'aide de la statistique faite sur cette endémie dans l'ancienne Franconie, que le maximum des crétins correspond à l'année 1831, et que cette contrée a été ravagée également pendant la même époque par la fièvre intermittente. C'est dans le but d'éclaircir ce point obscur d'étiologie que ce savant professeur a appelé l'attention de la Société physico-médicale de Würzburg sur ce sujet, et qu'il demande de nouvelles données à des statistiques plus vastes. Le docteur Guggenbühl (Lettre à lord Ashley; Bâle, 1851) conclut, de son côté, à l'existence d'un principe stupéfiant d'une espèce de malaria, capable d'engendrer le crétinisme d'une manière analogue à celui qui produit la fièvre intermittente.

Si les expériences de M. Chatin, relativement à l'absence de l'iode dans l'air des localités où règne le crétinisme, étaient confirmées, il ne serait pas excessivement difficile de rendre à ce milieu sa composition typique, et, peut-être même, pourrait-on espérer de trouver dans l'ozone de Schönbein, dans cette substance antimiasmatique, un principe capable de détruire le principe crétineux.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65 et 66.)

Observations de névroses consécutives à diverses maladies aiguës et chroniques.

Observation XLI. — Délire maniaque sans fièvre nerveuse pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde avec escharres, gangrène, hémorrhagies intestinales, etc. Régime analeptique, guérison (Max. Simon, *Mémoire cité*, obs. Ire).

Observation XLII. — Fièvre typhoïde, convalescence, fièvre intermittente, délire maniaque consécutif; guérison spontanée (Max. Simon, obs. III.)

Observatiou XLIII. — Aliénation temporaire à la suite d'une fièvre typhoïde (Chomel, *Leçons de clin méd.*, t. I, p. 53).

Observations XLIV, XLV. — Aliénation temporaire pendant la convalescence de la fièvre typhoïde (deux cas, *Ann. médic.-psych.*, 1845, t. VI, p. 223 et 224).

Observations XLVI, XLVII. — Deux observations de folie à la suite de fièvres intermittentes (Baillarger, *Ann. médic.-psych.*, 1843, t. II, p. 372).

Observations XLVIII, XLIX, L, LI, LII. — Cinq observations de folie, suite de fièvre intermittente (*Ann. médic.-psychol.*, 1844, t. IV, p. 211; Bastian, *Mém. cit.*).

Observation LIII. — Divers cas d'aliénation mentale et de paralysie à la suite du choléra (Delasiauve, leçons faites à Bicêtre).

Observation LIV. — Paralysie succédant à une fièvre typhoïde grave (*Bulletin de thérapeutique*, 1847, t. XXXII, p. 391).

Observation LV. — Avortement, hémorrhagie considérable (16 juin 1849); fièvre typhoïde légère (du 26 juin au 15 juillet); convalescence; paraplégie, intégrité des fonctions de la vessie et des muscles du rectum, aucun symptôme du côté des centres nerveux; guérison spontanée (Moutard-Martin, Mém. cité, *Union méd.*, p. 492, 2e observ. — La paralysie est attribuée, par M. Moutard-Martin, à l'hémorrhagie utérine (?)).

Observation LVI. — Entérite aiguë grave; convalescence; paraplégie, émission des urines et des matières fécales intacte, aucun symptôme du côté des centres nerveux; frictions stimulantes sur les extrémités, médication interne, tonique et stimulante; guérison (Graves, *Arch. génér. de méd.*, 1836, t. XI, p. 207-208, obs. Ire).

Observation LVII. — Paralysie généralisée chez un jeune homme de dix neuf ans, suite de fièvre intermittente. Insuccès d'une médication dirigée d'après l'idée d'une lésion cérébrale. Traitement tonique et ferrugineux, puis strychnine; guérison en quarante-cinq jours (Ouradou, *Thèse citée*, 1851, obs. V).

Observation LVIII. — Paralysie incomplète des quatre membres chez un homme, à la suite de la suette.

Résumé. — X..., âgé de cinquante-trois ans, cultivateur à Vassimont (Marne), bien portant d'ordinaire, éprouva, en 1849, quelques chagrins, et se fatigua beaucoup à soigner sa femme et son fils gravement malades. Il ressentit dès lors quelques bat-

tements de cœur qui s'amendèrent peu à peu et ne se faisaient presque plus sentir, lorsque le 16 juillet 1849 il fut atteint de la suette. Après sa guérison, X... resta très-faible et tourmenté par de violentes palpitations. Les membres inférieurs le supportaient mal et cet état augmenta au point que quelques semaines après il ne pouvait faire plus de quelques centaines de pas. Cependant a santé générale se rétablissait et la force commençait à revenir dans les jambes, lorsqu'à la suite d'une marche un peu forcée, il fut pris d'une demi-syncope avec des palpitations très-pénibles. Depuis ce moment, le moindre effort déterminait des battements de cœur pénibles, des sueurs froides et un état de faiblesse générale. Les jambes se paralysèrent graduellement et l'affection envahit bientôt les membres supérieurs sans aucun symptôme du côté des centres nerveux. Divers traitements furent mis en usage sans résultat et il se décida à entrer dans le service de M. Sandras, le 22 juin 1851, plus de dix-huit mois après le début de l'affection.

La marche est difficile, titubante; les mouvements des orteils, des pieds, de la jambe et de la cuisse, sont mous, incertains, très-limités, et le moindre obstacle suffit pour les rendre impossibles; l'état des membres supérieurs est analogue; le malade a de la peine à faire servir ses mains aux usages ordinaires. La défécation et l'émission des urines sont bien normales; rien du côté des centres nerveux; sens et intelligence bien sains; parole bien nette; état nerveux marqué; grande tendance à l'hypochondrie; d'ailleurs aucun trouble fonctionnel appréciable.

Traitement. — Bains sulfureux et alcalins alternativement; onctions avec une pommade au sulfate de strychnine; deux portions.

15 juillet. Le malade est obligé de quitter l'hôpital et je ne l'ai plus revu (1).

5° *Diathèses diverses.*

A. *Scrofule.* — On attribuait autrefois beaucoup de névroses à la diathèse scrofuleuse; mais il est impossible d'accepter toutes les vagues indications fournies par les anciens médecins. Les rares données un peu plus précises que nous possédons sur cette question étiologique, appartiennent à des auteurs modernes, et se rapportent seulement à la *chorée* que Jos. Frank (2) a vu fréquemment coïncider avec le tempérament scrofuleux, et dont M. Sée (3) paraît avoir constaté le développement dans les mêmes circonstances. Les deux faits que je cite page 120 (observ. 55, 56) me semblent aussi de nature à confirmer les assertions de J. Frank.

B. *Syphilis.* — Il n'est pas douteux que des productions syphilitiques développées au voisinage des organes nerveux puissent donner lieu à des affections variées de ce système. Mais je suis convaincu aussi que le seul vice syphilitique est capable de faire naître de véritables *névroses*, c'est-à-dire des maladies nerveuses sans altérations organiques appréciables, comme le plomb, l'infection paludéenne, la chlorose, etc. Fr. Hoffmann, Sauvages, Boerhaave, Jos. Frank, etc., qui parlent souvent de maladies nerveuses syphilitiques, n'ont pas distingué ces deux modes d'action de l'infection vénérienne, et c'est à peine si elle se trouve indiquée de nos jours. M. Ricord, il est vrai, a fait l'histoire d'une chlorose syphilitique, laquelle engendrerait des paralysies faciales, des névralgies de la cinquième paire, des céphalées. Mais, dans l'esprit de l'habile syphiliographe, ces phénomènes sont un résultat de la cachexie et non une manifestation immédiate de la diathèse, comme dans les faits dont je vais parler.

MM. Pidoux et Trousseau (1) ont observé diverses névroses syphilitiques, entre autres des *névralgies* nettement périodiques et diurnes.

On a beaucoup parlé de l'infection vénérienne comme cause de l'*aliénation mentale;* elle est particulièrement indiquée par Esquirol (2), par MM. Germain et Bouchet (3) et par le docteur Erlenmeyer dans son mémoire sur le sang des aliénés, et il est une observation que l'on peut faire sur beaucoup d'individus atteints de syphilis ancienne. On remarque chez eux un état cachectique des plus caractérisés, presque toujours compliquée d'une tendance hypochondriaque ou mélancolique, parfois même de pensées de suicide.

M. Ebrard (4), dans un mémoire intéressant sur les névroses syphilitiques, présente entre autres trois observations d'*épilepsie* qu'il attribue à cette cause, et M. Delasiauve (5) admet cette étiologie indiquée aussi par Maisonneuve (6). Certaines *contractures* rapportées à la syphilis ont fait le sujet de discussions assez vives, auxquelles se trouvent mêlés les noms de MM. Bouisson, Phil. Boyer, Raynaud, Ricord et Vidal. Des faits observés par ces divers chirurgiens il paraît résulter que l'affection dont je parle provient tantôt d'une altération organique du muscle, tantôt d'un simple trouble fonctionnel déterminé par le virus. J'ai vu au moins trois cas de *paralysie* attribuable à la syphilis, dans lesquels les particularités de l'affection ne permettaient d'admettre aucun désordre anatomique des centres ou des cordons nerveux, et j'en cite un exemple (observ. 64). Chez ces malades, la rapidité de la guérison contraste avec la lenteur de l'amélioration lorsqu'il s'agit d'une lésion matérielle.

C. *Rhumatisme.* — Le rhumatisme est une de ces maladies sur le compte desquelles on a l'habitude de mettre une multitude d'états morbides dont on ignore la nature et l'origine. On dit d'une paralysie ou de toute autre névrose, c'est rhumatismal, comme on dit c'est nerveux, voile honnête qui cache notre ignorance, suivant l'expression de Georget. Mais si le rhumatisme articulaire et musculaire est assez nettement défini, il n'en est pas de même du rhumatisme en général. Un homme après s'être exposé à un courant d'air est frappé d'une hémiplégie faciale, d'une paraplégie, d'une névralgie ou d'une contracture; on ne manque jamais alors d'attribuer une nature rhumatismale à cette affection, et il en est de même si l'humidité seule a déterminé ces accidents. Or, je ne comprends pas sur quoi se fonde une semblable appréciation, car on ne qualifie pas ainsi la pneumonie, la pleurésie survenues dans les mêmes circonstances. En outre, on n'observe pas en pareil cas ce caractère de mobilité propre aux affections rhumatismales, et ces névroses présentent au contraire presque toujours une fixité désespérante. En un mot les maladies nerveuses produites par l'action du froid ou de l'humidité et celles qui se rapportent au rhumatisme me paraissent offrir des différences trop évidentes pour qu'il soit possible de les confondre et, de ce que le froid et l'humidité sont des agents capables d'engendrer la diathèse rhumatismale, il ne faut pas conclure que tous leurs effets soient de même nature.

Quoi qu'il en soit, il existe incontestablement des névroses d'origine rhumatismale. Sauvages (7) admettait une *paralysie* rhumatique « qui succède aux douleurs de la goutte et du rhu-

(1) Cette observation pourra sembler sans valeur, parce qu'elle est incomplète, et l'on sera porté à rattacher la paralysie à quelque lésion des centres nerveux. Je me bornerai à dire que les circonstances au milieu desquelles elle s'est développée, la marche progressive des extrémités au centre, l'absence de signes morbides du côté des centres nerveux, l'intégrité des fonctions de la vessie, tout me permet d'*affirmer* que nous avons eu affaire à l'une de ces paralysies dites essentielles, dont la symptomatologie vraiment spécifique sera exposée dans un autre travail.

(2) *Loc. cit.*, t. III, p. 326, note 69.

(3) *Mém. cit.*, p. 435.

(1) *Traité de thérapeutique*, 1853, t. I, p. 200.

(2) Ouvrage cité, t. II, *Étiologie de la démence.*

(3) Mém. cit. *Annal. méd.-psych.* 1845, t. I, p. 189.

(4) *Gaz. médic.*, Paris 1843, p. 119.

(5) *Traité de l'épilepsie*, p. 237.

(6) *Recherches et observ. sur l'épilepsie; Épilepsie humorale ou métastatique.*

(7) *Loc. cit.*, t. V, p. 301.

matisme... » Fr. Hoffmann (1) attribue certaines paralysies à la rétropulsion arthritique; Cullen (2) parle d'apoplexies atoniques ou par goutte rentrée, dans lesquelles on ne trouve aucune lésion anatomique, et son traducteur Bosquillon signale la paralysie rhumatismale qui est la suite des douleurs de goutte et de rhumatisme. Ces observations ont été confirmées de nos jours par des faits assez nombreux : on trouve dans le journal *des Connaissances médico-chirurgicales* (3) un mémoire de M. Grifouillère sur diverses névroses qui accompagnent ou suivent le rhumatisme aigu, dans lequel la paralysie est particulièrement désigné, M. Chomel (4), M. Trousseau (5) ont vu des faits semblables et moi-même j'en ai recueilli deux cas.

La *chorée* a été, dans ces derniers temps, l'objet de recherches intéressantes de la part de MM. Botrel (6) et Sée (7), qui ont démontré entre cette affection et le rhumatisme des relations intimes. Déjà Sauvages (8) avait rapporté l'histoire d'un enfant qui fut atteint de chorée après la guérison d'une goutte rhumatismale; Bouteille avait également signalé d'après Stoll une chorée rhumatique; mais les exemples qu'il en cite, un seul excepté, ont été trop malheureusement choisis pour avoir pu fixer l'attention des médecins. Aussi, quoique J. Franck (9) ait décrit assez au long le traitement de cette espèce de chorée, c'est bien réellement à MM. Botrel et Sée que revient l'honneur d'avoir fait connaître cette cause de chorée.

Il n'est pas très-rare de voir dans le cours d'un rhumatisme articulaire, diverses *névralgies* figurer au rang des symptômes de l'affection. M. Griffouillère, cité plus haut, en a publié des exemples, et l'observation 74e, qui m'est propre, est aussi un fait de ce genre. Ces névralgies rhumatismales, la sciatique en particulier, ont été étudiées par M. Salvatore Renzi et M. Roux, de Brignolles (10), qui conseille contre elles l'emploi du colchique d'automne. M. Sée a encore indiqué, parmi les diverses formes du rhumatisme, des *attaques apoplectiformes* et *convulsives*, le *tétanos*, les *contractures* des extrémités, dont M. Delpech a rapporté plusieurs cas dans sa thèse; enfin le *délire*. Je cite, d'après M. Baillarger, un exemple d'*aliénation* avec stupidité passagère survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire, et la malade de l'observation 73e a été atteinte dans les mêmes circonstances d'un délire de longue durée avec *catalepsie*.

Observations de névroses scrofuleuses, syphilitiques et rhumatismales.

Observations LIX, LX. — Deux cas de chorée chez des filles scrofuleuses, rapidement guéries par l'iodure de potassium. (Docteur Muller de Berwiller, *Gaz. méd.*, Paris, 1848, p. 345.)

Observation LXI. — Epilepsie datant de trois ans, chez un homme infecté de syphilis, guérie par Cullerier en deux mois, au moyen du mercure. (Maisonneuve, *loc cit.*, p. 130.)

Observation LXII. — Mouvements convulsifs et épilepsie chez un homme infecté de syphilis, guérie par Cullerier, au moyen du mercure. (Maisonneuve, *loc. cit.*, p. 132.)

Observations LXIII, LXIV, LXV — Trois cas d'épilepsie syphilitique. (Ebrard, *Gaz. méd.*, Paris, 1843, p. 119.)

Observations LXVI, LXVII. — Deux cas de névralgie syphilitique périodique diurne; traitement mercuriel, guérison. (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 1853, t. I, p. 200.)

(1) *Dissertatio de morbis ex atonia cerebri nervorumque nascentibus : de paralysi.*

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 209.

(3) 8e année, 1er semestre, p. 225.

(4) *Gaz. des hôpit.* 1845, p. 282.

(5) *Gaz. des hôpit.* 1853, p. 327.

(6) *De la chorée considérée comme affection rhumatismale*, Thèse de Paris, 1850.

(7) *Mém. cit.*, *loc cit.*, p. 373.

(8) Tome IV, page 150.

(9) *Loc. cit.*, t. II, p. 330.

(10) *Bulletin de thérapeutique*, 1845, t. XXIX, p. 297; *de l'emploi du colchique d'automne contre la sciatique et les névralgies rhumatismales.*

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Règles à suivre pour le placement de la canule pendant la Trachéotomie.

Hôpital Lariboisière. — M. Chassaignac.

L'introduction de la canule ne se fait bien qu'à deux conditions, la première, c'est qu'on ait un écartement convenable et suffisant des lèvres de la plaie trachéale; la seconde, c'est que la plaie occupe bien exactement la ligne médiane de ce conduit.

Nous avons démontré ailleurs que la dilatation de la plaie de la trachée ne s'obtenait sûrement qu'à l'aide de notre dilatateur, ou du moins que les autres moyens préconisés jusqu'à ce jour étaient loin de procurer à cet égard un résultat aussi satisfaisant.

Nous disons maintenant que la méthode du ténaculum cricoïdien permet de remplir la seconde condition de la manière la plus complète et aussi sûrement que possible. En effet, la fixation de la trachée, empêchant le bistouri de se porter soit à droite soit à gauche, est un sûr garant contre l'obliquité de l'incision.

Pour peu au contraire que l'incision soit latérale (et ceci doit arriver très-fréquemment sinon toujours quand on incise *sans guide* le conduit aérien), on se prépare beaucoup de difficultés pour l'achèvement de l'opération.

D'abord une incision un peu latérale détruit le parallélisme entre les tissus divisés qui recouvrent la trachée. Or, il résulte de là plus de difficultés pour l'introduction de la canule.

Ensuite, la canule une fois placée, elle presse plus fortement sur une des lèvres de la plaie tégumentaire que sur l'autre, et cette pression, constamment gênante pour le malade, est particulièrement douloureuse dans les mouvements de déglutition.

De plus, et c'est ce qui arrive souvent malgré toutes les précautions, si la canule vient à être expulsée, l'orifice de la plaie trachéale reste couvert par une des lèvres de l'incision cutanée, et le malade peut être menacé d'asphyxie.

Quant aux règles à suivre pour le placement de la canule, elles sont bien simples.

Le dilatateur introduit aux lieu et place du ténaculum est tenu de la main gauche ou confié à un aide qui attire un peu en avant la trachée et écarte les branches de l'instrument de manière à tendre les lèvres de la plaie. L'ouverture de cette dernière se présente pour ainsi dire ainsi d'elle-même audevant de la canule que l'opérateur tient de la main droite et introduit avec ménagement dans la solution de continuité.

Une précaution indispensable ou du moins dont l'oubli pourrait devenir un grand obstacle à l'introduction de la canule est la suivante : Il faut avoir soin de bien graisser la surface externe de cet instrument avec de l'huile ou du cérat, de manière à favoriser le glissement facile de la canule contre les parois du conduit. Faute d'avoir rempli cette condition, il nous est arrivé plusieurs fois, dans nos opérations de trachéotomie, d'éprouver des difficultés dans l'exécution de ce temps du manuel opératoire et de renoncer à l'usage de canules d'un diamètre convenable pour leur en substituer d'autres moins volumineuses. Nous avons reconnu depuis que ce n'était point au diamètre trop grand des canules qu'il fallait s'en prendre de la difficulté qu'avait présentée leur introduction, mais à l'oubli de la précaution indiquée.

Nous avons l'habitude de nous servir, pour l'opération de la trachéotomie, des canules les plus grosses que puissent comporter les diamètres de la trachée. Nous y trouvons l'avantage de combattre ou de prévenir les accidents d'asphyxie beaucoup plus sûrement qu'avec des canules moins volumineuses. Quant aux accidents qui pourraient résulter de cet excès relatif de volume, nous n'en avons jamais observé qui méritent d'être mentionnés ici.

Peut-on suppléer à l'absence de la canule et comment y suppléerait-on? Cette question ne manque pas d'importance; car la trachéotomie étant de sa nature une opération d'urgence, il peut se faire, et cela nous est arrivé, qu'on n'ait pas sous la main l'appareil instrumental propre à son exécution et en particulier qu'on manque de canule.

Or, voici à quel procédé nous avons eu recours en pareil cas.

De chaque côté de l'incision trachéale et à deux travers de doigt de cette incision, je fis à la peau un pli transversal perpendiculaire à la direction de la plaie. Je transperçai ce pli à sa base au moyen d'une épingle, puis, ayant passé dans chaque lèvre de la trachée un fil double, je vins faire sur chaque épingle latérale le 8 de chiffre de la suture entortillée. De cette manière je renversai les lèvres de la trachée fortement en dehors et je tins celle-ci largement ouverte.

Ce qui m'appartient dans ce procédé, c'est le placement des épingles latérales, car le passage d'un fil dans chaque lèvre de la trachée a été indiqué par M. Miquel, d'Amboise. La canule, on ne peut se le dissimuler, a quelques inconvénients, 1° de ne pas se trouver toujours sous la main du chirurgien; 2° la canule, quand elle est double, diminue considérablement le diamètre de la trachée. Quand elle est simple, on ne peut la nettoyer que de loin en loin; 3° le bord postérieur de la canule donne lieu facilement à une ulcération de la paroi œsophagienne de la trachée quand celle-ci est enflammée, et c'est inévitablement le cas dans l'affection croupale. Cette ulcération, si malheureusement elle envahissait la paroi de l'œsophage, pourrait donner lieu aux inconvénients les plus graves et même à la suffocation, en permettant aux liquides ingérés dans l'œsophage de pénétrer dans la trachée.

Par mon procédé, il y a renversement des deux lèvres de la trachée, renversement qui place en quelque sorte la trachée au-devant des vaisseaux qui peuvent donner lieu à l'hémorrhagie.

On ne devra cependant, en général, considérer le procédé qui vient d'être décrit que comme un pis-aller applicable aux cas seulement où l'on ne pourrait se procurer de canule; car, indépendamment des avantages considérables que celle-ci présente pour assurer le libre passage de l'air, elle prévient la production d'un accident que nous avons observé et qui peut détruire, sinon en totalité, du moins en grande partie, le bienfait de l'opération.

Cet accident consiste dans le relief que forme la paroi postérieure de la trachée quand on ne met pas de canule. En réfléchissant sur le mécanisme d'après lequel se produit ce relief, nous sommes arrivé à cette conclusion que les fibres musculaires de la trachée, qui conservent leur position normale tant que les cerceaux cartilagineux ne sont pas coupés, chassent la muqueuse et la repoussent en avant aussitôt que l'arc de cercle qu'ils représentent a été divisé. Dès lors, il peut y avoir protrusion de l'œsophage qui, n'ayant plus d'appareil contentif en avant, fait hernie du côté de la trachée et contribue à refouler en avant la paroi postérieure de ce conduit.

La canule est donc nécessaire à ce point de vue, et ce serait faire preuve d'irréflexion que d'en rejeter l'emploi.

Un précepte que nous considérons comme de la plus haute importance, c'est celui de ne jamais abandonner le sujet sans placer la canule. L'état de mort apparente dans lequel on opère un certain nombre de malades, alors même qu'il serait très-prononcé, ne doit jamais être regardé comme un motif de perdre espoir, l'observation nous ayant appris que presque tous les sujets plongés dans cet état avant que la canule soit placée, reviennent quelquefois parfaitement après qu'elle a été introduite dans la plaie trachéale. Il est même à remarquer que cet état asphyxique facilite l'achèvement de l'opération. C'est ce qui nous a fait dire qu'on devait placer la canule, *même sur le cadavre.*

Voici l'observation relative au sujet chez lequel nous avons suppléé à l'absence des instruments autres que ceux contenus dans la trousse ordinaire, et particulièrement au manque de canule, par le procédé décrit plus haut :

Observation. — *Croup. — Trachéotomie faite in extremis. — Absence de tout instrument spécial. — Extraction d'une pseudo-membrane en forme d'Y.*

Le 4 septembre 1849, pendant que je faisais la visite dans les salles de chirurgie à l'hôpital Saint-Antoine, un de nos confrères du voisinage vint me prier de me rendre en toute hâte auprès d'un enfant de trois ans et demi qui périssait par suffocation, étant depuis plusieurs jours en traitement pour un croup arrivé à sa dernière période. Je me rendis aussitôt auprès du petit malade, accompagné de mon honorable collègue, M. le docteur Morel Lavallée, dont la présence me fut d'une grande utilité, et nous trouvâmes en arrivant M. le docteur Recurt qui avait vu l'enfant malade les jours précédents; quelques-uns des élèves de l'hôpital s'y trouvèrent aussi.

L'impression de mon confrère Morel Lavallée et la mienne, à la vue du petit malade, fut que les choses étaient trop avancées pour laisser quelques chances de succès, attendu que le râle respiratoire n'était déjà plus celui de la suffocation, mais celui de l'agonie. Toutefois considérant que, si contre notre attente il y avait encore une chance de salut ce n'était que dans la trachéotomie qu'on la pouvait trouver, je me décidai à agir immédiatement.

Le ténaculum, le bistouri droit, le bistouri boutonné et la pince à dissection, tels étaient les seuls instruments que j'avais à ma disposition en ce moment, car je n'avais absolument que ma trousse, et je crois avoir prouvé dans cette circonstance que par mon procédé on peut se passer de tous autres instruments.

Il y a sans aucun doute utilité à mettre chaque chirurgien à même d'opérer sur le champ avec sûreté, et sans préparatifs aucun pour une affection qui peut être réclamée aussi extemporanément.

Assisté des personnes déjà indiquées, je procédai immédiatement à l'opération.

Mon premier soin fut de reconnaître avec exactitude le bord inférieur du cartilage cricoïde; rien n'est plus facile, même chez un enfant et du plus jeune âge, car c'est en remontant à partir de la fourchette sternale la première saillie dure et résistante que l'on rencontre sur la ligne médiane du col. Cela fait, j'introduisis avec lenteur à travers la peau le ténaculum de manière à accrocher par son bord inférieur le cartilage cricoïde. Je m'étais servi de la main droite pour exécuter ce temps délicat de l'opération. Une fois que j'eus senti le cartilage solidement accroché sur la concavité du ténaculum, je saisis celui-ci avec la main gauche, et j'attirai un peu en avant le cartilage cricoïde, et, par conséquent, le conduit aérien. Présentant alors le bistouri adossé à la convexité du ténaculum, je le plongeai, par un mouvement de ponction, dans la trachée que je divisai d'un seul coup avec la peau; après avoir fait une place suffisante pour introduire le bistouri boutonné, je me servis de ce dernier pour prolonger l'incision vers la partie inférieure; je donnai à mon incision une étendue telle, qu'il me fut possible de retirer un tube pseudo-membraneux en forme d'Y, reproduisant exactement la forme de la trachée et des deux bronches.

Quant à l'absence de canule, j'y suppléai au moyen de deux épingles, d'après le mode indiqué plus haut.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 5 *juin* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Gluten ioduré. — Note de M. Garnage sur ce nouveau produit qu'il avait d'abord nommé *iodure de gluten.* (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Goutte. — Recette sur une huile anti-goutteuse et anti-rhumatismale, préparée par M. Poggi, de Lyon. (Même Comm.)

Plaies et blessures. — Recette d'un baume propre à guérir les plaies et blessures, par M. Raoux de Lacourole. (Même Comm.)

Épidémies. — 1° Rapport de M. Poussié, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Marjevols, sur une épidémie de variole et de suette miliaire, qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement;

2° Rapport de M. le docteur Barbot, médecin des épidémies pour

l'arrondissement de Mende, au sujet d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans la commune d'Altier depuis le mois de juin 1854 jusqu'au mois de mars dernier. (Comm. des épidémies.)

Vaccine. — Une lettre de M. Lasnon, médecin à Alvimare (Seine-Inférieure), sur un procédé de conservation du vaccin. (Comm. de la vaccine.)

— Plusieurs états de vaccination pour l'année 1854. (Même Comm.)

Choléra. — Rapport de M. Armieux, médecin aide-major de l'hôpital de Calvi, sur le choléra de 1854. (Comm. du choléra de 1854.)

Eaux minérales. — Demande d'autorisation d'exploiter les fabriques d'eaux minérales, que les sieurs Blanc, Faivre et Loye possèdent à Lyon.

— Une série de rapports, 1° de M. le docteur Izarié, sur le service médical de l'établissement des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), en 1854;

2° De M. le docteur Auzouy, sur le service médical des eaux de Cransac (Aveyron) en 1854;

3° De M. le docteur Lebret, sur le service médical des eaux de Balaruc (Hérault), en 1853;

4° De M. le docteur Pénissat sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), en 1853;

5° De M. le docteur Barrié, sur les eaux de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), en 1853;

6° De M. le docteur Privat, sur les eaux minérales de La Malou (Hérault), en 1854. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Typhus. — M. le docteur Félix Jacquot adresse de Constantinople la relation d'une autopsie pour servir de complément à son travail sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. (Comm. déjà nommée.)

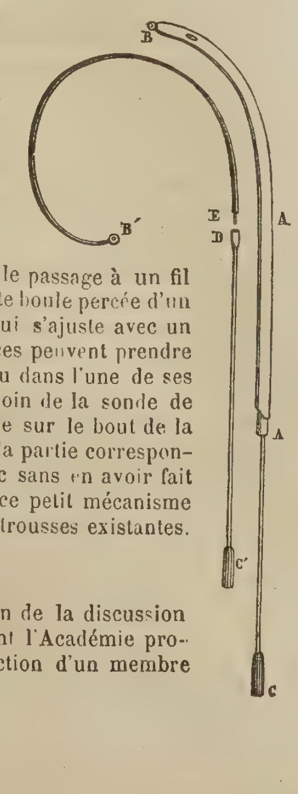
Rétrécissement de l'urètre. — M. Leroy (d'Etiolles), à l'occasion d'une communication de M. Maisonneuve sur la guérison immédiate des rétrécissements de l'urètre, envoie une lettre à l'Académie de médecine sur ce sujet. (M. le secrétaire général fait observer qu'il y a probablement erreur de destination, le travail de M. Maisonneuve ayant été présenté à l'Académie des sciences.)

Choléra. — M. Orange, médecin à Sainte-Eugénie (Algérie), adresse une Note ainsi intitulée : *De la disparition du choléra dépend la guérison de la maladie de la vigne et des pommes de terre*, et annonçant la découverte d'un agent chimique propre à faire disparaître le choléra et ses analogues, les maladies de la vigne et de la pomme de terre. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un mémoire de M. le docteur Aloïse Pasquali : *La chaux comme remède curatif direct du choléra asiatique.* (Même Comm.)

Vaccine. — M. le docteur Thore fils, envoie un Mémoire ainsi intitulé : *Etudes statistiques sur la vaccine et la variole.* (Comm. de la vaccine.)

Instruments. — SONDE DE BELLOC. — M. Mathieu vient de soumettre à l'examen de l'Académie une nouvelle disposition de la sonde ordinaire qui permet de supprimer la sonde de Belloc et de la remplacer avec le bout de la sonde brisée dite *d'homme et de femme* que chaque chirurgien possède dans sa trousse; pour y parvenir, il a pratiqué à l'extrémité vésicale du bout de la sonde d'homme, un très-petit trou qui permet le passage à un fil muni à l'une de ses extrémitées d'une petite boule percée d'un trou B, et à l'autre d'un pas de vis E, qui s'ajuste avec un simple stylet D C'. Ces deux petites pièces peuvent prendre place avec les stylets dans la trousse ou dans l'une de ses poches, de manière que lorsqu'on a besoin de la sonde de Belloc, à l'instant on monte le fil flexible sur le bout de la sonde d'homme A A, on fixe le stylet à la partie correspondante et l'on a une vraie sonde de Belloc sans en avoir fait la dépense et sans en avoir l'embarras; ce petit mécanisme peut s'appliquer à toutes les sondes de trousses existantes.



L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le rapport de M. Bousquet, cependant l'Académie procède immédiatement au vote pour l'élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire.

Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant :
1° M. Bouley;
2° M. Reynal;
3° M. Goubaux;
4° M. Colin.

ÉLECTION.

72 votants ; majorité absolue, 37 :

M. Bouley réunit 56 suffrages.
M. Reynal. . . 16 —

En conséquence, M. Bouley est proclamé membre de l'Académie, et son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

DISCUSSION A PROPOS DU MÉMOIRE DE M. MOREAU (de Tours).

M. PIORRY termine le discours qui avait été interrompu à la fin de l'avant-dernière séance (Nous publierons prochainement cet important discours).

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tératologie. — M. DEPAUL présente à l'Académie deux monstres doubles par fusion latérale dans toute leur étendue, et s'exprime en ces termes :

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, le cadavre d'un enfant né à huit mois environ, qui a vécu quelques instants seulement, et qui présente un exemple de monstruosité assez rare comme espèce surtout.

C'est un monstre double appartenant à la classe des monomphaliens, et qui doit être rangé dans les hémipages, avec cette particularité toutefois que la soudure latérale s'étend à la région sus et sous-ombilicale, confond les deux têtes beaucoup plus que cela n'a été observé dans les faits déjà connus et réduit l'extrémité inférieure à deux membres parfaitement conformés.

La longueur totale de ce monstre, est de 0,41 cent. Du sommet à l'ombilic il a 0,22 cent. Son poids est de 2,650 grammes.

Tête. La portion crânienne manque de l'enveloppe osseuse, et se trouve formée par une masse rougeâtre et molle, composée par deux masses encéphaliques entourées par les membranes, et séparées d'avant en arrière par un sillon assez profond, surtout dans ce dernier sens.

Faces. Deux faces complétement soudées sur la ligne médiane, jusqu'à la région frontale, existent parfaitement complètes et d'une ressemblance parfaite.

Elles sont un peu obliquement dirigées de haut en bas et de dehors en dedans, de telle sorte que les deux mentons convergent l'un vers l'autre et ne sont séparés que par un intervalle de deux centimètres.

Chaque côté a ses deux yeux, son nez et son orifice buccal parfaitement conformés.

De chaque côté existe une oreille régulière.

En avant et sur la ligne médiane, au niveau de l'œil droit de la face gauche et de l'œil gauche de la face droite, existe une petite excavation assez profonde, d'où s'élève un prolongement cutané, aplati transversalement, qui est évidemment une oreille double formée par la fusion de l'oreille gauche de la face droite et l'oreille droite de la face gauche.

Cou. Le cou est très-large et tellement court que les deux mentons touchent presque la partie supérieure du thorax. Les deux oreilles externes reposent de chaque côté sur l'épaule correspondante et sont pliées en deux.

Thorax. Vu par sa face antérieure, il offre une conformation très-régulière. Le diamètre transverse a cependant une étendue un peu plus considérable que ne le comporte le volume général de l'enfant. D'un acromion à l'autre, il y a 0 15 cent. Au-dessous des mamelles, dans sa partie la plus large, il offre 0,11 cent.

Un seul mamelon très petit existe de chaque côté.

En arrière existe une large gouttière verticale. étendue depuis la masse encéphalique jusqu'au sacrum dépourvue de peau, et qui est remplacée par une membrane rougeâtre et transparente, et limitée de chaque côté par une série d'épines osseuses. La largeur de cette gouttière est de 0,04 cent. La soudure des deux colonnes vertébrales paraît complète.

Parties génitales. Ce monstre appartient au sexe mâle. Une verge et un scrotum très-réguliers existent à leur place habituelle. Les testicules ne sont pas descendus dans les bourses. L'anus est perforé et à sa place. Les membres supérieurs qui sont au nombre de deux, ainsi que les inférieurs ne présentent aucun vice de conformation.

Le cordon ombilical est unique et normalement inséré.

J'ai l'intention de faire l'anatomie complète de ce monstre, et d'étudier avec soin les modifications imprimées aux divers systèmes par la fusion des deux individus. J'aurai l'honneur de tenir l'Académie au courant des détails intéressants qui seront probablement rencontrés.

Je mets également sous les yeux de l'Académie un petit fœtus de deux mois et demi, qui présente une monstruosité du même ordre que l'enfant dont il vient d'être question. Je ferai connaître aussi les détails importants qu'une dissection complète pourra me faire observer.

La séance publique est levée à quatre heures, et l'Académie se réunit en comité secret.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences a été officiellement informée, lundi dernier, de la liste des candidats qui avait été arrêtée pour la section de médecine et de chirurgie en comité privé, et que nous avions les premiers annoncée à nos lecteurs. La commission a maintenu sa liste, et comme elle est souveraine, l'Académie a dû l'accepter. Mais dans la discussion qui a suivi le rapport lu par M. Claude Bernard, il est ressorti, d'une manière très-manifeste, que l'Académie n'aurait à se préoccuper d'une manière sérieuse que de trois candidats : MM. Jobert, Jules Cloquet et Jules Guérin. Si M. Baudens, dont personne plus que nous n'apprécie les titres très-sérieux, mais qu'il nous est impossible de placer au même rang que ceux de MM. Guérin, Cloquet et Jobert, si M. Baudens s'est trouvé placé dans un rang qui n'a point répondu au sentiment public, c'est par suite d'arrangements sur lesquels il nous serait difficile d'insister sans toucher à une personnalité envers laquelle l'humanité nous commande en ce moment le silence, sinon le respect.

L'Académie, par sa discussion en comité secret, ayant d'ailleurs tout remis moralement en sa place, il serait assez inutile de revenir, pour le moment, sur des accommodements tristement combinés sur un lit de douleur.

Quand nous disons que la discussion a tout remis en place, nous voulons dire que les trois candidats que la voix publique, par des considérations diverses, plaçait au premier rang, ont repris en effet leur position ; mais il n'en est pas de même des deux autres, MM. Malgaigne d'abord et Maisonneuve ensuite. M. Malgaigne est de taille à marcher de front avec les premiers, et ses talents ont trop été laissés dans l'ombre pendant la discussion aussi bien que dans le rapport. Quant à M. Maisonneuve, entré dans la lice bien longtemps après ces quatre premiers vigoureux athlètes, sa marche a été aussi rapide qu'assurée, et s'ils n'y prennent garde, il marchera prochainement à leur tête. L'Académie commence à s'en apercevoir ; mais elle ne l'a pas assez fait ressortir dans la discussion du comité secret.

Cette juste réclamation faite en faveur de deux hommes de talent, est-il permis de présager qui des trois candidats en ligne sortira vainqueur du scrutin? Cela ne nous semble pas impossible. Celui que tous ses antécédents auraient recommandé au choix de l'Académie, c'eût été évidemment le savant distingué, le spirituel orateur, le professeur habile entre tous, M. J. Cloquet en un mot, si M. Cloquet, par goût ou par raison de santé ne s'était pas retiré depuis quinze ans de la scène scientifique pour vivre en philosophe épicurien (et l'on sait que nous appécions Épicure comme doivent l'apprécier les philosophes et non tel que le jugent des capucins aussi instruits que désintéressés). M. Cloquet, il est vrai, semble depuis quelques mois renaître à une ardente vie de labeur. Mais la vieille fable nous a appris qu'il ne sert à rien de courir et que l'important est de ne pas s'arrêter en route. Notre éminent professeur porte aujourd'hui la peine d'avoir oublié cet apologue. A côté de lui, se trouvent deux émules qui, depuis vingt-cinq ans, ne se sont pas un seul instant arrêtés dans leur course : l'un constamment, incessamment le scalpel et le couteau à la main, et les yeux dans les livres, occupé à chercher des procédés chirurgicaux nouveaux et à répandre l'instruction qui a doté la science de plusieurs innovations dont deux, la suture intestinale et l'autoplastie par glissement dans les fistules vésico-vaginales, suffiront pour lui assurer une place dans l'histoire de la chirurgie ; l'autre, esprit vaste et généralisateur, qui a aussi doté la science d'une méthode dont les applications s'étendent chaque jour davantage, et qui, dans son ensemble, offre toutes les séductions d'un système de Linné, avec une utilité pratique de plus.

L'Académie, qui paraît tenir beaucoup, cette fois, à s'associer un membre sur l'activité duquel elle puisse compter, devra donc choisir entre MM. Jobert et Guérin, puisque M. Malgaigne, on ne sait trop pourquoi, peut-être parce qu'il a trop d'esprit et d'érudition, se trouve mis hors de combat. — Entre ces deux candidats, il serait téméraire peut-être de porter un pronostic ; mais, comme après tout, aucun malade n'aura à souffrir d'une erreur que nous pourrions commettre, nous dirons que nos informations sont en faveur de M. Jobert. Les hommes les plus autorisés, MM. Andral, Claude Bernard, Rayer, Flourens ont formellement déclaré que M. Jobert répondait, dans les circonstances actuelles, mieux que M. Guérin aux besoins de l'Académie, et comme, en définitive, les titres de M. Jobert doivent être de premier ordre aux yeux de l'Académie, nous n'avons aucune raison pour ne pas nous ranger à l'avis de MM. Andral, Bernard, Flourens et Rayer, et nous accueillerons la nomination de M. Jobert comme on doit accueillir une récompense légitime.

— Les choses se sont faites plus nettement hier à l'Académie de médecine. La place de M. H. Bouley était tellement marquée, qu'une majorité de 56 voix sur 72 votants lui a décerné la couronne académique au premier tour de scrutin. Toute la question était de fixer l'attention de l'Académie pour une prochaine élection ; car il reste une place vacante dans la section de médecine vétérinaire. Les 16 voix dissidentes se sont portées sur M. Reynal, qui se trouve ainsi désigné au choix futur de l'Académie, et qui viendra apporter ainsi à la très-remarquable section de médecine vétérinaire le concours d'un talent distingué et d'un zèle scientifique rare.

— La Société impériale de médecine de Toulouse avait mis au concours la question suivante :

« Quelle est la meilleure marche à suivre par l'expert chimiste pour « reconnaître le phosphore dans les cas d'empoisonnement. »

Dans sa séance du 13 mai 1855, elle a décerné les récompenses suivantes :

Une médaille d'or et le titre de membres correspondants à MM. Ossian (Henry), fils, et A. Chevallier, fils, de Paris.

Une médaille d'or *ex æquo*, à M. Victor Meurein, de Lille.

Et une mention honorable à M. J. Ruspini, de Bergame.

N. B. — M. V. Meurein avait été nommé membre correspondant dans un précédent concours où il avait remporté le prix proposé.

Pour toutes les variétés. H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine. — *Cours d'hygiène* fait à la Faculté de médecine de Paris, par Louis Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Mode de publication : Le Cours d'hygiène de M. le docteur Fleury est publié par livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort demi-volume in-8°, en caractères ordinaires, est fixé à 2 fr. 25 c. par la poste. — La huitième livraison vient de paraître ; elle traite des âges, des tempéraments, de la constitution, des idiosyncrasies, de la maigreur, de l'obésité, des sexes.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie ; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur ; des névralgies et des rhumatismes musculaires ; de la fièvre intermittente ; des déplacements de la matrice, de la goutte ; des maladies de la moelle ; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8 ; au bureau du Journal.

Des Hernies crurales, par le Dr A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. — Broch. in-8°. — Paris, au bureau du Journal. — Prix : 1 fr. 50.

Traité des maladies des femmes, par le docteur Alexi avrot. 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr. — Au bureau du Journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851) ; par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du Journal.

*Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le Dr IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — Sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament. — Au bureau du Journal ; prix : 25 centimes, et 40 cent. par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 69. 3e ANNÉE. Vendredi 8 Juin 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Etudes psycho-physiques sur le crétinisme.

Par le docteur B. SCHNEPF.

(Suite. — Voir le n° 68.)

Après l'air, l'aliment le plus indispensable à l'homme, c'est l'eau; sa nature, sa composition jouent un grand rôle dans l'étiologie du crétinisme. Nous avons vu plus haut que sa présence en trop grande proportion dans l'air rendait celui-ci plus particulièrement nuisible à l'homme. Le village de Kazis, dans les Grisons, est moins ravagé par le crétinisme, depuis vingt ans, suivant le relevé de Meyer-Ahrens (*loc. cit.*, p. 18), parce que l'air y est moins humide. Nous ajoutons, à ce sujet, le fait suivant, emprunté à Iphofen (Der Cretinismus philosophical und medical untersucht, 1817). Un homme du village de Vetroz, dans le Valais, lui raconte qu'il habite une maison humide dans laquelle la femme de son prédécesseur était souvent malade, qu'elle donnait par conséquent peu de soins à ses enfants qui, tous, sont devenus crétins; il ajoute que sa femme est bien portante, qu'elle prend grand soin de ses enfants, qu'elle les tient proprement, qu'elle les promène au grand air sec, et qu'elle et ses enfants restent bien portants dans le même local où les enfants de ses prédécesseurs devenaient crétins.

Les plus anciens auteurs qui ont parcouru la Suisse, Simler (1530), Daniel Heremita (1584), Wagner (1752), parlent de puits dont l'eau engendre le goître (Kropfbrunnen); l'hypertrophie de la glande thyroïde n'était, à cette époque, qu'un degré de la cachexie crétineuse. L'insalubrité de ces puits passait, par tradition, de père en fils; quand Iphofen parcourut le Valais, il n'oublia pas de visiter le puits de Brig, dont l'eau devait donner des goîtres aux hommes et aux animaux. Il apprit du curé, qui possédait lui-même des troupeaux, qu'il n'a jamais rencontré chez ses moutons que des indurations et des abcès sous-cutanés. Le goître d'ailleurs était très-commun dans le village, et le curé avait, dans son jardin, une eau de source dont il ne pouvait boire sans éprouver aussitôt des accidents intestinaux. L'eau de cette source sortait d'un sol argileux, et avait une saveur métallique et astringente.

L'eau, troublée par des matières argilo-calcaires, paraît avoir joué un grand rôle dans l'apparition du goître et du crétinisme dans les villages Mykou et Adelboden, du canton de Lucerne, au commencement du XVIIIe siècle, puisque, d'après l'observation de Seelmatter (Morbi circa tobinium familiares cum casibus nonnullis etc.... Basil., 1751; et in Beobachtung, de Rösch, p. 8), la cachexie crétineuse a cessé depuis que les

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, pendant l'année 1854.

Par le docteur FONTÈS, secrétaire-général.

Messieurs,

Un gouvernement qui a su placer sur la première ligne de ses préoccupations le bien-être des classes ouvrières et le soulagement de la misère du pauvre, qui, ne se bornant pas à quelques proclamations stériles, a largement exprimé sa sollicitude par une grande libéralité dans les dépenses de charité, aussi bien que par des subventions nombreuses et destinées à donner une impulsion vive aux institutions de prévoyance et aux sociétés philanthropiques; un tel gouvernement, messieurs, ne pouvait pas regarder comme suffisante l'ancienne organisation des bureaux de bienfaisance. C'est ce qui a été compris par l'administration de l'assistance publique qui s'est hâtée de se mettre à l'œuvre.

Débarrassée des difficultés qui résultaient pour elle de l'insuffisance des ressources dont il lui était permis de disposer, et libre de donner carrière à ses vues intelligentes et généreuses, elle a fondé un service pour le traitement des malades à domicile, sur des bases si larges et si heureusement combinées, qu'il n'est plus une souffrance, il est permis de l'affirmer aujourd'hui, pour laquelle des soins et des secours efficaces n'aient été à l'avance préparés.

Le temps n'est plus où un malade indigent pouvait rester sans secours à la porte d'un hôpital encombré. Grâce à l'extension considérable qui a été donnée à vos fonctions, le champ de l'assistance n'est plus borné aux murs de ces établissements. Il n'a désormais plus de limites.

Une année d'expérience a déjà mis en lumière les bienfaits de l'organisation nouvelle, et personne mieux que vous, Messieurs, n'est en mesure de les constater. Que chacun veuille bien apporter la liste des malades traités par lui en dehors des indigents inscrits sur les registres des bureaux; qu'il calcule les secours reçus par ses malades, et il sera facile de juger le nombre des malheureux qui ont eu à bénir le nouvel ordre de choses.

Il est d'ailleurs une circonstance qui peut donner une idée importante de tout le bien qui est résulté de l'organisation du nouveau service.

L'année presque tout entière a été marquée par une épidémie redoutable. Dès les premiers symptômes de l'apparition du fléau, l'administration n'avait pas manqué de prendre ses mesures et de disposer à l'avance tous les éléments d'un service spécial pour le choléra. Elle n'avait qu'un ordre à faire entendre pour que ce service fût à l'instant

habitants vont puiser leur eau à d'autres sources. Coxe (Briefe über.... den Zustand der Schweiz, 1791; et in Beobachtung, de Rösch) a fait une remarque semblable pour les villes de Lucerne et de Fribourg, de même que pour certaines localités du Valais. Dans la première de ces villes, il y avait un puits qui fournissait une eau pure et saine; aussi les habitants d'alentour n'étaient-ils ni goîtreux ni crétineux. Dans le Valais, Langhans (1753) a rencontré des hommes de petite taille portant d'énormes goîtres, mourant tous à un âge peu avancé; il en cherche la cause dans les eaux argileuses et sablonneuses dont les habitants de ce pays faisaient usage. Au temps de l'illustre Haller, le Valais renfermait un grand nombre de crétins qu'il dépeint parfaitement, et dont il croit trouver la cause, en partie, dans les eaux, mais en partie aussi dans l'air confiné et trop fortement chauffé par le soleil, autre élément d'étiologie dont nous avons déjà apprécié la valeur.

Quoique Lehmann (Patriotic Magazin. Berne, 1790; et in Beobachtung, de Rösch, 3 heft) attribue aux eaux bourbeuses, que les habitants des Grisons buvaient au commencement du XVIII[e] siècle, non-seulement le goître et le crétinisme, mais encore les fièvres graves et les fièvres intermittentes; quoiqu'il ait remarqué que le goître ait disparu, peu à peu, dans le village de Rotels, à partir du moment où l'on puisait l'eau à de meilleures sources découvertes en 1758; il croit néanmoins que la mauvaise hygiène des habitants de ces pays contribue à la dégénérescence crétineuse autant que l'air et l'eau. Daniel Heremita avait émis la même opinion au commencement du XVII[e] siècle, contrairement aux idées vulgaires qui avaient cours alors dans toute la Suisse.

Du temps de Münster (in Beobachtg. de Rösch. 3 h. p. 47), qui est mort pendant la peste de Bâle, en 1552, il est déjà question du goître et du crétinisme; la plupart des habitants du Valais, hommes et femmes, étaient affectés d'un goître et ils en attribuaient la cause à leurs eaux. Cependant Münster fait remarquer qu'il a vu des hommes, portant un goître, qui ont rarement ou jamais bu de l'eau. Mais Sünler qui a visité le Valais, peu après Münster, réfute avec raison ce dernier argument, en disant que l'homme ne prend pas seulement l'eau comme boisson, mais qu'il en ingère aussi avec le pain qu'il mange et la plupart des aliments dont il fait journellement usage.

Coxe soutient dans ses Lettres (1789) que partout où il a rencontré des goîtreux, en Allemagne, en Suisse, en Piémont, en Savoie, il a trouvé également les eaux chargées de substances argilo-calcaires. Ce sont ces substances qui d'après de Salis rendent tellement malsaines les eaux à Zizers, Ygis et à Trimmis, que Wagner avait déjà pu remarquer que les personnes saines qui venaient s'établir dans ces localités étaient bientôt atteintes de goîtres. Guggenbühl tient du docteur Mottard que des conscrits de la Maurienne, qui ont bu des eaux de Saint-Julien pendant quelques mois, ont eu des goîtres et se sont ainsi soustraits au service militaire. Cette influence fâcheuse des eaux est également signalée en Bavière par le professeur Virchow qui appelle l'attention des chimistes sur ces sources (kropfbrunnen) si redoutées par le peuple. Il est facile d'admettre avec ce savant professeur que des émanations irrégulières, à des époques plus ou moins éloignées, pourraient rendre raison des recrudescences irrégulières aussi de la cachexie crétineuse. Nous aurons occasion plus loin d'insister sur cette opinion.

Les auteurs sérieux qui ont visité la Suisse, de Salis, Coxe et surtout Ackermann, ont rencontré des goîtreux qui n'étaient pas des crétins; de même ils ont vu des crétins sans goître et d'autres avec des goîtres dans les mêmes localités; ils les ont décrits en même temps, mais ils ne les ont pas confondus. Esquirol (*loc. cit.*, p. 354), qui cherche à les différencier des idiots, dit : « Quelques crétins ont le cou court et gros, d'autres l'ont allongé et grêle, *tous n'ont pas des goîtres.* » Le docteur Reeve a été conduit a admettre plus de rapports entre le crétinisme et le rachitisme qu'entre le goître et la cachexie crétineuse.

L'eau des neiges et des glaciers a d'abord été considérée comme étant la cause principale du développement du goître; mais Storr, de Salis, de Saussure et Coxe ont puissamment contribué à détruire cette croyance populaire; Storr et de Saussure pensent même que cette eau est un moyen prophylactique contre l'hypertrophie de la glande thyroïde.

Guggenbühl (die Cretinen-Heilaust. aus dem Abend-berg 1853, p. 54.) dit que « la cause du crétinisme est tout ce qui affaiblit, tout ce qui déprime l'activité de la partie centrale du système nerveux. » La présence de la magnésie dans l'eau potable ou dans le sol a servi à M. Grange à bâtir une théorie sur la production du goître et du crétinisme, théorie à laquelle Guggenbühl prédit l'avenir qu'a eu dans le siècle passé celle des eaux, des neiges et des glaciers. A ce sujet il rappelle le résultat contradictoire des analyses entreprises par le chevalier Cautée, en Piémont, et par le docteur Niepce, en France.

Analyses de l'eau des localités où règne le goître et le crétinisme :

1° Vallée d'Aoste :

Carbonate de chaux.

Sulfate de chaux en faible proportion.

---

mis en activité. Mais les médecins de bienfaisance, par l'extension donnée à leur institution, ont suffi à toutes les nécessités de la situation.

Les réparatifs de l'administration, devenus heureusement inutiles, ont à peine été connus de la population et n'ont pas troublé sa quiétude.

Il y a plus, Messieurs : si nous croyons à l'efficacité des moyens de secours indiqués par la science, il est permis de penser que la facilité extrême donnée à tous les indigents de se faire traiter dès les premières atteintes du mal soit à leur domicile, soit dans votre service des consultations, a pu être pour quelque chose dans la bénignité relative de l'épidémie. N'est-ce pas, en effet, dans une proportion extrêmement considérable qu'il vous a été donné de combattre chez vos malades des symptômes gastriques et nerveux, des affections, en un mot, que les médecins s'accordent à regarder comme prodromiques du choléra, et qui sont généralement trop négligées, surtout par les indigents dès l'instant où le traitement devient pour eux l'occasion d'une dépense, d'un déplacement, d'une perte de temps ?

L'autorité, il faut le reconnaître, n'avait rien négligé pour prémunir la population contre cette insouciance dangereuse. Mais il n'est pas douteux que, sans votre intervention incessante, les conseils de la prudence auraient été bien moins entendus. Si vous n'étiez pas chargés d'aller vous-mêmes à la recherche des malades, au moins ceux-ci vous avaient-ils partout et à toute heure sous la main. Votre service se trouvait donc institué de façon à toucher de très-près au système des *visites dites préventives*, et il a dû rendre une partie des services que beaucoup de médecins attendaient de la mise en œuvre de ce système.

Ainsi donc, le nouvel ordre de choses a été pour la population un bienfait immense, incontestable. Si l'administration a été déçue, jusqu'ici, dans son espoir de voir diminuer l'affluence des malades dans les hôpitaux, par la raison que dans un centre où se pressent plus d'un million d'hommes, à mesure que les secours augmentent, on doit voir s'accroître le nombre de ceux qui viennent les réclamer, elle n'aura certes pas à regretter son œuvre en songeant à tous les maux qui ont été soulagés, à tous ceux qui ont été peut-être prévenus.

J'ai hâte de me placer à un autre point de vue et de mesurer avec vous, Messieurs, la part qui se trouve faite au Bureau de bienfaisance au milieu de toutes ces améliorations.

Je ne m'arrêterai pas à la modeste indemnité qui vous a été allouée, bien que vous deviez être, sous ce rapport, reconnaissant envers l'administration, qui en consacrant le principe de la rémunération, a prouvé dès l'instant où il lui a été donné de le faire, que votre temps et vos services avaient à ses yeux quelque valeur. Ce qui rehausse bien autrement vos fonctions actuelles, ce qui vous fera aisément supporter le surcroît de travail qui vous est imposé, c'est l'importance et l'intérêt qui s'attachent désormais à la mission qui vous est confiée. S'il était facile, il y a un an, de démontrer que le service des bureaux, même avec l'organisation restreinte d'autrefois, présentait son intérêt pratique et pouvait ne pas rester stérile pour le médecin observateur, l'extension considérable qu'il vient de recevoir ne permet plus d'élever un doute à cet égard. Qui oserait aujourd'hui qualifier le médecin de l'assis-

Chlorure de sodium.
Chlorure de calcium.
Point de magnésie.

2° Villar-le-Goîtreux, dans la Tarantaise :
Carbonate de chaux.
Acide carbonique libre.
Sulfate de chaux.
Chlorure de calcium.
Chlorure de sodium.
Traces d'iode.
Point de magnésie.

3° Saint-Vincent, dans la vallée d'Aoste, où règne fortement le crétinisme :
Chlorure de sodium.
Chlorure de calcium.
Sulfate de chaux en petite proportion.
Iode, faible quantité.
Acide carbonique libre.
Gaz hydrogène sulfuré.
Point de magnésie.

4° Département de l'Isère, dans le village de Vaulnaveys envahi par le crétinisme.
Carbonate de chaux.
Sulfate de chaux.
Silicate d'alumine.
Carbonate de fer, des traces.
Chlorure de sodium.
Chlorure de calcium.
Acide carbonique libre.
Point de magnésie.

5° Coise, en Savoie; l'eau d'une source qui est réputée engendrer le goître donne à l'analyse :
Carbonate de chaux.
Sulfate de chaux.
Chlorure de calcium.
Matières organiques, des traces.
Point de magnésie.

L'eau de la fontaine de Versoud, dans la vallée de Graisivaudan, où il n'y a pas de crétins, renferme, sur 1,000 grammes, 0,003 de carbonate de magnésie. Une autre source, dont l'eau guérit le goître, contient, outre le sel de chaux, 0,052 de chlorure de magnésie. « Cela suffira, dit Guggenbühl, pour réfuter la théorie nagnésienne. » Il n'est cependant pas complétement inutile de faire remarquer que M. Grange n'est pas le premier qui ait fait jouer un rôle à la magnésie dans la cachexie crétineuse. Voici ce qu'en dit Esquirol : « Un célèbre voyageur italien dont le nom me fuit, assure qu'on rencontre beaucoup moins de crétins dans les gorges des montagnes magnésiennes que dans les montagnes calcaires. » Nous devons ajouter que le professeur Virchow a fait analyser, par Siegmand, l'eau d'un puits d'Iphofen, où existent des crétins, et qu'il s'y est trouvé, outre les sels ordinaires, du fer et *un peu* de magnésie. Il pense, d'ailleurs, que la composition des eaux est encore trop peu connue pour qu'on puisse baser sur elle n'importe quelle théorie.

Ceci nous amène naturellement à examiner l'influence des conditions géologiques sur le développement du crétinisme. Le sol influe sur la santé de l'homme, d'une part, en modifiant la nature de l'air par ses émanations; et d'autre part, en communiquant aux eaux qui le parcourent, des éléments hétérogènes (1).

Le professeur Heusinger, de Cassel, dit à ce sujet : « Les animaux qui vivent sur des terrains argileux, où l'eau est stagnante, ne prennent pas de graisse; ils sont faibles, mous, peu propres au travail, souvent affectés de maladies organiques. » Les accidents du sol, les montagnes, les vallées, les gorges, jouent un rôle important dans les causes que nous avons signalées plus haut. La théorie des miasmes crétineux repose tout entière sur la constitution, la nature du sol ; il en est de même de celle des eaux. Mais la géologie est une science encore trop peu avancée pour qu'elle puisse actuellement fournir les éléments nécessaires à la solution de ces importants problèmes. C'est encore ici l'Allemagne, ou plutôt cette Société médicale de Würzburg, dont les membres sont des Kölliker, des Virchow, des Scanzoni, des Scherer, qui, la première, a entrepris des études géologiques sérieuses, dans le but d'éclairer la question obscure de l'étiologie du crétinisme. Des cartes géologiques de la Bavière ont été dressées et le professeur Virchow, en parcourant les localités envahies par cette endémie, a reconnu que là où elle sévit, prédominent les couches calcaires du trias, le muschelkalk (calcaire coquillier), le kenper ou legyps, ou bien encore le grès bigarré (bunter sandstein), le calcaire et des couches du Zechstein.

Seusburg fait un singulier rapprochement entre la composition des eaux de quelques-unes des localités de la Bavière et le nombre des crétins qu'elles contiennent.

(1) *Recherches de pathologie comparée*, Cassal, 1847.

---

tance publique à domicile de distributeur de bouillons et de toniques aux infirmes et aux vieillards? Quel est l'ordre de maladies soit aiguës soit chroniques qui a manqué à l'appel de votre pratique durant cette première année d'exercice? Sur quel autre théâtre vous serait-il donné de rencontrer, pour faire l'épreuve de votre savoir et former votre expérience, des faits plus nombreux et plus variés? Tout individu malade, ne fût-il même pas dans l'indigence la plus absolue, est aujourd'hui en droit de réclamer vos soins.

Certes la charge est lourde, mais pouvait-elle vous faire reculer? Non, Messieurs, c'est bien plutôt avec bonheur que vous accepterez la perspective d'un accroissement incessant de votre tâche en songeant à toutes les compensations que doit y rencontrer votre amour de l'étude et de l'art. Or, Messieurs, cet accroissement est inévitable.

C'est à peine, en effet, si la population est encore initiée à ses nouveaux droits. A mesure qu'elle les connaîtra mieux et qu'elle appréciera davantage votre zèle et votre habileté, elle prendra l'habitude de recourir plus directement et plus souvent à vos soins. C'est ainsi que votre service, déjà très-actif, offrira de jour en jour une plus riche moisson de faits à celui qui saura les récolter.

Tant d'avantages, Messieurs, ne peuvent manquer d'être remarqués et vivement recherchés. Le titre de médecin des bureaux de bienfaisance sera bientôt aussi envié qu'il l'était peu naguère. Que l'on arrive donc à rendre l'abord de ces fonctions un peu moins accessible; qu'une épreuve de savoir et de capacité devienne obligée pour celui qui les ambitionne, et une notable portion de la grande distance qui vous séparait des médecins des hôpitaux se trouvera désormais effacée. Il vous restera sans doute à envier encore à ce dernier l'économie de temps et de fatigue qui résulte de la réunion de tous ses malades dans un même local, l'abondance et la variété des ressources thérapeutiques que vous refuse parfois un formulaire restreint, mais destiné à s'agrandir, l'extrême facilité des recherches microscopiques, la possibilité de choisir jusqu'à certain point, les sujets de recherches, et, par-dessus tout, l'éclat d'une position vaillamment conquise dans les glorieuses luttes des concours.

N'en doutez pas néanmoins, la nouvelle place qui est marquée pour vous dans la hiérarchie scientifique, bien qu'elle ne soit pas la première, réunit assez de conditions avantageuses pour attirer sur votre personnel une considération à laquelle vous n'avez pas été habitués et dont vous saurez vous montrer dignes.

Ne regardez pas autour de vous, Messieurs, en vous demandant si le tableau que je viens de tracer n'est pas une pure illusion dont mes désirs voudraient faire une réalité. Souvenez-vous que vous entrez d'hier seulement dans une ère toute nouvelle; que les choses, et surtout l'opinion, ne se modifient qu'à la longue ; mais si les faits ont un enchaînement et une logique, certainement un avenir prochain amènera la réalisation de ces légitimes espérances.

Dans des circonstances aussi importantes pour vous, la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, devenait, Messieurs, d'une utilité incontestable. Laissant de côté la plupart des anciens errements pour vous engager dans une voie nouvelle, vous deviez être frappés de tous les avantages résultant du nouveau système, aussi bien

1,000 parties d'eau renferment	d'Iphofen.	de Mainbernheim.	de Rodelsée.	de Hohenfeld
Sulfate de chaux.	0,8	1,0	1,6	0,8
Carbonate de chaux	0,4	0,5	0,7	0,6
Magnésie	»	»	0,3	0,5
Par 100 habit. crétins	10	3	8	5

Ces recherches, ces relations, suivant le professeur Virchow, n'ont pas encore toute la valeur que les recherches ultérieures, faites dans le même esprit et dans la même direction, devront leur donner. Puissent les grands pays, comme la France, imiter l'heureuse impulsion donnée par la Bavière!

L'homme, considéré dans ses rapports sociaux, appartient d'abord à la famille, puis seulement à la Société. Le père est, selon les lois naturelles et civiles, le chef, le représentant, le type de la famille, quoiqu'un syphiliographe moderne ait cherché, tout récemment, à lui contester la triste et terrible faculté de transmettre à ses enfants les maux dont il peut être infecté. L'histoire du Crétinisme tend à prouver, au contraire, que le père imprime à l'enfant quelque chose de sa nature physique et morale.

Meyer-Ahrens (in Beobachtg. de Rösch, 3 h.), dans son intéressant mémoire sur l'état du cretinisme en Suisse jusqu'en 1840, rappelle les opinions anciennes sur l'hérédité; les crétins naissaient dans les familles crétines; quand ils diminuaient et quand ils disparaissaient même, on disait que cela tenait à l'immigration d'hommes vigoureux et sains dans les localités où régnait l'endémie. Il ne rapporte rien de plus positif. — Haller, partout profond observateur, a entrevu un fait presque généralement admis et prouvé aujourd'hui. — « Plurimi ejusmodi fatui in vicina mihi Valesia vivunt...., et in planitie, et inter montes, proportione sanorum civium pene innumeri, et ex sanis nati. (Elemt. phys. t. IV. Lausan. p. 570.) »

Bien plus; l'observation a prouvé à Ackermann que, dans le Valais par exemple, des crétins peuvent naître de parents parfaitement sains; qu'en plaçant ceux-là dans de meilleures conditions hygiéniques, dès qu'ils présentent quelques symptômes de la maladie, on les voit se développer régulièrement, et qu'enfin, même les enfants qui naissent de parents crétins peuvent échapper à l'endémie si on les fait élever sur les montagnes dans de bonnes conditions. Pour toutes ces raisons il s'élève contre Ramond de Carbonnières qui prétend que des causes morales ont engendré et entretenu dans les Pyrénées, les crétins, les cagots, les caquets; que ce sont les descendants des Wisigoths qui ont été défaits en partie par les Francs et dont les débris se sont retirés dans les vallées et les gorges des montagnes où ils vivent misérablement, repoussés de partout, méprisés et maltraités même. Stahl (Einige histor Winke... in Beobachtg. de Rösch, 3 h.), non satisfait des théories géologiques, hydraulogiques et autres sur le développement du crétinisme dans la Savoie et le Piémont, cherche à l'expliquer également au moyen des événements historiques et religieux. Mais Rosch lui-même rappelle à ce sujet que bien des peuples, les juifs, les Saxons sous Charlemagne, les protestants, les puritains, les Indiens de l'Amérique, etc., etc., ont été tourmentés à cause de leurs principes religieux présentés par leur vainqueurs, et chassés de contrée en contrée et qu'ils n'ont cependant pas été envahis par le crétinisme. D'ailleurs, cette maladie n'atteint pas des peuplades entières, mais seulement les habitants de contrées particulières, où les enfants des étrangers peuvent également devenir crétins; de plus les enfants des indigènes ne deviennent pas crétins quand on les expatrie ou qu'on les élève dans d'autres localités où cette endémie n'existe pas.

Le docteur Guggenbühl ne rejette pas complétement l'influence de l'hérédité; d'après le relevé de son asile de l'Abendberg elle serait :: 1 : 30; en Piémont où le relevé porte sur 4,000 couples de crétins, l'hérédité paternelle est :: 1 : 25 et l'hérédité maternelle :: 1 : 36. On pensait aussi que des mariages entre crétins devaient naître forcément des crétins. « C'est là une erreur, dit le docteur Niepce, qu'il est bien important de rectifier. Ces sortes d'alliances n'ont lieu, du reste, qu'entre un homme crétineux, riche, et une femme saine mais pauvre, ou bien entre une femme imbécile, riche, et un homme pauvre mais sain. Dans le premier cas les enfants qui naissent sont assez bien constitués, tandis que, dans le second cas, généralement la femme est stérile. » Les observations que Guggenbühl (*loc. cit.*, p. 60.) a faites en Suisse lui font admettre que le père a une influence plus grande sur l'état physique et intellectuel de l'enfant que la mère. Il connaît, dit-il, des crétines, à la douzaine, qui ont donné le jour à des enfants sains de corps et d'esprit. L'exemple le plus frappant qu'il rapporte est celui d'une fille de Saint-Maurice, atteinte de crétinisme au plus haut degré, ne pouvant pas même marcher, et qui mit au monde un fils qui a servi plus tard dans la garde de Napoléon Ier. Le père de l'enfant était un vigoureux cantonnier italien. Le fondateur de l'asile de l'Abendberg a vu à Sidders un couple dont le père, crétin microcéphale, donna la vie à quatre êtres atrophiés, couverts d'ulcères et dont les têtes représentaient tout à fait des têtes de chat. Guggenbühl ne parle pas de la mère.

Le professeur Virchow rapporte un certain nombre d'observations de crétins dont les parents sont parfaitement sains,

---

que des difficultés imprévues qui pouvaient se rencontrer sous vos pas. Vos réunions ne semblaient-elles pas providentiellement destinées à rendre plus facile et plus décisive l'expérience qui allait être faite? Echanger vos remarques, mettre en commun les moyens de parer aux difficultés, élucider par la discussion les points du nouveau réglement qui avaient donné lieu à des interprétations diverses; entretenir et réchauffer, par le contact, le zèle qui vous est nécessaire pour dignement seconder l'administration et atteindre avec elle le but qui a été marqué: tel devait être le principal objet de vos séances de l'année.

Dans le petit nombre de celles qui vous étaient accordées par votre réglement, vous n'avez pas failli à cette tâche, comme vous allez en juger, Messieurs, par le résumé rapide que je dois avoir l'honneur de placer sous vos yeux.

Je dois commencer par ramener votre attention sur la question des consultations publiques qui a été soulevée parmi vous. Peut-être aurait-on difficilement prévu qu'une question aussi simple pourrait rencontrer des difficultés presque insurmontables, et amener, dans vos réunions, des discussions très-animées, j'allais dire presque orageuses. C'est cependant ce qui a eu lieu. Vous vous en occupiez dès votre première séance de l'année. La question s'est représentée sous diverses formes dans la plupart des séances suivantes. Elle a surgi encore avec une vivacité toute nouvelle dans votre dernière assemblée. D'après l'ancien réglement, vous ne deviez vos consultations qu'aux malades inscrits sur les registres du bureau, et suivant les localités, ces consultations étaient données d'après un mode différent. Dans tel arrondissement, le malade inscrit était assimilé par son médecin au client de la ville, et reçu chez lui tous les jours. Dans tel autre, le médecin allait recevoir ses malades dans un local spécial à des jours et des heures déterminés. Ailleurs, chaque médecin, à tour de rôle, donnait des consultations dans ces mêmes locaux pendant un mois entier, aux malades de toutes les divisions. L'administration, dans son désir très-louable d'étendre les secours médicaux au delà du cercle des indigents inscrits et de rendre leur abord aussi facile que possible, a généralisé ce dernier mode, en ouvrant, en outre, la consultation à tout malade qui voudrait venir réclamer les conseils des médecins. Rien de mieux au premier abord; mais bientôt l'expérience a fait ressortir des inconvénients que l'on n'avait pas prévus. Les malades sérieusement affectés, passant, de mois en mois, des mains d'un médecin aux mains de son successeur, n'avaient qu'à perdre à ces changements répétés.

Il arrivait, d'un autre côté, que des mendiants, empruntant les apparences de la maladie, parvenaient trop souvent à tromper la religion du médecin non prévenu, et se faisaient délivrer des secours ou au moins des médicaments au préjudice des vrais malades. Enfin, dans certains quartiers, le nombre des individus qui se présentaient à la consultation, devenait si considérable que, faute de temps, l'examen des malades n'avait plus rien de sérieux. A mesure que chacun de vous avait été appelé au service de la consultation, il venait à la Société faire part de ses remarques, et proposer les modifications qu'il croyait utiles.

(*La suite au prochain numéro.*)

quatre où la mère seule est ou crétine, ou imbécile, ou goîtreuse. A ce sujet encore le champ de l'observation reste ouvert.

Les dispositions psychiques des parents, au moment de la conception, ont évidemment une grande influence sur les produits de la conception. Des aliénés, des épileptiques peuvent engendrer des idiots et des crétins, même si les autres conditions qui favorisent cette dégradation n'existent pas. Le professeur Virchow, dans son voyage à travers l'ancienne Franconie, a rencontré une famille dont le père est mort paralysé, la mère, morte également, était mal conformée et goîtreuse; leurs enfants et petits-enfants, au nombre de sept, sont tous idiots et crétins, à l'exception d'une fille qui est parfaitement saine de corps et d'esprit, mais qui a un enfant, de douze ans, crétin au plus haut degré. Il est bon d'ajouter que cette famille vit de la charité publique, dans un état de misère extrême. Il rapporte un autre cas, du même pays et dans des conditions d'existence semblables, où il n'y a d'antécédents du côté de la famille qu'une mère goîtreuse; Guggenbühl en cite deux cas analogues.

Une cause d'erreur qui n'est pas rare, et dont l'observateur doit se garantir le plus, ce sont toutes les émotions variées que les mères prétendent avoir eues pendant leur grossesse, et que leur tendresse ou leur amour-propre ne manque pas d'annoncer comme la cause unique de la dégradation de leur enfant. Storr pense que dans le Valais, cette endémie est favorisée aussi par les excès des plaisirs vénériens auxquels se livrent les parents. Au moins, de son temps, les habitants de ce canton passaient pour se porter à de tels excès. On croit que l'état d'ivresse au moment de la conception n'est pas sans avoir une certaine influence sur le développement physique et intellectuel de l'enfant. Nous ne possédons pas de faits relatifs à cette question.

Une cause des plus puissantes de la cachexie crétineuse, au dire de tous les auteurs qui ont visité la Suisse, découle des soins que les parents, les mères surtout, prennent de leurs enfants. Coxe et Eblin rappellent surtout comment, dans le Valais, les familles, dans lesquelles règne le crétinisme, vivent dans des chambres basses, étroites, avec leur bétail, avec les chiens et les chats, restant ainsi dans un air confiné qui ne peut se renouveler que très-imparfaitement par les portes, car les fenêtres ne s'ouvrent jamais. Les enfants restent continuellement dans ces réduits, au milieu de toute espèce d'ordures, ayant pour nourriture des pommes de terre et des bouillies faites avec de mauvaises farines. Ces mêmes auteurs font remarquer que le nombre des crétins a diminué, dans leurs vallée, depuis que la guerre y a amené les Français qui ont réformé, en grande partie, ces habitudes si anti-hygiéniques, et aussi depuis que les enfants nés dans les localités où règne l'endémie, sont élevés sur les motagnes ou dans des endroits favorablement situés.

De ce qui précède nous pouvons établir que les influences sous lesquelles se développe le crétinisme sont multiples, mais qu'elles sont toutes comprises dans celles qui ont pour résultat la débilité physique et intellectuelle.

§ 3. — *Symptomatologie du crétinisme.*

Jusqu'à présent nous n'avons pas défini le crétin, nous n'allons pas le définir non plus; notre intention est de le montrer avec ses signes physiques et psychiques, de le faire passer sous les yeux du lecteur dans les différents états que lui reconnaissent les auteurs.

C'est à la fois pécher contre les règles de toute bonne classification et contre la science de l'anatomie pathologique que d'imiter Stahl dans la division des crétins selon la forme et le volume du crâne, en microcéphales, macrocépales, brachycéphales, en ceux qu'on appelle masques, et en ceux à forme de tête en pain de sucré. Cette appréciation incomplète, restreinte à un seul point de vue, contribue pour beaucoup à la confusion qui règne dans son travail et l'amène à employer presque indistinctement les mots d'idiot, de crétin. La classification du professeur Troxler, de Berne, est plus méthodique et plus pratique; elle est consacrée dans la plupart des cantons de la Suisse. Sa forme la plus légère se caractérise par la seule existence du goître; une autre est la leucœthiopie ou affaiblissement physique avec des troubles de la vision; une troisième est le mutisme crétineux caractérisé par des troubles dans l'ouïe et dans la parole; une quatrième est l'idiotisme crétineux, forme dans laquelle l'activité psychique est éteinte, et enfin une cinquième est le crétinisme complet, remarquable par la dégradation physique portée au plus haut degré.

Le docteur Knolz, rangeant les causes du crétinisme dans quelques catégories, admet aussi quatre formes distinctes: (*a*) le crétinisme héréditaire qui résulte déjà de l'acte de conception dans les familles crétineuses (nous avons déjà parlé d'exceptions heureuses); (*b*) le crétinisme congénital résulterait de l'immigration de la mère bien portante, mais pendant la gestation, dans une contrée crétineuse; (*c*) le crétinisme acquis endémique tient à des prédispositions crétineuses et à des influences fâcheuses et endémiques (cette forme ne nous paraît pas différer de la précédente); (*d*) le crétinisme sporadique est, suivant cet auteur, une maladie particulière par elle-même, ou bien elle accompagne d'autres maladies, ou bien enfin elle est la conséquence d'autres états morbides.

Nous pensons avec le docteur Guggenbühl, que pour le médecin praticien et l'économiste, que ces questions doivent préoccuper, il suffit de distinguer les cas où la science et les soins hygiéniques peuvent intervenir, avec des chances de succès presque certains, de ceux qui sont plus ou moins incurables. Les individus de la première classe forment, pour Virchow, les crétineux, et ceux de la deuxième les crétins. Dans son dernier rapport, lu devant la Société physico-médicale de Würzburg, il trace l'histoire, plus ou moins détaillée, de 26 crétins et de 8 crétineux.

Les signes physiques des crétins sont tirés de la taille du corps, du volume de la tête et de sa forme, de la longueur des membres, de la nature des téguments, de la présence ou de l'absence du goître, de l'habitus et de l'âge; les fonctions de la vie végétative n'offrent que des symptômes accessoires; les organes sexuels en fournissent de pareils.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. Depaul.

Du traitement des anévrismes par une nouvelle méthode de compression (compression indirecte et alternante).

Malgré quelques rares succès obtenus par la compression, on peut dire que cette méthode est abandonnée, et à juste titre, dans tous les cas où la belle méthode d'Anel pouvait être appliquée; mais elle ne l'était qu'à défaut de mieux, et il n'était pas de chirurgien, en pratiquant la ligature, qui ne regrettât l'absence d'une méthode aussi sûre et moins dangereuse.

Un de nos jeunes chirurgiens, aussi distingué par la rare culture de son esprit que par sa sagacité et son instruction chirurgicales, a fait plus que de partager les regrets de ses prédécesseurs; il les a remplacés par une espérance qui est presque déjà une réalité. Se fondant sur quelques faits observés à l'étranger et habilement, judicieusement interprétés par lui, il a, dans un remarquable travail, qui se transformera prochainement en un excellent traité pratique sur la cure radicale des anévrismes, montré tout le parti que l'on pourrait tirer de la compression *indirecte alternante*. Bientôt M. Robert chercha à mettre en pratique la méthode de son très-distingué collègue, et il obtint des résultats qui, bien que rendus fort incomplets

par la sortie précipitée du patient, donnèrent quelques espérances.

Quelques temps après, M. Depaul put appliquer à l'hôpital Necker la méthode de M. Broca avec suite, et il communiqua à la Société de chirurgie une observation remarquable, que M. Danyau a ainsi résumée dans son rapport. — Cette observation ne restera pas longtemps, nous l'espérons du moins, seule dans la science, et nous en communiquerons probablement bientôt une ou deux à nos lecteurs, qui fixeront définitivement l'opinion des praticiens sur le mérite de la méthode inaugurée par M. Broca.

Observation. Le nommé Brun, employé, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, entre le 24 juillet dernier à l'hôpital Necker, dans le service de M. Lenoir, dont M. Depaul est provisoirement chargé, pour se faire traiter d'un anévrisme de l'artère poplitée du membre gauche. La vie tranquille de cet homme, qui non-seulement ne se livre à aucun exercice violent, mais encore n'use de ses jambes que pour franchir lentement, matin et soir, le court espace qui sépare son domicile de son bureau, semblait devoir le préserver d'une semblable maladie. Faut-il en attribuer le développement à un mouvement violent fait par une femme assise sur son membre inférieur fortement allongé et tendu? Un tiraillement pénible qu'il sentit en ce moment dans le creux poplité tendrait à le faire croire, en l'absence de toute autre cause que puissent lui fournir ses souvenirs. Quoi qu'il en soit, on constate à l'entrée de cet homme à l'hôpital que dans l'extension incomplète le creux poplité gauche présente une surface un peu saillante au lieu d'une dépression. On sent au centre et à la partie inférieure de cette tumeur une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, offrant à la main des battements, avec expansion assez forte pour soulever les doigts, isochrones aux battements du pouls, disparaissant par la compression de l'artère crurale au pli de l'aine, et un bruit de souffle intermittent très-rude à l'oreille. Toute la région poplitée est douloureuse, à la pression surtout et par un mouvement un peu étendu du membre. Des cataplasmes, des bains, le repos au lit, une nourriture légère sont d'abord prescrits pour combattre cette complication, et le 1er août, après des examens répétés, qui ne laissent aucun doute sur la maladie, M. Depaul, assisté de M. Broca, fait l'application de l'instrument compresseur. A l'aide de cet ingénieux appareil de M. Broca, la compression fut exercée alternativement, à la partie supérieure et à la partie inférieure, par les deux pelotes dont il est garni. La pelote supérieure, comme on le voit dans la gravure, a son gran diamètre parallèle à l'axe de l'artère, l'inférieure est appliquée transversalement. La simplicité du mécanisme de ces pelotes est elle que leur manœuvre eût pu en être abandonnée au malade; mais l'intérêt qui s'attachait à la promptitude du succès fit que l'interne de service se chargea de régler la compression pendant la journée; dans la nuit, le malade serra lui-même les pelotes : comme il ne pouvait porter la main dans le creux poplité, il s'arrêtait dès qu'il sentait à peine les battements de la tumeur. Un des points importants de la méthode est de ralentir, au lieu de suspendre complétement la circulation dans la tumeur anévrismale. Pendant les premières vingt-quatre heures, il fallut alterner huit fois le point sur lequel portait la compression, qui, en somme, fut bien supportée et eut pour premier effet de diminuer sensiblement la douleur du creux poplité. Dès la première nuit il y eut un peu de sommeil. Les jours suivants et les nuits suivantes sont meilleurs encore; le malade, plein de confiance, se conforme à toutes les indications qui lui sont données pour porter la compression au point voulu et pour alterner d'une pelote à l'autre.

Le quatrième jour, on enlève l'appareil pour faire le lit du malade, et M. Depaul constate déjà une amélioration sensible dans l'état de l'anévrisme. La tumeur est plus dure, la palpation n'est plus douloureuse; les battements sont notablement moins forts: la compression est alors portée jusqu'à l'effacement complet des pulsations, et continuée ainsi pendant vingt-quatre heures. Le volume de l'anévrisme diminue; la tumeur ne comble plus le creux poplité, et ce n'est qu'en enfonçant les doigts dans la dépression qu'il présente qu'on sent une tumeur dure, dépourvue de battements expansifs et n'offrant plus que des pulsations semblables à celles de l'artère radiale. Continuée au même degré jusqu'à minuit, la compression est tout à fait suspendue par le malade, qui, fatigué de l'insomnie de la nuit précédente, espère trouver et trouve en effet le sommeil, après avoir enlevé l'appareil compresseur.

Malgré cette suspension, le malade ne perd rien de l'amélioration considérable qu'il avait obtenue. Le 6, le doigt placé sur l'anévrisme n'est plus soulevé du tout, le très-léger battement que l'on perçoit est peut-être étranger à la tumeur et pourrait bien provenir d'une des artères articulaires; aucun souffle ne se fait entendre, et l'on peut dire que la guérison est obtenue. On continue néanmoins d'exercer une compression légère pendant trois jours, et le 9 août, l'appareil est définitivement enlevé. Il n'y a plus alors qu'une tumeur petite, profonde, difficile à circonscrire, sans pulsation, sans bruit aucun. Un petit battement superficiel, évidemment dû au développement exagéré d'une petite artère sous-cutanée, est tout ce qu'on peut percevoir.

Le repos gardé encore quelques jours assure cette guérison; un peu d'exercice fait ensuite promptement disparaître une légère raideur dans les mouvements du genou, et le malade sort de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

Depuis lors la guérison du malade, constatée par les membres de la Société de chirurgie et suivie par M. Depaul, ne s'est pas démentie. Dans la courte discussion à laquelle a donné lieu le rapport de M. Danyau, une seule remarque est à signaler, celle de M. Lenoir sur la part qu'il faut faire au gonflement inflammatoire des tissus qui environnaient la tumeur, sur la rapidité de la guérison. Pour lui, il eût préféré traiter d'abord cette inflammation, puis la comprimer. L'étude que nous avons faite du mode de guérison des anévrismes ne nous permet pas de partager l'opinion de ce chirurgien. L'inflammation des parois du sac, lorsqu'elle n'est pas considérable, aide le dépôt des couches fibrineuses et leur organisation, et c'est aux circonstances particulières du fait que M. Depaul a dû probablement un aussi prompt résultat. Quoi qu'il en soit, ce nouveau fait, joint aux cas nombreux, aujourd'hui consignés dans les annales de l'art, de guérisons d'anévrisme par la compression, ne peut plus laisser de doute sur la valeur de cette méthode.

CLINIQUE CIVILE.

Par M. A. Thierry.

Affection charbonneuse du pouce. — Cautérisation avec le fer chauffé à blanc. — Guérison.

Madame Houel, âgée de soixante-dix ans, fermière à Bondy, porte sur le dos du pouce de la main gauche une large phlyctène noirâtre, peu tendue, qui se laisse facilement déchirer; il s'en écoule une sérosité de couleur jaune-orangé peu abondante; au-dessous le derme est parsemé de points noirâtres; la face dorsale de la main offre une teinte violacée; toute la main et la partie inférieure de l'avant-bras sont fortement tuméfiées; les ganglions du creux de l'aiselle et ceux du coude sont engorgés.

Cette femme habite, avec ses enfants, une ferme aux environs de Bondy; mais elle ne s'occupe pas du soin des animaux : elle ne panse jamais les chevaux, elle ne trait pas les vaches, elle n'entre jamais dans la bergerie, elle mange toujours avec les autres personnes de la famille et leurs domestiques, et elle seule a été malade. Le mal a débuté il y a cinq ou six jours. Dans la journée d'hier et d'avant-hier elle a éprouvé des envies fréquentes de vomir; dégoût pour toute espèce d'aliments; anxiété très-prononcée; soif assez vive; langue très-chargée.

10 janvier. M. Thierry cautérise avec le fer chauffé à blanc tout le dos du pouce; il trace avec le cautère cultellaire une ligne courbe à la base du doigt malade, et deux autres, plus profondes et droites, sur le dos de la main; pansement avec l'onguent styrax.

11 janvier. Mieux très-sensible; la malade, qui n'avait pas dormi un seul instant depuis le début de la maladie, a bien reposé pendant la nuit dernière; les douleurs violentes ont complétement cessé; le gonflement de la main a diminué; la couleur noire du pouce disparaît.

13. janvier. Les escharres sont détachées; le dos du pouce a pris une teinte rosée de très-belle apparence qui fait espérer une cicatrisation très-prochaine. La tuméfaction de la main a complétement disparu; plus d'engorgement des ganglions.

20 janvier. Guérison complète; il ne reste plus aucune trace du mal ni de l'opération, sauf les cicatrices occasionnées par les cautérisations.

Si l'on s'en tient aux déclarations de cette malade, on ne peut expliquer par le contact immédiat la transmission de son affection. Mais il devient peut-être facile de remonter aux sources premières de la maladie en faisant entrer en ligne de compte la grande quantité d'animaux malades qui sont abattus chaque année dans les environs de Bondy.

On sait d'ailleurs que les affections charbonneuses sont assez communes parmi les habitants de Bondy et d'Aubervilliers par suite de la proximité des ateliers d'équarisseurs établis aux alentours de ces communes. Le charbon et la pustule maligne font chaque année plusieurs victimes parmi les personnes qui habitent les endroits voisins de ces lieux d'infection et qui ne se livrent cependant en aucune façon aux travaux de l'équarissage. Il ne suffit donc pas, dans l'examen de ces sortes de maladies, de s'en rapporter aux antécédents et aux déclarations des patients; il faut encore chercher la cause du mal dans les conditions des divers milieux où ils se sont trouvés placés.

Plaie par écrasement. — Chirurgie conservatrice.

Le 11 décembre 1854, M. C. R..., journalier, âgé de trente-deux ans, demeurant à Paris, impasse Delaunay, n° 11, eut la main droite prise en travers par son bord cubital dans un engrenage; la troisième phalange de l'auriculaire, la seconde de l'annulaire et la troisième du médius passèrent rapidement entre les deux roues. M. Thierry appelé le lendemain de l'accident, amputa la phalangine sphacélée du petit doigt et retira du milieu des chairs broyées de la deuxième phalange de l'annulaire la partie moyenne de sa diaphyse. Comme la vitalité des chairs était conservée dans le troisième doigt, M. Thierry ne chercha pas à enlever deux petites esquilles de la phalangine du médius, qui faisaient une légère saillie à travers la plaie, mais qui adhéraient encore solidement au reste de l'os et aux parties molles. Une attelle fut fixée par des bandelettes de diachylon sous le médius et sous l'annulaire, et la plaie du petit doigt fut pansée à l'ordinaire.

Le 15 janvier 1855 on retira les attelles: un cal déjà solide réunissait les deux portions de la deuxième phalange de l'annulaire; mais les deux esquilles de la phalange unguéale du médius étaient en partie nécrosées; M. Thierry les retira sans effort à l'aide du davier et replaça le même appareil. Le 26 janvier on enleva définitivement les attelles et on pansa simplement les parties molles qui furent trouvées le 29 janvier en bonne voie de cicatrisation.

10 février Guérison complète avec conservation du mouvement dans le médius et l'annulaire; il reste encore un peu de raideur dans l'auriculaire, mais le malade assure qu'elle disparaît tous les jours; la liberté des mouvements est d'ailleurs moins importante pour ce dernier doigt que pour les deux autres. La cicatrice du moignon est placée vers sa face dorsale; elle restera ainsi exposée aussi peu que possible à l'action des corps extérieurs.

Ce nouveau fait qui vient s'ajouter à ceux qui ont déjà été publiés dans ce journal prouve que lorsque le périoste n'est pas entièrement détruit, lorsque les tendons ne sont pas altérés, il est très-avantageux de traiter ces sortes de lésions suivant les indications de la chirurgie conservatrice, surtout lorsqu'il s'agit d'organes aussi importants que les doigts. Cette méthode de traitement l'emporte en effet de beaucoup en pareil cas sur celle qui veut simplifier, à l'aide d'incisions et d'amputations, les plaies des mains et des phalanges. Depuis plusieurs années, depuis l'invention et les applications si diverses et si nombreuses des machines à vapeur et des mécaniques de toute espèce, le nombre des blessures des extrémités du membre supérieur, devenues si fréquentes, a forcé les chirurgiens à être beaucoup plus circonspects sur les cas d'amputation des phalanges et des doigts, la perte de ces organes enlevant souvent à l'ouvrier tous ses moyens d'existence.

C'est ainsi que les théories et les principes qui ont été bons dans un temps sont détruits dans un autre et doivent faire place à des doctrines nouvelles imposées, non pas par les hommes, quelque grande que soit d'ailleurs leur autorité, mais par la nature même des choses.

PAUL RAYMOND.

CHIMIE MÉDICALE. — PHARMACOLOGIE.

Note sur l'emploi des dépuratifs.

L'usage si fréquent, que l'on fait en médecine, des plantes sudorifiques ou dépuratives, m'a déterminé à faire quelques expériences relatives à l'action de ces plantes dans les diverses affections chroniques.

J'ai employé successivement la douce-amère, la salsepareille, la saponaire, le gayac, la patience, la bardane, la squine, la fumeterre, le sassafras, etc., etc.

Il résulte de mes observations que la plupart de ces plantes, employées soit en décoction ou infusion, soit sous forme d'extrait, même à des doses élevées, ont, en général, peu d'action sur les maladies dartreuses ou autres affections chroniques, si on emploie une seule de ces substances. Mais il n'en est plus ainsi quand on associe plusieurs de ces plantes; l'effet paraît alors augmenter en raison du nombre des plantes employées.

Celle de ces plantes qui a le plus d'efficacité et que je considère comme le meilleur des dépuratifs est la douce-amère. Ses effets, dans les maladies dartreuses, sont constants; elle agit aussi dans les affections dépendant du système lymphatique. Dans ces cas, elle est bien supérieure à la salsepareille; son action est augmentée en lui associant d'autres dépuratifs.

En me basant sur les observations que j'ai recueillies, voici comment je classe ces diverses plantes sudorifiques, relativement à leur efficacité :

1. La douce-amère.
2. La salsepareille.
3. La saponaire.
4. Le gayac.
5. La patience.
6. La bardane.
7. La squine.
8. La fumeterre.
9. Le sassafras.

La réunion de ces plantes constitue, à mon avis, le meilleur des dépuratifs; d'autres plantes, réputées dépuratives, n'ont pas paru augmenter l'action de ce composé.

J'admets, en principe, qu'en associant plusieurs médicaments jouissant de propriétés analogues, on obtient des effets sur l'économie bien plus prononcés qu'en employant un seul de ces médicaments, la dose du médicament unique étant la même que celle du médicament composé. Les dépuratifs fournissent une preuve incontestable en faveur de cette opinion; on n'a peut-être pas assez tenu compte, en thérapeutique, de cette remarque.

Après divers essais sur le mode d'emploi des dépuratifs, je crois avoir trouvé une préparation qui jouit de toutes les propriétés que l'on cherche dans les dépuratifs.

Voici la composition à laquelle je donne le nom de *Rob de douce amère-composé* :

	grammes.
De tiges de douce-amère.	40
De racines de salsepareille.	26
De racines de saponaire.	40
De bois de gayac.	20
De racines de patience.	20
De racines de bardane.	30
De racines de squine..	12
De feuilles et tiges de fumeterre. . .	25
De bois de sassafras.	5
Sucre.	2000
Eau chaude.	1200

Divisez les extraits dans l'eau chaude; filtrez, versez le soluté sur le sucre; faites prendre un bouillon, et, le sirop marquant 31 degrés à l'aéromètre de Baumé, versez dans une terrine.

La dose de ces divers extraits représente sensiblement les quantités suivantes de plantes sèches.

	grammes.
Tiges de douce-amère.	300

Racines de salsepareille.	150
Racines de saponaire.	200
Bois de gayac.	1000
Racines de patience.	100
Racines de bardane.	100
Racines de squine.	200
Feuilles et tiges de fumeterre. . . .	100
Bois de sassafras.	150

Je ferai connaître ultérieurement un mémoire détaillé, où quelques observations remarquables seront rapportées. Elles prouveront que le rob de douce-amère est un médicament très-efficace, qui peut rendre de grands services dans la plupart des maladies chroniques.

Il a été employé avec succès dans la syphilis, la scrofule, les dartres, les engorgements du foie, etc.

A. GUILLAUMONT, d. m.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le personnel des écoles de médecine de Rennes, et dont nous avons annoncé récemment la réorganisation, est ainsi composé :

ECOLE DE RENNES. — *Professeurs titulaires :*

Anatomie et physiologie. — M. Duval.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Toulmouche.
Clinique externe. — M. Guyot (Pierre-Aristide).
Pathologie interne. — M. Péchot.
Clinique interne. — M. Pinault.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Godefroy (Auguste-César-François).
Matière médicale et thérapeutique. M. Pontallié.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Aussant.

Professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes :

Clinique externe. — M. Aubry.
Clinique interne. — M. Lecompte.
Anatomie et physiologie. — M. Delacour.
M. Destouches est nommé professeur adjoint hors cadre. Il sera attaché en cette qualité à la chaire de pharmacie.

Professeurs suppléants:

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Beaudoin.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. Pitois.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Robiou.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. Chauvel.
M. Robiou, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.
M. Guyot est nommé prosecteur.
M. Godefroy est nommé préparateur.
M. Duval professeur d'anatomie et physiologie, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

— *Examens des sages-femmes.* — Plusieurs confrères nous ayant démandé si les élèves sages-femmes pouvaient se présenter pour subir leurs examene, devant les commissions spéciales des écoles préparatoires (qui remplacent les anciens jurys médicaux), munies seulement d'un certificat d'études délivré par un docteur, nous croyons devoir informer nos lecteurs que les élèves sages-femmes ne sont admises à passer leurs examens qu'en justifiant de *dix mois* d'études, soit dans une clinique d'accouchement, soit dans une des écoles départementales où des cours officiels son faits spécialement pour les sages-femmes.

— M. le docteur Easton a été nommé professeur de matière médicale à l'université de Glascow, en remplacement de M. Couper, décédé.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de *l'huile* et du *sirop de proto-iodure de fer.* A Paris chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix, 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX, recevront gratuitement cet ouvrage.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le Dr Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le Dr Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le Dr Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr. — Au bureau du Journal.

Recherches bibliographiques et recueil d'observations cliniques pour servir à l'étude des indications et des contre-indications des eaux minéro-thermales de Bagnols-de-l'Orne. Par M. le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Broch. in-8. —Prix : 25 cent. par la poste. — Au bureau du journal.

En cours de publication dans le *Moniteur des hôpitaux*, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin par quartier de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de mdecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. — Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du Journal. — Prix : 2 fr.

Traité des hydropisies, par M. ABEILLE, médecin en chef de l'hôpital du Roule. — 1 vol. in-8. — Au bureau du Journal.

Chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine. — *Cours d'hygiène* fait à la Faculté de médecine de Paris, par Louis Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Mode de publication : Le Cours d'hygiène de M. le docteur Fleury est publié par livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort demi-volume in-8°, en caractères ordinaires, est fixé à 2 fr. 25 c. par la poste. — La huitième livraison vient de paraître; elle traite des âges, des tempéraments, de la constitution, des idiosyncrasies, de la maigreur, de l'obésité, des sexes.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie ; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la fièvre intermittente ; des déplacements de la matrice, de la goutte; des maladies de la moelle ; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8 ; au bureau du Journal.

Traité des maladies des femmes, par le docteur Alexi avrot. 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr. — Au bureau du Journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. — Au bureau du Journal.

*Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le Dr IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.
1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.
2e *Mémoire.* — Sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament. — Au bureau du Journal; prix : 25 centimes, et 40 cent. par la poste.

— *De la Percussion sur l'homme sain.* — Procédés réduits à leur plus simple expression, par le Dr L. Mailliot. — Broch. grand in-8. — Paris, chez J. B. Baillière.

— *Mémoire sur l'opportunité et la simplification de l'opération césarienne*, par M. Lebleu, chirurgien en chef de l'hospice de Dunkerque. — Broch. in-8, au bureau du journal.

— *De la Dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine* déterminée par le vaccin, par le Dr Verdé-Delisle. — Un vol. grand in-12. Paris, chez Charpentier, libraire, 39, rue de l'Université.

— *Éléments de chirurgie opératoire*, ou, Traité pratique des opérations, avec 285 fig., par A. Guérin, chirurgien des hôpitaux, etc., deuxième et dernière partie. Chez Chamerot, libraire-éditeur, 13, rue du Jardinet. — Prix : 7 fr. 50

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 70. 3e ANNÉE. Lundi 11 Juin 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

NÉCROLOGIE.

Le beau corps de l'internat vient de payer à la science et à l'humanité un de ces tristes et glorieux tributs que presque chaque année nouvelle vient réclamer.

M. LÉON PROVENT s'était fait, le vendredi 1er juin, en pratiquant à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu l'autopsie du cadavre d'un homme qui avait succombé à une pneumonie, une piqûre très-légère à laquelle le laborieux interne n'avait fait presque aucune attention.

Deux jours après, il était pris des accidents les plus graves, dyspnée excessive, douleurs atroces dans tout le côté droit de la poitrine, fièvre intense, altération profonde de la physionomie.

Les soins de M. Laugier d'abord, plus tard ceux de M. Grisolle, n'ont pu malheureusement arrêter la marche de cette terrible affection. Un épanchement pleurétique se forma dans le côté droit.

Dans la journée du jeudi, survint un délire qui déguisa au pauvre patient l'approche des derniers moments. Il succomba le vendredi 8, à onze heures et demie du matin, environné de ses amis et collègues, dont les soins ne lui firent pas un instant défaut.

Dimanche, tout le corps des internes accompagnait ses derniers restes à l'église Saint-Séverin et au cimetière du Mont Parnasse. A leur tête étaient MM Marjolin, Grisolle, Delpech, jaloux de témoigner leurs sympathies pour cette nouvelle victime du devoir médical.

L. Provent était âgé de vingt-sept ans; ancien élève des hôpitaux militaires, il avait courageusement abordé, après le licenciment de 1849, la carrière des hôpitaux civils. Reçu interne à la fin de 1853, il s'était fait des amis de la plupart de ses collègues par son charmant esprit et la franchise de ses manières.

M. Lefort, interne des hôpitaux, a su, dans une courte improvisation, qui a très-heureusement traduit le sentiment de tous les assistants, rappeler les aimables qualités et la distinction d'esprit de son infortuné et excellent collègue, pour qui tout le monde avait des regrets, en qui surtout ses amis pleuraient la perte d'un ami franc et dévoué, dont le souvenir restera ineffacable dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir t II, nos 145, 153; t. III, nos 2, 11, 21, 26, 30, 35, 50, 55, 57, 59.

Nous voici arrivé au point important de notre travail, à celui auquel se rattachent des considérations dont le lecteur a déjà pressenti, nous l'espérons du moins, la valeur pratique et l'originalité. Nous voici arrivé au *traitement* de la gastralgie.

Pour énumérer avec ordre et méthode, pour apprécier avec justesse et au point de vue de la thérapeutique rationnelle les nombreux modificateurs qui ont été préconisés, et dont l'emplo[i]

FEUILLETON.

ÉTUDE SCIENTIFIQUE DE LA PEAU.

1re série. — Anatomie et physiologie du derme et des bulbes pilifères; de leur excitabilité sous l'influence électrique.

Par le docteur LAURENTIUS (1).

Faire une nouvelle étude de la peau après les magnifiques progrès, que l'anatomie de cet organe a faits du temps de Malpighi et depuis cet illustre auteur lui-même, pouvait paraître chose assez inutile. Cependant, lorsqu'on se rappelle le beau travail de M. Sappey sur les diverses glandes cutanées, on peut se faire une idée de tout ce qu'on peut trouver dans un sujet en apparence épuisé, lorsqu'à un grand amour de la science anatomique on associe cette habileté, cette sagacité rares qui seules peuvent le féconder. Lorsqu'au point de vue anatomique on associe le point de vue physiologique, l'horizon s'étend bien davantage encore, et l'on s'étonne moins que le docteur Laurentius ait tenté de jeter un nouveau jour sur un point de la science arrivée à un degré qui paraît toucher de si près à la perfection.

Quel est le véritable but de l'auteur dans le premier opuscule qu'il a soumis à l'appréciation de ses confrères? lui-même l'expose complétement dans le résumé suivant dont son livre n'est que le développement :

« En 1832, un médecin écossais, G. Schmit, employa, dans le traitement d'une anesthésie partielle de la peau, diverses substances minérales, et remarqua une suractivité anormale des bulbes sur toute la surface du corps. Le même traitement détermina plusieurs fois des phénomènes analogues, qui excitèrent vivement son attention.

« Ces observations, qui nous furent communiquées et qui constituent le point de départ de nos travaux, n'étaient point d'ailleurs tout à fait neuves pour la science : un médecin français, M. Briche teau, avait publié un fait identique, et plusieurs singularités de ce genre avaient, dans nos hôpitaux, éveillé l'attention des praticiens.

« Plus tard, des observations qui nous étaient propres ramenèrent notre attention sur cette question, qui révélait un nouveau genre d'influence de l'électricité, et nous conduisirent à chercher, dans l'étude physiologique et anatomique de la peau, le mode d'action de ce principe.

« Les anatomistes ont décrit le derme, ses productions, leur appa-

(1) Un petit volume, format Charpentier; Paris, chez Firmin Didot frères, 58, rue Jacob.

est si souvent abandonné au hasard et à l'empirisme, il est nécessaire de tenir compte des divisions que nous avons établies précédemment.

A. *Gastralgie idiopathique, primitive, simple et asthénique* (Dyspepsie de M. Durand-Fardel). — De même qu'une tasse de café noir, qu'un verre de curaçao, d'anisette ou de toute autre liqueur alcoolique, calme ordinairement, et souvent même fait cesser comme par enchantement, ces douleurs gastralgiques accidentelles, nerveuses, que chacun connaît pour les avoir éprouvées après un dîner maigre, à la suite d'une émotion morale survenue pendant le travail de la digestion stomacale, etc., de même un traitement tonique et légèrement excitant dirigé avec sagesse obtient raison, le plus souvent et en peu de temps, de cette première forme de la gastralgie.

Il suffit, parfois, d'un régime alimentaire convenable, de l'usage modéré des vins généreux, du café noir, des liqueurs alcooliques pour rétablir les digestions. Dans ces conditions, et sauf les accidents, le nourrisseur Benech a pu enregistrer quelques succès et guérir des sujets rendus gastralgiques, et maintenus tels pendant plus ou moins de temps, par une alimentation insuffisante, l'abus de la diète, la crainte de la gastrite, etc.

L'action des modificateurs bromatologiques est puissamment favorisée par le déplacement, un air pur et vif, l'atmosphère maritime, l'exercice musculaire, la gymnastique méthodique, le voyage à pied dans un pays de montagnes, les bains de mer de très-courte durée et pris par immersion.

La matière médicale fournit des agents dont l'efficacité ne saurait être contestée : les amers et les préparations de quinquina.

Le fer, tant vanté et tant employé, n'a point, suivant nous, l'action locale et élective qu'on lui attribue trop généralement dans cette circonstance; le fer n'est antigastralgique que dans les cas où les troubles de la digestion se rattachent à un état général, à l'anémie, à la chlorose; hors de là, le fer est ordinairement impuissant, et il a l'inconvénient de provoquer ou d'augmenter la constipation. Enfin, il est des malades réfractaires qui ne peuvent pas supporter les martiaux, et certaines préparations en particulier; le lactate de fer nous a toujours paru être plus nuisible qu'utile.

La noix vomique, vantée par Schmidtmann, systématiquement prescrite, posologie à part, par M. Gendrin et par les homœopathes, ne possède qu'une efficacité très-contestable.

La belladone, cette panacée universelle de M. Trousseau, qu'on voit figurer dans presque toutes les consultations de l'illustre clinicien fantaisiste, est un médicament dont les bons effets ne compensent pas les dangers. Nous avons observé, plusieurs fois, des troubles graves et persistants de la vision produits par l'administration prolongée de la belladone, dirigée contre des gastralgies qu'elle n'avait point guéries.

Le charbon, le sous-nitrate de bismuth ne sont guère utiles que pour combattre les sécrétions gazeuses et acides de l'estomac. On fait, depuis quelque temps, de cette dernière substance un usage que ne justifient nullement les recherches de M. le docteur Monneret. Cet observateur a prouvé, à la vérité, que l'on peut, sans danger, élever très-haut les doses du médicament, mais au point de vue de la clinique ses observations ne démontrent nullement que le sous-nitrate de bismuth soit doué de propriétés antigastralgiques spéciales. Il faut donc se tenir en garde contre le ridicule abus que font certains praticiens d'un agent qui, s'il n'a point l'*action toxique* qu'on lui attribuait, a du moins l'inconvénient de fatiguer les organes digestifs lorsqu'il est administré pendant longtemps et à hautes doses.

Lorsque l'on se propose, surtout, de calmer les douleurs, lorsque la gastralgie résulte plutôt d'une perversion que d'un affaiblissement de l'action nerveuse, les opiacés et les antispasmodiques sont fort utiles. Les sels de morphine à l'intérieur ou par la méthode endermique, le laudanum, le sirop diacode, la valériane, le musc, rendent des services connus de tous les praticiens.

Les intéressantes recherches de M. Imbert-Gourbeyre m'ont engagé à expérimenter le sirop d'aconit, et je dois dire que ce médicament a calmé plusieurs fois des douleurs gastralgiques d'une violence extrême et qui avaient résisté à tous les autres moyens.

Les révulsifs, les vésicatoires et les cautères volants, la cautérisation transcurrente ou ponctuée, peuvent aussi être employés avec avantage dans les mêmes circonstances.

Les eaux ferrugineuses carbonatées ou crenatées de Spa, de Schwalbach, d'Aix-la-Chapelle, les eaux natro-gazeuses d'Ems, les sources ferrugineuses de Plombières ont guéri quelques gastralgies asthéniques; en est-il de même des eaux de Vichy? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative et nous croyons qu'à cet égard l'on a propagé, parmi les malades et parmi les médecins eux-mêmes, des doctrines dangereuses et des espérances auxquelles répond, le plus ordinairement, la déception.

Nous savons bien que certaines sources de Vichy (sources Lardy et d'Hauterive) contiennent du fer et de l'acide carbonique, mais elles n'en sont pas moins ***surtout alcalines***, et la plupart des malades atteints de gastralgie asthénique, ceux princi-

---

reil nutritif et leurs mutations à certaines époques et sous diverses influences. Mais les motifs de ces mutations, le mode d'action des influences qu'ils constatent, la suractivité ou le ralentissement des sécrétions dont ils ont observé les organes, tout cet historique des phénomènes naturels et morbides n'avait point été approfondi.

« Il ne suffisait pas cependant d'avoir fait connaître l'admirable structure de appareils sécréteurs ; il restait, et ce point n'était pas moins intéressant, à montrer comment, à l'aide de ces organes, un poil se nourrit, grandit, se colore. ... Nous exposerons ici, en peu de mots, les principaux résultats auxquels nous ont conduits nos recherches au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie.

« L'acte physiologique de la production d'un poil dans le bulbe est double : une partie des organes du bulbe sécrétant la matière cornée ; l'autre partie, la matière colorante.

« Les nerfs qui se rendent au bulbe, quoique sous la même enveloppe, ont deux fonctions distinctes et indépendantes, dont l'une peut subir une altération sans que l'autre soit atteinte ; ainsi, un poil peut tomber tout en demeurant imprégné de la substance colorante, de même qu'un poil peut croître et conserver sa solidité, bien qu'ayant perdu complétement son principe colorant.

« Il existe dans le derme des bulbes incomplets, implantés superficiellement dans la peau, recevant peu de vaisseaux et ne produisant qu'un poil rudimentaire ; et des bulbes complets, implantés profondément, pénétrant quelquefois par leur base dans le tissu cellulaire sous-cutané, et recevant des nerfs, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques ; ces bulbes produisent des poils développés, qui diffèrent selon les races et les tempéraments et occupent des places distinctes.

« Généralement, les bulbes complets seuls sont altérés par l'âge, la maladie, des sueurs abondantes, des fatigues, des affections syphilitiques, etc.

« Une fois altérés, ils ne produisent plus qu'un poil rudimentaire, ou bien les parois de la cavité dermoïde se soudent, les appareils de circulation s'atrophient, et tous les moyens curatifs deviennent impuissants.

« Lorsque la vitalité des bulbes complets est atteinte, ces altérations ont, le plus généralement, pour cause des désordres sensibles dans l'équilibre des fonctions nerveuses, et un ralentissement prolongé de l'innervation périphérique, ou bien le bulbe lui-même se trouve compris dans une désorganisation générale : ulcères, affections cutanées, etc.

« Deux liquides mélangés, renfermant des sels minéraux, pouvant réagir l'un sur l'autre, produisent de l'électricité en se décomposant.

« Un liquide contenant un sel minéral, altérable au contact de l'air, développe également de l'électricité, durant cette décomposition.

« Quand il s'opère un dégagement électrique dans un endroit où se

palement chez lesquels il existe en même temps de l'anémie et des congestions viscérales chroniques, n'en obtiennent d'autre résultat que d'aggraver leur maladie par le développement de cette *cachexie alcaline* qu'a signalée, avec raison, M. Trousseau.

Nous croyons peu, d'ailleurs, à l'efficacité d'une médication qui « *améliore les digestions sans diminuer les vomissements, sans modifier le pyrosis et sans exercer aucune influence sur l'augmentation pathologique du volume du foie et de la rate* (1). » A la vérité M. Durand-Fardel ne fait aucune difficulté pour avouer que les eaux minérales « *préparent en général à la guérison plutôt qu'elles ne guérissent elles-mêmes* (2). »

« L'action essentielle des eaux de Vichy, a dit M. Petit, est de rendre le sang plus liquide. » — « Les propriétés fondamentales des eaux de Vichy, a dit M. Prunelle, paraissent être d'exercer une action spéciale sur le nerf grand sympathique, et d'accroître l'innervation dans tous les organes placés au-dessous du diaphragme. »

Entre ces deux assertions le choix d'un observateur éclairé, lequel admet d'ailleurs l'existence et les effets de l'alcalisation, ne saurait être douteux, et M. Durand-Fardel qui pose l'alternative : « *Ou la théorie est fausse, ou la thérapeutique est plus qu'irrationnelle,* » aurait dû la résoudre, et proclamer hautement qu'il est *plus qu'irrationnel* d'envoyer à Vichy « *des cachectiques, des chlorotiques, des anémiques, des atoniques, des lymphatiques, des scrofuleux* » — et voire même *des dyspeptiques.*

Les eaux de Vichy, prises à la dose de trois ou quatre verres par jour, combattent très-efficacement les sécrétions acides, mais nous ne leur reconnaissons guère d'autre utilité que celle-là dans le traitement de la gastralgie.

B. *Gastralgie idiopathique, primitive, simple et sthénique.* — Une alimentation douce ; l'abstention de toutes les substances excitantes, du café, du thé, du vin, des liqueurs alcooliques ; le régime lacté, le repos, les bains tièdes, les révulsifs, les opiacés, les médicaments émollients, sédatifs, antiphlogistiques ; au besoin une application de sangsues sur la région épigastrique ou une saignée générale, font ordinairement justice de la gastralgie sthénique, laquelle est beaucoup plus facile à guérir que la gastralgie asthénique. Eu égard au régime, l'homœopathie a souvent, ici, rendu des services négatifs qu'il y aurait mauvaise grâce à contester.

(1) Durand-Fardel. *Des Eaux de Vichy*, etc. Paris, 1851, pages 33 34.
(2) Durand-Fardel, *Loc. cit.*, page 36.

Un point important, dans le traitement des deux formes dont il vient d'être question, est de savoir s'arrêter à temps et à propos, de ne point dépasser les limites tracées par les indications, et ceci exige de la part du médecin de l'attention et du tact. Benech, après avoir guéri son malade, a substitué maintes fois, par la continuation inopportune de son absurde et systématique médication, une gastrite aiguë ou chronique, une gastralgie sthénique à la gastralgie asthénique ; le traitement tonique, excitant, peut avoir les mêmes résultats. Broussais et ses imitateurs ont créé, par la diète et les émissions de sang, un grand nombre de gastralgies asthéniques ; le traitement sédatif, antiphlogistique de la gastralgie sthénique peut agir de la même manière. — *In medio stat virtus.*

C. *Gastralgie idiopathique, primitive et compliquée.* — Lorsque les complications sont secondaires et peuvent être considérées comme des conséquences, des effets de la gastralgie, il faut s'attacher principalement à combattre celle-ci, et négliger des phénomènes consécutifs qui disparaissent spontanément, aussitôt que les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Ce précepte doit surtout être appliqué aux troubles des fonctions génitales, à la spermatorrhée, que beaucoup de médecins, dans les cas de ce genre, ont le tort de considérer comme le phénomène morbide principal vers lequel doivent être spécialement dirigés tous les efforts de la thérapeutique. Or, les moyens qu'ils emploient dans ce but, la belladone, la noix vomique, le camphre, la cautérisation, sont toujours inefficaces et souvent nuisibles. Il en fut ainsi dans un cas où M. Trousseau a rédigé une consultation, qui nous paraît avoir été dictée par l'*inspiration artistique* dont le médecin de l'Hôtel-Dieu s'est constitué le représentant et le champion, au sein de la Faculté de Paris. — Voici cette pièce adressée à un confrère ; elle renferme plus d'un renseignement utile :

« M. D. est atteint de pertes séminales involontaires. Il en est ré-
« sulté une série d'accidents qui ont sur son caractère, sur sa santé, une
« influence bien triste. Il a besoin d'être suivi de près, d'être consolé,
« d'être guéri. J'ai pensé que vous *voudriez*, c'est-à-dire que vous
« *pourriez*, car *vouloir* c'est *pouvoir*, quand on a votre talent et un
« ardent amour de son *art*. C'est donc au médecin habile, au prati-
« cien expérimenté, à l'homme bienveillant que j'adresse M. D.

« Maintenant permettez-moi de revenir un peu sur les antécédents
« du consultant ; puis je soumettrai à votre appréciation quelques
« moyens thérapeutiques que j'ai vus quelquefois réussir.

« Dans sa première enfance il a conservé plus tard que d'ordinaire
« l'incontinence nocturne de l'urine, ordinaire dans les deux premières
« années de la vie.

« A l'époque de la puberté, l'accroissement a été extrêmement ra-

---

rouve une tige conductrice, l'électricité fuit aux deux pôles de cette tige.

« Or, si, sur une partie du corps occupée par des poils, on répand simultanément, ou à court intervalle, une liqueur métallique, oxydable à l'air, ou deux liquides minéraux pouvant se décomposer réciproquement, il se produira une certaine quantité d'électricité en rapport avec l'action chimique.

« Alors le poil devient conducteur : l'électricité négative s'échappe par la pointe libre, l'électricité positive se condense dans l'autre extrémité épanouie, dans le bulbe.

« L'électricité localisée rappelle dans les muscles paralysés ou atrophiés l'innervation absente. Elle renouvelle la vitalité du muscle, si aucun obstacle mécanique ne s'y oppose.

« Si l'on conduit de l'électricité dans le poil jusqu'à l'intérieur du bulbe, il s'y produit une innervation régénératrice. La sécrétion, ainsi renouvelée ou remarquablement activée, peut conduire à une reproduction normale définitive.

« L'application, sur une partie pourvue de bulbes complets, d'un ou de deux liquides métalliques produisant de l'électricité, rappelle la vitalité éteinte, quelle que soit la cause des altérations du bulbe. Cette innervation artificielle s'ajoute à l'innervation normale, en même temps qu'elle la rappelle.

« Sous cette double excitation, la sécrétion du bulbe augmente momentanément par un afflux rapide, et détermine une dilatation de l'artère, qui le plus souvent est oblitérée en partie.

« En vertu de cette double action, un poil rudimentaire peut recouvrer sa vigueur primitive ou sa coloration accidentellement altérée, et un bulbe atrophié peut subvenir à une nouvelle reproduction, suivant la gravité des altérations qu'il a subies. »

Quoique le titre de l'ouvrage de M. Laurentius soit principalement anatomique et physiologique, l'auteur, on le voit, a eu principalement en vue les applications thérapeutiques. Nous ne contesterons certes pas que la théorie sur laquelle ces applications se fondent ne soit fort ingénieuse ; est-elle fondée sur une observation parfaitement rigoureuse ? au point de vue anatomique et physiologique, nous aurions désiré la description précise des observations que l'auteur a sans doute faites avant de publier les détails qu'il nous donne. Quant aux applications thérapeutiques, l'auteur rapporte trois observations où le système pileux, gravement altéré, a été rétabli dans son état normal à l'aide de solutions métalliques qui ont parfaitement pu agir par le développement d'une électricité dynamique, mais qui peut-être ont aussi agi par un autre mécanisme. L'emploi des instruments si délicats que la science possède aujourd'hui pour découvrir les plus faibles traces d'électricité, aurait, ce nous semble, été nécessaire pour mettre hors de doute l'opinion de l'auteur. Il est à espérer que dans ses publications ultérieures, il ne se privera pas de ce moyen indispensable de porter la conviction dans l'esprit de ses lecteurs. — Tel qu'il est, son premier opuscule contient surtout une théorie ingénieuse et trois faits thérapeutiques intéressants qui attendent un complément nécessaire. — A. F.

« pide et la colonne vertébrale s'est un peu déviée. Depuis il y a eu « des pertes séminales nocturnes et diurnes. L'impuissance en a été la « conséquence. L'éjaculation a lieu souvent avant le commencement « du coït, et il résulte, de cette fâcheuse disposition, l'impossibilité, « pour le consultant, de songer à un établissement.

« Il est impossible de supposer ici cette irritation chronique de la « portion prostatique de l'urètre qui est quelquefois, moins souvent « pourtant que Lallemand ne l'a supposé, la cause des pertes sémina-« les. Il faut toutefois se placer à différents points de vue.

« 1° Les glandes séminales sécrètent idiopathiquement une trop « grande abondance de sperme.

« 2° Les vésicules séminales sont trop contractiles et sont dans les « conditions où se trouvent certaines vessies.

« 3° Les canaux éjaculateurs ont perdu leur contractilité normale.

« Me plaçant au point de vue n° 1, je proposerais de faire deux fois « par jour, sur les bourses et sur les parties génitales, des lotions as-« sez longtemps continuées avec de l'eau aussi chaude qu'il sera possi-« ble de le supporter.

« Dans l'hypothèse n°s 2 et 3, je proposerais un moyen qui déjà m'a « rendu des services importants dans des cas semblables. Je veux « parler d'un bandage compresseur de l'anus, terminé par une pelote « à gimblettes, dont on peut diminuer ou augmenter la saillie en ajou-« tant ou en ôtant une gimblette, dont on augmentera ou diminuera la « pression à l'aide de sous-cuisses élastiques.

« Ce bandage devra être porté nuit et jour, plusieurs mois, plu-« sieurs années même.

« En outre, comme moyen adjuvant, je proposerais l'usage de la « belladone, à la dose de 1 à 5 et 10 centigrammes par jour, comme « antispasmodique et comme remédiant à la constipation. »

Signé : A. Trousseau.

Quelques mois de traitement hydrothérapique, ont mis un terme à des pollutions qui se rattachaient à une gastralgie compliquée d'une congestion chronique du foie, et d'un trouble de la circulation se traduisant par d'énormes varices.

Il est cependant, comme déjà nous l'avons dit, quelques complications qui doivent être l'objet d'une attention particulière et d'un traitement spécial; tels sont la nosomanie, l'anémie, la constipation, le vomissement, les congestions viscérales.

D. *Gastralgie sympathique ou symptomatique, secondaire et compliquée.* — Il est évident que si la gastralgie est secondaire, que si elle a été produite par une *cause pathologique*, c'est celle-ci qu'il faut s'attacher à combattre. C'est en reconstituant le sang, c'est en régularisant l'innervation, en arrêtant les pertes séminales, etc., que l'on fait disparaître la gastralgie des anémiques, des chlorotiques, des hystériques, des spermatorrhéiques, etc. On peut, sans doute, s'attaquer aux troubles digestifs eux-mêmes, s'efforcer de modérer la douleur, d'arrêter le vomissement, de diminuer les sécrétions gazeuses ou acides, etc.; mais les antigastralgiques ne sont, ici, que des palliatifs ou des adjuvants, et c'est ailleurs qu'il faut chercher les instruments d'une guérison complète et durable.

Nous venons d'indiquer brièvement les modificateurs principaux que peut opposer à la gastralgie la thérapeutique *classique;* mais qui ne sait combien souvent la maladie résiste à l'emploi le plus rationnel, le plus méthodique de tous ces agents? La gastralgie n'est-elle point l'une des affections qui, sans compromettre gravement l'existence, se montrent les plus rebelles et font le désespoir des malades et des médecins?

Que faire lorsque tous les modificateurs tirés de l'hygiène et de la matière médicale, lorsque les eaux thermales et minérales ont échoué? Il n'est guère de praticien qui ne le sache aujourd'hui, grâce — je ne crains pas de le dire, — aux recherches et aux publications qui m'ont permis d'arracher l'hydrothérapie aux mains de l'ignorance, de l'empirisme, du charlatanisme, de l'industrialisme et de l'introduire dans le domaine de la médecine scientifique et honnête.

Aujourd'hui, allopathes et homœopathes, princes de la science et obscurs praticiens, partisans convaincus et ostensibles ou adversaires apparents et intéressés de l'hydrothérapie, tous prescrivent l'eau froide; mais comment beaucoup d'entre eux la prescrivent-ils? — Les pièces suivantes vont nous l'apprendre.

« *Gastralgie qui remonte à sept ans.* — En raison du long temps de« puis lequel la maladie a résisté, je pense que M. devra se rendre « dans un établissement hydrothérapique, et spécialement à celui d'Au-« teuil, et s'y soumettre au traitement *en usage*. D'abord *aux frictions « générales avec le drap mouillé et ensuite à l'immersion deux fois le « jour dans la piscine. Il n'aurait recours à la douche que dans le cas « d'insuffisance constatée des premiers modes d'administration de « l'hydrothérapie.*

Signé : Chomel.

« Monsieur, qui nous consulte, a trente-sept ans. Il paraît d'une « constitution fort irritable. Monsieur est né d'un père dartreux et d'une « mère qui était cousine germaine de son père. Monsieur a eu dans son « enfance une dartre à la cuisse; à dix-huit ans, la dartre a été répercu-« tée, et immédiatement des *accidents dyspeptiques* ont paru et persisté. « A vingt cinq ans, l'éruption dartreuse étant revenue aux lombes, les « *accidents cardialgiques* ont cessé. L'éruption, qui paraît avoir été un « eczéma, a été méthodiquement traitée. Monsieur quitte alors l'île « Bourbon et revient en Europe; la *dysphagie cardialgique* reparut im-« médiatement. Elle persiste encore aujourd'hui et elle s'est jointe à « un état d'hypochondrie très-prononcé.

« Les symptômes dominants sont l'anorexie, une douleur gravative « constante à l'estomac pendant la digestion; cette douleur devient « très-vive deux ou trois heures après le repas. Les extrémités sont « froides; Monsieur éprouve une tristesse extrême, un découragement « qui l'accable et il est constipé habituellement.

« L'exploration abdominale ne nous fait reconnaître chez Monsieur « aucune lésion organique appréciable sur un point quelconque de l'ab-« domen. Les diastoles artérielles sont molles et courtes. Le malade « n'a du reste aucune empreinte de cachexie.

« Nous conseillons à Monsieur de suivre avec persévérance une mé-« dication rationnelle, qui seule pourra le rétablir, en la suivant sans « interruption durant plusieurs mois.

« Nous conseillons d'instituer cette médication de la manière sui-« vante :

« 1° *Tous les matins, faire faire sur tout le corps et les membres « une affusion froide à grande eau,* pendant cinq a six minutes. « *Le malade se mettra, à cet effet, dans une baignoire vide et se « fera répandre sur tout le corps avec lenteur, successivement, qua-« tre à cinq seaux d'eau froide.* Immédiatement après l'affusion, Mon-« sieur s'habillera et ira faire une promenade d'une heure à deux.

« 2° Se nourrir principalement de viandes grillées, d'œufs, de pois-« son, de légumes frais cuits au jus ou au beurre frais, s'abstenir de « crudités, de légumes farineux, de tous les aliments acides, de sucre, de « tous les aliments préparés au beurre roux ou au vinaigre; boire aux « repas de l'eau minérale naturelle de Vichy des Célestins, coupée à « partie égale avec de la bière bien fermentée; s'abstenir de thé, de « café, de chocolat.

« 3° Un quart d'heure avant le repas, Monsieur prendra dans un « demi-verre d'eau une cuillerée à café de l'élixir suivant :

R. Eau distillée de menthe poivrée . . .	250	grammes.
Fleurs sèches de camomille romaine . .	6	—
Extrait de cascarille }		
— d'absinthe . } aa.	5	—
— de gentiane . }		
— de myrrhe . . }		
Ecorces sèches d'oranges amères . . .	10	—
Sous-carbonate de potasse	15	—

Trit. Faites macérer deux jours, pressez et filtrez.

« Une demi-heure après le repas, si les douleurs gravatives d'esto-« mac reviennent, Monsieur prendra encore une cuillerée à café de l'é-« lixir dans un demi-verre d'eau très-chaude.

« 4° Monsieur doit faire tous les jours, dans la mesure des forces, de « l'exercice en plein air pendant une partie du jour.

« Dès que l'état des forces le permettra, Monsieur prendra des exer-« cices gymnastiques.

« 6° Monsieur doit passer huit heures au lit. Il se couchera de bonne « heure et se lèvera matin. Il convient que Monsieur couche sur un « sommier de crin, la tête sur un oreiller de crin. »

Signé : Gendrin.

Méd. de l'Hôp. de la Pitié.

« Monsieur,

« Pour satisfaire à votre désir j'écris ici ce que plusieurs fois j'ai eu « l'honneur de vous dire sur votre santé, à savoir que l'état de ma-« laise qui subsiste à la cure de votre mal primitif, pour lequel je vous « ai donné des soins, ne doit et ne peut plus être considéré comme

« maladie, mais seulement comme effet secondaire ; c'est un étonnement de tout le système nerveux, ou névrose générale dont les siéges principaux sont le gros intestin et la vessie. Le gros intestin présente, à considérer dans les portions dites colon transverse et descendant, un gonflement ou léger engorgement des glandes de Brunner ; cet état, joint à l'atonie du mouvement péristaltique, cause cette dyspepsie ou inappétence, avec constipation opiniâtre. Le col de la vessie est tout à la fois le siége d'une valvule et d'une névrose plus intense qui produit cette anomalie dans les urines, cette chaleur de la région vésicale, et cette douleur vague avec fatigue de la région sacro-lombaire.

« Ainsi, tous les symptômes généraux tels que : insomnie, froid des extrémités, embarras céphalalgique, ballonnement du ventre, douleur quelquefois aiguë au niveau de la région ombilicale, l'excitation et la surexcitation morale, ne sont que des symptômes ou effets de cette névrose générale dont la cure certaine et prompte se réalisera, à l'aide de la ligne de conduite hygiénique et médicale suivante :

« 1° *Tous les matins, en se levant, lavage ou ablution à l'eau froide* PENDANT QUELQUES SECONDES ;

« 2° Après le lavage, prendre une tasse de lait chaud et sortir immédiatement pour aider à la réaction ;

« 3° Tous les six jours, prendre un bain chaud de quarante-cinq minutes à 28° centigr., mettre dedans 1,000 gr. de gélatine et 1,000 gr. de sel de cuisine ;

« 4° Tous les soirs, faire de la gymnastique dans un établissement spécial ;

« 5° Tous les trois jours, magnétisation pendant dix minutes ; l'action sera plus particulièrement dirigée sur la partie antéro supérieure de la tête et sur la région épigastrique dans toute l'étendue du plexus solaire ;

« 6° Prendre le médicament Bryonne, 6e dil., quatre gouttes dans 100 gr. d'eau, 1 cuillerée à café toutes les trois heures ; une heure avant et deux heures après le repas ;

« 7° Marcher sans se fatiguer et faire de temps en temps de petites promenades à cheval ;

« 8° Régime alimentaire simple et peu abondant ; des viandes noires et viandes blanches en égale quantité, peu de légumes, un peu de poisson et de volaille ; éviter les crudités, les acides, le thé, le café ; prendre du vin de Bordeaux aux repas, très-étendu d'eau ; fumer très-peu, un cigare et demi par jour au plus. Se distraire par un peu de travail facile et passer le reste du temps hors de l'appartement ; se coucher de bonne heure (10 h. 1/2) et se lever de sept à huit heures au plus tard. Prendre ses repas à des heures très-régulières.

« Au bout de quelque temps de l'exécution rigoureuse de ce régime, il sera facile de s'apercevoir d'une amélioration notable, et alors je pourrai déterminer les bains thermaux qu'il faudra prendre pour consolider définitivement le résultat obtenu.

« *Signé :* Victor DUMÈS,
« Médecin de Paris. »

Pauvre malade ! mis en demeure de faire un choix entre des frictions au drap mouillé et des immersions, des affusions de cinq à six minutes, et des ablutions de quelques secondes ! !

Voilà comment l'hydrothérapie est trop souvent encore compromise, et rendue responsable d'insuccès ou d'accidents imputables seulement à l'outrecuidance d'hydropathes improvisés, qui s'imaginent que l'on peut impunément manier une médication aussi puissante à sa fantaisie et sans l'avoir jamais étudiée ; que l'on peut en régler le mode d'administration *à priori* et à distance.

Voilà comment l'hydrothérapie est pratiquée par certains hommes, qui s'en constituent néanmoins les grands appréciateurs et les souverains juges, et cela précisément dans les circonstances où son application exige le plus d'expérience, d'habileté, de tact, de précautions !

Depuis dix ans, trois malades seulement ont quitté Bellevue, au bout de quelques jours, sans avoir pu, ou voulu, supporter le traitement ; — ces malades sont trois hommes, trois gastralgiques, hypochondriaques et anémiques.

Et c'est en présence de pareils faits que des médecins, — et parmi eux des professeurs et des ex-professeurs, — opposent des objections hypocrites à l'intervention directe de l'homme de l'art dans l'administration des procédés hydrothérapiques, et lui attribuent des motifs puisés en dehors de la science et de l'humanité ! N'est-ce pas là une de ces *tactiques confraternelles* qu'on ne saurait mieux châtier qu'en les livrant publiquement à l'indignation et au mépris de tous les cœurs honnêtes, de tous les esprits éclairés et impartiaux ?

Pour moi, fort de mon expérience et de ma conscience, fort de ce fait que, pendant dix ans, l'application de l'hydrothérapie n'a point donné lieu, à Bellevue, au plus léger accident, je persiste plus que jamais dans des convictions auxquelles j'ai sacrifié mes intérêts, mon repos, et que n'ont pu ébranler ni les scrupules sincères mais exagérés et irréfléchis de quelques-uns, ni les déclamations ridicules ou les calomnies intéressées de beaucoup d'autres.

Je conseille à tous les médecins dignes de ce nom, de renoncer à appliquer l'hydrothérapie aux femmes plutôt que de transformer cette médication en une formule systématique et immuable, ou d'en livrer la direction aux préjugés et aux caprices des malades, à l'inintelligence et à l'inhabileté de mains mercenaires et vénales.

Qu'ils abandonnent les profits de leur abstention à ces marchands du temple qui exploitent leur industrie à l'enseigne de la morale et de la religion ; Tartufes impudents qui se voilent la face et demandent *leur haire avec leur discipline* lorsqu'il s'agit non de doucher une femme nue, mais de traiter une malade ; Zoïles cupides et envieux qui ne comprennent ni la chaste résignation de la véritable pudeur, ni l'austère dignité de la véritable science !

L'HYDROTHÉRAPIE est donc l'*ultima ratio*, la ressource extrême, l'effort désespéré du traitement de la gastralgie ; elle est tout au moins, suivant l'appréciation de M. Beau, une *médication antidyspeptique* EXTRAORDINAIRE !

Eh bien ! si l'hydrothérapie réussit dans les conditions que nous venons d'indiquer, quels ne seraient pas ses succès si les malades et les médecins voulaient consentir à l'employer ORDINAIREMENT et MÉTHODIQUEMENT, *dès le début de la maladie ;* avant que le sujet n'ait été débilité, anémié, énervé par les progrès et la longue durée du mal, par une alimentation insuffisante, par l'hypochondrie, par des complications, souvent par les médicaments et les efforts d'une thérapeutique inefficace ! Dans ces conditions différentes, plus raisonnables et plus favorables, on obtiendrait *ordinairement* en quelques semaines, en quelques jours, des guérisons que, dans l'état actuel des choses, il faut poursuivre pendant bien des mois et, parfois, pendant plusieurs années.

Par quelle singulière aberration du raisonnement, — ou par quelle savante combinaison — arrive-t-on à *réserver pour la fin*, à *reculer autant que possible* l'emploi de la médication qui est à la fois la plus inoffensive, la plus puissante et la plus sûre ? Qui peut le plus ne peut-il pas le moins ? Quel inconvénient, autre que celui de guérir le malade *trop vite*, voyez-vous à *commencer* par l'hydrothérapie, au lieu de *finir* par elle ?

M. Chomel conseille à un gastralgique de se rendre à Auteuil, et de s'y soumettre au traitement *en usage ;* de *commencer* par les frictions générales avec le drap mouillé et les immersions ; de *finir* par la douche, mais *seulement dans le cas d'insuffisance constatée des premiers moyens.*

Le malade vient à Bellevue ; je *commence* par les douches, dont l'efficacité contre la gastralgie est beaucoup plus grande et plus certaine que celle des frictions et des immersions. Le malade guérit en quelques semaines.

Faites, quant à l'hydrothérapie elle-même, ce que bien souvent j'ai fait, quant à ses divers modes d'application, malgré la très-imposante, mais non très-expérimentée, autorité hydrothérapique de MM. Chomel, Cruveilhier (1), Trousseau, Rayer, Gendrin et autres praticiens illustres, et vous obtiendrez les mêmes résultats.

(1) Voyez *Traité d'hydrothérapie*, p. 533 ; observation de M. C., de Dieux.

Mais quelles sont donc les indications et les contre-indications du traitement hydrothérapique? Quels doivent en être les procédés d'application? Voici ce qui nous reste à examiner.

(*La suite prochainement.*)

CLINIQUE CIVILE.

MÉMOIRE SUR L'ÉPHIDROSE (sueurs générales chroniques) et sur les divers traitements employés contre cette maladie, et en particulier sur son traitement par l'ACONIT.

Par M. IMBERT-GOURBEYRE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine.

Nous avons déjà fait connaître les premières et remarquables études cliniques de M. Imbert-Gourbeyre sur l'aconit; ce laborieux thérapeutiste vient d'en publier dans la *Gazette médicale* une nouvelle dont l'intérêt ne le cède en rien à celles qui l'ont précédée. Nos lecteurs en liront avec d'autant plus d'intérêt l'extrait suivant que cette étude nouvelle se rapporte à une maladie qui est devenue presque inconnue à force d'être négligée.

L'éphidrose est une maladie rare, peu connue; son traitement l'est moins encore.

Le mot *éphidrose* est d'origine hippocratique; il appartient à la belle époque de cette langue grecque qui a créé toute notre nomenclature; on peut le proposer comme modèle à tous ces novateurs modernes qui s'essayent, à coups de dictionnaire, à introduire dans notre langage médical un grec ridicule et barbare.

Le Père de la médecine a souvent employé ce mot dans ses prorrhétiques. Gorræus, dans ses *Définitiones medicæ*, en définit ainsi le sens hippocratique: *ἐφιδρωσις duo significat, vel sudoris circa thoracem et caput exertum, vel in universo corpore sudoris proventum, qui et paucus sit et inutilis.* Même définition dans Blancardi Lexicon. Cette définition, comme on le voit, entraîne nécessairement la division de l'éphidrose en éphidrose générale et locale.

Aujourd'hui le mot éphidrose est dévié de son sens primitif. Sauvages et Sagar me paraissent être les premiers auteurs de cette déviation. Ils définissent l'éphidrose: « Sudoris quantitate, qualitate et intempestivitate peccantis effluxus. » Sauvages est plus précis encore: « Ephidrosis est morbosa sudoris evacuatio; est ad sudorem, quod diarrhæa ad feces, et sudatio ad ephidrosim, quod dejectio ad diarrhæam. » Il admet vingt variétés d'éphidrose, dont la première est idiopathique et constitue la maladie étudiée en ce moment: « Ephidrosis spontanea: sudor apyretos sponte perseverans. »

Le célèbre nosologiste de Montpellier n'a rencontré dans sa pratique que trois ou quatre cas de cette maladie rare et singulière.

Guidé sans doute par Sauvages, M. Villeneuve, dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, article *Éphidrose*, propose de n'appeler de ce nom « que la sueur qui ne tiendrait à aucune affection, et qui serait assez abondante pour constituer un véritable état maladif essentiel. »

Les pathologistes modernes, en France M. Grisolle, en Allemagne Fr. Hartmann, ont adopté ce sens: il faut le conserver, quoique MM. Littré et Robin, dans l'édition récente du *Dictionnaire de Nysten*, aient suivi le sens hippocratique, en définissant l'éphidrose une sueur critique incomplète, ou sueur à la partie supérieure du corps.

J'ai dit que l'éphidrose était une maladie rare et peu connue Je ne l'ai, pour mon compte, rencontrée qu'une seule fois. MM. Grisolle et Hartmann lui consacrent à peine quelques lignes.

Toutefois il ne faut pas croire que cette maladie ait passé inaperçue de toute la tradition: chose remarquable, c'est chez les anciens observateurs qu'il faut aller chercher tout ce qui a été dit de plus précis à cet égard, et sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, l'observation moderne semble avoir perdu la trace de documents précieux.

Nul n'a mieux décrit l'éphidrose, et ne l'a plus nettement distinguée des sueurs symptomatiques que Th. Willis dans son *Pharmaceutice rationalis.*

Après avoir ainsi distingué l'éphidrose des diverses sueurs symptomatiques, et l'avoir décrite, Willis cite une observation à laquelle nous en joindrons deux autres.

Cent cinquante ans environ après Willis, Dupont publiait en 1807, dans le *Journal de Sédillot* (t. XXX), l'observation d'une sueur chronique ayant duré plusieurs années, rebelle à toute espèce de remèdes, et guérie définitivement par l'aconit.

Voici un extrait de cette longue observation:

« Madame Gayet (de Rochefort), âgée de trente ans, dans la convalescence d'une seconde couche, sortit imprudemment par un jour très-froid. Dès l'instant même qu'elle ressentit l'impression de l'air, elle fut affectée d'une fluxion sur la tête, le lait disparut, et il se déclara en même temps une sueur abondante, dont l'apparition avait lieu chaque matin, et qui continua tandis que les autres accidents cessèrent avec assez de promptitude. Cette exhalation cutanée mérita, par son excès, d'être considérée comme un véritable état maladif. La malade cachait une organisation faible sous les dehors d'une constitution robuste; elle consulta M. Dupont, cinq ans après avoir supporté sa maladie, combattue vainement avec les anti-laiteux, les diurétiques, les purgatifs, le petit-lait de Weiss, les vésicatoires aux bras, les bains et les eaux de Bagnères; l'état de grossesse n'avait pas fait cesser cette sueur immodérée. Une circonstance remarquable, relativement à l'état d'exacerbation ou de calme de cette incommodité, c'est que la sueur devenait exubérante pendant les froids de l'hiver, et qu'elle diminuait pendant les chaleurs de l'été; et, ce qui doit être aussi remarqué, c'est que, lorsque cette dame venait à ressentir quelques autres incommodités, lorsqu'elle avait de la migraine, que ses digestions étaient laborieuses, et qu'elle éprouvait quelque autre espèce de malaise, et souvent aussi à l'époque de ses règles, qui étaient néanmoins, le plus souvent, régulières dans l'intervalle des grossesses, les sueurs se montraient plus abondantes, et étaient exhalées avec plus d'énergie. M. Dupont, présumant que cette sueur chronique était un désordre de sécrétion, décidé par la débilité générale des organes, et particulièrement du système lymphatique, prescrivit des tisanes amères et la teinture d'opium, qu'il combina avec le quinquina. Ces médicaments ne réussirent point; le vin scillitique fut plus heureux. Il arrêta la sueur, mais il fatigua tellement la malade, qu'il fallut cesser son usage, et l'exhalation cutanée reparut avec son abondance ordinaire. Elle céda enfin à l'*aconit*.

(*La fin au prochain numéro.*)

NOTE SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA COUPEROSE (iodure de chlorure hydrargyreux).

Par le docteur ROCHARD.

Insister sur l'opiniâtreté, sur la fréquente incurabilité même des diverses variétés d'acné et en particulier de l'*acné rosacea et indurata*, ou plus vulgairement couperose, serait vouloir apprendre aux praticiens ce qu'ils n'ont que trop souvent eu l'occasion d'observer. Celse pensait « qu'il serait ridicule de penser à la guérir » et lorsque M. Cazenave dit que « *dans l'acné rosacea, toute la médication consiste presque dans les moyens hygiéniques,* » (*Trait. des mal. de la peau*, p. 311, 4e édition), il indique assez clairement que la thérapeutique de la couperose n'a pas fait beaucoup de progrès depuis Celse. M. Cazenave ignore moins que personne, en effet, que le monde est plein de malades qui suivent un régime hygiénique des plus réguliers, des mieux entendus, et qui n'en restent pas moins en proie à des acnés dont rien ne peut arrêter ni même modifier la marche.

Grâce à une nouvelle combinaison saline, découverte par un chimiste aussi persévérant que distingué, nous croyons que l'aphorisme de Celse doit être singulièrement réformé, et la thérapeutique de M. Cazenave considérablement améliorée; cette combinaison est l'iodure de chlorure hydrargyreux, de Boutigny (d'Evreux).

C'est en 1842 que pour la première fois je pus faire constater à une commission nommée par M. le Préfet de Police les excellents effets de ce sel, tout nouvellement découvert, sur la scrofule, quoique les sujets sur lesquels porta l'examen de la commission fussent tous de jeunes détenus de la Roquette, c'est-à-dire des enfants qui, sous tous les rapports, se trouvaient dans les plus mauvaises conditions possibles.

Dès 1846, je pus entretenir l'Académie des sciences d'une série d'expériences sur l'action favorable du nouvel agent dans la

(1) Cette commission était composée de MM. les docteurs Pariset, Juge et Emery.

scrofule et dans plusieurs affections cutanées, et enfin, en 1851, j'eus l'honneur d'adresser, de concert avec M. le docteur Sellier, à la même Académie, dix observations détaillées de couperoses qui avaient été rebelles à tous les traitements dirigés soit par une pratique rationnelle, soit par un aveugle empirisme, auquel il est bien difficile pour les malades de ne pas avoir recours, lorsque les lumières de la science leur font défaut.

Les faits contenus dans ce dernier travail étaient concluants; cependant, comme ils avaient été recueillis exclusivement dans la pratique des deux auteurs, je désirais vivement déposer dans la science et présenter à la confiance des praticiens des faits ayant eu des témoins à la fois éclairés et à l'abri de toutes les illusions de la paternité. C'est sur quatre de ces faits que je viens appeler aujourd'hui la sérieuse attention de tous les praticiens. Trois d'entre eux ont eu pour témoin M. le professeur Nélaton dont personne n'ignore le sévère esprit d'observation et la rare sagacité; le quatrième a pour historien M. le docteur Devaulx (de Noyon), et, pour sujet, la femme de notre excellent et distingué confrère. Je vais d'abord faire connaître ces faits importants; j'exposerai ensuite en quelques mots la méthode à l'aide de laquelle il sera possible à chaque praticien de les multiplier.

Observation I. — Je, soussigné, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Clinique, certifie que la nommée Michel, âgée de 42 ans, est entrée le 19 mars 1852 dans mon service, salle de chirurgie, n° 9, pour se faire traiter d'une tumeur du sein. Cette malade était atteinte d'une affection de la peau de la face, consistant en une couperose érythémateuse et pustuleuse, caractérisée par une éruption abondante de pustules accompagnées d'induration, d'épaississement des téguments. Pendant deux mois que cette malade séjourna à l'hôpital, elle a été traitée, sous mes yeux, par M. le docteur Rochard, et nous avons pu constater que son affection cutanée a éprouvé des modifications notables et extrêmement favorables. Les pustules se sont éteintes, l'érythème a disparu et la peau a repris en grande partie son aspect normal. — Depuis que cette malade est sortie de nos salles, elle a continué à se confier aux soins de M. Rochard ; je l'ai revue le 26 juillet dernier, et je l'ai trouvée dans un état qui, s'il persiste, pourra être considéré comme une guérison.

(*Paris, ce* 3 *août* 1852.)

Nélaton.

Observation II. — Je, soussigné, professeur à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Clinique, certifie que la nommée Aline Corsin, âgée de 40 ans, est entrée le 30 mars 1852 dans mon service, salle de chirurgie, n° 4, pour se faire traiter de rhumatisme. Cette malade était atteinte d'une affection de la peau de la face, consistant en une couperose érythémateuse et légèrement pustuleuse, caractérisée par une rougeur très-prononcée des joues, du front et du menton. Sur ces surfaces rouges s'élevaient quelques pustules à pointes blanches accompagnées d'induration et d'épaississement des téguments.

Pendant deux mois que cette malade séjourna à l'hôpital, elle a été traitée sous mes yeux, par M. le docteur Rochard, et nous avons pu constater que son affection cutanée a éprouvé des modifications notables et extrêmement favorables. Les pustules se sont éteintes, l'érythème a disparu et la peau a repris en grande partie son aspect normal.

(*Paris, le* 3 *août* 1852.)

Nélaton.

Lettre du docteur Dévaulx au docteur Rochard.

Noyon, le 7 octobre 1854.

Mon cher confrère,

Observation III. — Mademoiselle Devaulx a éprouvé les premières atteintes du mal pour lequel elle est venue dernièrement réclamer vos soins vers le mois de janvier 1848. La maladie à cette époque occupait le bas du visage, un peu au-dessus du menton à gauche et ne consistait qu'en deux ou trois boutons auxquels, je l'avoue, je n'attachais aucune importance. L'été suivant l'affection parut vouloir s'étendre et envahit l'autre côté du visage, mais toujours en bas et au-dessus du menton. Comme j'étais intimement lié avec M. Duchesne-Duparc, qui s'occupe spécialement du traitement des dermatoses, tout naturellement je le consultai. Il me conseilla les applications de sulfure de potasse avec la précaution d'en limiter le contact au sommet des boutons. Cette application avait pour résultat de flétrir le bouton avec une grande rapidité, mais il restait une rougeur pour laquelle on employa la fécule tous les soirs et qu'on maintenait à l'aide d'une légère couche d'huile de jusquiame. Le matin notre malade faisait la toilette du visage avec une très-faible dissolution de sous-carbonate de soude. Ces divers moyens ne modifièrent en aucune manière l'état de la peau. Les boutons se flétrissaient, il restait des rougeurs, d'autres boutons naissaient. Mais comme la maladie n'occupait que la partie inférieure de la figure, qu'elle était circonscrite dans un espace très-étroit et que M. Duchesne-Duparc nous conseillait de ne pas nous décourager, de continuer les applications du sulfure de potasse, convaincu qu'il était qu'elles finiraient par triompher du mal, nous nous contentâmes pendant longtemps de cette prescription avec les alternatives de bien et de mal, mais jamais avec la moindre apparence d'une cure définitive. L'hiver l'affection disparaissait pour ainsi dire, et vers le mois d'avril elle se présentait de nouveau, toujours limitée dans le bas du visage. Nous gagnâmes ainsi le mois de mai 1851, et fîmes à cette époque un voyage à Paris, avec l'intention de consulter M. Cazenave. Le traitement de ce dernier se composait : à l'intérieur de potion avec la codéine à prendre par cuillerée à soupe le matin à jeun et avant le dîner, d'infusions amères contenant par 500 grammes 1 gramme de bi-carbonate de soude qu'on buvait avec le vin au moment des repas, et à l'extérieur pour lotions : d'une mixture dans laquelle le sublimé corrosif entrait comme base à la dose de 10 centigrammes, et pour pommade l'onguent napolitain. M. Duchesne, que nous vîmes à la même époque, crut utile d'en venir au sirop anti-herpétique n° 1, et à la bière blanche pendant le repas.

Pour traitement local, il conseilla des lotions de dix minutes sur tout le visage, le soir, au moment de se coucher, avec de l'eau chaude saturée de savon noir, et le matin une lotion tiède à l'eau aromatisée avec la teinture de benjoin : une petite cuillerée à café pour une demi cuvette.

On suivit d'abord le traitement de M. Cazenave, qui ne fut pas plus heureux que son prédécesseur, et produisit, comme lui, des alternatives de bien et de mal et jamais de cure véritable. On essaya le traitement de M. Duchesne, et on fut bientôt obligé de renoncer au sirop anti-herpétique, qui amenait une grande perturbation dans les fonctions digestive. Nous passâmes ainsi les années 1851 et 1852, et au mois de mai 1853 nous revîmes MM. Cazenave et Duchesne-Duparc. Le traitement du premier, que nous ne suivîmes pas, se composait à l'intérieur d'ammoniaque liquide, à la dose d'une goutte, à prendre tous les matins à jeun dans une infusion amère, et à l'extérieur de pommade à l'onguent citrin et rosat et de lotions alcalines. M. Duchesne nous conseilla d'employer deux ou trois fois par mois une cautérisation légère et superficielle, avec la solution ci après : Eau distillée, 12 grammes; nit. d'arg. crist. 4 grammes. Il nous conseilla, en même temps à l'intérieur, comme la maladie était compliquée de gastralgie, les préparations ferrugineuses, l'oxyde de bismuth, les viandes grillées et rôties, etc. On suivit exactement ce traitement, et une amélioration notable ne tarda pas à se manifester. Ce mieux se maintint même jusqu'au mois d'avril dernier, époque à laquelle le mal prit un développement et une extension extraordinaire. Nous nous décidâmes à revenir à Paris et, d'après les conseils de M. Reis, nous nous sommes adressés à vous, et nous nous félicitons tous les jours d'avoir fait votre connaissance. La santé de ma femme est excellente ; son appétit est insatiable, et la peau du visage a recouvré la netteté, la souplesse et même le duvet du jeune âge. Toutes ses connaissances la complimentent tous les jours sur la métamorphose si complète opérée par le docteur Rochard. C'est une très belle cure, et votre traitement est appelé à battre en brèche et à démolir tous les traitements qu'on opposait à l'acné rosacea. —

Aspect de la malade au moment où j'ai commencé l'application de mon traitement, le 24 mai 1854 :

Madame Devaulx, âgée de 27 ans, bonne constitution lymphatique et la peau d'une grande finesse et d'une blancheur éclatante. La couperose occupe principalement les joues, le nez et le menton ; elle est caractérisée par des plaques d'un rouge foncé avec épaississement de la peau ; par des pustules assez nombreuses qui se terminent par des pointes blanches. La matière qui s'écoule facilement de ces pustules forme de légères croûtes jaunâtres qui donnent au visage un aspect désagréable.

La malade éprouvait en plus, dans la santé générale, un trouble qui se manifestait par un manque d'appétit, l'insomnie, une fatigue très-pénible dans la marche, des palpitations, et une menstruation insuffisante.

Les premières onctions déterminèrent promptement la sortie d'une grande quantité de matière puriforme, en sorte que ces *poussées* couvraient presque complétement le visage. La matière épanchée et desséchée au contact de l'air était d'un jaune brunâtre.

Après l'influence de ces poussées que je répétai aussitôt que la peau était détergée, les pustules se dissipèrent peu à peu, ainsi que les plaques rouges; en sorte qu'après trois mois de l'application du traitement, la couperose était entièrement guérie et la santé générale était devenue excellente

Quelques pilules prises à l'intérieur et l'application locale du médicament suffirent pour obtenir cette cure.

OBSERVATION IV. — *Lupus compliqué de couperose légèrement pustuleuse sur les joues et le menton.* (Ce malade m'a été confié par M. le professeur Nélaton, qui a suivi le traitement et constaté la guérison.)

M. L.., de Marseille, âgé de vingt ans, d'une constitution lymphatique, éprouva, à l'âge de trois ans, de très-vives douleurs rhumatismales dans le bras droit, qui l'empêchèrent de s'en servir pendant plusieurs semaines. Au fur et à mesure que les douleurs s'apaisèrent, on vit se manifester un gonflement assez considérable des ganglions du cou; ce gonflement était tel, qu'il tenait le menton comme collé sur la poitrine jusqu'à ce que l'abcès eut crevé. A partir de ce moment, la santé sembla s'améliorer; cependant il conserva près de six mois une grande raideur dans les mouvements de la tête, raideur qui ne se dissipa entièrement qu'après deux saisons de bains de mer. Jusqu'à l'âge de quinze ans environ, le jeune L... éprouva de la gêne à respirer par le nez: il se formait constamment des croûtes dans les fosses nasales qui ne tombaient que par l'emploi de bains locaux émollients.

Il y a quatre ans, dans le courant de l'été, il se développa un gros bouton à l'extrémité du nez; chaque fois que ce bouton était écorché, il s'étendait davantage en se couvrant de croûtes. On prescrivit alors le sirop de Portal et une pommade de calomel. Cette médication n'apporta aucune modification; pendant l'hiver, les croûtes s'étendaient sous forme d'écailles. Une matière purulente traversa ces croûtes, et lorsqu'elles tombaient elles se renouvelaient presque aussitôt.

En 1851, M. L... fut soumis à l'action de l'iodure de potassium et de cautérisations avec le nitrate d'argent; ce traitement apporta quelques légères modifications. Mais l'année suivante, le mal reparut avec une grande intensité; de nouvelles croûtes s'élevèrent au-dessus de la première et sur l'aile gauche du nez: on envoya le malade aux eaux de Bagnères de-Luchon; puis on lui conseilla l'usage de l'huile de foie de morue et des frictions avec l'huile animale de Dippel. A son retour des eaux, les croûtes étaient tombées, la couleur livide des tubercules avait notablement diminué. Mais, obligé de suspendre ce traitement à cause de l'état de l'estomac qui s'irrita avec vomissements fréquents, les accidents reparurent au nez vers le mois de décembre.

En 1853, il retourna aux eaux de Bagnères, qui modifièrent les parties malades comme l'année précédente. Mais l'hiver suivant la maladie reparut malgré l'usage de l'iodure de potassium et les cautérisations.

En 1854, il prit seulement des bains de mer, qui n'apportèrent que peu de changement dans son état.

Ainsi, pendant quatre ans, tous les traitements actifs n'aboutirent qu'à une amélioration momentanée, pendant l'été, pour revenir avec toute sa malignité pendant l'hiver.

Voici dans quel état se trouvait M. L.... lorsqu'il commença mon traitement, le 28 août dernier:

Santé générale faible, teint plombé, indiquant une constitution éminemment lymphatique.

Sur l'aile du nez du côté gauche existent trois tubercules couverts de croûtes brunes, épaisses; sur l'aile du côté droit quelques tubercules livides, indolents, non ulcérés; et sur l'extrémité du nez se voient deux cicatrices, résultat des cautérisations.

Sur les joues, le front et le menton, sont disséminées quelques légères pustules de couperose, caractérisées par une auréole érythémateuse qui les entoure.

Sous l'influence de l'application locale du médicament les tubercules et les pustules se dégagèrent de la matière morbide qu'ils contenaient. Cette matière puriforme tombait en se desséchant sous forme de croûtes et de poussière jaunâtre.

Par ce traitement interne, la santé générale fut profondément modifiée. Après deux mois de traitement, la peau du nez et du visage avait repris son aspect normal, et le teint du visage exprimait une profonde amélioration dans la constitution.

Au point de vue des résultats pratiques, il serait difficile d'exiger des faits plus concluants; ils suffiront grandement pour établir cliniquement qu'on peut, sans s'exposer au ridicule dont parle Celse, chercher à guérir la couperose, et que la thérapeutique a mieux à faire, dans le traitement de cette grave affection, que de s'abandonner aux seuls moyens hygiéniques' comme le conseille M. Cazenave.

Mais quelque juste prépondérance que doivent avoir les faits cliniques aux yeux des praticiens, il est rare cependant que leur esprit ne cherche pas à s'en rendre raison et à les faire rentrer dans le domaine de la médecine rationnelle; il est sans exception surtout qu'il n'en étudie pas toutes les conditions, tous les détails, afin de perfectionner la méthode dont ces faits démontrent d'une manière générale l'utilité. Comme tout autre l'aurait fait à ma place, je me suis donc occupé de ces questions, et je crois pouvoir ajouter que ce n'est pas inutilement; j'espère pouvoir établir que si l'action de l'*iodure de chlorure hydrargyreux* est plus puissante que celle des moyens qu'on a employés jusqu'à ce jour contre la couperose, elle est néanmoins analogue à l'action de ceux de ces moyens dont l'efficacité est bien réelle quoique insuffisante (par exemple les eaux minérales et celles de Souesche en particulier); j'établirai surtout que, quelle que soit la valeur thérapeutique de l'*iodure de chlorure hydrargyreux* de Boutigny, ce puissant médicament doit être employé avec discernement et à des degrés très-variés de concentration et d'énergie, si l'on veut en obtenir tout ce qu'il peut donner.

(*La fin au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— L'élection que nous avions annoncée à l'Académie des sciences a eu lieu aujourd'hui, quoique de bien peu, elle a néanmoins trompé nos prévisions.

Trois tours de scrutin ont eu lieu: au premier, MM. Jobert et Cloquet ont eu chacun 17 voix; M. Baudens, 7; M. J. Guérin, 5; M. Laugier, 5; M. Gerdy, 4.

Au second tour de scrutin, M. J. Cloquet a obtenu 26 voix; M. Jobert, 25; M. J. Guérin, 3; M. Baudens, 1; M. Laugier, 1.

Au troisième tour, M. Cloquet a obtenu 29 voix et M. Jobert, 27. La majorité étant de 29, M. Jules Cloquet a été élu membre de l'Institut, sauf approbation de l'Empereur.

Pour toutes les variétés. H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

En cours de publication dans le *Moniteur des hôpitaux*, pour être tirées et vendues à part: *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin par quartier de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. — Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du Journal. — Prix: 2 fr.

Sous presse pour paraître prochainement: *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de *l'huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix, 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX, recevront gratuitement cet ouvrage.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix: 1 fr. — Au bureau du Journal.

*Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le Dr IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — Sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament. — Au bureau du Journal; prix: 25 centimes, et 40 cent. par la poste.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice, de la goutte; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8; au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 71. 3e ANNÉE. Mercredi 13 Juin 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. LANDRY, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65 et 66.)

Observation LXVIII. — Paralysie des quatre membres chez un homme infecté de syphilis, guérie en six semaines par l'iodure de potassium.

Résumé. — X..., âgé de trente-huit ans, peintre en bâtiments, d'une charpente athlétique, présentant les apparences d'un tempérament lymphatique, avait eu, neuf ans avant la maladie actuelle, une gonorrhée avec orchite et crêtes de coq, mais prétend n'avoir jamais eu de chancres (?). Le 15 février 1851, il entra dans le service de M. Robert, pour un ulcère de la jambe de fort mauvais aspect que l'on fut obligé de cautériser plusieurs fois avec l'acide chlorhydrique. Tout autour de l'ulcère principal se trouvaient une multitude de petites ulcérations parfaitement arrondies et dont le fond était grisâtre et sanieux.

La guérison eut lieu en deux mois environ et le malade se préparait à quitter l'hôpital, quand il fut pris d'engourdissements aux pieds, puis aux mains, qui gagnèrent graduellement les parties inférieures. En même temps, ces parties s'affaiblirent et perdirent bientôt la faculté de ce mouvoir. Cette paralysie remonta assez rapidement vers les jambes, les cuisses, les avant-bras et les bras, et en peu de temps, elle fut complète dans les quatre membres. D'ailleurs, aucun signe du côté des centres nerveux; l'intelligence restait intacte, les sens bien sains et la parole nette; les fonctions de la vessie n'étaient nullement altérées et la défécation était facile. Aucun trouble de la santé générale.

C'est dans cet état qu'il fut envoyé dans le service de M. Sandras le 20 mai 1851, après qu'on eût inutilement employé des purgatifs, des sangsues à l'anus et un vésicatoire au bras.

Outre les détails qui précèdent, on constata une couleur cuivrée remarquable des cicatrices de la jambe, et l'on reconnut que l'ulcère reposait sur une exostose considérable du tibia, très-distincte de l'induration qui formait la base de l'ulcère. D'ailleurs, pas de tumeurs sur les os du crâne ni du rachis; pas de traces d'intoxication saturnine; pas de symptômes généraux.

Traitement. — Iodure de potassium, 2 grammes par jour.

9 juillet. Ce traitement a été continué sans aucun autre moyen auxiliaire. Une amélioration rapide s'est manifestée, et le 11 juin, le malade avait recouvré l'usage de ses jambes. Aujourd'hui il ne reste plus qu'un peu de faiblesse dans les jambes, — l'exostose persiste quoique un peu diminuée.

20 octobre. La guérison de la paralysie s'est maintenue. Ce malade a été retenu à l'hôpital par l'ulcère de la jambe dont la cicatrice était peu solide. Aujourd'hui tout va bien et l'exostose du tibia est presque nulle. On a continué l'iodure de potassium. — Le malade sort de l'hôpital.

Observations LXIX, LXX. — Paralysies dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. (Griffouillère, *Journal des Connaiss. méd. chir.*, 8e année, 1er semestre, p. 225; *observ.* IVe et Ve.)

Observation LXXI. — Paralysie d'un bras succédant à une affection rhumatismale du même membre. (Chomel, *Gaz. des hôp.*, 1845, p. 282.)

Observations LXXII, LXXIII. — Un cas de paraplégie et un cas de paralysie d'un membre thoracique survenus dans le cours d'une affection rhumatismale. (Trousseau. *Gaz. des hôp.*, 1853, p. 327.)

Observation LXXIV. — Chorée à la suite du rhumatisme articulaire aigu. (Favelle, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1844, p. 10.)

Observation LXXV. — Divers exemples de chorée liée à une affection rhumatismale. (Sée, *Mémoire cité;* Botrel, *Thèse citée.*)

Observation LXXVI. — Aliénation mentale avec mélancolie et stupidité chez une nourrice pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu; guérison après quelques semaines. (Baillarger, *Gaz. des hôp.*, 1852, p. 123.)

Observation LXXVII. — Délire et catalepsie chez une femme dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Résumé. — X..., âgée de vingt-huit ans, habitant Nanterre, fut prise, vers la fin de mai 1852, d'un rhumatisme articulaire aigu pour lequel on employa les émissions sanguines et le sulfate de quinine à très-faible dose. Au milieu des symptômes ordinaires de l'affection rhumatismale survint un délire violent qui fut considéré comme nerveux. Des vésicatoires à la nuque et aux cuisses, n'eurent aucun succès, et on transporta la malade à l'hôpital Beaujon, service de M. Sandras.

Au moment où je la vis pour la première fois, elle était dans l'état suivant (5 juin 1852) : immobilité complète; les yeux ouverts sont fixes; si on la touche, si on la pince, si on la pique, elle ne paraît pas sentir. Les membres soulevés retombent comme des membres inertes; mais si on les maintient, même un instant très-court, dans une position quelconque, ils semblent s'y fixer et peuvent y rester indéfiniment. La tête est dans le même cas. On donne à ces parties les positions les plus bizarres et les plus difficiles à garder; elles les conservent jusqu'à ce qu'on leur imprime quelque nouveau mouvement. La pupile droite est plus large que la gauche. — Après vingt minutes environ, X... est sortie brusquement de cet état cataleptique en demandant le bassin en termes grossiers. Dès lors le délire a reparu, délire sans fièvre, loquace, dans lequel elle injurie les personnes du service et ses voisines. — Le rhumatisme articulaire a complétement disparu.

Potion avec 60 grammes de sirop de morphine.

7 et 9 *juin*. Persistance du délire et nouveaux accès de catalepsie, dont un a duré trois heures. On est enfin obligé d'envoyer cette malade à la Salpétrière et nous l'avons perdue de vue.

Observation LXXVIII. — Névralgie sciatique alternant avec les douleurs d'un rhumatisme articulaire aigu.

Résumé.— X..., âgé de trente-neuf ans, raffineur de sucre, ayant déjà eu deux affections rhumatismales aiguës, est pris le 17 janvier 1851 de douleurs vives dans les deux genoux. Trois jours après, ces douleurs disparurent en une nuit et furent remplacées par une douleur très-pénible siégeant en arrière du membre inférieur droit et pour laquelle il entre à l'hôpital le 28 janvier. Cette douleur exaspérée par la marche, les mouvements et la pression, suit exactement le trajet du nerf sciatique et ne s'accompagne d'aucune tuméfaction ni rougeur. Elle est surtout vive en arrière du grand trochanter et au niveau de la tête du péroné. — Fièvre peu intense, peau chaude et moite.

Six ventouses scarifiées le long du nerf sciatique.

[illegible] *janvier*. La douleur sciatique a disparu; mais les deux articulations tibio-tarsiennes, le poignet gauche, le genou gauche, la région lombaire de la colonne vertébrale sont le siége de fortes douleurs exaspérées par les moindres mouvements et la pression, avec rougeur et tuméfaction légères au voisinage des articulations; fièvre intense, etc.

Dès lors, le rhumatisme articulaire suit sa marche normale et guérit rapidement sous l'influence du rhumatisme articulaire à haute dose.

MÉDECINE COMPARÉE.

Mémoire sur les prétendus cerveaux ossifiés ou sur les exostoses de la face interne du crâne chez les animaux de l'espèce bovine.

Par M. Arm. Goubaux,

(Professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.)

§ I[er].

Les observations sur lesquelles reposeront toutes les considérations que renferme ce mémoire doivent être placées ici tout d'abord; je les reproduirai d'après l'ordre chronologie, car il me sera ensuite plus facile de montrer l'importance que l'on doit attacher, au point de vue physiologique, aux déductions qui ont accompagné leur publication.

Observation I. — Thomas Bartholin est le premier qui ait parlé de la pétrification du cerveau du bœuf. Après avoir fait l'historique des concrétions qui ont été trouvées soit dans le cerveau, soit dans les autres parties du corps, il cite le fait suivant (1) :

Mais à ces exemples très-rares il faut ajouter celui d'un bœuf suédois qui, sacrifié à un âge avancé, ne tomba pas sous le coup de la hache du boucher, laquelle rebondit au contraire sur son crâne. Le cerveau de ce bœuf était, dans toute l'étendue de sa substance, converti en pierre. Cet animal allait au pâturage avec les autres bœufs, mais toujours il portait la tête bas, et il devint si maigre qu'il fut abandonné à la basse boucherie. Son cerveau pétrifié et son crâne furent, dit-on, servis sur la table du comte Oxenstiern, dans les domaines duquel se fait s'était passé. L'illustrissime légat Sthenon Bielcke voulut bien me promettre de m'envoyer soit une figure exacte de cette curiosité, soit un morceau du cerveau lui-même. Son témoignage confirme la vérité de cette histoire, car il avait vu lui-même le cerveau sur la table de son cousin. Comment chez ce bœuf les mouvements se conservèrent-ils dans toute leur intégrité, tandis que son cerveau était pétrifié? Je soupçonnai que bien certainement dans le cerveau de ce bœuf, pétrifié du vivant de l'animal, il devait rester de vastes sinus où circulaient librement les esprits animaux, et que, sans cela, tout mouvement eût été impossible à ce bœuf. Je ne me trompais point, car l'illustrissime Bielcke me certifia qu'il y avait remarqué de petits foramens, çà et là creusés dans la pierre, et dans lesquels on aurait pu introduire des chalumeaux de paille.

(1) Thomas Bartholin, *Historiarum anatomicarum et medicarum rariorum*. Centuria V et VI. Hafniæ, 1661; in-8°. Voy. centuria VI, hist 91. (*Cerebrum bovis lapidescens.*)

Observation II. — La description du fait suivant est de Sébastien Scarabicci, lecteur public de médecine; elle a été imprimée par Pierre-Marie Frambotto, en 1678, sous le titre de : « *Description historique d'un phénomène extraordinaire* (1). » J'en extrais les détails les plus intéressants.

Le 29 août 1664, le R. P. Michaël Michaëli, bénédictin, acheta deux bœufs. Mais au bout de quelques mois, quoique les deux bœufs reçussent les mêmes aliments, la même eau; quoique leur étable fût commune, et qu'un même bouvier leur donnât ses soins, l'un d'eux présentait le plus bel embonpoint et les formes les mieux proportionnées, tandis que l'autre, grêle et malingre, bien qu'il eût les apparences de la graisse et de la beauté, restait maigre et chétif, portait au contraire de l'habitude des bœufs, la tête fort bas, et annonçait la faiblesse extrême par la lenteur et l'apathie de sa démarche.

Cependant vint le temps où l'on avait coutume de sacrifier les bœufs, soit pour en faire des salaisons, soit pour en consommer la viande fraîche. Les deux animaux furent donc conduits à la ferme de Macerati, et tous deux, le même jour, reçurent le coup de la mort. Immédiatement après, leurs têtes furent tranchées et portées au couvent de Sainte-Justine.

Ces deux têtes de bœuf furent livrées au P. Laurent de Bergame (tel était le nom du cuisinier du couvent). Le P. Laurent, s'armant d'un couperet bien tranchant, se mit en devoir de découper ces têtes. Ce fut pour l'une d'elles chose facile; mais quand vint le tour de l'autre, il ne put, quelque effort qu'il fît, la couper plus loin que le crâne. Grande fut la stupéfaction du bon père cuisinier..... Cependant, s'armant d'une lourde hache, il en asséna plusieurs coups violents sur le crâne. Vains efforts!.... Pourtant, jetant loin de lui la hache, et soulevant dans ses deux mains cette tête rebelle, il la mit sur l'autre face, s'arma de nouveau du couperet, et vint, sans beaucoup de peine, à bout de diviser la tête en deux parties.

Mais ce ne fut point un cerveau, mou, léger, qu'il trouva dans l'intérieur du crâne; il n'en retira qu'une pierre lourde et dure. A la vérité cette pierre avait tout à fait la forme d'un cerveau naturel; elle en avait non-seulement la couleur, mais les lignes en tout point semblables, se coupant et se réunissant de la même manière. Telle était pourtant sa dureté, telle était sa froideur, que ce n'est point à celles du marbre, mais à celles du fer qu'il faut les comparer.

Ce cervau changé en une véritable pierre, le bœuf étant encore vivant, fut tiré avec une grande admiration de l'intérieur du crâne; et, pour être encore mieux convaincu de sa densité, on le frappa à grands coups de couperet, de fourche et de maillet. Enfin, plongé dans l'eau bouillante, jeté au milieu des flammes sur des fagots brûlants, il résista tellement bien, qu'il n'y eut qu'une voix parmi les moines, accourus à la nouvelle de ce miracle, pour le déclarer indestructible.

Une minutieuse investigation fit reconnaître qu'évidemment le ciel n'était pour rien dans ce miracle, et que ce cerveau changé en pierre l'avait été par une opération de la nature, dans le crâne même du bœuf. Et en effet, malgré la bonne nourriture, d'excellents soins, jamais cet animal n'était devenu gras; bien au contraire, déclinant et maigrissant chaque jour, il trahissait par la lenteur de sa marche, par le port de sa tête, toujours penchée vers la terre, de son extrême faiblesse. . . . .

Pour moi, qui non-seulement fus l'un des spectateurs, mais encore un des témoins les plus proches et les plus capables de donner des renseignements; pour moi qui ai vu de mes yeux ce cerveau changé en en pierre, qui l'ai plusieurs fois tenu dans mes mains, j'ai cru utile de le faire voir et toucher dans l'Académie de Pavie comme un phénomène curieux de la nature.

Obs. III. — *Observation sur un cerveau pétrifié;* par Du Verney, le jeune (2).

(1) Ce fait a été inséré dans le *Journal d'Allemagne*, année 1670 (première année), observation XXVI, p. 91. Il a été reproduit sous forme d'extrait dans la *Bibliothèque* de Planque, t. VIII, p. 423 (*cerveau pétrifié d'un bœuf*). Enfin Vallisnieri l'a imprimé en entier dans son mémoire, parce que l'original en était rare.

(2) Voir : *Histoire de l'Académie rayale des sciences*, année 1703, p. 261. *Bibliothèque choisie de médecine, tirée des ouvrages périodiques, tant français qu'étrangers, avec plusieurs autres pièces ra-*

Voici un cerveau dont la substance est très-différente de ce que tous les auteurs, tant anciens que modernes, se sont imaginé; bien loin d'être mou et flexible, il est aussi dur que le marbre. C'est le cerveau d'un bœuf qui a été tué tout récemment; ce n'est pas depuis la mort de l'animal qu'il s'est endurci, on l'a trouvé tel au moment qu'on l'a tué; et, ce qui est presque incroyable, ce bœuf avec son cerveau pétrifié était gros et gras, et se portait aussi bien que ceux qui étaient dans le marché où il fut vendu.

Ce bœuf, lorsqu'on fut sur le point de l'assommer, s'échappa jusqu'à quatre fois. Enfin, il fut assommé; mais quand on vint à lui fendre la tête, le crâne ayant été entamé, la cerveau résista au couperet : le boucher croyant que son coup avait porté sur l'anneau de fer où la tête était attachée, redoubla le coup, mais sans effet, et ayant vainement frappé une troisième et une quatrième fois, il fut obligé de prendre un marteau, et de mettre le crâne en pièces pour en tirer le cerveau. Après qu'il eut fracassé le crâne à coups de marteau, il fut bien surpris, lui et ses camarades, de trouver une espèce de gros caillou au lieu de cerveau. Ils vinrent me l'apporter, et je fus encore bien plus surpris qu'eux, quand je vis ce prodige. Comme toutes les parties du crâne avaient été brisées, il me fut impossible d'y remettre chaque partie à sa place.

Je contemplai à loisir ce cerveau, et j'en examinai toutes les parties avec admiration. Sa figure est singulière et très-différente de celle d'un cerveau ordinaire. Sa surface est partout inégale et raboteuse, et on le peut en quelque sorte comparer à une rocaille, telle que l'on en voit dans des grottes de plusieurs jardins : les deux grands lobes sont plus épais et plus ramassés qu'ils ne le sont naturellement. Ils sont situés obliquement, tant à leur partie supérieure qu'à l'inférieure; ils ont à la supérieure chacun une avance; celle du lobe gauche, qui excède environ d'un travers de doigt tout le reste, est assez arrondie; celle du lobe droit, laquelle s'élève bien de la hauteur d'un pouce, est plus large, et forme une espèce de selle à cheval, terminée à chaque extrémité par un pommeau, dont celui de derrière est rond comme un petit bouton, et celui de devant, qui est beaucoup plus gros, est aussi plus large, et a dans son milieu une espèce de rainure. Ces deux éminences laissent entre elles un vide assez considérable, qui se continue jusqu'au-dessous de la base du crâne, en formant d'espace en espace des cavités inégales et plus ou moins grandes, dont les deux plus considérables peuvent contenir une petite noisette : la partie inférieure du lobe gauche jette une avance mousse qui déborde au delà de celle du côté droit; les diverses anfractuosités que forment les sillons du cerveau paraissent en quelques endroits plus grandes qu'à l'ordinaire, et même séparées, laissant des sinuosités et des enfoncements qui, apparemment, ont été creusés par le mouvement des vaisseaux qui s'y sont conservés; de même que sur la lame intérieure des os du crâne l'on voit des sillons formés par la trace des vaisseaux en plusieurs endroits des lobes de ce cerveau, l'on voit aussi des anfractuosités qui sont encore jointes par la pie-mère, laquelle s'est endurcie et pétrifiée presque partout ailleurs, de même que le cerveau; si ce n'est qu'au dedans de la partie postérieure des lobes qui joint la partie latérale du cervelet, on trouve encore une substance tendre et spongieuse, qui ne s'est point endurcie et pétrifiée comme tout le reste : ce que l'on sent facilement en y introduisant un stylet; car cette partie-là ne résiste point, comme ailleurs, au stylet; et cet endroit est proprement dit ce qu'on appelle le troisième ventricule, au-dessous duquel est située la glande pinéale qui est à la rencontre des sinus de la dure-mère. Quoique l'éminence qui est en cet endroit soit plus grosse qu'une noix, sa situation donne lieu de croire que c'est la glande pinéale; cette glande est comme articulée, et emboîtée par sa partie antérieure et supérieure avec les deux avances des lobes que nous avons décrites, et par sa partie postérieure et et inférieure du cervelet. A la partie inférieure de cette glande, il y a plusieurs cavités dont la plus considérable, qui est la partie supérieure postérieure du lobe droit, forme une grande sinuosité, laquelle, passant sur le côté droit du cervelet, vient aboutir à une autre grande cavité d'environ un travers de doigt de diamètre, où doit être le commencement de la moelle allongée. L'on voit aussi au dessus du même endroit un léger enfoncement environ de la grandeur d'un denier, lequel enfoncement est encore revêtu de sa membrane et paraît transparent.

A la base du crâne et à côté de cette cavité, tout proche d'une autre sinuosité assez considérable, l'on trouve encore une substance tendre, spongieuse et même moelleuse; car en y introduisant un stylet, non-seulement il y pénètre très facilement de la longueur de 5 à 6 lignes, mais en le retirant on le trouve tout enduit de cette moelle; et ce qui est assez étonnant, c'est que les parties voisines sont aussi dures que le marbre.

Le cervelet est situé obliquement en s'élevant de derrière en devant sur le lobe gauche, et l'avance qu'on nomme *vermiforme* est courbée et cachée sous les lobes, et se trouve ici élevée sur le lobe gauche. Entre le même lobe et la même avance, il y a une cavité considérable de figure irrégulière et tirant sur l'ovale, qui pénètre fort avant dans la substance du cerveau et qui, dans l'endroit où elle se termine, paraît moins dure et seulement comme ossifiée. Le cervelet a conservé à peu près sa figure naturelle, et il ne s'y est trouvé aucune cavité considérable, mais seulement de petits enfoncements et des sinus qui paraissent avoir été formés par l'écartement des sillons.

Dans la base du cerveau qui a été coupée par le boucher, on remarque distinctement la partie cendrée et la partie blanche, toutes pétrifiées qu'elles sont (1).

OBSERVATION IV. — Vallisnieri, en parlant du fait de Du Verney, rapporte l'observation suivante (2).

Je remercie publiquement M. Massa, élève de l'École d'Alfort et aujourd'hui vétérinaire, qui a bien voulu me traduire en français le mémoire de Vallisnieri et celui du professeur Patellani dont j'aurai l'occasion de parler plus loin. A. G.

Un boucher de Modène trouva un cas semblable chez un bœuf, il m'appela à temps, et voyant qu'il ne pouvait pas retirer la concrétion par la partie supérieure du crâne, il l'ouvrit avec beaucoup de patience par la partie inférieure, et nous avons parfaitement vu le cerveau, outre la concrétion dont le volume était presque aussi considérable que la moitié de celui du cerveau du bœuf.

Cette concrétion pèse 14 onces (437 gr. 50); elle est lisse, luisante très dure, à peu près ovale, tubéreuse d'un côté, ronde de l'autre. Elle présente à sa surface des sillons vasculaires comme ceux que l'on remarque à la face interne du crâne, et présente dans son intérieur un morceau de pie-mère. La coupe de cette concrétion, en long et en travers, montre qu'elle était pleine partout comme un caillou de rivière. Sa couleur est blanche; on voit cependant des cercles d'une teinte obscure qui démontrent son mode de formation, et sa surface externe présente une croûte qui adhère très-fortement aux parties sous-jacentes, mais qui en diffère par une blancheur beaucoup plus grande. Elle était tellement dure qu'il fallut employer, pour la scier, les mêmes instruments que pour le porphyre.

OBSERVATION V. — Dans une autre partie de son mémoire, et en rendant compte des expériences qu'il fit pour déterminer la nature de ces concrétions, Vallisnieri dit ce qui suit :

Pour mieux me rendre compte du fait, j'ai eu l'idée de sacrifier à ma curiosité une autre concrétion très-jolie qui avait été retirée de la tête d'un bœuf et qu'on aurait prise facilement pour un cerveau pétrifié, ant elle en avait la forme. Elle était presque aussi grosse que le cerveau et séparée en deux hémisphères qui n'avaient cependant pas le même volume, mais qui étaient séparés l'un de l'autre par un sillon antéro-postérieur. On voyait une portion de pie-mère incrustée dans ce sillon. La surface extérieure ne présentait pas les circonvolutions régulières du cerveau, mais elle était irrégulièrement bosselée. Sur la partie gauche et du côté externe, il existait une petite excavation au centre de laquelle s'élevait un petit tubercule. Le cervelet manquait, ou pour mieux dire il n'y avait pas de concrétion qui en tint lieu. Cette concrétion était blanche, lisse, dure, et pesait 7 onces (218 gr. 75). A la partie supérieure, elle était rugueuse, s'interrompait brusquement au milieu : à cet endroit, on voyait un morceau sec et friable de matière cérébrale.

J'ai encore rompu cette pièce perpendiculairement aux ventricules, et je me suis servi cette fois d'un ciseau au lieu d'une scie, pour mieux voir la direction des fibres. Après avoir donné plusieurs coups sur le ciseau, elle se partagea en deux parties et se montra, à l'intérieur,

---

res et des remarques utiles et curieuses; par Planque, doct. méd. Paris. T. VIII, p. 428.

(1) Je ne sache pas que Du Verney ait jamais donné à cette pièce une description complémentaire. — A. G.

(2) *Opere fisico-mediche stampate e manoscritte del kavalier Antonio Vallisnieri raccolte da Antonio suo figliuolo.* In Venezia, MDCCXXXIII, in-folio. Voyez t. Ier, p. 89 : *Considerazioni, ed esperienze intorno al creduto cervello di bue impietrito, vivente ancor l'animale, presentato dal signor Verney all' Academia Real di Parigi.*

pleine, très-blanche et très-dure. Il y avait seulement un petit trou à la partie antérieure et supérieure (1).

OBSERVATION VI. — M. Baron a fait voir à l'Académie une concrétion osseuse qui s'était trouvée dans la tête d'un bœuf et qui occupait une grande partie de la capacité du crâne : l'animal ne paraissait nullement languissant, il était gras et se portait très-bien lorsqu'il fut tué. Ce fait, qui est le troisième de cette espèce dont on ait connaissance, diffère cependant en deux points des deux premiers : 1° en ce que dans celu qui est rapporté en 1703 par M. Du Verney, de même que dans l'observation que le même anatomiste cite d'après Bartholin, la substance du cerveau était convertie en une espèce de pierre, au lieu que dans celle-ci elle n'est qu'ossifiée ; 2° en ce que dans les deux premières observations presque tout le cerveau avait changé de nature, et que dans celui qu'a fait voir M. Baron il en restait une portion existant sous la forme ordinaire. Mais si le fait rapporté par M. Baron diffère de ceux qui l'ont été par Bartholin et M. Du Verney, il convient avec ce dernier en ce que l'animal qui y a donné lieu ne paraissait pas souffrir de ce défaut d'une grande partie d'un organe regardé comme essentiel (2).

OBSERVATION VII. — J'ai vu avec M. Lordat, dit M. Künhnoltz (3), le cerveau ossifié d'un bœuf qui, pendant sa vie, n'avait pas donné le moindre signe d'une semblable altération. Cet animal faisait toutes les fonctions aussi bien qu'on pût le désirer.

OBSERVATION VIII. — Le cabinet d'anatomie comparée, au Muséum d'histoire naturelle, possède un de ces prétendus cerveaux pétrifiés, dont la surface polie et d'apparence éburnée offre des saillies et des enfoncements tout à fait semblables aux circonvolutions et aux anfractuosités de l'encéphale, mais en sens inverse, car ce ne sont que des empreintes, la substance cérébrale refoulée ayant en quelque sorte servi de moule à l'excroissance osseuse qui en est comme une contre-épreuve. Dans cette circonstance, et très-certainement il devait en être de même dans les autres cas analogues, comme a cherché à le démontrer Vallisnieri, le cerveau, très-atrophié, il est vrai, existait encore ; il n'était donc pas devenu osseux. Ainsi peut s'expliquer la persistance de quelques-unes des fonctions instinctives chez les animaux qui ont présenté cet état pathologique (4).

OBSERVATION IX. — M. le professeur Patellani, dans un *Mémoire sur un cerveau ossifié dans un animal sain* (5), dit que l'Institut vétérinaire de Milan possède dans son cabinet un cerveau ossifié; que c'est Leroy qui en dota la collection, mais qu'il n'en existe pas la moindre description. Il n'a trouvé que les lignes suivantes de Leroy, relativement à cette pièce :

N° 82. Une pièce très dure, très-grosse, lourde, de substance dentaire, trouvée dans le crâne d'un bœuf et parfaitement moulée dans l'intérieur de cette cavité. L'animal qui la portait était en bonne santé, malgé cette masse inerte. Cette pièce est assez curieuse tant par son importance physiologique que par sa rareté, car il n'en existe que quatre exemples en Europe.

(1) En donnant l'explication des planches qui terminent son mémoire, Vallisnieri dit que Donato Savoldel lui a envoyé une figure de l'une de ces tumeurs ; que cette pièce pesait 4 livres et demie; que c'était la partie antérieure du cerveau ; que le boucher avait jeté cette merveille dans le fumier, et que le hasard l'y avait fait rencontrer ; que le bœuf, de son vivant, frappait souvent les arbres de ses cornes, et qu'il était toujours inquiet. Cette tumeur présentait des points lisses et polis comme de l'ivoire. A. G.

(2) Extrait de l'*Histoire de l'Académie royale des sciences*, année 1753, p. 134.

(3) Extrait de : *Idée d'un cours de physiologie appliquée à la pathologie ;* par M. H. Künhnoltz. In 8°, Montpellier, 1829, p. 137.

(4) A. Aug. Duméril, *De l'induration des centres nerveux sous le point de vue du diagnostic et de l'étiologie*. Thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 22 mars 1842. Paris. — Cette pièce est peut-être celle qui a été décrite par Du Verney ou par Baron. A. G.

(5) Je dois à l'amitié de M. Ferriani, vétérinaire distingué de Ferrare, la communication d'une brochure de M. Luigi Patellani qui renferme le mémoire de ce professeur. Cette brochure a pour titre : *Abbrozo per un trattato di anatomia e fisiologia veterinaria del dottore in medecina e zoojatria Luigi Patellani, professore di zootomia e fisiologia*. Milano, 1851. — Voyez volume III, fasc. 1°, zoofisiologia, p. 63 : *Memoria sopra un cervello ossificato in un animale sano*. — A. G.

D'après ce peu de renseignements, ajoute M. Patellani, j'ai cru nécessaire d'en prendre auprès des plus anciens professeurs de cette école, mais mes démarches ont été infructueuses. Le répétiteur de clinique, élève de Leroy, m'a affirmé lui avoir entendu dire qu'un boucher de Bologne ayant acheté un bœuf, celui-ci devint gras en très-peu de temps, et que, lorsqu'on le sacrifia, on trouva le cerveau en question. Cet objet si rare fut confié à M. le professeur Moreschi qui l'envoya au prince Beauharnais, vice-roi d'Italie, et ce dernier le fit donner à l'Institut zooïatrique par le vétérinaire Landoir. Un autre vétérinaire, chef de clinique chirurgicale du professeur Volpi, affirme qu'il a vu le même cerveau enveloppé dans ses membranes, et qu'on n'a pu le diviser qu'avec une scie.

Dans une autre partie de son mémoire, M. Patellani ajoute encore :

La forme de cette pièce est celle d'un cône tronqué à sommet irrégulier, et se rapproche de celle du cerveau de nos grands animaux. On peut y considérer quatre surfaces (une antérieure, une postérieure et deux latérales) et deux extrémités, l'une supérieure et l'autre inférieure, en la supposant toujours placée dans la cavité crânienne.

La surface antérieure est convexe et présente des éminences et des cavités assez prononcées. La surface postérieure est concave et porte de petites élévations et des enfoncements. Les deux surfaces latérales sont concaves, mais dissemblables.

L'extrémité supérieure est ronde comme une boule, tandis que l'inférieure, légèrement comprimée, offre de petites éminences et des excavations.

La pièce est sciée en deux parties.

Les faces sciées sont d'une couleur blanche cendrée qui ne correspond pas à la teinte jaune de la surface extérieure. Sur chacune de ces faces on voit beaucoup de lames concentriques.

Sur les limites de la surface antérieure et au point où elle se confond avec l'extrémité supérieure, il existe trois sillons de 10, 15, 20 millimètres dont les bords sont dentés. On remarque de semblables sillons sur les limites de la surface postérieure et de l'extrémité inférieure.

Ces faces sont polies comme l'ivoire.

La couleur du cerveau ossifié est d'un blanc sale tirant sur le jaune ; dans l'intérieur, elle est d'un blanc cendré, variant d'intensité suivant que les couches sont plus ou moins profondes.

Je laisse de côté ces détails, sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir plus loin.

M. Colin, vétérinaire à Auxerre, fit remettre par son fils au service d'anatomie, au mois de février 1842, une tumeur assez volumineuse qui fut conservée dans le cabinet des collections de l'Ecole d'Alfort. J'ai eu l'idée de recourir à la lettre que m'avait remise M. Colin fils pour avoir quelques détails relativement à cette pièce; j'en extrais ce qui suit:

OBSERVATION X. — ..... Une tumeur osseuse rare que je viens de trouver dans les sinus frontaux d'une vache. Cette tumeur avait soulevé l'os frontal, dévié l'arcade orbitaire, et comprimait tellement l'ethmoïde et le sphénoïde que la respiration en était très-gênée. Cette gêne de la respiration me décida à conseiller l'abatage de l'animal. Il y a environ trois mois qu'on avait commencé à s'apercevoir de ces accidents. L'os frontal était soulevé au point qu'il était éclaté. La boîte crânienne était rétrécie. En détachant la tumeur, plusieurs morceaux se sont séparés.

C'est une masse volumineuse dont la forme générale, très-irrégulière, ne rappelle en rien celle de l'intérieur du crâne. Abstraction faite de la position qu'elle pouvait avoir, elle paraît être formée par la réunion de deux masses inégales dont l'une, formant la base, serait un sphéroïde qui aurait été déprimé irrégulièrement, serait beaucoup plus volumineuse que la seconde. Une comparaison ne saurait donner une idée de cette forme irrégulière.

La surface, très-irrégulière, présente des reliefs et des enfoncements disposés sans aucun ordre, et rien encore ne peut faire opérer un rapprochement, même éloigné, avec les circonvolutions et les anfractuosités du cerveau. Dans un point, cette surface porte des traces de dents de scie, et j'en tire cette conclusion que la tumeur était adhérente ; qu'elle a été détachée des parties environnantes à l'aide d'un trait de scie et que, par conséquent, ce n'est ni une ossification ni une pétrification du cerveau.

Enfin, cette surface est encore aujourd'hui presque complétement revêtue par une membrane mince sur la nature de laquelle on ne pourrait émettre que des doutes.

Le poids de cette tumeur est de 827 grammes.

Son volume, déterminé par l'immersion de l'eau, est de 410 centimètres cubes.

Après avoir fait ces divers examens, j'ai divisé cette tumeur à l'aide d'une scie. La section s'est faite avec difficulté, attendu la grande résistance de la substance qui la compose, et il m'a été alors permis d'observer ce qui suit:

1° La substance de cette tumeur est blanche, dure, résistante, sonore.

2° Elle paraît être formée de plusieurs parties de volume varié, ajustées les unes à côté des autres et se correspondant par des surfaces très-irrégulières. Dans quelques points, on aperçoit des cristallisations sous forme de longues aiguilles; dans d'autres, et ce sont les plus nombreux, ce sont des surfaces plus ou moins étendues, concaves, planes ou légèrement accidentées.

Tout éloigne donc le rapprochement qui pourrait être tenté entre cette production osseuse et l'ossification du cerveau.

Pour terminer, je dirai enfin que j'ai fait des coupes excessivement minces dans l'épaisseur de cette tumeur, et qu'il m'a été facile de reconnaître, par l'examen microscopique, que la substance qui la compose est le tissu osseux.

Observation XI. — Dans la séance du 12 mai 1853, M. Riquet remit à la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, de la part de M. Damoiseau (de Chartres), une tumeur osseuse qui venait d'être trouvée dans l'intérieur du crâne d'un bœuf abattu pour la consommation.

L'animal qui portait cette tumeur était de race cholette, âgé de six ans, avait une robe brune, le tour des yeux et les nasceaux noirs; il pesait 650 kilogrammes vivant. Il avait constamment la tête basse et l'encolure allongée; il marchait très-vite et était dans un très-bon état d'embonpoint.

Le siége de la tumeur osseuse était dans la cavité du crâne, où elle était recouverte d'une légère couche de matière pulpeuse et des enveloppes de l'encéphale. Il est à présumer qu'elle était adhérente.

Le boucher qui a assommé l'animal a frappé plusieurs coups, attendu qu'il voyait de la résistance; aussi il a détaché et brisé cette tumeur en trois morceaux.

La forme générale et la surface de cette tumeur sont extrêmement irrégulières. Elle paraît bilobée vers l'un de ses bords; et, dans l'échancrure qu'elle porte, on trouve un fragment osseux qui appartenait évidemment à la partie moyenne de la voûte du crâne, mais il n'est pas possible de préciser davantage.

L'examen microscopique, fait en commun par M. le docteur Mandl et moi, a démontré aussi la présence de tous les éléments du tissu osseux.

Cette tumeur pesait 545 grammes.

Son volume était égal à 220 centimètres cubes.

Sa densité était de 2 47.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE CIVILE.

MÉMOIRE SUR L'ÉPHIDROSE (sueurs générales chroniques) et sur les divers traitements employés contre cette maladie, et en particulier sur son traitement par l'ACONIT.

Par M. IMBERT-GOURBEYRE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine.

(*Suite, voir le n° 70.*)

Cette longue observation, qui ne tient pas moins de vingt pages d'impression du *Journal de Sédillot*, est remarquable à plus d'un titre. L'auteur, en terminant son article, est porté à penser que l'aconit pourrait être utile dans la fièvre puerpérale et les engorgements des membres abdominaux qui souvent l'accompagnent. Il semble avoir deviné ou pressenti une des applications les plus intéressantes de ce médicament; car il joue un rôle très-efficace dans la thérapeutique des maladies puerpérales, comme j'espère plus tard le démontrer.

Observation III. — « Mademoiselle G..., âgée de 53 ans; ménopause depuis quatre ou cinq ans; forte constitution; paraît jouir en apparence d'une excellente santé.

Mademoiselle G... a eu toute sa vie de la propension à suer en marchant; mais depuis un an elle éprouve des sueurs continuelles et énormes, surtout le matin; le reste du jour la peau est moite. Cette affection a notablement augmenté dès le commencement de l'hiver,

La malade me fait appeler le 26 mars 1854. Je la vois à cinq heures du soir; elle est encore toute en sueur; la peau est toute mouillée; le pouls est large, plein, un peu fréquent.

Cette sueur lui arrive ainsi tous les jours dès le matin, ce qui l'oblige à rester au lit une partie du jour. elle est si considérable qu'elle perce les draps et les matelas (*sic*), et la force à changer plusieurs fois de linge. La malade se trouve un peu faible; elle est un peu altérée, cependant sans polydipsie. Elle boit quatre verres d'eau de Seltz par jour. Pas de traitement antérieur.

J'avais entendu parler depuis longtemps de la maladie singulière de mademoiselle G... J'étais honoré de sa confiance, et connaissant depuis longtemps la belle observation de Dupont, la seule connue dans la science sous le rapport du traitement, je me proposais bien d'avance de vérifier en ce cas l'action de l'aconit, lorsqu'enfin mademoiselle G... m'en fournit l'occasion.

J'ordonne immédiatement le sirop d'aconit de M. Gautier-Lacroze, deux cuillerées le soir et trois le matin Mademoiselle G... commence le soir même; la nuit elle est prise pendant trois heures de ténesme vésical, avec besoin fréquent et impossibilité d'uriner, accident qui se rencontre quelquefois dans l'administration de l'aconit; ce qui prouvait déjà l'action de ce médicament.

Chose remarquable et qui me surprit beaucoup, à partir de ces premières doses, mademoiselle G.. n'a plus de sueurs; elles sont naturellement jugulées. La malade se trouve plus forte, et sent pour la première fois depuis bien longtemps son linge frotter contre sa peau, sensation qu'elle avait perdue pour ainsi dire par la présence continuelle des sueurs ou de la moiteur.

A partir du 27, je me contente d'ordonner deux cuilerées de sirop par jour.

Le 6 avril, dix jours après, je revois la malade; depuis onze jours, elle n'a sué qu'une seule fois le matin. Une seule cuillerée de sirop par jour.

Revue le 12 avril, elle ne sue plus et reprend beaucoup de forces. Une cuillerée de sirop tous les deux jours.

Le 19, une forte sueur matinale La malade, se trouvant du reste beaucoup mieux, ne veut plus prendre son remède.

Quelque temps après, le 28 mai, je rencontre mademoiselle G...; depuis le 19 avril, elle a sué seulement trois jours de suite.

L'éphidrose n'a point reparu de toute la belle saison. L'hiver dernier, cette affection est revenue pendant six semaines environ en janvier et février. La malade n'a pas cru devoir, et bien à tort, recourir au sirop d'aconit qui l'avait l'an passé si remarquablement guérie.

Cette observation est certainement précieuse en ce qu'elle est la vérification de celle de Dupont, et qu'elle confirme l'excellence du traitement de l'éphidrose par l'aconit. Je pourrais, aux trois observations précédentes, en ajouter encore quelques autres; mais je préfère les citer plus tard, à l'article traitement, où elles trouveront naturellement place.

Après avoir raconté les faits, voyons en résumé ce qu'ils nous enseignent sur la symptomatologie, la marche, la durée, la pronostic et l'étiologie de l'éphidrose.

Cette maladie est surtout caractérisée par la chronicité et l'abondance des sueurs. On l'a vue durer une et plusieurs années, et même un grand nombre d'années.

Les sueurs sont profuses, successivement abondantes, perçant les vêtements, les matelas, et nécessitant dans la même journée le changement fréquent de linges. Elles peuvent exister le jour aussi bien que la nuit; elles sont plutôt nocturnes ou matinales. Chez mademoiselle G... le temps passé des grandes sueurs qui étaient plutôt matinales, la peau était toujours en grande moiteur.

Willis et Sauvages parlent de maigreur considérable, de grande soif et de débilité. Dupont se contente de dire que sa malade était minée par ses sueurs. Chez mademoiselle G... je n'ai constaté ni amaigrissement, ni soif exagérée; elle ne se plaignait que d'une faiblesse générale et d'une grande sensibilité relativement au froid.

L'éphidrose peut diminuer et même disparaître entièrement en été pour reparaître en hiver. Elle n'a point été modifiée par la grossesse ni la lactation. (Obs. Dupont.)

Cette maladie paraît être sans gravité chez les enfants : *Nihil mali inde metuendum esse*, dit Riedlinus, qui l'avait assez bien observée à cet âge. Chez l'adulte, cet état ne paraît entraîner aucun danger grave, mais il n'en constitue pas moins une incommodité sérieuse et même une véritable infirmité.

L'éphidrose est assez fréquente chez les enfants. *Diu existere consuevit apud pueros*, dit Sauvages. Bien avant cet illustre nosologiste, Riedlinus (*Lineæ, med.*, 1696, p. 2-3) note ce fait, et en proclamant l'innocuité de cette affection, il cite même l'observation d'une éphi-

drose survenue à son propre fils : « Ipsemet filium habeo Dei gratiâ « sat sanum et incolumem, qui per primum ætatis suæ annum adeo « sudoribus diffluxit, ut quoties e somno suscitatus fuit, quæcumque « ipsi substrata fuerant, sudor penetraverit, novique plures alios qui « eodem plane modo primum ætatis annum sudando transegerunt, inde « nil plani incommodi subsecutum fuit. » — Riedlinus n'a vu cette affection que dans la première enfance.

MM. Rilliet et Barthez, qui ont publié sur les maladies des enfants un traité si riche de faits et d'observations, ont passé l'éphidrose sous silence.

Je me souviens avoir entendu plusieurs fois des parents me parler de sueurs continuelles et abondantes de leurs enfants : pour eux, c'était la *rache* qui sortait sous la forme de sueurs.

Chose remarquable, l'éphidrose paraît avoir son maximum d'intensité en hiver (obs. II et III). Reidlinus (*loc. cit.* p. 149), sous le titre de *Sudor frigore promotus,* cite l'observation d'une jeune fille : « Una « inter alia narravit, se, quo magis corpus frigori exporiat, eo magis « etiam sudare, et hinc præterita hieme, quæ sane rigidissima fuerat, « aliquoties sudore se ferme diffluisse, si comprimis per aliquod tem« poris spatium in frigore morari coacta fuerit. » — Quelques observations récentes me portent même à croire que beaucoup de sueurs morbides symptomatiques sont plus fréquentes en hiver qu'en été. J'ai soigné pendant tout l'hiver de 1854 un respectable ecclésiastique atteint d'un rhumatisme lombo-sciatique opiniâtre et compliqué de sueurs nocturnes abondantes. Le rhumatisme et les sueurs n'ont cédé qu'au retour de la belle saison. Cet hiver même, j'ai traité une demoiselle convalescente d'une pleurésie. L'affection de poitrine n'avait laissé aucune trace, mais la malade a traîné tout l'hiver, avec faiblesse générale, fièvre légère et sueurs nocturnes considérables. Aujourd'hui la guérison est complète et les sueurs, qui ont duré toute la mauvaise saison, n'ont disparu qu'avec le retour de la chaleur. Voici encore à l'appui de ma thèse une vieille observation de C. Peso (*Selectorum observationum... liber singularis. — Lugd. Bat.* 1714) : « Laborat quidam « ab automno quartana febre; jam agitur sextus mensis, ab eo tempore « corpus totas noctes etiam a febre vacuas quamquam *hieme admodum* sævâ perenni diffluit sudore : nam de die erectum se habens sudorem rejecit. »

A côté de toutes ces causes, peut-on faire figurer le refroidissement pendant les suites de couches (obs. II), et la ménopause aurait-elle aussi quelque influence étiologique sur l'éphidrose (obs. III)? Une observation de Kopp que je donnerai à l'article Traitement, vient confirmer ce dernier fait.

Diagnostic. — D'après l'histoire que je viens de tracer, je crois avoir suffisamment établi l'existence de l'espèce morbide à laquelle on a donné le nom d'éphidrose. Cependant la maladie est niée par quelques auteurs modernes. Le *Dictionnaire de médecine* (*Dict. en* 30 *vol.*) la passe sous silence, et l'auteur de l'article *Sueur* dit qu'il ne parlera pas de l'éphidrose signalée par Sauvages et J. Frank, les cas observés ne se rapportant qu'à des sueurs symptomatiques.

Contradictoirement à cette opinion erronée, je citerai le passage suivant de M. Rayer (*Traité des maladies de la peau,* 1835, t. II, p. 547): « L'étude de la sueur, comme symptôme de plusieurs maladies, ne peut être détachée de leur histoire, surtout sous le rapport thérapeutique; les sueurs des fièvres intermittentes cèdent à l'action du kina, celles de la phthisie à l'agaric blanc, etc. Mais il est des sueurs qui paraissent indépendantes de toute autre lésion et *qui doivent être considérées comme une affection particulière.* » M. Rayer cite en outre l'observation de Dupont, et donne à cette affection particulière le nom de *sueurs générales chroniques ;* il semble répéter ici mot pour mot ce que disait Willis, il y a deux cents ans environ. On ne peut donc nier l'existence de l'éphidrose : j'en ai fait l'histoire, d'accord en cela avec plusieurs pathologistes, tant anciens que modernes.

Le diagnostic gît tout entier dans l'absence de toute cause évidente, « sine causâ evidenti (Sauvages). » Willis disait encore : « Sudationis immodicæ species..... ipsa primò per se incipiens, aut per se morbus est aut affectionis morbidæ parens est; » et c'est là ce qui distingue l'éphidrose des sueurs symptomatiques de la phthisie, des fièvres intermittentes, etc.

Traitement. — Aujourd'hui, en ce qui concerne la thérapie de l'éphidrose, nous sommes, je crois, un peu plus avancés que du temps de Willis, qui avouait tout simplement l'impuissance de l'art en ces termes : « Ad morbum hunc sanandum, nescio an remedia quævis, aut medendi methodus quicquam prodessent. »

Après avoir dit quelques mots des moyens hygiéniques et de la méthode hydrothérapique, je ferai l'histoire détaillée de quelques médicaments employés contre l'éphidrose, et même contre les sueurs symptomatiques, ces dernières pouvant s'élever à un degré notable et réclamer aussi le même traitement que les sueurs idiopathiques.

Hygiène. — Willis était disposé à conseiller à l'illustre malade dont il cite l'observation, d'aller habiter de préférence la Suède ou le Danemark, pour combattre ses sueurs énormes par un air plus vif et plus froid. L'observation n'a point confirmé cette indication thérapeutique.

Hydrothérapie. — Cette méthode thérapeutique, qui peut être employée utilement dans un grand nombre de maladies aiguës et chroniques (1), pourrait sans aucun doute *à priori* s'appliquer à l'éphidrose. Si je n'ai pas eu l'occasion de le vérifier, par contre je l'ai employée bon nombre de fois dans des convalescences longues et pénibles, compliquées de sueurs considérables et rebelles, et je lui ai dû en pareils cas de beaux et d'incontestables succès.

Aconit. — Les deux observations que j'ai citées (II et III) militent singulièrement, il faut l'avouer, en faveur du traitement de l'éphidrose par l'aconit. Je puis encore apporter un autre fait à l'appui :

En juillet 1853, je suis appelé chez madame L.., atteinte d'un eczéma chronique pour lequel elle a été traitée récemment par bains sulfureux et pilules mercurielles. Depuis quinze jours elle est obligée de garder le lit aux prises avec une sueur continuelle et excessivement abondante qu'elle ne peut modérer. Les sueurs disparaissent en trois jours, par l'emploi du sirop d'aconit.

Je viens d'en obtenir récemment de bons résultats chez une dame atteinte de phthisie pulmonaire au troisième degré, à laquelle elle a succombé. Madame de T... avait été sujette autrefois à une névralgie de la face. Dans le cours de sa dernière maladie, les douleurs se réveillent peu à peu, et bientôt elles deviennent excessives. La névralgie faciale existait à gauche depuis plusieurs jours, et je trouve un matin la malade assise sur son lit, en proie à une agitation extrême causée par la violence des douleurs. Grâce à quelques cuillerées de sirop d'aconit, la névralgie cesse complétement au bout de quelques heures pour ne plus reparaître. Le remède est continué pendant quelques jours, et pendant tout ce temps, les sueurs nocturnes abondantes qui fatiguaient beaucoup la malade, disparaissent entièrement. Elles n'ont reparu qu'après la cessation du sirop, dont madame de T... s'est bientôt dégoûtée.

L'aconit peut donc être employé utilement dans les sueurs symptomatiques de la phthisie.

On ne doit pas être surpris de pareils résultats, quand on étudie les propriétés physiologiques de ce médicament. L'aconit exerce en effet une action élective fréquente sur la peau et les capillaires, action qui se traduit par des sueurs, un sentiment de sécheresse, de chaleur et de formication, etc. Ici les preuves abondent de tous les côtés, et il me serait facile d'invoquer une foule d'observations et d'expériences directes; mais ce n'est point ici le lieu de descendre dans tous ces détails. Qu'il me suffise de dire que j'ai eu maintes fois l'occasion de vérifier tous ces effets pathogénétiques. L'action sudorifique est incontestable; il n'y a qu'à lire Stork à ce sujet. Toutefois, je crois pouvoir affirmer, d'après mon observation propre, que des nombreuses actions électives de ce médicament, elle n'est nullement la plus fréquente. Si j'avais à classer toutes ces propriétés par ordre de fréquence, j'accorderais le premier rang à l'action élective sur la tête et les nerfs de la face (1).

C'est sur les propriétés sudorifiques de l'aconit que s'est basée l'école italienne pour classer ce médicament parmi les hyposthénisants vasculaires artériels (Giacomini); si cette classification constate l'action élective en question, elle n'en est pas moins fausse et artificielle, puisqu'elle n'est fondée que sur une propriété unique et même de second ordre. Les classifications ne peuvent reposer que sur l'ensemble ou la somme de toutes les propriétés des médicaments; de là l'impuissance et la fausseté de toutes les classifications actuelles en général. Je vais plus loin et je soutiens qu'elles sont impossibles, au moins dans l'état actuel de la science. On peut classer des plantes, ce sont des êtres immuables; mais comment classer des médicaments sur des propriétés essentiellement multiples, qui ne sont au fond que des modes, des rapports, ou des effets? Comment classer, par exemple, l'aconit, qui est à la fois antinévralgique, antiphlogistique, diurétique, etc.? Et pourtant on l'a mis parmi les narcotiques, place qu'il n'aurait dû jamais occuper.

Scille. — On a vu que la malade citée dans l'observation de Dupont (obs. II) avait été momentanément guérie de son éphidrose par l'emploi de ce médicament. Ceci me rappelle avoir lu quelque part qu'un médecin hongrois considère la scille comme aussi bon antiphlogistique

(1) Voir l'excellent *Traité d'hydrothérapie*, de M. le docteur Fleury, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue.

que l'aconit. Il existe en effet plus d'un rapport entre ces deux médicaments. La scille, dit Pereira, quand elle n'agit pas sur les reins, augmente quelquefois la transpiration cutanée. Quand on parcourt les différentes actions électives de l'aconit et de la scille, on est bientôt frappé de leur similitude d'action sur beaucoup de points. Ces études donnent donc un certain poids au fait vérifié par Dupont.

SAUGE. — Van Swieten est, à ce que je crois, le premier qui ait employé la sauge officinale dans les sueurs excessives, suites de fièvres graves. Cette application très-heureuse a été confirmée par Storck, Cullen, Quarin, Reil, Piderit, Carminati, et depuis cette époque, les nombreux ouvrages de matière médicale qui ont paru tant en France qu'à l'étranger, ont presque tous reproduit le fait thérapeutique signalé par l'école de Vienne.

Chenot (*De peste*, p. 136) combattait au moyen de la sauge les sueurs morbides qui ont lieu dans cette maladie; et en 1826, le médecin allemand Schneider affirmait, dans le journal de Harless (*Rhein. Westph. Jahrb.*) s'être servi avec beaucoup de succès de l'huile éthérée de sauge dans le cas de sueurs nocturnes, chez un grand nombre de malades; il cite même l'observation d'une femme paralysée par la goutte et accablée en outre de sueurs profuses, qui fut guérie en quatorze jours de son éphidrose symptomatique par l'emploi de ce remède.

SUREAU. — Le *Sambucus nigra* joue un grand rôle dans la médecine populaire, à titre de sudorifique, titre qu'il mérite incontestablement.

Rau, médecin allemand, parle d'un paysan de son voisinage qui était en grand renom pour traiter la phthisie, et dit avoir connu une femme considérablement amaigrie par des sueurs colliquatives, qui fut guérie par une seule gorgée d'eau-de-vie dans laquelle avait macéré du sureau et qui lui avait été administrée par cet empirique. Il faut, je crois, ne voir dans ce fait qu'un simple cas d'éphidrose heureusement modifiée par le sureau.

OPIUM. — Cette substance est douée, comme on le sait, de propriétés sudorifiques très-marquées.

L'opium a-t-il été employé pour combattre les sueurs morbides? Murray, qui a tracé avec tant de science et d'érudition l'histoire des médicaments, se tait complétement sur cette application thérapeutique; même silence chez tous les pharmacologues postérieurs et contemporains, Pereira, Giacomini, Trousseau, etc.

Il faut remonter à une vieille dissertation d'Ettmuller (*De virtute opii diaphoretica*), imprimée à la suite de l'*Opiologia* de Wedel (Iena 1682), pour en trouver l'indication précise. L'auteur, après avoir traité longuement des vertus sudorifiques de l'opium, s'efforce de résoudre quelques objections qui se présentent naturellement contre cette propriété, et entre autres celle-ci, à savoir que l'opium qui est éminemment sudorifique, est aussi doué de la propriété de supprimer les sueurs, *sudores supprimere*. Pour lui, l'observation lui a démontré que le meilleur moyen de combattre les sueurs nocturnes des phthisiques, c'est l'opium : de sorte, ajoute-t-il, que l'opium qui provoque les sueurs peut aussi les réprimer.

CHLORURE DE CHAUX. — C'est Rademacher qui a employé le premier ce médicament contre les sueurs chroniques. Ce médecin cite deux faits où il paraît avoir employé ce médicament avec succès.

(Rademacher, *Erfahrungsheillehre ;* Berlin, 1852 ; t. II. p. 764.)

Ces faits rentrent naturellement dans l'histoire de l'éphidrose idiopathique ou symptomatique. Quant à l'emploi du chlorure de calcium, c'est une chose à vérifier. Toutefois les expériences thérapeutiques de Rademacher sont encore confirmées relativement par la propriété que possède le chlorure de calcium d'être un agent sudorifique, ce qui a été constaté par Hufeland et Pereira.

Je clos ici la liste des médicaments divers employés contre les sueurs chroniques; il faudrait y ajouter l'agaric, le plomb, le kina, et quelques autres encore. Mais j'en ai dit assez. J'ai tenu surtout à appeler l'attention sur l'aconit et les résultats que j'en ai obtenus dans l'éphidrose et quelques sueurs symptomatiques, en signalant aussi quelques autres médicaments qui ont réussi dans les mêmes cas.

Comme on le voit, à propos d'une question très-restreinte de thérapeutique, j'ai été obligé de passer en revue des écoles diverses et bien opposées, d'interroger tour à tour Priesnitz, Rasori, Hahneman et jusqu'à Rademacher, me renseignant auprès de l'empirisme le plus pur comme auprès du dogmatisme le plus élevé. C'est là de l'éclectisme, et je ne conçois pas pour le médecin de notre époque de méthode et de position meilleures. Celui qui veut aujourd'hui approfondir la thérapeutique, et la débrouiller un peu du chaos où elle se trouve, doit citer à sa barre tous les *princes de la science*, et leur dire : *Custos, quid de nocte?...* Trop heureux si, après les avoir entendus, il peut ajouter : *Et facta est lux!*

(1) V. mes ***Mémoires sur les propriétés antinévralgiques de l'aconit*** (*Gaz. Méd.*, 18 et 25 novembre 1854), et ***Études sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés antinévralgiques de ce médicament*** (***Gaz. Méd.***, 10, 17 et 24 février 1855).

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 12 juin 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — 1° le rapport final de M. Madin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Verdun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans la commune d'Osches du 15 mars au 12 mai dernier. (Comm. des épidémies.)

2° Rapport de M. Victor Pagès, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Alais, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854. (Comm. du choléra de 1854.)

Vaccine. — Brochure de M. Bayard, intitulée : *Influence de la vaccine sur la population.* (Comm. de la vaccine.)

— Les états des vaccinations pratiquées, en 1854, dans les départements de la Haute-Marne et de la Sarthe. (Même comm.)

Eaux minérales. — Demande d'avis sur l'exploitation des eaux minérales de Bondonneau. (Comm. des eaux minérales.)

Fébrifuge. — M. le ministre de la marine et des colonies envoie une caisse contenant un nouveau bois fébrifuge, le *bittera febrifuga*, dont M. le docteur Amic, médecin en chef de la Martinique, a expérimenté les propriétés. (Comm. des succédanés du quinquina, rapporteur M. Grisolle.)

CORRESPONDANCE NON-OFFICIELLE.

Candidature. — M. le docteur Sessier adresse à l'Académie une lettre par laquelle il annonce qu'il se désiste de sa candidature.

Aliénation mentale. — Lettre de M. le docteur Belhomme contenant l'exposé de ses opinions sur les rapports de la folie avec les lésions encéphaliques.

Hydrocotyle. — Mémoire de M. Jules Lépine, pharmacien de la marine impériale sur les propriétés de l'*hydrocotile asiatica* dans la traitement de la lèpre, de l'éléphantiasis des Grecs et des Arabes, de la syphilis, etc. (Comm. MM. Chatin et Rayer, Gibert rapporteur.)

Eaux minérales. — Hommage fait par M. le docteur Desnos de son travail sur les eaux de Bagnoles-de-l'Orne.

LECTURE.

M. le docteur Antonio da Costa, médecin à Rio-Janeiro et membre de l'Académie du Brésil, fait hommage à l'Académie de ses travaux chirurgicaux et donne lecture de quelques considérations sur les hernies, la lithotritie, la lithotomie et les rétrécissements de l'urètre.

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert pour l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

A la suite d'un rapport fait par M. Barth dans la séance secrète du 5 juin, les candidats ont été présentés dans l'ordre suivant :

1° M. Blache; 2° M. Beau; 3° *Ex æquo* MM. Sestier et Barthez; 4° *Ex æquo* MM. Bayle et Moreau (de Tours). 82 votants. — Majorité absolue, 42. Les voix se répartissent comme il suit :

MM. Blache, 43; Beau, 25; Bayle, 11; Sestier, 1; Moreau (de Tours) 1; Bulletin blanc, 1.

En conséquence M. Blache est proclamé membre de l'Académie, sauf approbation de l'Empereur.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. BOUSQUET.

M. COLLINEAU a la parole. Quand on veut traiter du délire il est nécessaire de faire un peu de psychologie. Les causes matérielles ou organiques peuvent influencer ou troubler, primitivement ou secondairement, directement ou indirectement, l'action des sens, les idées, la pensée. Il en est de l'entendement comme des autres fonctions organiques que trouble une contusion ou toute autre blessure. L'analyse des actes de l'entendement nous démontre qu'il s'exerce nécessairement sur les objets extérieurs, qu'il compare entre eux. Il y a d'ailleurs plusieurs degrés d'idées; par la sensibilité nous pouvons établir des comparaisons, formuler des jugements et c'est ainsi que les sensations entrent dans le domaine de la pensée. Par l'intermédiaire des objets extérieurs nous pouvons former des idées générales et par l'abstraction nous élever à la généralisation. Mais est-ce le même agent qui juge les objets extérieurs et les abstractions? Et, par le canal des sens, les pensées arrivent-elles toutes formées au siége de l'entendement? N'en est-il pas de celui-ci comme de l'estomac, qui ne reçoit pas les aliments à l'état de chyle, ni de sang, mais qui les transforme ultérieurement en ces substances? C'est donc avec réserve qu'on doit accepter le vieil adage *nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu.* La plante, l'arbre n'est-il donc autre chose que le germe d'où ils dérivent?

Les idées résultent du consensus de l'organe de l'intelligence, comme le mouvement de l'ensemble d'un certain nombre de faisceaux musculaires. Quand l'organe a souffert des altérations dans sa structure, des troubles intellectuels se manifestent. Inversement, une affection morale peut entraîner une affection physique. Les pensées d'autrui troublent nos propres pensées et peuvent réagir secondairement sur nos organes. Nos pensées sont encore troublées par des mouvements intérieurs; et l'on voit l'action des organes sensitifs dominer à ce point notre pensée qu'elle modifie le caractère et peut donner à un esprit froid plus ou moins de véhémence. Mais si les altérations sensorielles nous peuvent faire agir contre nos habitudes, réciproquement l'action

du cerveau domine quelquefois les actions sensorielles et nous fait alors accepter comme vraies les erreurs les plus évidentes. Nous arrivons ainsi au délire et à la folie.

On peut dire de la folie qu'elle est constituée par des désordres psychiques dont l'ensemble la caractérise. La folie est une unité complexe, primitive ou secondaire. Primitive, elle dérive de troubles de la sensibilité ou de l'intelligence et de lésions organiques; car si l'on examine avec attention, on trouve souvent des altérations diverses du système nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire.

On a rapproché les songes de la folie, mais il n'en sont que l'image. Dans le songe, il n'y a que des mouvements intérieurs fondés sur la mémoire: nous voyons sans objets visibles, nous sentons sans objets tangibles; tout se passe en dehors du monde extérieur, qui ne réagit plus sur nous. Dans la folie, au contraire, les sens sont en action, et l'influence du monde extérieur peut diminuer ou exalter la sensibilité, produire des hallucinations et pousser à des actes déplorables. En réalité, l'analogie qu'on a voulu établir entre la manie et le songe n'est qu'apparente: dans la manie, les sens agissent, ils n'agissent plus dans le rêve.

Y a-t-il toujours des altérations de texture dans la folie? Il résulte d'observations qui me sont propres et de celles d'autrui, que dans plusieurs affections nerveuses, l'hystérie, la catalepsie, les malades avaient eu, plusieurs fois par jour et sans en conserver le souvenir après l'accès, les accidents nerveux les plus divers, des visions, des hallucinations, qui cessaient sous l'influence des agents extérieurs. Où était l'altération organique? Je n'ai jamais été bien séduit, quant à moi, de cette allégation que les lésions organiques avaient disparu après la mort. Les actions nerveuses sont spontanées et tous les symptômes de la folie peuvent exister indépendamment de lésions nerveuses organiques.

M. Bousquet fait rapidement l'historique de la discussion; il rappelle comment des trois commissaires nommés pour examiner le mémoire de M. Moreau (de Tours), il s'était trouvé lui, le moins capable, chargé du rapport; que ce rapport avait été signé par M. Ferrus avec des réserves dont on connaît les développements; et par M. Londe avec une spontanéité dont il s'est plus tard repenti. On doit féliciter M. Londe d'avoir des convictions si profondes sur les maladies mentales qu'il ne veuille pas engager l'avenir.

On m'a reproché, continue M. Bousquet, d'avoir refusé la pensée au cerveau; mais peut-on rapprocher cet organe de l'estomac, et dire du cerveau que son rôle physiologique est la sécrétion de la pensée? qu'il reçoit du sang et sait en tirer la mémoire, le jugement, le raisonnement? C'était là, je le sais, l'opinion de Cabanis, qu'il rétracta plus tard. Georget débuta et finit comme l'auteur des *Rapports du physique et du moral*. Vous dites que le cerveau pense, et quand je dis que non, je m'appuie sur la comparaison de phénomènes qui sont irréductibles les uns dans les autres, phénomènes de l'ordre matériel et phénomènes de l'ordre psychique. En effet, les organes ne sont que de la matière arrangée, ayant une certaine étendue, présentant une figure déterminée. Or la pensée et l'esprit, qui sont une même chose, participent-ils des propriétés de la matière? L'attribut emporte la substance; or, la pensée est-elle étendue, divisible? Il y a donc opposition entre l'idée de matière et celle de l'esprit, et une différence évidente d'espèce et de nature.

L'homme est la réunion d'un corps et d'un esprit. C'est là un phénomène incompris, mais qu'on sent et qu'on admet. On ne saurait trop admirer les rapports du physique et du moral en relation avec la succession des âges. La connaissance de ces rapports constitue une science à part qui n'est ni la physiologie, ni la psychologie. Mais revenons à la discussion actuelle.

M. Baillarger, attaché à M. Moreau (de Tours) par les liens de l'amitié et par ceux qu'établissent l'analogie et la conformité des principes, a su, par un artifice habile, écarter de la discussion le travail de M. Moreau, pour ne s'en prendre qu'à mon rapport. Il a réduit son argumentation à trois chefs: question de mots, question de chose et question de théorie. Question de mots: j'ai confondu le délire et la folie. Question de chose: le siége principal de la folie est-il dans le cerveau et rien que dans le cerveau? Question de théorie: discussion des diverses espèces de délire. Or, j'ai combattu avec l'aide des faits et en m'appuyant de l'autorité de Jacobi et de Cabanis. Il y a de nombreuses observations de folie sans lésions matérielles. Vous dites que les lésions doivent toujours exister, mais qu'on ne sait pas les voir. Bien plus, on va jusqu'à prétendre que des accidents ont pu survenir qui ont effacé les lésions existantes. Mais si, au contraire, vous admettez que la folie ne dérive point de lésion organique, tout s'explique alors. Cependant ce qui est du domaine des sens ne se suppose pas. Il existe une espèce d'aliénation mentale signalée et décrite par M. Bayle, aliénation qui s'accompagne de paralysie, et après la mort on constate une altération des méninges qui sont rouges, épaissies, adhérentes à la pulpe cérébrale. Ici le délire a été consécutif et symptomatique; et cette affection doit prendre place entre l'inflammation et la paralysie. Ainsi la seule maladie mentale où l'on trouve des lésions n'est pas la folie, et M. Bayle l'a nommée une méningite avec paralysie.

Admettons pour un moment l'existence d'une lésion anatomique, il restera encore à en déterminer la cause, dont la condition restera cachée et mystérieuse, comme le foyer même de la vie. Et ces lésions ne seront toujours que secondaires, consécutives et éventuelles.

Quelle idée doit-on se faire de l'anatomie pathologique? Qu'on prenne la fièvre typhoïde, par exemple. Il existe des ulcérations dans l'intestin grêle; mais la maladie est-elle là tout entière et là seulement? Ces ulcérations n'ont d'autre importance que celle de donner à la maladie son cachet et sa signification. On pourrait dire de l'anatomie pathologique que c'est une séméiotique interne, et Morgagni en avait une idée inexacte, quand il intitulait son ouvrage *De sedibus et causis morborum*; c'est *effectibus* qu'il aurait dû dire; encore sait-on toujours bien le siége des maladies? Sans doute si les organes étaient transparents on pourrait y lire les altérations dont ils sont le théâtre, et l'on doit à ce propos citer les maladies du cristallin.

Quand vous m'aurez dit, s'écrie M. Piorry, comment la pensée naît dans un cerveau sain, je vous répondrai comment la déraison survient dans un cerveau malade. Mais il ne s'ensuit pas qu'on doive étudier les maladies autre part que sur les malades, et en aller demander l'explication aux cadavres. La vie ne peut être jugée facilement par le spectacle de la mort. C'est abaisser la thérapeutique que de la faire reposer sur l'aspect de la lésion; et l'on ne peut réduire ainsi l'art de guérir à une éternelle méditation sur la mort.

M. Moreau constate une analogie entre le rêve et la folie, et conclut de leur ressemblance à leur identité. Puis M. Baillarger nous parle d'un automatisme intellectuel qui établit un rapport entre le délire et le rêve. L'automatisme frappe la volonté; c'est par l'automatisme qu'un penseur s'isole du monde extérieur; c'est l'automatisme qui fait l'homme de génie. La réflexion, la méditation, automatisme. J.-J. Rousseau, si fertile en paradoxes et qui a donné de l'homme une définition si amère, n'avait pas été jusque-là. Mais ce qu'affirme ainsi M. Baillarger, le pense-t-il en réalité? Il y a certaines choses qu'on peut dire, mais auxquelles la raison résiste. D'anciens philosophes ont pu nier tour à tour la matière, le mouvement; mais il est au fond de l'esprit une prescience intérieure plus forte que les raisonnements.

Laissant de côté la lettre de mon rapport on en a critiqué l'esprit, on m'a fait un procès de tendance. On a dit que j'avais été injuste envers les travaux des aliénistes modernes. Que jamais les maladies mentales n'avaient été mieux observées. On a cité les travaux sur la folie, sur la statistique, l'hérédité. Je connais ces travaux et j'en apprécie la valeur. Assurément, la classification est meilleure, mais c'est là un mérite d'histoire naturelle qui peut satisfaire le naturaliste, et non le praticien, lequel veut et doit guérir. Dans sa classification, Pinel distinguait la manie et la monomonanie, auxquelles il avait ajouté la démence et l'idiotie. Mais la démence et l'idiotie ne sont pas des degrés de la folie. L'idiotie surtout ne peut être rapprochée de la folie, puisque celle-ci est la perte de la raison et que l'idiot ne peut perdre ce qu'il n'a jamais possédé. Esquirol l'avait bien senti; aussi distinguait-il l'idiotie ou absence congéniale de la raison de l'idiotisme, affection acquise. M. Fabret rejette l'existence de la monomanie; une seule forme de délire ne domine pas exclusivement. Pour M. Moreau, le délire partiel est impossible; il y a de la manie dans le délire partiel. Et cependant on traite la manie par les bains prolongés et la monomanie par une médication locale.

Dans l'histoire des progrès de la médecine, il faut toujours considérer le traitement; M. Ferrus, dont l'habileté scientifique personnelle est bien connue, remontant le cours des âges, nous a dit que la médication actuelle était si excellente qu'on en trouvait la trace dans le premier siècle de notre ère, que Celse en avait donné la formule. Ce qui prouve assurément la solidité et la fixité de la thérapeutique à ce sujet; mais ce qui n'en démontre nullement les progrès. Ce qu'il faudrait combattre, c'est l'hérédité dans la pathogénie de la folie. Or, pouvez-vous détruire cette disposition fatale, cette souillure originelle, qu'il est impossible de se dissimuler?

M. Ferrus demande la parole, si toutefois l'attention de l'Académie n'est pas fatiguée et si elle juge à propos de laisser continuer cette discussion.

La parole lui est accordée pour la séance prochaine.

M. Baillarger obtient également la parole.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Les élections s'accordent mal avec les grandes discussions: les unes mettent en jeu les intérêts personnels, les autres ne soulèvent que des intérêts scientifiques, et, même dans une académie de médecine, les seconds sont aussi pâles auprès des premiers que l'étaient, aux yeux d'un tendre bas-bleu, les figures de rhétorique auprès de celles de l'Aretin. — C'est assez dire que la discussion sur l'aliénation mentale s'est péniblement traînée hier, malgré la bonne volonté de l'excellent et philosophique M. Collineau. Tout l'intérêt de la séance s'est concentré sur la lutte qui a eu lieu entre M. Beau et M. Blache, lutte qu'on devait supposer être plus sérieuse encore qu'elle ne l'a été. Entre les deux candidats, l'Académie ne pouvait faire un mauvais choix, quoique l'anatomie pathologique ne fût peut-être pas la section pour laquelle ils avaient le plus d'aptitude spéciale. En revanche, en nommant M. Blache, l'Académie s'est associé l'un des praticiens les plus habiles, un des plus aimables esprits; puisse-t-elle s'être associé aussi un membre dont le zèle égale le talent!

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 72. 3e ANNÉE. Vendredi 15 Juin 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

A M. H. de CASTELNAU, Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

Réflexions sur la nature et le traitement de l'aliénation mentale.

Par le docteur POTERIN-DUMOTEL.

Monsieur et honoré confrère,

Des *réflexions sur la nature et le traitement* de la folie ont, en ce moment, un degré d'opportunité tel, que vous voudrez bien, peut-être, accueillir le travail que je vous adresse sous ce titre.

Que si l'opportunité ne vous semble pas une recommandation suffisante, je puis ajouter que ces réflexions, bien que coordonnées dans un intérêt actuel, ne sont pas le produit d'une improvisation hâtive, mais le résultat d'études persévérantes sur le sujet en question, de vingt ans passés au contact journalier de malades aliénés.

Il paraît qu'il s'agit aujourd'hui de porter les derniers coups au spiritualisme en médecine ; entreprise que je croyais depuis longtemps consommée. J'étais dans une erreur profonde, puisqu'il y a encore, au moins on l'assure, des médecins qui placent nos facultés en dehors de notre organisation, qui admettent un principe immatériel sujet à maladies, et qu'il faut par conséquent convaincre d'hérésie. A la vérité, je me serais aussi bien attendu à apprendre que des physiciens modernes conçoivent l'étendue et le mouvement en dehors des corps !

Que le spiritualisme médical soit bien et légitimement défunt et voué à l'oubli, ou qu'il fasse de temps à autre de mystérieuses apparitions... c'est une question dont la solution est en soi assez indifférente, à côté de ce fait incontestable, qu'aujourd'hui l'esprit médical obéit au courant des idées positives que répand partout la culture des sciences d'observation.

Mais ce qui ne peut manquer d'intéresser les médecins, ceux surtout qui se livrent d'une manière exclusive, ou seulement spéciale, à l'étude de la folie et à la direction des aliénés ; c'est l'attaque récente, portée aux moyens moraux de traitement, par des aliénistes d'une grande expérience et d'un mérite incontesté.

Sans autres titres que celui de membre du corps médical et une forte conviction appuyée sur l'étude, qu'il me soit permis de rechercher le pourquoi de cette connexion fatale qui enchaînerait le sort du traitement moral à celui des théories spiritualistes.

Un aliéniste dont le caractère et le talent jouissent d'une estime méritée, M. Baillarger, a justement fait ressortir, dans la discussion académique, les progrès réalisés depuis environ quarante ans par les travaux de ses prédécesseurs ou contemporains. Avec moins de modestie, il aurait pu ajouter, en les citant : « *Quorum pars magna fui,* » car la science lui doit des

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, pendant l'année 1854.

Par le docteur FONTÈS, secrétaire-général.

(Voir le n° 70.)

M. le directeur de l'assistance publique a dû lui-même s'émouvoir de ces plaintes qu'il avait entendu formuler dans son inspection personnelle du service, et, dès les derniers mois de l'année, il avait décidé que dans chaque arrondissement un certain nombre de médecins serait chargé des consultations durant l'année entière à l'exclusion de tout autre service ; c'était une amélioration. Néanmoins cette modification n'a pas encore paru à l'abri de tout inconvénient, car certains arrondissements ont été autorisés à expérimenter une autre manière de procéder. Je rappellerai bientôt quelle est la solution que la Société, après une discussion approfondie, a cru devoir proposer.

L'intérêt et la convenance personnelle des médecins se sont trouvés plus directement engagés dans une question d'un autre ordre qui s'est présentée à propos d'un rapport de l'honorable M. Caron, sur une des questions de votre ancien programme. Mais, Messieurs, cet intérêt peut être hautement et franchement discuté.

De même que nous avons nettement reconnu que la grande extension donnée au service grandissait le médecin, et se résumait pour lui en avantages réels, de même il paraîtra évident que tout ce qui élève et améliore la position du médecin doit se traduire par un plus haut degré de perfection dans l'accomplissement du service. Pour attirer les hommes de valeur vers une position déterminée, pourquoi négligerait-on quelque chose de ce qui peut éveiller leur ambition ? Ceci n'a pas besoin de commentaire. Dans l'état actuel des choses, le médecin du Bureau de bienfaisance est spécialement médecin de son arrondissement et même de sa division. Qu'une circonstance indépendante de sa volonté l'oblige à changer de quartier, son titre est perdu pour lui. Il va se trouver en face d'une administration locale à laquelle il est totalement inconnu. Pour reprendre des fonctions dans lesquelles il a déjà fait ses preuves, il n'aura pas plus de chances que le dernier arrivant. Est il parfaitement juste qu'il en soit ainsi ?

Convenons-en, Messieurs, la question est délicate et difficile à trancher. Évidemment, l'administration ne saurait souscrire à tous les changements qu'un de ses médecins pourrait avoir la fantaisie d'effectuer. Elle exige avec raison que le médecin se tienne à proximité de ses malades ; et d'ailleurs elle doit toujours être libre dans le choix de ceux en qui elle place sa confiance. Pas de contestation sur tous ces points.

Cependant, Messieurs, si nous jetons les yeux sur d'autres carrières qui se trouvent comme la nôtre sous la dépendance de l'autorité, nous verrons que l'on sait distinguer fort souvent le titre de la fonction. Ne

recherches précieuses sur les lois de la transmission héréditaire de la folie, et de nouvelles lumières sur une variété de la mélancolie, la mélancolie avec stupeur, etc., pour ne citer que ce qui se rapporte le plus directement à la question que je veux traiter.

Je constate donc ces progrès, loin de les contester ; j'y comprendrais même la réhabilitation du traitement moral, si ce n'était, quant à présent, une sorte de pétition de principes, puisque cette médication est combattue, avec quelque réserve, il est vrai, par M. Baillarger, un peu plus vivement (j'allais dire trop vivement) par un autre académicien très-respectable, M. Ferrus, qui a rendu à la thérapeutique de la folie un grand service, en instituant sur une large mesure le travail des aliénés.

Mais ces progrès très-réels n'appartiennent pas tous, il s'en faut, à une période récente, à celle, par exemple, qui s'est écoulée depuis la publication du livre sur le *Traitement moral;* ceux mêmes qui sont postérieurs à cette époque, n'ont nullement modifié l'idée fondamentale que les médecins ont de la folie. En sorte que si les conclusions de ce livre étaient vraies alors, elles sont encore vraies aujourd'hui.

Cette proposition établie, dans la forme réservée du conditionnel, je me demande ce qu'il faut entendre par folie, ce que c'est qu'un fou.... et d'accord avec tous les aliénistes, tous ceux, du moins, qui poursuivent la précision et la clarté, je cherche l'idée la plus simple que je me puisse faire de la folie. Or, une telle idée correspond nécessairement à l'état de plus grande simplicité de cette maladie, dans laquelle on peut reconnaître des formes variées, peu nombreuses, il est vrai, cependant très-distinctes, non-seulement dans les livres, mais encore dans les faits; contrairement à l'opinion spirituellement émise par l'honorable M. Bousquet.

Je suis donc naturellement amené à la forme simple de la folie, à une forme type, pour ainsi dire, à la folie proprement dite, celle où le cerveau, organe élaborateur de la pensée, est modifié, malade, si l'on veut, mais dans la juste mesure qui suffit à la production d'un désordre des facultés supérieures.

La grande classe des délires partiels, un certain nombre de mélancolies, de manies même, nous offrent des cas où nous ne constatons que ce désordre, plus ou moins saillant, plus ou moins étendu : nous ne voyons rien au-delà. La folie proprement dite n'est donc pas chimérique : ce qui est chimérique, c'est une idée qui convienne à la fois à toutes les formes, à toutes les complications de la folie. Il arrive parfois, en effet, qu'un aliéné diffère autant d'un autre aliéné que d'un homme sain d'esprit; il peut même en différer davantage. Ceci n'est pas un paradoxe, et si je suis contredit, ce ne sera pas assurément par les aliénistes qui admettent des folies sans délire, des logimanies, des logimonomanies, variétés, que j'avoue ne pas comprendre, de l'anomopsychismie. Mais la contradiction n'est pas à craindre : sans recourir à ces variétés phénoménales, il est certain, il est évident, qu'il y a moins de distance entre des hommes sensés et certains monomaniaques, certains mélancoliques, qu'entre ceux-ci et des idiots ou des paralytiques déments.

La folie proprement dite est donc essentiellement constituée par une modification cérébrale, dont l'expression sensible est le désordre des facultés supérieures; et ce désordre se caractérise lui-même par des erreurs de jugement, des conceptions fausses ou délirantes. Les perversions instinctives, la transformation des sentiments les plus naturels, qu'on a appelés *affections*, précèdent ou accompagnent la folie, mais ne la constituent pas. Les passions y prédisposent puissamment, rien de plus vrai; mais l'homme passionné n'est pas un fou dans l'acception médicale du mot. Les hallucinations, phénomènes bien dignes d'intérêt, sont souvent un accident de l'aliénation d'esprit : elles peuvent la produire; mais elles ne la constituent pas davantage, car elles peuvent aussi se montrer sans cette conséquence, témoin, entre plusieurs autres, Pascal. Il faut de nécessité un autre élément — l'erreur.

Telle est, à n'en pas douter, l'explication de la résistance légitime que rencontra la doctrine des monomanies instinctives, malgré l'imposante autorité d'Esquirol et de Georget: car, encore une fois, une perversion d'instincts ne suffit pas à faire un fou, par la seule attestation de son existence, abstraction faite de l'erreur. Le sens commun des sociétés, le sens moral général repoussent l'espèce pathologique, si on en sépare cet élément.

Esquirol devait donc s'attacher à prouver que les perversions instinctives conduisent à la folie, ou peuvent en être la conséquence; que c'est là le fait le plus général : cela suffirait, cela suffit encore à sauver par la science des malheureux que condamne la justice. Mais il ne pouvait ériger en principe que ces perversions sont elles-mêmes la folie. Il ne suffit pas que la connexion soit démontrée possible, ou même probable : il faut qu'elle soit démontrée réelle et constante.

Lorsque M. Leuret disait : « L'aliéné est un homme qui se trompe, » il proclamait une grande vérité; seulement, la formule de sa proposition était trop aphoristique, et ce défaut lui attira des dénégations vives et nombreuses; mais de réfutations

---

pourrait-on pas adopter ici la même distinction ? Un médecin qui s'éloigne de sa division doit sans aucun doute renoncer aux fonctions dont il était investi; mais ne pourrait-on pas lui conserver le titre dont il a été jugé digne? Ses droits seraient ainsi sauvegardés; et s'il était prouvé que les motifs de son changement de demeure sont sérieux ou forcés, ne serait-il pas naturel, le jour où se produirait une vacance à proximité de laquelle il lui serait possible de se placer, de lui donner le pas sur les autres candidats pour être présenté à l'administration centrale? et celle-ci trouverait ainsi l'occasion de le réintégrer dans ses anciennes fonctions, si elle le jugeait convenable.

Tels sont les arguments qui ont été formulés par ceux d'entre vous qui ont exprimé le vœu de voir substituer le titre de médecin des Bureaux de bienfaisance de Paris à celui de médecin du Bureau de bienfaisance de tel ou tel arrondissement.

Espérons, Messieurs, que le cas qui vient d'être supposé se présentera rarement et que grâce à l'importance que vont acquérir vos fonctions, il sera plus ordinaire de voir un candidat se déplaçant pour les obtenir qu'un titulaire quittant sa résidence et s'exposant à les abandonner, même momentanément.

Un rapport de notre recommandable collègue M. Brunet a appelé votre attention sur *le mode de distribution des secours aux indigents.*

Vous l'avez unanimement reconnu, Messiers, une commission que préside le maire, assisté du secrétaire trésorier, qui donne avis tour à tour à un des médecins de l'arrondissement, à un administrateur et à un commissaire, venant plaider chacun à son point de vue la cause de l'indigent; le premier puisant dans l'appréciation de la nature de la maladie la notion du genre de secours qui sera le plus utile, les seconds sachant mieux préciser quelle en doit être la quotité, par une connaissance plus intime des besoins du malade, le secrétaire trésorier toujours fixé sur le chiffre des ressources et défendant le budget du pauvre contre tout excès de libéralité, une telle commission, Messieurs, est une institution heureuse et féconde; elle doit assurer une répartition équitable et jamais abandonnée au hasard ou au caprice, des secours qui sont mis à sa disposition.

Vos causeries sur ce sujet ont cependant, Messieurs, amené une révélation utile. L'idée qui a présidé à la création de cette commission n'avait pas été partout comprise de la même manière. Dans un arrondissement, cette Commission ne mettant pas à profit tous les éléments que sa composition lui assure pour mesurer avec précision le secours à donner, paraît s'être bornée pendant longtemps à allouer un chiffre fixe et invariable par jour de maladie, sans tenir compte de la gravité du mal, du nombre d'enfants, du degré de dénûment, de toutes les circonstances, en un mot, qui étaient pesées avec soin dans les autres arrondissements. Il n'est pas douteux que nos collègues de cet arrondissement ont dû trouver l'occasion de faire entendre leur voix au sein de cette commission pour exposer la manière plus utile et plus conforme à l'esprit du réglement dont son rôle est compris partout ailleurs.

Une foule de questions de détail ont encore trouvé place dans vos

sérieuses, pas. — On se récria beaucoup contre l'erreur donnée comme *criterium* de l'aliénation mentale : on disait, alors, que si cette proposition était vraie, il fallait considérer les hommes les plus sensés comme sujets à de courts instants de folie, souvent répétés ; car il y a peu d'hommes qui ne fassent souvent erreur. Est-il besoin de dire que cet argument n'est pas sérieux? Les termes sont ici évidemment exagérés. L'homme sensé, c'est-à-dire sain d'esprit, peut se tromper quelquefois, mais si cela lui arrivait avec une certaine fréquence, comment comprendrait-on l'intégrité de la raison? On ne peut donc affirmer qu'il se trompe souvent, qu'en tenant compte des erreurs volontaires, qui, en réalité, ne sont pas des erreurs. La vérité est que la santé de l'esprit n'exclut pas cet accident; mais elle ne le comporte qu'à titre d'exception.

Dans l'aliénation mentale, au contraire, l'erreur est la loi : c'est-à-dire qu'elle n'est plus accidentelle, mais habituelle. Ce n'est pas qu'aucune erreur de l'aliéné soit fatale : ce qui est fatal, c'est qu'il se trompe ; qu'il se trompe habituellement et de bonne foi, comme le démontre le caractère de ses erreurs, le plus souvent contraires à son intérêt bien entendu. Je sais qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que le calcul y entre parfois, mais c'est que dans l'aliéné il y a toujours de l'homme.

La ligne de démarcation me semble être bien établie par cette distinction. Ainsi les aliénés sont des hommes qui se trompent : mais de même que l'homme sensé ne raisonne pas toujours juste, de même l'aliéné ne déraisonne pas constamment. L'infirmité qui fait extravaguer l'un, doit-elle être plus invariable dans ses effets que la propriété physiologique en vertu de laquelle l'autre raisonne sainement ? On n'en voit nullement la nécessité.

L'erreur, l'erreur habituelle et fatale, en tant que nous nous élevons à une généralisation, tel est le caractère basique de la folie, celui qui appartient essentiellement à toutes ses formes, qu'on y peut toujours démontrer à l'état simple, ou combiné avec d'autres phénomènes plus ou moins accidentels, dont aucun ne peut lui être substitué comme critérium.

Quoique le savant aliéniste belge dont l'autorité a été invoquée par M. Baillarger, voie le caractère pathognomonique le plus général de la manie, dans « l'exagération, l'exaltation, l'agitation, les passions agressives, » et qu'il ajoute que cette maladie porte généralement avec elle : « la pétulance, la force, la puissance, » je trouve là beaucoup de mots et peu d'idées. Cette pluie de substantifs ne prouve rien qu'une chose, à savoir que le désordre qui est dans l'esprit du maniaque se traduit par le désordre de ses actes, loin qu'on puisse en inférer que la manie peut être définie sans la mention du désordre intellectuel. Sans cette mention en effet, la désignation des autres caractères de la manie peut bien servir à la distinguer comme espèce, mais non à la faire comprendre comme maladie du genre aliénation.

Il est évident que l'on ne saurait, non plus, trouver un autre critérium dans la monomanie ; que sans les erreurs déplorables de pensées et de sentiments qu'il caresse avec opiniâtreté, le mélancolique ne serait pas un fou. Quant au paralytique en démence, ce n'est vraisemblablement ni la paralysie en même temps générale et incomplète, qui lui assigne un rang parmi les aliénés, ni les crises convulsives auxquelles il est sujet, à une période avancée de la maladie ; mais bien ce délire spécial toujours accompagné d'amnésie que l'on a appelé Folie ambitieuse des paralytiques.

Il est remarquable que les médecins aliénistes qui repoussent l'erreur habituelle, c'est-à-dire le désordre intellectuel, comme critérium de la folie, soient en même temps anatomo-pathologistes organiciens ; car cette fin de non-recevoir implique de leur part, et à cause même de ce titre d'organiciens, une singulière inconséquence. En physiologie, ils admettent que l'intelligence est l'expression la plus élevée de l'activité fonctionnelle du cerveau. En pathologie, ils ne veulent pas que l'intelligence troublée soit le symptôme capital de la modification, quelle qu'elle soit, de cet organe. On concevrait cette résistance seulement de la part de spiritualistes purs, parce que ceux-ci, plaçant dans l'ordre de préexistence les facultés avant l'organe réduit au rôle d'instrument, ont le droit d'intervertir les faits et de regarder la modification organique comme le résultat de la maladie de l'âme.

En pathologie générale, on admet partout des maladies *sine materiâ*, c'est-à-dire des états morbides correspondant à des modifications d'organes que l'anatomie pathologique ne saisit pas. Cette vue est conforme aux enseignements de la physiologie qui nous montre en tant de circonstances une étroite solidarité enchaînant les fonctions dans leur exercice, en sorte que le trouble fonctionnel d'un organe ou d'un appareil peut avoir sa source dans un autre organe ou un autre appareil d'organes. Le cerveau n'échappe pas à cette loi de solidarité : ses fonctions, son influence générale, il les exerce à des conditions qu'il ne puise pas toutes en lui-même, mais aussi hors de lui-même, et, pour n'en donner qu'une démonstration, les qualités du sang n'intéressent pas moins le cerveau organe de l'intelligence, que le cœur organe central de la circulation.

Je pense que les organiciens à qui j'ai fait allusion, recon-

---

communications réciproques. Afin de ne pas abuser de votre attention, j'éviterai, Messieurs, de les reproduire ici, en rappelant que leur simple énoncé ou quelques explications ont suffi pour mettre tout le monde d'accord.

Mais je dois vous parler avec quelques détails du remarquable rapport qui vous a été apporté par M. Dequevauvilliers au nom d'une commission de laquelle faisaient partie en même temps MM. Payen et Gimelle, et qui avait reçu la mission de recueillir les observations de tous les médecins des bureaux sur l'exécution du nouveau réglement, de les compléter par les renseignements de toute nature qu'il serait possible de réunir, pour vous en présenter ensuite un exposé critique, dans un travail d'ensemble qui serait soumis à vos délibérations.

L'analyse de ce rapport, dans lequel l'extrême convenance de la forme le dispute partout à la netteté des aperçus et à la précision des détails, sera, Messieurs, une sorte de résumé de vos principales discussions.

L'habile rapporteur, après avoir fait ressortir dans un parallèle entre l'ancienne et la nouvelle organisation du service l'incontestable supériorité de celle-ci au point de vue des avantages matériels et moraux de la classe pauvre, s'arrête d'abord devant quelques articles du nouveau réglement qui avaient été diversement interprétés. C'est ainsi qu'il se demande *si les secours mis à la disposition de la commission permanente de secours peuvent être accordés aux malades non alités.*

Le texte du réglement à la main, et trouvant d'ailleurs un argument plausible dans la pensée de l'administration qui a eu l'intention d'opposer le traitement à domicile au traitement dans les hôpitaux, de façon à alléger le dernier, notre collègue a résolu la question par l'affirmative et a facilement obtenu votre adhésion à son opinion.

L'examen du mode adopté pour les consultations devait, vous le pressentez, tenir une grande place dans le travail de la commission à laquelle succombait le devoir de proposer une solution aux difficultés depuis longtemps signalées. Vous vous en souvenez, Messieurs, il fallait concilier tout ce que réclame l'intérêt de vos malades inscrits avec la nécessité de donner place dans vos consultations aux malades étrangers; maintenir un esprit de suite dans le traitement des maladies en les laissant sous la direction du même médecin ; et, en même temps, ne pas surcharger le service au point de le rendre par trop onéreux pour vous ou d'une exécution dérisoire.

Après avoir discuté un à un chaque mode proposé ou déjà expérimenté, et en avoir nettement apprécié les avantages ou les inconvénients, le rapporteur arrive, par une sorte d'exclusion, à indiquer comme le plus convenable celui qui consiste à assigner à chaque médecin un local et un jour de la semaine pour recevoir soit les malades de sa division, soit les malades non inscrits. Ce mode est plus onéreux que celui qui vous était imposé par le nouveau réglement : considération bien secondaire pour vous, Messieurs, qui avez décidé après une discussion très-sérieuse, que la proposition de la commission méritait votre approbation.

Je ne m'arrêterai pas longtemps au chapitre du rapport qui concerne

naissent des troubles fonctionnels du cœur sans altération matérielle de cet organe ; que dans la chloro-anémie, les fièvres graves, la syphilis confirmée, l'infection cancéreuse, etc., etc., le bruit de souffle insolite et les palpitations, sont rapportés, par eux, non au cœur en lui-même, mais à l'état particulier du sang. Ils reconnaissent certainement encore des vomissements sans maladie gastrique, des contractures dont la cause est en dehors du muscle ; ce qu'ils affirment pour le cœur, pour l'estomac, le muscle, pourquoi le nier quand il s'agit du cerveau ? Serait-ce que cet organe et le mécanisme complexe de son activité leur seraient mieux connus que les autres organes cités et leurs fonctions ?...

Cependant ces organiciens ne veulent pas d'autre cause de la folie qu'une lésion matérielle, une altération organique, en un mot, une maladie proprement dite du cerveau.

Alors même que la modification cérébrale qui correspond à la folie, serait toujours idiopathique, pour me servir d'une mauvaise expression très-usitée, il n'y a pas nécessité d'affirmer que cette modification est une altération organique, car si l'on reconnaît, et il le faut, que, physiologiquement, aucun acte intellectuel ne peut être séparé d'une modification cérébrale correspondante, il n'y a plus qu'un pas à faire pour arriver, sans intervention de l'altération organique, à la cause de la folie. Supposez, en effet, permanente, et non plus seulement passagère la modification cérébrale qui correspond à une idée fausse, à un principe de fausses déterminations : vous aurez alors un effet continu autant que possible, c'est-à-dire une idée fausse, une erreur permanente ou une succession d'erreurs.

Cette supposition ne manque pas de vraisemblance et s'accorde très-bien avec la prééminence, si fortement accentuée, des causes morales sur les causes physiques pour la production de la folie.

La doctrine de M. Leuret se soutient aussi bien qu'une autre, et même mieux que quelques autres, devant les faits ou la raison ; aussi le reproche le plus grave qui lui ait été adressé est-il purement spécieux. L'honorable M. Baillarger a dit qu'elle spiritualisait la folie autant que possible. Dans les pages qui précèdent, j'ai développé comme je le comprends l'aphorisme de M. Leuret et répondu d'avance à ce reproche. S'il m'était permis à mon tour d'en adresser un à M. Baillarger, ce serait celui de sacrifier trop à cette crainte chimérique du spiritualisme qui semble se venger de lui en lui inspirant des phrases où l'on ne retrouve ni cette netteté de l'idée, ni cette exactitude du fait et du raisonnement qui lui sont si familiers. Telle est la phrase suivante :

« Elle supprime (la doctrine de M. Leuret), en effet, l'un des « deux éléments dont se compose la folie. Cet élément sup- « primé, c'est la névrose intellectuelle proprement dite, c'est « l'idée fixe ou l'hallucination ; il ne reste donc plus que le « second élément, c'est-à-dire l'erreur. Or, si nous savons « quelque chose sur l'idée fixe et sur l'hallucination ; si nous « pouvons, jusqu'à un certain point, indiquer leur siége et la « manière dont elles se produisent, il est vrai d'avouer que « l'étude du second élément ne présente qu'embarras et ob- « scurité. »

Je suis persuadé que, passé l'entraînement de l'improvisation, M. Baillarger reconnaît que l'hallucination est un phénomène trop accidentel pour être donné comme élément constitutif de la folie ; que l'idée fixe, si en même temps elle n'est fausse ou absurde, ne peut être non plus considérée comme un tel élément. Or, une idée fausse et l'erreur ne peuvent être deux éléments distincts.

Quant à la détermination, même approximative, du siége de l'idée fixe et de l'hallucination, c'est encore à l'entraînement de l'improvisation qu'il faut l'attribuer.

MÉDECINE COMPARÉE.

Mémoire sur les prétendus cerveaux ossifiés ou sur les exostoses de la face interne du crâne chez les animaux de l'espèce bovine.

Par M. Arm. Goubaux,

(Professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.)

(*Suite, voir le n° 71.*)

§ II.

Nous venons de voir, dans le chapitre précédent, toutes les observations qui ont été recueillies jusqu'à présent sur la question qui fait l'objet de nos études. Nous avons maintenant à résoudre cette question : *Ces tumeurs ont-elles pu être contenues dans la cavité crânienne ?*

Les éléments de cette solution, quelle qu'elle soit, doivent être exposés tout d'abord. Nous rappellerons donc de suite quels sont le *poids* et le *volume* des tumeurs qui ont été trouvées à l'autopsie des sujets de ces observations.

---

la distribution des secours par la commission permanente. Tout est à louer, nous l'avons dit, dans le mécanisme de cette commission, sauf quelques détails d'exécution qui ont dû être signalés. Ainsi, un peu plus de célérité apportée par les employés dans la distribution du secours alloué, le ferait plus sûrement arriver toujours en temps utile. De même, une prompte notification de la radiation des malades inscrits adressée au médecin, pourrait lui éviter des démarches inutiles et prévenir la délivrance de médicaments à des malades qui ont cessé d'y avoir droit.

Quelques modifications au bulletin d'inscription laissé au domicile du malade ont paru utiles à la commission. Elle voudrait que certaines colonnes de ce bulletin fussent supprimées, pour laisser un espace destiné à recevoir des signes conventionnels que le visiteur seul saurait lire et qui fournirait ainsi toutes les semaines à la commission de secours, des renseignements positifs sur les phases de la maladie.

Quelle est la valeur de l'indication : *transport à l'hôpital*, qui se trouve dans le bulletin d'inscription ? Telle est la question que soulève et discute ensuite le rapport. Il serait sans doute exorbitant de demander pour le médecin de bienfaisance le droit de faire admettre d'emblée un malade à l'hôpital. Mais serait-il donc impossible de concilier l'intérêt du patient qui se trouve dans des conditions qui ne permettent plus le traitement à domicile, avec les exigences d'une administration bien ordonnée ? Le malade devra-t-il attendre de longues heures au Bureau central, au risque d'échouer dans la concurrence qui lui est faite par d'autres malades aussi gravement ou plus gravement atteints que lui, mais dont l'admission est moins urgente par suite des circonstances particulières où il se trouve placé et qui ont déjà été appréciées par le médecin du bureau ? Un certificat, signé en même temps du médecin et de l'administrateur, n'offrirait-il pas une garantie d'ordre suffisante pour qu'un billet d'admission pût être délivré au chef-lieu de l'administration sans que le malade y fût transporté ? Telle est la mesure que la commission verrait adopter avec satisfaction, et aucun de vous ne s'est levé pour la combattre.

Pour ne rien omettre, le rapport indique encore quelques changements à opérer dans le modèle des feuilles d'ordonnance qui se prêtent difficilement à des prescriptions d'une certaine étendue.

Enfin, il signale quelques desiderata remarqués par la commission dans le nouveau réglement.

Dans les cas d'accouchements laborieux, la sage-femme qui se voit dans la nécessité de recourir à un homme de l'art, ne sait presque jamais à quel médecin elle doit s'adresser. Il serait facile de parer à cet inconvénient en inscrivant au bas de la lettre qui la charge d'assister une femme dans sa couche, l'adresse du médecin divisionnaire qui devrait être appelé en cas d'accident.

(*La suite au prochain numéro.*)

Th. Bartholin, Scarabicci, Du Verney, Baron et M. Künholtz ne donnent aucun chiffre à cet égard.

Vallisnieri, qui a eu l'occasion d'examiner deux de ces tumeurs, dit que l'une pesait 13 onces (ou 437gr.50) et l'autre 7 onces (ou 218gr.75).

Celle dont a parlé M. Patellani pèse 29 onces et demie (ou 2kil. 950 gr.).

Celle de M. Colin (d'Auxerre) pesait 827 grammes et avait un volume égal à 410 centimètres cubes.

Enfin, celle de M. Damoiseau pesait 545 grammes et avait un volume égal à 220 centimètres cubes.

Si l'on suppose que ces différentes concrétions avaient la même densité, il sera possible de déterminer quel est leur volume. En effet, nous avons vu que la densité de la masse recueillie par M. Damoiseau est égale à 2.47; il suffira donc de faire une règle de proportion pour savoir quel est le volume de toutes celles dont nous connaissons le poids.

Il est bien entendu que cette recherche du volume est basée sur la supposition que la densité est toujours et invariablement la même. Cependant, je ne doute pas qu'il n'en soit pas toujours ainsi. Quoi qu'il en soit, voici les résultats des calculs.

DÉSIGNATION DES AUTEURS.	POIDS DES TUMEURS.	VOLUME DES TUMEURS EN CENTIMÈTRES CUBES.
Vallisnieri. . . .	437gr.50	176 60
	218gr.75	88,39
Patellani.	2kil.950gr	1,190
Colin.	827gr	410
Damoiseau. . . .	545gr	220

Dès à présent, nous pourrions savoir si ces tumeurs ont pu être contenues dans l'intérieur de la cavité crânienne, si l'on pouvait opposer aux chiffres ci-dessus ceux qui résultent de la mensuration de cette cavité. Mais nous serions dans l'impossibilité de mettre ces chiffres en regard pour chacune de ces tumeurs, car plusieurs observateurs ont négligé de faire connaître les dimensions des tumeurs qu'ils ont recueillies. M. Patellani est le seul qui ait songé à faire un rapprochement à cet égard, et, dans ce but, il a mesuré le crâne suivant ses différents diamètres.

Pour ne rien négliger de tous les renseignements qui peuvent servir à éclairer d'un nouveau jour la question de la pétrification et de l'ossification du cerveau, question qui a été tant débattue aux différentes époques où des observations en ont été publiées, j'aurais désiré pouvoir rapporter ici les considérations sur lesquelles M. le professeur Patellani s'est appuyé pour établir que la pièce anatomique déposée par Leroy dans le musée de l'Institut vétérinaire de Milan est véritablement un cerveau ossifié. Mais les considérations principales, celles dans lesquelles M. Patellani fait connaître les dimensions du crâne d'un animal de l'espèce bovine, ne peuvent pas être acceptées, attendu que probablement l'unité de mesure employée ne correspond pas à celle de France, bien que, dans le texte, elle soit indiquée par le système métrique. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces mesures ne s'appliquent pas à la tête d'un bœuf ou d'une vache de taille ordinaire. Aussi, pour éviter toute cause d'erreur, j'aime mieux ne pas reproduire les rapprochements de M. Patellani entre les dimensions du crâne et celles du prétendu cerveau ossifié.

Au reste, ces mesures du crâne nous donnent des résultats insuffisants, qui ne nous permettent pas de conclure avec assurance. Il y avait autre chose à faire, si cela ne l'avait pas été encore : c'était de rechercher quels sont le poids et le volume de l'encéphale chez les animaux de l'espèce bovine.

Pour le poids, j'ai trouvé des renseignements dans plusieurs auteurs; je les reproduis ci-après :

1° Haller (1), voulant prouver que le poids du cerveau varie suivant l'âge, s'exprime ainsi :

Le poids du cerveau fut trouvé chez un veau égal à 7 onces, tandis qu'il était égal à 20 onces chez un bœuf. Dans un autre exemple, on a la preuve que le poids du cerveau était plus du quadruple relativement au poids total du corps (c'est-à-dire que dans le bœuf il forme le 1/860, tandis que dans le veau il est de 1/219). Mais je vais mettre sous les yeux les meilleurs chiffres qui aient été publiés.

Chez un bœuf du poids de 1,500 livres, d'un très-grand embonpoint (*valdè certè obesus*), le poids du cerveau était de 2 livres. Chez un autre, il pesait 20 onces. Chez un autre il pesait 15 onces et 2 drachmes 1/2. Chez un autre, qui pesait 866 livres, le poids du cerveau était de 16 onces et 10 gros. Enfin, chez un autre, le cerveau pesait 12 onces.

Ces différents poids, qui varient beaucoup, prouvent que le cerveau du bœuf est moins pesant que celui de l'homme, et qu'il est :: 1 : 750 ou :: 1 : 850 relativement au poids total du corps.

2° Cuvier (2), après avoir fait remarquer la difficulté qu'il y a pour établir le rapport du *cerveau* au poids du corps, attendu que le cerveau varie peu de poids, tandis que les autres organes peuvent varier beaucoup, cite les chiffres suivants :

Bœuf.	:: 1 : 860
Veau.	:: 1 : 219

3° Leuret (3) dit que le poids de l'*encéphale* est, chez le bœuf, relativement au poids du corps :: 1 : 750 ou :: 1 : 860.

4° Suivant Girard (4), l'*encéphale* du bœuf représente en poids la 800e ou la 860e partie du poids du corps.

5° Suivant M. Patellani, le poids du cerveau du bœuf aux différentes époques de la vie peut être rapporté à ce qui suit (Nota : *peso milanese*) :

Veau de un à six mois. . . .	8 à 12 onces.
Veau de six mois à trois ans. .	12 à 15 —
Bœuf de trois ans à douze ans. .	15 à 20 —

6° Les chiffres suivants m'ont été communiqués par M. G. Colin, chef de service d'anatomie à l'école impériale vétérinaire d'Alfort :

L'encéphale d'un jeune taureau pesant 293 k. = 487 gr. ou :: 1 : 601.643
Id. d'une vache de taille moyenne, très-maigre et pesant 332 kil. . = 490 gr. ou :: 1 : 601.142

7° Enfin, j'ai pesé l'encéphale d'une vache très-forte, et je l'ai trouvé = 580 grammes.

Tous ces chiffres étaient encore insuffisants. il fallait pouvoir comparer entre eux des chiffres de même nature, et c'est dans ce but que j'ai fait des recherches qui n'avaient point encore été faites (5) pour les animaux.

Après avoir pesé l'encéphale d'un animal de l'espèce bovine, je l'ai plongé dans l'eau pour connaître son volume, et j'ai obtenu les résultats suivants :

DÉSIGNATION DES ANIMAUX.	POIDS DE L'ENCÉPHALE.	VOLUME DE L'ENCÉPHALE EN CENTIMÈTRES CUBES.
Vache.	457gr	490
Vache.	526gr	510
Vache de 3 ans. .	467gr	470
Vache de 5 ans. .	472gr	465

Si nous comparons maintenant le volume de l'encéphale des animaux de l'espèce bovine au volume des tumeurs, volume que nous avons déterminé soit expérimentalement, soit par le

(1) Haller, *Elementa physiologiæ corporis humani*, t. IV, p. 47.
(2) Cuvier, *Leçons d'anatomie comparée*, 2e édition, t. III, p. 77.
(3) Leuret, *Anatomie du système nerveux considéré dans ses rapports avec l'intelligence*. Paris, 1839; t. Ier, p. 422.
(4) Girard, *Anatomie vétérinaire*. Paris, 1830; 3e édition, t. II, p. 307.
(5) M. Parchappe a fait, pour l'homme, des recherches semblables

calcul, en faisant dans ce dernier cas la supposition que leur densité est toujours la même, nous trouvons :

1° Que le volume moyen de l'encéphale du bœuf est, d'après nos recherches, égal à 0,483.75;

2° Que le volume moyen des cinq tumeurs osseuses pour lesquelles nous avons pu faire cette appréciation est de 0,416.98.

La comparaison des chiffres ci-dessus tendrait donc à faire admettre que ces tumeurs ont pu être contenues dans l'intérieur du crâne. Mais remarquons, avant de pousser la discussion plus loin relativement à leur nature, que cette conclusion ne peut pas être acceptée *à priori*. En effet, j'ai fait une coupe horizontale du crâne sur la tête sèche d'une vache de taille moyenne, et il est impossible de placer ni la tumeur recueillie par M. Colin (d'Auxerre), ni celle recueillie par M. Damoiseau dans l'intérieur du grand compartiment du crâne. Cette simple expérience autorise donc à repousser l'idée qu'il s'agit dans chacun de ces cas de l'ossification ou de la pétrification du cerveau; ou bien, il faudrait admettre qu'une augmentation de capacité de la cavité crânienne s'est effectuée aux dépens de celle des sinus frontaux. C'est là encore une supposition qu'on ne saurait admettre, car il importe de le faire remarquer ici encore une fois : on ne pouvait soupçonner l'existence d'une pareille tumeur chez aucun des sujets où on en rencontre à l'autopsie.

§ III.

Si les recherches dont nous avons fait connaître les résultats dans le chapitre précédent ne permettent pas de conclure sur la question de savoir si chacune de ces tumeurs représente ou non un cerveau ossifié, voyons maintenant ce qu'ont dit les auteurs pour soutenir l'une ou l'autre de ces deux opinions.

1° *Les arguments en faveur de l'ossification du cerveau* se trouvent surtout dans le mémoire publié par le professeur Patellani. Je me dispenserai de faire l'énumération de ces arguments, car les observations que j'ai rapportées ont permis au lecteur de connaître l'opinion à laquelle chacun des auteurs rattachait le développement de ces tumeurs osseuses;

2° *Arguments contre l'ossification du cerveau.* — Vallisnieri, qui a rédigé son mémoire en vue de démontrer que Du Verney s'était trompé en considérant le cerveau comme ossifié, dit dans un passage :

Je suis sûr que si ce grand homme (Du Verney) avait ouvert le crâne, il aurait écrit autrement, parce qu'il aurait trouvé le cerveau, outre la concrétion cérébriforme, rapetissé et emprisonné dans la même substance. Et en effet, il en trouva entre ces deux matières; le reste a été détruit très probablement par les coups réitérés du boucher; mais il devrait être vers la base du crâne.

A l'appui de l'opinion émise par Vallisnieri dans ce passage. se présente non-seulement le fait qu'il a observé chez un boucher de Modène (§ 1, quatrième observation), mais encore celui que Baron communique à l'Académie royale des sciences (§ 1, sixième observation).

Mais Vallisnieri dit encore dans un autre endroit :

Aussi bien dans l'une que dans l'autre concrétion, je n'ai jamais pu voir aucun vestige de la partie cendrée, c'est-à dire des *glandules qui séparent les esprits;* je n'ai jamais vu la différence des substances, ni rien qui l'indiquât, ni aucun signe, ni des glandes, ni des filtres, ni des conduits ou canaux excréteurs qui, en s'allongeant, vont constituer les nerfs. Tout était homogène, la couleur, la substance, la structure, à l'exception de ces cercles que j'ai déjà mentionnés, lesquels montrent plutôt les différentes époques de la formation qu'une diversité d'organes et de structure. Je n'ai pas vu non plus le moindre vaisseau sanguin, et pourtant il y en a un grand nombre dans le cerveau, surtout pour constituer les plexus choroïdes : tout était homogène.

En résumé, Vallisnieri pense que si Du Verney a donné des noms aux différentes parties qu'il a reconnues sur la concrétion qu'il a décrite, il les a donnés suivant une idée préconçue. Voici encore d'autres paragraphes extrait du mémoire de Vallisnieri, et qui se rapportent à notre sujet :

1° Du Verney, dans sa belle description sur le prétendu cerveau pétrifié, me fournit un bon argument pour prouver qu'il ne s'agit que d'une concrétion osseuse : Mais, dit-il, ce que je viens de faire remarquer, et ce qu'on peut voir encore ici, c'est que, dans un cerveau pétrifié, il y a en certains endroits quelques parties qui sont charnues.» Il confirme en outre ce qu'il vient de dire en expliquant la figure, lorsqu'il dit : « La cavité qui est entre le cervelet et l'avance de la partie supérieure du lobe gauche dont le fond et les côtés paraissent moins durs et seulement comme ossifiés. » C'est-à-dire que ces parties qui n'avaient pas encore acquis ce degré de dureté, étaient osseuses, et j'en conclus que les autres parties étaient de la même nature, mais seulement étaient arrivées à une époque plus éloignée de leur formation. Avec le temps, ces molécules homogènes se réunissent, se condensent, et leur densité augmente.

2° Quelqu'un pourrait encore opposer, tout en convenant avec moi de la nature de la concrétion (ce que ferait même Du Verney, si mon travail lui tombait sous la main), la question suivante : Mais comment ce suc extrait des os a-t-il pu pénétrer la dure-mère, pleuvoir sur la pie-mère, l'intriquer, la lier, comme on l'observe dans toutes les concrétions, et ensuite s'insinuer dans le cerveau, en comprenant même quelques-unes des parties de cet organe dans son épaisseur?

Je réponds d'abord que j'ai toujours remarqué, et dans les bœufs particulièrement, que la dure-mère adhère très-fortement à la voûte du crâne, et qu'il n'est pas difficile que, dans une partie de toute cette étendue, le suc force pour ainsi dire les fibres de la dure-mère et coule au-dessous sur la pie-mère. Si ce suc a eu la force de détruire le tissu des os, il aura plus facilement pu rompre les fils plus tendres et plus déliés de cette membrane.

En second lieu, ce suc peut durcir d'abord, percer la dure-mère ensuite et donner passage à celui qui vient après lui.

En troisième lieu, la nature a souvent des voies non connues. Nous voyons entrer des tumeurs dans les cavités, et nous les en voyons sortir, sans que nous sachions ni pourquoi, ni comment.

Nous pouvons donc soupçonner qu'il se passait dans cette misérable tête une scène tragique, facile à comprendre pour la nature, mais pour nous, difficile et merveilleuse.

Peut-être que ce bœuf aura reçu un coup à la base des cornes, laquelle aura été ébranlée, ou bien une autre partie voisine du crâne. Le travail réparateur de la nature aura fait affluer le *suc ossifiant* en grande quantité, pour réparer le mal, et ce suc aura forcé là où il y avait moins de résistance à surmonter, même à travers la dure-mère blessée ou intacte.

Que si quelqu'un voulait, au contraire, que le suc générateur de cette concrétion fût sorti des membranes qui enveloppent le cerveau et non du crâne, je n'entrerais pas beaucoup en colère contre lui, car les auteurs citent un nombre considérable de membranes ossifiées

3° Je suis porté à croire que ces concrétions ont leur source ou prennent origine dans les os de la tête du bœuf, dont les grandes dimensions sont si peu en rapport avec celles du cerveau. J'ajoute que le support des cornes qui s'élève juste au-dessus du crâne auquel il tient par sa base, doit concourir plus à leur formation que le crâne lui-même, car si les os du crâne suffisaient pour leur donner naissance, on aurait dû en trouver chez les hommes, et je ne sache pas qu'aucun auteur ait rapporté des cas semblables.

Pour nourrir une aussi grande quantité d'os, il faut une très-grande quantité de sang pour fournir les matériaux qui les composent, et pour former les cornes; or, il fallait donc que la nature donnât à ces parties des vaisseaux nombreux et volumineux, pour que le sang y arrivât de toutes parts. C'est dans ces vaisseaux que le sang subit un travail particulier, nécessaire pour devenir os ou cornes, et si ces vaisseaux viennent à être rompus, le sang, en s'échappant de leur intérieur, ne tarde pas à se condenser et à se durcir. C'est pour cette raison que lorsqu'un os est fracturé, nous le voyons se souder de nouveau, au moyen d'une substance osseuse, souvent plus dure que celle de l'os lui-même. Souvent aussi il naît sur la surface des os non rompus des *tumeurs osseuses dont la cause est interne.* On peut donc soupçonner que ces concrétions n'ont pas d'autre origine que celle que nous venons de rapporter.

4° Relativement à la forme et aux autres propriétés physiques de ces tumeurs, Vallisnieri s'exprime ainsi :

Ces concrétions sont en général beaucoup plus dures que les os, et ceci se comprend aisément : elles ne sont pas organisées comme ces derniers, elles n'ont pas besoin de moelle, de cellules, de vaisseaux de

différente nature qui les composent. Tout cela est nécessaire pour les os, mais ne l'est pas pour les concrétions qui ne sont qu'une agglomération de suc condensé et dont chaque molécule, immédiatement en rapport avec ses voisines, forme un corps très-dur. Ainsi les dents, la portion pétrée du temporal sont plus dures que les os en général, parce qu'elles ne sont point parcourues par un aussi grand nombre de vaisseaux remarquables.

Ces concrétions ont une certaine ressemblance avec le cerveau, soit par leur blancheur, soit par le fait même de leur moulage à la face interne du crâne, soit encore parce que leur surface extérieure présente des sillons et quelques circonvolutions, mais ces dernières sont sans ordre, ainsi qu'on peut le voir sur celles qui ont été recueillies tant en France qu'en Italie.

5° Il n'est pas probable qu'une si grande accumulation se fasse en peu de temps. Au fur et à mesure que le suc se distille, se condense peu à peu et se durcit, une nouvelle quantité vient se déposer, et ainsi de suite jusqu'à ce que la concrétion ait acquis des proportions énormes.

Enfin l'aspect inégal et rugueux de chacune de ces concrétions, leurs saillies disposées sans aucun ordre, la différence que présentent ces saillies, sous les rapports de leur forme, de leur volume et de leur situation, sont autant de raisons qui me portent à croire qu'il s'agit plutôt là d'un jeu de la nature guidée par la nécessité de la matière affectant tantôt une forme, tantôt une autre, suivant le volume, la dose et l'endroit où elle a pris naissance. Elles ressemblent plutôt à un morceau de roche ou de pierre moulée accidentellement et présentant tout à la fois des saillies, des sillons et des fissures. Si elles étaient des cerveaux pétrifiés, ces concrétions seraient toutes semblables, comme le sont entre eux tous les cerveaux des animaux de l'espèce bovine. »

Je n'ajouterai plus que deux passages du mémoire de Vallisnieri : l'un explique l'inégalité de dureté des différentes couches de ces concrétions ; c'est le suivant : « Sur les deux concrétions dont j'ai parlé, la première, que je crois plus récente que l'autre, parce qu'elle est moins dure et plus poreuse, se serait accrue avec le temps, et aurait acquis la même densité. » Le second passage a une importance toute physiologique, car Vallisnieri y explique en quelque sorte pourquoi les animaux qui ont présenté de ces concrétions, n'ont, en général, pas offert de symptômes particuliers.

« J'avoue aussi franchement, dit Vallisnieri, que dans mon hypothèse, il est presque aussi difficile d'expliquer comment les *esprits* suivaient leur cours dans un cerveau probablement comprimé ; mais il y aura moins de difficulté à le comprendre que dans l'hypothèse de Du Verney.

« Nous avons déjà dit que la concrétion s'est faite peu à peu ; ce n'est donc que peu à peu que le cerveau a diminué de volume et s'est habitué à ce corps étranger. Dans ce cas, il peut, sans s'en apercevoir, diminuer de volume tout en conservant sa figure et ses usages, quoiqu'un peu diminués. »

Si les objections de Vallisnieri aux opinions contraires, ou, d'une manière plus générale, si les arguments en faveur de la non-ossification du cerveau ne pouvaient être opposés favorablement à ceux qu'on a fait valoir pour l'ossification de cet organe, il nous resterait encore à examiner tous ces faits, quelle qu'ait été leur interprétation, au point de vue physiologique.

Tous les faits qui se rapprochent d'une manière plus ou moins éloignée de ceux qui faisaient le sujet de leur observation ont été appelés à leur aide par ceux qui soutenaient l'ossification du cerveau. On en trouve une longue énumération dans le mémoire du professeur Patellani, qui les a extraits des travaux des pathologistes de l'homme. On voit bien ici une ossification partielle des enveloppes de l'encéphale ; là des productions osseuses rencontrées à la face interne du crâne de femmes enceintes ; ailleurs, enfin, un fait de corps étranger ayant séjourné dans le cerveau, etc. ; mais nulle part aucune explication satisfaisante ou aucun fait probant qui puisse donner gain de cause à cette singulière opinion. Singulière opinion, en effet, que celle qui ne repose sur rien, qui peut être complétement réduite à rien par la simple expérimentation directe, ainsi qu'on le verra tout à l'heure.

Reprenons la question d'un peu haut, pour l'intelligence de la discussion.

1° Dans aucune des observations que nous avons rapportées dans le § Ier, on ne trouve l'indication particulière de *causes* qui aient pu occasionner la formation des tumeurs osseuses rencontrées à l'autopsie des animaux ;

2° Chez presque tous les animaux, rien dans la *forme générale de la tête* ne pouvait faire soupçonner la présence d'une tumeur osseuse dans l'intérieur du crâne (je dis dans l'intérieur du crâne, sans préciser davantage le siége de ces tumeurs). Un seul des animaux (celui observé par M. Colin, d'Auxerre) avait le frontal soulevé et une déviation de l'arcade orbitaire. La tumeur comprimait tellement l'ethmoïde et le sphénoïde, que la respiration en était gênée à ce point que M. Colin se décida à conseiller l'abatage de l'animal. Cette observation de M. Colin est une des plus précieuses que possède la science sur la question dont je m'occupe. (*Voir* 10e observation.)

3° Parmi toutes les observations rapportées précédemment, six nous donnent des renseignements relativement à l'*état d'embonpoint* des animaux ; elles fournissent des résultats contradictoires, ainsi qu'on le peut voir dans le résumé suivant :

A. Le bœuf dont a parlé Du Verney était très-fort et très-vigoureux.

Celui de Baron était gras et bien portant.

Celui dont parle M. Patellani était devenu gras en peu de temps.

Enfin, celui de M. Damoiseau était dans un très-bon état d'embonpoint.

B. Au contraire, le bœuf dont a parlé Th. Bartholin et celui qui fut sacrifié au couvent de Sainte-Justine étaient maigres et chétifs.

4° Le *port de la tête* et la *marche des animaux* ne peuvent pas non plus faire soupçonner la présence d'une masse osseuse dans le crâne, car les renseignements qui résultent du dépouillement des diverses observations sont aussi contradictoires.

Le bœuf de Th. Bartholin portait bas la tête.

Celui de Du Verney se sauva quatre fois de l'abattoir au moment où il allait être assommé.

Celui du couvent de Sainte-Justine portait fort bas la tête ; il était d'une faiblesse extrême, qui s'annonçait par la lenteur et l'apathie de sa démarche.

Enfin, celui de M. Damoiseau portait bas la tête et la tenait allongée sur le cou ; il marchait très-vite.

Il est donc évident, par les relevés qui précèdent, qu'il est impossible de conclure, dans aucun cas, à la présence d'une tumeur osseuse dans l'intérieur du crâne des animaux qui ont fait le sujet de ces observations.

Mais de ce que la conclusion ne reposerait sur rien en présence des signes contradictoires que nous venons de signaler et qui résument des observations identiques, s'ensuit-il que la masse osseuse doive être désormais considérée ou non comme le résultat de l'ossification du cerveau ? C'est ce que je vais examiner. Nous entrons alors dans un autre ordre de considérations.

Un bœuf qui aurait le cerveau ossifié serait dans les mêmes conditions qu'un bœuf auquel on aurait retranché le cerveau. Cette proposition repose sur une supposition, mais elle est vraie.

Or, *à priori*, dans l'une ou dans l'autre de ces circonstances, peut-on admettre qu'un bœuf aurait des mouvements rapides, qu'il pourrait s'échapper quatre fois de suite des mains du boucher, au moment où celui-ci se disposait à l'assommer ? Admettre cette supposition, serait se refuser à l'évidence, serait nier toutes les connaissances acquises et tous les faits démontrés par la physiologie expérimentale.

Nous n'entrerons pas dans de longs détails pour prouver l'importance des hémisphères cérébraux relativement aux mouvements ; nous emprunterons seulement à M. G. Colin l'expérience suivante :

« Les animaux de l'espèce bovine supportent beaucoup mieux que le cheval et même que l'âne les mutilations des hémisphères. Une génisse que j'avais privée d'un de ses lobes cérébraux se tint debout pendant plus d'une demi-heure, conserva tant de vivacité et marcha si aisément, qu'il était fort difficile de reconnaître l'affaiblissement musculaire du côté opposé à la lésion ; quand le lobe restant fut enlevé comme le premier, elle put encore se soutenir, bien qu'avec assez de peine, avancer, reculer et tourner, si on la sollicitait à exécuter ces divers déplacements (1). »

Il est à peine besoin d'ajouter à cette expérience d'autres preuves pour faire repousser complétement l'ossification du cerveau ; je le ferai néanmoins, pour qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit du lecteur.

« Quand les hémisphères du cerveau sont détruits, dit encore M. G. Colin (2), l'animal conserve la faculté de se mouvoir, il respire, il digère comme d'habitude; mais il perd non-seulement toutes les sensations, il perd encore la mémoire, le jugement, la volonté et les instincts les plus vivaces de son espèce; il devient tout à fait stupide: presque constamment assoupi ou plongé dans le sommeil, son existence se passe dans la torpeur. Lorsqu'il est éveillé, il exécute à peine quelques mouvements si rien ne vient l'exciter; il ne cherche ni à s'abriter, ni à fuir, ni à se défendre; on le maltraite sans qu'il essaie d'éviter les coups ; il n'a pas même l'idée de prendre la nourriture qu'on met devant lui, et se laisserait mourir sur un tas d'aliments, si une main étrangère ne venait les lui mettre dans la bouche. »

Il me paraît hors de doute que l'on ne peut admettre que, dans aucun des cas rapportés dans le § 1er, il y ait eu ossification du cerveau.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

PRÉPARATION DE L'ONGUENT MERCURIEL DOUBLE, PAR M. MATHEY, PHARMACIEN A ORNANS (DOUBS).

Prenez 100 grammes de térébenthine ordinaire et 100 grammes de miel fin, pour 10 kilogrammes d'onguent mercuriel.

Mettez la térébenthine, le miel et 100 grammes d'axonge, que vous triturez avec une petite portion du mercure. Celui-ci une fois divisé, vous ajoutez petit à petit le reste du métal, en continuant la trituration jusqu'à ce que toute la masse mercurielle soit éteinte. Cela fait, vous ajoutez le reste de l'axonge par petites quantités que vous mélangez également par trituration.

Quand on a de l'ancien onguent mercuriel, on abrége encore l'opération en en mettant 100 grammes au début.

Par ce procédé, la préparation est terminée au bout de quelques heures.

Cette préparation peut avoir de l'avantage dans la médecine vétérinaire, où l'on emploie beaucoup l'onguent mercuriel double.

OBSERVATIONS PHARMACEUTIQUES SUR LE LAMIUM ALBUM, PAR M. CAPDEVILLE.

Que de médicaments dont les propriétés spécifiques sont bien reconnues et qui, néanmoins, si je peux ainsi m'exprimer, ont été jetés dans l'oubli! Ils ont souvent fait place à des substances jouissant de vertus bien moins prononcées que les leurs; tant il est vrai qu'une chose nouvelle a toujours beaucoup de partisans au commencement de son emploi et acquiert ainsi une réputation souvent déméritée.

(1) G. Colin, *Traité de physiologie comparée des animaux domestiques*, Paris, 1854; t. Ier, p. 71.

(2) *Ouvrage cité*, p. 72.

Si nous consultons les documents historiques, nous voyons qu'à différentes époques, des individus aussi ingénieux que hardis, dans le but, sans doute, de faire des améliorations ou d'accroître leur renommée, ont inventé de nouvelles méthodes pour le traitement des diverses maladies,

Je laisserai là mes reflexions, mon seul but, maintenant, étant de parler d'une petite plante très-humble, qui croît dans les lieux stériles et pierreux, et que ses propriétés astringentes faisaient jadis employer. Cette plante, presque totalement oubliée de nos médecins, est le *Lamium album* (*Labiée, didynamie gymnospermie*). J'ai été témoin, à plusieurs reprises, des bons effets que les fleurs de l'ortie blanche ont produits contre la métrorrhagie; voici la formule d'une potion que j'ai vu employer avec beaucoup de succès dans cette maladie :

Fleurs sèches de lamium album. 12 gr.

Faites infuser dans

Eau bouillante. . . . . 150 —

Passez et édulcorez avec

Sirop de cachou. . . . . . . 30 —
— de gomme kino. . . . . 20 —

M. s. a. A prendre en deux doses égales à une heure de distance. (*Répert. de pharmacie.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 73. 3e ANNÉE. Lundi 18 Juin 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

A M. H. de Castelnau, Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

Considérations sur la nature et le traitement de la folie.

Par le docteur Poterin-Dumotel.

(*Suite et fin, voir le dernier numéro.*)

Dans la première partie de ce travail, j'ai développé, comme je la comprends, la doctrine psycho-physiologique renfermée dans cet aphorisme : « Les aliénés sont des hommes qui se trompent. »

J'ai dit, après l'avoir, je crois, démontré par l'exposition même de la doctrine, qu'elle se soutenait très-bien devant les faits et la raison. Je n'avais malheureusement, pour la défendre, ni le talent ni la position scientifique de son regrettable auteur, et je sens bien cependant qu'il y aurait eu mieux à faire que de repousser faiblement les attaques dirigées contre elle.

Ce n'est pas cette doctrine, en effet, qui eût autorisé cette malheureuse assimilation de la *déraison* au délire qu'on observe à la dernière période de toutes les maladies ; assimilation d'ailleurs si substantiellement réfutée par M. Londe.

Ce n'est pas elle qui eût enfanté cette théorie décevante de l'automatisme des aliénés. Ici, j'en demande pardon à l'honorable M. Baillarger, mais je crois que, séduit lui-même par un rêve ingénieux, il a confondu deux choses très-distinctes, savoir la liberté et la volonté. Le libre arbitre, ou la liberté morale, s'entendent de la faculté qu'a l'homme de se déterminer d'après des principes qui supposent l'intégrité de la raison. La volonté est toute autre chose : on peut n'être pas libre et vouloir. L'homme, par exemple, qui dans le paroxysme de la colère se fait meurtrier, alléguerait vainement qu'il n'a pas voulu tuer son semblable : personne ne le croirait. On verrait bien qu'il a voulu trop précipitamment, sans y avoir assez réfléchi ; mais qu'il n'ait pas voulu, comment le comprendrait-on ?...

Chez l'aliéné, le principe des libres déterminations n'est pas intact, aussi ce malade est irresponsable. Encore est-il qu'on ne saurait prouver que ce principe est incessamment altéré chez lui, ce qui revient à dire, comme je l'ai fait plus haut, que si l'habitude de se tromper est la loi des aliénés, aucune de leurs erreurs n'est cependant fatale : ce qu'ils font, ils le veulent faire ; ils veulent mal, je l'accorde, c'est-à-dire qu'ils veulent en vertu d'un principe de déterminations qui le plus souvent n'est pas intact, mais enfin ils veulent.

L'aliéné ne saurait donc être comparé, sous ce rapport, ni au malade en délire, ni à l'homme en état d'ivresse ; c'est ce qu'établit parfaitement M. Londe dans les propositions suivantes de son discours :

« 1° Les perceptions sensorielles sont distinctes et nettes « chez le fou ; le délirant est assoupi et plus ou moins insen- « sible aux excitations extérieures.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, pendant l'année 1854.

Par le docteur Fontès, secrétaire-général.

(Voir le n° 70 et 72.)

L'administration, si désireuse de retenir les malades hors de l'hôpital, pourrait peut-être choisir parmi les indigents inscrits quelques gardes dont les soins faciliteraient le traitement à domicile, dans les cas où c'est l'isolement du malade qui le rend impossible. Ces gardes, qui se contenteraient peut-être souvent, pour toute rémunération, de quelques dons en nature, seraient ainsi appelées à rendre à très-peu de frais des services d'une utilité incontestable.

Je regrette, Messieurs, d'avoir dû me borner à vous donner un aperçu succinct de ce rapport qui a valu vos remercîments et vos félicitations à son auteur, et qui a été remis par les membres de votre bureau en personne à M. le directeur de l'Administration générale de l'assistance publique.

Vous le voyez, Messieurs, les résultats de votre expérience d'une année sont tous et sans contestation, si nous faisons la réserve de quelques exceptions de détail, en faveur de l'organisation nouvelle. Et cependant tout un passé se trouvait renversé sans transition aucune. Un service restreint et réservé à quelques indigents, assez heureux pour réunir un certain nombre de conditions déterminées d'avance, se trouvait transformé en un service établi sur une si large échelle que rien dans le passé ne saurait lui être comparé.

Un semblable succès, obtenu dès le premier essai, indique assez hautement avec quels soins et quelle habileté l'organisation nouvelle avait été préparée. En les constatant les premiers, vous rendiez un éclatant hommage à l'administrateur éminent qui pouvait en revendiquer l'honneur. C'est sous l'inspiration de ce sentiment que vous avez eu à cœur de faire arriver à M. le directeur de l'assistance publique un témoignage, non-seulement de votre déférence et de votre gratitude, mais aussi du désir qui vous anime, de concourir, par tout le zèle et le dévouement dont vous êtes capables, à l'accomplissement de l'œuvre nouvelle. Vous l'avez prié de vouloir bien accepter le titre de président honoraire de votre société, et vous avez obtenu l'insigne honneur de son acceptation.

Puissent ses hautes et nombreuses occupations lui permettre quelquefois d'honorer nos réunions de sa présence. Il pourra s'y convaincre que notre volonté sera toujours à l'unisson de la sienne pour marcher sans hésitation dans la voie de l'amélioration et du progrès, ouverte par ses soins à l'assistance publique.

Vos études sur le mécanisme du nouveau service, par leur intérêt et leur actualité n'ont pas laissé une large place, dans vos réunions, aux questions de science et de pratique. Vous n'avez pas encore eu le loisir d'explorer le terrain scientifique qui se trouve d'avance désigné à votre compétence.

M. le docteur Collomb, dont le zèle et le mérite sont si bien connus

« 2° La pensée est abolie chez le délirant, *sa volonté est an-*
« *nulée ;* chez le fou, la pensée est pervertie et les actes *volon-*
« *taires* témoignent d'un certain enchaînement logique des
« idées.

« 3° Une fois guéri, le premier conserve à peine un souve-
« nir fugace de ce qui s'est passé ; tandis que le second se
« rappelle parfaitement les différentes circonstances de sa ma-
« ladie, et peut donner, sur la succession des phénomènes
« qu'il a éprouvées, des renseignements dont M. Baillarger
« vous a signalé l'utilité.

« 4° Dans la folie, à moins qu'elle ne soit passée à l'état de
« démence, il n'y a pas d'appréciations erronées comme celle
« qui consiste à prendre une fenêtre pour une porte ; de pa-
« reilles erreurs sont fréquentes chez les délirants, qui se don-
« nent quelquefois ainsi la mort. »

Mais je dois avouer que je ne puis m'expliquer comment, après des distinctions aussi virtuelles, le savant académicien dont je viens d'invoquer l'autorité soutient l'analogie de la folie et du sommeil. Il me semble évident, en effet, que c'est le sommeil, et non l'aliénation de l'esprit, qu'on peut regarder comme un état de véritable automatisme; que ce n'est pas l'aliéné, mais bien l'homme ivre-mort ou le délirant qu'on peut à juste titre comparer à l'homme qui rêve; ces derniers sont tous trois livrés au sommeil, plus ou moins agité, toute la différence est là. Ainsi la volonté, faculté active par excellence, n'est pas anéantie chez les aliénés, il s'en faut, mais chez l'homme qui repose, elle est réellement interrompue par le sommeil des sens, car leur fonction principale est précisément d'apporter au cerveau les matériaux de la volonté.

Laissons donc de côté le sommeil et l'automatisme. Aussi longtemps que l'homme est animé d'un souffle de vie et éclairé d'un faible rayon d'intelligence, il n'est pas machine : l'idiot lui-même dans ses boutades imprévues, dans ses malices puériles, proteste contre l'homme mannequin.

L'esprit délié de M. Bousquet a bien saisi le faible de ces analogies non viables : l'honorable académicien, avec une modestie délicate et railleuse, en a fait justice dans quelques lignes de son dernier discours, et ce ne sont pas les moins remarquables de cette production de haut style.

Enfin, on ne peut reprocher à la doctrine de M. Leuret l'inconséquence manifeste qui frappe de nullité toutes les explications de la folie fondées sur les altérations matérielles du cerveau. Or, il faut bien le reconnaître, les organiciens *trop avancés* se contredisent au nom de l'anatomie pathologique qu'ils invoquent. On peut en voir la preuve dans le premier chapitre du livre du *Traitement moral*, véritable nécrologe de ces explications prématurées. Cette preuve subsiste encore : on a pu l'oublier peut-être, mais on ne l'a pas détruite. Ce que plus haut j'avançais, sous la forme réservée du conditionnel, je l'affirme donc ici définitivement : les conclusions du livre dont je parle sont encore vraies aujourd'hui, celle-ci entre autres, que je formule ainsi : Jusqu'à présent l'anatomie pathologique n'explique pas la folie; car ses résultats sont nuls, contradictoires, ou se rapportent à des lésions que rien ne démontre être plutôt causes qu'effets.

S'il est permis d'en juger par une révélation du dernier discours de M. Bousquet, cette opinion serait aujourd'hui partagée par un aliéniste d'une grande expérience, M. Falret, qui fut longtemps un de ses plus terribles adversaires. Il reste, il est vrai, aux anatomo-pathologistes *quand même* la lettre de M. Belhomme et les promesses dont elle est grosse.

Je ne fais pas d'ailleurs le procès de l'anatomie pathologique : je rappellerai que le médecin dont je défends les doctrines était lui-même anatomiste et physiologiste distingué, qu'il ne repoussait nullement les lumières que peuvent donner les recherches cadavériques. A son exemple, je respecte infiniment le microscope et les micrographes, le scalpel et les anatomo-pathologistes, pourvu que leurs yeux ne soient pas prévenus. Je crois à l'avenir de l'anatomie pathologique comme méthode d'observation, mais je crois en même temps que, pour la servir utilement, ses interprètes doivent s'abstenir de forcer son langage, et feront mieux, en ce qui concerne surtout la cause organique de la folie, d'imiter la réserve scientifique des maîtres de l'art, Pinel, Esquirol, de M. Leuret, de MM. Ferrus, Falret et Baillarger.

On peut s'étonner que je compte l'honorable M. Ferrus parmi les anatomo-pathologistes qui s'abstiennent : j'y suis cependant autorisé, car, si je ne me trompe, ce médecin éminent s'en tient au principe nécessaire dérivé de la physiologie : — Que le trouble d'une fonction implique une modification organique. — Pour moi, je ne vois rien de plus dans les expressions dont il se sert « dérangement du cerveau » et même « lésion du cerveau, » persuadé que je suis que si les connaissances profondes de M. Ferrus lui eussent permis de s'avancer plus avant, il eût spécifié davantage.

J'arrive maintenant aux questions relatives à la légitimité du traitement moral et à la place qui lui est assignée dans la thérapeutique de l'aliénation mentale.

---

de vous, a trouvé cependant quelques instants pour vous faire une communication pleine d'intérêt et basée tout entière sur des observations prises dans le service du bureau. Il vous a présenté les réflexions les plus judicieuses sur le choléra, la cholérine et les affections gastro-intestinales qui ont régné durant la plus grande partie de l'année. Vous l'avez également entendu formuler son opinion sur l'étiologie des éruptions furonculeuses, dont la fréquence, durant le même temps, avait été remarquée. Vous vous rappelez que de la discussion qui a suivi cette communication il a paru résulter que les purgatifs peuvent être largement donnés dans les affections cholériformes, tandis que la vieille habitude de purger pour prévenir les éruptions successives de furoncles serait plus nuisible qu'utile.

La société a reçu de plusieurs de ses membres des travaux intéressants qui n'ont pas été discutés par suite de l'habitude généralement adoptée de ne pas entendre de rapport sur les travaux émanant de sociétaires.

C'est ainsi que vos archives se sont enrichies :

1° Du rapport de M. Labarraque sur le service médical des dispensaires de la Société philanthropique.

2° Du compte rendu de M. Dépaulx-Ader des travaux de la Société médicale du premier arrondissement ;

3° De la thèse de M. Malingre sur les lésions traumatiques du crâne.

Ce dernier travail, qui a été présenté par son auteur à l'appui de sa candidature, aurait pu être analysé et discuté parmi vous ; car au moment où il était offert à la Société par l'entremise de la commission chargée de faire un rapport sur les titres d'admission de M. Malingre, cet honorable confrère ne comptait pas encore dans nos rangs.

Me permettrez-vous à ce propos, Messieurs, de hasarder une réflexion? Pourquoi n'examineriez-vous pas avec soin et intérêt les travaux qui vous sont offerts dans des circonstances semblables? Peut-être cette habitude, si vous l'adoptiez, pourrait aboutir à donner un jour le moyen infructueusement cherché jusqu'ici de placer une épreuve convenable à l'entrée des fonctions dont vous êtes investis. Il a été reconnu que le concours exigeant des aptitudes spéciales et une direction toute particulière des études n'était pas possible pour des fonctions qui réclament des praticiens en très-grand nombre. Mais ne pourrait-il pas venir à la pensée de l'administration d'exiger, des médecins qui se portent candidats, la production d'un travail manuscrit ou imprimé, comme cela se pratique dans beaucoup de Sociétés savantes? Et si elle désirait avoir un jury d'examen pour apprécier la valeur de ce travail, ne serait-il pas tout trouvé dans votre Société qui aurait ainsi à formuler un avis sur le mérite du candidat?

L'importance nouvellement acquise à vos fonctions multipliera le nombre de ceux qui les solliciteront, les choix deviendront de jour en jour plus difficiles, et la nécessité d'une épreuve destinée à donner plus de sûreté à ce choix ne peut manquer de se faire impérieusement sentir.

En appelant, faute de mieux, votre attention sur le moyen que je viens d'indiquer, j'ai voulu simplement faire naître des réflexions nouvelles sur une difficulté déjà signalée depuis longtemps, dont la solution amènerait une amélioration incontestable dans le service, en

Quelque divergentes que soient les opinions sur la cause prochaine de la folie, il n'y a plus le moindre désaccord entre les observateurs quand il s'agit de statuer sur l'influence des causes procathartiques. Philosophes, médecins ou moralistes, tous reconnaissent que les causes morales tiennent parmi elles le premier rang; et non-seulement on leur accorde cette influence, mais encore on sait que leur action augmentée ou prolongée suffit pour produire l'aliénation de l'esprit, c'est-à-dire que de prédisposantes elles deviennent efficientes dans l'une ou l'autre de ces conditions, *à fortiori* dans les deux réunies.

De cette donnée étiologique découle une conséquence assez importante à noter et en même temps très-conforme à l'esprit de la physiologie, c'est que le rhythme suivant lequel fonctionne le cerveau influe d'une manière immédiate sur l'acte fonctionnel, et d'une manière médiate sur l'organe lui-même qui tend de plus en plus à conserver le rhythme habituel. Par exemple, les causes morales agissent par une impression directe sur le cerveau, elles l'excitent d'abord physiologiquement, puis l'action prolongée des causes ou de l'excitation qu'elles produisent tend à lui faire conserver ce rhythme excité.

Mais une modification qui d'abord ne dépasse pas les limites de l'élasticité physiologique ne peut-elle devenir pathologique par sa seule persistance?....

Je réponds oui avec assurance, car l'intermittence est la loi générale de l'organisation en fonction. — C'est dans l'intermittence que se trouve le repos physiologique des organes, — et il y a des états légitimement appelés *maladifs* où l'on ne constate autre chose que cette persistance. Contracté ou relâché, le muscle est substantiellement le même, mais sa contraction persistante devient contracture, son relâchement permanent est paralysie. Ces considérations rendent patente la difficulté qu'on peut rencontrer dans plusieurs circonstances à définir d'une manière absolue l'état de santé et de maladie, et les organiciens qui appellent la folie « une maladie comme toutes les autres » devraient y songer; car on pourrait leur demander si elle est effectivement une maladie comme l'hémorrhagie cérébrale, la pneumonie, le catarrhe vésical, etc., etc.

En tout cas, il est remarquable que cette question de la folie, par quelque côté que nous l'abordions, nous ramène presque inévitablement à cette supposition d'une cause prochaine aussi rapprochée que possible de l'état pathologique. Nous y avons été conduit en étudiant en lui-même le symptôme pathognomonique de la folie, le délire ou la déraison; nous y rrivons par l'examen du mode d'action des causes morales, les causes naturelles de la folie, suivant l'expression de Georget: nous verrons plus loin que les déductions tirées de la thérapeutique de cette maladie y conduisent encore.

La prééminence d'action des causes morales étant admise sans contestation, il semble naturel d'en inférer que c'est dans l'ordre des agents qui ont impressionné l'organe en souffrance, qu'on trouvera d'autres agents capables de l'impressionner encore, mais dans un autre sens, c'est-à-dire, de corriger les impressions vicieuses, de les effacer ou de leur en substituer d'un autre caractère. La logique veut, de plus, que ces agents soient variés et autant que possible proportionnés à tous égards aux désordres qu'il faut combattre. Telles sont, en résumé, la raison d'être et la tendance du traitement moral comme le prouvent maints endroits du livre de M. Leuret : qu'il me soit permis d'en citer quelques-uns en commençant par celui qui renferme la formule générale.

« J'entends par traitement moral de la folie (1), l'emploi raisonné de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et sur les passions des aliénés. Contrairement à la pratique des médecins qui combattent les idées fausses et les passions délirantes par des évacuations sanguines, des exutoires et des purgatifs, j'ai recours au traitement moral et à ce traitement seul, *dans les cas où la folie se montre* isolée de tout symptôme physique. »

« Nous savons quelle influence les passions exercent les unes sur les autres (2); nous connaissons la réaction réciproque des idées et des sentiments, apprenons à les employer à propos, à les faire réagir dans un but salutaire. Tel mode d'impression, tel raisonnement qui agirait sur un homme raisonnable, restent sans effets sur un aliéné; ayons recours à des raisonnements plus forts, à des impressions plus vives et plus variées.»

« Je préconise tout ce qui peut agir sur l'esprit des aliénés (3), éveiller leur attention, leur donner de la mémoire, leur inspirer des passions propres à combattre les passions qui les dominent. Une idée suscitée à propos devient quelquefois un levier si puissant! »

« Ne bornez pas votre thérapeutique morale à un certain ordre de moyens (4), ne vous arrêtez pas surtout à l'emploi des moyens qui, comme les émotions douces, sont très-souvent sans effet; cherchez partout des ressources; tous les genres de

(1) Chap. III, p. 156.
(2) § XV, p. 153.
(3) Page 78.
(4) P. 127.

même temps qu'elle entourerait d'un plus haut degré de distinction le titre de médecin du Bureau de bienfaisance.

Un autre travail fort remarquable a été adressé à la Société par le fils de l'un de nos très-estimables collègues, de notre président actuel, M. Dufour. C'est une thèse inaugurale ayant pour titre : *Etudes sur la tuberculisation des organes génito-urinaires.* M. Amenilhe, dans un rapport écrit avec cette limpidité et cette élégance de style que vous lui connaissez, vous a fait apprécier toutes les parties saillantes de ce travail. Il vous a montré comment notre jeune et savant confrère, en réunissant dans un même cadre et en rattachant, à une même et grande diathèse des maladies jusque là décrites isolément avait dissipé un certain degré d'obscurité qui laissait planer du doute sur leur nature, et fait justice de quelques opinions que l'on était surpris de rencontrer encore chez des auteurs recommandables. Il ne vous a pas laissé ignorer tout ce que présentaient de complet les recherches pathologiques et histologiques de l'auteur. Puis en vous proposant de lui voter des remercîments et des félicitations, il a trouvé des paroles chaleureuses pour s'associer à la joie et au légitime orgueil d'un collègue dont le fils vient de faire ses premiers pas dans la carrière médicale de la manière la plus brillante.

Tel est, Messieurs, le sommaire de vos travaux durant l'année qui vient de s'écouler. Arrivés à votre dernière séance, vous avez senti que votre zèle et votre activité vous rendaient capables de faire plus encore; vous avez regretté que votre réglement ne vous eût accordé qu'une séance tous les deux mois. L'expérience vous avait d'ailleurs appris que les discussions les plus intéressantes ont beaucoup à perdre à une interruption trop longtemps prolongée, et qu'une foule de questions n'ont de valeur et d'intérêt que par leur actualité; vous avez désiré vous mettre au niveau des autres Sociétés médicales dont les moins favorisées, sous ce rapport, ont une séance mensuelle. Une proposition dans ce sens ayant été déposée sur le bureau, vous l'avez adoptée dans une réunion extraordinaire tenue au mois de janvier dernier.

Nous voilà donc en mesure, Messieurs, d'accroître le nombre et la variété de vos travaux. Permettez-moi de ne pas partager la crainte de ceux d'entre vous qui ont paru douter de la possibilité de bien remplir vos séances.

L'expérience que vous aller commencer sera, n'en doutez pas, toute à l'honneur de la science et de votre institution.

Messieurs, dès le commencement de l'année, par le fait même de la réforme qui agrandissait et élevait votre position, vous aviez le regret de voir tomber de la liste des médecins des bureaux, qui venait d'être réduite, un certain nombre de vos collègues. En de telles circonstances, une séparation, que vous n'auriez pas essayé de conjurer, vous eût paru trop douloureuse. Aussi n'avez-vous pas hésité à prendre une mesure exceptionnelle en offrant à ces collègues le titre de membre honoraire qui a été accepté par le plus grand nombre d'entre eux. C'est ainsi qu'il vous a été donné de conserver à vos travaux leur concours éclairé, et de leur prouver que vous attachiez un grand prix à l'honneur de les garder dans vos rangs.

leviers seront bons, s'ils sont puissants; l'essentiel est de savoir vous en servir à propos. Rappelez-vous que, près d'un malade, vous n'êtes pas homme, mais que vous êtes médecin, et que l'on attend de vous, non pas des égards, de la politesse, de bons procédés, mais la guérison. Quoi qu'il vous en coûte, ayez la fermeté et le courage du chirurgien; vos instruments sont les passions et les idées, sachez vous en servir, et ne craignez pas d'appeler à votre aide toutes celles qui vous sont nécessaires. »

« Et quand il y aurait une véritable altération du cerveau chez les aliénés (1), le traitement moral, le traitement par les idées et les passions serait encore celui qui offrirait le plus de chance de succès. Voyez, en effet, ce qui se passe chez les idiots; il y a presque toujours dans leur cerveau un vice congénial ou acquis; est-ce par des agents physiques ou par l'éducation que l'on parvient à donner quelque développement à leur intelligence? Les agents physiques n'y seraient d'aucune utilité, on ne songe pas même à y recourir; les agents moraux, employés avec adresse et ténacité, produisent, au contraire, dans l'intelligence et les passions des idiots des changements presque merveilleux. »

Ces citations, et le souvenir de la pratique de M. Leuret, sont assez caractéristiques pour ne pas laisser subsister l'erreur singulière de M. Londe. Non, le traitement moral n'a pas été *imaginé* comme un expédient, comme une exagération calculée pour dépasser l'effet utile, afin de laisser quelque chose après elle; comme un correctif des tendances plus commerciales que consciencieuses de certains établissements. J'ai suivi l'enseignement de M. Leuret à Bicêtre, j'ai suivi aussi sa pratique dans un établissement privé auquel ne peut être adressé le reproche précédent, et où j'ai vu, où j'ai été moi-même assez heureux pour obtenir des guérisons par le traitement moral; non pas des guérisons d'un jour, mais de celles qu'on appelle, dans la pratique, bonnes et solides, puisqu'elles se maintiennent depuis plusieurs années: c'est ainsi que je me suis convaincu de la conviction même de ce même médecin, et je puis affirmer qu'elle n'était pas factice, qu'il regardait bien le traitement moral comme la méthode thérapeutique la plus sérieusement applicable à la folie, dans les circonstances déterminées par lui, avec une réserve qui pèche plutôt par excès que par défaut.

La possibilité de la récidive est un des arguments les plus sérieux opposés au traitement moral par ses adversaires: je ne parle pas de la rareté des guérisons, car c'est là une question de chiffres, et je ne sache pas que les éléments d'une statistique comparative, sérieuse, des résultats obtenus à l'aide des traitements antagonistes, soient prêts. Or, des récidives, il y en a, après l'emploi du traitement physique, tout aussi bien que du traitement moral; seulement il me paraît plus rationnel, dans les deux cas, de ne jamais rendre le traitement responsable de ces récidives; car je sais, tous les aliénistes savent très-bien, que les causes de l'aliénation mentale sont celles qui ont le plus de tendance à répéter leur action. Un malade guéri d'une pleurésie ou d'un rhumatisme peut, avec quelques précautions, éviter les occasions d'une rechute; mais lorsqu'un aliéné guéri rentre dans le monde, qui pourra le garer de l'atteinte itérative des causes si nombreuses de la folie?

M. Ferrus, surtout, s'est montré très-sévère pour le traitement moral, lui à qui M. Leuret avait si bien rendu justice en rappelant l'excellente méthode de généralisation du travail et de la réfection en commun, des aliénés, à l'hospice de Bicêtre.

« J'ai cité à l'occasion, dit M. Ferrus, l'histoire de deux « aliénés, Dupont et Duprat, que M. Leuret comptait comme « guéris, et qui, après avoir dissimulé leur délire, n'en ont « pas moins continué à se croire, l'un Napoléon II, et l'autre « un alcyon. »

Que répondre à cela, si ce n'est que l'honorable académicien n'a sans doute aucun motif pour rechercher avec le même soin les guérisons apparentes, ou les rechutes des aliénés traités par les agens physiques?

« Il en est de même, » ajoute M. Ferrus, « du moyen préconisé « par ce médecin, et qui consiste à renouer chez le malade « la chaîne des souvenirs. Une folle de la Salpêtrière se croyait « Marie-Louise. Votre état, lui demandai-je? — Vous savez bien « que je suis Marie-Louise, me répondit-elle. « — Sans doute, « mais avant? — Marchande de poissons. » Ce fut un succès; « mais combien dura-t-il? Une seconde. »

Me sera-t-il permis de dire que plus j'estime le talent et l'expérience de M. Ferrus, moins je comprends une pareille objection? Quel est donc l'agent physique de traitement que les partisans de cette méthode se contentent d'appliquer une seule fois pour juger la médication? Est-ce un bain, un purgatif, une pilule d'opium? M. Leuret a cependant assez insisté sur la nécessité, pour réussir avec le traitement moral, de ne pas s'en tenir à une seule tentative, heureuse ou non; d'obtenir concessions après concessions, de harceler les malades

(1) P. 154.

Depuis cette époque, vous avez reçu un nombre important de demandes d'admission, et l'accueil le plus empresssé a été fait par vous aux confrères, tous honorables, qui avaient bien voulu vous les adresser. Espérons, Messieurs, qu'ils trouveront bientôt des imitateurs, et que vous n'aurez pas toujours le regret de voir un assez grand nombre de vos collègues des bureaux étrangers à la société. Quelle cause, en effet, pourrions-nous assigner à leur éloignement? Il n'est pas permis de supposer que le principe de notre association encoure leur désapprobation, que son utilité soit contestée, en se souvenant que pas une voix n'a protesté contre la fondation de la société le jour où tous les médecins des bureaux avaient été convoqués pour donner franchement et librement leur avis.

Y aurait-il quelque chose à reprendre dans nos actes et dans la direction de nos travaux? Mais il n'y a pas à cet égard, parmi nous, de parti pris d'avance. Toutes les observations, tous les avis de nos collègues, nous sommes prêts à les écouter s'ils veulent venir se mêler à nos discussions, à les suivre si nous reconnaissons qu'ils peuvent nous engager dans une voie meilleure.

Je le crains, Messieurs, c'est surtout la tiédeur et l'indifférence qui diminuent le nombre des adhérents. Que chacun de nous saisisse chaque occasion qui se présente, pour adresser à ses collègues, dans le cercle de ses relations, un amical et chaleureux appel. Qu'il leur fasse connaître tout le charme des relations nouvellement établies entre nous. Disséminés sur tous les points de Paris, bien qu'unis par une solidarité née de l'uniformité de nos devoirs et de l'honneur de notre corporation, pourquoi resterions-nous étrangers les uns aux autres. Pourquoi quelques-uns d'entre nous refuseraient-ils d'apporter ce tribut de leur savoir et de leur expérience à l'accomplissement d'une œuvre utile, honorable et profitable à tous?

Non, Messieurs, ceux qui désespèrent de voir jamais l'accord et l'union s'établir parmi des médecins n'auront pas toujours raison. La Société des bureaux de bienfaisance de Paris, par les conditions dans lesquelles elle se trouve placée, ne peut manquer de donner un démenti à cette désespérante opinion. Notre association réunit en effet tous les éléments de la concorde, et nulle part on n'aperçoit de place pour la rivalité.

Je ne finirai pas, Messieurs, sans me rendre l'interprète d'un sentiment qui est partagé par chacun de vous. Le digne président qui a dirigé vos travaux durant toute l'année avec un zèle et un dévouement à toute épreuve, M. le docteur Nicolas, du 1er arrondissement a droit à l'expression de votre entière gratitude. Vous regretteriez aussi que les plus minces remercîmens ne fussent pas adressés, en votre nom, à votre secrétaire, M. Thibault qui, depuis deux ans, veut bien consentir à mettre au service de la société, pour tenir ses procès-verbaux, un talent de rédaction déjà connu depuis longtemps. Combien n'est-il pas à regretter, messieurs, pour l'éclat de votre association, qu'un sentiment de délicatesse confraternelle que mieux que tout autre j'ai eu à apprécier, l'ait déterminé à refuser les fonctions auxquelles vous m'avez, bien que mille fois indigne, fait l'insigne honneur de m'appeler!

FONTES.

(ce sont ses propres expressions), de varier les moyens, d'agir par les idées, par les passions. Je ne doute pas que, dans l'exemple cité, M. Ferrus, avec une habileté beaucoup moindre que celle qu'il possède, n'eût compté un succès de plus, s'il eût persévéré.

Il est une considération à laquelle je me trouve naturellement amené ici, et qui me paraît avoir été trop sacrifiée dans l'appréciation du traitement moral : c'est celle de l'influence du médecin. Cette influence est un moyen puissant, mais d'un emploi très-délicat : l'orgueil est à la vérité l'obstacle le plus grand qu'elle rencontre chez les aliénés; tous cependant ne sont pas infectés sans ressource de ce péché originel. Dans les classes laborieuses, surtout, on rencontre de ces malades intéressants, disposés à subir l'ascendant du médecin, pourvu que sa logique soit claire et serrée, sans être emphatique; qu'elle ne dédaigne pas l'inégalité de la lutte et surtout qu'elle soit persévérante. Je cherche en vain, dans les agents physiques ou thérapeutiques proprement dits, un moyen qui soit l'équivalent de cet ascendant.

Ce n'est pas sans le savoir que les aliénistes distingués qui ont soutenu devant l'Académie la suprématie du traitement physique, usent, au bénéfice de leurs malades, de cette influence dont ils sont si légitimement pourvus. Ils ne peuvent donc, sans prévention, la renier ou l'amoindrir dans l'opinion des médecins.

Il faut que cette prévention soit poussée bien loin, pour que la comparaison des deux méthodes n'ait pas amené un résultat inverse. Je ne veux pas parler d'une comparaison statistique, les faits opposés aux faits; car cette manière de juger suppose de part et d'autre une impartialité chimérique; elle suppose la juste pondération de la part d'influence qui revient à chaque méthode, dans le traitement *général;* et en effet, aucun aliéniste ne voudrait ou ne pourrait préconiser une méthode à l'exclusion de l'autre. J'entends une comparaison des principes sur lesquels s'appuient le traitement moral et le traitement physique. C'est sur le terrain de cette question de principes qu'il me semble difficile que les partisans exclusifs de ce dernier aient raison.

Ce qu'il y a de palpable, en effet, chez les aliénés, c'est le délire traduit par les actes ou les paroles; ce qu'on peut le mieux apprécier chez eux, c'est l'idée fausse, l'association vicieuse des idées, le désordre intellectuel et moral sous toutes ses formes ; et l'on comprend que les agents moraux puissent combattre et redresser ces symptômes d'une modification organique inconnue, mais qui, suivant toute probabilité, ne s'éloigne pas beaucoup de l'état physiologique. On se demande, au contraire, quels sont les agents physiques qui seront efficaces contre cette modification admise en principe, et que cependant on ne connaît pas; *à fortiori,* contre une altération matérielle beaucoup moins démontrée. Où puisera-t-on la notion de l'affinité élective du médicament? Et comment la folie, qui est supposée *une maladie comme toutes les autres*, serait-elle logiquement traitée d'une manière si différente de toutes les autres? car la thérapeutique générale a la prétention de suivre des indications rationnelles, et de ne pas négliger l'étude de cette affinité élective des agents médicinaux : autrement elle serait pur empirisme.

Je sais qu'il est des circonstances où les indications du traitement physique sont précises; encore faut-il convenir que ce sont de toutes les plus rares. Les folies produites par l'insolation, les blessures de la tête, l'ingestion de substances vénéneuses, l'état puerpéral, etc., sont, dans tous les asiles d'aliénés, en bien faible proportion. En tout cas, la science n'est pas riche en exemples d'aliénations dont la solution heureuse ait été provoquée par l'action évidente d'un médicament. Pour un malade aussi favorisé que l'halluciné d'Horace, qui *expulit elleboro morbum bilemque meraco*, on en pourrait certainement citer plusieurs que la puissance d'un syllogisme unique a guéris. M. Leuret a rapporté dans son livre des faits de ce genre, assez nombreux, quoique exceptionnels, pour être pris en considération. L'efficacité d'un raisonnement bien soutenu n'a rien de plus merveilleux que l'effet immédiat d'une dose d'ellébore.

En résumé, la question que j'agite ici est une question de suprématie. Je crois qu'on restreint beaucoup trop l'influence du traitement moral; car s'il est vrai que l'intelligence gouverne le monde, elle peut aussi et doit gouverner les aliénés : il suffit, comme le disait M. Leuret, d'appliquer habilement le levier. Les aliénistes si distingués contre lesquels je soutiens cette doctrine n'en méconnaissent pas la valeur; seulement, ils lui assignent un rôle très-subordonné : ils se servent aussi de la diversion morale, de l'émotion, autre agent moral; l'isolement, dont ils reconnaissent la nécessité, emprunte sa plus grande efficacité à une influence de ce genre ; enfin le travail en général et, particulièrement le travail agricole, la conquête moderne la plus sérieuse de la thérapeutique des aliénations, agit, surtout, par la diversion de l'esprit, qui lui cède, forcément, une grande partie de l'attention accordée d'abord à des sensations mensongères ou à des conceptions délirantes.

Mais il est évident que, malgré tout leur zèle, les aliénistes chargés de diriger des malades en tel nombre qu'ils forment, pour quelques services, des centuries, ne peuvent pas appliquer ce traitement conformément aux vues qui, suivant l'auteur du traitement moral, en assurent seules le succès. Ce n'est donc pas l'inefficacité de la méthode qu'il faut proclamer, mais bien les grandes difficultés qu'elle comporte.

Le progrès veut, je crois l'avoir démontré, que le médecin aliéniste étende le champ de sa thérapeutique, au lieu de le resserrer. Que la médecine revendique, au nom de la physiologie, le domaine des facultés supérieures de l'homme, c'est justice ; mais que la raison médicale se fasse exclusive, au point de repousser le secours de la raison philosophique, c'est préjugé.

P. du Motel.

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Etudes psycho-physiques sur le crétinisme.

Par le docteur B. Schnepf.

(Suite. — Voir le n° 67, 68, 69)

Ce qui caractérise avant tout la cachexie crétineuse, c'est l'inégal, l'irrégulier et le peu de développement que prend le corps; le professeur Virchow note la petitesse de la taille chez tous les crétins qu'il a examinés. Qu'il nous soit permis de rapporter une de ses observations les plus curieuses :

Marguerite Dittmar est âgée de vingt et un ans et non encore réglée. Son père et sa mère vivent encore et sont bien portants, n'ayant de goître ni l'un ni l'autre. Il leur reste encore deux autres enfants parfaitement sains. Cette crétine est extrêmement difforme, elle produit, tout d'abord, l'impression d'une enfant lourde et mal conformée. Elle était assise sur un banc, et ce ne fut qu'avec la plus grande peine que nous pûmes la mettre debout; alors nous vîmes, avec surprise, des membres petits et disproportionnés recouverts de gros et épais bourrelets de graisse, présentant absolument ce même aspect que les monstres acéphales ; cette petitesse paraissait d'autant plus monstrueuse que le corps était plus épais et que l'habitus, le visage et la tête indiquaient un âge avancé. J'en ai conservé les mesures suivantes :

Longueur du corps.	84	centimètres.
— des membres thoraciques. . .	30	—
— des avant-bras.	14 1/2	—
— du pied.	17	—
Largeur du pied.	7	—
Circonférence du crâne.	52 1/2	—
Courbe fronto-occipitale	33	—
— transversale.	29	

Chez un autre crétin, âgé de dix-huit ans, la taille n'était que de 2 pieds 1/2. Sthal rapporte l'observation d'un individu de quarante-cinq ans dont la taille est à peine de 3 pieds, la tête en pain de sucre, dont les organes sexuels sont glabres et très-petits, le tout constituant pour nous le type du crétinisme, mais pour cet observateur, c'est un cas d'idiotie au plus haut degré!

La forme et le volume de la tête sont bien variables et dépendent du moment et du mode d'arrêt de développement; nous avons insisté plus haut sur l'opinion de Virchow qui rapporte toutes ces anomalies à l'ossification prématurée des sutures. Il cite dans son travail des cas de microcéphalie; les têtes en pain de sucre rentrent dans la dolichocéphalie.

Les membres chez les crétins sont faibles, courts, épaissis par des masses adipo-celluleuses; les extrémités sont grosses. Ce sont les téguments qui modifient ainsi la forme extérieure du corps. Nous avons vu combien ils rendaient difforme la crétine dont nous avons emprunté la description au professeur Virchow. D'après ce savant histologue, la peau chez les crétins est hypertrophiée et chargée de tissu adipeux, surtout sur la face, le crâne et les extrémités des membres. Les exemples qu'il rapporte à l'appui de son opinion sont nombreux, nous ne citerons que le suivant. Il s'agit d'une fille de vingt-quatre ans, réglée seulement depuis un an; elle est un type de microcéphalie. « Le crâne manque presque; on ne voit guère plus que le masque du visage et une masse énorme de cheveux épais et longs qui encadrent une figure régulière, mais dont l'expression est tout à fait *animale*. Sous les cheveux, dans la région occipitale, on sent de gros replis de la peau comme si, dans cet endroit, il y avait eu perte de substance, puis cicatrisation avec rétraction des tissus; mais l'examen le plus attentif ne peut découvrir rien de pareil, ce n'est que l'effet d'une hypertrophie relative de la peau recouvrant un crâne trop petit; ses dimensions principales sont:

Circonférence horizontale.	43	centimètres.
Courbe transverse (prise derrière les oreilles).	24	—
Courbe antéro-postérieure (du front à l'occipital).	24	—

Cette fille est lourde et maladroite; elle marche difficilement; elle ne peut pas manger seule, ne parle pas, mais entend passablement bien; elle fait entendre parfois un cri perçant; elle se réjouit facilement et montre une certaine pudeur. »

La peau et les tissus sous-jacents sont lâches, mollasses chez les crétins, mais la coloration jaune plus ou moins pâle et sombre, tirant quelquefois sur le brun, ne caractérise pas moins les téguments. La teinte brune est si évidente chez un grand nombre de crétins de la vallée d'Aoste, au dire de de Saussure, qu'on leur donne le nom de *marrons*. C'est de la nature molle et lâche des tissus que ce savant croit faire dépendre l'existence du goître, admis avant lui par Flatter et par Haller, comme étant assez commun parmi les crétins du Valais. Nous savons qu'actuellement encore un grand nombre d'auteurs sont de cet avis; cependant dans les observations de Guggenbühl nous ne trouvons jamais mentionnée l'existence d'un goître; le professeur Virchow est plus explicite, il rappelle dans chaque observation que le crétin n'a pas de goître; puis nous voyons, au contraire, ces deux écrivains mentionner des idiots qui portent, au contraire, une hypertrophie du corps thyroïde.

L'habitude extérieure donne au crétin un air vieilli; les formes sont arrondies, peu dessinées; il marche difficilement en balançant le corps et en traînant les jambes, qui présentent le plus ordinairement des anomalies; il est rare, disent les auteurs, qu'on ne reconnaisse pas un crétin à sa démarche.

L'influence de l'hérédité ayant considérablement perdu de sa valeur, il découle de là naturellement que tous les crétins ne naissent pas ainsi forcément. Il est d'ailleurs facile de voir, dans le résumé que Meyer-Ahrens donne des différents auteurs qui ont écrit sur cette endémie en Suisse, que les symptômes de la cachexie crétineuse se présentent à une époque quelconque de la première enfance; que le déplacement suffit quelquefois pour en enrayer la marche et amener un développement normal. Chez un crétin âgé de dix-huit ans, sur le crâne duquel le professeur Virchow a trouvé une saillie rugueuse, dans la direction de la suture temporo-pariétale, les *signes du crétinisme ne se sont montrés qu'après l'évolution de la première année*. Si on se rappelle bien les conséquences auxquelles conduisent nos éléments d'étiologie, il ne répugne pas d'admettre l'existence d'un crétinisme acquis. Un observateur superficiel, en examinant l'âge des crétins d'après les statistiques qui existent dans quelques pays, comme en Bavière par exemple, pourrait même penser que le crétinisme est plus souvent acquis que congénital. Ainsi dans celle de 1840 on ne trouve presque pas de jeunes crétins relatés; le professeur Virchow, frappé de cette singularité, a dressé lui-même, après son excursion, un tableau avec les âges des individus qu'il a observés; le plus jeune avait quatre ans et le plus âgé soixante-quatre ans, et en les classant il a obtenu :

Entre	4 et	10	ans	2	crétins,	2	crétineux.
—	11.	20	»	4	—	2	—
—	21	30	»	13	—	1	—
—	31	40	»	2	—	3	—
—	41	50	»	4	—	»	—
—	51	70	»	1	—	»	—
				26	crétins,	8	crétineux.

Ne sommes-nous pas obligé d'admettre avec cet observateur judicieux que le plus grand nombre de crétins est né entre les années 1822 et 1832, correspondant (pour 1852) aux âges de vingt et un à trente ans? qu'à cette époque les causes favorables au développement de cette maladie ont dû s'exercer plus qu'aux autres époques? Nous avons vu que ce rapprochement de cause à effet n'est pas sans avoir une certaine apparence de vérité.

Stahl donne le résumé de l'observation d'un crétin mort à soixante-dix-sept ans, dont le squelette est conservé au musée anatomo-pathologique de Salzbourg; sa taille était de 4 pieds 4 pouces; il n'avait pas de goître; il était actif, exerçait, avec un certain savoir-faire, le triste métier de mendiant; ses organes sexuels étaient *extraordinairement développés* et il avait conservé un certain penchant au plaisir vénérien; sa figure était profondément ridée; le crâne, allongé sensiblement, avait l'empreinte crétine. Il était un peu sourd, parlait, mais confusément, à cause de l'épaisseur de sa langue.

Les fonctions des sens ne sont pas, en général, éteintes chez les crétins, mais elles peuvent être plus ou moins troublées. Le résumé de Meyer-Ahrens sur les crétins de la Suisse signale un grand nombre de sourds et muets; Stahl parle de quelques-uns qui aimaient la musique, qui reconnaissaient le son des monnaies. La vue est le plus souvent intacte; il y a cependant des exemples d'affaiblissement de ce sens. « Les organes des sens, dit Maffei (der Cretinismus in den nord. Alpen., p. 73) ne sont presque jamais également développés; l'un d'eux l'emporte le plus souvent pendant qu'un autre est plus engourdi; l'organe de la vue est le mieux développé, puis viennent l'ouïe, l'odorat, le goût; le plus maltraité est le toucher. »

La parole est, selon l'expression du docteur Krauss (der cretin vor Gericht Tiebg. 1853, p. 63), le psychomètre le plus précis au moyen duquel on juge de l'énergie et de l'étendue des facultés intellectuelles; c'est en la prenant comme criterium, que le professeur Troxler a divisé les crétins en trois classes. Krauss est parti de la même base dans son appréciation de la nature psychique de ces êtres dégradés.

Dans le dernier degré, la parole manque d'une manière complète ou bien il existe des sons inarticulés et inintelligibles; c'est moins l'intelligence qui fait défaut, dit Krauss, que la faculté de formuler la pensée. Le deuxième degré se caractérise par le développement incomplet de la faculté de parler; les in-

dividus qui y rentrent sont ceux qui émettent des sons articulés et même des mots, avec cette particularité que ceux-ci sont prononcés difficilement et avec peu de précision ; tous les éléments qui concourent à l'expression de la parole ne sont pas utilisés ; de là vient que ces êtres ne forment que des fragments de phrases, mais assez compréhensibles cependant pour qu'ils puissent se faire entendre par ceux qui les entourent.

Dans le troisième degré qui, selon nous, d'accord avec le professeur Virchow à ce sujet, rentre dans le degré précédent, la parole est plus libre, les phrases sont complètes et la plupart des éléments du langage sont mis en usage. C'est chez les crétineux, ou les semi-crétins, qu'on retrouve la facilité de parler telle que nous venons de l'indiquer dans les deux degrés précédents.

La motilité des crétins présente un ensemble de caractères qui donnent au corps une attitude telle, qu'il n'est pas possible de ne pas les reconnaître immédiatement. Ils sont en général voûtés, leur tête n'est jamais droite, leurs membres sont légèrement fléchis. La rigidité musculaire est presque nulle. Le docteur Krauss pense que les muscles fléchisseurs l'emportent par leur volume et leur activité sur les extenseurs, et que de là résulte cette attitude particulière du corps. Ne serait-ce pas plutôt le défaut d'exercice des extenseurs qu'il faudrait accuser tout d'abord? Leur conséquence naturelle est une apathie commune aux crétins et aux crétineux. Leur activité est caractérisée par une lenteur uniforme, monotone comme si elle résultait d'un instinct aveugle. Mais ils sont très-portés à l'inaction, même les crétineux, parce qu'ils se fatiguent très-vite.

La digestion est bonne, en général, chez les crétins, cependant le besoin, l'instinct de se nourrir n'existe pas au même degré chez eux. Sous ce rapport, le docteur Krauss (*loc. cit.*, p. 62) les classe de la manière suivante :

a) Quelques-uns recherchent leurs aliments;

b) D'autres ne savent se les procurer, mais ils savent encore choisir ceux qu'ils préfèrent;

c) D'autres se servent seulement de leurs mains pour la préhension des aliments qu'on leur offre ;

d) D'autres sont incapables de prendre les aliments; mais, chez eux, la déglutition se fait encore régulièrement;

e) Chez d'autres, enfin, la déglutition même est très-embarrassée.

Cette dégradation successive semble enlever à l'espèce humaine jusqu'aux facultés que la nature ne refuse même pas au dernier des corps organisés !

La mastication est toujours plus ou moins difficile ; les dents des crétins sont en général très-mauvaises au dire de Meyer-Ahrens et du professeur Virchow. Cela est en rapport avec les imperfections, les difformités de l'individu, avec sa constitution si éminemment scrofuleuse.

Nous avons déjà eu l'occasion d'appeler l'attention sur l'épaisseur considérable de la langue. L'appétit chez les crétins est vorace comme d'ailleurs chez les idiots, et leur vie sédentaire les rend sujets aux constipations. Haller rapporte qu'un crétin est mort par suite d'une constipation opiniâtre; qu'à l'autopsie il a été très-surpris de trouver le gros intestin distendu au point d'avoir un diamètre de 1 pied 1/2 !

Nous savons peu de chose sur l'appareil de la circulation, nous voyons toutefois Wetzler signaler, dans l'autopsie d'un crétin de trente-quatre ans, la petitesse du cœur, qui n'avait que le volume du cœur d'un enfant de six ans. Quelques auteurs ont trouvé, à l'autopsie également, le calibre des vaisseaux méningo-cérébraux très-petits.

Il est ni rare ni surprenant de voir les crétins succomber à la cachexie tuberculeuse.

Les organes sexuels sont diversement développés d'après le relevé des observations de Virchow, de Stahl et de Guggenbühl. Ils ne sont pas toujours en rapport avec le développement physique, lequel, comme il est facile d'en juger par ce qui précède, n'atteint pas également tous les appareils ni tous les organes d'un même appareil. Cette remarque s'applique parfaitement bien à la question de l'imperfection de l'appareil de la génération. Nous avons déjà rapporté l'observation d'un crétin de soixante-dix-sept ans dont les organes sexuels étaient *très-gros*. Virchow parle d'un crétin complet, âgé de vingt-six ans, de petite taille, dont les organes génitaux étaient *passablement* développés ; chez un autre, âgé de vingt ans, d'une taille très-petite et d'une tête microcéphale, le pénis *était gros* et couvert de verrues dures, comme cornées.

La menstruation n'apparaît en général que fort tard, ou ne se montre pas du tout, ou s'établit très-irrégulièrement. Nous avons emprunté au professeur Virchow l'observation d'une crétine âgée de vingt et un ans qui, à cette époque, n'était pas encore réglée; il donne l'histoire d'une autre, âgée de vingt-quatre ans, qui est microcéphale et qui n'a été réglée qu'à l'âge de vingt-trois ans.

Toutes les crétines qui ont eu des enfants (et elles sont nombreuses) fournissent des preuves irrécusables de la faculté qu'elles ont de devenir pubères.

Comme complication du crétinisme nous devons signaler les convulsions, la contracture des membres, les paralysies, l'épilepsie et les affections thoraciques.

Pour compléter la symptomatologie du crétinisme il nous reste à examiner les phénomènes psychiques, à savoir: l'intelligence, la sensibilité et la volonté.

Parler des facultés de l'intelligence d'un crétin, même d'un crétineux, paraît un non-sens, un crime de lèse-humanité aux yeux de ces auteurs pour qui ces êtres sont inférieurs à bien des animaux.

Ce qui frappe tout d'abord chez le crétin, dans ses faits et gestes, dans sa parole, c'est la lenteur avec laquelle il agit et s'exprime; il ne faudrait pas penser, pour cela, que l'attention et la mémoire fassent défaut complétement. Maffei et Krauss, après lui, croient que le crétin qui parcourt, le jour comme la nuit, les montagnes et les vallées, sans s'égarer, obéit à un instinct spécial; nous pensons que ce n'est là que le résultat de la localisation des images dont l'impression vive est en rapport avec la mémoire que nous verrons être assez bien développée chez certains crétins. Rösch, dans ses rapports sur son asile de Mariaberg, se plaît à citer la facilité avec laquelle ses crétins parviennent à distinguer la forme des choses, leur changement de place ; combien il y en a même qui, sans pouvoir prononcer des mots articulés, imitent la mélodie d'une chanson. Nous savons que cette disposition peut également se rencontrer chez des idiots. Mais à quoi sert la mémoire, la plus fidèle même, quand elle n'est pas utilisée par une raison saine? Stahl rappelle que, parmi les facultés intellectuelles des crétins, la mémoire est celle qui est le plus propre à la culture, c'est par elle que le médecin philosophe peut espérer réveiller les autres facultés encore engourdies mais existant virtuellement. C'est en faisant passer sous les yeux des enfants crétins et imbéciles du service de M. Mitivié, à la Salpêtrière, les objets dont on leur dit le nom que nous fixons par la mémoire la connaissance de ces objets. Le docteur Kauss (*loc. cit.*, p. 121) fait remarquer que l'éducation d'un crétin exige une sollicitude de tous les instants, une stimulation incessante ; que l'abandonner un moment, c'est le laisser retomber dans son apathie intellectuelle. De là l'énorme difficulté de l'éducabilité des crétins, difficulté devant laquelle d'honorables praticiens allemands ne reculent pas cependant.

De l'efficacité de l'iodure de fer dans la phthisie pulmonaire. — Observation de deux malades guéris par cette médication.

Par M. le docteur BELOUINO.

Peu de temps après que Dupasquier a eu préconisé l'iodure de fer dans le traitement de la phthisie, l'action de ce médicament a été tour à tour exaltée ou déclarée mauvaise par des médecins éminents, par de bons observateurs.

Qu'on se souvienne des tribulations sans nombre, par lesquelles ont passé l'émétique, la vaccine, avant de prendre la position qu'ils occupent aujourd'hui.

L'iode, généralement regardé maintenant comme un remède héroïque contre les scrofules, et comme très-avantageux dans la phthisie, était naguère encore anathématisé par Récamier qui le déclarait nuisible dans cette dernière maladie, et affirmait avoir vu des scrofuleux devenir rapidement phthisiques pour en avoir fait usage. Des observations plus récentes ont assigné à l'iodure de fer une place importante en thérapeutique; on peut hardiment le mettre aujourd'hui au nombre des meilleurs médicaments que nous possédions. Anciennement il était infidèle, parce qu'il se conservait mal, se décomposait facilement, et par conséquent, ne donnait pas des résultats toujours identiques. Les médecins, à cause de cela, répugnaient à s'en servir. Aujourd'hui l'iodure de fer, grâce aux laborieuses recherches de M. Gille, se conserve à l'état de pureté parfaite.

J'ai eu occasion d'employer très-souvent les préparations de ce consciencieux pharmacien, et j'ai pu acquérir expérimentalement la conviction que l'iodure de fer est un excellent médicament dans les cas d'anhémie, de scrofules, de rachitisme, de chlorose, et souvent dans certains cas de phthisie pulmonaire dans lesquels l'organisme a besoin d'être fortement tonifié.

Je vais mettre sous les yeux de mes confrères deux observations qui me semblent prouver spécialement l'utilité de ce puissant médicament dans la dernière et la plus grave de ces maladies.

Observation I. — Madame G..., âgée de vingt-quatre ans, père et mère vivants et paraissant d'une bonne constitution, a eu une tante et deux cousines mortes phthisiques. Elle a eu une enfance chétive et maladive, s'est réglée avec difficulté et a été à plusieurs reprises atteinte de chlorose. Lors de son mariage, il y a deux ans, elle avait repris toutes les apparences de la santé. L'embonpoint était revenu. Il y a trois mois qu'elle a éprouvé une hémoptysie à la suite de laquelle est restée une toux sèche et fréquente, revenant plus particulièrement le soir. Depuis six semaines, à peu près, il y a une expectoration pituiteuse assez abondante. Elle a de la fièvre qui redouble un peu au milieu du jour et au commencement de la nuit, et des sueurs assez abondantes le matin au réveil. L'appétit est presque nul. La malade a pris des tisanes émollientes. Les règles ont cessé depuis deux mois.

État actuel, le 16 avril 1855 : Langue très-pâle, digestions pénibles, constipation, foie peu volumineux ainsi que le cœur, pouls à 100, dépressible, anhémie prononcée. Le nez est effilé, les pommettes sont saillantes et colorées d'une teinte rouge qui tranche sur la pâleur du visage. Les joues sont caves, les conjonctives bleu de perle, l'amaigrissement est considérable. La poitrine ne paraît pas déformée. Matité sous-claviculaire à gauche assez prononcée ; bruit d'expiration du même côté rude et prolongé, presque résonnant, craquement sec lors de l'inspiration. Le poumon droit ne présente rien d'anormal à la percussion ni à l'auscultation. La malade se plaint d'étouffement et de compression dans la partie antérieure de la poitrine; l'essoufflement devient considérable et comme nerveux quand elle parle un peu longtemps; dans ce cas la toux prend le caractère quinteux comme dans la coqueluche; cette dyspnée s'accompagne toujours d'une douleur épigastrique assez vive. La voix est altérée, sourde, son timbre semble abaissé.

Diagnostic : tubercules pulmonaires à gauche dans tout le sommet du poumon (premier degré).

Traitement.—Lavement laxatif, tisane de fucus, potion calmante avec 15 grammes d'eau de laurier cerise. Repos; trois potages; silence absolu.

Le lendemain, 17, la malade est plus calme, la fièvre a baissé, l'agacement nerveux est moindre, il n'y a pas eu de dyspnée.—Dragées d'iodure de fer de Gille quatre par jour. Même régime.

Les quatre jours suivants, l'iodure a produit un peu de surexcitation qui disparaît entièrement le huitième jour. La malade est calme, la toux et la fièvre ont diminué. Six dragées par jour, sirop de gentiane au vin de Bordeaux trois cuillerées dans la journée.

Le 26. Les étouffements ont complétement disparu, la respiration paraît plus libre, le bruit d'expiration est plus doux. Même traitement. Un peu de viande rôtie.

Sous l'influence du traitement par l'iodure et d'un régime tonique, au bout de six semaines la malade présente une amélioration sensible, la matité a presque disparu, les bruits respiratoires se sont avantageusement modifiés, l'appétit est revenu, la toux a complétement cessé.

Trois mois après, l'embonpoint reprend rapidement, les couleurs de la santé ont remplacé la pâleur, la respiration est à peu près normale. La matité n'existe plus.

Aujourd'hui la malade, accouchée depuis quatre mois, a supporté admirablement sa grossesse et son accouchement, la santé est excellente; le seul symptôme qui soit resté consiste en un peu de prolongement du bruit expiratoire à gauche. Avons-nous guéri définitivement? Il y a lieu de l'espérer.

Observation II. — Le sujet de la deuxième observation est âgé de cinq ans, fils d'un confrère du Faubourg-Saint-Germain; père et mère très bien portants; pas d'antécédents d'hérédité; santé antérieure excellente. Il y a quelques mois, l'enfant fut pris à la campagne d'une douleur de côté qui ne parut pas grave. Pendant longtemps, il y fut très-souffrant. Ramené chez son père, il présentait les symptômes les plus graves. Toux incessante, crachats abondants, dyspnée, diarrhée opiniâtre, fièvre continue, sécheresse aride de la peau; amaigrissement considérable.

Etat actuel, 11 novembre 1854. Epanchement qui remplit entièrement le côté droit de la poitrine. Le poumon disparaît, pour ainsi dire, au milieu; matité partout; respiration très-peu perceptible. Par instants, et comme si c'était le résultat d'un effort fait par l'air pour entrer dans le poumon, bruits saccadés de râles à larges bulles. Respiration nette dans le poumon gauche, seulement un peu exagérée.

L'enfant se plaint fréquemment d'étouffer, surtout quand il mange un peu. La diarrhée continue, les crachats sont nummulaires, parfois visqueux. Les doigts ont, au plus remarquable degré, la forme hippocratique.

Diagnostic : Épanchement pleurétique ancien. Phthisie pulmonaire probable.

Traitement.—Avant de faire une ponction prochainement indiquée dans un cas si grave, je voulus essayer des vésicatoires. Trois furent successivement appliqués, couvrant entièrement la poitrine à droite, deux en arrière, un en avant. L'épanchement diminua rapidement sous leur influence. On donnait en même temps du sirop de quinquina, et on faisait suivre à cet enfant excessivement émacié, un régime tonique. A mesure que le succès de ce côté couronnait nos efforts, les symptômes douteux de phthisie se dégageaient extrêmement graves. La toux était toujours fréquente, les crachats abondants. Dans le haut du poumon dégagé maintenant du liquide qui l'entourait et le comprimait, sous la clavicule droite, au milieu, matité absolue, respiration caverneuse, pectoriloquie. Le reste du poumon droit et le poumon gauche sains.

Diagnostic confirmé: phthisie pulmonaire, caverne (troisième degré).

Tout en considérant l'enfant comme perdu, j'insistai pour qu'il prît de l'iodure de fer et des toniques. Il s'agissait d'une phthisie limitée, de cause accidentelle, chez un enfant sans antécédents phthisiques ; je n'osais espérer, mais il fallait tenter.

Il prit de l'iodure de fer de Gille en dragées, d'abord à trois par jour, et le supporta bien. En même temps, sirop de quinquina, vin de Bordeaux, nourriture substantielle sous petit volume (viandes rôties, grillées), bains salés.

J'ai revu l'enfant de loin en loin, son père surveillant jour par jour le traitement. Au bout de quinze jours il prenait six dragées. Peu à peu les crachats ont diminué, la fièvre hectique a disparu; l'enfant a repris son embonpoint; aujourd'hui il est parfaitement bien portant; il est frais et rose; il a toutes les apparences de la santé. La matité n'existe plus sous la clavicule, les bruits qui caractérisaient la présence d'une caverne se sont peu à peu éteints. Il ne reste que quelques craquements qu'on saisit de temps en temps. Le traitement a duré 9 mois. — Les doigts ont repris leur forme effilée primitive.

J'ai donné cette observation en bloc, parce qu'elle est assez caractéristique; détaillée, elle eut été fort longue et n'eut rien indiqué davantage. Ces deux faits ne prouvent rien d'absolu. Ils sont simplement à ajouter à ceux qui établissent que certains cas de phthisie sont curables. Ils indiquent, en outre, les avantages qu'on peut tirer de l'iodure de fer, quand à côté de l'action spécifique de l'iode, on a besoin de celle d'un agent qui relève les forces abattues de l'organisation atteinte d'anhémie. M. Gille a rendu un grand service aux médecins en faisant de l'iodure de fer inaltérable. Mais je le remercie cordialement de m'avoir mis à même de donner à mon petit malade, sous forme aussi agréable que celle de dragée, un médicament.

Rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris.—Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 74. 3e ANNÉE. Mercredi 20 Juin 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir t II, nos 145, 153 ; t. III, nos 2, 11, 21, 26, 30, 35, 50, 55, 57, 59, 70)

Je ne connais point de contre-indication *absolue* à l'emploi de l'hydrothérapie RATIONNELLE dans le domaine des maladies chroniques. Cette médication énergique ne guérit certes pas constamment, mais elle peut soulager toujours et elle doit ne jamais faire de mal.

Entendons-nous bien toutefois. Ces paroles ne s'appliquent pas à l'hydrothérapie systématisée, formulée ; à l'hydrothérapie de Priessnitz et de ses adeptes; à l'hydrothérapie de prétendus médecins qui tiennent à honneur, pour de bonnes raisons sans doute, de suivre aveuglément les errements d'un paysan intelligent, nul ne le conteste, mais profondément ignorant, nul ne peut le nier; à l'hydrothérapie des matières peccantes et des crises ; à l'hydrothérapie si justement condamnée par l'Académie de médecine et par tous les médecins instruits ; à l'hydrothérapie des hydropathes improvisés, qu'ils soient professeurs, académiciens ou homœopathes.

Ces paroles s'appliquent exclusivement à l'hydrothérapie scientifique, méthodique, dont j'ai posé les bases et étudié les effets au flambeau de la physiologie, de la pathogénie et de l'anatomie pathologique ; à l'hydrothérapie qui embrasse toutes les applications thérapeutiques de l'eau, à toutes les températures, et du calorique, à tous les degrés, depuis l'ablution la plus courte jusqu'à la douche la plus puissante ou à l'immersion la plus prolongée, depuis le bain chaud jusqu'à la compresse glacée, depuis la diaphorèse la plus légère jusqu'à la sueur la plus copieuse ou à l'excitation cutanée la plus vive ; à l'hydrothérapie dont les procédés opératoires, médicalement appliqués par des mains habiles, expérimentées et attentives, sont incessamment modifiés suivant les conditions individuelles statiques et dynamiques de chaque malade, les caractères et la marche de chaque état morbide, les indications de chaque jour, de chaque heure.

Sous ces conditions j'ai pu appliquer l'hydrothérapie à des malades atteints, à divers degrés, de phthisie pulmonaire, d'une affection organique du cœur, d'une dégénérescence cancéreuse de l'estomac, du foie, de l'utérus; à des albuminuriques, à des diabétiques, etc., et j'en ai constamment retiré de bons effets.

L'efficacité, ou tout au moins l'innocuité de l'hydrothérapie rationnelle, sera toujours obtenue lorsque l'application sera faite de manière à provoquer une *réaction prompte et facile* ; au contraire des accidents graves et la mort elle-même peuvent être, *et ont été*, le résultat de douches et d'immersions trop longues, refoulant le sang de la périphérie vers le centre, non suivies de réaction et déterminant, par conséquent, des congestions profondes, considérables. On comprend que l'hydrothérapie ait dû être peu profitable à ce malheureux phthisique qui disait à M. Valleix être resté six mois à Grœfenberg sans avoir pu se réchauffer un instant. Elle ne l'est pas davantage lorsque la réaction ne peut être obtenue qu'à l'aide d'un exercice exagéré, de violents efforts musculaires qui, n'étant pas en rapport avec les forces des individus, deviennent une cause de fatigue et d'épuisement.

Mais comment obtenir toujours cette réaction prompte et facile, condition *sine quâ non* d'un bon traitement hydrothérapique? Nous l'avons dit et développé ailleurs (1), *en tenant compte de la puissance de réaction que possède chaque individu au moment de chaque application hydrothérapique*, celle-ci devant être d'autant plus énergique, courte et froide que cette puissance est moins considérable.

Mais comment apprécier, mesurer cette puissance de réaction ! Ici interviennent des éléments nombreux et essentiellement variables : l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament, la maladie, l'état de la circulation, de l'innervation, de la respiration, de la calorification, la température animale, la peau, etc. Aucune règle absolue ne peut être posée, et l'application hydrothérapique elle-même joue souvent le rôle de pierre de touche, elle seule permettant de déterminer exactement le degré actuel de la puissance de réaction et d'en prévoir les modifications ultérieures. Et voilà précisément l'une des nombreuses et des plus importantes raisons (2) pour lesquelles il est indispensable que l'administration des procédés hydrothérapiques soit raisonnée, médicale. Voilà pourquoi l'hydrothérapie est, et sera toujours, une médication dans laquelle l'art et l'artiste ont une part non moins large que celle de la science et du médecin. Voilà pourquoi en hydrothérapie, comme en chirurgie, une influence légitime et inévitable appartient à l'intelligence, au tact, à l'instinct et jusqu'à l'habileté manuelle de l'OPÉRATEUR.

La médication hydrothérapique, modifiée suivant les indications, seule ou associée aux agents médicamenteux, peut donc être appliquée à tous les cas de gastralgie, que celle-ci soit idiopathique, symptomatique ou sympathique, simple ou compliquée, primitive ou secondaire, et constamment cette médication manifestera une puissance et une efficacité que l'on demanderait en vain à tout autre modificateur puisé dans la *matière médicale*. L'on ne s'en étonnera pas, si l'on songe que, comme les modificateurs physiologiques et hygiéniques les plus efficaces, elle exerce son action sur la circulation capillaire et l'innervation générales, les deux *âmes* de la matière organisée vivante ; si l'on

(1) *Traité d'hydrothérapie*, p. 155 et suivantes.
(2) *Traité d'hydrothérapie*, p. 163 et suivantes.

se rappelle qu'on peut la rendre à son gré, et au plus haut point, sédative, révulsive, tonique et reconstitutive (1).

Lorsque la gastralgie est idiopathique et simple, les *appareils révulsifs* sont ceux auxquels on doit accorder une préférence à peu près exclusive; les douches générales très-énergiques et très-divisées, les douches en poussière (*bains de cercles*), sont les plus efficaces de toutes; le calorique appliqué, suivant les règles que nous avons établies ailleurs (2), à titre d'excitant cutané, d'agent de la médication irritante, transpositive, peut être employé avec avantage chez les sujets robustes, surtout lorsque la maladie est récente, et l'étuve sèche a, sur le bain de vapeur, une supériorité incontestable. Quant à l'enveloppement, il ne saurait en être question ici.

Si les douleurs gastralgiques ne sont pas très-vives, on trouve un adjuvant utile dans les compresses excitantes placées sur la région épigastrique; si les douleurs sont, au contraire, très-violentes, on les calme plus sûrement et plus promptement au moyen de compresses sédatives.

Lorsque la gastralgie est compliquée d'anémie ou de chlorose, le premier rang appartient à la *médication tonique et reconstitutive*, surtout si l'altération du sang est primitive. Les douches générales en pluie et en jet, les immersions, les frictions sèches et humides en sont les agents les plus actifs. C'est ici, surtout, qu'il importe de provoquer une réaction prompte, facile, énergique; qu'il est indispensable, par conséquent, de posséder de l'eau *froide* (7 à 10 degrés centigrades), des appareils puissants, et que le médecin doit avoir sans cesse présent à l'esprit cet adage, qu'il faudrait graver sur le fronton de tous les établissements hydrothérapiques : *une douche trop courte n'a jamais d'inconvénient sérieux, une douche trop longue de* QUELQUES SECONDES *peut avoir les plus graves conséquences* (3).

Si la gastralgie est compliquée primitivement ou secondairement, d'anémie et d'*une congestion chronique du foie, de la rate*, le traitement devient complexe; il faut à la médication tonique et reconstitutive adjoindre les moyens révulsifs et les *douches résolutives*, c'est-à-dire les douches locales en jet, dirigées avec prudence, sur l'organe hyperémié (4). Dans les cas de ce genre la peau est ordinairement sèche, aride, et pour rétablir ses fonctions, l'on trouve un adjuvant très-utile dans le calorique employé, non plus à titre d'irritant cutané, non à titre d'agent spoliatif ou dépuratif, mais à *celui* de simple *sudorifique*, les sudations ne devant être ni très-fréquentes, ni très-abondantes (5).

Lorsque la gastralgie se rattache à *un déplacement utérin*, à une *spermatorrhée primitive*, il faut insister sur les applications locales que nous avons indiquées (6) : bains de siége à eau courante, douches en jet dirigées sur les régions lombaire, hypogastrique et inguinales, douches vaginales et rectales, etc.

Telles sont les indications générales du traitement hydrothérapique de la gastralgie; on comprend qu'elles varient souvent dans leurs détails en raison de circonstances accidentelles, exceptionnelles, qu'il est impossible d'énumérer. Je dois néanmoins dire quelques mots des difficultés très-grandes, et parfois insurmontables, que rencontre, chez certains malades, l'application de ce traitement.

Ces difficultés sont de deux ordres.

Les unes très-communes parmi les hypochondriaques, se rattachent à l'état mental, au caractère du sujet, à ses préjugés, à ses opinions préconçues, à sa pusillanimité naturelle ou à la terreur que lui ont inspirée, à l'endroit des *tortures hydrothérapiques*, des descriptions qui ont encore cours dans le monde et que justifient, il faut bien le dire, les pratiques de l'hydrothérapie empirique.

(1) *Traité d'hydrothérapie*, p. 170 et suivantes.
(2) *Traité d'hydrothérapie*, p. 124 et suivantes.
(3) Voyez *Traité d'hydrothérapie*, pages 159-163.
(4) *Ibidem*, pages 285-287.
(5) *Ibidem*, pages 124-127.
(6) Mémoire sur les douches froides appliquées au traitement des affections utérines. *In Gazette médicale de Paris*, 1849, *Traitement d'hydrothérapie*, pages 240 et suiv.; 446 et suiv.; 534 et suiv.

Et à ce propos nous demanderons à M. le docteur Const. James comment il a pu se décider à reproduire en 1855 (1) le tableau qu'il a fait de l'hydrothérapie de Græfenberg en 1845, sans changer, sans ajouter un mot à ses descriptions et à ses appréciations, sous prétexte *que les modifications que l'on a fait subir au système de Priessnitz sont loin d'avoir été toutes très-heureuses!* Un pareil procédé et un semblable motif sont très-commodes, sans doute, pour l'auteur et pour l'éditeur d'une *troisième édition*, mais ils témoignent ou d'un esprit médical *bien étrange*, ou d'un mépris bien profond pour le public auquel l'ouvrage s'adresse. — Nous ne doutons pas que notre confrère ne tienne à honneur de réparer ce *lapsus calami*, à l'époque, peu éloignée, où son livre obtiendra les honneurs d'une quatrième édition.

Pour surmonter les obstacles dont nous venons de parler, il faut que le médecin s'arme de résignation, de courage, et qu'il accomplisse une conquête plus difficile que ne le fut celle de la Toison d'or ! — Il faut qu'il gagne la confiance du malade, qu'il prenne de l'autorité sur son esprit, qu'il lui inspire de l'énergie, qu'il lui enseigne la patience et la persévérance. Ce traitement moral, alors même qu'il réussit le mieux, n'en oblige pas moins le médecin à modifier le traitement physique suivant les vicissitudes incessantes qu'éprouvent les dispositions intellectuelles et morales du malade, dont il faut tromper l'impatience en apportant une grande variété dans les procédés hydrothérapiques mis en usage. L'important ici, est de *gagner du temps* et de retenir le malade pendant les quelques semaines nécessaires à la manifestation des premiers signes d'amélioration. Une fois ceux-ci obtenus, la cause est gagnée; les sujets les plus récalcitrants, les plus timorés, ceux auxquels on a eu le plus de peine à faire comprendre que l'hydrothérapie ne les *tuera* point, ne leur donnera ni rhumatisme, ni fluxion de poitrine, ceux-là deviennent ordinairement les plus fanatiques de l'eau froide, et dès lors on n'a plus qu'à modérer leur zèle et à les empêcher de tomber dans les excès et les exagérations.

Mais les choses ne marchent pas toujours ainsi. Il est un grand nombre d'hypochondriaques, de sujets pusillanimes, exclusivement préoccupés de leur personne, de leur santé, *de la crainte de la mort*, qui tous les jours ont une maladie nouvelle dont ils entretiennent toutes les personnes qu'ils rencontrent : femmes, enfants, domestiques, passants, qui successivement ou simultanément consultent vingt médecins différents et passent incessamment d'une médication à une autre. Lorsque plusieurs individus de cette espèce se trouvent réunis dans un établissement, ils en deviennent la désolation et le fléau; car ils y apportent le désordre moral par l'exemple contagieux du découragement, de l'hésitation, de l'impatience, de la défiance. Avec eux pas d'autre sujet de conversation possible que *la maladie;* ils n'ont d'autre occupation, d'autre pensée que celle de s'examiner, de se scruter, de se tâter, de se palper, de considérer leur teint, leur langue, leurs urines, leurs déjections; ils enregistrent et analysent toutes les sensations qu'ils éprouvent, les plus légères, les plus fugaces, les plus insignifiantes, et les érigent en symptômes graves dont ils veulent, à toute force, qu'on leur dévoile les causes. Quand pour le malheur du médecin l'hypochondriaque est un *confrère*, alors la mesure est comble!

Beaucoup de ces malheureux résistent à tous les efforts que l'on tente pour les détourner de la voie déplorable dans laquelle ils sont engagés, ou vous échappent au moment où l'on croit être enfin parvenu à leur faire comprendre le langage de la raison. N'étaient, d'ailleurs, les sentiments d'humanité et la pitié qu'inspirent ces pauvres monomanes, le médecin n'a ni à désirer

(1) Const. James, *Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales*, suivi de *Considérations générales sur le traitement hydrothérapique;* Paris, 1855; 3e édit.

ni à regretter des malades qui ne lui donnent que bien rarement des sujets de satisfaction capables de compenser les peines, les soucis, les ennuis, les déceptions qu'ils lui causent.

« Un jour, aurait dit un homme d'État, nous étonnerons le monde par notre ingratitude; » si les médecins pouvaient encore être étonnés par une ingratitude quelconque, ils le seraient par celle des hypochondriaques.

Ainsi que déjà je l'ai dit, les malades en question se montrent beaucoup plus fréquemment parmi les hommes que parmi les femmes; d'après mes observations, le rapport serait au moins : : 10 : 1. — Ce fait m'a inspiré souvent des réflexions un peu humiliantes pour notre sexe; — le sexe fort!

Les difficultés du second ordre se rattachent à des circonstances exclusivement physiques. Chez les malades d'un tempérament très-nerveux, dont la sensibilité générale est très-vive; chez les hystériques, chez les femmes qu'une affection utérine a maintenues pendant longtemps dans l'immobilité, a plongées dans l'*état nerveux;* chez les sujets très-amaigris, profondément anémiques; chez ceux dont les fonctions cutanées sont perverties, abolies, les premières applications d'eau froide produisent parfois une sensation extrêmement pénible, des palpitations violentes, de la suffocation, des accidents, en un mot, qui mettent toujours obstacle à la réaction, et qui, dans quelques cas, acquièrent une intensité telle qu'un médecin inexpérimenté pourrait en être effrayé et les considérer comme une contre-indication formelle à l'emploi de l'hydrothérapie.

Dans quelques cas exceptionnels et très-rares, ces accidents ont une grande ténacité et deviennent un obstacle sérieux à l'application de l'eau froide; il en est ainsi chez la malade qui fait le sujet de notre XIIIe observation; mais ordinairement il est facile de s'en rendre maître. Il suffit pour cela de procéder avec prudence et graduellement, soit en élevant d'abord la température de l'eau jusqu'à 20° c., par exemple, et en l'abaissant ensuite d'un degré chaque jour, soit en ne soumettant le malade, pour commencer, qu'à de rapides frictions faites avec le drap mouillé, bien tordu, ou avec la main trempée dans l'eau, puis à des douches en pluie de *deux à trois secondes*, et en l'amenant ainsi, peu à peu, aux applications régulières et habituelles. Dans les cas de ce genre, les douches écossaises m'ont rendu de bons services. Un excellent moyen d'*acclimater* les malades, est de faire précéder, pendant quelque temps, chaque application froide, d'une très-légère sudation destinée à rendre beaucoup moins vive la sensation produite par le contact de l'eau, et c'est ici que l'on peut constater, une fois de plus, la supériorité du procédé opératoire que je défends contre l'entêtement aveugle ou de mauvaise foi des hydropathes empiriques, et contre les objections de quelques médecins chez lesquels l'amour de la contradiction obscurcit les plus simples notions de la physiologie et de la physique. Dans le cas dont il s'agit, dix à vingt minutes de séjour dans l'étuve sèche, à une température de 40° à 45° c., suffisent pour déterminer une légère diaphorèse que l'on obtiendrait à peine par deux heures d'un enveloppement dont les sujets nerveux et irritables qui nous occupent ne peuvent pas supporter la torture au delà d'une demi-heure (1).

Chez les malades dont il s'agit, les *douches révulsives et toniques*, instruments nécessaires de la guérison, exercent souvent une action trop *excitante* et provoquent de l'agitation nerveuse, de l'agacement, de l'insomnie, parfois des attaques hystériques ou un léger mouvement fébrile. Il faut alors rendre les applications froides plus courtes et diminuer la force de percussion de la douche; faire alterner les applications révulsives et toniques avec des applications *sédatives*, telles que douches en lame et en nappe, immersion dans la piscine, etc. Lorsque ces moyens restent insuffisants, il faut, de temps en temps, suspendre le traitement pendant quelques jours.

Quelques observations vont ajouter à ces préceptes l'autorité de l'exemple. *(La suite au prochain numéro.)*

(1) Voyez L. Fleury. *Recherches expérimentales sur la sudation.* Paris, 1854.

De la formation du sucre dans l'organisme.

Par M. G. Colin,

Chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort.

(Communiqué à l'Académie des sciences.)

Les expériences dont j'ai l'honneur de communiquer les premiers résultats à l'Académie ont été faites dans le but de rechercher si la production du sucre est réellement localisée dans le foie ou si elle a son siége en divers points de l'économie. Elles démontrent que chez les herbivores à l'état normal, et chez les carnivores exclusivement nourris de chair, le sucre existe dans le sang, le chyle, la lymphe, divers produits de sécrétion, comme dans la trame de plusieurs organes.

Le sang artériel et le sang veineux de toutes les parties du corps contiennent, dans les conditions ordinaires, des quantités très-notables de sucre chez les chevaux, les bœufs et les moutons. Ils en renferment même chez ces herbivores à jeun depuis un ou deux jours, et chez ceux dont la digestion a été suspendue pendant des journées entières, par suite d'opérations chirurgicales très-douloureuses, ce qui prouve que ce principe ne se détruit pas très-rapidement sous l'influence de la respiration. N'ayant encore, jusqu'ici, observé aucune exception à ce fait, je crois que la présence normale du sucre dans le sang des herbivores, signalée par M. Magendie, est incontestable.

Le sang artériel et le sang veineux paraissent en contenir l'un et l'autre suivant des proportions peu différentes. Celui qu'on obtient d'une large blessure aux gros vaisseaux de l'entrée du thorax, en contient un peu plus que celui de la jugulaire; celui qu'on retire du cœur et du tronc des veines caves, immédiatement après la mort, sur les ruminants sacrifiés par hémorrhagie, en renferme plus que les précédents; enfin le sang des veines sus-hépatiques en présente, comme l'a reconnu M. Bernard, plus que le sang de toutes les autres parties du système vasculaire.

Néanmoins, dans les opérations à l'aide desquelles on a dosé le sucre du sang des veines hépatiques, une cause d'erreur entièrement méconnue a fait exagérer la proportion du sucre de ces veines. Pendant le temps qui s'écoule entre l'instant de la mort et le moment où le sang est recueilli, ce fluide stagnant dans le foie s'y charge d'une quantité de sucre bien supérieure à celle qu'il possède lorsque la circulation s'effectue, sur l'animal vivant, avec sa vélocité ordinaire. C'est aussi par suite de cette stagnation que le sang du foie perd une grande partie de sa fibrine et de sa coagulabilité, car il se montre aussi fibrineux et aussi coagulable que celui des autres vaisseaux, si on le recueille pendant la vie ou seulement sur des animaux expirants.

Le sang de la veine porte des solipèdes contient généralement beaucoup de sucre, même pendant que la digestion est suspendue. Celui de la veine porte des carnivores, nourris exclusivement de chair faisandée, m'en a aussi montré en quantité notable pendant la digestion, et cela sur des animaux dont le tronc de la veine avait été rapidement lié, ou serré par une pince à pression continue, afin de prévenir toute espèce de reflux du sang hépatique vers les viscères intestinaux.

Le chyle des chevaux et des chiens pris, soit dans le canal thoracique, soit dans la citerne sous-lombaire, immédiatement après la mort, ou recueilli pendant la vie au moyen d'un tube d'argent fixé à l'extrémité antérieure du canal, contient toujours du sucre. Il en est de même du chyle, non mêlé à la lymphe, qu'on retire d'une fistule établie aux grands vaisseaux chylifères du mésentère des bêtes bovines bien en dessous de leur abouchement dans la citerne. Ce sucre du chyle provient évidemment, chez les herbivores, de celui qui est tout formé dans les aliments, ou qui s'y développe par la métamorphose des matières féculentes. Il doit, chez les carnassiers, prendre naissance dans l'appareil digestif aux dépens des principes constitutifs de la chair, car celle-ci ayant subi un commence-

ment de décomposition avant d'être donnée aux animaux d'expérience, le sucre qu'elle pouvait tenir du sang qui l'imprégnait a été transformé en acide lactique ou détruit d'une autre manière. On a donc cru à tort, jusqu'ici, que les chylifères restaient étrangers à l'absorption des matières sucrées.

La lymphe prise dans les vaisseaux sous-lombaires, immédiatement après la mort; celle qui est recueillie parfaitement pure à l'aide de tubes d'argent fixés aux lymphatiques du cou de chevaux vivants, contient du sucre dans les conditions normales et même après une abstinence de plusieurs jours, comme aussi sur les sujets dont la digestion est suspendue.

La sérosité du péricarde recueillie sur les chevaux, les bœufs et les chiens expirants, est toujours très-sucrée; elle paraît même contenir chez les herbivores beaucoup plus de sucre que le sang veineux et le sang artériel. La sérosité des plèvres, celle du péritoine, le fluide céphalo-rachidien, les liquides jaunâtres des vésicules ovariennes de la jument, les échinocoques du poumon du ruminant, le liquide qu'on trouve quelquefois dans les kystes des corps thyroïdes du bœuf, en renferment aussi des proportions fort considérables. La bile prise sur les animaux vivants dans la vésicule ou dans le canal cholédoque, est aussi mais très-légèrement sucrée. Au contraire, beaucoup de produits de sécrétion, même les plus aqueux, sont dépourvus de sucre. La sérosité qui s'accumule en grande quantité dans la poitrine des chevaux pleurétiques n'en présente pas habituellement, bien que le sang, la sérosité du péricarde, du péritoine, en contiennent encore.

Chez les fœtus de ruminants il s'en trouve non-seulement dans les eaux de l'amnios et de l'allantoïde, dans le foie, les poumons et les muscles, comme M. Bernard l'a observé le premier; mais il en existe encore et à tous les âges dans le sang, les reins et surtout dans les liquides visqueux qui remplissent les quatre compartiments de l'estomac. Cependant, et ceci mérite d'être noté, il n'y en a pas dans les cotylédons utérins ni dans le suc cotylédonnaire.

Il résulte de ce qui précède : 1° Qu'à l'état normal, chez les herbivores, il y a du sucre dans le sang, le chyle et la lymphe, et que chez ces animaux la veine porte et les chylifères puisent pendant la digestion le sucre tout formé dans les aliments, comme celui qui y prend naissance par les mutations des matières amylacées.

2° Que chez les carnassiers nourris exclusivement de chair dont le sucre, s'il en existe, a été détruit par un commencement de putréfaction, la veine porte et les chylifères se chargent de matière sucrée produite dans l'appareil digestif aux dépens des principes de l'alimentation.

3° Que divers produits de sécrétion, comme la sérosité des plèvres, du péricarde, du péritoine, le contenu des vésicules ovariennes, celui de l'estomac du fœtus, la bile, renferment du sucre en plus ou moins forte proportion.

4° Qu'il reste à déterminer si le sucre des fluides de sécrétion, notamment celui du lait, vient du sang hépatique ou s'il est formé directement par les organes sécréteurs.

MÉDECINE COMPARÉE.

Mémoire sur les prétendus cerveaux ossifiés ou sur les exostoses de la face interne du crâne chez les animaux de l'espèce bovine.

Par M. Arm. Goubaux,
(Professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.)

(*Suite, voir le n° 71, 72, 73.*)

§ IV.

Un rapprochement peut être fait entre les observations qui forment la base de ce mémoire et quelques autres qui ont été publiées sous des titres différents. Dans le présent chapitre, j'exposerai ces observations et je les ferai suivre des quelques réflexions qu'elles m'ont suggérées.

1° *Observation anatomico-pathologique sur une maladie du cervelet chez une vache;* par M. Thion, docteur-médecin à Orléans (1).

Le 8 janvier 1824, un de mes frères, chirurgien à Patay, m'envoya de Coinces, bourg situé à quatre lieues nord-ouest d'Orléans, la tête d'une vache qu'il avait fait tuer par la section de la moelle épinière entre l'occipital et l'atlas : son espoir, en me faisant ce cadeau, était de me fournir une occasion nouvelle d'observer le genre acéphalocyste. On lui avait répété dans le pays que l'animal était *lourd* ou atteint de *tournis;* on ajoutait qu'il y avait bien quelques différences dans les symptômes, et on regardait notre curiosité comme déplacée.

Voici les renseignements que je me suis procurés depuis, de la bouche même du propriétaire :

Elle avait quatre ans quand on l'a tuée : elle est tombée malade vers la fin de juillet 1823; ses yeux sont devenus larmoyants et chassieux; la tête s'est inclinée à gauche avec un mouvement de torsion, qui finit par rendre l'oreille droite supérieure et l'oreille gauche inférieure. La marche a continué à se faire dans la ligne droite et sans claudication; la vision n'a point paru altérée, car l'animal a continué à se rendre sans hésitation ni détours de son étable à la mare qui sert d'abreuvoir. Cependant on a remarqué que dans les derniers temps il faisait des chutes assez fréquentes, que l'affaiblissement avait lieu des membres thoraciques aux pelviens, et que le corps portait à gauche.

Cette vache avait mis bas et à terme deux mois avant le dérangement apparent de sa santé; mais, suivant l'expression du cultivateur, *elle avait vêlé sans faire son pis,* ce qui lui parut d'un mauvais augure. Depuis ce part, elle n'a pas été de nouveau en chaleur.

Dans le dernier mois, son appétit diminuait sensiblement; la maigreur augmentait; elle était prise d'un assoupissement remarquable, et s'endormait souvent le nez dans la fourrière.

On a cru remarquer qu'il y avait une certaine intermittence dans les symptômes de cette dernière époque, et que leur intensité était toujours en rapport avec les phases de la lune; car l'animal était plus accablé pendant le déclin de cette planète. On l'a saigné deux fois à la jugulaire, et sans en retirer l'amélioration passagère qu'on m'avait dit obtenir quelquefois dans les tournis : aucune médication n'a été mise en usage.

Nécropsie de la tête. — Extérieur. — Rien de remarquable, soit dans la forme, soit dans le volume, si ce n'est que la nuque paraît un peu plus bombée.

Intérieur du crâne. — La voûte du crâne étant privée de ses téguments, je la fracture à coups de marteau, retenus avec assez de bonheur pour ne pas endommager les parties sous-jacentes, et je les enlève avec précaution.

Les cellules diploïques qui occupent la base des cornes sont énormément développées; la table interne du crâne, très-mince en général, est visiblement usée dans la moitié droite de l'occipital, surtout entre l'insertion du ligament occipital et la limite mastoïdienne de cet os. Cette région se brise aisément; elle est même trouée dans plusieurs endroits assez rapprochés l'un de l'autre, et à travers ces ouvertures se présentent plusieurs mamelons cérébriformes, recouverts d'une méninge très-épaissie.

Les parois internes du crâne ne m'offrent rien de remarquable à gauche, en avant ni à droite; mais en arrière et en tirant du côté droit, je trouve : 1° quatre perforations que je viens d'indiquer, elles sont rondes ou ovales, et varient encore pour le diamètre, qui est de 1 à 6 lignes; 2° entre ces perforations, trois cannelures séparées par des arêtes tranchantes et épineuses : ces cannelures ressemblent à celles que l'on trace à la gouge. Elles sont creusées sur une portion de l'occipital qui a à peu près 8 à 10 lignes carrées, 2 à 6 d'épaisseur, et qui s'élève en relief entre les perforations et autour d'elles.

J'ai déjà trouvé plusieurs fois chez le mouton de semblables hypertrophies, qui appendaient de la table interne de l'occipital entre des perforations, à travers lesquelles s'échappaient d'énormes kystes acéphalocystigènes; et ce qui me semble un contraste pathologique assez bizarre, c'est que toujours les parties de l'occipital qui avoisinaient ces hypertrophies avaient à peine l'épaisseur d'une carte à jouer, et étaient presque épuisées de leur phosphate calcaire, lequel se concentrait non loin de là pour édifier d'énormes éburnifications, comme si le *nisus formativus* universel ne pouvait produire qu'en détruisant, sujet inépuisable de réflexions physiologiques et métaphysiques qu'il n'est pas de mon sujet d'aborder.

(1) Extrait du *Recueil de médecine vétérinaire*, t. III, année 1826 p. 381.

La table interne mastoïdienne droite était usée et laissait voir un sinus assez grand pour loger un petit œuf de poule : ce sinus était rempli d'une matière assez semblable à une gélatine bleuâtre et tremblante.

La méninge correspondante aux cannelures que j'ai décrites avait acquis une plus grande énergie vitale, s'il est permis d'en juger par l'intégrité de sa texture fibreuse et par sa plus grande épaisseur.

La tente du cervelet était soulevée à droite et dans son milieu, à tel point qu'elle était contiguë dans ces portions au feuillet osseux dont elle n'est que le repli : par suite de ce refoulement, la base de la grande faux et la petite faux se trouvaient tout à fait déjetées à gauche. L'organisation de ces régions méningiennes était prodigieusement accrue ; car, outre qu'elles avaient triplé d'épaisseur, leur consistance fibro-cartilagineuse résistait fortement au tranchant du bistouri : elles étaient liées d'une manière inextricable au feuillet arachnoïdien, ainsi qu'à la pie-mère correspondante, et ces trois membranes adhéraient tellement au cervelet dégénéré, qu'on aurait pu les prendre, en certains endroits, plutôt pour sa continuation que pour ses enveloppes.

L'hémisphère cérébelleux gauche était réduit à la moitié de son volume ordinaire et n'offrait aucune altération.

Les lames verticales et horizontales du processus vermiculaire éprouvaient la même exiguïté à gauche et sur la ligne médiane ; mais à droite elles étaient plus minces, plus courtes, plus affaissées et arrêtées dans leur développement.

L'hémisphère cérébelleux droit était remplacé dans ses quatre cinquièmes postérieurs, et surmonté par une masse hétérologue, irrégulièrement ovoïde, d'un volume égal à celui de l'hémisphère cérébral correspondant, mais plus pesante que lui.

Cette masse extrêmement adhérente à la paroi occipitale a dû exercer une pression excentrique sur tout son voisinage, et aucune partie n'en a plus souffert que le tissu osseux, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer.

La face supérieure de cette masse était blanchâtre, multilobée, et chaque lobe était tellement serré par ses voisins qu'il n'offrait à l'œil qu'un quart de sphéricité.

Les faces postérieure et inférieure présentaient une multitude de mamelons sessiles ou pédiculés, isolés ou groupés jusqu'au nombre de six sur une tige commune : ceux-ci étaient séparés par des lignes anfractueuses ; ceux-là s'unissaient insensiblement à leur surface ; enfin, quelques-uns se herniaient dans les perforations osseuses.

Les faces latérales réunies aux précédentes venaient envelopper un rétrécissement d'un pouce de diamètre, lequel était implanté sur le corps olivaire (noyau médullaire de Reil) ou même n'en était que le prolongement, de telle sorte que l'hémisphère cérébelleux droit était presque entièrement transformé, à l'exception de ses quatre ou cinq plicatures antérieures; et encore les dernières de celles-ci, déjà mamelonnées vers leur bord, se seraient, comme toutes les autres, successivement déplissées par le développement progressif de cet envahissement pathologique.

Les touffes de Reil étaient intactes.

Ayant entrepris de diviser cette masse en deux moitiés longitudinales, j'éprouvai une résistance telle, vers son centre d'épaisseur, que j'allais remplacer mon bistouri par une scie, lorsque je sentis mon instrument dégagé. En effet, j'avais coupé des rayons cartilagineux qui partaient du centre commun, et qui servaient comme de matrice ou de gangue à des barreaux osseux dirigés en travers : le plus volumineux avait la grosseur du petit doigt.

Les deux surfaces provenant de cette section se prolongeaient jusque dans le pédoncule rhomboïdal, qui était doué de sa consistance hygide : elles offraient des arborisations cartilagineuses plus marquées vers le centre, et diminuant de volume et de densité à mesure qu'elles s'approchaient de la périphérie. Les intervalles foliacés présentaient à la place de la substance médullaire qui remplit l'arbre de vie, des tubercules de couleur et quelquefois de consistance mielleuse, du volume d'un noyau de cerise à celui d'une aveline. Parmi ces nombreux tubercules, dont l'agglomération formait une grande partie de la dégénérescence, les uns étaient assez compactes et uniformes, les autres étaient ramollis au centre : les plus extérieurs étaient plutôt d'un blanc sale que jaunâtres, et vers la région mastoïdienne j'en ai trouvé plusieurs de suppurés.

La partie postérieure de l'éminence dite *Testes* gauche était surmontée d'un tubercule pédiculé provenant de la substance corticale et logé dans une poche qu'il s'était creusée aux dépens de la pie-mère et de l'arachnoïde extendues.

Les hémisphères cérébraux et leurs cavités, la série des autres ventricules, les enforcements dits cannelés et optiques, et surtout l'origine des nerfs, furent examinés avec soin, à l'aide de différentes sections supérieures et inférieures, et trouvés dans l'état normal.

Cette observation me paraît d'une telle importance pour l'éclaircissement du sujet de ce mémoire, que je crois devoir la faire suivre de quelques-unes des réflexions qu'elle a suggérées à M. le docteur Thion.

« Cette observation présente deux parties bien distinctes : 1° l'hypertrophie de tout l'hémisphère cérébelleux droit, avec dégénérescence tuberculeuse, cartilagineuse et osseuse de la substance médullaire interposée dans ses feuillets et l'état de compression et d'atrophie de l'hémisphère gauche ; 2° la contraction du côté gauche du cou et la torsion de la tête de gauche à droite; bien entendu que l'affection de l'occipital et celle de l'éminence *Testes* viennent se ranger dans la première division.

« Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, je crois pouvoir établir que l'origine du mal est fort ancienne : en effet, la structure intime de la masse morbide indique déjà quatre époques successives de formation : 1° développement végétatif de la substance médullaire; 2° son passage à l'état cartilagineux ; 3° sa transition à l'état osseux ; 4° l'érosion d'une portion de l'occipital, et simultanément l'éburnification de quelques parties intermédiaires.

« A ces preuves de génésie pathologique sur l'ancienneté, j'en ajouterai une que j'emprunte à la physiologie, et qui me paraît entraînante ; je veux dire l'absence de sécrétion laiteuse à l'époque du part, c'est-à-dire sept mois avant l'occision.

« S'il en était besoin, je citerais les savantes et nombreuses observations du docteur Gall sur la correspondance naturelle entre le volume des hémisphères cérébelleux hygides et l'énergie générative; non pas qu'il y ait identité parfaite entre ce fait et ceux de cet auteur (car il parle surtout des rapports qui existent entre le cervelet, les testicules et les ovaires), mais par un puissant motif d'analogie et par une suite inévitable de la pensée de cet auteur; en effet, le système mammaire est le complément de l'appareil génital du sexe féminin, et il doit en subir les lois ; or, quand le cervelet dégénère dans une moitié et s'atrophie dans l'autre, il est tout simple que les mamelles soient sympathiquement frappées de nullité et que l'individu cesse d'entrer en chaleur ou de manifester son aptitude à la génération : je me crois donc fondé à induire de ce raisonnement que la lésion organique en question n'a commencé à se développer, ou du moins n'est devenue grave, qu'après la dernière imprégnation.

« Cette circonstance de l'ancienneté est ici de la plus haute importance, car il est authentique que pendant les six avant-derniers mois, la locomotion n'a pas cessé, et qu'elle n'a été troublée que pendant le septième, ce qui me paraît moins le fait de la dégénérescence que celui d'une compression exercée sur les parties sous-jacentes, notamment le pédoncule cérébelleur..... »

Je ne suis pas éloigné de croire que l'observation de M. le docteur Thion peut être rapportée à celles de la prétendue ossification du cerveau. Les lésions qui ont été trouvées à l'autopsie de cette vache me font penser qu'il s'agit bien moins de celles que M. Thion a paru vouloir rattacher au *tournis* qu'à une de ces tumeurs dont l'étude appartient tout entière à ce mémoire. Seulement, je ferai remarquer que cette tumeur était encore récente et qu'elle ne présentait pas encore tous les caractères qu'elle aurait eus sans doute plus tard, caractères que nous avons retrouvés dans toutes les observations du § Ier.

Quoi qu'il en soit, il m'a paru utile de rappeler l'observation de M. Thion, parce qu'elle a été négligée par les différents auteurs de pathologie vétérinaire. Il me reste à voir si les lésions du tournis se rapprochent de celles qui m'occupent.

2° Maillet, dans son *Mémoire sur le tournis considéré dans l'espèce bovine* (1), a écrit quelques lignes qui me serviront en-

(1) *Recueil de médecine vétérinaire*, t. XIII, année 1836, p. 113.

core pour faire un rapprochement avec la prétendue ossification du cerveau; les voici :

« On a dit aussi que le tournis du bœuf, comme celui du mouton, pouvait être produit par des causes mécaniques, telles, par exemple, que les coups que se donnent sur les parois crâniennes les animaux en se battant, ou encore la pression du joug à l'égard des bœufs. Voici l'opinion de Lullen à ce sujet (1). Cet auteur conseille de supprimer le joug en usage dans certains cantons de la Suisse, et de le remplacer par des harnais qui permettraient aux bœufs de tirer en partie par les cornes et en partie par les épaules. Il ajoute : « Par ce moyen, « la tête des bœufs n'éprouvera plus ces secousses pénibles « dans les chemins pierreux remplis d'ornières profondes ou « rendus raboteux et durs par la sécheresse ou la gelée, qui « leur occasionnent souvent des maladies, en particulier la *lour-« drerie, espèce d'hydrocéphale*, qu'on évitera par cette manière « d'atteler. »

« Pour mon compte, ajoute Maillet, j'ai vu plusieurs fois des taureaux présentant tous les symptômes du tournis, et chez lesquels on trouvait, après avoir découvert le frontal pour pratiquer la trépanation, une fente plus ou moins longue de cet os, occasionnée sans doute par les coups de tête ou de cornes qu'ils avaient reçus en se battant avec d'autres taureaux. Ayant pratiqué quelquefois la trépanation au milieu de ces sortes de fêlures, je n'ai jamais trouvé que du sang au-dessous de l'os. Mon père m'a dit avoir quelquefois trouvé des cœnures dans des cas semblables.

« A l'égard de l'action du joug sur la production des cœnures, je n'ai jamais remarqué le tournis sur les bœufs âgés de plus de trois ans; car dans le pays où j'ai examiné cette maladie, on ne fait presque jamais travailler ces animaux avant deux ans et demi ou trois ans, et il est rare qu'on fasse porter le joug aux vaches. »

Cet extrait du mémoire de Maillet fait naître deux idées très-différentes l'une de l'autre. Je vais les faire connaître.

La première, c'est que, évidemment, le tournis ne peut pas être rapproché de la prétendue ossification du cerveau.

On sait que dans le tournis c'est un ver, le cœnure, qui, en se développant au sein de la partie centrale du système nerveux, occasionns des symptômes particuliers. Il n'entre pas dans mon sujet ni de retracer ici les caractères de ce ver, ni de faire connaître les symptômes par lesquels se décèle sa présence; mais ce que je veux bien établir, c'est que, dans aucun cas, le dépôt calcaire qui s'effectue à la face interne de la vésicule ne peut entraîner la formation d'une masse osseuse cérébriforme. Jamais, en effet, le dépôt n'est en assez grande abondance. Ensuite, les résultats de l'analyse chimique et ceux de l'observation microscopique sont essentiellement différents dans chacun de ces cas. Il en serait de même à l'égard des échinocoques dont la cavité se remplit quelquefois complétement, ainsi qu'on peut le remarquer dans le foie et dans le poumon des animaux de l'espèce bovine. Structure et composition chimique semblables seraient les deux conditions qui pourraient porter à faire un rapprochement, et nous venons de voir qu'elles manquent toutes les deux à la fois. Il est inutile que je m'arrête davantage sur ce point.

La seconde idée est celle-ci, c'est que, lorsque les animaux se battent entre eux, il peut en résulter une fracture des os de la tête et, d'après l'observation de Maillet, « *une fente plus ou moins longue du frontal.* » Dans ces conditions, ce n'est pas seulement le frontal qui peut avoir été fracturé. Bien que le frontal soit le plus développé en étendue de tous les os du crâne, on peut supposer que cette fracture peut s'étendre aussi à d'autres os voisins. Or, est-il irrationnel de supposer que, alors, des végétations osseuses, plus ou moins volumineuses, soient la conséquence de cette fracture, et qu'elles acquièrent le volume dont nous avons vu des exemples précédemment? Bien que je ne puisse rien affirmer à cet égard, attendu l'absence de renseignements précis sur les causes auxquelles peut être rattaché le développement de ces tumeurs, il me paraît assez raisonnable d'admettre que ces fractures doivent en être au moins les principales, sinon même les causes uniques. Ainsi se trouverait expliquée l'adhérence de ces tumeurs que quelques auteurs ont remarquée, et ainsi se trouverait éloignée définitivement l'ossification du cerveau. C'est à cette dernière explication que je pourrais m'arrêter, mais j'aime mieux croire qu'il s'agit du développement d'exostoses dont la cause est encore inconnue. Burdach a eu la même idée à cet égard, ainsi qu'on peut le voir par le passage suivant dont je dois la traduction à l'obligeance de M. le docteur Mandl (1):

« Chez le bétail, on observe fréquemment des masses osseuses dans la cavité crânienne, qui n'ont laissé que peu d'espace au cerveau. Jadis on croyait que ces masses osseuses étaient des ossifications de la substance cérébrale elle-même, mais aujourd'hui on croit généralement que ce sont des exostoses de la face interne dn crâne (2). »

3° Enfin, il y a encore un troisième rapprochement que j'ose à peine faire, parce que je n'en connais aucun exemple chez les animaux de l'espèce bovine; je veux parler de ces *aberrations dentaires* dont j'ai réuni plusieurs observations dans un mémoire que j'ai communiqué à la Société vétérinaire dans la séance du 8 décembre 1853 (3).

Dans chacun de ces cas, la structure des tumeurs est complément différente. En effet, quand il s'est agi d'une aberration dentaire, on l'a reconnue ou bien par la forme, ou bien par la structure, tandis que dans deux exemples de prétendue ossification du cerveau j'ai constaté la présence du tissu osseux. En supposant les mêmes effets produits par chacune de ces tumeurs, la cause de leur formation et leur nature ne sont certainement pas les mêmes.

(La suite au prochain numéro.)

(1) *Traité des prairies artificielles.* Genève, 1806.

(1) Burdach, *Vom Baue und Leben des Gehirns.* Leipzig, 1826; t. III, p. 30, § 262.

(2) Avant Burdach, Gall, en 1826, avait exprimé cette opinion. Voyez *Appendice*, à la fin du mémoire.

(3) *Recueil de médecine vétérinaire*, t. XXXI, année 1854, p. 65.

Œdème excessif des grandes lèvres chez une femme enceinte. — Accouchement facile. — Fièvre puerpérale à la suite de l'accouchement. — Emploi de la teinture d'aconit (4). — Guérison.

Par le docteur H. Texier (de Villefagnan).

Observation. — Thérèse Desnoëls, femme Grejaud, demeurant à Villefagnan, âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, réglée à dix-huit ans, mariée à vingt-deux, a déjà eu deux grossesses heureuses; elle est enceinte pour la troisième fois et arrivée bientôt à terme.

Le 30 avril 1855, elle me fait appeler et se plaint de douleurs assez vives et de gonflement dans les parties génitales, ce qui, me dit-elle, remonte déjà à cinq ou six jours, quoiqu'elle n'ait paru s'en inquiéter que depuis la veille seulement: les grandes lèvres sont extraordinairement tuméfiées; elles ont acquis chacune le volume d'un petit pain de 375 grammes; elles sont très-dures, et du côté de la muqueuse, dans l'intérieur de la vulve, elles sont presque transparentes, la sérosité n'est retenue que par une couche très-mince d'épithélium; elles sont rétrécies, comme pédiculées à leur base, fortement élargies dans leur portion libre; à leur partie postérieure, elles forment un énorme bourrelet replié en forme de fer à cheval en avant du périnée, qui participe aussi un peu à l'œdème. Elles déterminent une gêne si considérable que la femme ne peut se tenir ni debout ni assise, et que, dans le lit, elle est obligée, pour les loger, de tenir les jambes pliées sous les cuisses, les cuisses légèrement pliées sur le tronc et fortement écar-

(4) Il résulte des consciencieux travaux de M. le professeur Imbert-Gourbeyre et de M. Gaulhier-Lacroze, pharmacien à Clermont-Ferrand, que le sirop d'aconit est un médicament beaucoup plus sûr que l'alcoolature, laquelle s'altère très-facilement. Il est donc à désirer que les praticiens qui voudront répéter les expériences de MM. Imbert, Texier, etc., emploient de préférence la préparation la moins altérable.

tées. Le pouls est à 70, médiocrement plein, le moral très-affecté, les urines rares, épaisses, sédimenteuses, mais ne contenant pas d'albumine, ainsi que je m'en suis assuré par l'acide nitrique et la chaleur.

Ponctions assez profondes avec la lancette; écoulement abondant de sérosité; compresses imbibées d'eau blanche.

Au soir, la grande lèvre du côté droit est beaucoup diminuée; celle du côté gauche l'est un peu moins.

Nouvelles ponctions parce que les premières ne rendent plus; continuation des compresses, tisane de chiendent nitrée.

1er mai. Les deux grandes lèvres sont de nouveau fortement œdématiées; le pouls est le même : la face paraît un peu bouffie; les pieds et les mains sont dans le même cas (je n'y avais pas pris garde la veille, parce que ces accidents sont peu prononcés et que la femme ne paraît pas s'en occuper).

Nouvelles ponctions, même traitement.

2 mai. L'œdème des grandes lèvres est un peu diminué.

3 mai. Il est redevenu encore assez considérable, mais moins qu'à ma première visite.

Nouvelles ponctions à huit heures du soir.

4 mai. Les grandes lèvres sont beaucoup désenflées.

A cinq heures du matin la femme est prise des premières douleurs de l'enfantement, et à sept heures l'accouchement est terminé sans beaucoup de souffrances ni de difficultés.

L'enfant, du sexe féminin, a les deux pieds et la main gauche un peu rouges et légèrement œdématiés; il meurt, le 7 au soir, sans avoir jamais pris le sein.

5 mai. La matinée a été assez bonne; la malade s'est levée pour faire faire son lit; mais dans la soirée il survient quelques coliques, puis des frissons extrêmement intenses; la nuit est fort mauvaise, et je suis appelé le lendemain matin de très-bonne heure.

6. La malade accuse une céphalalgie assez intense, un brisement extrême de tout le corps; il lui semble qu'elle n'est que contusions partout, surtout du côté des lombes et des aines; elle est dans un abattement extrême; les plaintes sont continuelles, l'assoupissement fréquent, le sommeil fatigant. La figure est grippée et exprime les souffrances et l'anxiété; les muqueuses sont décolorées, la langue pâle et sans beaucoup d'enduits saburraux, la bouche pâteuse; il y a quelques envies de vomir et quelques vomissements. Le ventre est ballonné et douloureux; les lochies sont suspendues à peu près complétement, les seins affaissés et extrêmement douloureux au toucher. Le pouls est petit et fréquent, à 110.

L'œdème persiste comme avant l'accouchement, les grandes lèvres sont bien un peu diminuées, quoique encore fortement infiltrées et dures.

Traitement : 12 sangsues, onctions d'onguent mercuriel et cataplasmes émollients sur le ventre; tisane de racines d'asperges et de fraisier, nitrée; de 20 à 25 gouttes d'alcoolature d'aconit à prendre en quatre fois dans de l'eau sucrée.

7. Même état que la veille; faiblesse plus grande, plaintes plus fortes; urines et matières fécales involontaires.

Traitement: ut suprà.

8. La faiblesse a encore augmenté; le ventre est plus douloureux et plus ballonné, la malade ne sort pas de son assoupissement. On ne peut rien lui faire avaler sans provoquer immédiatement des vomissements; cependant au matin, les seins semblaient un peu moins affaissés, par la pression on arrivait à en faire sortir une petite gouttelette de lait et la malade semblait beaucoup mieux. Au soir son état était si alarmant que la famille, complétement désespérée, crut qu'elle allait mourir dans la nuit.

9. La nuit a été fort mauvaise, la malade n'a cessé de se plaindre que pour tomber dans un sommeil comateux très-fatigant; cependant au matin un peu d'amélioration semble se produire : la faiblesse est moindre, quoique la somnolence continue; la malade se plaint un peu moins; le ventre et surtout les seins sont toujours fort douloureux à la pression; les lochies sont toujours suspendues et les parties génitales exhalent une odeur d'une fétidité repoussante; l'œdème des grandes lèvres est beaucoup diminué, mais il persiste sur les autres parties aussi fort que dès les premiers jours. Le pouls à 106 est un peu plus relevé qu'hier soir. La diarrhée est un peu diminuée.

Même traitement, en ayant soin toutefois de porter la dose d'alcoolature d'aconit à 30 gouttes; de plus 0,75 centigrammes de calomel à prendre en cinq fois, d'heure en heure, demain matin.

10. La nuit a encore été assez mauvaise, le sommeil presque nul et agité; cependant, dans la journée, la malade a un peu dormi, et à quatre heures du soir, l'amélioration est assez marquée : ventre moins ballonné, absence presque complète de coliques, seins toujours affaissés et douloureux. La céphalalgie est le symptôme dominant; il s'y joint un brisement général dans tout le corps et plus particulièrement dans les membres, et une faiblesse excessive. Le pouls est toujours à 106-108. Diminution de l'œdème général.

Le mari, suivant les habitudes de beaucoup des habitants de la campagne, a donné, sans me consulter, une rôtie au vin étendu d'eau, et la fièvre n'en a pas été augmentée.

Même traitement; de plus prescription de fer porphyrisé pour demain.

11. Amélioration très-prononcée : la fièvre est tombée, le pouls est à 72; la limaille de fer est très-bien supportée. La céphalalgie persiste toujours; mais l'œdème est un peu diminué, le ventre est un peu moins tendu et n'est sensible qu'à la pression.

Même prescription; de plus bouillon et potage.

14. La fièvre a complétement disparu, la malade mange avec assez d'appétit, sans trop bien choisir ses aliments. Elle se sent un peu plus forte; l'œdème est diminué, mais non encore entièrement dissipé; point de lait, point de lochies, légères douleurs de tête.

A dater de ce moment la malade peut être considérée comme étant en pleine convalescence; aussi ne l'ai-je plus suivie que de loin. Il n'est point venu de lait; les lochies n'ont reparu que pendant huit à dix jours, mais en très-petite quantité. Les ponctions pratiquées aux grandes lèvres se sont cicatrisées sous l'influence de lotions légèrement toniques et aromatiques. L'œdème général et local s'est dissipé très-vite, et dès les premiers jours de juin il ne restait plus de cette maladie que le souvenir.

Réflexions. — Les exemples d'œdème des grandes lèvres, dans les derniers moments de la grossesse, se rencontrent assez communément, surtout quand l'accouchement est laborieux, et qu'il y a plusieurs tentatives d'introduction de la main pour les opérations nécessaires à l'extraction de l'enfant; mais il est très-rare de rencontrer un œdème aussi considérable que celui qui a été observé chez la femme Grejaud, surtout dans les conditions où celle-ci se trouvait. Les grandes lèvres avaient pris une forme tout à fait insolite et qui leur donnait un aspect méconnaissable. Je craignais que ce ne fût une véritable cause de dystocie, que la tête de l'enfant ne fût par elle gênée au passage, et que leur compression n'amenât des accidents de gangrène ou simplement de déchirure. Il n'en a heureusement rien été. C'est pour prévenir ces accidents que je n'ai pas hésité à pratiquer des ponctions assez profondes et très-multiples, malgré les accidents auxquels elles pouvaient exposer.

Je craignais, de plus, que cette disposition à l'œdème, si remarquable chez la mère, n'existât aussi à un degré assez prononcé chez le fœtus et que ce ne fût une nouvelle cause d'embarras dans l'accouchement. Mes craintes ne se sont trouvées réalisées qu'en partie : la tendance à l'œdème existait bien, en effet, chez l'enfant; mais elle n'était pas assez prononcée pour devenir cause de dystocie, et l'accouchement, sous le rapport de la durée du travail, a été très-naturel, les souffrances ont été très-faibles et en moins de deux heures tout était fini.

Mais les phénomènes morbides qui ont suivi cet accouchement ne sont pas moins intéressants que ceux qui l'ont précédé : le travail terminé, la femme est prise le lendemain de tous les accidents de la fièvre puerpérale.

J'ai peu de chose à dire sur les motifs qui m'ont déterminé à donner cette observation sous le titre de *fièvre puerpérale*, plutôt que sous celui de *métrite*, de *péritonite*, ou de *métro-péritonite puerpérale*. Le seul motif que j'aie pu avoir, c'est qu'il était difficile de localiser sûrement cette affection, et que le mot *fièvre puerpérale* ne préjuge rien sur son siége.

A quoi attribuerons-nous le développement de cette affection? Sans doute à l'imprudence de cette femme qui ne craignit pas de se lever dès le second jour, peut-être à quelques écarts de régime, et peut-être encore à certaines influences morales qui sont considérées comme prédisposantes par les auteurs; ainsi, son état la préoccupait beaucoup depuis quelques jours; elle se considérait comme vouée à une mort à peu près sûre, ce qui la mettait dans une inquiétude morale très-grande.

Parmi les particularités de cette observation, je noterai en passant l'absence de lait et de lochies pendant tout le cours de

la maladie, symptômes qui, suivant quelques auteurs, feraient souvent défaut.

Mais la partie la plus intéressante est sans contredit le traitement.

Les moyens qui ont été mis en usage pour combattre la fièvre puerpérale sont fort nombreux. Tous comptent des succès et des revers. Ainsi qu'on a pu le remarquer, j'ai fait ici un peu d'éclectisme.

Les sangsues, les onctions mercurielles, les cataplasmes émollients ont été employés comme anti-phlogistiques;

L'aconit à l'intérieur a été administré comme calmant et comme spécifique;

A ces moyens, j'ai associé, vers la fin de la maladie, un léger purgatif avec le calomel, médicament qui a aussi joui d'une grande vogue dans le traitement de cette affection.

Auquel de ces moyens devons-nous attribuer la guérison? Peut-être à leur ensemble plutôt qu'à l'un d'eux en particulier. Cependant, je crois que l'aconit doit revendiquer la plus large part dans le succès. Je crois qu'il n'est pas un praticien qui aurait osé se contenter, dans le traitement de cette terrible affection, de l'application de 12 sangsues sur l'abdomen, d'onctions mercurielles et de cataplasmes émollients, tout en y ajoutant plus tard, au moment de l'amélioration, un purgatif au calomel ou autre.

Quand M. J.-P. Tessier vint, il y a quelques années, s'appuyant sur ses observations personnelles et sur quelques autres, proposer l'aconit comme spécifique des maladies puerpérales, un mouvement d'incrédulité générale se fit jour. Depuis lors, ce médicament a été souvent administré contre ces affections avec un succès incontestable, et je crois que l'observation qu'on vient de lire en fournit un exemple nouveau; mais comme *ars tota est in observationibus*, le seul moyen de fixer la science à cet égard est de publier les observations qui se rattachent à ce mode de traitement; c'est ce que, pour mon compte, je ne manquerai pas de faire, chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 19 *juin* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Choléra. — Rapports de MM. Battandier et Castel sur l'épidémie d choléra qui a régné en 1854 dans l'arrondissement de Marennes (Charente-Inférieure). (Comm. du choléra de 1854).

— Manuscrit intitulé *Considérations sur le choléra épidémique qui a régné à Revel* (Haute-Garonne) pendant les mois d'août et septembre 1854, par le docteur Millon, médecin de l'hôpital de cette ville. (Même comm.)

—Série de rapports sur le choléra qui a régné l'an dernier dans le département de la Haute-Saône. (Même comm.).

Eaux minérales. Rapport de M. le docteur Lenfant, médecin inspecteur des eaux minérales de Sail-sous-Couzan (Loire), sur le service médical de cet établissement durant le cours de l'année 1853.

— Rapport de M. le docteur Camparan, médecin inspecteur des eaux minérales d'Encausse (Haute-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

— Rapport de M. le docteur Magnién, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbonne (Haute-Marne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. (Comm. des eaux minérales).

Vaccine.— États des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Ariége, de la Haute-Garonne et dans l'île de la Réunion. (Comm. de la vaccine).

Remèdes secrets.—Recettes de plusieurs remèdes secrets. (Comm. des rem. secrets et nouveaux).

Homœpathie. — Écrit du docteur Alexandre Précy sur trois mois seulement d'exercice de la médecine homœpathique pendant la dernière épidémie de choléra. (Comm. du choléra).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Sparadrap. M. Simonnot, pharmacien, et M. le docteur Lazowski envoient un mémoire sur le sparadrap considéré sous le point de vue pharmaceutique et chirurgical. (Comm. MM. Boulley, Gerdy et Bouchardat).

Choléra.—M. le docteur Cazalas, médecin de l'hôpital de l'école militaire à Constantinople, adresse une note sur l'emploi du bain de vapeur dans le traitement du choléra algide (Comm. du choléra de 1854).

Candidature.—M. le docteur Montrol, médecin à Langres (Haute-Marne), adresse une demande par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie, et communique à l'appui de cette de mande la liste de ses travaux. (Comm. des correspondants étrangers).

Taille.— M. Heurteloup adresse à l'Académie un court exposé à l'aide duquel il convertit la taille par le haut appareil en une plaie simple, en empêchant pendant la cicatrisation l'urine de sortir par l'ouverture faite à la vessie.

ÉLECTION.

M. le secrétaire général annonce que la commission permanente pour l'examen des titres à la candidature des membres correspondants, incomplète depuis la mort d'Orfila, vient d'être complétée par l'adjonction de M. Bussy.

Discussion du rapport de M. Bousquet.

M. Ferrus, dans un discours que nous publierons prochainement *in extenso*, répondant à M. Bousquet, soutient l'excellence de l'anatomie pathologique, au point de vue même de l'aliénation mentale : et s'attache à réfuter la valeur des autorités de M. Bousquet. Cabanis, qui, d'abord si tristement matérialiste, se rétracta plus tard, avait un esprit distingué sans doute, mais chez lui l'inspiration était trop vive; quant à Georget, que M. Ferrus a connu intimement, c'est dans la période la plus virile de sa vie scientifique qu'il émit les doctrines actuellement professées par la plupart des aliénistes; il ne les démentit plus tard que sous le coup de la maladie qui devait l'entraîner prématurément au tombeau, et dominé qu'il était par des influences étrangères.

M. Baillarger lit ensuite un discours que nous publierons dans notre prochain numéro.

Aucun autre orateur ne réclamant la parole, M. le président déclare que la discussion sur le rapport de M. Bousquet est close.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Deux remarquables discours, l'un de M. Ferrus, l'autre de M. Baillarger ont occupé la séance de l'Académie d'hier. Nous attendrons de les avoir publié pour exprimer notre opinion sur la discussion qui les a provoqués.

ERRATA. — Quelques erreurs typographiques ont été commises dans l'impression du compte rendu de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance; on voudra bien les rectifier ainsi :

Page 546, 2e colonne, ligne 11, *au lieu de* au bureau, *lisez* au médecin du bureau.

Page 547, 2e colonne, ligne 6, *au lieu de* recherches microscopiques, *lisez* recherches nécroscopiques.

Page 570, 1re colonne, avant-dernière ligne, *au lieu de* donne avis, *lisez* donne accès.

Page 571, 2e colonne, ligne 7, *au lieu de* succombait, *lisez* incombait.

Page 580, ligne 17, *au lieu de* minces remercîments, *lisez* sincères remercîments.

— Dans l'article de M. Du Motel : Page 579, colonne 1, ligne 42, *au lieu de* pathologique, *lisez* physiologique.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 75. 3e ANNÉE. Vendredi 22 Juin 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal ; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

SOMMAIRE. — CLINIQUE DES HÔPITAUX. Leçons cliniques sur les altérations des liquides. — Des hydropisies, par M. BECQUEREL. — Discussion sur la nature et le traitement de l'aliénation mentale. — Discours de MM. FERRUS et BAILLERGER. — CORRESPONDANCE. — Revue thérapeutique, par M. DOWEL. — Les Cysties, de M. CHATIN.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Lariboissière. — M. BECQUEREL.

Leçons cliniques sur les altérations des liquides. — Des hydropisies.

Depuis l'origine de la médecine, les hydropisies ont fait le sujet de dissertations plus ou moins savantes, basées, assez souvent, sur des idées théoriques. Erasistrate fut le premier qui localisa la cause des hydropisies dans le foie, et Galien employant tous ses efforts à détruire ce qu'il y avait d'exclusif dans ces idées, n'en fit pas moins jouer au foie un rôle immense, subordonné, toutefois, à un vice de la sanguinification.

Ce n'est qu'à l'étude attentive des modifications du sang que l'on doit la connaissance plus exacte des causes de l'hydropisie, et depuis une vingtaine d'années surtout, cette étude a fait d'immenses progrès. M. Andral a, le premier, émis l'idée que beaucoup d'hydropisies dites *essentielles*, reconnaissaient probablement pour cause une altération du sang.

Requin s'attribua, je ne sais pourquoi, la distribution des hydropisies en deux classes, et, dans ses *Éléments de pathologie* il fait à peine mention des travaux de M. Andral. Si c'est une question de priorité, elle ne saurait être douteuse. J'ai défendu dans ma thèse de concours les idées de l'illustre professeur et les travaux que j'ai faits dans ce sens avec M. Rodier confirment les prévisions de M. Andral ; nous avons divisé les hydropisies en deux classes.

1° Hydropisies par obstacle à la circulation du sang. Hydropisies mécaniques ;

2° Hydropisies par diminution des proportion de l'albumine.

Depuis cette époque, de réflexions plus approfondies et quelques faits nouveaux m'ont conduit à établir une troisième classe dans laquelle je rangerai un certain nombre d'hydropisies encore indéterminées, que je considère comme dues à une diminution de la force vitale ; les expériences que j'ai faites depuis la publication de nos travaux sur le sang me confirment dans cette manière de voir.

Toutes les hydropisies peuvent être rangées dans ces trois classes, et chaque jour de nouveaux faits, de nouvelles analyses viennent confirmer cette classification.

1re CLASSE. — *Hydropisies par obstacle à la circulation.*

Elles sont très-nombreuses et on peut les classer d'après la nature et le siége de l'obstacle ; nous nous bornerons à les énumérer sans les décrire, ce qui ne rentre pas dans notre cadre.

L'obstacle peut siéger :

1° Au cœur ;

2° Dans un des gros troncs veineux ;

3° Dans les ramuscules veineux.

1° Au cœur ; dans toutes les maladies organiques ; les rétrécissements des orifices et les dilatations anévrismales, accompagnées ou non d'hypertrophie.

2° Dans les gros troncs veineux ; on peut en compter autant d'espèces qu'il y a de troncs veineux ; aussi en trouve-t-on dans toutes les régions du corps et pourrait-on, à la rigueur, les classer d'après la région qui en est le siége.

Dans la tête, on trouve une variété qui permet d'expliquer un certain nombre d'hydrocéphales organiques. Ainsi, on doit à M. Barrier d'avoir démontré que quelques formes de ces hydropisies sont sous la dépendance de tumeurs tuberculeuses ou autres développées dans le cervelet, tumeurs qui détermineraient l'hydrocéphale en comprimant le sinus droit et les veines de Galien.

Dans le thorax on en observe assez fréquemment. Dans l'abdomen, la compression de la veine porte et de ses deux troncs principaux par une tumeur quelconque ayant son siége dans cette cavité agit, en développant une hydropisie souvent considérable.

La veine cave abdominale, soumise à toutes les causes d'oblitération et de compression qui se développent dans cette cavité et qui sont déterminées soit par des tumeurs développées dans les glandes, soit par des tumeurs siégeant dans l'épiploon, soit encore par suite de gestation, donne souvent l'explication des hydropisies qui, envahissant d'abord les membres inférieurs, envahissent la cavité abdominale et se propagent ensuite aux parties supérieures des sujets.

3° Dans les ramuscules veineuses ; je me bornerai à citer un seul exemple : c'est celui de l'oblitération de la veine porte qui détermine l'ascite.

Enfin, l'obstacle peut se trouver sur le trajet de l'une des veines des membres. Ainsi une tumeur, ainsi une inflammation de la veine ou bien encore une ligature mal placée, un peu trop serrée, peuvent déterminer des hydropisies locales, existant dans la partie où se distribuent les ramuscules des troncs comprimés ou oblitérés.

2e CLASSE. — *Hydropisies par diminution de la force vitale.*

Je dirai quelques mots de ces hydropisies par affaiblissement de la force vitale, dont je vous ai déjà parlé et dont je crois utile de faire une classe à part, parce que leur pathogénie échappe jusqu'ici à l'analyse anatomo-pathologique et à l'analyse chimique. On voit souvent un œdème des membres inférieurs, quelquefois assez considérable, se manifester dans les circonstances suivantes : chez les individus très-âgés ; chez les sujets qui passent plusieurs semaines ou plusieurs mois dans l'inaction ; dans certains cas de paraplégie ; chez les individus épuisés par une longue maladie et dans lesquels l'analyse ne révèle aucune altération appréciable du sang.

La station debout, longtemps prolongée, peut aussi produire

l'hydropisie dans les membres inférieurs ; j'en ai observé plusieurs cas très-intéressants chez des personnes qui passaient des nuits auprès des malades; c'est la pesanteur qui semble ici la cause principale de l'hydropisie. En pareil cas, j'ai souvent vu ces œdèmes persister un temps très-long après la cessation de la cause qui l'a produite.

3e Classe. — *Hydropisies par altération du sang.*

Ces hydropisies peuvent se diviser en deux groupes bien distincts :

1° Hydropisies chroniques ou cachectiques; 2° hydropisies aiguës.

1° Hydropisies chroniques ou cachectiques : cette classe d'hydropisies reconnaît pour cause des affections très-différentes, à marche plus ou moins rapide, aussi l'analyse du sang donne des résultats en harmonie avec cette marche. En premier lieu nous trouvons la maladie de Brigth, qui est pour ainsi dire intermédiaire aux deux groupes que j'ai établis parce qu'elle est tantôt aiguë dans son développement et tantôt chronique. Je l'étudierai dans les leçons que je vous ferai sur cette maladie, je n'en parle donc pas ici et je passe immédiatement à d'autres causes.

L'alimentation de mauvaise qualité, la misère profonde, la soustraction prolongée de la lumière solaire, l'aération insuffisante, l'action prolongée de l'humidité ; toutes les influences hygiéniques débilitantes en un mot, conduisant à une cachexie profonde sont accompagnées d'hydropisies dont il est souvent très-difficile de tirer les malades.

En 1816, plusieurs départements du centre de la France subirent une disette considérable; on vit alors des populations entières atteintes d'hydropisie, dont M. Gaspard a donné une description saisissante, et que, d'après les détails dans lesquels il est entré, on peut considérer comme une hydropisie cachectique.

Un certain nombre de maladies chroniques conduisent à des hydropisies analogues. Je citerai en particulier la convalescence de certaines fièvres typhoïdes. Certaines maladies diathésiques se prolongeant pendant un temps très-long, telles que les affections tuberculeuses et cancéreuses, sont quelquefois accompagnées d'anasarques que l'analyse anatomo-pathologique ne permet pas de rapporter à une cause mécanique. On voit encore de pareils effets se produire à la suite d'hémorrhagies considérables ou d'une longue diarrhée, ou bien encore sous l'influence de la cachexie paludéenne.

Voilà bien des causes capables de produire des hydropisies, regardées autrefois comme hydropisies passives et que nous appelons hydropisies cachectiques; il s'agit maintenant de savoir quel en est le point de départ : voici comment on a marché pour arriver à cette détermination.

Dans la maladie de Brigth chronique, dont les hydropisies sont tout à fait analogues aux hydropisies cachectiques, on trouve une diminution considérable de l'albumine du serum, diminution qui en est l'origine.

Chez des moutons atteints de la maladie à laquelle on donne depuis longtemps le nom de *pourriture*, il existe une hydropisie véritable dont on ignorait la véritable nature. MM. Andral et Gavarret ont analysé le sang de ces animaux et ils ont reconnu qu'il y avait en même temps diminution de proportion des globules et diminution de quantité d'albumine.

M. Andral, dans son *Hématologie*, émit l'idée que la plupart des hydropisies cachectiques pourraient bien être dues à une diminution de l'albumine du sang. Cette idée, je la soutins dans ma thèse de concours, et les analyses que j'ai faites avec M. Rodier sont venues confirmer cette manière de voir.

Considérées d'une manière générale, les hydropisies cachectiques sont la conséquence d'une diminution de proportion de l'albumine du sang. Cette diminution se fait dans les limites suivantes; au lieu de 80 d'albumine qui est le chiffre moyen, ou, pour laisser plus de latitude, au-dessous de 70 sur 1000 de sérum, on peut trouver des chiffres d'albumine qui présentent une série nombreuse de chiffres allant de 70 à 45; c'est entre 50 à 60 que se trouvent compris les chiffres les plus fréquents : Examinons maintenant quelques cas particuliers : lorsque je remplaçais M. Serres, à la Pitié, j'eus occasion d'observer un individu qui avait été en proie à une misère profonde, il était couvert de pustules d'ecthyma (Ecachecticum). Le chiffre de l'albumine était tombé à 65 au lieu de 75. Ce malade mourut sans qu'aucun traitement pût le ramener à la santé.

Les hémorrhagies qui se reproduisent à des intervalles très-rapprochés, comme les écoulements hémorrhoïdaux, sont une cause fréquente, non-seulement de la diminution des globules, mais aussi de celle du chiffre de l'albumine: j ai trouvé 61 dans un cas de ce genre.

Une diarrhée qui dure très-longtemps, qui résiste, comme j'en ai observé bien des cas, à toute espèce de traitement, détermine une diminution parfois considérable de l'albumine et conduit aux hydropisies. Sur trois cas dont j'ai pu étudier le sang, l'un avait 45,61; un autre 53,38 et enfin le troisième 64,05.

La cachexie cancéreuse dans les cas de cancer du foie agit de deux manières bien distinctes : tantôt l'augmentation de volume du foie agit comme cause mécanique, et tantôt en appauvrissant le sang, non-seulement par la diminution très-considérable des globules, mais aussi par l'abaissement du chiffre de l'albumine; j'ai eu occasion d'en analyser un cas très-caractérisé, il n'y avait que 60,81 d'albumine.

La cachexie paludéenne est certainement la cause la plus fréquente de l'appauvrissement du sang. Je crois devoir vous donner le résultat de cinq analyses faites avec soin; vous verrez que les résultats en sont très-confirmatifs de l'opinion que je professe.

Premier cas.	55,68
Deuxième cas.	37,26
Troisième cas.	50,20
Quatrième cas.	60,20
Cinquième cas.	63,20

L'opinion qui rapporte à un obstacle mécanique les hydropisies observées dans cette affection me paraît trop exclusive, et dans le plus grand nombre des cas, l'hypertrophie de la rate ne peut expliquer ces hydropisies; on sera surtout de mon avis, si l'on observe que dans bon nombre de cas d'hypertrophie bien caractérisée, il n'y a pas d'hydropisie; vous avez pu en observer un exemple dans mon service.

Dans les maladies du cœur. Il y a combinaison des causes signalées dans les deux grandes classes que j'ai établies: d'abord une gêne véritable dans la circulation, et ensuite un appauvrissement du sang qui est la conséquence soit de la sortie du sérum du sang qui abandonne ce liquide pour s'épancher dans le tissu cellulaire et les membranes séreuses, soit de l'influence directe de la maladie du cœur elle-même, soit peut-être, enfin, même développée à la suite des divers traitements qu'on fait subir aux malades pour aider la résorption de la sérosité épanchée, ou son élimination par les urines ou par les selles. Aussi au début des hydropisies, qui sont symptomatiques des maladies du cœur, le chiffre de l'albumine du sérum du sang est-il encore normal, tandis qu'à une époque plus avancée la diminution de l'albumine du sang se manifeste et devient parfois assez considérable.

A quel degré, dans une cachexie, faut-il que l'albumine descende pour qu'il y ait hydropisie?

Cette question, fort importante, ne peut être résolue que par l'examen des cas nombreux soumis à l'analyse. Je crois pouvoir limiter au chiffre 60 cette moyenne, sans toutefois affirmer que l'abaissement de l'albumine du sérum à ce chiffre doive toujours avoir pour conséquence une hydropisie. Sur plus de 100 cas, dans lesquels il n'y avait pas d'obstacle mécanique à la circulation, ce chiffre m'a paru constituer la moyenne.

2e Classe. — *Hydropisies aiguës.*

Lorsqu'il y a trois ans, nous émettions avec M. Rodier l'opinion que les hydropisies aiguës reconnaissaient pour cause une altération du sang, il n'existait encore qu'un très-petit nombre d'analyses, pour nous permettre d'appuyer notre opinion; aussi ne l'avions-nous admise qu'avec certaines restrictions; nous avons pu depuis cette époque observer des cas plus nombreux et plus nets, faire des analyses plus probantes dont je donnerai bientôt le résultat.

Ces observations sont encore assez fréquentes, soit en ville, soit dans les hôpitaux; c'était donc par un défaut d'études approfondies qu'on avait pu les attribuer à tout autre cause qu'à une altération du sang.

Sur treize cas que j'ai observés, la maladie avait débuté d'une manière rapide. En voici un exemple :

Un individu qui s'était couché sur la terre humide, entre le lendemain dans mon service: il avait ses membres inférieurs infiltrés; ses urines contenaient de l'albumine. Cinq jours de repos au lit et d'un traitement convenable suffisent pour ramener les urines à l'état normal, et malgré cela l'infiltration persiste.

Il est évident pour moi, qu'une congestion active des reins était la cause de la présence de l'albumine observée dans les urines; qu'il en était résulté une diminution de l'albumine du sang, dont la conséquence était la production d'une hydropisie. Or le traitement peut bien faire disparaître la congestion, mais on ne refait pas aussi vite l'albumine du sang, et l'infiltration persistante étant due à cet abaissement du chiffre de l'albumine du sérum, il fallait un temps plus long pour que la résorption se fît.

J'ai observé trois cas de ce genre; dans douze autre cas, les malades étaient entrés au huitième, au neuvième jour du début, l'examen n'avait pas la même valeur probante.

Je rangerai donc ces cas dans la maladie de Brigth aiguë, et comme bien souvent celle-ci ne passe pas à l'état chronique, les malades peuvent sortir guéris au bout d'un temps plus ou moins long. La scarlatine est encore une cause très-active de ces sortes d'hydropisies.

Dans le service de M. Piedagnel, on a pu observer un homme qui tous les ans était pris d'une infiltration rapide, sans fièvre, sans douleur, sans cause appréciable; quelques jours de repos et de traitement suffisaient pour le débarasser complètement et le rendre à une santé parfaite.

Cet individu avait dans l'état maladif : 70 d'albumine dans le sérum du sang, et 96 quand il se portait bien.

La moyenne de nos analyses pour quinze cas de maladie de Brigth, sur 27 observés, a été 60; maxima 70, minima 49.

Conséquences chimiques.

1° Dans les hydropisies aiguës: si on réfléchit que les globules ne sont pas diminués, que la fibrine augmente un peu et se trouve représentée par le chiffre 4; si de plus on réfléchit que la saignée pourra être répétée plusieurs fois sans nuire à la constitution du sang, on n'hésitera pas à l'employer; je l'ai constamment employée et toujours avec un grand bénéfice pour le malade.

Doit-on employer les diurétiques? Non, d'une manière absolue. Ils agissent en congestionnant les reins, en exagérant ses fonctions; or, ce qu'il faudrait observer avant tout, c'est le repos de l'organe. Les bains de vapeur réussissent, au contraire, parfaitement. Vous avez pu observer un malade dans mon service, qui, à son troisième bain de vapeur, se trouve déjà dans un état sensible d'amélioration. Les ventouses scarifiées sur la région lombaire, alors que l'infiltration n'est pas très-considérable, seront d'un grand secours. Comme traitement général, pouvant aider à la reconstitution de l'albumine, vous pourrez employer le quinquina, qui est d'un puissant secours.

2° Dans les hydropisies cachectiques : mettons à part la maladie de Brigth chronique, dans laquelle il faut tenir compte des altérations des reins, et dont plus tard j'aurai à vous parler plus au long.

Dans les hydropisies cachectiques dont je vous ai parlé plus haut, ne faites pas d'émissions sanguines, car les globules étant diminués, vous appauvrissez le sang de plus en plus, et l'état du malade en serait aggravé. On doit rejeter les diurétiques pour les mêmes motifs.

Il faut chercher à reconstituer l'albumine au moyen des préparations de quinquina et, au besoin, placer des exutoires sur la région lombaire, des vésicatoires ou même des cautères avec le caustique de Vienne.

Perret et Maurin.

Discussion sur la nature et le traitement de l'aliénation mentale.

(Addition à la séance de l'Académie du 19 juin 1855.)

Discours de M. Ferrus.

Le dernier discours de M. Bousquet est plein de courtoisie, de charme, d'érudition. L'est-il également de vérité? Porte-t-il dans toutes ses parties ce cachet de décision et de fermeté qui est le propre des opinions bien arrêtées? Nous ne le croyons pas. Il nous a semblé que depuis sa première communicaton sur le vitalisme jusqu'au discours prononcé mardi dernier, notre savant collègue a sensiblement modifié l'absolutisme de ses doctrines. Actuellement, la folie n'est plus à ses yeux cette idéale maladie qu'un souffle peut guérir; elle n'est plus aussi nettement séparée de toute nécessité de localisation. Le philosophe tend à s'effacer et à faire place au médecin; mais le médecin laisse voir encore dans ses doctrines une assez grande confusion en ce qui touche les espèces des maladies mentales.

M. Bousquet a cité les noms de Cabanis et de Georget, et il a rappelé que tous deux sont revenus de leurs idées trop organiciennes au sujet de l'intelligence. Il a reproduit la phrase tristement célèbre de Cabanis, où cet auteur prête au cerveau la fonction de sécréter organiquement la pensée. Mais on essaierait en vain de faire une arme contre l'organicisme de cette opinion à laqnelle personne n'adhère. Evoquer ce fantôme, c'est agir quelque peu à la façon de ces écrivains opposant sans cesse aux progrès successifs des institutions politiques le spectre des révolutions pour effrayer les esprits timides. La formule de Cabanis est révoltante et fausse : révoltante pour la psychologie, parce qu'elle matérialise un phénomène que cette science croit devoir rapporter à l'âme, à l'esprit, à l'essence pure et divine ; fausse pour la physiologie qui n'étudie que des sécrétions tangibles et qui se refuse à considérer comme telles l'élaboration accomplie au sein du cerveau, prétendue sécrétion qui n'a rien de concret. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que Cabanis ait rétracté cette opinion et qu'il ait renié les conséquences d'une analogie qu'il avait poussée jusqu'à l'absurde. Mais ceci ne saurait ébranler mes convictions personnelles sur l'intime fusion des deux éléments de la vie humaine. Des hommes tels que Cabanis, laissant derrière eux le but qu'ils se proposent d'atteindre, reviennent fréquemment sur leurs pas, et, après des marches aventureuses, effectuent quelquefois des retraites sans mesure.

Quant aux opinions philosophiquement médicales de Georget, j'en puis parler pertinemment, les ayant vues naître et grandir ; peut-être même n'ai-je pas été étranger à leur développement.

Ici l'orateur raconte, dans l'intérêt même de la discussion et à titre d'observation psychologique, quelques détails sur la vie de Georget. Doué d'une belle intelligence, plein de candeur et de bonne foi, Georget obtint, jeune encore, le titre d'interne des hôpitaux. Après ce premier succès, il se montra peu laborieux; on le voyait gardant presque tout le jour le tablier de l'interne, ne s'éloignant guère de la Salpêtrière, si ce n'est pour aller satisfaire dans un petit café du voisinage sa passion fort vive et très-innocente pour le jeu de domino. Esquirol, son chef de service, l'honora d'une amitié fertile en bienfaits; il lui fit souvent sur son apathie des reproches; mais ces exhortations étaient trop douces pour être écoutées. Moins médecin que philosophe, Georget rêvait volontiers; on n'obtenait pas de lui sans peine la rédaction d'une observation. D'ailleurs l'art d'écrire lui était rendu difficile par des études classiques quelque peu négligées. Appelé à suppléer Esquirol dans son service à la Salpêtrière, je réussis mieux que lui à électriser Georget; la fermeté ne fut cependant pas mon seul levier, j'en eus un autre : ce fut le désir de m'instruire. A l'École de santé, où j'avais terminé mes études depuis longtemps, aucune des notabilités dont se composait ce corps enseignant ne nous avait entretenus des maladies men-

tales; Pinel lui-même, qui écrivait ou venait d'écrire alors son admirable ouvrage, n'avait pas prononcé (cela est certain) quatre paroles de suite sur ce sujet. Il est triste de dire que l'aliénation n'a pas encore un représentant dans le professorat officiel. Dix années de pratique sur les champs de bataille et dans les hôpitaux militaires n'avaient pas comblé cette lacune de mon éducation médicale. Je saisis donc avec empressement l'occasion qui s'offrait à moi d'étudier la folie dans les salles d'Esquirol.

Mon ardeur et ma persévérance finirent par entraîner Georget; il secoua son indolence, et c'est de cette époque, comme il le disait souvent lui-même, que data chez lui cet élan dont il fit un si profitable usage. Il fit une étude approfondie de l'aliénation et des sciences corrélatives de cette branche de la médecine. Les doctrines de Gall attirèrent son attention; il en admettait certaines parties, mais se réserva à l'égard de l'ensemble son droit de critique et repoussa les idées de localisation de Gall. Dans tout ce que Georget a écrit sur cette matière, il n'y avait rien d'excessif ou d'anormal; l'Inquisition elle-même n'y eût pu trouver un motif à condamnation. Il pécha cependant, mais sur un point que lui pardonneraient les casuistes les plus rigoureux — puisqu'ils ont admis et même expliqué la motilité des tables tournantes! — il pécha par une foi trop grande en la candeur et la lucidité des somnambules. Georget continuait à travailler, mais sans suite; sa santé n'offrait pas à son intelligence un point d'appui pour des études persévérantes; il travaillait soutenu par ce rayonnement propre aux personnes atteintes de maladies de poitrine, soutenu aussi par l'affection d'un ange de piété et de douceur. La veuve de son maître avait reporté sur Georget toute son affection. C'est sous l'influence religieuse de cette femme, modèle d'abnégation et de vertu, sous l'influence de la maladie, que Georget jeta dans son testament ce cri de défaillance qui a rejailli sur ses opinions. C'était, il faut le dire, l'effet de scrupules bien exagérés; car Georget n'était pas matérialiste : il voyait l'immatérialité dans la matière, admirant l'œuvre de Dieu dans ses productions sensibles, et trouvant dans l'intuition intime et la contemplation des sublimes harmonies de la nature une raison suffisante pour croire à l'action de sa providence et aux futurs décrets de sa justice.

Mais, laissons les personnes et parlons des choses.

Le cerveau, dit M. Bousquet, ne peut pas penser. Nous pourrions répondre avec Locke : Si Dieu l'eût voulu, pourquoi la matière ne penserait-elle pas? Notre collègue nous a épargné ce soin et, par une conversion soudaine, après avoir proclamé l'indépendance de la pensée, il proclame la dépendance des deux substances et reconnaît les rapports du physique et du moral. Conçoit-on le moral sans l'intelligence et la pensée? Non, évidemment. Il y a donc un désaccord flagrant dans les opinions de M. Bousquet.

On ne peut se dissimuler que les trois communications de notre honorable collègue n'ont au fond qu'un but : celui d'établir que, si l'aliénation est une maladie, c'est une affection purement psychique, une maladie sans matière et, partant, la médecine a été, est et sera impuissante à guérir l'aliénation, si ce n'est dans certains cas, à l'aide de moyens de l'ordre moral. En vérité, on peut s'étonner de voir ainsi remises en question, des doctrines qui ont été, dans cette même enceinte, discutées, appréciées et jugées en 1841. A cette époque, Leuret venait d'écrire un mémoire sur la révulsion morale dans le traitement de la folie, et le rapporteur de la commission, Double, si bien disposé, d'ailleurs, en faveur des travaux de Leuret, s'exprimait ainsi :

« Tenir pour principe que la diversion morale suffit pour obtenir la guérison de la folie, c'est à la fois commettre une erreur et une faute. C'est une faute grave, presque un dol au préjudice de la médecine, parce que, ainsi isolés, l'étude et le traitement de l'aliénation échapperaient bientôt à son domaine. C'est, en second lieu, une erreur capitale, parce que les mouvements intestins de nos organes produisent souvent des déterminations morales, des idées, des passions; parce qu'il est des monomanies qui n'ont d'autre point de départ que des causes purement physiques; que des modifications physiques variées ont plusieurs fois servi de moyen de solution suffisante et définitive de monomanies opiniâtres. Ajoutons que les monomanies qui paraissent le plus complétement indépendantes d'une cause autre qu'un trouble moral, coïncident fréquemment avec des dérangements notables dans les fonctions organiques. Dans le traitement qui paraît dirigé formellement contre la perturbation morale, les secours les plus nombreux et les plus puissants sont empruntés à l'hygiène, et les moyens thérapeutiques y prêtent une efficace assistance. Les agents pharmaceutiques, les ressources de l'hygiène, parmi lesquelles se placent en très-bon rang les travaux agricoles et, finalement, les modifications, les directions morales diversifiées, telles sont les trois grandes sources où, de tout temps, on a puisé et l'on doit puiser les secours offerts aux malheureux atteints d'aliénation mentale. »

Tel était le jugement de votre commission en 1841. A cette déclaration insuffisante, à mon sens, mais très-significative, et venue s'ajouter la mienne propre. Je m'appliquai à établir qu'il n'existait pas d'aliénation mentale sans *modification* matérielle, et que presque toujours la lésion précédait le trouble moral. Je montrai que parmi les guérisons annoncées par Leuret, pas une n'avait persisté; sur trois malades, l'un était guéri, mais une récidive n'avait pas tardé à survenir; l'autre, d'abord guéri incomplétement, avait éprouvé un retour d'habitudes bizarres; quant au troisième, de l'aveu de Leuret lui-même, il était menacé d'une rechute. — A cette occasion, je disais que Ideler, pour qui l'aliénation était le résultat d'une éducation vicieuse des facultés, avait proposé, avant Leuret, de harceler les malades, de manière à apaiser chez eux les penchants qui prédominent, et à exciter ceux qui sont déprimés. Mais ceci, ajoutai-je, est de la fantasmagorie; on ne joue pas avec les passions; on ne peut qu'observer attentivement le malade, le mener doucement, le dominer soit brusquement, soit en réveillant chez lui peu à peu les sentiments affectifs, les notions du juste et de l'injuste, — et c'est ce que font tous les médecins instruits.

Dans la même séance, Rochoux déclarait que, puisque l'on ne pouvait penser sans cerveau, il ne saurait exister de folie sans lésion du cerveau.

Ainsi, dès cette époque, la tendance à voir dans l'aliénation une maladie de l'esprit susceptible de guérir par un mot, par un souffle, était venue faire naufrage dans cette enceinte.

De tout ce mirage, il n'était rien resté, car nos arguments et les faits sur lesquels ils s'appuyaient ont conservé toute leur valeur. Cela est si vrai, qu'aucun aliéniste n'a adopté les opinions de Leuret ni dans l'enseignement, ni dans la pratique. Pourtant, sous les cendres de cette discussion, on a réussi à rallumer la même controverse.

Il s'agit de savoir, dit M. Bousquet, où la folie réside dans l'organisme? Est-ce dans le cerveau, rien que dans le cerveau? En faisant une large part aux sympathies exercées sur cet organe, notre collègue s'efforce d'éloigner l'idée d'une localisation. Mais que fait-il ainsi sinon, d'une part, détruire l'idée dominante de son travail, qui est d'établir l'immatérialité de la folie, et d'une autre part mettre à néant les prétentions du traitement moral exclusif? Qu'est-ce, en effet, que la sympathie? S'opère-t-elle d'une manière toute spirituelle? N'est-il pas évident, au contraire, qu'elle s'établit par un acte organique d'où la matière ne saurait être exclue?

Plus loin, M. Bousquet accorde l'influence de l'hérédité sur la production de la folie. C'est encore là une immense concession. Hérite-t-on d'idées toutes faites ou ne reçoit-on pas plutôt par ce mode de transmission les conditions qui engendrent ces idées, conditions assurément physiques?

Parmi les maladies mentales, il n'en est qu'une dont M. Bousquet convienne qu'elle est bien caractérisée par une lésion matérielle, c'est la paralysie générale; mais ce n'est pas une folie, encore qu'il y ait dérangement de l'esprit, c'est une *méningite*, dit notre collègue; elle prend place entre l'inflammation et la paralysie. Ce n'est pas de la folie, j'en conviens, mais c'est toujours de la démence. Que cette démence soit ou non accompagnée de paralysie, elle ne se place pas entre l'inflammation et la paralysie, comme le veut M. Bousquet. Les lésions qui la caractérisent ne sont pas inflammatoires comme dans l'arachnitis, le phrénitis, le délire fébrile. On est ici en présence d'une méningite de cause spécifique, dont la marche est analogue à celle du ramollissement non aigu du cerveau, si bien décrit par M. Rostan; en effet, elle se lie ou s'étend toujours au cerveau, ainsi que l'ont démontré les recherches de M. Bayle.

M. Bousquet concède l'existence d'une lésion matérielle pour ce cas seulement : quant à nous, nous l'admettons toujours. Il ne nous est guère arrivé d'ouvrir le crâne d'un idiot ou d'un maniaque sans y rencontrer, à un degré plus ou moins considérable, au moins une partie des lésions que MM. Calmeil et Bayle regardent comme inhérentes à la démence.

M. Bousquet déclare que les manies, les monomanies et les autres formes d'aliénation, où, suivant lui, l'altération organique fait défaut, forment l'immense majorité. C'est là une erreur de fait; les démences et les paralysies générales forment, au contraire, en grande partie la population des asiles.

Notre collègue s'étonne de la satisfaction que nous éprouvons à la constatation des lésions qui nous ôtent, dit-il, jusqu'à l'espoir de guérir; sur ce point, il aimerait conserver quelques illusions. C'est là un vœu bien étrange. Jamais il ne peut advenir qu'une somme plus grande de savoir nuise à la science; qu'il faille préférer l'illusion à des connaissances positives qui sont à la thérapeutique ce que les cartes géogra-

phiques sont à la science des voyages, qui fixent l'esprit du médecin dans la pratique, au lieu de le laisser flotter dans la fantaisie des hypothèses et des idées préconçues. La mort nous apprend à soigner et à sauvegarder la vie. M. Bousquet pense-t-il qu'on puisse regarder comme non avenus des travaux tels que ceux de M. Parchappe? D'après cet auteur, non-seulement il y aurait constamment des lésions matérielles dans l'aliénation, mais chacune de ses espèces aurait des caractères anatomiques particuliers : la congestion des méninges et de la surface du cerveau appartiendrait à la folie aiguë; l'atrophie des circonvolutions à la folie chronique; le ramollissement inflammatoire de la substance corticale à la folie paralytique. Peut-on rejeter comme vaines les recherches qu'un aliéniste célèbre, M. Calmeil, poursuit en ce moment sur les altérations de texture que présente la pulpe cérébrale dans les diverses classes de maladies mentales? ou les observations de M. Follet, médecin de l'asile de Quimper, sur l'inégalité des hémisphères cérébraux chez les fous épileptiques?

Il me reste à parler des critiques dirigées par M. Bousquet contre nos classifications et l'apparente pauvreté de notre thérapeutique.

Relativement aux essais de classification, il félicite Esquirol d'avoir distingué l'idiot et le dément : l'idiot n'a rien acquis, le dément a tout perdu. Puisque M. Bousquet est partisan des distinctions rationnelles, comment se fait-il qu'il retombe lui-même dans la confusion qu'il blâme, et que pour lui les malades puissent être successivement monomaniaques, puis maniaques, puis déments, puis *idiots?* Sans doute, notre collègue a raison de demander au langage scientifique une grande précision, mais quand une science n'est pas finie, il ne faut pas se montrer trop exigeant envers elle. On connaît les principales formes de l'aliénation mentale, c'est déjà beaucoup. Nos connaissances sur ce sujet spécial s'agrandissent tous les jours par des travaux que tout le monde connaît et apprécie, et qui sont consignés soit dans les *Annales d'hygiène*, soit dans les *Annales médico-psychologiques*. Les questions qui en font l'objet sont discutées au sein de la Société médico-psychologique, où la philosophie et la médecine se donnent la main, et où l'Académie est représentée par plusieurs de ses membres. Si j'ai un regret sincère, c'est que M. Bousquet n'en fasse pas partie.

Ne disons donc plus *folie* pour indiquer indifféremment ou le délire maniaque ou l'aliénation elle-même. Reconnaissons qu'il y a des idiots, des maniaques, des stupides et des déments. Ce sont là des distinctions qui forment la base de toutes les classifications aujourd'hui admises. D'après l'idée que nous poursuivons dans ce travail, on pourrait confondre toutes ces affections sous le nom de maladies *cérébro-mentales*.

M. Bousquet accuse notre thérapeutique d'abaissement et de pauvreté. A ce sujet j'ai une remarque à lui soumettre : Du jour où le traitement des aliénés a conquis son indépendance, qu'il s'est émancipé de la tutelle idéaliste et théologique, qu'un prélat vénérable, M. de Quélen, a reconnu que la médecine et la raison pouvaient seules guérir les fous, du jour où il a été établi que l'aliénation est une maladie comme les autres, qu'est-il arrivé? C'est que cette idée a passé dans le domaine administratif qui a créé de nouveaux asiles et amélioré l'hygiène des anciens; dans le domaine législatif où elle a produit des lois protectrices; dans le domaine judiciaire où elle a eu pour effet de faire une large place à l'expérience médico-légale.

Quand j'ai cité le passage de Celse, sur lequel M. Bousquet a insisté dans son dernier discours, je n'avais nullement pour but de prouver l'excellence de son traitement, puisqu'il parle de l'emploi des peines corporelles, justement flétries, justement exclues. Mon intention était de faire voir qu'antérieurement aux conceptions animistes, l'origine physique et matérielle de l'aliénation avait été entrevue par quelques esprits d'élite. Mais ce n'était là qu'une lueur. Pendant le moyen-âge, si quelque idée rationnelle sur la thérapeutique de l'aliénation s'est produite, jamais elle n'est descendue dans la pratique; avant 1789 même on ne traitait les aliénés que par des rigueurs corporelles ou par des exhortations morales, parce que, disait-on, ils avaient *mal à l'âme*. Plus tard, quand on se déshabitua de ne voir dans la folie qu'un trouble des idées, de dire qu'ils avaient l'*esprit malade* (comme s'exprimait encore Pariset), on s'attaqua à l'organe de la pensée ou à l'organisme tout entier; on abandonna la chimère du traitement moral tout exclusif, véritable homœopathie de l'aliénation; on se hâta de mettre à profit les premières périodes, les périodes encore curables du mal. Quel a été le résultat de cette réforme dans les doctrines? C'est qu'aujourd'hui au lieu de n'avoir que des *aliénés à vie*, on guérit *un malade sur trois*. Telle est, en effet, le résultat d'une statistique dressée à l'aide des comptes rendus des asiles de provinces (défalcation faite, bien entendu, des cas reconnus incurables à leur entrée dans ces asiles).

Dans cette discussion il n'y a pas seulement des doctrines en présence; il y a encore autre chose. On menace les progrès réalisés, on exhume le mirage du traitement moral exclusif. A-t-on bien calculé les conséquences qui peuvent en résulter? Est-ce que, témoin du discrédit jeté sur le rôle du médecin auprès de l'aliéné, le zèle religieux ne ressaisirait pas avidement ce qu'il a eu tant de peine à abandonner? Est-ce que l'administration hospitalière, si encline à tout ramener à sa sphère, ne s'en autoriserait pas pour se substituer au médecin et proclamer qu'une tutelle purement administrative et des soins hygiéniques suffisent pour couvrir sa responsabilité sociale? Est-ce que la médecine, comme le disait Double, n'abdiquerait pas? Est-ce que ce ne serait pas faire tomber pièce à pièce, sous le péril de cette théorie, une législation protectrice qui est un modèle pour les autres états, et constitue une des plus belles conquêtes de la raison et de la charité?

Je me résume : Soit comme erreur scientifique, soit comme résultat possible d'application, il fallait repousser une idée qui, menaçant à la fois et le sort des aliénés et l'existence de la législation qui les protège, introduisait partout où l'on s'occupe d'aliénation, comme ici, les discussions métaphysiques avec leurs problèmes éternels et leurs obscurités impénétrables, et remettait en question des solutions scientifiquement et légalement consacrées!

DISCOURS DE M. BAILLARGER.

Messieurs, parmi les questions assez nombreuses que soulève le rapport de M. Bousquet, il en est deux qui me paraissent avoir un intérêt plus spécial et plus actuel, en ce sens qu'elles sont pour ainsi dire à l'ordre du jour parmi les médecins aliénistes. Je veux parler de la classification des différents genres de la folie et de la physiologie du délire; ces deux questions sont déjà assez vastes par elles-mêmes, et ce sont les seules sur lesquelles je reviendrai aujourd'hui en répondant aux nouveaux arguments de notre collègue M. Bousquet.

Je commencerai par ce qui a trait à la classification. Dans ma première argumentation, j'ai parlé des divisions établies entre les maladies mentales considérées d'une manière générale. J'ai dit les progrès que la science avait faits sous ce rapport depuis quarante ans, je n'ai plus par conséquent à y revenir et je me limiterai, comme l'a fait d'ailleurs M. Bousquet, à ce qui a trait à la folie proprement dite.

Existe-t-il pour les névroses intellectuelles comme pour les névroses convulsives plusieurs types différents? Combien en existe-t-il?

M. Bousquet, en s'occupant de ces questions, croit avoir constaté des dissidences très-graves entre les médecins aliénistes et il s'est surtout appliqué à les faire ressortir. Dans sont rapport notre savant collègue avait dit que les médecins aliénistes n'étaient à l'aise que dans les livres; aujourd'hui, je le vois à regret, il ne veut pas même leur laisser cette faible consolation et il s'attache à leur prouver qu'ils ne sont pas même d'accord sur le papier. Il va même plus loin et conclut que les mêmes dissentiments existent au lit du malade; enfin il arrive à cette conclusion que les types adoptés jusqu'à présent sont sans fondement dans la nature.

C'est là, Messieurs, à mon avis une hérésie scientifique contre laquelle on ne saurait trop protester. Je m'empresse d'ajouter que M. Bousquet n'a pas cru devoir prendre seul la responsabilité d'une pareille opinion, il s'appuie en effet sur l'autorité de deux médecins aliénistes assurément très-compétents, MM. Falret et Moreau, puis se retirant de la lutte, il ajoute qu'il n'a pas à prononcer entre Hippocrate et Galien.

Me voilà donc, Messieurs, mis en présence de M. Falret et de M. Moreau. J'accepte la position qui m'est faite et je vais successivement examiner les doctrines de ces deux honorables confrères au point de vue de la classification des différents genres de folie.

Cependant je demande la permission de rectifier une erreur commise par M. Bousquet. Pinel, comme on le sait, n'admettait que deux types, la manie ou le délire général, la mélancolie ou délire partiel.

Aujourd'hui encore nous n'aurions non plus que deux types, la manie et la monomanie. Vous en êtes donc, dit M. Bousquet, en fait de classification, précisément au point ou en était la science lorsque Pinel publia son *Traité médico-philosophique* sur l'aliénation mentale. Il n'y aurait en effet qu'un mot de changé.

Notre collègue a oublié ici qu'Esquirol a divisé les délires partiels en deux types tout à fait différents et qui constituent deux maladies distinctes. Il en a indiqué les caractères différentiels, et ces caractères sont à son avis des plus tranchés; il ajoute même qu'il est impossible de confondre ces deux états pathologiques si l'on veut apporter quelque précision dans le langage médical. Esquirol a donc admi trois grands types qu'il a désignés sous les dénominations de manie, de monomanie et de lypémanie. C'est ce dernier type que notre collègue, M. Bousquet, a oublié de mentionner. J'ajouterai que la division d'Esquirol a

été adoptée par presque tous les médecins aliénistes. Ceci établi, j'arrive à la discussion des doctrines de MM. Falret et Moreau.

Examinons d'abord les idées de M. Falret.

D'après M. Bousquet, M. Falret trouverait que c'est trop de la manie et de la monomanie; il déclare que la monomanie n'existe pas dans la nature, elle n'est que dans la tête des aliénistes et dans leurs livres.

La conséquence de cette opinion, c'est que M. Falret n'admettrait qu'un seul type, la manie. Je m'empresse de le dire, Messieurs, il y a ici une grave inexactitude; l'amitié est quelquefois compromettante, et je demande la permission de rétablir les opinions de M. Falret dans toute leur vérité.

Cet honorable confrère a adopté et conserve religieusement la classification d'Esquirol, qui a été son maître. Il reconnaît, comme lui, trois types principaux. Pour ne point laisser de doute à cet égard dans l'esprit de M. Bousquet et pour lui éviter toutes recherches, j'indiquerai successivement, par des citations textuelles, les caractères assignés par M. Falret à chacun des trois types.

Le premier qui se présente, c'est l'*aliénation générale*. « Les maniaques, dit M. Falret, constituent un groupe tout à fait distinct : en désaccord plus ou moins complet avec eux-mêmes, ils le sont avec la nature entière; ils méconnaissent leur passé; leur présent ils n'ont aucun souci, aucune prévoyance de l'avenir. Penchants, sentiments, intelligence, volonté, toutes les facultés bouleversées présentent l'image du chaos. »

Tels sont les caractères principaux du premier type.

Le second type, c'est l'aliénation partielle, beaucoup plus fréquente que l'aliénation générale, et présente à l'observation, dit M. Falret, des caractères bien différents. « La possibilité de raisonner juste sur un grand nombre de points, donne aux aliénés qui en sont atteints, des apparences de calme et de raison qui contrastent singulièrement avec l'agitation et le désordre général des maniaques. »

Cette apparence de calme et de raison étonne beaucoup les gens du monde, qui, comme on le sait, se représentent toujours la folie avec les caractères de la manie. On raconte que Pinel, faisant visiter la division des aliénées de la Salpêtrière à une dame, avait déjà parcouru avec elle plusieurs salles remplies de malades, lorsque cette dame s'arrêtant, demanda à l'illustre médecin où étaient les folles et si elle ne pouvait bientôt les voir. Elle entendait par là les malades agitées qu'on lui montra en effet quelques instants après; cette dame, sans nul doute, quitta la Salpêtrière, bien convaincue qu'il y a parmi les aliénées, au moins deux groupes parfaitement distincts.

La visite d'un asile doit suffire, en effet, à notre avis, pour faire cesser toute discussion à cet égard.

Je reviens aux opinions de M. Falret : comme Esquirol, il a divisé l'aliénation partielle en deux types qui n'ont pas seulement des caractères différents, mais même des caractères opposés. Le premier de ces deux types, c'est l'*aliénation partielle dépressive*. « Comme son nom l'indique, dit M. Falret, elle a pour fond et pour caractère principal, l'affaissement, la lenteur, la prostration de toutes les facultés.

« L'intelligence est déprimée, affaissée, comme la sensibilité, la volonté; il y a rareté dans la production des idées; le cours en est ralenti et le cercle en est rétréci.

« Physionomie concentrée, anxieuse, plus tard exprimant l'hébétude et la stupidité, etc. »

Le troisième et dernier type, c'est l'*aliénation partielle expansive*. « Le fond de cette maladie, dit M. Falret, réside dans l'exaltation de toutes les facultés. . . . . L'intelligence est avivée et surexcitée comme les sentiments et la volonté. Il y a rapidité, richesse, et même quelquefois fécondité d'idées. »

Comme vous le voyez, Messieurs, les caractères de ces deux derniers types ne sont pas seulement différents, ils sont opposés, et rien ne prouve mieux la nécessité de séparer ces états pathologiques, que le contraste des tableaux que je viens de rappeler. Esquirol a donc, sous ce rapport, réalisé un grand progrès, et on ne peut que féliciter M. Falret d'avoir conservé.

En résumé, M. Falret, comme vous le voyez, Messieurs, admet trois types : l'*aliénation générale*, l'*aliénation partielle dépressive*, et enfin l'*aliénation partielle expansive*. Ces trois types sont les mêmes que ceux qu'avait admis Esquirol sous les noms de manie, de monomanie et de lypémanie; on peut donc conclure, avec M. le docteur Renaudin, que M. Falret s'est rattaché à la classification d'Esquirol « dont il a seulement changé la nomenclature. »

C'est donc en vain, Messieurs, que je cherche le désaccord signalé par M. Bousquet, qui, évidemment, a présenté les opinions de M. Falret d'une manière inexacte.

Les faits ainsi rétablis, je dois ajouter qu'il se présente une grande difficulté : Esquirol et M. Falret ont tous les deux admis trois types. Or, si M. Falret ni un des types d'Esquirol, il semble qu'il a dû en créer un autre. Mais rien de semblable n'a eu lieu, car ni M. Falret ni M. Bousquet n'en ont rien dit. Ce n'est donc pas là qu'est la solution de la difficulté; elle se trouve, je crois, dans un passage d'un ouvrage remarquable, ouvrage dont j'ai déjà cité l'auteur : « L'illustre médecin de la Salpêtrière, dit M. Renaudin, en parlant de M. Falret, tout en rejetant la monomanie comme une erreur *grammaticale*, l'admet comme une réalité médicale, sous le nom d'aliénation partielle expansive. »

Ces deux expressions, en effet, sont souvent employées comme synonymes; il n'y aurait donc, d'après M. Renaudin, qu'une différence de mot, et qu'une question de grammaire.

Ce qui prouve encore que la monomanie et le délire partiel expansif ne sont qu'une seule et même chose sous des noms différents, c'est que ni M. Bousquet ni M. Falret n'ont pas parlé du diagnostic différentiel de ces deux états; ce serait cependant la véritable question : cela nous paraît si évident que le silence ne peut être ici qu'un aveu d'impuissance. Cependant, Messieurs, M. Renaudin a peut-être été trop loin en ne signalant qu'une différence de mots entre Esquirol et M. Falret; il y a, en effet, des idées différentes quant à la rigoureuse limitation du délire, c'est une objection sur laquelle Cullen a plus tard déjà beaucoup insisté et qui a été reproduite par M. Foville, auquel Esquirol a répondu dans son ouvrage.

J'ai essayé dans un mémoire, publié il y a déjà près de dix ans, de démontrer que les monomanies pures sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le pense. Mais quand bien même il en serait autrement, cela, à mon avis, ne suffirait pas pour détruire le type si vrai de la monomanie. L'intelligence humaine est si vaste, elle se prête à des combinaisons si variées qu'un homme peut avoir des conceptions délirantes assez nombreuses sans que sa conversation sur une infinité de points cesse pour cela d'être raisonnable, sans qu'il perde la faculté de faire des travaux suivis. Je me bornerai à citer une observation, l'une des plus curieuses que possède la science; elle a été rédigée et publiée par le malade lui-même en trois gros volumes; je veux parler de Berbiguier, l'auteur des *Farfadets*.

Berbiguier avait eu des hallucinations, il croyait à leur existence réelle.

Peu à peu son délire prit de l'extension : son imagination, comme il le dit lui-même, était tellement frappée des farfadets qu'il en voyait partout.

Dès lors, rien n'arrive plus que par les maléfices des farfadets.

Ils tourmentent son écureuil.

Ils font fumer son poêle.

Ils arrêtent ou dérangent le mouvement de sa montre.

Ses ennemis agissent sur lui-même. Ils l'endorment contre son gré. Ils troublent ses facultés; ils lui enlèvent ses idées, ils le font *éternuer*.

Ils vont même jusqu'à lui faire commettre de mauvaises actions. C'est ainsi qu'il leur attribue ses emportements et ses brutalités contre son écureuil.

Ce sont ces farfadets qui font le mauvais temps; sans eux il n'y aurait ni pluie, ni grêle, ni tonnerre. Plusieurs fois, ils ont fait souffler le vent pour briser son parapluie.

Tout peut ainsi s'expliquer par les farfadets.

On se trompe sur la cause des morts subites; on les attribue à des coups de sang, à des apoplexies, mais il n'en est rien. Ce sont les farfadets qui étouffent et étranglent les personnes qu'on voit ainsi succomber tout à coup.

Il n'y aurait point d'entorses sans les farfadets, qui placent à dessein des obstacles devant les gens pour les faire tomber.

Enfin Berbiguier explique par les farfadets la grossesse de plusieurs jeunes filles que l'on disait avoir été séduites; ces filles, pour lui, sont innocentes et pures; elles portent la peine des maléfices des farfadets qui se sont introduits la nuit auprès d'elles invisiblement, et qui en ont abusé à leur insu.

Les farfadets passent par les fissures des meubles les plus étroites; ils se glissent même entre la jambe et la jarretière, etc., etc.

Je n'en finirais pas, Messieurs, si je voulais poursuivre l'énumération de toutes les conceptions délirantes de Berbiguier; ce que je viens de citer me paraît suffire.

Voilà assurément un délire très-étendu, des conceptions délirantes bien nombreuses. Joignez à cela que de temps en temps Berbiguier avait un trouble plus général des facultés; il avoue que les membres de l'iodieuse association qui le poursuivaient lui travaillaient parfois la tête au point qu'il était obligé de convenir qu'il ne lui restait pas l'ombre d'une idée saine et qu'il oubliait tout à coup ce qu'il faisait.

Si la monomanie devait toujours être strictement limitée à une seule idée fausse, Berbiguier, assurément, serait loin d'être un mono-

maniaque. Cependant l'auteur des *Farfadets* qui a pu composer et imprimer un long ouvrage, s'occuper de tous les détails de l'exécution n'était assurément ni un maniaque ni un dément; il n'était pas davantage atteint de mélancolie, laquelle, comme on la vu, d'après M. Falret, a pour caractère principal la lenteur et la prostration de toutes les facultés. C'était au contraire un homme actif, intelligent, qui n'avait aucune incohérence dans les idées et n'offrait pas non plus les symptômes de cette prostration mélancolique qui rend tout travail impossible : aussi a-t-il pu rédiger un ouvrage de longue haleine et le faire imprimer.

Nous admettons volontiers, d'une manière générale, l'objection formulée par Cullen, par M. Foville et par M. Falret; nous admettons avec ces derniers que les délires monomaniaques sont plus souvent prédominants qu'exclusifs. Non-seulement j'admets tout cela avec M. Falret, mais je conviens qu'il y a un assez grand nombre de faits qu'on a désignés à tort sous le nom de monomanie. Un homme pris d'une fureur subite tue sa femme et ses trois enfants à coups de hache et presque immédiatement il recouvre la raison : ce n'est pas là assurément un monomaniaque homicide.

Beaucoup de prétendues monomanies érotiques ne sont que des états maniaques avec prédominance du penchant vénérien. Tout cela est vrai, mais si loin qu'on aille dans ce sens, on ne détruira pas pour cela le groupe si tranché des monomanies.

J'invoquerai, Messieurs, une dernière preuve de l'existence de cette maladie : cette preuve est assez singulière, et je n'ai nulle intention d'en abuser et de lui donner plus d'importance qu'elle ne mérite. Dans une note de son mémoire ayant pour titre : *De la non existence de la monomanie*, notre collègue M. Fabret indique que ce travail n'est qu'une introduction à l'histoire...... *des monomanies.*

Il n'y a pas autre chose ici, Messieurs, qu'une distraction ; mais je le demande, cette distraction de M. Falret n'est-elle pas un aveu précieux et peut-être la meilleure preuve qu'on puisse invoquer en faveur de l'existence des monomanies? Oui, assurément, ces maladies existent, et notre collègue, tenant la promesse qu'il a faite, tracera un jour leur histoire, en faisant disparaître ce qu'il y a eu peut-être d'exagéré dans l'opinion d'Esquirol.

En résumé, Messieurs, le désaccord signalé par M. Bousquet, entre les médecins aliénistes, est beaucoup moins grave qu'il n'a paru le penser.

Nous discutons sur les mots, mais au fond nous sommes à peu près d'accord sur les choses. M. Falret, en effet, admet comme Esquirol trois grands types, et ces types sont exactement les mêmes. Il n'y a, pour rappeler l'expression de M. Renaudin, qu'un changement de nomenclature. Le seul dissident véritable, c'est ici notre collègue M. Bousquet.

J'arrive, Messieurs, aux doctrines de M. Moreau.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE.

A M. H. de Castelnau, Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux.*

Monsieur et honoré confrère,

En voyant les excellents articles que vous avez écrits depuis peu, touchant l'opération césarienne, et le vœu que, le premier, vous avez inscrit dans les colonnes d'un journal : qu'on disposât une des propriétés *extra-muros* appartenant à l'administration de l'Assistance publique de Paris, de manière à y recevoir les femmes destinées à subir cette grave opération; j'aime à penser que vous lirez avec intérêt les réflexions suivantes, et que vous jugerez bon et utile de leur donner place dans votre Revue.

Que ce vœu d'une maison salubre hors de Paris ait été conçu et formulé la première fois par vous, Monsieur, ou par M. le docteur Villeneuve, de Marseille, ainsi qu'il est dit dans la *Revue médicale* du 31 mai, on ne peut assurément que le trouver généreux, humain, et en désirer vivement la réalisation; aussi est-ce avec grand plaisir que je vois cette idée chaudement appuyée par d'autres organes des plus accrédités de la presse médicale, justement émue des faits et raisonnements émis chaque jour dans la *Gazette des hôpitaux* à l'appui de la nouvelle doctrine de l'infanticide et du fœticide médical patronée par les plus hauts noms.

Mais gardons-nous bien de déplacer la question, ou, au moins, d'en perdre de vue le point essentiel, en croyant que tout soit fini par cette création de maison : car l'argument, le seul argument qu'on met en avant pour légitimer les tristes et rétrogrades innovations de la céphalotripsie sur l'enfant vivant et de l'avortement provoqué, deviendrait fort, de futile qu'il est en réalité, si on laissait rétrécir toute la question dans cette prétendue circonstance d'insalubrité inévitablement mortelle. Et il faudrait que les médecins de province fussent doués d'une bien grande vertu pour ne pas, à l'imitation des maîtres actuels, organes habituels du progrès, *jeter* aussi *le manche après la cognée*, sous prétexte d'une insalubrité qui, hélas! est loin de leur manquer, au lieu de continuer, à l'imitation de leurs anciens maîtres, à employer et perfectionner la vieille et si précieuse ressource de l'opération césarienne.

Or, n'est-il pas difficile d'accepter cette insalubrité comme cause unique, ou même principale, des constants insuccès de Paris depuis cinquante ans, lorsqu'on réfléchit aux nombreux cas de succès, signalés par Ténon et autres auteurs, dans le Paris et l'Hôtel-Dieu d'alors infiniment plus insalubres que le Paris et les hôpitaux d'aujourd'hui?

N'est-il pas à remarquer que c'est toujours dans les localités (et l'Angleterre vient ici lumineusement à l'appui) où l'on s'est habitué à un extrême sans-façon à l'égard de l'enfant et du fœtus humain qui, quoiqu'on le dise et l'imprime, sera toujours autre chose *qu'une masse inerte,..... un être qui diffère à peine de la plante*, que c'est précisément dans ces localités, qu'elles soient grandes, moyennes ou petites, insalubres ou non, que l'opération césarienne ne réussit presque jamais ; parce que, comme l'avaient déjà remarque Hull et Burns, on n'opère généralement, et sans confiance, que quand, par suite de manœuvres extrêmes trop prolongées et de précieux temps perdu, on a *rendu les cas désespérés?*

Enfin, et surtout, qu'il soit permis de rappeler les réflexions chirurgicales faites par moi d'abord, et par M. Villeneuve, de Marseille, ensuite (*Rev. méd.* 15 mars, et *Gaz. des hôp.* 13 mars et 21 avril), sur la dernière opération césarienne, pratiquée le 26 janvier à l'Hôpital des Cliniques (relation dans la *Gaz. des hôp.* 6 février).

Ici (et nos réflexions sont restées sans réponse, bien qu'on nous en ait promis une dans la *Gaz. des hôp.* 17 mars), 1° on a perdu bien clairement un temps précieux;

2° On a, mal à propos, ouvert la poche des eaux;

3° On a fait une longue incision jusqu'au-dessus de l'ombilic;

4° On a appliqué d'inopportuns serre-fines et sutures entortillées ;

5° On a fait des ponctions sur une anse d'intestin.

Ne peut-on pas raisonnablement penser, qu'avec de pareils procédés, quelque habileté qu'on ait indubitablement d'ailleurs, on ne réussirait pas mieux dans le plus salubre village que dans une capitale quelle qu'elle soit; surtout quand on voit qu'en faisant tout l'opposé nous avons, depuis douze ans, sauvé 8 femmes et 11 enfants sur 11 opérées, dans nos seuls hôpitaux de Strasbourg, Dunkerque, Louvain, Lille et Amiens? Il est vrai qu'avec une admirable facilité on réduit ces faits à peu de chose, en les gratifiant de *pratique rurale*, qu'on dit ne pas devoir confondre avec la *pratique nosocomiale* : ceci se lit tout au long et se répète très-sérieusement dans les discours et articles défensifs de la doctrine et de la pratique ci-dessus, et particulièrement dans un article excessivement curieux (*Gaz. des hôp.*, 17 mars 1855, première page), où se trouvent les deux arguments suivants, formulés dans le langage attique qui suit :

« Il semble que cette grave opération n'ait presque jamais « réussi qu'entre des mains inexpérimentées;

« Bref, les capacités échouent, et les incapacités réussis- « sent!... »

On appréciera, j'aime à le penser, la modération dont nous faisons preuve en nous abstenant de tout commentaire sur de telles allégations. M. de Lignerolles les a, du reste, réduites à ce qu'elles valent, par quelques lignes pleines d'autant de fermeté que de bon sens (*Gaz. des hôp.*, 12 avril).

Je dis donc, pour terminer, qu'il y a en ce moment quelque chose de plus important que la création de la maison dont il s'agit :

C'est que le *Moniteur des hôpitaux*, la *Revue Médicale* et l'*Union médicale* veuillent bien continuer d'insister, de manière à entraîner les autres organes de la presse médicale, sur la convenance à tous égards et l'utilité d'une discussion académique approfondie sur la grave question de l'opération césarienne; l'Académie n'est-elle pas en mesure, elle qui a entre les mains des travaux de gens qui ont réussi et qui croient avoir jeté quelque jour sur cette belle question, à savoir, ceux de M. de Lignerolles, depuis trois ans et quatre mois; de M. Villeneuve, depuis seize mois, et de moi, depuis près d'un an ?

C'est qu'ils vueillent bien réunir leurs efforts pour que, comme le dit très-bien le *Moniteur des hôpitaux* du 19 avril : « Les travailleurs ne voient pas les académiciens perdre les « travaux dont ils sont chargés de rendre compte, ou laisser « dans l'oubli les questions soulevées par ces travaux, quand « ces questions en valent la peine ; » et pour que les praticiens (j'en rencontre tous les jours), cessent d'attribuer, bien à tort assurément, quelque raison secrète à un contraste fâcheusement significatif, entre ces immenses retardements et la précipitation mise à la production et à la discussion du rapport de M. Cazeaux, en mars 1852, sur la doctrine de l'avortement provoqué, doctrine acceptée alors par la grande majorité des autorités obstétricales de l'Académie ;

C'est que, au lieu que nous nous entendions dire fréquemment : « Vous avez décrit des simplifications chirurgicales uti« les (1), et vos arguments philosophiques sont irréfutables ; « mais on ne vous répondra pas, parce qu'on doit se sentir « faible et gêné, vu les antécédents, » on puisse voir que nous ne nous trompons pas quand nous disons à notre tour : « On « nous répondra ; et l'amour de la vérité, qui domine tout, « fera fléchir plus d'un savant qui grandira encore par la dé« claration noble et simple , qu'il avait dans cette délicate et « difficile question, pensé et agi un peu trop à la légère. »

LEBLEU, d. m.
Chirurgien en chef de l'hôpital civil de Dunkerque.

Nous sommes heureux de voir que l'initiative et l'insistance du *Moniteur des hôpitaux* trouvent enfin de l'écho. Encore quelques efforts pour venir en aide au bon vouloir de l'Académie, et l'opération césarienne sera discutée; M. Danyau fera son rapport et M. Dubois retrouvera le mémoire de M. de Lignerolles.

H. DE CASTELNAU.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Abcès du foie ouvert dans la cavité duodénale et dans le duodénum; perforation de l'artère gastro-duodénale,

Par M. le docteur DOWEL.

OBSERVATION.—Un homme âgé de cinquante-trois ans fut pris tout à coup d'une hématémèse considérable; il vomit une immense quantité de sang, en partie rouge et liquide. en partie noir et coagulé. Il existait à l'épigastre une tumeur dure et circonscrite, arrondie, sensible à la pression, offrant d'énergiques pulsations, et un bruit de soufflet systolique et prononcé. Cet homme paraissait mourant. Il se remit sous l'influence de stimulants, etc. L'hémorrhagie stomacale cessa, mais il rendit par en bas une grande quantité de matières mélaniques épaisses. Le lendemain, une pinte environ de pus fut rendue par l'anus, et continua de s'écouler en moindre quantité les jours suivants. Cependant les forces reparurent, et un mois se passa dans des conditions de santé passables. Mais nouvelle hématémèse, suivie d'une apparence de mort imminente, et nouvelle issue, deux jours après, d'une grande quantité de pus avec les selles. Cet homme vécut encore trente-deux jours. L'écoulement purulent continua de se faire de temps à autre, mais il ne parut plus de sang. La tumeur de l'épigastre, dont l'existence remontait à plusieurs mois, présentait les mêmes caractères qu'auparavant, mais se prolongeait plus manifestement sous les côtes droites et allait rejoindre un engorgement considérable du foie. La mort survint, précédée de prostration, d'anasarque, de diarrhée, de gangrène des bourses, deux mois après la première hématémèse.

On trouva à l'autopsie une grande quantité de sérosité et de pus dans la cavité péritonéale. Le foie offrait un volume considérable. La première partie du duodénum adhérait au lobe de Spigel, et présentait une ouverture circulaire d'un pouce de diamètre, établissant une communication entre la cavité de l'intestin et un abcès creusé dans l'épaisseur de cette partie du foie. Ce même abcès communiquait, par une seconde et plus petite perforation, avec la cavité du péritoine. La tête du pancréas était épaissie et volumineuse. L'artère gastro-duodénale, à son passage derrière la première portion du duodénum, s'ouvrait dans l'intérieur de cet intestin, ou du moins s'y était ouverte, car la communication était bouchée par un caillot dense. L'estomac ne présentait aucune altération. Le poumon gauche était tuberculeux. (*Association Médical Journal*, avril 1855 et *Gaz. hebd.*)

(1) Incision abdominale réduite à 13 centimètres, et supression de toutes sutures. (*Voir* le Mémoire présenté et lu à l'Académie de médecine, le 16 août 1854; Commission nommée : Paul Dubois..., Danyau, rapporteur ; Mémoire que j'ai publié dans la *Revue médicale*, 31 mars et 15 avril, vu les retardements et les fréquents faits et raisonnements publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, propres à vulgariser la céphalotripsie et l'avortement provoqué.)

Les cysties. — Organe nouveau observé sur la callitriche.

M. Chartin a communiqué à l'Académie des sciences, lundi dernier, une note sur un organe nouveau qu'il a découvert dans une plante. Nous croyons devoir porter, dès aujourd'hui, cette intéressante découverte à la connaissance de ceux de nos lecteurs qui s'intéressent aux progrès de la botanique.

La callitriche, petite plante dont les tiges grêles et les feuilles ovales forment de jolies touffes au milieu des eaux, a la face inférieure de ses feuilles comme blanchie par une myriade de petits corps qui se présentent, à la loupe, sous la forme de points cristallins, et que le microscope fait reconnaître pour des appareils utriculaires ressemblant, par leur sommet élargi et forateux, par leur base rétrécie et circulaire, à un bonnet de docteur.

Les cysties, ordinairement pleines d'eau, remplacent celle-ci par des gaz au moment fixé pour la floraison. Alors la plante, jusque-là submergée, vient flotter à la surface de l'eau où doit s'opérer le phénomène de la fécondation.

L'embryogénie des cysties offre un nouvel et remarquable exemple de ces procédés à la fois simples et larges de la nature, qui, pour atteindre un but nouveau ou spécial, ce borne à modifier, dans ses développements ultérieurs, un organe ordinairement dévolu à d'autres fonctions. Les feuilles de la callitriche sont privées des canaux pneumatophores qui traversent le parenchyme des feuilles chez les plantes nageantes; d'autre part elles ont, interralées entre les grandes cellules en zig-zag de l'épiderme de la face intérieure des feuilles, de petites cellules arrondies destinées, comme celles qu'on voit à la face supérieure, à former des stomates ou organes de respiration. Mais les stomates ne pouvant fonctionner sur le côté des feuilles appliqué sur l'eau, la nature les change en de petits appareils qui serviront à la plante comme flotteur, et suppléeront ainsi au manque de canaux pneumatophores.

La cellule génératrice commune des stomates et des cysties est même portagée d'abord, pour ceux-là comme pour cellesci, par une cloison médiane; mais, tandis que pour les stomates la formation s'arrête là, pour les cysties les deux cellules de seconde formation se partagent chacune en deux autres qui se subdivisent à leur tour et donnent ainsi les huit cellules qui constituent la cystie adulte.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 76. 3e ANNÉE. Lundi 24 Juin 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur les dangers des bains chauds, d'eau ou de vapeur, dans l'anasarque albuminurique.

Par M. Marchal (de Calvi).

L'albuminurie se complique assez souvent d'accidents cérébraux, ou plutôt elle y donne lieu. L'éclampsie puerpérale, affection si longtemps obscure, rentre dans ces accidents; ce n'est autre chose, en effet, qu'un état convulsif ou comato-convulsif se rattachant à l'albuminurie puerpérale.

On doute que l'éclampsie proprement dite puisse se produire indépendamment de l'albuminurie. Il peut se faire que chez une puerpérale albuminurique, comme chez tout sujet albuminurique, il n'existe pas momentanément ou n'existe plus d'albumine dans les urines : on prononce alors qu'il n'y a pas eu albuminurie, et l'on se trompe. Il faut avoir égard surtout à l'œdème, et malheureusement l'œdème peut avoir échappé à l'attention du malade et de ses proches. Dans un cas d'anasarque albuminurique scarlatineuse que j'ai observé, la mère de la petite malade s'émerveillait de la promptitude avec laquelle l'embonpoint revenait.

Ce qui, selon moi, dans les accidents cérébraux albuminuriques, établit matériellement le rapport entre l'albuminurie et l'affection convulsive ou comato-convulsive, c'est la congestion cérébrale, laquelle se double nécessairement d'un œdème intra-crânien, puisque, dans l'albuminurie, le sang ne peut affluer et stagner en quelque organe que ce soit, sans laisser transsuder son sérum, privé en partie de son moyen d'union, l'albumine.

On a imaginé je ne sais quelle vague intoxication par l'urée, qui serait retenue dans le sang, quand l'explication toute simple se présentait d'elle-même, comme on le verra par ma première observation.

J'aurais voulu pouvoir rédiger un travail général sur les accidents cérébraux albuminuriques. Ce travail est nécessaire ou même indispensable, parce qu'il importe de bien fixer les idées sur ce sujet; mais il demande des développements qui dépasseraient la mesure du temps que je puis y consacrer, et je me borne à appeler l'attention sur une cause efficiente, très-puissante des accidents cérébraux dans l'albuminurie, cause qu'il est au pouvoir du médecin d'éviter puisque c'est lui qui la fait naître.

Je veux parler des bains chauds, d'eau ou de vapeur.

Je suis en contradiction, je le sais, avec tous les auteurs indistinctement, qui préconisent les bains de vapeur, dans l'hydropisie en général, dans l'hydropisie albuminurique en particulier; mais j'invoque des faits, et le lecteur jugera.

On trouvera des observations nouvelles d'accidents cérébraux albuminuriques dans la thèse d'un de mes anciens élèves de l'école de perfectionnement du Val-de-Grâce, M. le docteur Pitou-Balme, intitulée : *Des accidents cérébraux consécutifs à la suppression de l'excrétion urinaire* (décembre, 1854; *Thèses de Paris*). On voit par ce titre que l'auteur n'a pas eu égard à l'albuminurie pour expliquer les accidents cérébraux qu'il a observés, et cependant les deux premiers faits qu'il rapporte (p. 14 et 16), sont des exemples manifestes d'albuminurie; on peut l'affirmer malgré les caractères négatifs de l'autopsie, qui est rapportée si brièvement, si imparfaitement, qu'on n'en peut tenir compte, et qu'il faut se référer exclusivement aux symptômes pour juger de la nature de l'affection primitive. Quant aux deux autres faits (p. 18 et 19), ils offrent des lacunes, et l'on est forcé de les écarter; dans l'un, le dernier, les accidents cérébro-spinaux ont précédé la suppression d'urine. Il aurait fallu que M. Piorry, dans le service duquel ces faits se sont présentés, s'en fût occupé, dans ses leçons cliniques, de manière à leur donner toute leur valeur. Les deux premiers seuls ont de l'intérêt pour nous, et un intérêt négatif, en ce qu'ils montrent que les accidents cérébraux albuminuriques sont encore si peu connus que, dans un service officiel de clinique, on peut se tromper gravement sur la nature de ces accidents.

FAITS.

Il y a déjà plusieurs années, je publiai un cas qui montrait le grave danger attaché à l'usage des bains de vapeur dans l'anasarque albuminurique. Mais ce cas se trouvait compris dans un travail sur un autre sujet (1), et il passa inaperçu. J'y suis revenu à plusieurs reprises, mais toujours de la même manière, incidemment, et, par exemple, en traitant de l'éclampsie (2). Or, il m'est démontré maintenant qu'il ne suffit pas de publier un fait pour qu'il fixe l'attention; il faut qu'il le soit distinctement, sous son titre, et, pour ainsi dire, avec son enseigne. C'est pourquoi je me décide à rédiger ce mémoire, à l'occasion d'un nouvel exemple d'accidents cérébraux mortels, déterminés par l'usage des bains de vapeur dans l'anasarque albuminurique.

Voici l'observation du premier cas; je la donne telle qu'elle me fut remise par celui de mes collègues dans le service duquel il se présenta :

I.

C..., gendarme de la Seine, est âgé de vingt-huit ans; il offre une constitution moyenne, assez musculaire. Cet homme, atteint d'albuminurie, entre au Val-de-Grâce, le 20 avril.

(1) *Mémoire sur la tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte, comprenant un aperçu du mécanisme des hydropisies en général;* dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. 66, p. 246 (1850).

(2) *France médicale et pharmaceutique*, n° du 15 mai 1854, p. 52.

Après avoir constamment joui d'une bonne santé, il éprouva, dans le courant de l'hiver dernier, quelques douleurs vagues dans les parois de la poitrine et dans la région lombaire.

Le jour du vendredi saint, C..., après s'être mis en sueur, en lavant les chambres de la caserne, commit l'imprudence de boire de l'eau froide et de se lotionner le visage, les bras et les jambes également avec de l'eau froide; il éprouva aussitôt un frisson général, et, le lendemain, la face était œdémateuse; bientôt la bouffissure s'étendit aux bras, aux cuisses et au tronc.

Au moment où ce malade entre à l'hôpital, l'anasarque est devenue générale. Le pouls ne présente aucune irrégularité.

La respiration est facile, quoique l'expansion vésiculaire soit confuse et incomplète. Les bruits du cœur sont normaux, mais profonds. Les urines sont abondantes; elles contiennent une si grande quantité d'albumine, que l'acide nitrique les convertit en un véritable magma. (Saignée du bras; purgatif; boisson nitrée.)

Le 22, l'œdème a diminué. (Eau de Sedlitz; bain de vapeur.)

Le 23, un second bain de vapeur détermine une transpiration abondante, suivie de céphalalgie.

Le 24, à six heures du matin, le malade éprouve un violent mal de tête, et bientôt se déclare une attaque d'épilepsie, pendant laquelle une chute détermine une vaste ecchymose qui comprend tout le front et une partie de la face.

Cet accès se renouvelle jusqu'à huit fois dans la journée; enfin, à trois heures après midi, C... expire pendant la neuvième attaque.

Autopsie. Les veines et les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang liquide: l'arachnoïde a conservé sa transparence, mais le tissu cellulaire qui la double est le siége d'une infiltration séreuse. La substance cérébrale n'a rien perdu de sa consistance; coupée par tranches, elle présente une injection sanguine générale, uniforme. Les ventricules ne contiennent qu'une médiocre quantité de sérosité rougeâtre. Les cavités pleurales contiennent, chacune, environ un litre de sérosité limpide. Les poumons sont œdémateux. L'appareil digestif est parfaitement sain.

Les reins sont uniformément augmentés de volume et leur poids est de 315 grammes pour les deux (1). Celui du côté gauche présente deux indurations circonscrites du volume d'une grosse praline. Dans l'un et dans l'autre, la couche corticale est épaisse, très-consistante et légèrement injectée.

La substance tubuleuse offre çà et là des taches livides, circonscrites, de la largeur d'une pièce d un franc.

L'incision du rein donne issue à quelques gouttes de pus blanc, fluide.

Point de traces de granulations.

Les calices et le bassinet sont fortement injectés et contiennent également quelques gouttes d'un liquide purulent.

Les uretères et la vessie sont dans un état d'intégrité parfaite.

Le hasard voulut que je visse C... quelques jours avant son entrée à l'hôpital, et je puis affirmer qu'il était exempt de toute lésion appréciable d'organes. Cet homme, qui avait une bonne constitution, et qui était ce qu'on appelle un beau soldat, se préoccupait extrêmement de l'état de sa poitrine, que j'examinai avec le plus grand soin, et qui ne donnait aucun signe morbide, soit à la percussion, soit à l'auscultation. Les légères douleurs dont il est question dans l'observation, étaient évidemment rhumatismales.

Ce fut quelques jours après être venu me consulter, que C... commit l'imprudence qui le rendit malade, et c'est une contradiction assez étrange de voir un homme si préoccupé de sa santé sans motif sérieux, s'exposer avec tant d'irréflexion.

Un refroidissement brusque, le corps étant en sueur, peut déterminer une néphrite, comme toute autre inflammation, la pneumonite, l'arthrite, la péricardite... Rien n'est mieux établi maintenant. M. Andral a fait connaître le cas d'un ouvrier qui était couché chaudement lorsque d'autres ouvriers lui vidèrent un pot de nuit sur le corps, et qui, le lendemain, entrait à la Charité avec un œdème général, lié à une albuminerie. Dans la thèse de Breschet sur les hydropisies, on trouve l'observation d'un grenadier qui fut pris d'anasarque, étant en sueur, après avoir traversé le Tagliamento. Malheureusement les faits de ce genre ne sont pas encore généralement connus; il en résulte que l'on ne sait pas toujours s'en rendre compte quand ils se présentent, et qu'il n'y a ni précision ni suite dans le traitement, lequel doit être hardiment antiphlogistique, comme celui des phlegmasies franches.

Dans le cas de C..., la néphrite, ou mieux la pyélo-néphrite était évidente, puisque, outre l'augmentation de volume des reins et les traces d'hyperémie, il existait du pus dans l'épaisseur du tissu rénal, dans le bassinet et dans les calices.

La nature de l'affection est donc manifeste, et la pathogénie ne l'est pas moins.

L'affection doit être définie *une pyélo-néphrite survenue brusquement par suite d'un refroidissement.*

Et je dis que c'est là une simple *affection* ou *organopathie idiopathique*, parce que la lésion organique ne se rattache pas à un principe général, à une *holopathie*(1). Quand une affection se lie à un principe général, à une altération de la *crase*, il y a *maladie*, et l'*affection* est secondaire, si importante et si grave qu'elle soit. Je l'appelle alors une *organopathie holopathique.*

Ce n'est pas sans hésitation que je me suis décidé à proposer ces dénominations; mais quand les idées ont quelque chose de particulier, il faut, pour les rendre, des termes spéciaux.

En tout cas, je prie le lecteur de vouloir bien réserver son jugement sur ces dénominations et sur les idées qu'elles supposent, jusqu'à ce que j'aie fait un exposé complet de la doctrine à laquelle elles se rattachent.

Revenons; C..., à la suite d'un brusque refroidissement, a été atteint d'une fluxion inflammatoire des reins, comme il aurait pu être atteint d'une fluxion inflammatoire de la plèvre ou du poumon. Pourquoi des reins, et non de la plèvre, ou du poumon, ou de tout autre organe? Il faut admettre ici, et d'une manière générale, l'influence des prédispositions locales dans la détermination du siége des affections. Cette prédisposition sera une *affinité*, qui attire et fixe le principe morbide dans des éléments anatomiques déterminés, comme cela se voit dans la fièvre typhoïde, où le poison morbide cherche son élimination à travers les glandes de Peyer. D'autres fois, la prédisposition locale résultera d'un état pathologique antérieur. Mais souvent elle restera un fait purement rationnel, c'est-à-dire un fait dont la preuve matérielle ne peut être donnée.

La fluxion rénale, une fois produite, l'albuminerie s'ensuivit, et comme l'albumine est le moyen d'union du sérum du sang aussi bien que la fibrine est le moyen d'union du sang tout entier, l'albumine se trouvant diminuée dans le sang, le sérum filtra au travers des capillaires, et l'anasarque se manifesta. Elle commença, suivant l'ordinaire, par la face, circonstance dont on ne peut rendre compte.

C. entre à l'hôpital; on le saigne et on le purge. L'anasarque diminue. On le purge de nouveau, mais on lui donne un bain de vapeur.

Ici arrêtons-nous un moment. Rien ne paraît plus rationnel que de chercher à provoquer une abondante transpiration pour remédier à l'anasarque, surtout à une anasarque consécutive à un brusque refroidissement.

Par conséquent, il n'entre dans mon appréciation aucune intention de blâme relativement à la conduite du savant confrère qui a dirigé le traitement, et qui d'ailleurs n'a fait que suivre les préceptes des maîtres; mais il faut que les cas malheureux portent leur enseignement et servent à faire éviter l'erreur funeste dont ils offrent l'exemple.

On donne donc un premier bain de vapeur, et il n'en résulte rien de fâcheux; mais on en donne un second, et C... éprouve de la céphalalgie. Le lendemain matin, il est pris d'un

(1) Le poids normal des deux reins est, suivant M. Cruveilhier, de 4 à 8 onces: en prenant le maximum, 250 grammes, il reste encore un excédant de 65 grammes pour les reins du sujet de l'observation.

(1) De ὅλος, *tout entier*, et de πάθος, *maladie;* soit maladie de l'entier, *totius substantiæ*, ou maladie générale. Deux mots de notre langue, *holocauste* et *holographe* ou *olographe* sont formés du radical ὅλος et impliquent l'idée de totalité.

violent mal de tête, et bientôt après se déclare une attaque d'épilepsie dans laquelle il fait une chute qui ajoute vraisemblablement à la congestion cérébrale. Neuf attaques se succèdent dans la même journée, et le malade succombe pendant la neuvième.

A l'autopsie, on trouve : 1° les caractères d'une inflammation rénale et diverses hydropisies; 2° ceux d'une congestion cérébrale avec infiltration séreuse sous-arachnoïdienne.

L'affection a présenté deux phases :

Pyélo-néphrite, par suite du refroidissement; albuminurie; hydropisies;

Congestion sanguine de l'encéphale et suffusion séreuse sous-arachnoïdienne, par suite du traitement.

L'effet des bains de vapeur est, comme on dit vulgairement, de porter le sang à la tête : on en juge aisément par la rougeur vive de la face.

Dans l'état ordinaire, il n'en résulte rien de fâcheux; mais s'il existe une cause générale d'hydropisie, si le sérum, privé d'une partie de son albumine tend à transsuder à travers les parois des capillaires, le sang, que la chaleur pousse vers l'encéphale, fait là ce qu'il fait partout, dans le tissu cellulaire ou dans les cavités séreuses : il laisse exsuder sa sérosité, et l'on voit se produire un épanchement séreux intrà-crânien.

Dans l'éclampsie puerpérale qui survient pendant l'accouchement, le sang afflue au cerveau par l'effet des efforts de la parturition, comme, dans le cas de C., il s'y est porté par l'effet de la chaleur (1). C'est le même résultat, produit dans les deux cas par un mécanisme différent.

Je n'entends pas dire que, chez toutes les puerpérales albuminuriques, il faille le concours efficient des efforts de l'accouchement ou d'une cause occasionnelle violente, pour déterminer l'éclampsie. De même, chez un albuminurique quelconque, il n'est pas nécessaire qu'une circonstance déterminée, telle qu'un bain de vapeur, fasse affluer le sang à l'encéphale, pour que des accidents cérébraux se produisent. Mon ami, le docteur A. Bultura, vient encore de voir un albuminurique succomber brusquement par suite de compression cérébrale (apoplexie séreuse), en dehors de toute circonstance occasionnelle appréciable. Par cette seule raison que son sang dépose de la sérosité partout où il afflue, un albuminurique est toujours sous le coup d'un épanchement séreux intrà-crânien, et il est même surprenant que cette redoutable éventualité ne se réalise pas plus souvent.

Il n'est donc pas nécessaire qu'une cause efficiente énergique intervienne. Mais par cela même, il faut éviter avec le plus grand soin toute circonstance capable de favoriser l'afflux du sang au cerveau.

Il est pénible de devoir avouer que, si C. n'avait pas été traité, la phlegmasie rénale serait arrivée à résolution, ou aurait passé à l'état chronique, et, en mettant les choses au pire, ne se serait pas terminée aussi promptement d'une manière funeste.

Le traitement de la néphrite albumineuse (je ne dis pas de l'albuminurie, dont la néphrite albumineuse n'est qu'une variété) offre deux sortes d'indications, puisque l'on doit traiter à la fois la phlegmasie rénale et l'hydropisie qui en est la suite.

Contre la néphrite, on emploiera, dans la mesure des forces du sujet, la saignée générale, les applications de sangsues, de ventouses scarifiées, à la région des reins, et les boissons émollientes, à l'exclusion des diurétiques, malgré l'hydropisie, attendu qu'ils ajoutent à l'irritation en augmentant l'action des reins.

(1) Dans mon *Mémoire sur la ganglio-phymie bronchique*, en 1850, je disais : « Comment l'albuminurie détermi..e-t-elle l'éclampsie? Serait-ce en produisant l'œdème sous-arachnoïdien? Combien, en effet, les efforts, les cris de l'accouchement, ne sont-ils pas susceptibles de favoriser cet œdème, par la congestion des vaisseaux sanguins de l'encéphale! »

Contre l'hydropisie, on donnera les purgatifs, qui concourront d'ailleurs à la médication antiphlogistique : les drastiques, scammonnée, gomme gutte, jalap, préférablement aux dissolutions salines.

Tel est le traitement qui convenait primitivement à C...

Lorsque les accidents cérébraux se furent produits, le traitement, dès la première attaque, devait être celui de l'éclampsie, c'est-à-dire déplétif.

Faire le vide dans l'appareil circulatoire pour provoquer la résorption de la sérosité épanchée, et, à cet effet, saigner, saigner encore; appliquer des sangsues en permanence aux tempes et aux jugulaires, de manière à obtenir un écoulement de sang peu abondant mais continu; révulser sur la peau et sur le tube digestif : voilà ce qui convient en cas pareil.

On a employé les inspirations chloroformiques contre l'éclampsie albuminurique; mais, malgré les cas favorables qui ont été publiés, j'avouerai que rien ne me paraît plus dangereux que cette médication, et plus irrationnel, attendu que le chloroforme a nécessairement pour effet d'ajouter à la congestion cérébrale. Pour rien au monde je ne voudrais employer une pareille méthode, dans l'éclampsie albuminurique ou congestive; dans l'éclampsie purement nerveuse, si elle existe, cette méthode pourrait être indiquée.

On a vu que les poumons étaient œdémateux et qu'une grande quantité de sérosité était accumulée dans les plèvres. Cette double circonstance, en apportant une gêne extrême à la respiration et consécutivement à la circulation, a dû favoriser singulièrement la stase du sang dans les vaisseaux de l'encéphale. L'œdème pulmonaire et l'abondant hydrothorax constatés à l'autopsie ont dû se produire en très-grande partie sous l'influence des bains de vapeur, puisque, à l'entrée du malade à l'hôpital, la respiration *était facile*, et que l'expansion pulmonaire se faisait encore entendre, seulement confuse et incomplète.

Tel est, avec les réflexions qu'il m'a suggérées, le cas qui me fit reconnaître pour la première fois les funestes effets des bains de vapeur dans l'anasarque albuminurique.

Je passe au second cas, qui est récent, et qui m'a paru également très-démonstratif.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hardy.

De la teigne faveuse.

La teigne, appelée encore *tinea*, *porrigo favosa*, *porrigo lentulata*, *lupinosa*, *favus*, etc., est une maladie dont l'histoire présente une grande obscurité. Les anciens comprenaient, en effet, sous son nom, toutes les affections du cuir chevelu, et Turner, en divisant les maladies de la peau en deux grandes classes : maladies du cuir chevelu ou *teignes*, et maladies du corps ou *dartres*, a contribué à cette confusion regrettable, qui n'est pas complétement détruite de nos jours dans tous les esprits. Il y a encore des médecins arriérés qui appellent teigne toute maladie du cuir chevelu quelle que soit sa nature.

A Willan, nous devons le dire, revient l'honneur d'avoir démontré le premier que le cuir chevelu pouvait être le siége d'affections très-différentes, de pityriasis, d'eczéma, d'impetigo, etc., et d'une maladie particulière, la teigne proprement dite, qu'il décrivit sous le nom de *porrigo*. Mais un examen incomplet des croûtes lui fit ranger à tort le porrigo parmi les affections pustuleuses.

Ce ne fut que plus tard qu'on découvrit les différences fondamentales qui existent entre les croûtes des pustules ordinaires et les croûtes faveuses; en soumettant ces dernières à l'examen microscopique, on reconnut qu'au lieu d'être formées de pus

desséché, elles étaient constituées par des amas d'un végétal particulier, cryptogame parasite.

C'est en Allemagne, en 1839, que Schœnlein a décrit le premier ce champignon, sous le nom d'*achorion*, étudié depuis par Remak, MM. Gruby, Lebert et Ch. Robin en France, et enfin par M. Bazin, son histoire a été rendue aussi complète que possible, et l'existence de l'*achorion Schœnllinii* est un fait incontestable acquis à la science.

On peut donc diviser l'histoire de la teigne en trois époques distinctes :

Dans la première, le mot *teigne* s'applique indifféremment à toutes les affections du cuir chevelu;

Dans la deuxième, Willan fait de la teigne une affection à part, sous le nom de porrigo, mais il la range parmi les affections pustuleuses;

Dans la troisième, enfin, ou époque actuelle, la nature parasitaire et cryptogamique de la maladie est reconnue et parfaitement établie.

Dans l'état actuel de la science, la teigne faveuse ou favus peut donc être définie : une maladie caractérisée par le développement sur la surface du corps et particulièrement sur le cuir chevelu d'un champignon de la tribu des ïodiées, l'*achorion de la teigne* (*achorion Schœnleinii*).

Le *siége* le plus ordinaire est au cuir chevelu, mais la maladie peut exister sur tout autre point du corps, et le malade couché au n° 53 de la salle Henri IV, vous a présenté un exemple rare de teigne des membres, remarquable par les grandes dimensions et l'épaisseur des plaques faveuses.

Au début, la maladie se montre sous la forme d'un petit point, d'abord assez difficile à distinguer à l'œil nu ; ce point augmente rapidement d'étendue, et au bout de huit jours il est très apparent. Sa couleur est caractéristique; elle est d'un jaune pâle, comparable à celle du soufre ; sa forme est arrondie ou plutôt circulaire; en même temps sa surface est, dès le début, déprimée vers le centre, et la forme de cupule, de godet, se prononce de plus en plus. Au bout de quinze jours, le godet a facilement atteint les dimensions d'un pois, d'une lentille, d'une pièce de vingt centimes. D'autres points ne tardent pas à se développer aux environs, soit successivement, soit simultanément. Quand ces godets ou *favi* sont à une certaine distance et parfaitement isolés les uns des autres, ils constituent ce qu'on appelle le *favus disséminé*.

Mais si, au contraire, ils sont assez rapprochés pour se toucher, ils ne tardent pas à se confondre dans leur développement; ils s'agglomèrent et forment de larges plaques de 5 ou 6 centim. de diamètre et même davantage.

La plupart ont alors perdu la forme de cupule qui ne se retrouve guère qu'à la circonférence des plaques faveuses. Au commencement, le favus était recouvert d'un épiderme; mais à l'état que nous décrivons, cet épiderme est rompu et détruit, et la surface de la plaque, très-irrégulière, est formée d'une poussière comme plâtreuse, qui tombe ou par frottement ou d'elle-même. Cet aspect des croûtes faveuses accumulées a été comparé à celui d'un bouclier et désigné sous le nom de *tinea* ou *porrigo scutulata*.

Souvent les croûtes, en se détachant, restent adhérentes à un ou plusieurs cheveux, et forment de petites boules arrondies, assez semblables aux graines de lupin ; d'où le nom de *tinea, porrigo lupinosa,* donné à cet autre aspect de la maladie.

Il ne faut pas croire que ces noms de porrigo *disseminata, scutulata* et *lupinosa,* désignent des maladies différentes ou même des espèces particulières de teigne ; c'est toujours la même affection dont on a seulement voulu peindre les aspects variables.

A un degré plus avancé de la maladie, la coloration même des croûtes ou plaques s'altère; de jaune pâle elle devient grisâtre, sale et plâtreuse, et pourrait au premier abord embarrasser le médecin; mais on peut toujours reconnaître la nature de la maladie par un examen attentif et l'observation de phénomènes concomitants que nous allons décrire.

Les favi excitent quelquefois un peu de cuisson et de démangeaisons légères, variables suivant les individus. Mais ces symptômes sont plutôt déterminés par des lésions accessoires, soit vésiculeuses, soit pustuleuses, comme en produit presque toujours la présence d'un parasite. De même que la gale, outre les sillons caractéristiques, présente très-souvent du prurigo, des vésicules et quelquefois des pustules, il est fréquent aussi de rencontrer avec la teigne des éruptions vésico-pustuleuses et des croûtes d'impetigo.

Indépendamment de ces lésions secondaires, il y a une odeur particulière, exhalée par la teigne, même chez les malades les plus soigneux de leur personne; cette odeur, assez forte pour être sentie à distance, a été désignée sous le nom d'*odeur de souris;* elle rappelle celle des chiens mal soignés; elle peut servir pour le diagnostic.

Les engorgements ganglionnaires se rencontrent très-fréquemment avec la teigne ; ils tiennent à plusieurs causes : d'abord à l'eczéma ou à l'impetigo, accessoire qui accompagne souvent la maladie principale, car ils n'existent pas dans les teignes disséminés, simples, sans complication; mais ils sont plus souvent liés à l'état général. Les teigneux sont presque tous affectés en même temps de scrofule, et porteurs d'engorgements strumeux indépendants du favus.

La présence des poux est assez rare dans les teignes simples; mais elle est assez commune chez ceux qui ont en même temps de l'eczéma et surtout de l'impetigo.

L'*état des cheveux* est très-intéressant à étudier : un ou deux traversent, en général, chaque godet à son centre, au niveau de la dépression. Ils sont plus secs, plus cassants, deviennent lanugineux, croissent très-lentement, et finissent même par tomber de manière à laisser des surfaces complétement dénudées.

Les phénomènes généraux qu'on peut observer chez certains teigneux, tiennent moins au favus qu'à la diathèse scrofuleuse; beaucoup de ces malades conservent une santé générale excellente.

Il y a maintenant une question que nous devons poser, question oiseuse en apparence, mais qu'il importe de résoudre complétement dans l'état actuel de la science. Qu'est-ce que la teigne?

Tout le monde n'est pas d'accord sur la nature de cette maladie. Willan, nous l'avons dit, considérait la teigne comme une affection pustuleuse. M. Cazenave, continuateur des idées de Willan, a longtemps partagé et défendu cette opinion. Pour lui, le favus n'était qu'une pustule desséchée, une croûte formée par un pus très facilement et très-rapidement concrétable. Depuis, il l'a considéré comme une lésion de sécrétion des cryptes folliculeux, qui, situés à la base des poils, sécrètent le liquide chargé de les lubrifier. Ainsi, pus desséché, ou altération de la matière sébacée, telles sont les deux opinions par lesquelles a passé successivement M. Cazenave.

Cette manière de voir est complétement démentie par l'observation clinique et microscopique. Quant à la nature pustuleuse de la maladie, ce qui a pu induire Willan en erreur, c'est la coexistence fréquente de pustules véritables disséminées au milieu des godets; mais jamais ces pustules ne se transforment en favi; elles se dessèchent et forment des croûtes brunâtres qui n'ont rien de particulier. Nous vous en avons donné la preuve en répétant devant vous, cette année, une expérience très-concluante. Nous avons entouré d'un cercle de nitrate d'argent une pustule d'ecthyma voisine d'une plaque faveuse, et nous l'avons trouvée au bout de huit jours parfaitement desséchée et très-différente des godets caractéristiques. Hâtons-nous d'ajouter, d'ailleurs, que le microscope n'a jamais démontré dans les croûtes faveuses ni globules sanguins, ni globules purulents, comme dans les croûtes des véritables pustules. Il n'y a pas démontré davantage de matières grasses, ni

aucun des éléments de la matière sébacée. Mais il a encore mieux ruiné la double erreur de M. Cazenave en faisant voir que ces godets ne sont autre chose que l'agglomération de petits individus, des cryptogames susceptibles d'être décrits. En effet, sous le champ du microscope, on peut voir les trois choses suivantes :

1° Une substance amorphe, finement granuleuse, au milieu de laquelle existent de petits tubes ramifiés; c'est, pour ainsi dire, la première période et comme la partie rudimentaire du champignon ;

2° Des tubes droits, plus gros, les uns vides, les autres pleins de spores; on les appelle *réceptacles*;

3° Enfin, une multitude innombrable de petits grains sphériques, isolés ou disposés régulièrement à la suite les uns des autres, en forme de chapelet ; ce sont les *spores* et *sporules*.

En présence de faits pareils qui démontrent d'une manière si évidente la nature végétale et cryptogamique du favus, on a lieu de s'étonner que des hommes distingués comme M. Cazenave s'obstinent à fermer les yeux à la vérité et persévèrent dans les erreurs par trop manifestes de leurs premiers enseignements.

Quant à la marche, la durée et la terminaison de la teigne, nous dirons que c'est une maladie excessivement chronique; sa ténacité est proverbiale, elle dure non-seulement des mois, mais des années, trois, cinq, six et même dix ans. Quelques malades, âgés de cinquante ans, disent avoir toujours eu cette maladie depuis leur enfance. Quelquefois, en effet, il n'y a pas de terminaison, si elle est abandonnée à elle-même. Le plus souvent, cependant, les malades guérissent, soit spontanément, soit par un traitement convenable; mais ils conservent souvent une altération particulière du cuir chevelu qui devient sec, luisant et comme parcheminé; il a subi, en certains endroits, une véritable atrophie, consécutive à la compression exercée par les croûtes faveuses; dans ces points, les bulbes pileux sont complétement détruits. Il en résulte des plaques où le crâne est presque complétement dénudé ou semé seulement de quelques cheveux rares et malades.

L'alopécie est donc une des terminaisons les plus ordinaires de la teigne, qu'elle ait été soignée ou non.

Des *causes* qui produisent la teigne, la première, c'est la contagion; cela ressort des renseignements fournis par les malades eux-mêmes : ainsi le numéro 50 de la salle Henri IV affirme avoir gagné la teigne en mettant la casquette d'un de ses camarades qui en était atteint. Il suffit quelquefois d'habiter, de jouer, de coucher avec un teigneux. Mais il faut de plus que le favus trouve dans l individu un terrain favorable, c'est-à-dire des conditions propres à son développement.

Ces conditions sont : la mauvaise santé générale, la scrofule, la malpropreté, les mauvaises conditions hygiéniques. La teigne se rencontre particulièrement dans les classes inférieures de la société, surtout chez les gens de la campagne qui vivent dans la saleté, ont une mauvaise nourriture, une habitation malsaine et qui couchent dans des étables et dans des écuries à la fois chaudes et humides. Elle est, au contraire, inconnue dans les classes aisées où les causes que nous signalons n'existent pas.

La teigne est elle une maladie héréditaire? Quelques faits semblent appuyer cette idée; c'est ainsi que notre malade du numéro 53 affirme que tous les membres de sa famille, du côté maternel, sont atteints de la teigne depuis plusieurs générations; cependant, en réfléchissant aux causes de contagion si fréquentes dans une même famille et de plus la nature parasitaire de la maladie, on est forcé de rejeter l'hérédité de l'étiologie de la teigne.

Le diagnostic est d'une extrême importance, puisqu'il faut un traitement tout spécial pour la guérison. Il ressort de ce que nous avons dit dans la description, de la forme en godet, de la coloration jaune, de l'altération des cheveux, etc. Il présente des difficultés dans les teignes anciennes, quand les godets sont altérés ou ont disparu.

On ne saurait confondre la teigne avec l'herpès tonsurans qui est plus circonscrit, où les cheveux sont secs, mais cassés très-près de leur racine et entourés de squames grisâtres.

La surface du cuir chevelu peut être granuleuse, inégale; mais il n'y a jamais rien de comparable aux croûtes épaisses et plâtreuses du favus. De plus, l'herpès tonsurans coïncide fréquemment avec des cercles d'herpès circinné sur le reste du corps; l'identité de ces deux herpès qui ne diffèrent que par leur siége, servirait au besoin au diagnostic.

Quant au *porrigo decalvans*, cette maladie singulière, dans laquelle les cheveux, la barbe, les sourcils et tous les poils tombent d'eux-mêmes sans qu'il y ait rien d'apparent, sans vésicules, ni squames, ni croûtes, elle ne saurait évidemment être confondue avec la teigne.

Le diagnostic avec l'eczéma et l'impetigo est quelquefois assez difficile ; mais outre que ces maladies produisent ou ont produit une sécrétion humide, les croûtes sont d'un jaune foncé, brunâtre, très-différent du jaune pâle du favus ; il n'y a jamais de godets; les cheveux n'ont pas non plus cette sécheresse si remarquable que nous avons signalée ; il n'y a pas d'alopécie; enfin l'odeur de souris manque. Cependant, il faut dire que c'est avec l'impetigo que les erreurs de diagnostic sont le plus fréquentes.

Quant au pityriasis et au psoriasis, la confusion est vraiment trop facile à éviter pour que nous insistions sur les caractères différentiels.

En l'absence de godets caractéristiques, l'alopécie, l'état des cheveux et l'odeur de souris sont certainement les signes qui ont le plus de valeur pour le diagnostic.

Le *pronostic* découle de ce que nous avons dit de la durée et des terminaisons.

La teigne est une maladie grave, parce qu'elle est rebelle, qu'elle repullule avec la plus grande facilité, et que par sa nature contagieuse, elle transforme les teigneux en véritables parias que la société rejette de son sein.

Le *traitement* est très-difficile, mais il a fait de grands progrès depuis les recherches de M. Bazin.

Plusieurs moyens ont été depuis longtemps employés; le plus barbare est la *calotte* qui consiste à enduire de poix un linge carré assez grand pour envelopper tout le cuir chevelu.

On le laisse appliqué six à huit jours, puis on l'arrache violemment de manière à enlever avec lui tous les cheveux. C'est un moyen très-douloureux, qui est encore très-employé dans les campagnes et par certaines religieuses de province. Il compte des guérisons, mais pourtant il est loin d'être sûr et les souffrances atroces qu'il cause empêchent les malades d'y revenir une seconde fois, quand il a échoué.

M. Baumès (de Lyon) a modifié cette méthode, en remplaçant cette calotte brutale par des bandelettes de diachylon méthodiquement appliquées sur tout le cuir chevelu et qu'il enlève l'une après l'autre. L'épilation est alors successive, mais elle est également très-douloureuse et incertaine.

Des pommades ou lotions de diverses sortes composent le traitement empirique. On commence par nettoyer la tête avec des cataplasmes et des lotions savonneuses; puis on applique des pommades irritantes, avec l'iodure de soufre, l'acétate de cuivre, le carbonate de cuivre, etc.

Le charbon pilé a été placé sur des cataplasmes ou incorporé à l'axonge; l'acide acétique a été employé en lotions. M. Cazenave préfère particulièrement l'iodure de soufre, en pommade, M. Duvergie l'acétate de cuivre.

Il y a encore le *traitement des frères Mahon*, autorisé dans certains hôpitaux et à Saint-Louis. C'est un secret qui fait la fortune de cette famille et qu'elle se transmet des pères aux fils et aux gendres : après avoir fait tomber les croûtes, ils pratiquent lentement l'épilation, en appliquant des poudres et des pommades de leur composition ; ils insistent sur des soins de

propreté très-minutieux. La vérité nous force à dire qu'ils obtiennent quelques guérisons, mais au bout d'un temps très-long.

Ajoutons d'ailleurs qu'ils appellent et soignent comme teigneux toutes les maladies du cuir chevelu, eczémas, impetigo, pityriasis, etc., ce qui augmente le nombre de leurs succès, et de plus leur traitement est loin d'être certain, car nous recevons souvent dans nos salles de véritables teigneux traités par eux, et chez lesquels la maladie a reparu.

Nous arrivons enfin au traitement rationnel, que M. Bazin a eu l'honneur d'instituer et qui est fondé sur la nature parasitaire de la maladie. Le remède doit être choisi dans les agents parasiticides; de plus il doit être porté directement sur le siége du mal au fond des follicules pileux rendus béants par l'épilation, car M. Bazin a démontré que les végétaux parasites s'étendaient jusqu'à la racine des cheveux et jusqu'aux follicules pileux.

Le traitement se compose de trois temps : 1° on commence par faire tomber les croûtes; pour cela, après avoir coupé les cheveux, on applique des cataplasmes et on fait matin et soir des lotions savonneuses; au bout de quatre à cinq jours, toutes les croûtes, impétigineuses et faveuses, ont disparu.

2° Alors on pratique l'épilation; mais auparavant, on émousse la sensibilité du cuir chevelu en faisant pendant quelques jours des frictions préparatoires avec l'huile de cade.

L'épilation est indispensable; elle doit se faire cheveu à cheveu, ce qui est très-long, et de plus, les cheveux doivent être arrachés dans le sens de leur implantation; car si on les tirait obliquement, ils pourraient se casser. Les infirmiers épileurs de l'hôpital Saint-Louis sont très-habiles à exécuter cette opération. En épilant 5 ou 6 centimètres carrés par jour, au bout de six à huit jours, l'épilation du cuir chevelu est complète; on peut même laisser une couronne de cheveux autour de la tête; lorsque les favi sont en petit nombre on ne fait qu'une épilation partielle; mais il faut toujours qu'elle dépasse les limites de la maladie; dans certains cas tout le crâne doit être épilé.

3° A mesure qu'on épile, on lave le cuir chevelu avec une solution de sublimé, au moyen d'une brosse ou d'une éponge. Cette solution contient 1 ou 2 grammes de sublimé pour 500 grammes d'eau distillée et un peu d'alcool pour faciliter la dissolution. Quand on a arraché une vingtaine de cheveux, on presse, avec soin, sur le cuir chevelu, la brosse ou l'éponge, de manière à bien faire pénétrer le liquide dans le bulbe pileux.

On continue ces lotions pendant une huitaine de jours.

Plus tard, on emploie des pommades; M. Bazin en a formulé une à l'acétate de cuivre (25 à 50 centigr. par 100 gr. d'axonge); nous en avons augmenté la dose (25 centigr. pour 30 grammes d'axonge). Mais cette pommade a l'inconvénient d'être très-irritante et nous lui avons substitué simplement une pommade soufrée, composée de 30 gr. d'axonge pour 2 gr. de soufre.

Comme moyens accessoires et importants, on astreint le malade à une propreté minutieuse, on le soumet à un régime fortifiant, et on emploie les modificateurs généreux (tisane amère, huile de foie de morue, bains sulfureux).

Il faut savoir qu'une seule épilation ne suffit généralement pas. Il en faut au moins deux, quelquefois davantage; la deuxième se pratique au bout de six semaines environ, et elle est renouvelée après un temps variable, si le cuir chevelu conserve de la rougeur.

C'est à l'aide de ce traitement qu'on obtient des guérisons sûres; M. Bazin a déjà guéri radicalement un assez grand nombre de malades; nous-même avons obtenu cinq succès assurés depuis l'année dernière. Mais on doit savoir que ce traitement, pour réussir, demande beaucoup de soins et encore un assez long temps: ce n'est guère qu'après quatre, six, huit mois et quelquefois davantage que la guérison peut être reconnue définitive. Pour que ce résultat soit certain, il faut que le cuir chevelu ne présente plus ni rougeur, ni squames, et que les cheveux aient retrouvé leur aspect habituel.

A. Millard.

Interne du service.

CLINIQUE CIVILE.

Abcès profond de la fosse iliaque; fièvre hectique; injection iodée; vin en grande quantité à l'intérieur. — Guérison.

Par M. le docteur Carnet, de Romans (Loire).

Observation. — Au commencement de décembre 1854, on me pria de visiter la nommée Loire, belle fille de dix-huit ans qui souffrait déjà depuis un mois d'une douleur violente dans la fosse iliaque gauche. Je rencontrai dans cette région un empâtement considérable sans changement de couleur à la peau; douleur à la pression, enfin tous les signes du phlegmon profond de la fosse iliaque.

La malade, d'une bonne constitution d'ailleurs, avait beaucoup maigri; point de sommeil; les douleurs étaient atroces, surtout pendant la nuit, et s'irradiaient dans tout le ventre où elles déterminaient des coliques intolérables. — On applique quelques sangsues, frictions avec l'onguent mercuriel, légers purgatifs; mais inutilement.

A la fin de janvier, un point de fluctuation se montra, non dans la fosse iliaque, mais en arrière, au niveau des vertèbres lombaires. Une ponction faite avec le bistouri donne issue à un demi-litre de pus urineux, sans odeur et coulant très-facilement. Dès ce moment, la malade fut soulagée et se crut guérie; mais la suppuration devint tellement abondante que cette fille tombe bientôt dans un état d'anémie complet, avec tous les signes de la fièvre hectique; pâleur générale, tintements dans les oreilles, céphalalgie, fièvre continue avec des paroxysmes journaliers. — Toniques sous toutes les formes.

La maladie allait toujours s'aggravant. Je me décidai d'employer une injection iodée. Elle fut faite avec :

Eau distillée. } Teinture d'iode. }	åâ 15 grammes.
Iodure de potassium.	1 gramme.

Elle parvient assez facilement dans la fosse iliaque, quoique l'ouverture du trajet fistuleux fût assez éloignée du foyer principal. La douleur, faible au moment de l'opération, devint assez forte le lendemain, avec des chaleurs et une fièvre intense. Diète pendant quelques jours. La suppuration sembla d'abord se tarir, mais elle devient bientôt plus abondante que jamais. Régime des plus toniques; vins généreux autant qu'on voudra; la malade, qui l'aimait beaucoup, en absorbait près de deux litres par chaque vingt-quatre heures; je suis toujours *grise*, me disait-elle, mais je sens que cela me fait du bien.

Les symptômes chloro-anémiques allèrent en diminuant, et la suppuration devint plus séreuse et moins abondante. La fièvre diminuait avec la suppuration, et la jeune malade put bientôt se lever et se promener dans sa chambre. L'amélioration marcha rapidement, malgré les coliques qu'elle éprouvait en allant à la selle, et qui provenaient, sans doute, du travail cicatriciel qui se faisait au voisinage de l'intestin. L'empâtement de la fosse iliaque a persisté jusqu'à la fin de mars 1855, époque où la guérison a été radicale.

Je crois que l'injection iodée a eu une large part dans la guérison de cette jeune fille; mais le vin généreux dont elle a usé si largement, y a sans doute contribué puissamment. Il faut avouer aussi qu'il serait peut-être rare de trouver une jeune fille qui prît avec plaisir un tel remède et à une si haute dose. Je sais que, dans ces derniers temps, M. Aran a préconisé les lavements de vin dans la chlorose; il a même obtenu de bons résultats; mais je crois que la voie de l'estomac vaudra infiniment mieux toutes les fois qu'on rencontrera un sujet aussi complaisant que celui dont je viens de rapporter l'observation (1).

(1) Il nous semble assez probable, comme à notre honorable correspondant, de rapporter à l'action du vin une partie des remarquables effets thérapeutiques observés chez sa malade; mais nous craignons bien qu'il se trouve rarement des sujets, parmi les gens du monde surtout, disposés à se soumettre à un tel régime. Aussi, tout en applaudissant à l'heureuse tentative faite par M. Carnet, regretterons-nous qu'il n'ait pas énuméré les toniques qu'il avait mis en usage avant le

LITTÉRATURE MÉDICALE ALLEMANDE.

Etudes psycho-physiques sur le crétinisme.

Par le docteur B. SCHNEPF.

(Suite. — Voir le nº 67, 68, 69, 73.)

Le peu d'impression que les objets produisent sur les sens du crétin est peut-être la cause de ses idées obscures, assez peu vives et assez peu durables pour empêcher toute liaison, toute association. C'est pourquoi, dit le docteur Krauss, le crétin ne pourra décrire l'événement le plus simple..... Pour apprendre de lui un fait, il faut employer la forme interrogatoire. Il est impossible de lui faire constater les rapports même entre deux objets présents et ayant de l'analogie; à plus forte raison ne peut-on pas lui donner de notion abstraite. Il y a un défaut complet d'imagination; ce qui fait que les crétins sont incapables de tramer un mensonge. Il est bien entendu que nous ne voulons pas parler des crétins tombés dans l'état d'idiotie complète, où la vie psychique est aussi nulle que la vie physique.

Krauss admet une espèce de jugement chez le crétin qui parle; mais pour cela, il faut que la qualité des choses sensibles tombe également sous ses sens; c'est ainsi qu'il dira : Le soleil est chaud et l'eau est froide. Ce serait là, suivant le même auteur, l'effet d'une association et non pas d'une réflexion. Il lui serait impossible de puiser en lui-même des connaissances quelconques : *Nil est in intellectu quid non fuerit prius in sensu.* « Ceux des crétins, dit Rösch, qui ne sont atteints d'idiotie qu'à un faible degré, peuvent, par une stimulation continuelle, dès l'enfance, par une activité convenable des facultés existantes, par l'exercice non interrompu des sens, ceux-là, dit-il, conduits avec ménagements et douceur, peuvent être éduqués au point de devenir utiles à la société; tandis que, par la négligence, par de mauvais traitements, ils deviennent plus mous, plus stupides, plus méchants, et tombent, par la suite, dans une complète apathie; alors leur intelligence s'obscurcit complétement. » Quand ils se livrent à un travail, qu'ils l'accomplissent lentement ou avec une certaine ardeur, ils le font toujours sans y attacher d'importance, sans aucune espèce d'émulation. Ils ne prévoient pas les accidents, et quand il leur en arrive, ils les reconnaissent, mais ils ne savent pas les réparer. Cependant nous pouvons dire avec Krauss : « Les animaux les plus intelligents ont le pressentiment de bien des choses que l'enfant, le crétineux et l'homme inculte comprennent. Ceux-ci, à leur tour, pressentent maintes choses que l'homme doué d'une intelligence ordinaire comprend; ainsi de suite... »

En rappelant que chez les crétins-idiots la vie psychique est éteinte le plus souvent sans aucune espèce de lueur, nous en résumons les caractères principaux chez les autres crétins et les crétineux, d'après Krauss, en disant : 1º que leur apathie pour les influences extérieures peut aller jusqu'à la léthargie psychique; 2º que les facultés de leur entendement fonctionnent avec une paresse extrême; 3º qu'enfin leur conception est d'une inactivité complète.

---

vin, et pendant combien de temps il les avait administrés. On sait aujourd'hui quel adjuvant puissant est pour les injections iodées l'iodure de fer à l'intérieur, et des observations extrêmement importantes publiées tout récemment encore prouvent que les dragées de Gille (la meilleure préparation d'iodure de fer) peuvent triompher seules de suppurations profondes, osseuses, qui avaient été rebelles à tous les autres toniques et reconstituants. Comme les dragées d'iodure de fer de Gille sont beaucoup plus faciles à administrer que deux litres ou même un litre de vin, notre honorable correspondant jugera sans doute convenable de les prescrire avant de recourir à cette dernière médication, dont l'utilité, nous le répétons, nous paraît d'ailleurs avoir été très-remarquable dans l'observation qu'il nous a communiquée.

(*Note du Rédacteur.*)

Les phénomènes de sensibilité et de volonté sont d'autant plus immédiats, d'autant plus inséparables qu'on les observe chez un être moins parfait; ils sont presque moins simultanés dans les instincts et les penchants. Dans le dernier degré du crétinisme, les affections de l'âme sont réduites à des instincts plus ou moins obscurs. Les êtres ainsi dégradés n'ont plus l'instinct de conservation; ils ne savent ni choisir leurs aliments, ni les prendre, ni même les ingérer convenablement; quelques-uns ne réagissent pas contre les impressions douloureuses du monde extérieur. Tous ces crétins sont idiots au plus haut degré; ce n'est pas d'eux qu'il peut être question quant à présent.

Les crétins simples et les crétineux agissent le plus souvent conformément aux impressions physiques; chez eux la volonté est une conséquence de l'instinct aveugle. Ils obéissent à la voix de ceux qui les nourrissent, ils aiment les friandises, rejettent les aliments trop épicés et les spiritueux. Krauss pense que c'est parce qu'ils en éprouvent un sentiment de douleur.

L'instinct de la procréation est développé chez les crétins à certaines périodes comme chez les animaux, d'après l'observateur que nous venons de citer. Ils se livrent moins à l'onanisme que les idiots. Maffei prétend que les crétines les moins dégradées ne recherchent pas le rapprochement sexuel avec leurs semblables, mais bien avec les individus plus parfaits. En dehors de ce penchant, peu prononcé même parfois, le crétin évite les rapports sociaux; il aime la solitude; ce n'est que pour satisfaire à ses besoins physiques qu'il se rapproche des hommes. Il ne s'attache à personne, si ce n'est à celui qui pourvoit à sa subsistance, mais autant seulement qu'un autre ne flatte pas davantage ses sens; il abandonnerait de même ce dernier. Il en est cependant qui ne montrent de préférence pour personne, quel que soit d'ailleurs le titre qu'on pourrait avoir à leur reconnaissance.

On s'accorde, en général, à douer les crétins et les crétineux d'une certaine bonté d'âme. Maffei dit que si on ne les contrarie pas, si on ne les maltraite pas, ils sont doux, patients et ne font de mal à personne. Un autre observateur, très-compétent dans ces sortes de questions, Rösch, ajoute qu'ils sentent leur dépendance, qu'ils s'attachent à ceux qui les traitent avec douceur, qu'ils ont des attentions pour leurs parents et qu'ils peuvent donner des soins tendres aux enfants. « Leur prétendue méchanceté, continue l'illustre fondateur de Mariaberg, retombe, par conséquent, sur ceux qui, soit par dédain, soit par ignorance, irritent ces êtres misérables et déshérités par la nature, et elle n'est, à proprement parler, que la réaction de la nature maltraitée et méconnue. »

Le crétin ne connaît pas les sentiments affectifs qui naissent au fond de l'âme; ses émotions ne lui viennent que du monde extérieur. Ainsi il est accessible à la joie, lorsqu'il goûte un aliment qu'il aime, lorsqu'on lui donne des friandises, de beaux vêtements; quelques-uns éprouvent du plaisir en recevant des pièces de monnaie. M. Ferrus (*loc. cit.*, p. 8), visitant les crétins de l'hospice de Lyon, dépeint parfaitement leur impressionnabilité. « Les plus obtus, dit ce savant académicien, et les plus hideux des individus qui la composaient (une réunion) témoignèrent leur surprise et leur joie par un rire qu'il faut avoir vu pour le comprendre. Les moins hébétés se levèrent, vinrent à moi, et l'un d'eux, fidèle à d'anciennes habitudes, me tendit un affreux bonnet, en m'engageant, par des gestes expressifs et des paroles à peine articulées, à y déposer quelques pièces de monnaie. »

Enlever au crétin les objets qui lui ont occasionné de la joie, c'est le rendre triste; mais ce qui l'afflige le plus et même d'une manière qu'on a de la peine à comprendre, c'est la punition physique, la correction. Rarement, dit le docteur Krauss, on excite des larmes chez lui. La pitié, la honte, le repentir et l'envie ne lui sont pas connus.

La crainte et l'effroi même, peuvent être réveillés chez le crétin. Ainsi, la vue d'un animal qui l'a blessé l'épouvante; il en est de même des personnes qui l'ont maltraité; il craint, en

général, le tonnerre et les éclairs, dit Krauss, tandis qu'il reste impassible devant la colère ou le désespoir d'un homme.

Une des passions les plus redoutables auxquelles le crétin soit sujet, c'est la colère. Pour l'exciter, il suffit parfois de lui refuser une friandise, un objet insignifiant, de le gronder vertement ou d'exiger de lui un travail pour lequel il a de la répugnance; et nous avons vu qu'il en a pour toute espèce d'ouvrage. Maffei nous décrit les emportements violents auxquels se portent les crétins vigoureux des Alpes Noriques. Les plus faibles pleurent de colère, tandis que les plus forts deviennent comme des bêtes féroces; le crétineux même n'est pas meilleur. « L'instinct, dit cet observateur, n'a pas de frein pour anéantir l'objet qui a blessé le crétin, et tout ce qu'il trouve, sans distinction, devient une arme à l'aide de laquelle il renverse ou frappe l'agresseur. Contre de telles explosions de colère, il faut agir le plus promptement; s'emparer du furieux au moyen de forces physiques supérieures, auxquelles il ne faut pas lui laisser le temps d'opposer de résistance. Comme le crétin ne quitte pas des yeux l'objet de sa colère, il ne sera pas trop difficile à un grand nombre de personnes de le saisir avec la rapidité nécessaire; mais il faut pour cela une grande prudence et de la force, car le crétin vigoureux est à la fois extrêmement agile et leste. C'est comme si un tout autre souffle de vie l'animait et excitait ses muscles; à ce déploiement extrême de force, paraît s'allier l'adresse, ne serait-ce que pour peu de temps? C'est pourquoi les habitants des montagnes ont grand soin de vous prévenir de ne pas mettre en colère un *fexe* (crétin). Ces explosions de fureur ne durent pas longtemps; elles cessent quand le crétin est maintenu promptement ou que l'objet de sa colère a été éloigné. Après un accès pareil, il remarque longtemps la personne ou l'objet qui l'a excité et lui témoigne son mécontement. Ce retour à une excitation modérée, à la vue du mobile premier, correspond à ce qu'on appelle la vengeance chez l'homme dans l'état normal. »

C'est dans un accès de fureur que le crétin Kober a tué son père, sa mère et une de ses sœurs. Voici les circonstances telles que le docteur Krauss les rapporte : « Le 5 janvier 1850, entre quatre et cinq heures, la famille Kober, composée du père, de la mère, de leur fils Louis et de leurs deux filles, se trouvait réunie dans la même pièce. Le père recommande à Louis de cirer ses bottes pour le dimanche suivant; celui-ci ne tient nul compte de cet ordre. Le père réitère sa demande et le fils lui répond avec humeur. Alors survient une scène dont nous ne connaissons pas les détails puisque les acteurs et les assistants sont morts à l'exception du meurtrier et d'une sœur imbécile. Toutefois, nous savons que le père est allé chercher sa canne dans la chambre voisine; que le fils a tiré aussitôt un couteau de sa poche. Il y a dû avoir des coups donnés. Le fils dit que les premiers coups de couteau qu'il a donnés à son père ont été portés dans le ventre. La mère venant au secours est tuée de même, ainsi que l'une des sœurs; l'autre allait avoir le même sort si un vigoureux voisin n'était parvenu à l'arracher, au risque de sa propre vie, des mains du furieux. Deux autres hommes accourant avec des fourches sont sérieusement blessés; et on ne serait pas parvenu à saisir le féroce si, par de vigoureux coups assénés sur la tête, on ne l'avait pas fait tomber en syncope. »

La société doit gémir sur de pareils malheurs, mais elle ne peut invoquer les lois que pour se garantir contre des êtres ainsi dégradés. Toutefois Louis Kober a été gardé en prison, où il s'est laissé mourir de faim peu de temps après.

Krauss croit que ce qu'on appelle paresse chez le crétin n'est qu'une apathie résultant du défaut de développement des facultés de l'âme. « L'état du crétin, dit-il, est un demi-sommeil dans lequel l'instinct aveugle maintient les vagues et naissants sentiments de l'âme, et qu'il ne trouble qu'à certaines périodes, par une suractivité extérieure qui, après son accomplissement, le laisse dans son ancienne apathie. »

§ IV. — *Diagnostic du crétinisme.*

Ce qui manque d'une manière complète dans les monographies sur le crétinisme, c'est un diagnostic rigoureux pouvant guider dans les recherches ultérieures. Il nous paraît découler naturellement des chapitres précédents.

Quoique l'impression que les crétins de la Franconie ont produite au professeur Virchow ait été semblable à celle qu'il aurait eue en voyant des monstres, nous ne pensons cependant pas qu'il veuille ou qu'il puisse faire rentrer ces êtres dans la tératologie. D'après ses propres recherches anatomo-pathologiques, il lui aurait été possible de constater le plus souvent une ossification prématurée des sutures du crâne, soit en totalité, soit en partie. Ces synostoses ne se forment pas, en général, pendant la vie fœtale, mais peu après la naissance, et même il cite l'observation d'un crétin dont les premiers symptômes ne se sont montrés qu'un an après la naissance. Ce n'est pas ainsi qu'on voit se développer les monstres.

Bien plus, n'avons-nous pas vu, dans le résumé de Meyer Ahrens, sur le crétinisme de la Suisse, que les illustres voyageurs et médecins qui ont parcouru ce pays sont unanimes sur ce fait, qu'en déplaçant un enfant qui présente des symptomes de cachexie crétineuse, on le voit échapper à ce terrible fléau, et se développer régulièrement? Rien de pareil ne peut être appliqué dans les cas de monstruosité. Enfin les guérisons ou les améliorations physiques et psychiques signalées par les fondateurs d'asiles spéciaux, tels que Rösch, Guggenbühl, etc., éloignent toute possibilité de confondre dans la même classe les crétins et les monstres.

Par son caractère endémique, le crétinisme se distingue non-seulement de la mélancolie avec stupeur ou stupidité et de la démence, mais encore de l'idiotie à ses divers degrés, comme il est facile de le prouver. L'endémie est confirmée dans un grand nombre de cantons de la Suisse, comme dans le Valais, les Grisons, l'Argovie, etc., en Sardaigne, où l'on compte plus de 7,000 crétins; dans le Wurtemberg, où le chiffre s'élève à 5,000 au moins; dans l'ancienne Franconie, où, d'après la statistique encore incomplète, l'on trouve déjà 1 crétin sur 4,355 habitants; dans le duché de Bade, où l'on compte plus de 500 crétins; en Autriche, plus particulièrement sur les bords du Danube, dans la seule province de Styrie, une statistique entreprise sous les auspices de l'archiduc Jean, indique l'existence de 6,000 crétins; dans le Danemark, où les recherches faites par les soins du gouvernement signalent 2,000 crétins; en Angleterre, où existait, selon Guggenbühl, le nombre énorme de 30,000 individus atteints, à des degrés variables, d'un arrêt de développement psychique. Aussi, grâce à la chaleureuse et paternelle intervention du docteur Conolly, en faveur de toute une grande classe d'êtres déshérités par la nature, on fonda pour eux un premier asile à Highate, près de Londres, en 1848, et un second, depuis, à Righate, à vingt milles de cette métropole. En France, il n'existe ni un asile spécial, ni une statistique, quoique les crétins et les idiots soient assez communs dans certains départements.

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 77. 3e ANNÉE. Mercredi 27 Juin 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur les dangers des bains chauds, d'eau ou de vapeur, dans l'anasarque albuminurique.

Par M. MARCHAL (de Calvi).

II.

Vers la fin du mois d'avril dernier, je fus appelé en consultation auprès d'une jeune femme âgée d'environ trente ans, mère de plusieurs enfants. Trois mois auparavant, elle avait accouché d'un enfant mort, et ne s'était pas rétablie. C'était une femme de petite taille, brune, très-pâle et bouffie. Assise sur son lit, elle paraissait accablée; sa respiration était incomplète ; les mains, blanches et épaisses, étaient infiltrées; l'anasarque des extrémités inférieures était considérable. Il y avait de la sérosité dans l'abdomen et dans les plèvres.

On avait cru à une lésion du cœur; il n'en était rien. Les battements étaient assez rapprochés et clairs, mais aucun bruit morbide, aucune circonstance ne révélait un état morbide quelconque, dans cet organe.

Dès que l'hydropisie ne se rattache pas à une lésion du cœur, on a lieu de soupçonner l'albuminurie. J'examinai les urines ; elles devinrent seulement louches par l'addition de l'acide nitrique et par l'ébullition. Elles contenaient donc de l'albumine, mais en petite quantité.

La malade avait eu les jambes *enflées* pendant les derniers mois de sa grossesse, et l'*enflure* conservait l'empreinte des bottines et des doigts.

La vue était bonne et n'avait jamais été altérée; je m'en assurai d'une manière spéciale; car, depuis la découverte de l'amblyopie albuminurique par M. Landouzy, je n'ai jamais manqué de porter mon attention sur ce symptôme, et je l'ai constaté plusieurs fois.

Les aliments passaient assez bien; il n'y avait pas de diarrhée, malgré l'emploi presque journalier des purgatifs, notamment du sirop de nerprun.

Je diagnostiquai une albuminurie puerpérale, et je supposai que l'affection primitive était arrivée à son extrême déclin, mais que les hydropisies, effet du flux albuminurique, se maintenaient, à raison de la profonde débilitation dans laquelle la malade était tombée.

Nous convînmes de donner l'extrait de caença associé au nitre; de soutenir les forces au moyen de consommés, de potages et de quelque vin généreux; de continuer l'usage des ferrugineux; de faire ingérer du blanc d'œuf sous diverses formes, notamment sous la forme d'œufs à la neige ; enfin, de pratiquer de légères scarifications sur les extrémités inférieures, pour ouvrir une issue à la sérosité infiltrée.

Ce traitement procura quelque amélioration, et l'on eut particulièrement à se féliciter d'avoir administré l'extrait de caença. La malade recouvra assez de force pour faire deux petites promenades en voiture.

C'est alors que le médecin traitant eut l'idée de prescrire des bains de vapeur pour accélérer le traitement.

Je dois répéter ici ce que j'ai dit à l'occasion du premier cas.

Les bains de vapeur sont conseillés par tous les auteurs contre l'anasarque. On ne saurait donc incriminer la conduite du médecin, qui est un praticien fort estimable.

La malade prit trois bains de vapeur. Chaque fois son visage rougissait extrêmement. Après le troisième, elle devint aveugle tout à coup. Je fus mandé auprès d'elle.

Lorsque je l'aperçus, ses yeux, largement ouverts, comme hagards, mais en réalité privés de sentiment et de regard, et tournés du côté du bruit, me firent penser un moment qu'elle avait perdu la raison. Je connus bientôt la vérité.

La vue était abolie; la malade ne distinguait pas les personnes, si rapprochées qu'elles fussent. Quand j'arrivai, elle prenait du café au lait, et au lieu de tremper le pain, elle le mettait à côté de la tasse; toutefois, elle aperçut la flamme d'une bougie que je fis allumer pour m'assurer de l'état des pupilles, lesquelles avaient conservé leur contractilité, aussi bien que les milieux de l'œil toute leur transparence.

C'était plus loin, dans l'encéphale, que résidait la cause de la cécité.

Ce n'est pas tout : le jugement était intact, mais la parole était d'une lenteur extrême; la malade s'arrêtait d'un mot à l'autre, sans impatience, comme résignée, et souvent elle laissait sa phrase incomplète, après avoir seulement indiqué l'idée qu'elle voulait exprimer.

La sensibilité générale et la motilité étaient intactes partout.

Nous tentâmes tout ce qui était possible pour faire rentrer dans la circulation la sérosité épanchée à l'intérieur du crâne et comprimant le cerveau. Vaine assistance; la pauvre malade, trop faible pour résister à cette nouvelle atteinte, s'éteignit au bout de quelques jours, sans avoir eu la consolation de voir son mari et ses petits enfants réunis autour de son lit de mort.

Je ne crois pas que l'on puisse élever de doutes sérieux sur le point de départ des hydropisies dans ce cas, c'est-à-dire, sur l'albuminurie puerpérale. Il existait peu d'albumine dans les urines, mais ce qui en existait suffisait au diagnostic, et alors même qu'il n'y en aurait plus eu de traces, le fait antécédent de l'infiltration des extrémités inférieures pendant les derniers mois de la grossesse, était de nature à mettre sur la voie de l'affection qui avait occasionné les collections séreuses.

On a lieu de supposer, comme je l'ai dit, que l'affection rénale était arrivée à son terme, mais que, dans l'extrême affaiblissement du sujet, la résorption de la sérosité exsudée ne pouvait s'opérer par suite de l'atonie des tissus, outre que l'hydropisie était nécessairement entretenue par la diminution considérable de la proportion de l'albumine du sang, laquelle n'avait pu encore se récupérer.

Du reste, quel qu'eût été le point de départ, il y avait hydropisie, et hydropisie *de cause génerale*, au moment où j'ai vu la malade; or, ce que je veux prouver dans ce travail, c'est que les bains chauds, particulièrement les bains de vapeur, sont très-dangereux dans l'hydropisie *de cause générale*.

Et ce qui m'autorise à affirmer que l'hydropisie procédait d'une cause générale, c'est qu'il n'y a évidemment qu'une telle cause qui puisse faire exsuder le sérum du sang dans toutes les parties du corps. Quand l'hydropisie est générale, elle procède inévitablement d'une cause générale; mais elle pourrait être partielle et procéder encore d'une cause générale. Ainsi l'infiltration de l'albuminurie peut rester bornée à la face pendant un certain temps.

Puisque nous admettons qu'au moment de l'accouchement, la malade était albuminurique depuis plusieurs mois, il s'ensuit qu'elle se trouvait alors dans les conditions les plus favorables à la production de l'éclampsie, et cependant elle en fut exempte.

Mais il n'est pas inévitable que l'albuminurie puerpérale donne lieu à l'éclampsie. Si l'accouchement est prompt et facile, si par conséquent la malade n'est pas dans le cas de faire des efforts violents et prolongés, l'afflux du sang au cerveau, nécessaire à la production de l'exsudation séreuse intra-crânienne, n'aura pas lieu, et, par suite, l'éclampsie sera évitée, nonobstant l'existence de l'albuminurie. Les mêmes circonstances, en médecine, agissent ou n'agissent pas comme causes morbides, au gré d'autres circonstances, qu'il n'est pas toujours possible de déterminer.

L'erreur qui avait fait croire à l'existence d'une affection du cœur est malheureusement commune, et je viens encore d'en avoir un exemple dans une récente consultation.

Pour beaucoup de praticiens, il existe une hypertrophie du cœur, dès que les battements sont précipités, clairs, éclatants. Il y a pourtant une grande différence entre ces caractères et ceux de l'hypertrophie, et l'on a assez répété qu'ils appartiennent à l'anémie, qui est inévitable à une époque avancée des longues maladies. On dirait alors que le cœur court après le sang.

La malade se trouvait mieux, et l'on pouvait même espérer son rétablissement, lorsque les bains de vapeur furent prescrits. Je n'hésite pas à leur attribuer la lésion cérébrale, qui a consisté sans aucun doute en une congestion sanguine ayant donné lieu à une exsudation séreuse.

La compression semble s'être exercée spécialement à la base du cerveau, et sur les lobules antérieurs : c'est, du moins ce que l'on peut inférer des symptômes qui ont surtout manifesté la lésion cérébrale : perte de la vue, altération de la faculté du langage. La compression devait être générale, car l'être moral était affaissé tout entier et plongé dans une sorte d'abandon de lui-même; mais elle s'exerçait avec plus de force sur certains points.

Maintenant comment la suffusion séreuse intra-crânienne a-t-elle produit, chez cette jeune femme, des symptômes si différents de ceux du premier cas : ici des symptômes de compression, là des convulsions? Comment la même lésion, c'est-à-dire la même cause prochaine ou immédiate, peut-elle avoir des effets si divers?

Cela se voit tous les jours en pathologie. La diathèse urique est une, et cependant, chez le même individu à différentes époques, ou chez divers individus, elle peut produire tantôt la goutte, tantôt le rhumatisme, tantôt des dartres, tantôt la gravelle, tantôt des éruptions furonculeuses et des anthrax, comme j'en vois un exemple dans ce moment.

C..., le sujet de la première observation, a été saisi en pleine santé, son sang ayant toute la force de la jeunesse, et partant, il y aurait eu, dans l'accident cérébral produit par les bains de vapeur, plus de congestion sanguine que de suffusion séreuse : d'où peut-être la nature convulsive des symptômes.

Au contraire, la jeune femme de la seconde observation était profondément anémique au moment de la production de l'encéphalopathie, de telle sorte que l'élément séreux ou compressif l'aurait emporté sur l'élément sanguin ou convulsif.

C'est une explication que je hasarde, et qui pourrait peut-être s'appliquer à l'éclampsie puerpérale, dont M. A. C. Baudelocque distingue deux variétés : l'une caractérisée par le retour de la connaissance après l'attaque convulsive, l'autre dans laquelle la malade reste privée de connaissance entre les accès.

Dans la première forme (forme convulsive ou épileptique), la congestion sanguine prédominerait, et dans l'autre (forme comato-convulsive) ce serait la compression par la sérosité exsudée.

Il y aurait ainsi une variété sanguine et une variété séreuse, et la détermination de la variété dépendrait de la composition du sang et de l'état des forces. Chez un individu robuste, affecté depuis peu de temps, chez lequel, par conséquent, le sang aurait peu perdu de ses globules et de sa force, on observerait plutôt la forme sanguine, congestive ou convulsive, et, chez un autre, qui serait malade depuis longtemps, dont le sang serait très-appauvri, on verrait plutôt survenir la forme séreuse, compressive ou comato-convulsive, peut-être simplement comateuse.

Il existe, en outre, de grandes différences dans les symptômes, suivant les parties de l'encéphale où la congestion et la compression se concentrent; car on a beau s'en défendre, rien n'est plus démontré que le principe de la localisation des fonctions dans la masse encéphalique. Tous les physiologistes ont concouru à cette démonstration, y compris M. Flourens, qui a cependant attaqué avec tant d'ardeur le principe de la localisation des facultés intellectuelles et morales dans le cerveau.

En réfléchissant à la cécité survenue, dans notre second cas, chez une albuminurique, il est impossible de ne pas se reporter à l'amblyopie albuminurique, signalée par M. Landouzy, de Reims.

Puisque l'on est conduit à attribuer la cécité, dans ce cas, à un épanchement séreux intra-crânien, ne se pourrait-il pas que l'amblyopie albuminurique dût être rattachée à la même circonstance, moins accusée? Ainsi s'expliquerait un phénomène dont il a paru si difficile de rendre compte, et que M. Beau a fini par attribuer à la dyspepsie qui accompagne souvent l'albuminurie, doctrine contre laquelle je me vois obligé de protester, malgré l'estime profonde que je professe pour les travaux de son auteur. Que M. Beau ait vu l'amblyopie albuminurique disparaître après la guérison de la dyspepsie, je l'admets sans peine dès qu'il le dit; mais cela ne prouve pas du tout que la dyspepsie fût la cause sympathique de l'amblyopie; cela pourrait prouver aussi bien qu'en rétablissant les forces digestives et en donnant une impulsion nouvelle à l'absorption, il était parvenu à faire rentrer momentanément dans la circulation la sérosité épanchée autour du cerveau.

Dès qu'il est prouvé que l'anasarque, dans l'albuminurie, commence par les parties supérieures, on peut comprendre qu'elle se produise d'abord dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et qu'ainsi elle donne lieu à l'amblyopie.

D'un autre côté, comme en premier lieu elle se montre extérieurement aux paupières, et comme le tissu cellulaire des paupières est continu avec celui de l'orbite, on pourrait également supposer que, la sérosité infiltrant le tissu cellulaire péri-oculaire aussi bien que le tissu cellulaire palpébral, il en résulterait une compression du globe oculaire, qui aurait pour effet de troubler plus ou moins la vision.

MÉDECINE COMPARÉE.

Mémoire sur les prétendus cerveaux ossifiés ou sur les exostoses de la face interne du crâne chez les animaux de l'espèce humaine.

Par M. Arm. Goubaux,

(Professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.)

(*Suite, voir le* n° 71, 72, 73, 74.)

§ V.

Revenons maintenant sur le développement de ces tumeurs, et cherchons à tirer des observations quelques renseignements utiles pour rendre plus complète l'histoire des exostoses de la face interne du crâne chez les animaux de l'espèce bovine.

Je n'ai pas l'intention de m'étendre ici sur des détails d'anatomie normale dont la connaissance préalable est indispensable pour l'étude de toutes les questions d'anatomie pathologique; cependant, il me paraît utile d'insister sur quelques particularités des sinus frontaux des animaux de l'espèce bovine.

En général, les sinus frontaux, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer ailleurs (1), offrent une étendue et une capacité d'autant plus considérables qu'on les examine chez des animaux qui se défendent avec la tête, et c'est chez le bœuf, parmi ceux qui sont à l'état de domesticité, qu'ils sont le plus remarquables sous ces deux rapports. Chez l'adulte, ces sinus sont creusés non-seulement dans le frontal, mais encore dans le pariétal, dans l'occipital et dans les temporaux; de sorte que toute la surface antérieure du crâne, et même une partie de ses parois postérieures et latérales, sont occupées par une cavité aux parois de laquelle l'air atmosphérique, se renouvelant par la respiration, donne une force de résistance très-grande, en raison de l'élasticité dont il jouit. Il suit de là, on le sait du reste, que la cavité propre des sinus est limitée par deux tables osseuses: l'une *superficielle* ou *externe* et l'autre *interne* ou *profonde*. C'est cette dernière qui, à proprement parler, forme la plus grande partie des parois de la cavité crânienne.

L'écartement des tables osseuses qui limitent la cavité du sinus varie suivant l'âge et suivant l'individu, et il est toujours beaucoup plus considérable au niveau des cornes que partout ailleurs.

Une tumeur osseuse, développée à la face interne de la table superficielle, peut acquérir un certain volume dans l'intérieur du sinus, et aux dépens de sa propre cavité. Mais, plus tard, le volume de cette tumeur augmentant toujours, on comprend la nécessité de l'écartement des deux tables osseuses du sinus: l'une sera donc refoulée à l'extérieur, tandis que l'autre sera refoulée à l'intérieur ou du côté de la cavité crânienne. Tout cela peut paraître hypothétique, mais tout à l'heure j'arriverai à justifier ces explications. Continuons donc.

Si la table superficielle ou externe est refoulée à l'extérieur par suite du développement de la tumeur dans l'intérieur du sinus et dans une partie limitée de la cavité de celui-ci, il devra donc y avoir une déformation, et c'est là une conséquence nécessaire, dans la partie correspondante de la tête. Déformation et augmentation du volume de la tête dans un point quelconque de l'étendue du sinus, voilà ce qui doit se faire remarquer si la supposition que j'ai faite est vraie. Y a-t-il des faits qui puissent être invoqués pour appuyer cette supposition? Les observations de M. Colin, d'Auxerre (§ Ier, observation 10e), et de M. le docteur Thion (§ IV) sont les seules où ces deux effets aient été notés. Au contraire, dans toutes les autres du § Ier il n'en est pas fait mention. Ce n'est pas à dire pour cela qu'ils ne se faisaient pas remarquer, car il pourrait très-bien se faire que, à l'autopsie des animaux, l'attention de l'observateur, attirée sur le fait principal, ait négligé quelques-uns de ceux qui n'en formaient que les accessoires.

Cette tumeur ne peut-elle pas produire, en refoulant la table extérieure du sinus, une déformation de la fosse temporale et une atrophie du muscle crotaphite de la même manière et pour les mêmes raisons que l'on voit dans certains cas d'exostoses de la colonne vertébrale — particulièrement dans la région lombaire — une déviation et une atrophie des muscles voisins? J'ai cité des exemples de ces lésions dans mon *Mémoire sur l'entorse dorso-lombaire considérée dans le cheval* (2). Je crois qu'il en est ainsi, et des observations ultérieures infirmeront ou confirmeront cette supposition pour la généralité des cas. Quant à présent, et en s'appuyant sur les faits relatés dans le § Ier, on peut dire seulement que ces résultats peuvent se faire remarquer ou n'ont pas été remarqués: la situation et le volume de la tumeur dans l'intérieur du sinus sont peut-être les seules causes de cette variation.

(1) *Mémoire sur l'anatomie des cavités nasales du cheval*, communiqué à la Société de biologie le 31 janvier 1852, et inséré dans la *Gazette médicale* du 31 août 1852 et dans les *Comptes rendus de la Société de biologie* (année 1852, p. 82).

(2) *Recueil de médecine vétérinaire*, t. XXVIII, année 1851, p. 414-498.

Quant au refoulement de la table interne du sinus du côté de la cavité crânienne, elle ne peut pas être mise en doute: la plupart des observations en témoignent. Il en résulte, à la fois et nécessairement, une diminution de la capacité de la cavité crânienne et une compression de l'encéphale (1).

La pression exercée par la tumeur osseuse sur la table interne ou profonde du sinus peut sans doute, à la longue, la faire disparaître dans une partie de son étendue, de la même manière qu'on voit disparaître d'autres portions osseuses sous l'influence de causes analogues. On cite, par exemple, la disparition du corps des vertèbres situées au voisinage d'une tumeur anévrysmale, et j'en ai vu deux exemples chez l'homme; on a cité aussi des usures des parois crâniennes survenues à la suite de fongus de la dure-mère chez l'homme. N'a-t-on pas noté aussi l'amincissement des os du crâne dans le cas de tournis chez les animaux? S'il en est ainsi dans les cas d'exostoses de la face interne du crâne chez les animaux de l'espèce bovine, il n'y a plus rien qui doive étonner dans le rapport qui a été signalé entre la tumeur osseuse et les enveloppes de l'encéphale.

La *difficulté pour assommer les animaux*, dont il est question dans plusieurs observations où l'on dit que le marteau rebondissait sur le crâne, peut trouver son explication dans la nature même de la tumeur, qui est d'une très-grande densité; mais elle est peu à prendre en considération pour ces faits spéciaux, attendu que lorsque les bouchers frappent sur les sinus, l'air contenu dans leur intérieur réagit en raison de son élasticité et renvoie le marteau avec une force égale à celle qui l'avait fait mouvoir d'abord. Il est commun de voir ce phénomène dans les abattoirs; les bouchers croient en donner une explication satisfaisante en disant que *les bœufs ont la tête molle*.

La *difficulté pour ouvrir le crâne* par la paroi supérieure ou antérieure, signalée aussi par plusieurs observateurs, est justifiée par la dureté, la résistance de la tumeur, et donne une nouvelle preuve que celle-ci occupe d'abord la cavité du sinus avant de diminuer la capacité de la cavité crânienne par suite de l'accroissement de son volume.

Il ne me reste plus qu'à rechercher l'explication de l'effet de la compression de la tumeur sur l'encéphale.

La compression de l'encéphale, comme toutes les compressions en général, peut être *brusque* ou *instantanée*, ou bien elle peut être *lente* ou *graduelle*. Elle peut être aussi, par la voie expérimentale, *intermittente* ou *permanente*. Dans chacun de ces cas, l'effet de la compression est-il le même? On pourrait, *à priori*, répondre à cette question par la négative.

Si la compression débute instantanément et brusquement, il est certain qu'elle se traduira par des symptômes particuliers, tels que la paralysie ou le tournoiement. On en a la preuve lorsque, après avoir fait une trépanation, on introduit des étoupes ou un caillou entre l'encéphale et la face interne de la dure-mère. Si l'on a établi la compression sur le lobe gauche du cerveau, l'animal ne tarde pas à tourner à droite, et *vice versâ*. On observerait le même résultat, si une hémorrhagie s'était effectuée dans le même endroit, ainsi que cela a lieu dans certains cas d'apoplexie chez l'homme. Les symptômes varient, du reste, dans cette dernière circonstance, car j'ai eu l'occasion d'observer chez un cheval âgé de quatre ans tous les symptômes de l'immobilité la mieux caractérisée, alors qu'il n'existait que des épanchements sanguins circonscrits, mais plus ou moins étendus, entre les os du crâne et la dure-mère, et entre celle-ci et les enveloppes situées plus profondément.

(1) Je dis toujours l'encéphale, attendu l'impossibilité où je me trouve de spécifier laquelle de ses parties composantes. On sait que, autrefois, on attribuait la même valeur aux mots *cerveau* et *encéphale*. Aujourd'hui, chacun de ces mots emporte avec lui une idée différente: le cerveau est une partie de l'encéphale, puisque celui-ci se compose du *cerveau*, du *mésocéphale*, du *cervelet* et du *bulbe du prolongement rachidien*.

Remarquons que dans les différents cas qui viennent d'être cités la compression débute brusquement et que ses effets, qui varient suivant sa situation et l'étendue de la surface sur laquelle elle s'exerce, peuvent être intermittents ou permanents, suivant le mode d'action de la cause elle-même.

Ce n'est certainement pas le cas que nous offre le développement d'une tumeur de la nature de celles qui font le sujet de nos études. Puisque leur développement est lent, ce n'est aussi que lentement que la compression de l'encéphale en devient le résultat. Ici donc, contrairement à ce que nous avons vu tout à l'heure, cause permanente de compression d'une part, tandis que d'autre part il devrait y avoir dépression correspondante de l'encéphale, et conséquemment gêne ou même abolition des fonctions qui lui sont dévolues. En est-il toujours ainsi ? Non. On me paraît en trouver la raison dans cette explication que *l'accroissement du volume de la tumeur*, d'un côté, *entraîne l'atrophie de la substance nerveuse du côté opposé*, et c'est pour cette raison sans doute que certains observateurs ont cru voir une ossification du cerveau là où celui-ci n'avait fait que diminuer de volume dans une proportion plus ou moins considérable.

En vain on invoquerait les cas d'acéphalie et d'hydrocéphale congéniale ; car, si les phénomènes de la vie végétative peuvent encore s'effectuer dans ces circonstances, ceux de la vie de relation sont complétement impossibles (1). On cite bien des fœtus qui se sont développés plus ou moins complétement, on en cite même qui ont vécu un certain nombre d'heures après la naissance ; mais qu'il y a loin de ces faits à ceux dont il s'agit de faire ici l'histoire !

Pour invoquer des faits analogues, nous ne pouvons mieux faire que de rappeler ceux que nous avons publiés avec notre collègue M. H. Bouley sous le titre de : *Mélanose développée dans le cerveau* (1). Ici, en effet, une tumeur mélanique s'est développée lentement à la face interne du crâne ; elle a refoulé lentement la substance nerveuse, qui était obligée de se mouler sur sa saillie ; nous sommes alors dans toutes les conditions d'une compression lente et graduelle. Nous trouvons encore un exemple semblable dans le fait d'une aberration dentaire que nous avons décrite (2).

Ce qui frappe dans ces différents cas, c'est que les causes et les effets physiques étaient analogues, sinon semblables. Mais la relation de cause à effet était-elle la même au point de vue physiologique ? Il est impossible de répondre aujourd'hui à cette question. Les éléments de la solution nous font complétement défaut, et celle-ci doit nécessairement être ajournée.

On le voit, et il en est toujours ainsi lorsqu'on veut discuter une question alors qu'on n'a pas à sa disposition tous les renseignements indispensables, on est réduit à faire des hypothèses, ou, comme le disait notre collègue M. Prangé, à faire des promenades autour de la vérité. La crainte de faire fausse route, celle aussi de fatiguer le lecteur et de ne pas arriver au but désiré me forcent à m'arrêter.

(1) A l'appui de ce que je viens de dire, je crois devoir publier le fait suivant :

Le 5 janvier 1845, j'ai disséqué un fœtus (de jument) hydrocéphale qu'avait envoyé à l'École d'Alfort M. Laurent, vétérinaire à Versailles. — Ce fœtus était très-fort ; il paraissait être à terme, bien qu'il n'eût que huit mois de gestation. Le crâne avait un volume extraordinaire.

A travers la peau, on sentait que les os qui entrent dans la composition du crâne étaient écartés les uns des autres. Entre les bords de ces os, on sentait aussi une membrane assez résistante qui les réunissait les uns aux autres.

M. Laurent m'a rapporté que, lors de la sortie du fœtus de la cavité utérine, le liquide que renfermait le crâne s'était écoulé par les cavités nasales.

Voici ce que j'ai constaté par la dissection.

Au-dessous de la peau, et dans les endroits où les os étaient très-écartés les uns des autres, il existait, en procédant de dehors en dedans : 1° une aponévrose sous-cutanée ; 2° le périoste ; 3° enfin, la dure-mère et le feuillet externe de l'arachnoïde. En pénétrant dans l'intérieur, je constatai qu'il n'existait pas de cerveau, et je dirai tout à l'heure à quoi cet organe était réduit.

Le feuillet interne ou viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère étaient flottants dans la cavité crânienne ; ces deux parties adhéraient à la voûte du crâne dans le point où aurait dû se trouver la faux du cerveau, qui n'existait pas.

La cloison transverse de la méninge ou la tente du cervelet était très-développée, et ses deux feuillets composants étaient très-écartés l'un de l'autre.

En procédant d'avant en arrière, voici à quoi le cervau était réduit : 1° couches olfactives ; 2° nerfs optiques avec leur commissure ; 3° appendice sus-sphénoïdal ou glande pituitaire ; 4° de chaque côté, troisième, quatrième et cinquième paires ; 5° enfin, au niveau de la tente du cervelet se trouvait quelque chose d'analogue au cervelet, mais qui n'occupait pas toute la cavité ; enfin, de chaque côté, l'origine des nerfs. Jusqu'au niveau de la tente du cervelet, toutes les parties qui viennent d'être énumérées étaient parfaitement distinctes les unes des autres ; la masse cérébrale n'existait plus.

En général, les nerfs étaient très-volumineux, plus volumineux, peut-être, qu'ils ne le sont chez l'animal adulte.

Les autres parties de ce fœtus n'offraient rien de remarquable.

(1) *Recueil de médecine vétérinaire*, t. XXIV, année 1847, p. 328.

(2) *Recueil de médecine vétérinaire*, t. XXXI, année 1854, p. 70. (§ IV.)

Discussion sur la nature et le traitement de l'aliénation mentale.

(Addition à la séance de l'Académie du 19 juin 1855.)

Discours de M. Baillarger.

(*Suite.*)

Je passe aux doctrines de M. Moreau.

J'ai ici, Messieurs, à examiner deux points différents :

1° M. Moreau nie la monomanie en principe;

2° Il regarde le délire et la folie comme une seule et même maladie dont les types divers admis jusqu'à présent ne sont que des périodes.

Occupons-nous d'abord du premier point, c'est-à-dire de la négation de la monomanie en principe : je crois devoir faire remarquer avant tout que la position est ici beaucoup moins grave. Il y a loin, en effet, de l'opinion de M. Falret, qui nie l'existence de la monomanie en fait, à celle de M. Moreau, qui la rejetterait en principe en se fondant sur une objection purement psychologique. On sait que, sur le terrain de la psychologie, il est facile de se trouver en dissidence.

Voyons d'abord le passage sur lequel s'est appuyé M. Bousquet pour démontrer l'opinion de M. Moreau:

« D'après les lois constitutives des facultés intellectuelles, dit M. Moreau, il est impossible d'admettre que ces facultés puissent être modifiées d'une manière partielle.

« Dans la plus légère, comme dans la plus grave de ces lésions, il y a nécessairement métamorphose complète, transformation radicale, absolue de toutes les puissances mentales du moi qui les résume.

« En d'autres termes, comme on raisonne, on déraisonne; on est fou ou on ne l'est pas; mais on ne saurait l'être à moitié, aux trois quarts, de face ou de profil. »

Il y a dans l'âme humaine deux ordres de faits, les uns appartiennent à ce que les psychologues ont appelé les capacités naturelles de notre nature; les autres appartiennent au pouvoir personnel qui gouverne ces capacités. M. Moreau, dans le passage cité, me paraît avoir confondu à tort ces deux ordres de faits. J'ajouterai en passant que cette même confusion existe dans toute la partie psychologique du travail de M. Bousquet.

Le pouvoir personnel est un et ne peut se diviser; la perte du libre arbitre, qui constitue essentiellement l'aliénation mentale, ne peut non plus être scindée. Donc, quand vous affirmez qu'un fou ne peut l'être à moitié, aux trois quarts, je suis complétement de votre avis. Je l'ai dit déjà, et presque dans les mêmes termes, dans mon travail sur la classification des maladies mentales. Un homme, en effet, est aliéné ou ne l'est pas; il domine ses actes ou ne les domine pas. La folie, pas plus que la raison, ne peut se partager ; aussi, vous le savez, me suis-je élevé contre ces expressions de délire partiel sur lesquelles je reviendrai dans un instant.

Donc, si vous ne voulez parler que des faits appartenant au pouvoir personnel, il n'y a nulle dissidence entre nous; mais la dissidence com-

mence quand vous dites que les facultés de l'âme humaine ne peuvent pas être lésées partiellement, quand vous semblez confondre, par exemple, la mémoire et la liberté. Dire que l'intelligence ne peut pas être lésée partiellement, c'est évidemment une erreur. Non-seulement l'intelligence peut être lésée partiellement, mais elle peut l'être à tous les degrés et de la manière la plus diverse. Que sont, je vous le demande, ces hallucinations isolées observées parfois chez des hommes tout à fait raisonnables? Que sont ces idées fixes qui tendent à dominer l'intelligence et deviennent si exclusives qu'on ne peut plus s'en détourner? Que sont encore ces impulsions si bizarres surgissant tout à coup dans notre esprit et qui parfois feraient de nous autant d'aliénés si elles avaient plus de puissance?

On me citait ces jours derniers un professeur célèbre qui pendant assez longtemps n'a pu commencer sa leçon sans se sentir poussé à escalader au galop les gradins de son amphithéâtre. Ne sont-ce pas là, je le demande, des lésions partielles de nos facultés, lésions légères et passagères quand il s'agit des impulsions dont je viens de parler, lésions graves si nous arrivons jusqu'aux hallucinations?

Observez avec soin tous les degrés de l'excitation maniaque et de la prostration mélancolique, et vous verrez combien il est facile d'établir dans la lésion de nos facultés toute une échelle de gradation. Quant aux contrastes que ces lésions présentent, il suffit pour s'en convaincre d'observer, par exemple, le délire mélancolique et le délire ambitieux. Voici un homme qui passe six mois assailli par les idées les plus tristes, par les tableaux les plus lugubres; il est en proie au découragement le plus profond. Bientôt il sortira de cet état et passera six autres mois au milieu des idées les plus riantes, se berçant d'espérances brillantes et des chimères les plus flatteuses pour sa vanité. N'y a-t-il pas là, je le demande, un enseignement dont il faut profiter, et, quand on voit dans nos facultés des lésions d'une nature si opposée, comment n'admettrait-on pas que ces mêmes facultés peuvent être lésées à des degrés divers? J'admets donc qu'il y a des lésions partielles, mais je reconnais avec vous que la folie dans son essence est une. C'est sur quoi j'ai déjà insisté dans mon *Essai de classification*, et voici dans quels termes je l'ai fait :

Peut-on dire que la folie est partielle ou générale?

Pour décider cette question, il est indispensable de chercher à se rendre compte de ce que c'est que la folie et en quoi consiste son phénomène radical.

Il y a dans la folie deux éléments très-distincts :

Le premier est un trouble, un désordre, une lésion de l'entendement.

Le second est la perte de conscience de ce trouble, de ce désordre, de cette lésion.

Prenons pour exemple un halluciné.

Nous trouvons d'abord l'hallucination, lésion de l'intelligence et de la sensibilité, constituant le premier élément; puis la conviction du malade que cette hallucination a réellement une cause dans le monde extérieur et qu'elle est le résultat d'une persécution, etc., c'est-à-dire, *perte* ou *absence de conscience* que cette hallucination n'est qu'un symptôme de dérangement intellectuel. C'est le deuxième élément.

Quel est ici le phénomène principal?

La réponse est bien facile et ne peut soulever aucune objection.

Il est bien évident que ce n'est pas l'hallucination, c'est-à-dire la lésion de l'entendement. Car un homme, et les exemples n'en sont pas très-rares, peut être halluciné sans être aliéné; cela arrive tant qu'il conserve la conscience de sa maladie jugée et appréciée par lui comme par le médecin lui-même.

Le phénomène radical, c'est donc la perte de conscience.

Or, la perte de conscience d'une lésion peut-elle être partielle ou générale?

Non, assurément; ce qui peut s'étendre et se limiter, c'est la lésion, mais non la perte de conscience.

Me fondant sur les raisons qui précèdent, je crois donc qu'il serait plus rigoureux de dire : délire avec *lésion* partielle, delire avec *lésion* générale.

Ainsi donc, vous le voyez, la dissidence entre nous n'est que le résultat d'une confusion. Je pense comme vous qu'un homme ne peut être fou à moitié, et c'est pour cela que j'ai signalé la dénomination de *délire partiel* comme n'étant pas suffisamment rigoureuse.

Je passe au deuxième point.

Je dis que M. Moreau ne voit dans les divers types de la folie que les périodes d'une seule et même maladie. C'est une opinion théorique que je ne saurais admettre, et que j'ai combattue d'avance dans tout ce qui précède en parlant des classifications. Sans donc insister sur ce point, je me bornerai à dire, notre collègne M. Bousquet ne l'ayant pas fait, comment M. Moreau y a été conduit.

Ce médecin admet que tous les délires sans exception sont précédés d'un même état pathologique. Ils prennent tous naissance dans une même lésion des facultés. C'est cette lésion qu'il a appelée le *fait primordial*, ou l'excitation. Elle consiste surtout dans la dissociation des idées; c'est là pour M. Moreau le fait générateur de tous les délires, et ce fait se renouvelle par intervalles chez les monomaniaques eux-mêmes. C'est ce qui avait lieu en particulier chez Berbiguier.

La remarque faite par M. Moreau est importante, j'en ai souvent constaté l'exactitude; mais alors même qu'il n'y aurait pas d'assez nombreuses exceptions, la conséquence qu'il en tire ne me paraîtrait pas suffisamment rigoureuse. Si on découvrait, par exemple, que les convulsions de l'hystérie et de l'épilepsie ne se produisent qu'après un trouble dynamique identique, faudrait-il pour cela les confondre? Non assurément, car les manifestations symptomatiques sont si différentes qu'il y a évidemment d'autres conditions plus que suffisantes pour maintenir la distinction de ces deux maladies. On a vu combien sont tranchés les symptômes de la manie, de la monomanie et de la mélancolie; et quand bien même elles seraient précédées d'un état cérébral identique qui constituerait entre elles une analogie, cela ne ferait en aucune façon disparaître les caractères différentiels qui les séparent.

En résumé, pour tout ce qui a trait à cette question de classification, je crois, et je le dis avec la plus entière conviction, que les médecins aliénistes sont, au fond, bien près d'être d'accord. Les trois grands types admis par Esquirol, conservés par M. Falret, sont en effet généralement reconnus comme la base d'une bonne classification. Il y a donc eu, je le crois, un peu d'exagération, et, j'ajoute à regret, quelques inexactitudes dans les objections qu'a soulevées notre savant collègue.

J'arrive à la deuxième question que je me suis proposé de traiter, c'est-à-dire à la physiologie pathologique.

J'ai exposé dans ma première argumentation une théorie du délire que j'ai désignée sous la dénomination de *théorie de l'automatisme*. Elle est opposée à l'opinion des médecins aliénistes qui admettent des lésions de l'attention, comme l'a fait en particulier Esquirol. L'automatisme de l'intelligence est, à mon avis, le point de départ de la folie, et il suffit, je crois, pour en expliquer toutes les formes.

Je ne saurais dissimuler, Messieurs, que cette théorie m'est chère à plus d'un titre; c'est celle que j'ai exposée il y a douze ans dans ma *Physiologie des hallucinations*. C'est elle qui en est la base, et c'est à cette partie physiologique de mon travail, la seule qui ait été imprimée, que fut décerné le prix *Civrieux*. C'est donc avec peine que je renoncerais aujourd'hui à des convictions déjà anciennes, à des opinions auxquelles je ne me suis arrêté qu'après de longues et pénibles recherches. Cependant cette théorie de l'automatisme a été de la part de notre collègue M. Bousquet l'objet de très-vives critiques, et l'on trouvera tout simple que je fasse tous mes efforts pour la défendre.

M. Bousquet commence par établir que les mots automatisme et intelligence s'excluent, et il ne conçoit pas une si étrange association. Toute cette théorie est, dit-il, trop profonde pour qu'il la comprenne. Tout ce qu'il voit, c'est que l'automatisme est pour moi d'une grande ressource, car, dit-il, j'en fais souvent usage; je taxe d'automatisme, d'après M. Bousquet, tout penseur qui, absorbé dans ses méditations, s'isole de ses sens au point de rester étranger à ce qui se passe autour de lui, et à ce compte, ajoute-t-il, il n'y aurait jamais plus d'automates que parmi les hommes de génie, etc.

Il n'y a, Messieurs, qu'une réponse à faire à ces objections. Il est évident, et la faute en est assurément à moi seul, il est évident que je n'ai pas été compris. J'ai péché par trop de présomption, et j'aurais dû moins compter sur mes propres forces. Je serai plus modeste aujourd'hui. J'appellerai à mon aide un philosophe qui entre beaucoup d'autres mérites a celui de la clarté. Voici quelques passages empruntés à Jouffroy, et que j'extrais de son chapitre sur les facultés de l'âme :

« Comme un ouvrier prend et quitte tour à tour ses instruments, nous sentons la volonté, tantôt se saisir des capacités de notre nature et les employer à ses desseins, tantôt les délaisser et les abandonner à elles-mêmes; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que dans ce dernier cas, nos capacités naturelles n'en marchent pas moins pour être délaissées par le pouvoir personnel; elles se développent sans son secours et vont fort bien sans lui. »

Ainsi il existe en nous, quant à l'exercice intellectuel, deux états très-différents : dans l'un nous dirigeons nos facultés, nous les employons à nos desseins, nous sollicitons les idées par une recherche active, et quand nous les avons fait naître, nous les conservons plus ou moins longtemps pour les examiner sous tous les aspects : c'est l'intervention active de la personnalité.

L'autre état est tout à fait opposé : c'est l'état d'indépendance pour les facultés et d'inertie pour le pouvoir personnel. « Nous sentons alors notre mémoire, notre imagination, notre entendement se mettre en campagne sans notre congé, courir à droite et à gauche comme des écoliers en récréation et nous rapporter des idées, des images, des souvenirs trouvés sans notre secours et que nous n'avions pas demandés. »

Pour peu qu'on s'observe, on reconnaît que ces deux états se succèdent alternativement; à chaque instant nous reprenons la direction, et à chaque instant elle nous échappe. Mais il arrive aussi que l'état d'indépendance des facultés se prolonge; alors « la défaillance est générale, c'est-à-dire que le pouvoir personnel abdique entièrement, et lâche en même temps les rênes à nos facultés. C'est ce qu'on peut observer dans ces moments où le corps étant dans un repos parfait, la sensibilité à peine effleurée par quelques sensations légères, nous laissons aussi aller notre mémoire, notre imagination et notre pensée comme elles le veulent, et tombons dans ce qu'on appelle l'état de rêverie. Notre personnalité n'est pas éteinte, elle surveille encore le jeu naturel des capacités qui l'entourent; elle a la conscience qu'elle peut, quand elle le voudra, s'en ressaisir; mais pour le moment elle ne gouverne pas : elle laisse tout aller, elle se repose. Dans cet état, toutes nos facultés se meuvent de leur mouvement propre et selon leurs lois, non selon les nôtres, et par notre impulsion. L'homme s'est retiré, et *notre nature vit comme une chose;* tout ce qui se passe en nous *est fatal;* nous sommes retombés sous la loi de la *nécessité, qui se joue de nous comme elle se joue de l'arbre et des nuages.* »

A ces passages nous n'ajouterons plus que le suivant :

« L'homme se rapproche des choses quand il délaisse cet empire qu'il dépend de lui de prendre; quand au lieu de s'approprier *ses facultés,* il les abandonne à leur propre mouvement, et reste paresseusement endormi au milieu d'un MÉCANISME dont il lui a été donné de gouverner tous les *ressorts.* »

Qu'est-ce, Messieurs, que cet état de rêverie pendant lequel notre nature vit comme une chose où tout ce qui se passe en nous est fatal, où nous sommes retombés sous la loi de la nécessité qui se joue de nous comme elle se joue de l'arbre et des nuages? Qu'est-ce que cet état que Jouffroy compare à un *mécanisme* mû par des *ressorts?* Cet état, c'est l'automatisme.

Maintenant, Messieurs, notre collègue M. Bousquet dira-t-il que ces mots de mécanisme et d'intelligence s'excluent? s'élèvera-t-il contre ce rapprochement? retournera-t-il les critiques qu'il m'a adressées contre le philosophe spiritualiste? et, s'il ne le fait pas, pourquoi ne serais-je pas autorisé à conserver ce mot d'automatisme pour désigner d'une manière plus brève l'état complet d'indépendance des facultés?

Au reste, Messieurs, je comprends sans peine l'opposition de M. Bousquet. Comme je l'ai dit plus haut, il a confondu le pouvoir personnel et les facultés qu'il gouverne, ces facultés soumises au pouvoir de la volonté, et ces mêmes facultés abandonnées à elles-mêmes. Il en résulte que les mots de mécanisme, de ressorts, d'automatisme, employés pour l'activité volontaire des facultés, deviennent pour lui tout ce qu'il y a de plus étrange. Sa critique serait en effet dans ce cas parfaitement fondée, et en me plaçant à son point de vue je ne m'expliquerais pas différemment. Il suffit donc, au moins je le crois, de s'expliquer d'une manière plus claire et plus complète pour faire disparaître sur ce point toute dissidence.

Après ce qui précède, est-il besoin d'ajouter que je n'ai jamais taxé d'automatisme tout penseur qui vit absorbé dans ses méditations, et qui s'isole ainsi du monde extérieur? Non assurément; une telle pensée n'a jamais été la mienne. La méditation, en effet, c'est l'activité volontaire dans toute sa force; c'est le moment où le pouvoir personnel use de toute sa puissance, où les facultés, au contraire, sont le plus complétement soumises; et cet état est véritablement le plus opposé à l'état de rêverie que j'ai décrit plus haut. Il n'est donc besoin ici que d'une rectification.

Il en est une autre moins importante, qui se rapporte au fait de Newton. D'après notre collègue M. Bousquet, j'aurais dit que quand cet homme célèbre avait brûlé le doigt de sa fiancée il ne le voulait pas, et M. Bousquet ajoute: C'est qu'il voulait ailleurs trop fortement. Il y a là une opposition qui rend bien la pensée de M. Bousquet; mais il y a aussi une inexactitude. Je n'ai pas dit, et je n'ai pas pu dire que Newton ne le voulait pas; ceci est de toute évidence. Newton était alors dans l'état de rêverie; ses facultés étaient abandonnées à elles-mêmes, et son activité volontaire tout à fait absente; il était, pour rappeler les expressions de Jouffroy, « paresseusement endormi au milieu d'un mécanisme dont il ne gouvernait plus les ressorts. » Il ne méditait pas, il rêvait.

J'arrive, Messieurs, au dernier point qui reste à examiner : aux analogies des rêves et de la folie. M. Bousquet n'admet pas ces analogies; il n'admet pas au moins qu'on les regarde comme très-intimes et très-étroites; c'est encore un rapprochement qui lui paraît des plus bizarres. A cet égard même, notre collègue serait presque tenté de douter de ma conviction, et il me demande si je crois sincèrement ce que j'affirme avec tant d'assurance. « Que l'auteur d'une pareille conception y croie, ajoute M. Bousquet en parlant de M. Moreau, c'est son juste châtiment; mais tout autre n'ayant pas le même intérêt devrait juger plus sainement. »

Il est évident, Messieurs, qu'en persistant dans les idées que j'ai émises, je m'expose à perdre beaucoup dans l'opinion de notre collègue, mais avant tout il faut être sincère. Je dois donc déclarer que je crois, en effet, aux analogies des rêves et de la folie; j'ajouterai même que, si c'est une erreur, cette erreur a déjà été commise par moi il y a plus de douze ans.

On a souvent comparé les hallucinés à des hommes qui rêvent éveillés; or j'ai trouvé que ce n'était pas assez, et je me suis efforcé de démontrer que les hallucinés, dans un certain état que j'ai appelé *état d'hallucination,* ne peuvent pas être assimilés à des hommes véritablement éveillés. Ainsi une simple comparaison ne me suffisait pas, et je voulais un rapprochement plus intime et plus complet. Ce que je viens de dire suffira, je l'espère, pour convaincre M. Bousquet de ma sincérité.

Cependant, si j'admets entre les rêves et la folie des analogies, je ne crois pas que l'on puisse ici prononcer le mot *identité;* j'avoue même que je comprendrais difficilement cette identité avec les idées émises par M. Moreau : « La folie, dit-il, est un état mixte résultant de la fusion de l'état de sommeil avec l'état de veille. » S'il en est ainsi, comment la folie serait-elle identique à l'état de rêve? N'est-il pas impossible, en effet, qu'un état qui résume en lui les caractères de deux états opposés soit identique à l'un de ces deux états?

Il y a d'ailleurs dans la folie, comme je l'ai dit plus haut, deux éléments; c'est dans l'un de ces éléments que consiste son analogie avec l'état de rêve; c'est par l'autre qu'elle tient à l'état de veille; chez l'halluciné, par exemple, le premier élément c'est l'hallucination, qui n'a lieu que dans l'état d'indépendance des facultés; le second, c'est la conviction délirante que cette hallucination entraîne, conviction active et qui se continue dans l'état le plus complet de veille.

Telles sont les raisons qui me font croire aux analogies très-étroites entre les rêves et la folie, et qui m'empêchent en même temps d'admettre l'identité de ces deux états.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 26 *juin* 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie l'ampliation de deux décrets en date du 20 juin, approuvant l'élection faite par l'Académie de M. Bouley, dans la section de médecine vétérinaire, et de M. Blache, dans celle d'anatomie pathologique.

En conséquence, M. le président invite les nouveaux académiciens à prendre place parmi leurs collègues.

M. le ministre du commerce transmet à l'Académie :

Epidémies. — 1° Un rapport de M. Bernier, médecin à Montigny-Lencoup (Seine-et-Marne), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune pendant les premiers mois de cette année. (Comm. des épidémies.)

— 2° Un rapport de M. le docteur Yvonneau, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois, sur une épidémie d'angine couenneuse, qui a régné dans la commune d'Autainville (Loir-et-Cher). (Comm. des épidémies.).

Eaux minérales. — 3° Un rapport de M. le docteur Bach, médecin inspecteur des eaux minérales de Soultzmatt, sur le service médical de cet établissement, en 1853.

— 4° Une demande d'avis sur l'exploitation des eaux minérales de Charbonnières (Rhône). (Comm. des eaux minérales.)

Fièvres intermittentes. — 5° Un mémoire de M. le docteur Moritz, de Coblentz, sur l'emploi du phosphore et de la créosote dans le traitement des fièvres intermittentes. (Comm. MM. Bouvier et Michel Lévy.)

Remèdes secrets. — 6° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Vaccine. — 7° L'état des vaccinations pratiquées, en 1854, dans les

départements de la Haute-Saône et de la Haute-Vienne. (Comm. de la vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Choléra. — 1° M. le docteur Dechaut adresse à l'Académie une notice sur le choléra de Montluçon en 1854 et 1855, et, d'autre part, une observation d'accouchement heureux à l'âge de quarante-deux ans, chez une femme pour laquelle on avait déjà dû recourir deux fois à la céphalotripsie; accouchement heureux attribué par l'auteur à un traitement qu'il appelle *amollissant.* (M. Depaul, rapporteur.)

Vaccine. — 2° M. le docteur Adde-Margras adresse à l'Académie une réfutation de l'ouvrage de M. Verdé de l'Isle sur l'influence de la vaccination. (Comm. de la vaccine.)

Cancer. — 3° M. le docteur Aimé Grimaud, d'Angers, revendique en faveur de la médecine française l'antériorité de l'emploi des chlorures caustiques dans le traitement du cancer; méthode actuellement expérimentée à la Salpêtrière par M. Landolfi, avec autorisation du gouvernement.

— Une députation est nommée pour assister au service funèbre anniversaire d'Itard : cette députation se compose de MM. Bussy, Guéneau de Mussy, Chomel, Gaultier de Claubry, Poiseuille, Bousquet et Dubois (d'Amiens).

M. le secrétaire perpétuel lit ensuite : 1° une lettre de M. Falret, relative à la discussion sur les maladies mentales, et que nous publierons dans le prochain numéro; 2° une lettre de M. Delasiauve, que nous publions plus loin.

M. Gérardin a la parole sur le procès-verbal. Il rappelle à l'Académie qu'il a fait, il y a quelque temps, un rapport sur un travail important envoyé par M. Dutrouleau, chirurgien de la marine, à St-Pierre de la Martinique; que dans les conclusions de ce rapport s'en trouvait une où il engageait l'auteur à resserrer son mémoire dans des limites plus étroites, et à l'envoyer au comité de publication. M. Dutrouleau vient d'envoyer un nouveau travail sur des altérations importantes dans la fièvre jaune, travail que M. Gérardin va remettre sur le bureau, mais dont il voudrait signaler un passage. L'auteur aurait désiré faire des recherches sur les fonctions glucogéniques du foie dans les maladies. Il a examiné le liquide fourni par l'ouverture d'un abcès, le sang, dans la fièvre jaune, pendant la vie et après la mort, et n'est jamais arrivé qu'à des résultats négatifs, bien qu'il ait été aidé dans ses recherches par un chimiste distingué; résultats qu'explique d'ailleurs la facile décomposition du sucre. L'auteur demande à l'Académie de vouloir bien lui indiquer la marche à suivre, et explique comment il ne s'est point occupé de ce genre de recherches dans ses observations antérieures, celles-ci ayant été prises avant la découverte de M. Bernard.

LETTRE DE M. DELASIAUVE.

A M. le président de l'Académie impériale de médecine.

Monsieur le président,

J'ai suivi avec tout l'intérêt que ma position commande, la discussion soulevée à l'Académie à propos du mémoire de mon honorable collègue, M. Moreau (de Tours). L'éternel problème des opérations mentales, et par suite des conditions anatomiques, a constitué évidemment le fonds du débat.

Peut-être eussé-je dû, en cette occasion, rappeler à la savante compagnie, que sous le titre de : *Considérations théoriques sur la folie* j'ai eu l'honneur, en 1842, de lire devant elle un travail où se trouve formulée, selon moi, de la seule manière acceptable, la solution de la difficulté :

« Matérialisme et spiritualisme, disais-je, ont leurs racines dans un « abîme impénétrable. Ces deux systèmes, dont le choc, à armes égales, date de cinq mille ans, pourraient s'entre-combattre indéfiniment « sans arriver à se convaincre. Le parti le plus raisonnable, dès lors, « en aliénation comme du reste en beaucoup de points médicaux, est, « posant X, qui ne préjuge et ne compromet rien, d'abandonner de « vaines théories et de suivre, dans la distinction et le traitement des « cas, les voies exclusivement rationnelles et sûres de l'observation et « de l'expérience. »

Toutefois, ma lettre actuelle a un autre objet.

Essayant de prouver, contre M. Bousquet, l'accord des aliénistes, en fait de classification, M. Baillarger, dans la dernière séance de l'Académie, a laissé entrevoir que la triple division d'Esquirol *manie, monomanie, lypémanie,* ne rencontrait guère que des adhérents.

Un tel acquiescement eût mérité, ce semble, d'être confirmé par de nombreux témoignages. M. Baillarger, quoique ayant longuement insisté sur ce point, s'est borné à citer MM. Falret et Renaudin, autorités éminentes assurément, mais non les seules dans la science.

Or, si notre collègue eût voulu faire appel à ses souvenirs, il n'eût pas manqué de découvrir soit en France, soit à l'étranger et surtout en Angleterre, des classifications fondées sur d'autres vues que celles d'Esquirol.

Pour notre compte (et afin de rendre ici hommage à la vérité), dans un essai publié dès 1843, et reproduit en 1852 par la *Gazette des hôpitaux,* nous nous sommes sensiblement écarté des errements habituels. Formant de la folie deux principaux groupes, suivant leur origine intellectuelle ou sentimentale, nous avons, outre la manie, compris, dans le premier, la paralysie générale, la stupidité et la série des délires par intoxication.

Le second, au contraire, constitué par l'immense diversité des aberrations partielles, n'admet d'autre subdivision que celle des variétés individuelles, chaque cas étant à lui-même son espèce.

La lypémanie, en réalité, n'existe point comme genre, mais uniquement comme expression phénoménale. Esquirol même ne lui accordait que cette valeur. En opposant cette désignation à celle de *monomanie,* son but, il l'exprime formellement, était de mieux caractériser deux tons du délire partiel insuffisamment rendus par le mot de mélancolie employé par Pinel. Au fond, entre les variétés très-disparates de la lypémanie et celles de la monomanie, il n'y a point de démarcation nette et saisissable.

M. Renaudin motive, à la vérité, la séparation d'après le mode de réaction sur la sensibilité, affectée douloureusement ou non, distinction ingénieuse équivalant à l'*expansion* et à la *dépression* de M. Baillarger. Mais cette réaction indique un effet, non une cause, et quelque résultat qu'elle donne, pénible, indifférent ou agréable, suivant les passions mises en jeu, les tempéraments des individus et les mille conditions qui apportent aux cas les modifications les plus variées, la maladie ne cesse point d'appartenir à la grande classe des aberrations particulières, de résider dans les sentiments altérés ou les convictions délirantes.

On remarquera, d'ailleurs, que le mot *dépression* dont M. Baillarger aurait dû, selon nous, bien circonscrire l'acception, présente un double sens dangereux, en ce qu'il tend à englober sous une même rubrique les formes mentales les plus contrastantes, entre autres, par exemple, la lypémanie qui répond souvent à une passion active, et la stupidité que distingue une inertie plus ou moins complète, l'une appartenant au délire partiel, l'autre au délire général.

Je m'arrête, ne voulant pas, par de plus amples développements, provoquer à la reprise d'une discussion close. L'Académie, du reste, comprendra, je l'espère, qu'ayant fait de la nomenclature mentale un objet spécial d'étude, je me devais et je lui devais à elle-même de décliner une solidarité implicite que mon travail repousse.

Comptant sur votre obligeance pour communiquer ces remarques à la savante compagnie que vous représentez, je vous prie, Monsieur le Président, de vouloir bien agréer l'expression de ma considération la plus respectueuse.

Paris, 26 juin 1855.

Delasiauve

LECTURE DE RAPPORTS.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur une *observation d'invagination intestinale suivie de l'expulsion d'une anse de l'intestin grêle,* par M. Hollaguen, médecin à Châteaulin, au nom d'une commission dont il faisait partie avec M. Cruveilhier. — M. le rapporteur explique d'abord les causes multiples du long retard qu'a subi son rapport. La commission, nommée le 19 avril 1853, n'a pu s'occuper comme elle l'aurait désiré de l'examen de la pièce anatomique jointe aux détails de l'observation. M. Cruveilhier avait chargé M. Jarjavay de faire cet examen; mais, nouvelle complication, ce savant anatomiste était alors fortement occupé d'un concours dont l'issue devait être si justement glorieuse pour lui.

Il s'agit, dans l'observation de M. Hollaguen, d'une femme de quarante-sept ans, encore réglée, d'un tempérament lymphatique, bien portante d'ailleurs, qui, vers la fin du mois de janvier 1853, était affectée de céphalalgie, de douleurs dans la fosse iliaque gauche, de coliques sans vomissement, mais avec constipation; lorsque, tout à coup, après un repas ordinaire pour la quantité comme pour la qualité des aliments ingérés, elle fut prise de violentes coliques bientôt suivies de syncope; puis, quand la malade revint à elle, des déjections abondantes survinrent par en haut et par en bas, qui durèrent quarante-huit heures et entraînèrent un épuisement profond. Les déjections alvines avaient une odeur fétide et gangréneuse; l'abdomen était ballonné, le

Pouls misérable; la mort semblait imminente. Cependant la vie se prolongeait dans cet état pénible, quand, le 10 avril, en allant à la selle, la malade expulsa par l'anus, non sans une surprise mêlée d'effroi, un corps étranger sur lequel on reviendra plus loin. Après cet événement, les selles devinrent de moins en moins fétides; et l'amélioration de la santé marcha si rapidement que l'on pouvait espérer la guérison de la malade, trois mois après le début des accidents.

On avait évidemment eu affaire ici à un cas de volvulus auquel on avait appliqué un traitement rationnel. Il restait: 1° à déterminer la nature du corps étranger rendu par la malade; 2° à rechercher si la science possède des exemples analogues; 3° à expliquer comment s'opèrent l'étranglement des portions d'intestin et leur élimination spontanée.

1° Sur le premier point, il ne peut y avoir le moindre doute, et le rapporteur ne peut que citer les détails anatomiques fournis par M. Jarjavay: le corps étranger n'est autre qu'une portion d'intestin, longue de 75 centimètres, à forme parfaitement cylindrique, présentant cinq perforations et terminée par des franges irrégulières. Dans cette anse intestinale, on peut distinguer la tunique musculeuse parfaitement évidente encore; mais la tunique muqueuse a complétement disparu, détruite qu'elle a été probablement par la vive inflammation, dont la diarrhée si abondante qui avait précédé l'élimination avait été le symptôme. C'est donc en définitive une portion d'intestin grêle.

2° La science possède de nombreux exemples de portions d'intestin ainsi éliminées. Ainsi, Héivn a rapporté dans les *Mémoires* de l'Académie de chirurgie, l'observation d'un malade chez lequel une grande portion du côlon fut expulsée par l'anus; chez un autre malade ce fut une portion du cœcum. On a vu 18 pouces de l'intestin grêle être ainsi éliminés. M. Duméril a rapporté à l'Académie une observation dans laquelle 18 pouces de l'iléon furent rendus par l'anus. Enfin, il suffit de rappeler des faits cités par Mérat, M. Hervez de Chégoin, Ribes; celui de Winslow qui vit se détacher ainsi le cœcum et une portion du côlon; ceux, enfin, rapportés par M. Cruveilhier.

3° L'étranglement et l'élimination consécutive s'expliquent quelquefois par la nature de la cause: c'est tantôt une violence extérieure, une contusion violente, produite par le passage d'une roue de voiture; tantôt ce sera une diarrhée considérable. On observe une tumeur bien circonscrite, douloureuse au toucher; des hémorrhagies s'opèrent par l'anus; des déjections gangréneuses les suivent, puis enfin une tumeur pyriforme est expulsée. Après quoi la mort peut survenir promptement ou à la suite d'accidents à forme chronique. Maintenant l'ouverture des cadavres, quelquefois même à une époque rapprochée des accidents, a pu permettre de prendre la nature, pour ainsi dire, sur le fait. Ainsi, dans un cas observé par Laumonier, on voyait les extrémités divisées, maintenues en rapport, s'être réunies et des adhérences les fixer au péritoine pariétal au niveau de l'ombilic. Dans le cas déjà cité d'Hévin, des adhérences avaient eu lieu au repli des membranes, au niveau du point étranglé, tandis que l'anse intestinale était libre. M. Duméril a observé un fait analogue.

Il résulte de tous ces faits: 1° que l'invagination intestinale est un fait incontestable; 2° que la constriction entraîne la mortification des tissus, bornée au seul point étranglé; que la masse intestinale ainsi séparée peut être expulsée sous la forme d'une tumeur allongée, présentant une surface externe muqueuse, un canal intérieur que tapisse une tunique également muqueuse, tandis que le péritoine s'est partout juxtaposé à lui-même; 3° que les extrémités divisées, si elles ont été maintenues en rapport, tendent à la réunion, le canal intestinal se trouvant ainsi conservé et la vie étant possible encore, quand une portion trop considérable n'a pas été éliminée; 4° que le fait de M. Hollaguen est un nouveau fait à ajouter à beaucoup d'autres.

M. le rapporteur termine en présentant les conclusions suivantes: 1° adresser des remercîments à l'auteur, en l'invitant à surveiller attentivement la santé de sa malade, et dans le cas de mort de celle-ci, à déterminer par un examen méthodique les conditions actuelles du tube digestif; 2° insérer cette observation dans le *Bulletin* de l'Académie; 3° déposer la pièce dans le cabinet anatomique de l'Académie, ou dans le musée de la Faculté de médecine.

M. Duméril demande que le rapport soit consigné en entier dans le *Bulletin*.

M. Moreau fait observer que le rapporteur aurait pu citer un fait observé à la Charité par Cayol et qui présentait des analogies avec ceux qu'il a mentionnés.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de MM. Poujet et Valat, relatif *à la nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation physique et à son utilité dans l'éducation intellectuelle de l'enfance*, au nom d'une commission composée de MM. Londe et Collineau, rapporteur. — Les auteurs du mémoire cherchent à faire ressortir le rôle considérable que devrait jouer le médecin dans la direction hygiénique des enfants. Ils s'efforcent de démontrer les vices d'un système d'éducation qui est le même pour toutes les intelligences, comme pour toutes les constitutions, doublement défectueux par conséquent au point de vue intellectuel comme au point de vue physique; et ne craignent pas de lui attribuer une partie des maladies de l'enfance. Ils terminent en présentant le plan suivant: 1° Dans tous les établissements d'éducation, le médecin ne s'occupera pas seulement du traitement des malades, mais il sera consulté sur tout ce qui est relatif à l'hygiène, et sera pour l'éducation physique ce qu'est le censeur pour l'éducation intellectuelle; 2° le médecin assistera le censeur dans l'examen des élèves, et tiendra deux registres, l'un déposé entre les mains du censeur et l'autre à l'infirmerie; 3° un examen pareil sera fait trimestriellement, et l'on tiendra compte des modifications survenues dans l'état sanitaire des élèves; 4° les malades seront l'objet d'une clinique particulière, et l'on notera sur le cahier d'observations le régime suivi, comme les médicaments administrés, l'état de l'élève à sa sortie de l'infirmerie et les conséquences possibles de sa maladie sur ses travaux intellectuels ultérieurs; 5° il sera dressé à la fin de l'année scolaire un tableau statistique et raisonné, qui sera déposé aux archives de l'établissement et inséré dans les registres de l'infirmerie; 6° un ou plusieurs médecins inspecteurs des lycées feront des examens dont les résultats seront envoyés à l'Université.

M. le rapporteur, bien qu'il trouve ces moyens fort simples, conserve des doutes sur leur importance. Tout en félicitant les auteurs il ne peut s'empêcher de faire observer que le rôle du médecin ainsi exagéré pourrait bien blesser les intérêts des chefs d'établissement et l'amour-propre des parents. Cependant il termine en proposant à l'Académie: 1° d'insérer le mémoire de MM. Poujet et Vallat dans une place très-honorable de ses archives; 2° d'adresser des remercîments à ses auteurs; 3° de placer M. Poujet sur la liste de ses futurs membres correspondants.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Forget présente à l'Académie une tumeur provenant de la résection de l'os maxillaire inférieur, et dont le malade souffrait depuis longtemps; c'est un kyste osseux, masse sacciforme, limitée par les deux tables de l'os; peut-être est-elle due à l'accolement de trois molaires, hypertrophiées et déviées; sa surface est nacrée et semblable à de l'émail; sa nature ne pourra être déterminée que par l'examen microscopique, lequel démontrera l'existence de canalicules osseux ou des matériaux propres aux dents.

M. Cloquet fait observer que cette tumeur pourrait bien n'être qu'un assemblage de dents réunies et soudées par leur email.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 78. 3e ANNÉE. Vendredi 28 Juin 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker, service des calculeux. M. CIVIALE.

Taille et lithotritie.

A l'occasion des calculeux, en ce moment dans le service, M. Civiale nous a présenté les remarques suivantes, qu'il nous paraît utile de reproduire :

La lithotritie n'est pas encore applicable à tous les malades attaqués de la pierre et il est de la plus haute importance, comme vous le comprenez très-bien, de préciser le point où l'on doit s'arrêter dans son application; mais ce n'est pas toujours chose facile. Les calculeux forment sous ce rapport trois catégories :

La première comprend tous ceux qui ont une petite pierre et dont les organes urinaires n'ont pas encore éprouvé des lésions profondes. Ainsi, l'urètre est libre, la vessie conserve sa capacité normale, la prostate n'est pas tuméfiée, les fonctions s'exécutent régulièrement, la santé générale est bonne; seulement la vessie contient un ou plusieurs calculs, dont la présence agace, stimule sa face interne et surtout l'orifice vésical de l'urètre. A la fin de chaque émission de l'urine, et aussi par le fait de la marche, de l'exercice en voiture, le malade éprouve un agacement, un malaise, un pincement qui correspondent le plus souvent au bout de la verge. Quelquefois, l'urine se trouble et plus souvent encore elle prend une teinte sanguinolente; ces phénomènes durent peu et le calme se rétablit sous l'influence du repos.

Ces conditions, que presque tous les calculeux présentent au début de la maladie, peuvent être déterminées avec précision, et dans tous les cas, l'application de la lithotritie est généralement une opération facile, peu douloureuse et certaine dans ses résultats. Ce sont là les cas de choix dans lesquels le chirurgien procède avec confiance et sûreté; s'il dirige bien la manœuvre, s'il emploie de bons instruments, s'il ne s'écarte pas des préceptes établis, le malade n'aura que peu à souffrir et sa guérison sera prompte et assurée.

Les observations, par centaines, dont j'ai publié les détails, prouvent ce résultat important, qui constitue le succès le plus complet de la chirurgie moderne, triomphant, avec une admirable facilité, d'une maladie considérée avec trop de raison comme l'une des plus graves dont l'homme puisse être atteint, et contre laquelle l'art n'avait jusqu'ici que des procédés semés de difficultés et d'écueils.

Le malade couché au n° 4 présente un succès de plus à ajouter à ceux déjà si nombreux que compte la lithotritie. Mais l'histoire de ce malade offre de l'intérêt sous d'autres points de vue.

Vous avez remarqué que le premier cathétérisme n'a rien appris au sujet de la pierre. Il ne faut pas vous en étonner. Il est constaté en effet, par l'expérience de tous les temps, que la sonde, comme moyen d'exploration vésicale, n'est pas un instrument sur lequel on puisse compter. C'est un point sur lequel j'ai longuement insisté (*Traité de la lithotritie*, p. 82. — *De l'affection calculeuse*, p. 466. — *Sixième lettre sur la lithotritie*, p. 67). J'ai réuni dans ces publications une série de cas pleins d'intérêt et fort instructifs, qui prouvent que les praticiens les plus habiles ne sont pas toujours parvenus à reconnaître, au moyen de la sonde, de gros calculs remplissant la capacité vésicale. Le célèbre La Peyronie mourut de la pierre; on ne l'avait pas trouvée par le cathéterisme, bien qu'elle pesât trois onces. Comme tous les chirurgiens qui ont beaucoup observé, j'ai vu des cas nombreux dans lesquels de grosses pierres n'avaient pas été constatées. Je ne saurais donc trop vous conseiller, dans ces circonstances, de recourir aux nouveaux moyens d'exploration vésicale, sur lesquels j'ai déjà appelé votre attention, et dont l'utilité est chaque jour mise en évidence. C'est par leur emploi que la pierre a été reconnue ici, avec facilité et promptitude. J'ai pu m'assurer en même temps qu'il n'y en avait pas d'autres, et que son volume permettait de recourir à la lithotritie. Avec le même instrument, et par une manœuvre un peu différente de l'exploration, je suis passé immédiatement à l'opération. Le malade l'a supportée sans exprimer la moindre douleur. Après trois minutes, pendant lesquelles la pierre a été saisie plusieurs fois, attaquée, morcelée, pulvérisée, j'ai retiré le lithoticlase, préalablement dégorgé, mais dont la cuiller contenait encore une petite quantité de débris qui nous ont fait connaître la nature de la pierre. Des injections faites immédiatement ont entraîné de nouveaux débris, et des fragments plus volumineux ont été expulsés ensuite avec l'urine. Ainsi, ni pendant les manœuvres, ni après, le malade n'a éprouvé que fort peu de douleurs. Trois courtes séances ont suffi pour le débarrasser de la pierre sans provoquer la moindre réaction.

Ce procédé des courtes séances et des manœuvres lentes, ménagées, sans secousses, sans violences, que j'emploie depuis trente années, je ne saurais vous le conseiller avec trop de confiance. Ce que je puis vous dire, c'est qu'il a réalisé mes espérances, et que j'en ai obtenu les résultats les plus satisfaisants. Tandis que les manœuvres longues, répétées, pleines de brusquerie et de violence, font horriblement souffrir les malades, provoquent des accidents et même font naître des difficultés dans l'application.

Pour ce qui est des débris de la pierre, après la trituration ou la pulvérisation, bornez-vous à faire une injection immédiate, et laissez ensuite à la vessie le soin de se débarrasser avec l'urine des fragments assez réduits pour traverser le canal. Cette expulsion naturelle, spontanée, des fragments calculeux, me paraît préférable, sur tous les points, à celle qu'on propose de faire par les procédés de l'art. Mais il ne faut pas perdre de vue que le chirurgien doit surveiller cette expulsion, la diriger au besoin, en procédant comme je vous l'ai indiqué dans une autre occasion.

Quelques malades souffrent après l'opération, et ils attribuent leurs souffrances à la sortie des éclats de pierre. Les douleurs sont réelles, mais elles ne sont par dues à la cause incriminée. Si le malade souffre plus qu'avant l'opération, c'est parce que la vessie, dont la contractilité est augmentée par la manœuvre, s'applique avec force sur ce qui reste de *la pierre dans la cavité*, et ces contractions réitérées, et de plus en plus rapprochées, amènent une perturbation quelquefois si grande, qu'on se trouve conduit à changer de traitement. C'est ce qui m'a déterminé à conseiller la cystotomie au malade couché n° 5, après avoir fait une tentative de lithotritie.

Cet homme est un de ceux qui hésitent à réclamer l'intervention de l'art, qui temporisent, reculent devant l'opération; et la pierre, par son séjour prolongé dans la vessie, acquiert un grand volume et produit des désordres qui rendent la lithotritie difficile ou impossible.

Les cas de ce genre forment deux catégories : dans l'une, la pierre est si volumineuse et les altérations organiques si avancées, qu'on ne peut pas songer un instant à pratiquer le broiement. Ces cas peuvent être déterminés à la première visite.

Dans l'autre, qui est plus nombreuse, la vessie conserve une capacité suffisante, et la pierre peut être saisie et fixée dans l'instrument avec assez de solidité pour qu'elle n'échappe pas dans l'action du morcellement. En un mot, l'opération est possible, mais la destruction totale de la pierre exige un grand nombre de séances. La manœuvre, toujours difficile, est d'autant plus douloureuse, que la capacité vésicale étant plus réduite, on ne peut pas y introduire une quantité d'eau suffisante pour en écarter les parois et pour isoler la pierre. Les mouvements du lithoclaste ou du trilabe sont gênés, embarrassés, et produisent à la surface interne de la vessie des frottements d'autant plus pénibles qu'il faut les répéter, les prolonger, en raison même des difficultés constantes de saisir, de fixer, de retourner une pierre volumineuse. Parfois même il faut presser avec effort sur elle pour la faire entrer dans l'instrument. D'un autre côté, il est constaté par une longue expérience que, dans la pratique ordinaire, la surface interne de la vessie perd progressivement de sa sensibilité par le contact répété des mêmes instruments, et qu'ici, comme pour l'urètre, un moment arrive où l'application de la lithotritie est à peine douloureuse. J'ai observé des centaines de faits de ce genre, et plus concluants les uns que les autres.

Mais ce résultat important, on ne peut l'obtenir qu'à la condition que la manœuvre sera douce, exempte de brusquerie, et de courte durée chaque fois. Alors la sensibilité vésicale s'émousse, tandis qu'elle est constamment exaspérée par les mouvements brusques et le contact prolongé, surtout quand on a recours à la violence.

Ajoutons que le racornissement de la vessie n'est pas la seule lésion qui puisse se présenter ; il y a la phlegmasie de la surface interne de la vessie, l'hypertrophie de ses parois, les productions fongueuses, le développement morbide de la prostate, pas assez avancé pour empêcher l'introduction des instruments, mais suffisamment pour rendre la manœuvre difficile et d'autant plus douloureuse, que la plupart de ces lésions sont accompagnées d'une sensibilité exagérée du col et du corps de la vessie.

Ces états morbides de la vessie, qu'ils soient cause ou conséquence de la pierre, apportent dans l'application de la nouvelle méthode des obstacles dont on se rend facilement raison, mais au sujet desquels, il n'est pas toujours facile d'établir un diagnostic rigoureux avant de commencer l'opération. Souvent même, on ne parvient à constater ces états et à en déterminer l'étendue et la portée que dans le cours du traitement. Aussi est-il quelquefois indiqué de renoncer à cette méthode, après en avoir fait une ou plusieurs applications.

Ces explorations préalables, ces séances d'essai de la lithotritie ont donné lieu aux plus fausses interprétations de la part des antagonistes de cette méthode. Ils les ont présentées comme des opérations manquées, comme des tentatives malheureuses, aggravant la position des malades et augmentant les chances fâcheuses de la cystotomie, à laquelle il faut recourir ensuite. Il m'a été facile de démontrer, et je crois l'avoir fait d'une manière complète (voir mon *Traité* et ma *Sixième lettre sur la lithotritie*) qu'on s'était mépris et quant à la manœuvre elle-même et quant à ses conséquences. La discussion qui eut lieu en 1847 à l'Académie de médecine, sur la taille et la lithotritie, a mis en toute évidence ce fait important de pratique chirurgicale. Le cas que nous avons en ce moment sous les yeux vient ajouter une nouvelle preuve à celle qu'on possédait déjà. Malgré quelques longueurs dans la manœuvre, l'opération de la taille a eu tout le succès désirable.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. Fleury, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite*. Voir t. II, nos 145, 153; t. III, nos 2, 11, 21, 26, 30, 35, 50, 55, 57, 59, 70, 74.)

Observation XIV. — Madame G..., âgée de trente ans, a été mariée à vingt-deux ans ; la santé s'est maintenue bonne jusqu'après un second accouchement, lequel a eu lieu en 1847 ; à partir de cette époque madame G... a éprouvé des douleurs lombaires, hypogastriques, inguinales et crurales, une sensation de pesanteur périnéale, augmentées par la marche, la voiture, la station debout ; pendant plusieurs mois aucun traitement ne fut opposé à ces accidents, mais alors survinrent des envies fréquentes d'uriner, de la constipation, des douleurs plus vives, une difficulté très-grande de marcher, et la malade se décida à consulter. Dans l'espace de quatre années, madame G... reçut successivement les avis de M. Robert, qui lui pratiqua plusieurs cautérisations sur le col utérin avec le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure; de MM. Velpeau et Hervez de Chégoin qui lui appliquèrent des ceintures mécaniques et des pessaires; de M. Jobert (de Lamballe), qui condamna la malade à garder la position couchée et appliqua le fer rouge. Tous ces moyens restèrent inefficaces; la ceinture hypogastrique produisit seule quelque soulagement ; sous l'influence du repos forcé les digestions, qui avaient commencé à devenir mauvaises en 1848, se troublèrent de plus en plus, et bientôt toutes les misères d'une gastralgie intense vinrent compliquer les phénomènes utérins.

En 1851, madame G... ne pouvant plus rien ingérer sans éprouver de vives et longues souffrances, délivra son utérus des chirurgiens pour mieux livrer son estomac aux médecins. MM. Chomel, Cruveilhier, Trousseau, Gendrin, Rayer, formulèrent pendant dix-huit mois, mais sans succès.

En 1854, madame G... vient à Bellevue très-affaiblie, très-amaigrie, pâle, anémique, hystérique, ne pouvant ni marcher, ni manger. L'examen le plus complet ne fait découvrir qu'une antéversion très-prononcée de l'utérus, dont le col est parfaitement sain.

Sept mois de traitement hydrothérapique amènent une guérison complète.

Que de précieux enseignements dans cette observation ! Un déplacement utérin est la cause de tous les accidents ; quel traitement lui oppose-t-on? La ceinture hypogastrique rend quelques services *parce qu'il s'agit ici d'une* ANTÉVERSION ; mais que peuvent les cautérisations et les pessaires? Que peut le fer rouge, si puissant contre l'engorgement, l'induration, l'état fon-

gueux, mais qui n'est profitable qu'au chirurgien lorsque l'utérus, est sain ou qu'il n'est que déplacé? Quant à l'immobilité, cette pratique désastreuse empruntée à Lisfranc, elle produit son résultat ordinaire en augmentant les désordres digestifs et nerveux, en allanguissant la circulation capillaire générale, en raison de l'inertie du système musculaire: en troublant la nutrition, en développant la chloro-anémie, enfin *en congestionnant l'utérus.* On croit éviter ce dernier et fâcheux effet en donnant à la malade une position déclive; mais alors on congestionne la tête, les poumons et le cœur, sans grand profit pour la matrice. Sous l'influence de ce traitement inefficace dirigé contre l'affection utérine, les accidents gastriques s'aggravent et deviennent tellement prédominants qu'ils absorbent toute l'attention de la malade. Des médications *antigrastralgiques* sont alors mises en usage, mais, à leur tour, elles demeurent impuissantes, parce qu'elles ont la prétention de faire disparaître l'*effet* sans attaquer la *cause.*

L'hydrothérapie intervient, enfin; par la diversité et par la puissance de ses procédés, elle constitue une médication complexe, multiple (1) qui, par des influences générales et locales méthodiquement combinées, combat simultanément les différents ordres de phénomènes morbides, fait disparaître la gastralgie en ramenant l'utérus à sa position normale, et redresse l'utérus en améliorant les digestions et la nutrition, en rétablissant la tonicité des ligaments de la matrice.

Observation XV. — Mademoiselle X... est âgée de vingt ans; elle a été réglée à quatorze ans; pendant deux années l'écoulement mensuel a été peu abondant, précédé et accompagné de vives douleurs; il est survenu une chlorose qui a été combattue avec peine par le fer, la gymnastique et les bains de mer. En 1852, les règles deviennent hémorrhagiques et accompagnées de l'expulsion très-douloureuse de nombreux caillots; M. Paul Dubois est consulté sans succès. L'abondance et la reproduction des pertes de sang ne tardent pas à amener une anémie et une gastralgie qui deviennent, à leur tour, une cause d'amaigrissement, de douleurs névralgiques ambulantes et irrégulières, d'accidents hystériformes. MM. Andral et Trousseau épuisent en vain les ressources de la matière médicale; un traitement homœopathique est suivi sans résultat pendant six mois. L'hydrothérapie intervient au mois d'août 1854; son premier effet est de ramener la menstruation à ses conditions normales; la gastralgie disparaît dès lors en peu de temps, et bientôt après l'anémie et tous les autres accidents. La guérison est complète au bout de huit mois.

On rencontre très-souvent dans la pratique la surabondance de l'écoulement menstruel, avec ou sans expulsion douloureuse de caillots plus ou moins volumineux; nous nous occuperons, dans notre prochain fascicule, de cette question, l'une des plus intéressantes de la pathologie féminine, et après avoir essayé de tracer la limite qui sépare l'état physiologique de l'état pathologique, nous étudierons les causes, les symptômes et le traitement de ce dernier; ici, nous dirons seulement que la menstruation trop abondante est une cause fréquente d'anémie, d'accidents nerveux de toutes sortes, de gastralgie, et que, *dans certains cas*, les douches froides constituent la seule médication efficace, leur action se manifestant immédiatement d'abord au moment de chaque époque menstruelle, que le médecin peut modifier à sa volonté, et se traduisant ensuite par un effet prophylactique permanent résultant de la modification, de la régularisation imprimée à la circulation capillaire générale.

Dans cette observation, comme dans la précédente, on voit les médications anti-gastralgiques n'amener aucun résultat. Pouvait-il en être autrement, puisqu'elles n'avaient aucun pouvoir sur les pertes de sang, seule cause de la névrose gastrique?

Observation XVI. — M. X..., vingt-deux ans. Grands excès de masturbation depuis l'âge de douze ans jusqu'à dix-sept; croissance très-rapide, taille très-élevée, constitution grêle, tempérament lymphatique. A dix-huit ans, début d'une spermatorrhée qui a résisté à tous les traitements qui ont été dirigés contre elle. D'abord pollutions nocturnes avec rêves érotiques et érection; puis sans rêves et sans érection; pollutions diurnes sans érection, au contact ou à la simple vue d'une femme; enfin, pertes séminales pendant la défécation et la miction. Premiers symptômes de gastralgie en 1850. Le fer, la belladone, la noix vomique, la strychnine, les bains de vapeur, les bains sulfureux, les bains de mer, la cautérisation, deux cautères sur la région lombaire, etc., n'exercent aucune influence sur la marche des accidents. En juin 1853, M. X... vient à Bellevue, où l'on constate l'état suivant:

Amaigrissement considérable; faiblesse extrême; c'est à peine si le malade peut faire quelques pas avec l'appui d'une canne; accès fébriles irréguliers; nuits agitées et sans sommeil; constipation opiniâtre; la plus petite quantité d'aliments introduite dans l'estomac, un potage, une tasse de lait, provoque de vives douleurs et souvent des vomissements; l'appétit est irrégulier, capricieux; anémie profonde; palpitations fréquentes; essoufflement. Le traitement hydrothérapique est principalement dirigé contre la spermatorrhée et l'état général; la guérison est complète au bout de quatre mois.

Cette observation est surtout intéressante au point de vue de la spermatorrhée atonique; elle montre combien Lallemand avait raison de dire que l'eau froide est utile « *lorsqu'elle est* « *administrée avec prudence; lorsque le médecin sait appré-* « *cier convenablement la constitution et les forces du malade, les* « *moyens de réaction à la soustraction de calorique opérée par* « *l'application froide.* » Dans les cas du genre de celui que nous venons de rapporter, l'hydrothérapie n'a point d'équivalent, et cette médication est d'autant plus précieuse que ces cas sont fréquents, graves, et qu'ils résistent, ordinairement, à tous les agents tirés de la matière médicale.

Quant à la gastralgie, elle disparaît spontanément aussitôt que le traitement a obtenu raison de la spermatorrhée *primitive* qui avait causé et qui entretenait tous les accidents.

Observation XVII. — M. de M. est âgé de trente-sept ans; à l'âge de vingt-deux ans il a contracté, en Espagne, une maladie syphilitique (chancre et bubon inguinal suppuré), qui paraît avoir été traitée par les mercuriaux; à vingt-cinq ans, nouveaux accidents primitifs (chancres) traités par la liqueur de Van Swieten et les frictions mercurielles, et suivis, au bout de deux mois, d'une roséole syphilitique et d'ulcérations secondaires dans la gorge. Depuis cette époque jusqu'à ce jour des accidents secondaires et tertiaires (*douleurs névralgiques et ostéocopes, alopécie, tumeurs gommeuses, exostoses, caries*, etc.) se sont manifestés à maintes reprises et ont rendu nécessaires de nombreux et énergiques traitements par les mercuriaux (*liqueur de Van Swieten, proto-iodure de mercure, frictions mercurielles*), l'iodure de potassium et de fer, la tisane de Zittmann.

M. de M... a consulté successivement MM. Ricord, Cazenave, Chomel, Trousseau, qui n'ont pu, malgré les soins les plus éclairés, arrêter définitivement les manifestations d'un virus syphilitique implanté chez un sujet d'un tempérament très-lymphatique et d'une mauvaise constitution. En 1850, le malade a pris pendant six ou sept mois le rob Boyveau-Laffecteur, mais de nouveaux accidents le forcèrent à en revenir au proto-iodure de mercure et à l'iodure de potassium, sous la direction de M. Ricord. Dès 1849, les digestions avaient commencé à se troubler; elles devinrent de plus en plus mauvaises avec les progrès incessants d'un état cachectique et anémique de plus en plus prononcé. Au commencement de 1852, M. de M. abandonna les traitements spécifiques pour s'occuper exclusivement de sa gastralgie, qui ne lui permettait plus d'ingérer la plus petite quantité d'une substance alimentaire quelconque, sans éprouver d'atroces douleurs épigastriques, accompagnées d'une abondante sécrétion de gaz, de rapports acides et parfois de vomissements alimentaires. Toute la série des médicaments anti-gastralgiques fut parcourue pendant un an sans aucun succès.

En juin 1853, M. de M... vient à Bellevue dans l'état suivant: émaciation profonde; teint hâve, terreux; peau sèche, écailleuse; faiblesse musculaire considérable; palpitations, essoufflement; état anémique et cachectique des plus prononcés; les accidents gastralgiques sont à leur summum d'intensité. Douleurs ostéocopes dans les membres inférieurs et supérieurs ainsi qu'au niveau du sternum; exostoses partielles du volume d'une noisette à la clavicule gauche, du volume d'une noix sur le tibia droit, le cubitus du même côté et le radius gauche; trois tumeurs gommeuses, dont deux sont ulcérées, testicule syphilitique à droite.

Le traitement consiste d'abord exclusivement en douches froides; sous l'influence de cette médication reconstitutive, excitatrice, les fonctions digestives ne tardent pas à s'améliorer; au bout de six semaines toute trace de gastralgie a disparu, le malade a un appétit très-

(1) Voyez *Traité d'hydrothérapie*, pages 422 et suiv.

vif, il le satisfait amplement et il digère très-bien. Dès lors l'état général se modifie rapidement à son tour, et au bout de trois mois il ne laisse plus rien à désirer. Mais si l'anémie, la cachexie et l'amaigrissement ont fait place à un embonpoint très-raisonnable, à un teint coloré, les manifestations syphilitiques persistent. Le malade est soumis à la médication sudorifique par l'étuve sèche, combinée avec l'emploi des douches froides. En mars 1854, c'est à dire après neuf mois de traitement, M. de M... quitte Bellevue complétement guéri et ne portant plus d'autre trace de son affection syphilitique que deux cicatrices, correspondant aux anciennes tumeurs gommeuses ulcérées. Il n'existe plus de douleurs et la résolution du testicule et des exostoses est parfaite.

Ici encore la gastralgie ne disparaît que lorsqu'un traitement énergique vient imprimer une modification aussi heureuse que profonde à l'état général du malade. Rien de particulier à cet égard; mais notons, en passant, l'influence de l'hydrothérapie sur une syphilis constitutionnelle qui a résisté, depuis bien des années, aux agents spécifiques les plus puissants et les mieux administrés.

J'ai nettement exprimé ailleurs mon opinion touchant l'application de l'hydrothérapie au traitement des accidents primitifs de la syphilis ; j'ai montré combien, sur ce point, comme sur tant d'autres, les assertions des hydropathes empiriques sont hasardées, hypothétiques, dénuées de preuves, d'observations convenablement recueillies (1), mais j'ai ajouté :

« L'hydrothérapie m'a semblé être un adjuvant précieux du « traitement spécifique; elle est fort utile pour combattre la « chloro-anémie, la cachexie que l'on rencontre si fréquem- « ment chez les malades atteints de vérole constitutionnelle, et « qui ont été particulièrement signalées par M. Ricord; elle m'a « paru aussi exercer une influence très favorable sur la marche « de la maladie, et principalement sur celle des accidents se- « condaires et tertiaires. Cette influence s'est manifestée surtout « chez les individus faibles, débilités, lymphatiques, *à tendance « scrofuleuse,* suivant les expressions de M. Ricord (2). »

Depuis que ces lignes ont été écrites (1852) des faits en grand nombre, analogues à l'observation qu'on vient de lire, sont venus confirmer la justesse de cette appréciation, et ils ont acquis une importance telle qu'ils seront prochainement l'objet d'un travail spécial, dans lequel je les exposerai avec détails en les signalant à l'attention de mon excellent et illustre ami, M. Ricord.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Traité d'hydrothérapie,* p. 371 et suiv.

(2) *Ibid.,* p. 376.

CLINIQUE CIVILE.

Sur un cas remarquable de gangrène multiple.

Par le docteur C. GAILLARD (d'Aix, en Savoie).

Le 12 juillet 1854, je fus appelé au village de Trévignin, à 8 kilomètres d'Aix, pour y voir une jeune paysanne malade, âgée de vingt-deux ans, mariée depuis une année seulement, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution ; cette jeune femme offrit à mon observation les symptômes suivants:

Il se dégage autour du lit de la malade une odeur gangréneuse remarquable.

Le bras gauche offre à sa partie externe une escarre noire et sèche longue de plus de seize centimètres, et large d'environ six centimètres, séparée des parties environnantes qui jouissent encore de la vie par un sillon ulcéreux.

Au bras droit, il y a à la partie antérieure moyenne, une escarre noire, limitée aussi, et de la largeur d'une pièce de cent sous. Une troisième escarre noire et limitée, un peu plus petite, existe à la partie antérieure et supérieure de l'épaule droite.

La cuisse gauche est dans un état normal; la jambe et le pied du même côté sont œdématiés; la peau est tendue, sans rougeur et sans augmentation de chaleur; l'extrémité antérieure du gros orteil offre sous la portion libre de l'ongle, une escarre qui se sépare aussi par l'inflammation éliminatrice.

Du côté droit tout le membre inférieur est tendu, œdématié, luisant, dur au toucher. De ce côté le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale antérieure est induré, douloureux à la pression jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Cette induration s'arrête à la ligne blanche et ne s'étend pas à gauche : ce qui est dû à ce que le tissu cellulaire sous-cutané est plus adhérent à la peau sur la ligne blanche de l'abdomen que sur les parties latérales de cette région.

La partie supérieure antéro-interne de la cuisse offre une rougeur érysipélateuse. Il y a là de la douleur qui éveille la pression, ainsi qu'à la partie interne de l'aine, vis-à-vis le canal crural. On sent au toucher la veine saphène interne, dure comme un cordon, dans son trajet le long de la portion interne des deux tiers supérieurs de la cuisse.

A la partie moyenne de la jambe se trouve une escarre, qui entoure complètement le membre, sous la forme d'un anneau irrégulier, et d'une hauteur de 12 centimètres environ.

Les tissus envahis par elle sont déprimés et séparés seulement par cette dépression des tissus vivants. Il n'y a pas de cercle inflammatoire. Cette escarre est noire antérieurement. Ailleurs elle est blafarde, blanchâtre, offre un épiderme qui glisse sur le derme, et laisse s'écouler un liquide séreux. Une pression même légère indique qu'en quelques points la sensibilité n'est pas encore entièrement éteinte.

Le pouls est à 100; insomnie; pas de céphalalgie; aucune torpeur; selles naturelles; langue un peu blanche; rien au cœur.

Invasion, cause et nature. — Cette jeune femme est accouchée, il y a deux mois et demi pour la première fois, ses couches ont été heureuses; elle est restée neuf jours au lit; elle nourrissait son enfant; mais elle eut bientôt un abcès au sein gauche, et une ulcération au mamelon droit, qui l'obligèrent à cesser ce premier allaitement, et à confier son enfant à une nourrice. Alors le lait disparut. Il est bon de dire qu'à la même époque, environ un mois et demi après ses couches, elle prit froid en rentrant chez elle, ayant chaud, et que la terre est le seul plancher de la chaumière qu'elle habite.

Alors apparurent (12 juin) des douleurs aux cuisses et aux jambes, qui se gonflèrent partout en même temps. Elle eut des sueurs abondantes, une soif inextinguible, de la fièvre. Puis vinrent les taches noires (je me sers des expressions de la malade). Aux bras les escarres ne furent pas précédées de cette tuméfaction énorme qu'on voit encore aux membres inférieurs, mais de douleurs et rougeurs sans gonflement; il y eut des mouvements spasmodiques dans les mains.

La cuisse gauche, qui est actuellement dans un état normal, a été tuméfiée comme l'autre, mais l'engorgement a disparu depuis quelque temps.

J'interrogeai la malade et ses proches, pour savoir si elle ne s'était pas nourrie de pain fait avec de la farine de seigle ergoté. Il n'en était rien; et leurs réponses éloignèrent tout d'abord mes soupçons.

Faut-il admettre chez cette malade une intoxication du sang, qui serait due à la suppression du lait? Nous avouons qu'il serait assez agréable à l'esprit d'expliquer l'existence de cette gangrène multiple, en admettant une cause générale répandue dans la masse du sang.

Mais l'absence de tout phénomène typhoïde, et en particulier d'escarres à la région sacrée, malgré un décubitus dorsal prolongé pendant plus de trois mois, éloigne l'idée de l'existence d'une cause qui n'aurait pas agi là où elle devait avoir le plus

de motifs d'agir, c'est-à-dire aux régions qui supportent le poids du corps.

En présence des symptômes offerts par la malade, et des causes sous l'influence desquelles elle me semblait s'être trouvée, je crus reconnaître les éléments de la maladie, connue sous le nom de *Phlegmatia alba dolens* (œdème, phlébite).

Je pense que la maladie a succédé à l'impression du froid humide, et qu'elle a été compliquée de gangrène multiple, que comme l'inflammation de troncs veineux considérables des membres a produit l'œdème, de même les escarres sont dues à l'inflammation des capillaires qui se sont oblitérés aux régions où se trouvent les escarres, d'où interruption du cours du sang et cessation de la vie organique.

Aux membres thoraciques l'inflammation aura occupé spécialement quelques veines ou réseaux veineux superficiels, d'où la rougeur érysipélateuse sans gonflement notable, qui a précédé la mort locale.

Traitement. — Le traitement a été nul jusqu'à ce jour (12 juillet) D'après les conseils d'une matrone empirique d'un village voisin, il a consisté en fumigations diverses, et en applications d'*omelettes* sur les *taches noires*.

Pour nous, nous n'avons pas cru devoir prescrire des émissions sanguines, qui eussent été convenables seulement dans les premiers temps de la phlegmasie, de peur de favoriser la résorption des principes putrides.

Voici ce que nous avons ordonné :

Prenez : Eau de laitue. . . . . 200 grammes.
Extrait mou de quinquina. 4 —
Sirop diacode. . . . . 40 —
A prendre par cuillerées.

Prenez : Axonge. . . . . . . 50 grammes.
Extrait mou de quinquina. 4 —
Pour panser trois fois par jour les sillons ulcéreux.

Panser l'escarre de la jambe droite avec une compresse imbibée de vin, trois ou quatre fois par jour.

Vaste et long cataplasme de farine de lin sur la paroi abdominale antérieure droite et sur la cuisse.

15 juillet. J'enlève l'escarre du bras gauche qui est presque entièrement détachée. Les muscles sont à nu ; pansement des plaies ordinaires, et application de trois bandelettes de sparadrap pour diminuer un peu l'écartement des bords, qui sont très-décollés; l'escarre de l'épaule droite est tombée seule : pansement des plaies ordinaires; l'induration du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale commence à diminuer.

Pour le reste du traitement, *ut suprà;* un peu de bouillon; eau et vin vieux sucré pour boisson.

La malade pourra être mise tous les jours quelques moments dans un fauteuil, pour prévenir les escarres au sacrum.

22 juillet. Depuis quatre jours la malade a un point douloureux à la région latérale droite de la poitrine, vers les neuvième et dixième côte. On l'a levée le 17 pour la placer sur un fauteuil; puis on l'a laissée là pendant quatre heures seule et dans l'impossibilité de regagner son lit. Elle a eu froid pendant ces longues heures, quoique le temps fût magnifiquement beau.

Je n'ai pu ausculter qu'en avant; on entend bien la respiration; il n'y a pas de bruits anormaux.

L'escarre du bras droit est tombée; les plaies des bras ont un bon aspect; pansement ordinaire des plaies qui suppurent.

La tumeur du tissu cellulaire sous-cutané abdominal est devenue très-molle.

La cuisse droite a un peu diminué de volume, mais à la partie supérieure interne il y a toujours un assez vaste empâtement; l'aine est dure et douloureuse à une légère pression.

La vaste escarre de la jambe est noire antérieurement, et ailleurs pulpeuse, humide, comme je l'ai dit plus haut. Il commence à s'écouler de ces tissus mortifiés un pus moins séreux; pansement avec la poudre de quinquina, saupoudrée elle-même de poudre de quinquina et de charbon.

L'escarre du gros orteil gauche se détache; pansement avec la pommade.

Pouls à 104, 108; peu de soif; pas d'appétit; insomnie; en somme, la malade va un peu plus mal, par l'incurie de ceux qui l'entourent. Limonade pour boisson; soutenir les forces par un peu de bouillon et de nourriture tonique; cataplasme de farine de lin sur le côté droit de la poitrine.

3 août. Les plaies des bras se cicatrisent, les vides laissés par les escarres tendent à se combler. Il y a toujours le point de côté et la tumeur pâteuse de l'abdomen. La cuisse droite est revenue entièrement à son volume normal. A la place de la gangrène de la jambe droite est une vaste plaie circulaire, qui se couvre de bourgeons charnus.

La jambe gauche a repris aussi son volume ordinaire. L'escarre de l'orteil est tombée; mais la phalange unguéale apparaît nécrosée, et il s'échappe encore de là une odeur gangréneuse caractéristique.

Pouls à 100; respiration bonne; état général meilleur; pansement des plaies avec le cérat opiacé; le matin et le soir une cuillerée du sirop suivant :

Sirop de gentiane. . . . . .
— d'écorces d'oranges amères.
— de quinquina. . . . . .
} $\overline{aa}$ 100 grammes.

Un peu de bouillon et de nourriture tonique.

8 septembre. Les plaies du bras droit sont cicatrisées; la longue plaie du bras gauche n'a plus qu'une largeur de 2 centimètres, sur une longueur d'une douzaine de centimètres. La deuxième phalange nécrosée du gros orteil gauche s'est détachée d'elle-même : la plaie se cicatrise.

La plaie circulaire de la jambe droite se couvre aussi sur ses bords supérieur et inférieur d'une peau cicatricielle; mais il y a une légère rétraction des tendons fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, qui empêche l'extension complète de ce membre. Cela est dû à la position au quart fléchie qu'a gardée constamment le membre pendant la maladie.

La tumeur molle du tissu cellulaire abdominal n'a plus que la largeur d'une pièce de cent sous.

Je recommande à la malade d'essayer souvent d'étendre entièrement la jambe, malgré la douleur que ces efforts lui font éprouver, afin de ne point ajouter à la légère rétraction des tendons, une cicatrice dont le tissu rétractile pourrait augmenter la flexion du membre et la fixer d'une manière permanente.

Prenez : Huile camphrée. . .
Baume tranquille. . .
} $\overline{aa}$ 40 grammes.

Pour frictions à l'entour de l'articulation fémoro-tibiale, et le long des tendons fléchisseurs.

..... Ici cessèrent mes visites à cette intéressante malade, qui ne tarda pas à se trouver dans un état très-satisfaisant; les plaies se cicatrisèrent entièrement; la tumeur du tissu cellulaire sous-cutané abdominal disparut, et l'extension complète de la jambe devint facile.....

Je la revis quelques semaines plus tard, et j'eus peine à reconnaître dans une jeune femme d'une santé parfaite celle que la vie avait paru vouloir si complétement abandonner.

MÉDECINE COMPARÉE.

Mémoire sur les prétendus cerveaux ossifiés ou sur les exostoses de la face interne du crâne chez les animaux de l'espèce bovine.

Par M. Arm. Goubaux,

(Professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.)

(*Suite, voir le n° 71, 72, 73, 74, 75.*)

§ VI.

Depuis près de deux siècles, des observations ont été recueillies sur les exostoses de la face interne du crâne des animaux de l'espèce bovine, et on les a interprétées de deux manières essentiellement différentes, ainsi que je l'ai montré dans les parties autérieures de ce mémoire. Vallisnieri, combattant par toute une série d'arguments très-sérieux l'opinion de Du Verney, d'une part; M. le professeur Patellani continuant à soutenir l'opinion de Th. Bartholin, de Du Verney et de tous les autres observateurs, d'autre part; tels sont les noms des deux auteurs qui représentent surtout les deux opinions que j'ai mises en présence : la non-ossification et l'ossification du cerveau.

Il fallait, en même temps que j'ajoutais deux nouvelles observations à celles qui avaient été publiées, fournir la preuve que d'un côté est la vérité et de l'autre l'erreur. Pour arriver à ce résultat, il ne suffisait pas de voir si les dimensions de la cavité crânienne et celles des tumeurs trouvées à l'autopsie des animaux étaient dans un tel rapport que les unes pouvaient facilement contenir les autres; il y avait encore des recherches à faire, et je les ai présentées sous les yeux du lecteur pour ne pas omettre aucun des éléments qui devaient entraîner sa conviction.

J'ai fait plusieurs rapprochements qui me paraissent assez intéressants, en ce sens qu'ils m'ont permis de rattacher une observation à celles qui devaient m'occuper exclusivement, et d'éloigner d'elles certains faits qui, à première vue, auraient pu être considérés comme analogues.

De toutes ces considérations j'ai tiré la conclusion que *les tumeurs osseuses trouvées dans le crâne des animaux de l'espèce bovine, et qui ont été prises pour des ossifications ou des pétrifications du cerveau, ne sont autre chose que des exostoses de la face interne du crâne.*

Je ne me dissimule pas, au moment de terminer ce mémoire, qu'il y a encore quelque chose à faire sur ce sujet; je n'ai pas la prétention d'avoir dit le dernier mot; aussi je me tiendrai pour content si la Société reconnaît que les documents et la discussion que mon travail renferme pourront servir, dans un avenir plus ou moins éloigné, à diriger les recherches, à jeter un jour tel sur la question qu'elle sera alors complétement résolue.

APPENDICE.

J'extrairai de l'ouvrage de Gall : *Sur l'organe des qualités morales et des facultés intellectuelles*, le passage suivant qui se rapporte au sujet que j'ai essayé de traiter : il sera le complément de mon mémoire.

Sur les prétendus cerveaux ossifiés ou pétrifiés, avec lesquels, à ce qu'on prétend, la manifestation des facultés intellectuelles continuait entièrement d'avoir lieu (1).

On compte les cerveaux ossifiés et pétrifiés au nombre des phénomènes les plus propres à combattre la doctrine que le cerveau est l'organe de l'âme. On nous a montré, à Vienne, à Leipzig, à Amsterdam, à Cologne, à Paris, de semblables ossifications, et toujours dans l'intention de combattre ma doctrine.

Partout on cite le cerveau ossifié d'un bœuf que Du Verney présenta à l'Académie des sciences de Paris, et l'on soutient avec Dumas que comme, suivant le témoignage de Du Verney, le bœuf avait conservé toutes ses facultés, ce cas réfute complétement la physiologie du cerveau.

En dernier lieu encore, il a été beaucoup question d'une ossification semblable que MM. Giro et Moschetti, munis d'attestations écrites, voulaient à toute force faire passer pour un cerveau ossifié; et ces messieurs témoignent leurs regrets de ce que ce fait détruit ma doctrine sur les fonctions du cerveau. (*Gazette de santé*, n° XXXII, 1809, 11 novembre.)

M. Albert a vu encore un cerveau converti en une substance éburnée (*Gazette de santé*, 1811, n° II, 1er janvier, p. 3), qui avait été donné par un boucher au célèbre Deyeux. M. le docteur Albert, aussi, garantit que cette masse osseuse est véritablement un cerveau ossifié. On a recueilli soigneusement tout ce qui a quelque rapport à l'ossification de l'encéphale, et l'on y a attaché une grande importance, précisément parce qu'on est dans une erreur complète sur toute cette matière.

Ces masses osseuses ne sont pas aussi rares qu'on le croit communément; mais elles ne sont pas non plus aussi communes que le docteur Marie Saint-Ursin s'efforce de le prouver. A l'occasion du cerveau pétrifié mentionné par MM. Giro, Moschetti et Ultini, il cite la thèse de M. Jægerschmid; mais, excepté un seul cas que l'auteur ne cite même qu'en passant, et, d'après Du Verney, il n'est question dans cette thèse d'aucun exemple de soi-disant cerveau pétrifié. MM. de Horn, Botall, Mogling et Scheid, cités par Jægerschmid, ne parlent que de petits osselets qui se rencontrent fréquemment dans les méninges, et Marie Saint-Ursin cite ces osselets comme autant d'exemples de cerveaux pétrifiés!

Le prétendu cas où la substance corticale était ossifiée, et où, au milieu de cette ossification, on aurait trouvé tout le reste du cerveau dans l'état naturel, n'a jamais existé; il ne s'est même jamais présenté de cas qui ait pu faire illusion à l'observateur le plus superficiel.

Tous les cerveaux pétrifiés que l'on prétend avoir vus jusqu'ici n'étaient et ne sont que des excroissances osseuses à la surface interne du crâne, qui peu à peu refoulent le cerveau, sans cependant le détruire. Ces excroissances, quelquefois, ne se forment qu'à l'une des parois du crâne, quelquefois uniquement à la paroi externe; d'autres fois elles se forment aux deux parois; alors elles s'élèvent en dehors autant qu'elles plongent en dedans. C'est le cas d'un crâne dont Pierre Frank a fait cadeau à l'université de Gœttingue. On conserve à l'École de médecine de Paris un crâne semblable; son excroissance en dehors, ainsi que celle en dedans, figure une corne de 2 ou 3 pouces de long sur 1 pouce d'épaisseur.

Cette circonstance seule serait suffisante pour exclure toute supposition qui tendrait à établir que ces masses osseuses sont véritablement des cerveaux ossifiés; quelques-unes offrent une masse spongieuse assez friable; la plupart sont dures comme l'ivoire, mais jamais pierreuses (1). Lorsqu'elles sont très-grosses, et il y en a de plus grosses qu'un cerveau ordinaire, la cavité du crâne est plus grande que de coutume, leur surface est inégale comme celle des stalactites, et ce sont ces aspérités que des médecins et des anatomistes qui n'avaient, je pense, jamais vu un cerveau dépouillé de ses méninges, ont prises pour des circonvolutions.

Jamais ni à l'extérieur ni dans l'intérieur de ces excroissances on ne découvre la forme d'aucune partie quelconque du cerveau. C'est par cette dernière observation que nous parvînmes à convaincre M. le professeur Bonn, à Amsterdam, que la masse osseuse qu'il conservait si précieusement n'est point un cerveau ossifié. C'est la même circonstance qui a fait que Haller et M. Sœmmering ont été de tout temps de l'opinion que nous professons. La couche extérieure est d'un brun jaunâtre sale, l'intérieur est éburné, blanchâtre et d'une structure fibreuse.

MM. Giro et Moschetti coupèrent leur soi-disant cerveau ossifié à la

(1) *Voir* t. II, p. 269 de l'ouvrage cité plus haut.

(1) « L'on trouve quelquefois, dans la cavité du crâne, des concrétions indépendantes, tant du crâne que du cerveau, que leur apparence peut faire appeler pierreuses, mais qu'il serait plus exact d'appeler osseuses, puisqu'elles sont toujours formées par du phosphate de chaux. »

hauteur de la grande commissure ; ils trouvèrent la couleur de la substance intérieure différente de celle de la substance extérieure ; mais ils ne purent découvrir ni cavité, ni couches optiques, ni corps striés, ni corps quadrijumeaux, ni origine des nerfs, etc.; et, malgré cela, ils soutinrent que le bœuf dans le crâne duquel on avait trouvé ce cerveau n'avait manifesté aucun signe de maladie ! M. le docteur Simson parle d'un autre prétendu cerveau pétrifié : il convient que ce cerveau est plus volumineux qu'un cerveau de bœuf ordinaire, que le cervelet est gros au moins six fois comme dans l'état naturel, que même sa forme diffère absolument de celle d'un cerveau ordinaire, etc. ; enfin il ajoute qu'à l'un des bouts il avait tenu au crâne, et en avait été violemment séparé ; malgré tous ces aveux, il considère encore cette masse osseuse comme un cerveau ossifié, et cela parce qu'un boucher l'a trouvée dans le crâne d'un bœuf!

Il y a quatre-vingts ans que Vallisnieri a dit tout ce qu'on peut alléguer pour prouver que ces masses osseuses ne sont point des cerveaux pétrifiés. Il commence par établir qu'il ne peut jamais être question, en aucune manière, de cerveaux pétrifiés, dont un frère bénédictin avait fait croire l'existence. Il montre ensuite que les prétendus cerveaux ossifiés ne sont que des excroissances du crâne; et il continue enfin en disant : que l'une de ces excroissances qu'il possède ressemble encore beaucoup plus à un cerveau de bœuf que celle de Du Verney, mais que les proéminences et les enfoncements que l'on y remarque ne peuvent nullement être comparés aux circonvolutions ; que dans l'intérieur on n'aperçoit plus rien qui puisse être comparé ni au *plexus chorroïdœus*, ni à aucune partie d'un cerveau de bœuf.

D'autres corps, continue-t-il encore, lorsqu'ils s'ossifient, conservent leur forme primitive. Du Verney et l'Académie des sciences ont fait une grande faute de s'en rapporter au témoignage d'un boucher; si Du Verney avait ouvert lui-même le crâne, il eût trouvé, outre l'excroissance osseuse, le cerveau du bœuf. Un boucher de Modène fut, dit-il, plus attentif, et trouva effectivement le cerveau à côté de l'excroissance ; Vallisnieri en a fait graver de pareilles ; tout le monde, au premier coup d'œil, prendrait pour un cerveau ossifié celle que représente de la planche IX ; elle offre un sillon dans le milieu et deux parties latérales garnies de proéminences ; mais en y regardant de plus près, on voit que ces proéminences ne ressemblent en rien aux circonvolutions d'un cerveau naturel, et que toute l'excroissance n'offre aucune partie qui puisse être comparée au cervelet. Comme Du Verney, dans sa masse osseuse, montrait la glande pinéale, Vallisnieri a fait graver cette même masse; d'abord la prétendue glande pinéale serait énorme ; mais il y a plus, cette glande étant située dans l'intérieur du cerveau, et le prétendu cerveau ossifié de Du Verney n'ayant jamais été coupé, il est évident qu'il serait impossible d'y voir la glande pinéale, même quand elle y existerait. Les parties que Du Verney soutient être cervelet et le *processus vermiforme*, n'ont pas la moindre ressemblance avec ces parties ; Du Verney a même cru trouver le *processus vermiforme* et la glande pinéale dans une région opposée à celle où la nature les a placées ; et l'Académie a laissé passer tout cela!

Du Verney croyait que ces excroissances osseuses étaient extraordinairement rares, et qu'il n'en existait pas d'autre échantillon connu que celui qu'il possédait lui-même. Vallisnieri, pour combattre cette opinion, en cite cinq qu'il a tous fait graver ; il a eu soin encore de faire graver un véritable cerveau de bœuf à côté du prétendu cerveau ossifié de Du Verney, pour bien faire ressortir la différence.

L'on conçoit comment MM. Giro, Moschetti et Ultini se sont imaginé avoir trouvé le centre ovale. Que l'on scie ces excroissances osseuses dans telle direction que l'on voudra, on trouvera toujours les surfaces intérieures d'un blanc d'ivoire, c'est-à-dire à peu près de la même couleur qu'offre un cerveau coupé dans la partie que Vieussens appelle le centre ovale.

Quant à l'état de santé des sujets qui ont dans la tête des excroissances osseuses, il est vrai que les hommes, aussi bien que les animaux, peuvent vivre pendant des années avec de semblables excroissances, et jouir de l'exercice de différentes fonctions ; on a cependant observé, dans tous les cas connus, les symptômes qui résultent d'une forte pression sur le cerveau. Dans tous ceux cités par Vallisnieri, non-seulement les animaux étaient maigres, mais toutes leurs fonctions se trouvaient affaiblies.

Si cette pression extraordinaire peut être supportée si longtemps, il faut, à ce qu'il paraît, l'attribuer à la formation lente de ces excroissances (1).

Les cerveaux ossifiés ne doivent donc leur existence qu'à l'ignorance et à l'amour du merveilleux des observateurs qui prétendent les avoir découverts, et les objections contre la doctrine que le cerveau est l'organe de l'âme, fondées sur ces ossifications, ne méritent pas la moindre attention.

(1) M. Fodéré émet l'opinon vraiment originale que l'intégrité des facultés d'un bœuf qui a une ossification dans le cerveau prouve la grande prééminence du système nerveux de l'homme sur celui des animaux.

Etudes psycho-physiques sur le crétinisme.

Par le docteur B. Schnepf.

(Suite. — Voir le nº 67, 68, 69, 73, 76.)

Le crétinisme sporadique est admis sans conteste ; il ne diffère pas sensiblement de la forme endémique, de telle sorte qu'en fixant le diagnostic de l'un, nous établirons aussi celui de l'autre. Il est d'ailleurs tellement rare et heureusement si exceptionnel, que nous ne pensons pas devoir lui consacrer une plus grande attention. Il y a, en ce moment, un cas, dans le service de M. Mitivié; mais nous n'avons pas pu nous fournir, sur son origine, des renseignements suffisants pour le déclarer véritablement sporadique.

La melancholia attonita se distingue du crétinisme, en ce que la paresse, la lenteur des mouvements et l'immobilité même, sont accompagnées d'une certaine rigidité des membres, d'une contracture des muscles fléchisseurs ; en ce que les mélancoliques, parvenus à ce degré, restent complétement impassibles aux excitants, mais ils ne sont pas indifférents à ce qui frappe leur attention, ils ne présentent point de vices de conformation, rien qui puisse faire supposer un arrêt de développement physique ; ils ne sont tombés dans cet état qu'à un âge plus ou moins avancé, et ils en guérissent le plus souvent et sans qu'il soit nécessaire de changer leurs conditions physiologiques.

Dans la démence comme dans le crétinisme porté jusqu'à l'idiotie, il y a absence de la vie psychique ; mais le dément a des débris d'une intelligence décousue ; il est surtout privé de mémoire, tandis que le crétin ne présente que des facultés incomplètes, et la mémoire est celle qui est la moins imparfaite. Nous ajouterons, à notre point de vue, que le dément ne présente pas de signes d'arrêt de développement physique ou d'anomalies corporelles.

Reste à distinguer l'idiotie du crétinisme. Un grand nombre d'auteurs emploient indifféremment l'une ou l'autre dénomination ; nous avons déjà, à ce sujet, adressé des reproches à Stahl, qui, du reste, paraît considérer le crétinisme comme une variété d'idiotie, n'en différant que par son caractère endémique. C'est là une erreur de bonne logique et de science exacte; il faudrait que tous les crétins fussent idiots, ce qui heureusement n'est pas! Il faut admettre qu'il y en a qui le sont et qu'un grand nombre d'autres sont exclusivement crétins, voici comment.

Les crétins simples et les crétineux sont des êtres dégradés physiquement ; leurs facultés intellectuelles, leurs affections morales et leurs actions sont en rapport avec leur état physique ; ils sont, comme nous l'avons vu, répandus dans certaines localités qui toutes ont entre elles quelques points de ressemblance et, en les en éloignant, dans un âge encore peu avancé, ou dès l'apparition des symptômes alarmants, ils échappent à la cachexie crétineuse; alors avec le développement régulier du corps apparaissent aussi, en partie du moins, les fonctions des facultés de l'âme. L'idiot est privé plus ou moins complètement des facultés psychiques, mais le corps est plus ou moins bien développé, en général même l'idiot est robuste, bien musclé, ses téguments sont d'un blanc rose et d'une consistance, d'une épaisseur normales, tandis qu'ils sont lâches et ridés chez les crétins. L'idiotie est sporadique surtout; les modifications physiques n'ont que très-peu ou point d'effet sur le

degré d'anéantissement des facultés de l'âme. Les crétins les plus dégradés, les idiots-crétins, tiennent par leur dégénérescence physique des crétins et par la perte de leurs facultés psychiques des idiots. Quelques auteurs se sont préoccupés de l'analogie assez grande qu'il y a entre les crétins et les enfants scrofuleux ; il y a parfois une diathèse scrofuleuse dans des familles entières, disent Rösch et Guggenbühl, dans lesquelles existent des crétins, mais ceux-ci se distinguent toujours des scrofuleux par l'imperfection des facultés psychiques.

§ V. — *Nature du crétinisme.*

Depuis Pinel et Esquirol jusqu'à ces derniers temps les crétins n'étaient considérés que comme des idiots propres à certaines localités et présentant des anomalies physiques. L'étude consciencieuse que le docteur Rösch a faite sur le crétinisme l'a conduit à en donner cette définition dès 1844 : « C'est une organisation humaine, plus ou moins dégénérée *physiquement et psychiquement*, arrêtée dans son développement au-dessous de l'état normal, ou tombée, dès l'enfance, à un degré inférieur de développement. » Nous avons vu d'autres auteurs, Virchow par exemple, consacrer cette distinction entre le crétinisme congénial et le crétinisme acquis. Stahl (1848) comprend sous le nom de crétinisme « des anomalies dans les lois morphologiques du cerveau, par suite desquelles il persiste une imperfection et une faiblesse dans l'organisation physique et psychique, un véritable arrêt de développement au-dessous de l'état normal de l'individualité humaine. » Quelque peu précise que soit cette définition, elle admet également une véritable ligne de démarcation entre l'idiot et le crétin, en reconnaissant chez ce dernier un arrêt de développement physique. Mais dans le cours de son mémoire l'auteur applique au même individu la dénomination d'idiot et de crétin indistinctement ; il a d'ailleurs omis complètement la symptomatologie, l'étiologie, le diagnostic et le traitement; nous l'avons déjà dit, son travail ne roule que sur un point de l'anatomie pathologique, sur les anomalies du crâne; aussi ne comprenons-nous pas pourquoi il fait entrer dans sa définition des *anomalies dans les lois morphologiques du cerveau;* elles ne sont d'ailleurs pas plus constantes que telle ou telle anomalie matérielle.

Le docteur Gugguebühl (loc. cit. p. 41), se plaçant à un point de vue pratique, dit : « Celui-là, quelle que soit son origine, est un crétin dont l'esprit est affaibli et le corps dégénéré par des vices rachitiques ou autres ; là où les dégradations physiques manquent, il ne peut être question que d'un simple imbécile, et quand la parole est abolie, en même temps que toutes les facultés intellectuelles, je dis avec Esquirol, qu'il s'agit d'un idiot. » Le rachitisme et la diathèse scrofuleuse sont des états tellement distincts du crétinisme que ne voyons pas trop pourquoi il serait nécessaire de les rappeler à propos de la définition de ce dernier état.

Ce qui frappe plus particulièrement le professeur Virchow, c'est la difformité du corps et de tout l'être humain constituant le crétin ; « c'est avec raison, dit-il, que M. Fourcault voit, dans le crétinisme un arrêt, un trouble, une déviation de développement ; quoiqu'il soit encore très-douteux qu'on doive chercher, comme l'auteur le pense, la cause première dans la disposition élémentaire des tissus. C'est avec une vérité plus grande que M. Baillarger représente le crétinisme comme le développement incomplet, irrégulier et, le plus souvent, très-lent, de l'organisme, qu'il dit que les crétins sont des enfants d'un grand nombre d'années. Qu'on compare, ajoute Virchow, les mesures que j'ai données de certains crétins et on sera surpris de l'irrégularité vraiment monstrueuse qui existe entre ces rapports : on voit, par exemple, une tête, d'une circonférence de 52 1/2 centimètres, sur un corps dont la longueur totale est de 84 centimètres; un pied de 17 centimètres de longueur avec un avant-bras de 14 1/2 centimètres de longueur. Ce ne sont pas toujours des traits d'enfants unis à un corps vieilli; mais, ce qui est plus hideux encore, c'est une tête vieille et grosse sur un corps d'enfant, une peau fanée, ridée, sur un squelette rabougri qui augmente encore l'affreux de cette monstruosité. »

Classification de l'aliénation mentale.

Lettre de M. Falret au président de l'Académie de médecine.

Dans la dernière séance de l'Académie, notre collègue, M. Baillarger, m'a fait l'honneur de me faire intervenir dans la discussion sur la folie. Relativement au passage de son discours qu'il a bien voulu consacrer à l'énoncé de mes opinions, j'aurais quelques remarques à faire et de plusieurs ordres; mais ces remarques trouveront mieux leur place dans des conférences cliniques et dans un ouvrage sur les maladies mentales. Cependant, dès aujourd'hui, je crois devoir rectifier un fait et dire quelques mots sur l'aliénation partielle.

Admettre la monomanie, ou bien nier son existence et soutenir que le délire n'est jamais limité à une seule idée, à l'altération d'un seul sentiment, d'un seul penchant, ce n'est pas là une simple question de mots; ce n'est pas seulement substituer au mot de monomanie celui d'aliénation partielle, c'est au contraire une véritable question de doctrine. Ce résultat de l'observation réagit puissamment sur toutes les branches de la médecine mentale : la théorie et la pratique se trouvent ainsi profondément modifiées.

Dans la *pathogénie*, on n'assimile plus l'idée fixe maladive à l'erreur ou à la passion ; on renonce à calquer le tableau de la généalogie de la folie sur le développement progressif de l'erreur ou de la passion chez l'homme sain d'esprit. Dans la *symptomatologie*, on ne se borne plus à décrire les idées et les sentiments altérés d'une manière prédominante et à les rattacher à la lésion d'une seule faculté, on décrit l'ensemble des symptômes, l'état général du malade qui préexiste à la formation des délires prédominants, qui les commande au lieu de leur être subordonné. Dans la *classification* des aliénations partielles, on ne cherche plus à grouper les faits d'après les idées dominantes, ou d'après les facultés qu'on suppose isolément lésées, mais on recherche des groupes plus naturels basés sur l'ensemble des symptômes maladifs. Dans la *thérapeutique*, on ne s'attache plus que secondairement à combattre une idée fixe comme on combat les erreurs d'un homme sain d'esprit, ou à substituer un sentiment normal à un sentiment altéré, parce que l'on sait que ce serait, dans les cas les plus heureux, se borner à remplacer une idée, un sentiment par un autre, et qu'il importe surtout de rechercher des moyens dont l'action soit générale et puisse modifier le fond maladif sur lequel reposent les idées prédominantes, qui les entretient et les renouvelle incessamment. Dans la *médecine légale* enfin, on ne se contente pas de fixer l'attention des magistrats sur l'existence d'une idée folle dans une intelligence saine, sur l'état morbide d'un sentiment ou d'un penchant, toutes choses qu'ils n'admettent qu'avec peine, ou même qu'ils n'admettent pas, au grand préjudice de certains aliénés; on leur montre le tableau complet de la maladie, dans lequel l'acte incriminé n'apparaît que comme un épisode; on se base sur l'observation des cas analogues, au lieu de chercher les preuves d'aliénation dans les mobiles, dans les détails de l'acte lui-même, ou dans des distinctions arbitraires sur les divers degrés du libre arbitre : on détruit ainsi par sa base même la théorie déplorable de la responsabilité partielle des prétendus monomanes, théorie qui conduit à faire considérer un certain nombre d'aliénés comme responsables de leurs actes, sous prétexte que l'acte incriminé serait étranger à leur délire prédominant, comme si l'on pouvait ainsi fragmenter l'âme humaine, scinder l'homme intellectuel et moral en plusieurs parties dont l'une serait responsable, tandis que l'autre échapperait à la responsabilité !...

Quant au fait que je dois rectifier, le voici : La note sur laquelle M. Baillarger a fait reposer sa dernière argumentation relative à mon mémoire sur la non existence de la monomanie, appartient à la rédaction des *Archives*, dans lesquelles mon mémoire a été imprimé ; du reste, j'accepterais volontiers la responsabilité de cette note; il ne serait pas difficile, en effet, de démontrer que tous les jours, dans les sciences comme dans les lettres, on peut, sans se contredire, continuer à se servir d'une dénomination lorsque d'avance on a bien déterminé le sens nouveau qu'on y attachait ; mais, encore une fois, la note dans laquelle le mot de monomanie se trouve inséré, n'est pas de moi ; conséquemment l'argumentation de M. Baillarger n'est pas exacte en ce qui me concerne, et je puis ajouter qu'elle n'a, sous aucun rapport, la portée qu'il a cru pouvoir lui attribuer.

Votre tout dévoué, Signé : FALRET.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 79. 3e ANNÉE. Lundi 2 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 2 juillet.

FONCTION GLUCOGÉNIQUE DE FOIE.

Rapport sur divers mémoires relatifs aux fonctions du foie,

Lu à l'Académie des sciences par M. Dumas,

ET

Remarques sur ce rapport.

Il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée, a dit un auteur qui a fait très-peu de chimie, mais que M. Dumas n'est certainement pas sans avoir lu quoiqu'il semble en avoir perdu le souvenir : s'il ne l'eût point oublié, en effet, il se serait aperçu sans peine, avec cette rare sagacité qui le distingue, que le principe applicable aux portes s'applique aussi aux rapports; que ceux-ci doivent absolument être faits ou à faire, et que celui qu'il vient de lire à l'Académie ne rentre ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux catégories. La note glucologique de M. Dumas est bien destinée à tenir lieu d'un rapport, et en ce sens le rapport n'est plus à faire; mais elle n'est point un rapport, et conséquemment celui-ci n'est point fait. Cette note est un plaidoyer en faveur de M. Bernard, et, il faut bien le dire, un plaidoyer très défectueux dont il est plus que douteux que le client se trouve fort satisfait.

M. Dumas, il est vrai, a cherché et donne un motif à cette sorte d'avortement inusité, qui répond si peu à l'attente générale des physiologistes. Malheureusement, le motif n'est guère plus heureux que le fait lui-même.

« Les mémoires de MM. Poggiale et Figuier étant publiés, — dit M. Dumas, — l'Académie, d'après les règlements, n'avait plus à se prononcer sur *leur* mérite. » — Fort bien. — Nous sommes de ceux qui pensent que les règlements doivent toujours être respectés, même quand ils ne sont pas conçus dans le meilleur esprit possible, ce qui pourrait bien être le cas de ceux dont il s'agit. Mais en obéissant aux règlements la question était bien plus simple : il fallait ne faire ni rapport ni simulacre de rapport.

« Mais, — ajoute M. Dumas, — votre commission a cru qu'il était de son devoir néanmoins de faire connaître à l'Académie le résultat de SES PROPRES EXPÉRIENCES sur le fond même de la question que ces savants ont étudiée. »

Personne, en effet (et nous encore moins), ne contestera à la commission le droit qu'elle réclame; nous croyons même qu'on sera plus disposé à se plaindre de la parcimonie avec laquelle elle en a usé. Mais avant de traiter ce point, voyons d'abord comment l'exorde qui précède s'accorde avec la péroraison qui suit :

« Votre commission a pensé, » — dit en terminant M. Dumas, — « qu'elle devait, laissant de côté toute préoccupation théorique, réduire la question qui lui était soumise aux simples termes d'une *vérification de faits.* »

Ainsi, tout en déclarant, dans l'exorde, qu'il ne veut point s'occuper du mérite des mémoires de MM. Poggiale et Figuier, M. Dumas, dans sa péroraison, dit que son intention a été de vérifier *les faits* annoncés par ces observateurs.

Qu'il soit possible de vérifier *les faits* qui servent de base à un travail sans faire ressortir, implicitement ou explicitement, le mérite de ce travail et la solidité des doctrines qu'on y défend, on pourrait peut-être le contester; ce n'est pas à cela que que nous nous arrêterons; nous avons peu de goût pour les questions oiseuses ou même accessoires, et nous préférons aller d'emblée au fond des choses.

M. Dumas a donc voulu se livrer à une vérification *de faits*, à l'aide *des expériences* de la commission? Mais de quels faits M. Dumas a-t-il voulu parler et de quelles *expériences* de la commission?

Quant aux faits, nous en connaissons beaucoup. Pour ne citer que les principaux : M. Figuier a annoncé que deux heures après un repas de viande crue, il y a une quantité très-notable de sucre dans le sang de la veine porte et qu'il y en a très-peu dans les veines sus-hépatiques; que deux ou trois heures plus tard seulement, il s'en trouve en abondance dans ces dernières; M. Figuier a annoncé encore, et tout le monde l'a confirmé depuis, que l'analyse décèle la présence du sucre dans le système sanguin tout entier, dans le sang de toutes les saignées, dans tous les tissus par conséquent, ce que M. Bernard avait formellement nié dans vingt endroits de son mémoire, etc.; M. Poggiale dit avoir constaté qu'une chienne nourrie de viande a fourni pendant des mois entiers du lait renfermant du sucre, résultat entièrement opposé à celui que M. Dumas lui-même avait annoncé il y a plusieurs années, etc.; et pour vérifier ces assertions et bien d'autres encore, M. Dumas a fait... quoi! UNE EXPÉRIENCE! Car *les expériences* de la commission, de même que les nièces de Bartholo, ne sont qu'une.

Certes, nous ne marchandons pas avec M. Dumas! quand il s'agit de son habileté, de son talent, et même, dans un certain ordre d'idées, de la profondeur de son esprit; mais notre générosité ne saurait aller jusqu'à lui accorder qu'on puisse vérifier tant de choses à l'aide *d'une expérience*, laquelle d'ailleurs, vu le laconisme avec lequel elle est décrite, aurait grand besoin elle-même de vérification. Nous osons tenir, du reste, pour certain que la libéralité du savant professeur pour ses propres œuvres ne dépassera point la nôtre, et que, s'il en appelle de M. Dumas académicien à M. Dumas savant, il recon-

naîtra que la *vérification* dont il a parlé est dépourvue de tout caractère sérieux.

Comme notre intention est de ne rien céler, nous devons ajouter que si la commission n'a fait qu'une expérience, elle en a vu faire *une* autre à M. Figuier. Sur celle-ci nous avons plus d'une remarque à présenter, car il faut enfin que le public scientifique sache dans quels écarts peuvent tomber parfois les hommes les plus distingués, les plus habitués aux procédés rigoureux d'expérimentation et à une logique sévère. Rappelons encore une fois les termes du discours glucologique de M. Dumas :

« Votre commission a examiné, avec tout le soin dont elle était capable, les produits extraits par M. Figuier du sang de la veine porte *dans* un animal sacrifié dans ces conditions, et où l'auteur croyait reconnaître la présence du sucre à l'aide du réactif Frommerhz. Votre commission n'en a pas trouvé en employant, il est vrai, la fermentation. »

Qu'est-ce à dire? Une expérience physiologique serait-elle un tour de gobelet, dans lequel l'artiste est tenu de réussir sous peine d'être livré en pâture à la risée des spectateurs? M. Dumas aurait-il oublié qu'en professant un cours d'analyse chimique au collége de France, c'est-à-dire tout ce qu'il doit y avoir de plus précis dans les sciences, il lui est arrivé d'annoncer à ses auditeurs, dont nous faisions partie, un précipité qu'on n'obtenait qu'après une ou deux tentatives infructueuses? A-t-il oublié surtout ces sages paroles de M. Bernard, qui se trouvent précisément dans le mémoire sur la *nouvelle fonction du foie* : « Quand il s'agit de phénomènes aussi complexes que ceux qui se passent dans les êtres vivants, *il nous échappe toujours, dans nos combinaisons expérimentales, une foule d'éléments* parce qu'ils nous sont inconnus. »

Il était donc d'une logique élémentaire de ne point s'en tenir à une seule expérience pour juger M. Figuier, et cela d'autant plus que cet expérimentateur dit avoir réussi, depuis cette expérience, à provoquer la fermentation.—Voilà pour le principe.

Quant au fait lui-même, on ne saurait trop regretter que M. Dumas soit encore resté ici dans une pénible obscurité de langage qu'on dirait calculée, tant elle contraste avec les habitudes de lucidité, de précision et même d'élégance qui ont fait de M. Dumas, non seulement un savant éminent, mais encore presque un écrivain.

M. Figuier, dit M. Dumas, *croyait reconnaître* la présence du sucre *à l'aide du réactif Frommherz.* Mais ce réactif a-t-il réellement donné une réaction franche? Le cuivre a-t-il été nettement réduit? M. Dumas le donne bien à entendre, mais il ne le dit pas formellement; et cependant la chose n'était pas tout à fait indifférente à savoir, encore bien que la réaction dont il s'agit soit considérée comme insuffisante. — Et, quant à la fermentation, dans quelles conditions M. Dumas s'est-il placé pour l'obtenir? A quelles opérations s'est-il livré? Est-il bien certain qu'aucune circonstance ne puisse mettre obstacle à la fermentation dans un cas donné, et qu'un seul résultat négatif permette d'affirmer que le sucre n'existe pas dans les produits analysés? Voilà autant de questions sur lesquelles M. Dumas garde le silence, et le silence, dans ce cas, c'est le doute pour tout esprit rigoureux. — Ajoutons que c'est aussi le doute pour M. Dumas, comme on va le voir; car il faut dire à sa louange que si son désir, ce que nous ne croyons pas, a été de pratiquer l'art des réticences et d'embrouiller la question, la force d'une heureuse habitude a été plus puissante que sa volonté.

Par exemple, M. Dumas dit bien dans son rapport: « *Sur la question de doctrine; votre commission n'avait pas à se prononcer;* » — Mais, après avoir posé quelques questions sur lesquelles nous allons revenir, il ajoute *neuf lignes* plus loin : — « *jusqu'ici, la doctrine professée par notre confrère,* (M. Bernard) *paraît intacte.* » — Donc M. Dumas ne s'est pas borné à une *vérification de faits;* donc il s'est occupé de doctrine, puisqu'il déclare intacte celle de M. Bernard, par conséquent fausse celle qui lui est opposée. Mais ce qu'il y a le plus à remarquer, ce n'est pas cette contradiction: les contradictions peuvent échapper aux plus grands esprits: Jean-Jacques, qui en avait commis plus d'une a même hasardé quelque part, cette opinion, qu'il ne savait pas s'il était possible d'être toujours conséquent; mais que ce qui est possible, c'est d'être toujours vrai. Je ne voudrais pas me rendre garant d'une telle doctrine; mais enfin, on voit qu'elle a pour elle une autorité qui en vaut bien une autre, et qu'on peut en définitive, sans trop déchoir, parler doctrine après avoir déclaré qu'on n'en parlerait point. Ce qui serait moins excusable, ce serait d'invoquer en faveur d'une doctrine qu'on croit intacte des arguments qui, s'ils étaient fondés, prouveraient qu'elle est singulièrement hasardée. Or n'est-ce pas là ce qu'a fait M. Dumas? — Qu'on en juge:

M. Bernard professe, et c'est là toute sa doctrine, que le foie fabrique du sucre. — M. Dumas qui déclare intacte la doctrine de M. Bernard, place parmi les « *questions qui méritent d'être débattues, et que l'expérience seule pourra résoudre définitivement,* » celle-ci en propres termes : « *le foie fabrique-t-il du sucre?* »

M. Bernard professe nécessairement que le sucre du foie se forme bien dans le foie; qu'il ne provient pas en nature des produits de la digestion; qu'il n'est pas conséquemment dissimulé, mais bien absent dans le sang de la veine porte. — M. Dumas, qui déclare la doctrine de M. Bernard intacte, range parmi les questions qui méritent d'être débattues... etc.» la suivante, trop claire encore dans son enveloppe nébuleuse autant que peu grammaticale : « *Le sucre serait-il, au contraire un produit de la digestion des aliments ou de l'élaboration des éléments du sang pendant le cours de la circulation qui resterait masqué par la présence de quelque substance étrangère jusqu'à son arrivée dans le foie, chargé de le rendre libre ?* »

Nous croyons qu'après une telle période il est temps de s'arrêter et qu'on peut se résumer sans inconvénients.

Nos lecteurs doivent être bien convaincus que le rapport de M. Dumas est un discours pour la doctrine de M. Bernard, mais un discours qui, pris à la lettre, en serait réellement l'oraison funèbre. M. Dumas, en effet, non seulement pose comme une question la doctrine même que M. Bernard considère comme une vérité démontrée, mais, de plus, en appréciant l'expérience de M. Figuier, il subordonne le sort de cette doctrine à la présence, dans une proportion quelconque, du sucre dans le sang de la veine porte, chez un animal nourri de viande, c'est-à-dire à un fait qui ne semble plus contestable aujourd'hui. Sans être ni le défenseur de M. Bernard ni l'antagoniste de M. Figuier, nous avons été un peu plus difficile à l'égard de ce dernier, et nous lui avons demandé, nos lecteurs n'en ont point perdu le souvenir, des preuves plus nombreuses et plus précises.

En résumé, le discours de M. Dumas n'ajoute qu'une expérience inutile, c'est-à-dire n'ajoute rien à l'histoire de la glucogénie; ce n'est pas un document nouveau; ce serait tout au plus un embarras si les travailleurs sérieux et indépendants n'étaient pas libres aujourd'hui de laisser à l'écart des dissertations stériles, quelque recommandables qu'en soient les auteurs, et quelque imposant que puisse être le théâtre où elles ont retenti.

H. DE CASTELNAU.

Voici le rapport de M. Dumas.

L'Académie nous a chargés, MM. Pelouze, Rayer et moi, de lui rendre compte des expériences relatives aux vraies fonctions du foie, instituées dans ces derniers temps par MM. *Figuier, Poggiale* et *Lecomte.* Votre Commission a pensé qu'elle devait, laissant de côté toute préoccupation théorique, réduire la question qui lui était soumise aux simples termes d'une vérification de faits. Elle a donc porté toute son attention sur les moyens à prendre pour donner à cette vérification les garanties de précision dont l'état de la science lui permettait de les entourer.

Un de nos confrères, M. Bernard, avait fait connaître, conjointement avec M. Barreswil, l'existence dans le foie d'une quantité considérable de sucre. Poursuivant les conséquences de cette découverte,

M. Bernard a prouvé que le sucre existe dans le foie de tous les animaux, que sa présence est conséquemment un témoin de la nature même des fonctions de cet important organe.

Jusque-là, les observations nouvelles de M. Bernard et la conséquence qu'il en tire ne sont contestées par personne, elles constituent l'une des plus sérieuses acquisitions de la physiologie moderne.

Mais d'où vient ce sucre qui existe si constamment dans le foie? Comment disparaît-il de cet organe? Quel est son emploi?

Ici les opinions se montrent divergentes, les difficultés apparaissent et les expériences elles-mêmes ne seraient plus d'accord.

M. Bernard pense que la formation du sucre a lieu dans le foie. Bien entendu que notre savant confrère ne met point en doute la production de sucre qui a lieu par le fait de la digestion dans l'estomac aux dépens des aliments amylacés, moins encore le passage du glucose et de ses analogues de l'estomac ou de l'intestin dans les veines. Mais il admet qu'en dehors de cette source intermittente, par laquelle le glucose peut s'introduire dans le sang, au moment où la digestion s'accomplit, il y en aurait une autre permanente et tout à fait spéciale : ce serait la fabrication du sucre dans le foie même.

Ce qui démontrerait cette fabrication, c'est l'absence du sucre dans le sang de la veine porte d'un animal soumis au régime de la viande; c'est la présence de ce sucre dans le sang des veines sus-hépatiques de ce même animal.

M. Figuier a élevé contre cette doctrine diverses objections.

Reprenant une opinion déjà émise par M. *Mialhe*, M. Figuier fait remarquer qu'il serait plus naturel de considérer le foie comme un organe séparateur, à la façon des reins, que d'en faire un organe créateur. Dans cette hypothèse, le foie, véritable régulateur de la composition du sang, arrêterait au passage le sucre provenant de la digestion qui se trouverait en excès dans le sang, comme il arrête certains poisons métalliques et le restituerait peu à peu à ce liquide, lorsque celui-ci en serait dépourvu ou que la proportion de sucre y serait descendue au-dessous de la moyenne, pendant les heures de repos de l'estomac.

Comme le rôle attribué au foie par M. Bernard repose sur quatre données, savoir : 1° la présence constante du sucre dans le foie des animaux herbivores ou carnivores; 2° la présence non moins constante de sucre dans les veines sus-hépatiques; 3° l'absence du sucre dans le sang de la veine porte chez les animaux nourris avec de la viande; 4° l'apparition momentanée du sucre dans le sang de la veine porte sous l'influence de la digestion des matières sucrées ou féculentes, votre Commission devait s'attacher à examiner si ces données étaient contestées et si elles l'étaient avec quelque raison.

Or de ces données il en est deux qu'on ne conteste pas, la première et la quatrième. Il est admis que le foie contient toujours du sucre, même chez les animaux carnivores. Il ne l'est pas moins que, sous l'influence de la digestion des matières féculentes ou sucrées, le sang de la veine porte en contient aussi.

« Reste donc à savoir si le sang de la veine porte contient ou non du sucre chez les animaux nourris de viande. A cet égard, les expériences de votre Commission lui ont semblé décisives. Elle n'a pas trouvé trace appréciable de sucre dans le sang de la veine porte d'un chien nourri à la viande crue.

« Reste encore à décider si, indépendamment de la digestion des matières végétales, le sang des veines sus-hépatiques contient du sucre; si, sous l'influence de la digestion de la viande, le sang de la veine porte en est dépourvu ; si enfin, lorsque le sang de la veine porte n'en contient pas, celui des veines sus-hépatiques en contient au contraire.

Il suffit, pour éclairer tous ces points, d'examiner, comme l'a fait M. Bernard, sur le même animal, le sang de la veine porte et celui des veines sus-hépatiques, sous l'influence de la digestion, après un repas uniquement composé de viande, succédant soit à une abstinence prolongée, soit à quelques journées d'un régime purement animal.

Dans une expérience faite dans cette dernière condition, votre Commission s'est assurée que le sang de la veine porte ne renfermait pas trace de sucre, tandis que celui des veines sus-hépatiques en contenait des quantités parfaitement appréciables, ainsi que M. Bernard l'avait annoncé

Comme la difficulté se concentre tout entière sur ce point : — Y a-t-il ou non du sucre dans le sang de la veine porte pendant la digestion après un repas formé de viande, l'animal ayant été convenablement soustrait à l'influence d'une alimentation sucrée? — votre Commission a examiné, avec tout le soin dont elle était capable, les produits extraits par M. Figuier du sang de la veine porte dans un animal sacrifié dans ces conditions, et où l'auteur croyait reconnaître la présence du sucre à l'aide du réactif Frommherz. Votre Commission n'en a pas trouvé en employant, il est vrai, la fermentation.

Ainsi tous les faits annoncés par notre confrère M. Bernard, au sujet de la fonction qu'il attribue au foie, ont été vérifiés par nous, et nous ne pouvons qu'applaudir à la rare habileté du savant physiologiste qui les a mis le premier en évidence.

Sur la question de doctrine, votre Commission n'avait pas à se prononcer. Le foie fabrique-t-il le sucre? Le fabrique-t-il aux dépens des éléments albumineux du sang? Le sucre serait-il, au contraire, un produit de la digestion des aliments ou de l'élaboration des éléments du sang pendant le cours de la circulation qui resterait masqué par la présence de quelque substance étrangère jusqu'à son arrivée au foie, chargé de le rendre libre? Ces questions méritent assurément d'être débattues, mais c'est à l'expérience seule à les résoudre définitivement, et nous verrions avec plaisir les jeunes savants qui les ont abordées persévérer dans leurs travaux.

Jusqu'ici, la doctrine professée par notre confrère paraît intacte.

Les recherches sur ce sujet important n'ont pourtant pas tout appris sans doute, et nous dirons ici à ceux qui voudront s'en occuper, qu'on ne doit pas accorder une confiance trop complète à des réactions semblables à celles qu'on obtient avec la dissolution de tartrate de cuivre dans la potasse. Tous ces phénomènes de coloration, de réduction produits par des matières organiques, sont trompeurs et incertains. Lorsqu'on ne peut pas isoler le sucre en nature, il faut au moins s'assurer de sa présence par l'action du ferment et par le développement d'acide carbonique que la fermentation produit. Il faut, s'il se peut surtout, extraire l'alcool lui-même du résidu de la fermentation, comme l'a fait la Commission de l'Académie qui a examiné les travaux de M. Bernard.

Votre Commission, sans entrer plus avant dans l'examen spécial des notes que l'Académie lui a renvoyées, se borne donc à établir comme conséquences de son travail :

1° Que le sucre n'a pas été appréciable dans le sang de la veine porte d'un chien nourri de viande crue ;

2° Que la présence du sucre a été facile à constater, au contraire, dans le sang des veines sus-hépatiques recueilli dans le même moment sur le même chien.

Comme les Mémoires de M. Figuier, ceux de MM. Poggiale et Leconte ont été publiés, l'Académie n'avait plus, d'après les règlements, à se prononcer sur leur mérite respectif; mais votre Commission a cru qu'il était de son devoir néanmoins de lui faire connaître le résultat de ses propres expériences sur le fond même de la question que ces savants ont étudiée.

Sur la nécrose des cartilages articulaires.

Par P. Broca, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Je donne le nom de *nécrose* des cartilages articulaires à la mortification partielle de ces organes.

Cette dénomination suppose que les cartilages articulaires sont doués de vie, et une pareille proposition eût soulevé, en France, il y a quelques années, une vive opposition. C'était alors, en effet, une opinion généralement adoptée parmi nos maîtres et nos condisciples, que la nutrition était toujours sous la dépendance des vaisseaux, et que les tissus privés de l'élément vasculaire n'étaient susceptibles ni de vivre, ni d'être malades, ni de mourir. Les cartilages articulaires, en particulier, étaient considérés comme des produits de sécrétion, comparables aux ongles et à l'épiderme, comme des couches inertes déposées sur les surfaces osseuses articulaires; — et les altérations si fréquentes dont ils peuvent devenir le siége étaient attribuées à des causes purement mécaniques, à des usures, à des frottements.

Mais, depuis que le microscope est venu prêter son concours à l'anatomie pathologique des articulations; depuis que M. Redfern, d'Aberdeen, a publié ses importantes recherches (1); depuis que moi-même j'ai montré sur une foule de pièces, à la Société anatomique, les lésions vitales nombreuses dont le

(1) *Monthly journal of medical science*, 1849.

cartilages diarthrodiaux peuvent devenir le siége (1), il a bien fallu renoncer à cette doctrine, et réintégrer les cartilages dans la classe des tissus vivants.

Tout ce qui a vie peut mourir, et dès lors il est permis de parler de la mortification des cartilages. Mais les cartilages peuvent mourir de deux manières bien différentes : l'un de ces deux modes est depuis longtemps connu sous le nom de *décortication*; l'autre, que je crois avoir décrit le premier, mérite le nom de *nécrose* des cartilages.

Il est fréquent, à l'autopsie des membres atteints de tumeur blanche, de trouver des débris de cartilages détachés de la surface de l'os, amincis, roulés sur eux-mêmes et flottant au milieu du pus dans la cavité de l'articulation. Il est fréquent encore, à la suite des amputations dans la contiguïté, de voir la couche cartilagineuse se séparer de l'os et s'échapper à travers la plaie. Ce phénomène, depuis longtemps décrit, porte le nom de *décortication*. Seul de tous les auteurs que j'ai consultés, M. Richet l'a désigné sous le nom de *nécrose* des cartilages (2); mais il n'a pas attaché beaucoup d'importance à cette dénomination, puisqu'il a ajouté que cette nécrose était comparable à « la chute des ongles ou des poils après une maladie de leurs organes sécréteurs. » En tous cas, la décortication des cartilages a été considérée comme un phénomène passif, comme l'effet d'une maladie de l'os et non du cartilage; la comparaison employée par M. Richet le montre suffisamment. L'inflammation de la synoviale et du tissu spongieux de l'os subjacent donne naissance à des fongosités qui exercent sur les cartilages une pression mécanique, les érodent, les amincissent et finissent par les décoller. Cette variété de mortification des cartilages ne se montre donc que consécutivement; elle est symptomatique d'une maladie de l'extrémité osseuse correspondante, et les auteurs qui l'ont décrite ont continué à nier la possibilité des maladies des cartilages.

Il n'en est plus de même de la deuxième forme de mortification, pour laquelle je réserve le nom de *nécrose des cartilages*. Là, en effet, la mortification n'est pas symptomatique d'une maladie de l'os subjacent; elle est idiopathique, c'est-à-dire qu'elle dépend d'une maladie du cartilage même.

Le but de cette note est de décrire la nécrose des cartilages d'après les observations qu'il m'a été donné de recueillir. Les pièces dont il va être question ont été présentées à la Société anatomique, et sont, pour la plupart, déposées dans le musée Dupuytren (3). Ce sont, je le pense, les seules qui aient été décrites jusqu'ici avec connaissance de cause. Plus d'une fois, il est vrai, on a trouvé dans les articulations des fragments de cartilages parfaitement libres, et à côté d'eux, sur les couches diarthrodiales, des pertes de substance, de forme et de dimension exactement semblables. La possibilité de faire coïncider d'une manière presque rigoureuse les fragments libres avec les pertes de substance indiquait évidemment que ces petits corps étrangers provenaient de la couche cartilagineuse, et en avaient été détachés par une cause quelconque. Mais cette cause, quelle en était la nature? Était-elle mécanique ou dynamique? On a pensé jusqu'ici qu'elle était toute mécanique; que les fragments cartilagineux étaient, pour ainsi dire, des esquilles séparées du reste du cartilage par une action traumatique.

Cette opinion était certainement la plus naturelle, et elle s'accordait très-bien avec une théorie que beaucoup d'auteurs invoquaient pour expliquer la formation des corps étrangers osseux des articulations. Les remarques très-justes de Morgagni et les belles recherches de Laënnec n'avaient pas suffi, en effet, pour faire abandonner complétement l'opinion de Reimar et de Monro; de sorte qu'un grand nombre de chirurgiens croyaient, avec ces deux derniers auteurs, que les corps étrangers libres des articulations étaient le résultat de fractures articulaires (1).

Ce qu'on admettait pour les corps étrangers osseux, on pouvait à plus forte raison l'admettre pour les corps étrangers cartilagineux. C'est ce que l'on fit. Il manquait toutefois à cette théorie un élément indispensable : pour donner quelque consistance à la supposition d'une cause traumatique, il aurait fallu citer des observations où une semblable cause eût été constatée. Or, ces observations faisaient entièrement défaut, et c'est ce qui donna beaucoup d'importance à un fait, aujourd'hui célèbre, publié en 1824 par M. Cruveilhier. On me permettra de le reproduire ici.

Observation I. — Cruveilhier (2). — Une jeune femme tombe sur le grand trochanter. Au même instant, douleur très-vive, impossibilité de faire un pas. On ne reconnaît ni fracture ni luxation. Repos au lit. Bientôt après, allongement du membre. Repos, sangsues, vésicatoires volants. Le membre se rétablit dans son état naturel. Guérison apparente. Cinq années après, nouveaux symptômes, douleurs, allongement du membre. Même traitement. Guérison, mais gêne dans les mouvements; douleurs aux changements de température. Elle *succomba dix ans après sa chute*, par suite d'une fièvre grave.

A l'autopsie, je trouvai dans l'articulation coxo-fémorale une quinzaine de petits corps cartilagineux libres, aplatis, lesquels étaient évidemment des fragments détachés des cartilages articulaires; car l'un et l'autre cartilage présentaient une perte de substance qui était, autant que je puis l'apprécier, en rapport avec le nombre et les dimensions des petits corps cartilagineux. Il n'y avait aucun travail réparateur; on eût dit que le brisement venait d'avoir lieu.

Cette observation n'a pas seulement servi à corroborer la théorie de Reimar et de Monro; elle a surtout été invoquée à l'appui de la doctrine qui considère les cartilages articulaires comme des tissus inertes. L'absence de tout travail réparateur sur les bords des pertes de substance a été considérée comme la preuve que les plaies ou fractures des cartilages ne peuvent pas se cicatriser. Or, je crois avoir démontré d'une manière définitive, que les plaies et fractures des cartilages se cicatrisent au contraire très-bien. Les pièces recueillies sur l'homme, et présentées par moi à la Société anatomique, ne laissent à cet égard aucun doute; les expériences publiées depuis lors par M. Redfern plaident dans le même sens, et il me semble bien établi que si Autenrieth et Dœrner n'ont pu réussir à faire cicatriser les plaies des cartilages, c'est parce qu'ils ont sacrifié trop tôt les animaux soumis à leurs expériences (3). Il est donc permis de croire que, dans le cas de M. Cruveilhier, la cicatrisation se fût effectuée s'il se fût agi réellement d'un fracture des cartilages.

Quant à moi, je considère ce fait comme un exemple d'arthrite sèche de la hanche. L'*arthrite sèche* (4) n'est autre chose

---

(1) L'analyse raisonnée de mes recherches sur la pathologie des cartilages a été faite avec beaucoup d'exactitude par M. le docteur Leudet dans son excellent compte-rendu des travaux de la Société anatomique. (*Bulletin de la Soc. anat.*, t. XXVI, 1851, p. 438-452.)

(2) Richet, *Études sur les tumeurs blanches*. Thèse inaugurale, Paris, 1844, in-4°, p. 51.

(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, p. 109, 165, 184-186, 447.

---

(1) H. Reimar, *De tumore ligamentorum circa articulos, fungo articulorum dicto*; Leyde, 1757, in-4°, § 54 et § 29. — Al x. Monro, *Edinburgh medical Essays*, vol. IV, art. 19 et 20. — Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epis. LXIX, n° 13. — Laënnec, articles CARTILAGES ACCIDENTELS, du *Dictionnaire des sciences médicales*, t. IV, p. 127.

(2) Cruveilhier. *Observ. sur les cartilages diarthrodiaux* dans les *Arch. gén. de méd.*, 1824, 1re série, t. IV, p. 165.

(3) Autenrieth et Dœrner, *De gravioribus quibusdam cartilaginum mutationibus*, Tubinge, 1588, in-12. — Broca, *Cicatrisation des cartilages articulaires*, dans le *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1851, p. 106 et 182. — Redfern, dans *Monthly journal of med. sc.*, septembre 1851, p. 202. — Voyez encore Jarjavay, *Anat. chirurg.*, Paris, 1852, t. I, p. 95.

(4) Pour la description méthodique de l'arthrite sèche, voyez le compte rendu des travaux de la Société anatomique pour l'an 1850, p. 435.

qu'une inflammation très-chronique des articulations; elle est à la tumeur blanche ordinaire ce que la tumeur blanche est à l'arthrite aiguë. Comme toutes les arthrites, elle peut se développer spontanément; mais, comme elles aussi, elle peutêtre la conséquence d'une cause traumatique, et il n'est pas rare, par exemple, qu'elle survienne à la suite des luxations. Or, on verra tout à l'heure que l'arthrite sèche est l'une des causes de la nécrose des cartilages. Dès lors, l'observation de M. Cruveilhier est susceptible de recevoir une interprétation différente de celle qu'on lui donne généralement; et comme cette observation est unique jusqu'ici, comme de plus, elle est en contradiction avec ce que nous connaissons aujourd'hui sur la vitalité des cartilages, il est permis de croire que les petits fragments cartilagineux trouvés par l'honorable professeur dans l'articulation de la hanche avaient été détachés des surfaces articulaires par un travail de nécrose, et non point par une fracture.

Cela posé, je passe à l'exposition des faits qui me sont propres, et j'ose espérer qu'ils lèveront tous les doutes qu'on pourrait conserver sur la réalité de la nécrose des cartilages.

La nécrose des cartilages se produit dans deux circonstances bien différentes. Tantôt elle a lieu dans une articulation atteinte d'arthrite sèche; tantôt, au contraire, elle constitue la seule lésion appréciable. En laissant de côté le fait de M. Cruveilhier, puisque tout le monde ne l'a pas interprété de la même manière que moi, je dispose de sept observations de nécrose des cartilages. Sur ce nombre, trois ont été recueillies sur des articulations qui présentaient les lésions de l'arthrite sèche. Dans les quatre autres cas, la jointure, abstraction faite de la nécrose, paraissait parfaitement saine, et trois d'entre eux, chose au moins singulière, étaient identiquement semblables les uns aux autres, et quant à l'étendue, et quant au siége de la nécrose qui occupait, dans les trois cas, le centre de la cavité du scaphoïde du tarse.

Une autre distinction, au moins aussi importante que la précédente, est relative à la situation du séquestre par rapport à l'épaisseur de la couche cartilagineuse. Tantôt, en effet, le séquestre occupe toute l'épaisseur du cartilage, tantôt il n'occupe qu'une partie de cette épaisseur, et alors il peut être formé soit aux dépens des couches les plus superficielles, les couches profondes demeurant intactes, soit aux dépens des couches profondes, les couches superficielles continuant à vivre. En d'autres termes, il y a, pour la nécrose des cartilages, comme pour la nécrose des os, trois variétés de séquestres : 1° les *séquestres superficiels ;* 2° les *séquestres profonds* ou *invaginés;* 3° les *séquestres portant sur toute l'épaisseur de l'organe.*

En tout cas, la partie frappée de mort se sépare peu à peu des parties environnantes, et le séquestre devient libre à la suite d'un travail particulier, qui mérite ici, comme dans la mortification des tissus vasculaires, le nom de *travail éliminateur.* Une partie de cette élimination s'effectue quelquefois entre le cartilage et l'os, et on pourrait être tenté de la comparer à cette absorption progressive (Hunter) qu'exécutent les vaisseaux, et qui donne lieu, dans les tissus vasculaires, à la séparation des escarres; mais cette assimilation n'est plus possible lorsque le travail éliminateur s'effectue en plein cartilage, comme cela a lieu pour la face profonde des séquestres superficiels, pour la face superficielle des séquestres profonds, et pour la circonférence des séquestres cartilagineux, à quelque variété qu'ils appartiennent.

Cette élimination, qui se produit dans l'épaisseur même des cartilages, c'est-à-dire dans des tissus privés de vaisseaux, a peut-être lieu de surprendre au premier abord ; je serais pour ma part très-embarrassé d'en fournir une explication quelconque, et je ne tenterai pas de le faire. Je ferai remarquer toutefois que ce phénomène de disjonction n'est pas plus étonnant que le phénomène d'agglutination qui se produit lorsque les plaies des cartilages se cicatrisent. — J'ajouterai que, pour admettre la réalité d'un phénomène, il suffit de le constater, et qu'il n'est nullement besoin de le comprendre. Or, j'ai été assez heureux pour assister, sur mes diverses pièces, aux principales phases de ce travail éliminateur.

(La suite au prochain numéro.)

Études psycho-physiques sur le crétinisme.

Par le docteur B. Schnepf.

(Suite. — Voir les n°s 67, 68, 69, 73, 76.)

Comme conséquence des chapitres précédents, nous pouvons dire que le crétinisme est l'expression générique d'arrêts de développement physique joints à une imperfection des facultés psychiques.

§ 6. — *Traitement et pédagogie du crétinisme.*

Ce ne sont pas les théories des académies et des sociétés savantes qui ont appris à ces pauvres mères de la Suisse à élever leurs enfants hors des vallées humides et froides, sur les montagnes exposées à l'air régénérateur et aux rayons vivifiants du soleil, pour les soustraire d'abord aux ravages de ce fléau dégradant de l'espèce humaine qu'on appelle le crétinisme, si invétéré naguère encore dans leurs cantons, et pour favoriser ensuite le développement du corps, cette condition première de l'existence de l'être humain. C'était là la première prescription à suivre, la tendresse maternelle l'a devinée, comprise et exécutée avec son dévouement inépuisable. Les efforts, les soins mieux entendus des parents ne sont pas restés stériles. Les rapports les plus récents sur la Suisse prouvent évidemment que la proportion des crétins est moins considérable.

Dans un meeting tenu à Londres en 1847, le docteur Conolly, rappelant les maux qui désolent l'humanité et qui, depuis de longues années, ont nécessité l'établissement d'asiles où ils sont combattus plus ou moins efficacement, cite une classe de misères, la seule qui soit exclue de l'œuvre de bienfaisance générale, soit par oubli, soit parce qu'on croyait son incurabilité ; cette classe comprend tous ces malheureux déshérités par la nature, repoussés par la société et qui, réunissant les imbéciles, les crétins et les idiots, ne s'élèvent pas à moins de 30,000 dans toute l'Angleterre. Cette grande nation a entendu cet appel et aujourd'hui déjà il existe, dans le voisinage de Londres, deux asiles spéciaux dans lesquels ces malheureux sont reçus et traités.

Parmi les asiles consacrés au traitement et principalement à l'éducation des crétins, se trouve celui fondé en 1840, par le docteur Guggenbühl, dans le canton de Berne, sur le sommet de l'Abendberg. Ce n'est que sept ans plus tard, après que le roi de Wurtemberg eut lui-même visité l'asile de la Suisse, qu'il confia la création d'un établissement semblable au docteur Rösch : c'est le vieux monastère de Mariaberg qui reçut cette destination.

Depuis lors il en a été fondé un grand nombre : un dans la Prusse Rhénane, à Bendorf, près de Coblentz ; un dans le duché de Bade, près de Mühlheim, dans l'ancien cloître de Bürgelen ; un autre dans la vallée d'Aoste par l'ordre de Saint-Maurice et de Saint-Lazare ; des asiles semblables sont en voie de construction en Bavière, en Autriche, dans le Danemark et en Norwége.

La France est restée étrangère à ce grand mouvement ; les idiots, les crétins et les imbéciles sont confondus au milieu des fous et des épileptiques de Bicêtre et de la Salpêtrière, dans une situation tellement affligeante, que nous ne croyons pas pouvoir émettre, quant à présent, toute notre façon de penser à cet égard. « Elever un asile pour les enfants faibles d'esprit et de corps, dit Rösch, dans une vallée ou dans les environs d'une grande ville où l'air est épaissi par des vapeurs

de toute espèce, c'est manquer son but, quand bien même il y aurait tous les moyens thérapeutiques et pédagogiques. »

N'oublions cependant pas que Napoléon Ier, à l'époque de sa plus grande gloire, a songé aux malheureux crétins du Valais, dont il a fait faire une statistique et dont il voulait améliorer le sort.

Nous espérons que cette œuvre civilisatrice qui s'est propagée dans les autres pays, ne restera pas inachevée en France.

Dans tout asile destiné aux crétins il faut établir deux divisions: dans l'une on rangera ceux sur lesquels la médication et l'éducation n'auraient qu'une action bien limitée; cette division comprendra les crétins-idiots. Il nous paraît évident que la société n'aura pas rempli complétement son devoir envers eux en leur assurant seulement les moyens d'existence. Il y a plus à faire et elle doit le tenter; comme le dit le docteur Ruolz, l'intervention de l'État est utile dans ce cas. L'autre division comprendra les crétins et les crétineux; il s'agit ici non-seulement de viser au développement régulier et normal du corps, mais aussi de faire éclore les facultés intellectuelles et les affections de l'âme conformément à l'âge de l'individu. Ce sont les soins du médecin et du pédagogue qui sont à la fois nécessaires; les connaissances, les qualités de l'un et de l'autre doivent intervenir.

Le traitement médical ne se préoccupe pas seulement de l'administration de tels ou tels médicaments, il règle aussi et surveille surtout l'hygiène des malades. C'est surtout chez les crétins que toutes ces règles doivent être observées. Il faut les loger dans des salles bien aérées, les promener au grand air, les tenir proprement, chaudement en hiver et les garantir contre l'ardeur du soleil en été; exercer les mouvements du corps par les jeux, les courses, la gymnastique; entretenir la propreté par les bains tièdes, augmenter la tonicité; calmer l'excitabilité au moyen de bains, d'ablutions d'eau froide; régler les repas, qui doivent être composés d'aliments de digestion facile et en rapport avec l'état de chacun des malades. Les médicaments les plus variés sont administrés selon les dispositions du malade, cependant Rösch fait une grande consommation d'huile de foie de morue comme un apéritif et comme un reconstituant à la fois.

Nous croyons inutile de rappeler les tentatives de la médication homœopathique faites par Guggenbühl, parce que les faits qu'il rapporte ne prouvent rien, pas même l'opportunité, encore moins l'utilité de cette médication. Il y aurait peut-être à étudier avec plus de soins l'influence de l'effet phosphorique qu'il emploie comme excitateur du cerveau quand la torpeur est très-grande; il paraît que, par son usage, plusieurs enfants sont devenus, au moins pour un moment, plus actifs, plus éveillés et plus portés à l'étude.

En même temps que l'état physique du crétin se développe, il faut commencer l'éducation des facultés intellectuelles qui existent en germe. Une condition indispensable pour atteindre ce but c'est l'éloignement de l'enfant du sein de sa famille où d'ordinaire, ses volontés, ses caprice sont respectés à son grand préjudice et où les prescriptions du médecin ne sont pas plus exécutées que les leçons du précepteur ne sont entendues. L'époque de cette séquestration a une influence très-grande sur le résultat du traitement. Au-dessous de sept ans la curation offre le plus de chances de succès, et celles-ci augmentent d'autant plus qu'on s'approche davantage du moment où les premiers symptômes se sont montrés. C'est par la parole qu'il faut commencer; elle indiquera le degré de perfectibilité du crétin.

« L'éducation, dit Rösch, fait naturellement supposer qu'il y a quelque chose qui peut et qui doit être éduqué. » Il est très-rare que l'être soit assez dégradé pour qu'il ne reste pas en lui quelques indices de perfectibilité. La tâche du médecin-précepteur consiste plus particulièrement à découvrir ces traces et à les suivre en profitant toujours du connu et de ce qui existe déjà.

Les relations que le crétin trouve dans l'asile avec les enfants de son âge et de sa condition physique même, développent en lui le goût des rapports sociaux, des échanges, la confiance, la douceur et les sentiments affectifs; leurs jeux sont plus gais, plus animés et plus variés que dans la famille. Exercer toujours une faculté doit être le but constant des personnes qui entourent les crétins. Il ne faut jamais perdre de vue que c'est par les sens que le crétin acquiert ses notions, qu'abandonné à lui-même il tombe dans une apathie physique et psychique qui le dégrade de plus en plus.

Il nous resterait encore à insister sur les particularités relatives à la construction et à l'administration des asiles destinés à recevoir, à traiter et à éduquer les crétins; mais des détails sur cette question n'existent nulle part, et nous repoussons les hypothèses, les systèmes, en répétant avec Gœthe: « Qu'on ne cherche donc rien au-delà des phénomènes; eux seuls sont la doctrine; » Pensée que l'illustre maître de notre école médicale résume : *Omnia in observationibus!*

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66 et 71.)

6° *Action du froid et de l'humidité.*

Je rappellerai ici la distinction que j'ai essayé d'établir entre l'action du froid et le rhumatisme, laissant à chacun d'apprécier cette manière de voir. Mais, quelque opinion qu'on adopte, personne ne contestera la funeste influence du froid et de l'humidité sur la production de certaines névroses. Ces deux causes paraissent aptes à déterminer une multitude d'accidents nerveux, principalement des névralgies et des paralysies. Toutefois, elles jouent assez souvent un rôle purement occasionnel: c'est ainsi que dans l'état puerpéral un refroidissement donne lieu à des troubles nerveux qu'il serait incapable de produire dans les conditions ordinaires de la santé. Une malade entra, en 1852, dans le service de M. Sandras, pour une hémiplégie faciale brusquement survenue après l'impression d'un courant d'air. L'électricité et les autres moyens topiques restèrent impuissants tant qu'on n'eut pas modifié la chloro-anémie qui coexistait: alors quelques séances d'électrisation suffirent pour ramener les mouvements. En pareille circonstance, le froid n'a donc pas eu d'autre influence que de provoquer l'explosion d'une disposition morbide préexistante; mais les choses sont loin de se passer toujours ainsi, et l'ordre de causes dont je m'occupe engendre par lui-même de nombreuses névroses.

Les *paralysies* surtout ont été, sous ce rapport, l'objet de recherches importantes depuis quelques années. Tout le monde connaît l'article de M. Bérard aîné (1) sur l'hémiplégie faciale, où l'auteur démontre que dans la majorité des cas cette maladie succède à l'impression d'un courant d'air. Le docteur Castara, de Lunéville (2), est arrivé de son côté aux mêmes conclusions, et le professeur Graves, de Dublin (3), a fait des observations analogues en ce qui concerne la paraplégie. D'ailleurs, les exemples de ce genre abondent dans les annales de la médecine, et j'en cite quelques-uns (4); j'ajouterai, enfin,

(1) *Dict. de méd.* en 30 vol.

(2) De l'hémiplégie faciale, etc., *Journal des conn. méd.-chir.*, 3e année, p. 231.

(3) *Arch. gén. de méd.*, t. XI, 1836; mém. cit.

(4) Observ. 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85 et 86.

que tous les anciens auteurs connaissent parfaitement ces faits.

Il est à peine nécessaire de signaler les cas nombreux où les *névralgies* ne reconnaissent pas d'autre cause ; c'est là un point d'étiologie mis hors de doute, tant la pratique en fournit d'exemples. Mais certaines *entéralgies* beaucoup plus rares méritent une mention particulière : quelques individus, des femmes surtout, après s'être exposés au froid, sont saisis de violentes douleurs abdominales qui simulent celles de la péritonite et s'accompagnent de quelques-uns de ses autres symptômes. On n'a pourtant affaire qu'à une névralgie intestinale, indiquée déjà par Tinot dans ces circonstances, puis par M. Sandras (1), qui préconise en même temps un moyen de traitement dont j'ai fréquemment constaté la merveilleuse utilité; je veux parler de l'application sur le ventre de quelques ventouses sèches.

On sait que le froid, le froid humide surtout, favorise le développement du *tétanos* traumatique; il peut aussi en être la seule cause, observation déjà faite par Hippocrate et Arétée, et reproduite par des médecins plus modernes, en particulier par Bajon (2), par Cullen (3), par J. Frank (4), et enfin par tous les auteurs contemporains. Peut-être interprétera-t-on dans le même sens les deux observations 87 et 88. A côté du tétanos, je placerai la curieuse *contracture* qui fait le sujet de l'observation 89 et qui paraît avoir été causée par l'impression de l'air, le corps étant en sueur. M. Victor François a attribué également la même origine aux *convulsions idiopathiques de la face* (5).

Enfin, l'*amaurose* peut encore se développer sous l'influence du froid, au moins Wedel (6) en cite-t-il quelques cas, et J. Franck (7) admet cette étiologie.

Observations de névroses causées par le froid et l'humidité.

Observation LXXIX. — Paralysie faciale causée par l'impression d'un courant d'air et guérie par l'électricité. (Docteur Castara, de Lunéville, *Mémoire cit.*, Observ. I.)

Observation LXXX. — Paralysie faciale attribuée à un courant d'air et guérie par la strychnine. (*Expérience*, t. I, p. 554 et suiv.)

Observation LXXXI. — Paralysie d'un bras à la suite d'un refroidissement, guérie en trois semaines par la vératrine en frictions. (*Journ. des Conn. méd. chirur.*, 11e année, 2e semestre, p. 119).

Observation LXXXII. — Paralysie de l'avant-bras chez un homme exposé au froid et à l'humidité, promptement guérie par l'électricité. (Marcé, *Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 71.)

Observation LXXXIII. — Paraplégie à la suite d'une nuit passée au froid sur le pont d'un bateau. (*Gaz. méd.*; Paris, 1834, p. 424.)

Observation LXXXIV. — Paraplégie à la suite de marches forcées à travers un pays humide et couvert de neige, guérie par l'emploi des sudorifiques et de quarante bains entiers. (*Journ. des Connais. méd chirur.*, 5e année, p. 160.)

Observation LXXXV. — Paralysie des quatre membres chez un homme habituellement exposé au froid et a l'humidité. (Service de M. Nonat, *Union médicale*, 1852, p. 558.)

Observation LXXXVI. — Paraplégie à la suite d'un refroidissement, guérie par les eaux de Balarue.

Résumé. M. X...., magistrat, d'un tempérament nervoso-bilieux, d'une constitution sèche, âgé de quarante ans, fut atteint, en 1850, à la suite d'un refroidissement, d'une paraplégie subite avec engourdissement dans les membres supérieurs, faiblesse de la vessie et paresse intestinale.... Cet accident ne s'accompagna d'aucun dérangement de la santé générale et d'aucun symptôme local du côté des centres nerveux. Quinze jours après le début il venait à Balaruc, et dès la quatrième douche, le mouvement seul aboli reparaissait dans les muscles des membres inférieurs. Depuis lors, nouvelle saison à Balaruc en 1851, et aujourd'hui (août 1852) santé complète. (Observation empruntée aux notes de M. le docteur Lebret, attaché à l'établissement thermal de Balaruc.)

J'ajouterai, d'après les détails que M. Lebret a bien voulu me fournir verbalement, que le sujet de cette observation était bien portant un instant avant d'être frappé de paralysie, et s'occupait en plein air à quelques travaux de jardinage, pour lesquels il s'était mis en manches de chemise.

Observation LXXXVII. — Affection tétanique chez un homme exposé à l'humidité; rapide guérison.

Résumé. X...., âgé de quarante et un ans, carrier, habituellement bien portant, mais continuellement exposé à l'humidité froide, après avoir éprouvé, pendant quelques jours, de la faiblesse dans les membres inférieurs, avec fourmillements, crampes et sensation d'un froid très-vif, un peu de céphalalgie et de vertiges passagers, perdit subitement connaissance le 19 avril 1851, au milieu de la rue, et fut transporté à l'hôpital Beaujon.

Au moment de son entrée : perte de connaissance; le corps est dans un état de rigidité générale, la tête renversée en arrière, les jambes et les cuisses attirées dans le même sens, le tronc arc-bouté en arrière, les membres supérieurs convulsés, les mâchoires serrées l'une contre l'autre. Pas de secousses convulsives, pas de contorsions de la face, pas d'écume à la bouche; l'état du malade ne ressemble nullement à de l'épilepsie, mais rappelle au contraire très-bien l'opisthotonos ou un empoisonnement par la strychnine. Quelques moments après, X. reprend connaissance, mais la rigidité persiste et il accuse une sensation très-douloureuse de crampe dans les membres et dans le tronc. Cependant la raideur tétanique se dissipe ou du moins diminue par instants, mais pour se reproduire bientôt avec plus d'intensité. Pas de fièvre. Jamais le malade n'a éprouvé rien de semblable.

Potion gommeuse avec 60 grammes de sirop de morphine.

20 *avril.* Il n'y a plus eu de perte de connaissance, mais la rigidité, quoique moins forte, présente encore le même caractère que la veille. Pas de céphalalgie, pas de douleur spontanée ou développé par la pression le long du rachis; pas de fièvre. — Dix ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale; potion *ut suprà.*

Le 21, il restait encore un peu de rigidité qui s'est entièrement dissipée le 22, après une seconde application de ventouses scarifiées, et, le 28 avil, le malade quittait l'hôpital entièrement guéri.

Observation LXXXVIII. — Affection tétanique chez un homme après une nuit passée en état d'ivresse dans un ruisseau, par un temps froid et pluvieux. Guérison.

X..., maçon, trente-trois ans, d'apparence chétive, mais d'ordinaire bien portant, s'étant enivré le 26 novembre 1851, a été retrouvé le lendemain étendu dans un ruisseau où il avait passé la nuit: le temps était froid et pluvieux; rien n'annonçait qu'il eût été victime d'une violence quelconque. On le transporta à l'hôpital Beaujon dans l'état suivant:

Ses vêtements sont entièrement mouillés; tout le corps est froid et dans un état de rigidité générale ; par moments cette raideur disparaît un peu, mais, dès qu'on veut le toucher, les membres s'étendent, comme par l'effet d'un ressort et reprennent leur état tétanique. La tête est renversée en arrière, les mâchoires serrées l'une contre l'autre. Le malade ne répond aux questions qu'on lui adresse que par des plaintes ou quelques mots confus et dénués de sens. — Sensibilité intacte; pas d'écume à la bouche; pas de convulsions épileptiformes. Le pouls est à peine sensible.

Le malade est couché dans un lit chauffé, entouré de boules d'eau chaude et bien couvert. Potion avec 100 grammes de sirop de morphine.

Ces accidents se sont graduellement amendés, et le 1er décembre, ils avaient entièrement disparu. Le 13, le malade quitte

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 378.
(2) *Mémoire pour servir à l'histoire de Cayenne*, etc., Paris, 1777.
(3) *Loc. cit.*, t. II, p. 319.
(4) *Loc. cit.*, t. III, p. 317.
(5) *Gaz. méd.*, Paris, 1845, p. 463.
(6) *Dissertatio de amaurosi*, 1705, p. 15.
(7) *Loc. cit.*, t. III, p. 529.

l'hôpital après avoir rempli pendant quelques jours les fonctions d'infirmier.

Observation LXXXIX. — Contracture des muscles sacro-lombaire et carré des lombes (?) chez une femme qui s'était exposée au froid le corps étant en sueur. Guérison spontanée.

Résumé. X..., âgée de 18 ans, couturière, habituellement bien portante, bien constituée, passa une soirée du mois de janvier 1853 à danser dans une noce de village. Vers minuit, étant en sueur, elle se retira et gagna son domicile sans aucune précaution; elle se sentit prise de froid pendant la traversée, mais n'éprouva immédiatement rien de particulier et dormit bien jusqu'au lendemain; en se levant, elle ressentait dans le flanc droit une douleur semblable à celle d'une crampe qui la forçait à tenir le tronc un peu infléchi à droite, sans qu'elle pût se redresser volontairement. La douleur disparut au sixième jour, mais la déviation latérale de la taille ne fit qu'augmenter. D'ailleurs, aucun autre dérangement de la santé, aucun symptôme du côté de la colonne vertébrale, etc.

Le 23 juillet 1853 elle se présenta à l'hôpital Beaujon, où elle fut admise dans le service de M. Robert. Sans entrer dans les longs détails de cette observation, je dirai qu'après un examen attentif on reconnut que cette déviation latérale de la taille, assez forte pour déformer complétement le corps de la malade, était due à une contracture de la masse musculaire sacro-lombaire droite, qui présentait au toucher une rigidité considérable, et probablement aussi du carré des lombes. La dernière côte droite et la côte iliaque étaient amenées au contact, tandis qu'à gauche entre ces deux os on trouvait un large espace. — Rien de matériel ne pouvait expliquer cette contracture qui remontait au refroidissement dont j'ai parlé.

Aucun traitement ne fut appliqué, et, le 2 août, en se levant, la malade se trouva tout à coup guérie, à son grand étonnement. Elle avait éprouvé la veille une émotion assez vive; j'ajouterai que depuis deux jours elle portait, d'après le conseil de M. Bouvier, des béquilles inégales dont la plus grande, soulevant l'épaule droite, laissait le membre inférieur droit pendant et exerçant ainsi une extension continue par son propre poids. Mais en se couchant, la veille, son état n'avait subi aucune modification.

La guérison s'est maintenue et la malade a quitté l'hôpital quelques jours après.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le conseil académique de Paris a formé aujourd'hui la liste des candidats à la chaire de pathologie vacante à la Faculté de médecine de Paris.

Le conseil a adopté la liste de la Faculté, et a placé :

Au premier rang, M. N. GUILLOT,
Au second, M. MONNERET,
Au troisième, M. BEAU.

L'Académie française vient d'avoir une solennité qui ne doit pas entièrement passer inaperçue pour nous. Quoiqu'il y ait une grande distance du journalisme scientifique au journalisme politique, elle n'est pas telle cependant que dans l'une et l'autre carrière l'écrivain ne se trouve souvent dans des situations analogues, n'ait à soutenir les mêmes luttes, à rendre les mêmes services, à encourir les mêmes animadversions. Ce n'est pas seulement parce que l'Académie a honoré le journalisme en s'associant un journaliste aussi intègre qu'écrivain distingué que nous avons à nous occuper de cette solennité; c'est parce que dans son remarquable discours de réception, M. de Sacy a su exprimer avec le bonheur qui lui est habituel, la mission du journaliste consciencieux; nos lecteurs nous pardonneront sans doute de placer sous leurs yeux ce passage du discours de M. de Sacy :

« . . . . Qu'importe d'ailleurs que le nom de l'écrivain périsse, si ce qu'il y a de bon et de vrai dans sa pensée demeure et se propage? Qu'importe que l'oubli engloutisse son œuvre d'un jour, s'il peut se rendre le témoignage d'avoir été quelquefois utile à la bonne cause? Un journal n'est-il pas l'œuvre de ceux qui le lisent presque autant que de ceux qui le font, et n'est-ce pas un honneur pour l'écrivain que son nom s'efface dans le succès même de son opinion devenue l'opinion de tous? Sera-t-il pour cela privé de récompense? Lui refusera-t-on l'estime, cette modeste couronne des honnêtes gens? Ne trouvera-t-il pas, dans le sentiment seul de ses droites intentions, de quoi se consoler de bien des injustices et des mécomptes? Et l'amour des lettres, cet amour que tout écrivain digne de ce nom a dans le cœur, ne sera-t-il pas pour lui une source inépuisable de pures et de délicates jouissances, un bonheur de tous les moments?

« Pour mon compte, qu'il me soit permis de le dire : la carrière que j'ai choisie, je la choisirais encore. Bien loin de me plaindre du lot qui m'est échu dans ce siècle de lutte et de travail, je m'en félicite. Ce jour, Messieurs, met le comble à ma reconnaissance. Vous m'avez admis parmi vous, dans le sanctuaire de ces lettres que j'ai aimées et servies toute ma vie; je ne suis que trop récompensé? »

Séance annuelle de la Société de chirurgie.—Cette séance a eu lieu mercredi dernier sous la présidence de M. Huguier. M. Huguier est comme l'enfer; non pas que son éloquence ait toute la chaleur de la célèbre fournaise, mais parce que ses discours sont toujours pavés de bonnes intentions, et pour les cœurs chrétiens c'est tout ce qu'il faut. Aussi ont-ils été contents du speech de M. Huguier.

M. Marjolin est un peu moins infernal, et partant un peu plus réaliste. Il y avait un peu plus que des intentions dans l'éloge qu'il a prononcé de l'illustre professeur Roux.

A la suite de ces deux discours, la société a décerné un encouragement de 200 fr. à M. Michel, de Strasbourg, pour un mémoire sur le sujet de prix suivant : *Déterminer les meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestion, symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale.*

Le prix *Duval*, décerné à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année précédente, a été obtenu par M. Paul Denucé pour sa remarquable thèse intitulée : *Sur les luxations du coude.*

Une mention honorable a été accordée à M. Ulysse Trélat pour sa thèse : *Sur les fractures de l'extrémité inférieure du fémur.*

Ont été nommés membres du bureau pour l'année 1855-56 :

Président, M. Gosselin; *vice-président*, M. Chassaignac; *secrétaire*, M. Verneuil; *vice-secrétaire*, M. Laborie; *archiviste*, M. Giraldès; *trésorier*, M. Houël. — *Comité de publication* : MM. Gosselin, Cullerier, Chassaignac.

— Par décret de Sa Majesté le Sultan, sont nommés dans l'ordre impérial du Medjidié : *Officiers*, MM. Champouillon et Mounier, professeurs à l'École du Val-de-Grâce; *Chevalier*, M. Legouest, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchement de Paris a eu lieu samedi dernier, dans l'une des salles de l'établissement. M. Paul Dubois, qui présidait en l'absence de M. le directeur de l'assistance publique, a prononcé un discours qui a été, dit-on, vivement applaudi.

Pour toutes les variétés . H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 80. 3e ANNÉE. Mercredi 4 Juillet 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur les dangers des bains chauds, d'eau ou de vapeur, dans l'anasarque albuminurique.

Par M. MARCHAL (de Calvi).

III.

Le cas que je vais rapporter maintenant est emprunté à Willan (1). Billard a cru devoir le rattacher à la néphrite; M. Rayer le considère, avec Willan, comme un exemple de suppression d'urine par suite *de lésions abdominales indépendantes d'inflammations rénales.* J'y vois un cas de néphrite albumineuse scarlatineuse, et je donnerai mes motifs. Ici, ce seraient des bains d'eau chaude et non plus des bains de vapeur qui auraient déterminé, occasionnellement, l'encéphalopathie intercurrente et mortelle.

Un petit garçon âgé de neuf ans environ, avait eu, au commencement d'octobre 1786, une scarlatine angineuse dont il s'était rétabli par les bons soins de M. Austin. Il continua de se porter parfaitement bien pendant une semaine environ, sortit tous les jours, et s'amusa comme à l'ordinaire.

A cette époque, on observa qu'il commençait à perdre l'appétit et ses forces ; il avait aussi de légères mais fréquentes attaques de vomissement et de diarrhée. Le 23 et le 24 octobre, il paraissait beaucoup mieux ; le 25, il eut une anurie complète.

M. Austin, auquel j'avais, dans le temps, communiqué mes observations sur la nature insidieuse de ces affections chez les enfants, me pria de venir voir ce malade de grand matin, le 26 octobre. Je le trouvai bien : tête parfaitement libre, peau fraîche, pouls à 90, sans signe de fièvre, hors un léger enduit jaune-brunâtre sur la partie postérieure de la langue. Il y avait une teinte rouge morbide et une légère bouffissure des joues, mais sans douleur de tête ou d'estomac. Le ventre ne présentait nulle part de gonflement, ni de tension, et il n'était pas douloureux à la pression. Après avoir prescrit un léger laxatif, je recommandai un bain chaud comme le moyen sur lequel on pouvait le plus compter. L'enfant fut tenu dans le bain pendant vingt minutes, et en sortant, dès qu'il fut debout sur le plancher, il rendit un petit verre d'urine limpide, de couleur naturelle, qui n'indiquait aucune affection interne.

Le soir, il était vif et dispos, et ses joues ne paraissaient pas aussi bouffies. Je prescrivis un autre bain, dans l'espérance que l'effet en serait aussi marqué, ou même plus, que celui du premier. Le lendemain matin, l'enfant était à peu près dans le même état ; mais il n'avait pu rendre que quelques gouttes d'urine en sortant du bain. Je manifestai le désir qu'il y fût remis pendant trois quarts d'heure, et qu'il essayât d'uriner dans le bain, ou lorsqu'il en sortirait, étant debout et les pieds sur le plancher froid. On m'apprit, le soir, qu'on s'était conformé à mes recommandations, et qu'elles avaient eu peu de succès ; que l'enfant avait été pris dans la journée d'une sorte d'attaque dans laquelle, après un frisson subit, il était devenu très-froid et insensible ; que ses yeux étaient restés immobiles pendant quelques minutes, et qu'il était cependant bientôt revenu à lui ; quand je le vis, il se trouvait bien et content, comme le jour précédent.

Cet enfant était évidemment dans une situation très-fâcheuse, quoique les symptômes ne fussent pas aggravés depuis ma première visite. Tant de liquide excrémentitiel ne pouvait être retenu dans le sang, par suite de la suppression de la sécrétion urinaire, sans avoir les plus graves conséquences, en s'épanchant dans le cerveau, ce qui arrive si fréquemment dans des cas analogues.

On proposa une consultation, que j'acceptai très-volontiers, elle fut cependant remise au lendemain, à cause de l'heure avancée de la soirée. En attendant, je désirai qu'on essayât pour la quatrième fois un bain chaud.

Le petit malade eut assez de forces pour entrer dans le bain, qu'il prit à onze heures du soir, et en sortir sans aide; il se coucha ensuite et causa gaiement jusqu'à minuit avec les personnes qui l'entouraient. Alors, il se plaignit subitement qu'il ne voyait plus, et il expira bientôt après dans une attaque semblable à celle qu'il avait éprouvée dans le courant de la journée.

On ne permit pas l'autopsie du corps, et je ne pus, dans ce cas, confirmer ni rectifier les idées que je m'étais faites relativement à cette affection.

Je le demanderais volontiers, à M. Rayer lui-même, quelle serait sa réponse aujourd'hui si on lui proposait ce problème séméiologique : un enfant ayant eu la scarlatine et étant sorti prématurément, ayant joué à l'air libre, et s'étant probablement refroidi, a les joues légèrement bouffies, et n'urine plus. M. Rayer répondrait : Examinez bien, et vous trouverez un œdème plus ou moins étendu; essayez les urines et vous y trouverez de l'albumine. S'il n'était pas aussi affirmatif, tout au moins l'habile et savant praticien indiquerait-il ce diagnostic comme étant le plus probable. Ce n'est pas ainsi qu'il interprète le cas de Willan dans son *Traité des maladies des reins;* mais quinze ans se sont écoulés depuis la publication de cet important ouvrage, et M. Rayer a dû voir pendant cet espace de temps nombre de cas qui lui auront fait reconnaître le véritable caractère de celui-là.

On est en droit d'affirmer, d'après les faits connus, que l'enfant observé par Willan était œdémateux, et que si ce médecin avait eu, pour y regarder de plus près, les mêmes raisons que nous avons aujourd'hui, s'il avait eu les notions que nous possédons sur la néphrite albumineuse scarlatineuse, le cas qui l'a tant embarrassé et qu'il a si mal conduit, eût été pour lui des plus simples. Willan, par rapport à l'œdème dans l'albuminurie scarlatineuse, était presque aussi peu avancé, presque aussi sujet à se tromper, que le serait aujourd'hui une personne étrangère à l'étude de la médecine, et que l'était la mère de l'enfant qui fait le sujet de l'observation suivante :

La fille de notre jardinier eut la rougeole en même temps que ma petite fille. Tout alla bien pour les deux enfants en ce qui concerne l'exanthème, si ce n'est toutefois que chez ma petite fille il fut

(1) *Cases of ischuria renalis in children*, by Robert Willan *(medical facts and observations*, vol. III, London, 1792, p. 1).

précédé de violentes convulsions, pour lesquelles je lui mis de la glace sur la tête, persuadé que l'éruption en serait favorisée, d'après une loi que j'ai formulée ailleurs (1) : ce qui ne manqua pas d'arriver.

Mais, l'éruption passée, tandis que ma petite fille continua à garder la chambre, et plus tard fut conduite à l'air avec précaution, je ne pus obtenir qu'il en fût de même pour l'autre enfant.

Il faut être médecin pour savoir combien le stupide mépris des précautions recommandées pour la conservation ou le rétablissement de la santé, est commun, non-seulement parmi les gens incultes, mais encore parmi les gens éclairés. Un matin, je vis la petite fille du jardinier prenant le café à sa fenêtre par un temps froid et brumeux, et en fis des reproches à sa mère, mais en pure perte. Elle disait derrière moi que sa fille reprenait à vue d'œil et que tant de soins étaient bons pour les enfants de la ville, mais que ceux de la campagne se trouvaient mieux de s'en passer.

Finalement, un soir on vint me dire que l'enfant étouffait. J'y courus et j'eus le mot de ce prompt embonpoint qui faisait la joie et l'orgueil de la mère. C'était tout simplement un œdème de tout le corps: mais un œdème ferme et uniforme, de telle sorte que les formes étant conservées, grâce à cette uniformité, l'idée de l'*enflure* ne s'était pas présentée à la mère, et peut être ne se serait pas présentée à un médecin qui n'aurait pas eu connaissance de l'albuminurie scarlatineuse, à Willan, par exemple.

Les joues étaient vivement colorées ; la respiration était précipitée, le pouls peu fréquent, la peau fraîche. On entendait çà et là, des deux côtés de la poitrine, en arrière, un râle crépitant très-fin, profond. Le bruit était sourd à la percussion, en arrière. Il n'y avait point d'égophonie. Les urines étaient rares depuis quelques jours; la mère s'en était aperçue, mais elle l'expliquait en disant que *tout profitait* à sa fille.

J'examinai les urines, qui étaient blanchâtres. En les chauffant, elles devinrent limpides, mais aux environs de l'ébullition elles se troublèrent, et enfin elles montrèrent de l'albumine sous forme de flocons (2). La pression des flancs et des lombes, la main embrassant tout le côté d'une face à l'autre, et agissant par saccades était douloureuse.

Il y avait donc néphrite albumineuse, et par suite anasarque, infiltration séreuse du parenchyme pulmonaire, œdème pulmonaire, ou si l'on veut *pneumonie séreuse*.

On comprend bien que la réaction fasse défaut lorsque l'eau remplace le sang dans le poumon. On voit alors la dyspnée, sans fréquence du pouls, sans chaleur de la peau, sans ce vultus turgide, qui appartiennent à la pneumonie proprement dite.

J'ai toujours eu présent le cas de C..., et l'on pense bien que je ne donnai ni bain d'eau chaude pour obtenir la diurèse, ni bains de vapeur pour obtenir la transpiration. Je prescrivis l'émétique (0,05), qui procura plusieurs vomissements et une diaphorèse assez abondante, et je fis appliquer un large cataplasme tout autour du tronc, au niveau des reins; il en résulta un prompt soulagement. Je recommençai le lendemain l'administration du tartre stibié, et le surlendemain je donnai le sirop de nerprun, en continuant le cataplasme. En quatre ou cinq jours la maladie fut jugée.

Ce cas fait comprendre celui de Willan. C'est le même, sauf les circonstances accessoires et le point de départ: scarlatine dans l'un, rougeole dans l'autre. Que manque-t-il à la ressemblance entre les deux? La diarrhée et les vomissements dans le second. Mais, dans la néphrite, il y a des vomissements sympathiques, et quant à la diarrhée, on s'en rend compte facilement par l'action du froid exercée sur les intestins en même temps que sur les reins. Il a manqué aussi, fort heureusement, dans le second cas, les accidents cérébraux qui ont terminé le premier. Mais ces accidents, c'est le bain chaud qui les a produits, et l'enfant soigné par Willan est mort du traitement plus que de la maladie.

M. Rayer dit que les reins, dans le seul cas d'autopsie cité par Willan, étaient sains, et que, pour se ranger à l'opinion de Billard, qui voyait dans ces cas une néphrite, il faudrait admettre une erreur anatomique tout à fait improbable de la part du médecin anglais. Je crois, au contraire, que, du temps de Willan, cette erreur était très-facile, attendu que l'anatomie pathologique des reins était loin d'avoir été étudiée comme elle l'a été de nos jours. Un rein simplement hypérémié, sans traces de pus, comme dans le premier degré de la néphrite, ne paraît pas très-différent d'un rein à l'état sain; lorsque surtout on n'a pas un rein normal, d'un individu du même âge et de la même taille, pour point de comparaison. Encore aujourd'hui, dans ces conditions, l'erreur pourrait être commise par nombre de médecins, et elle l'a été très-certainement dans plusieurs des observations de M. Pitou-Balme.

Les cas comme celui de Willan ont servi de prétexte à ce qui a été publié depuis quelque temps sur l'urémie. On a supposé que les accidents cérébraux étaient déterminés par la rétention de l'urée dans le sang, et par sa transformation ultérieure en carbonate d'ammoniaque. Pour établir une pareille théorie, il a fallu mettre en oubli, non-seulement les données de la physiologie expérimentale, mais encore tout ce que l'on [illegible] r la rétention prolongée de l'urine dans la vessie et sur la *fièvre urineuse*.

Mais quand une idée est séduisante, elle est tenace; elle tourne tout à son avantage et fait table rase de ce qui la gêne : aberration bien commune et contre laquelle il ne faudrait pas trop se courroucer, de peur, entre autres raisons, de se frapper soi-même, attendu que peu de ceux qui écrivent, en médecine, et surtout de ceux qui ont écrit jeunes, y ont échappé.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur le cas de Willan. J'en appelle aux lecteurs attentifs, à ceux qui au besoin relisent l'exposé des faits et y réfléchissent. Ils voudront bien comparer ce cas à mes deux premières observations (car il ne suffit pas d'étudier les faits en eux-mêmes), et je me persuade que, pour la plupart, ils le considéreront comme un exemple de néphrite albumineuse scarlatineuse, dans lequel des accidents cérébraux mortels ont été déterminés par les bains chauds, ceux-ci ayant donné lieu à une congestion cérébrale doublée d'un épanchement séreux intra-crânien, d'où les attaques éclamptiformes.

IV (1).

Madame G..., âgée de vingt-quatre à vingt-cinq ans, d'une constitution un peu lymphatique, était arrivée, sans accident, à *six mois environ* d'une *première grossesse*, lorsqu'elle vint me consulter le 18 septembre 1852.

Elle se plaignait de diminution dans l'appétit, de douleurs lombaires, de fatigue et de difficulté dans la marche, et d'une *céphalalgie* sur laquelle elle n'attira pas beaucoup mon attention. Cette dame, que je voyais pour la première fois, était pâle et me paraissait un peu *bouffie*. Le pouls était large, mou, sans fréquence; la langue naturelle. Je lui conseillai une saignée du bras et des bains. Cette dame me témoigna de la répugnance pour la saignée, et n'accepta qu'une partie de ma prescription, le bain. J'insistai néanmoins, en l'engageant à ne pas différer la saignée, si les accidents qu'elle accusait persistaient.

Le lendemain 19, elle prit un bain tiède de trois quarts d'heures. Après le bain, la *céphalalgie ayant augmenté*, elle s'était mise au lit. Vers six heures du soir elle se releva, prit très-peu d'aliments, et, se sentant mal disposée, se retira de bonne heure pour se remettre au lit, où elle ne tarda pas à s'endormir.

Entre minuit et une heure, elle est prise tout à coup, au milieu du sommeil, d'une attaque épileptiforme qui effraie d'autant plus son mari que la perte de connaissance persiste après la disparition des spasmes convulsifs et de la sterteur. On m'envoie chercher; un second accès s'était manifesté avant que je pusse être rendu auprès de la malade.

Je la trouve sans connaissance, insensible aux divers excitants extérieurs; la respiration est encore légèrement stertoreuse. Je me disposais à pratiquer une saignée du bras, lorsqu'une troisième attaque survint devant moi et ne me laissa aucun doute sur la nature de la maladie.

Je tirai immédiatement 350 à 400 grammes de sang et fis appliquer

(1) *Voir*, dans la *France médicale et pharmaceutique*, n° du 1er mars 1855, une note que j'ai omis de signer.

(2) Peut-être l'urine contenait-elle un excès d'acide urique dans un état de division extrême, ce qui expliquerait la couleur blanchâtre du liquide, qui serait devenu limpide par suite de la dissolution de cet acide sous l'influence de la chaleur,

(1) Cette observation m'a été communiquée par M. le docteur Videcoq, à la suite d'une consultation dans laquelle j'avais eu occasion d'exposer mes idées sur l'albuminurie et sur l'éclampsie.

pendant vingt minutes des sinapismes sur les membres inférieurs, qui étaient légèrement *œdématiés*.

La malade s'agita faiblement sous l'action des sinapismes, sans reprendre connaissance. La main, portée sur l'abdomen, ne put constater aucun durcissement annonçant des contractions utérines. Au toucher, le col de l'utérus parut ferme, allongé, sans trace d'un commencement de travail.

J'examine immédiatement des *urines* rendues par la malade, peu d'heures avant l'invasion des accidents éclamptiques; elles *précipitaient* abondamment par l'ébullition.

Pendant une heure que je restai encore auprès de cette dame, il ne survint pas de nouvel accès, et je me retirai en prescrivant une application de sangsues derrière les oreilles, si les accidents venaient à se reproduire.

A sept heures du matin on m'apprit qu'un seul accès avait eu lieu depuis mon départ; il avait paru moins fort et on n'avait pas appliqué les sangsues. La malade était toujours plongée dans le coma, ne répondait à aucune question, mais retirait la main lorsqu'on venait à la pincer. La respiration était lente, sans bruit; le pouls large. Il n'y avait pas eu d'émission d'urine; j'en retirai par la sonde. Elle précipitait encore par la chaleur à peu près dans la même proportion. Du reste, pas encore de signes d'un travail d'avortement commencé.

Je pratiquai une nouvelle saignée et fis poser des vésicatoires aux mollets.

Une consultation eut lieu dans la journée avec le docteur Depaul, qui conseilla une application de sangsues derrière les oreilles, et conditionnellement une troisième saignée du bras. Les sangsues furent posées, mais il n'y eut pas lieu de pratiquer la saignée, les attaques ne s'étant plus reproduites. L'état comateux seul persista, et le soir je crus constater quelques signes d'un travail commençant.

Durant la nuit du 20 au 21, la malade, toujours privée de connaissance, s'agita de temps en temps, paraissant souffrir. Sur le matin cette agitation alla en augmentant; de quart d'heure en quart d'heure, la malade portait le siége d'un côté à l'autre du lit, essayant de se soulever, d'articuler quelques plaintes.

Pendant qu'on était venu me chercher, elle expulsa, vers sept heures, sans en avoir la conscience, un enfant mort d'environ six mois. Lorsque je voulus la délivrer, elle s'agita de nouveau sous l'action de ma main, et fit entendre quelques plaintes inarticulées. La cordon s'étant rompu sous le doigt, j'introduisis la main pour saisir le placenta, et la malade, sans avoir conscience de ce qu'elle faisait, ni de ce qui se passait autour d'elle, m'opposa une assez vive résistance.

La journée se passa bien, sans nouvelle attaque et sans hémorragie. La perte de connaissance se montra moins absolue, moins profonde. La malade ouvrait les yeux, lorsqu'on la remuait pour changer les linges, et bientôt les refermait.

Dans la nuit du 21 au 22, sous l'influence du besoin d'uriner, elle fit quelques mouvements et des efforts instinctifs pour sortir du lit. Elle put, avec l'aide de deux personnes, être mise sur le vase de nuit, au bas du lit. Elle ne répondait cependant pas encore aux questions et paraissait étrangère à toute autre chose qu'à la satisfaction du besoin. Ses urines ne contenaient plus que des traces d'albumine.

Peu à peu, dans la journée du 22, la connaissance revint. La malade répondait par quelques monosyllabes, prenait quelques boissons, et bientôt elle retombait dans le sommeil.

Tout alla bien jusqu'au 25, et la somnolence avait disparu, lorsque survinrent des accidents de métrite qui nécessitèrent une forte application de sangsues sur l'abdomen, me donnèrent de nouveau l'alarme pendant 5 à 6 jours, et ne cessèrent qu'après l'expulsion d'un corps charnu, du volume d'un œuf de poule qui ne pouvait être qu'une portion du délivre restée dans la matrice.

Pendant le cours de ces nouveaux accidents, il ne se manifesta rien qui rappelât les attaques d'éclampsie.

Si la malade avait été saignée suivant le conseil de M. Videcoq, elle aurait évité probablement le coup qui la menaçait, et dont la céphalalgie qu'elle éprouvait déjà, révélait l'imminence. La congestion se préparait ou plutôt elle existait faiblement; la malade, refusant de se faire saigner, prit un bain, et ce bain, quoique tiède, suffit pour l'augmenter et pour déterminer, par la stase du sang, une exsudation séreuse, d'où les accidents comato-convulsifs ou l'éclampsie proprement dite.

Si, sur l'indice fourni par la bouffissure de la face, les urines avaient été essayées dès le premier moment, l'albuminurie eût été constatée, et alors, dans la crainte des accidents cérébraux liés à cette affection, surtout chez les puerpérales, le praticien aurait insisté avec plus de force sur le moyen qui pouvait le plus efficacement détourner le danger, la saignée.

Il est si naturel de se rendre compte des accidents cérébraux par la congestion cérébrale et par l'œdème ou par l'épanchement séreux intra-crâniens, que je ne puis comprendre qu'on ait imaginé cette vaine théorie de l'intoxication urineuse dont j'ai déjà parlé. Est-il vrai que, dans l'albuminurie, le sang laisse filtrer sa sérosité partout où il afflue? Dès lors, s'il afflue au cerveau, pourquoi ne ferait-il pas là ce qu'il fait ailleurs? Et s'il le fait, la circonstance anatomique qui en résulte, l'infiltration ou l'épanchement séreux, sera-t-elle indifférente, ou, au contraire, ne donnera-t-elle pas la raison claire et précise des accidents cérébraux?... Voilà des questions que tout le monde peut résoudre sans grande réflexion.

Chez cette petite fille, qui fut affectée d'œdème pulmonaire par suite d'albuminurie rubéolique (voir ci-dessus) fera-t-on intervenir l'urémie? On n'y songerait pas. Pourquoi donc alors y recourir pour expliquer l'encéphalopathie? L'infiltration séro-pulmonaire se marque par la dyspnée; l'infiltration séro-méningienne par le coma et les convulsions; l'expression symptomatique diffère suivant l'organe affecté, mais la circonstance anatomique déterminante ne change pas : c'est toujours la congestion sanguine suivie fatalement d'une exsudation séreuse. Si, chez la petite fille dont il s'agit, le sang avait été porté à la tête comme il envahit le poumon, il y aurait eu des convulsions au lieu de dyspnée, et il n'y aurait pas eu plus d'urémie dans un cas qu'il n'y en a eu dans l'autre.

Les cris et les efforts rendent compte de la congestion cérébrale, quand l'éclampsie survient pendant l'accouchement. Il faut chercher une autre explication pour l'éclampsie de la grossesse. Ici point de cris, point d'efforts. Mais, dans la grossesse avancée, la tumeur utéro-fœtale, par la compression qu'elle exerce sur les vaisseaux et par la gêne de la circulation qui en résulte dans la moitié inférieure du corps, entretient une certaine pléthore dans la moitié supérieure et favorise par conséquent la production de la congestion cérébrale. Aussi, combien de femmes grosses se plaignent d'étourdissements! Assurément, l'état chloro-anémique propre à la grossesse y est pour quelque chose, et il m'est arrivé de faire cesser ces étourdissements et les palpitations en donnant le fer, d'après les indications de M. Cazeaux; mais on s'inscrirait contre un fait physique aussi simple qu'évident, si l'on prétendait nier la tendance mécanique à l'afflux du sang au cerveau dans les derniers mois de la gestation.

Ce n'est pas à dire, d'ailleurs, que l'on puisse expliquer tous les cas d'éclampsie pendant la grossesse. En médecine, et dans quelque science que ce soit, on ne peut pas tout expliquer; on est même trop heureux de pouvoir donner la raison de quelques phénomènes. Malheureusement l'esprit humain a une fâcheuse tendance entre beaucoup d'autres, c'est de rejeter une théorie plausible dès qu'elle ne peut convenir à tous les cas auxquels il lui semble qu'elle devrait s'appliquer : c'est ainsi qu'il lutte, avance et recule sous le joug de l'*absolu*, auquel il se plie volontairement, sans se douter qu'il n'a pas de plus grand ennemi que ce maître tyrannique.

(*La fin prochainement*).

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Santa-Casa, da Misericordia à Rio-Janeiro,

Par M. Ant. da Costa.

Lors de la lecture faite à l'Académie de médecine par M. A. da Costa, nous ne fîmes qu'en mentionner le sujet, promettant de revenir sur les faits les plus intéressants de cette communication qui comprend le résumé de seize années de pratique à Rio-Janeiro. Nous allons aujourd'hui passer en revue succinctement les plus intéressants de ces faits. L'auteur les range en plusieurs catégories. En premier lieu viennent ceux relatifs à l'hydrocèle.

Nous n'avons rien trouvé de particulier à noter dans ce chapitre, si ce n'est la substitution, à notre sens heureuse, qu'a faite l'auteur, de la teinture d'iode à une solution de sulfate de cuivre qu'on employait avant lui à Rio-Janeiro.

Le second chapitre, consacré aux rétrécissements urétraux, renferme quelques considérations sur la cause de ces affections et sur la fréquence et la gravité des maladies syphilitiques dans le Brésil. L'auteur rapporte deux observations intéressantes de rétrécissements dont l'un, avec destruction d'une grande partie de la paroi inférieure de l'urètre, était compliqué de trois petits calculs vésicaux, que M. da Costa a très-habilement extraits, à l'aide de la pince de M. Civiale, par le conduit urétral.

A propos des affections urétrales M. da Costa fait connaître quelques modifications qu'il a apportées aux instruments destinés à agir sur cette région. Nous allons les faire connaître en rapportant la description de l'auteur lui-même.

Algalie bouchée. — « Le désagrément que nous avons longtemps éprouvé, dit-il, lorsque nous avons pratiqué le cathétérisme forcé, de voir notre algalie bouchée soit par le sang coagulé dans son intérieur, soit que ce même sang en tamponnât les yeux, et nous voir ainsi obligé de faire des injections pour la déboucher, soit même quelquefois de la retirer pour la réintroduire ensuite avec les mêmes difficultés, nous ont suggéré l'idée de confectionner une algalie qui arriverait fermée dans la vessie pour s'y ouvrir ensuite. Cette algalie, que nous



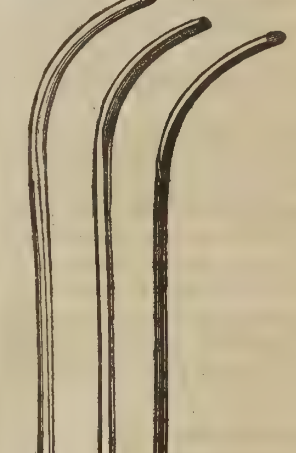
avons nommée *alganie bouchée*, est parcourue par une tige dont le tiers inférieur est divisé en deux autres tiges au bout desquelles se trouvent deux petites pièces en argent qui ont la conformation des trous de l'algalie auxquels elles s'adaptent parfaitement bien. L'intérieur de la tige simple est percé entièrement, et par son intérieur glisse un fil de fer terminé en haut par un bouton vissé, tandis qu'à l'extrémité inférieure se trouve soudée une pièce en argent en forme de coin qui sert à être tirée en dehors et écarter les deux autres tiges auxquelles se trouvent adaptés les tampons des trous, et ainsi les ajuster fortement aux mêmes trous, les bouchant hermétiquement. Cette algalie qui, ainsi fermée, forme une sonde massive, parcourt tout le canal de l'urètre sans avoir les inconvéniens dont nous avons parlé plus haut. Pour faire fonctionner l'algalie, une fois introduite dans la vessie, on n'a qu'à pousser le petit bouton de la tige à laquelle est adapté le coin qui, repoussé en bas, cesse d'opérer l'écartement des tampons, lesquels s'abattent et ne ferment plus les yeux de l'algalie par lesquels l'urine s'écoule parfaitement bien, lorsqu'on a retiré tout ce petit appareil contenu dans l'algalie. — Cet instrument nous a toujours été fort utile lorsque nous avons pratiqué le cathétérisme forcé.



Sonde-pince. — « L'instrument que nous avons appelé *sonde-pince*, et qui est composé d'un mécanisme emprunté à celui de la curette articulée, est un instrument que nous avons employé avec beaucoup d'avantage pour l'extraction des corps étrangers de l'urètre lorsqu'ils ne sont pas trop engagés.

« Cet instrument, auquel nous avons donné tantôt la forme droite, tantôt la forme courbe, a la forme d'une sonde ordinaire dont l'extrémité inférieure se partage en deux portions ou moitiés, lesquelles sont articulées au corps de l'instrument, ayant chacune un demi-pouce de longueur, s'ouvrant et se fermant à volonté par le même mécanisme qui fait agir la petite curette de la sonde de ce nom. L'intérieur de ces deux moitiés est creux dans toute sa longueur, ce qui fait que les corps étrangers, une fois engagés dans l'instrument, se trouvent enchâssés dans ce creux et peuvent être retirés du canal sans l'offenser aucunement.

« Nous ne nous sommes jamais servi de cet instrument pour les cas qui nécessitent le broiement des corps engagés, mais seulement pour ceux où l'extraction n'exigeait pas ce secours puissant. »



Sonde électrique. — L'auteur ayant éprouvé des difficultés pour appliquer l'électricité aux paralysies de la vessie, a imaginé, pour rendre cette application plus facile, une sonde qu'il décrit ainsi :

« Cette sonde, confectionnée à l'instar du brise-pierre de M. Heurteloup, se compose d'une branche mâle en cuivre et d'une branche femelle en zinc. Celle-ci est en forme de demi-gouttière, qui permet à l'autre de glisser dans son intérieur. L'extrémité de la portion courbe est terminée par un bout pareil à celui de toutes les sondes; l'autre extrémité se termine par une petite coupole à vis qui maintient unies et fixes les deux branches.

« Quand on veut se servir de cette sonde, on n'a qu'à dégaîner les branches et à introduire dans la gouttière de la branche femelle une petite bandelette de linge trempée dans de l'eau acidulée; on fait glisser alors la branche mâle; on visse le tout avec la petite coupole, et l'on a ainsi une petite pile qui fonctionne parfaitement bien.

« Le chirurgien met un gant en soie, enduit la sonde de salive, et l'introduit dans le canal, où il la laisse le temps voulu. S'il doit la laisser très-longtemps, il sera nécessaire de la retirer de temps à autre pour la charger de nouveau.

« Nous avons employé ce petit appareil dans cinq cas de paralysie du col : nous avons obtenu trois guérisons et deux améliorations. »

Dans le troisième chapitre, l'auteur s'occupe du cancer du sein. Ce qu'il y a de tout à fait remarquable dans ce chapitre,

c'est que sur vingt-cinq cas d'opération, six récidives seulement ont été observées, quoique les dix-neuf malades guéries aient déjà été opérées depuis douze ans en moyenne. Il est à regretter que le diagnostic de chaque cas ne soit pas décrit avec tous les détails qui deviennent aujourd'hui nécessaires après les progrès dus au microscope et la grande discussion de l'Académie. — On remarque aussi dans ce chapitre deux observations de cancer du sein chez l'homme, et, chose à noter, l'un des malades était un mulâtre et l'autre un nègre.

Le quatrième chapitre, intitulé : *Coup d'œil sur la lithotritie*, est consacré à l'exposé statistique de quelques opérations de lithotritie, cette belle invention qui, d'après M. da Costa, n'a été importée au Brésil que depuis 1838, par lui et M. le docteur Peixoto.

Dans le chapitre cinq, M. de Costa mentionne dix opérations de taille, dont six ont été suivies de la mort, proportion qui semble elle-même moins défavorable que celle que la tradition semblait avoir établie au Brésil. Il n'est donc pas permis de comparer cette opération à la lithotritie.

Nous ne ferons que mentionner le chapitre six dans lequel l'auteur s'occupe des hernies, et nous constaterons seulement que l'auteur annonce douze opérations de débridement (deux ombilicales, neuf inguinales et une crurale), dont neuf ont été suivies de la guérison et trois de la mort. C'est assurément une fort belle proportion.

Nous glisserons également sur le chapitre sept consacré à la résection des os, et dans lequel l'auteur donne de grandes preuves d'habileté chirurgicale, et nous arriverons au chapitre huitième, où l'auteur s'occupe spécialement du cancer de l'utérus, et rapporte, outre deux cas d'amputations du col, une observation d'ablation complète de cet organe.

Cette observation semble d'abord faire exception aux faits analogues consignés dans la science, en ce que la malade, après quelques accidents assez graves de péritonite, se remit cependant après six semaines et put retourner chez elle, à une assez grande distance de Rio. Néanmoins elle fut bientôt atteinte d'une *tumeur* dans la fosse iliaque, laquelle probablement n'était autre qu'un abcès du bassin, et qui entraîna la mort six mois après l'opération. L'auteur, qui n'a pu voir la malade durant la maladie qui l'a emportée, se demande si celle-ci doit être considérée comme une suite de l'opération. Quant à nous, en comparant ce fait avec ceux que la science possède déjà, la réponse affirmative ne nous semble guère douteuse.

En résumé, le travail clinique de M. A. da Costa prouve que la chirurgie, qui était encore fort arriérée au Brésil il y a quinze ans, est aujourd'hui, grâce aux efforts de cet habile disciple de l'école Française, et à ceux d'un de ses confrères, M. Peixoto, entrée dans une voie de rapides progrès. Il y a à espérer que si la marche que MM. da Costa et Peixoto ont imprimée à la science peut être continuée, l'école de Rio pourra bientôt se suffire à elle-même, et après avoir organisé un enseignement solide, concourir avec le reste des nations civilisées au progrès de la science.

Sur la nécrose des cartilages articulaires.

Par M. P. Broca, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(*Suite.*)

Mais il est temps de citer mes observations. Je commencerai par celle qui est relative à une nécrose de toute l'épaisseur du cartilage.

Observation II. Cette observation a été faite sur le coude d'un vieillard qui avait plusieurs articulations atteintes d'arthrite sèche. La jointure du coude présentait elle-même les lésions de l'arthrite sèche au début, c'est-à-dire une vive injection de la synovale, des franges à bords d'un rouge vif, et quelques brides saillantes moins foncées. Les cartilages étaient un peu épaissis, mais n'étaient pas encore dépolis et n'offraient en aucun point l'apparence *velvétique*. Quoique l'arthrite sèche, comme on voit, fût peu avancée, il y avait sur le condyle huméral une nécrose assez étendue; j'en extrais la description du *Bulletin* de la Société anatomique (1) :

« Le cartilage de la petite tête humérale dans sa partie centrale présente un cavité, pour ainsi dire, creusée à l'emporte-pièce. Ses bords assez irréguliers, sont taillés à pic. Son fond, en certains points, est constitué par le tissus de l'os, ailleurs par les restes du cartilage.

« Cette cavité, large environ de 6 mill., est très-exactement remplie par un séquestre cartilagineux qui reproduit fidèlement, mais en sens inverse, les sinuosités de ses bords et les anfractuosités de son fond. La surface articulaire du séquestre est parfaitement lisse, et est exactement placé sur le même plan que celle du cartilage environnant. »

J'ajoute à cette description un détail que le secrétaire de la Société a passé sous silence, mais que j'ai retrouvé dans mes notes et vérifié tout récemment sur la pièce. C'est que l'épaisseur du cartilage, au niveau et autour du séquestre, est accrue, puisqu'elle s'élève à près de 4 millim.

L'examen microscopique a montré des altérations de structure auss bien dans le séquestre que dans le cartilage environnant.

Dans le séquestre, la gangue, ou substance fondamentale, renferme des tissus fibreux et beaucoup de granulations moléculaires. On y voit d'énormes cavités presque sphériques ayant jusqu'à 0mm,07 et renfermant de quatre à douze noyaux.

Autour du séquestre, dans les points qui ont été le siége du travail d'élimination, l'altération des structures est bien moins prononcée. Les cavités cartilagineuses sont élargies, mais elles n'ont guère plus de 0mm, 04 de long. Elles renfermaient de deux à six noyaux. La gangue ne contient pas de tissus fibreux, mais on y aperçoit des matières grasses qui se présentent sous formes de gouttelettes.

Tout cela indique qu'avant la mortification, il y a eu une altération dans la nutrition et dans la texture de la partie aujourd'hui nécrosée, et qu'un travail éliminateur s'est établi autour de l'escarre.

La pièce est conservée à l'état frais dans le musée Dupuytren. M. Morel Lavallée l'a fait lithographier et l'a reproduite dans sa thèse d'agrégation. C'est par erreur que cet auteur l'a confondue avec une autre pièce, dont la description trouvera sa place dans l'observation VII (2).

Le séquestre occupait dans ce cas toute l'épaisseur du cartilage et reposait, par conséquent, sur l'os. Çà et là néanmoins, quelques parcelles cartilagineuses étaient restées adhérentes au tissu osseux, et se retrouvaient sous le séquestre. La séparation paraît avoir été plus complète dans un cas cité par M. Deville (3).

Observation III (Deville). « J'ai vu une fois, dans un cas d'arthrite sèche, un fragment de cartilage diarthrodial large comme une pièce de 1 franc, et complétement détaché. La surface articulaire présentait une perte de substance dont les bords étaient forts nets, et dont les dimensions en tous sens étaient exactement égales à celles du corps étranger cartilagineux. »

Si tous les exemples de nécrose des cartilages étaient semblables aux deux précédents, on pourrait être tenté, suivant l'hypothèse ancienne, de les attribuer à des fractures. L'étude microscopique, il est vrai, suffirait pour établir l'existence d'un travail morbide antérieur à la séparation des séquestres; mais cet argument n'a de valeur que pour ceux qui ont confiance dans le microscope. Pour convaincre les autres, je m'empresse de citer d'autres observateurs, où on verra que le travail éliminateur a été pris sur le fait et constaté *à l'œil nu*.

Un singulier hasard m'a permis de présenter *le même jour*, à la société anatomique, les deux pièces suivantes (4) :

Observation IV. « Sur la première pièce, on aperçoit au centre du scaphoïde du tarse, du côté de la concavité de cet os, une tache *jaunâtre* à peu près losangique, large de 4 millimètres et parfaitement lisse. Cette tache est entourée par une ligne d'une couleur plus sombre, en dehors de laquelle on retrouve l'aspect normal du cartilage.

« Une coupe antéro-postérieure du scaphoïde, pratiquée en ce point, montre que cette tache n'est autre chose que la surface lisse d'une portion de cartilage frappée de mort. La mortification n'occupe, à par-

---

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 186.

(2) Morel Lavallée. *Des corps étrangers articulaires*, thèse de concours, Paris 1853, in-4° p. 9, et pl. IV, fig 2.

(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 109.

(4) *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 185.

tir de la surface libre, *que la moitié de l'épaisseur du cartilage; la face profonde du séquestre est entièrement détachée; mais le séquestre tient encore par ses bords au cartilage adjacent.*

« Cette pièce provient du pied droit d'un homme d'environ cinquante ans. Plusieurs articulations sont atteintes d'arthrite sèche, mais on ne trouve pas de traces de cette affection dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. »

Observation V. « La *seconde pièce* est encore un scaphoïde du pied droit, provenant d'une femme âgée de quarante ans. Toutes ses articulations sont exemptes d'arthrite sèche. Sur cette pièce, la nécrose occupe exactement la même situation que sur la pièce précédente. Seulement elle est un peu moins étendue. Elle se manifeste encore par la présence d'une tache jaunâtre ; les deux pièces seraient presque identiques sans la différence suivante :

« Sur la première pièce, la surface du séquestre est rigoureusement sur le même niveau que la surface du cartilage adjacent; et la ligne un peu sombre qui établit la démarcation n'est ni saillante, ni déprimée. Ici cette ligne est un peu déprimée, de sorte que le séquestre examiné par sa surface libre est entouré d'une petite rainure. Un examen attentif montre que cette rainure n'est pas le résultat d'une érosion qui aurait commencé par la surface ; elle est le résultat de l'affaissement des couches superficielles, par suite de la disparition des couches profondes subjacentes.

« Du reste, ici encore, le séquestre est complétement détaché par sa face profonde, et la ligne de démarcation s'est établie en plein cartilage. De plus, le travail d'élimination a déjà commencé à s'effectuer, de la profondeur vers la surface, sur les bords du séquestre cartilagineux ; celui-ci ne tient plus aux parties voisines que par ses couches les plus superficielles, et il paraît certain que la séparation serait devenue complète si le malade eût vécu plus longtemps. »

Ces deux pièces sont déposées dans le musée Dupuytren.

Depuis l'époque où ces deux observations ont été publiées, j'ai eu l'occasion, par une coïncidence étrange, de rencontrer une troisième fois une lésion semblable dont le siége était exactement le même, au centre du scaphoïde droit d'un homme adulte.

Observation VI. — Le samedi 10 avril 1852, en faisant répéter sur le cadavre, à l'École pratique, les manœuvres opératoires, j'aperçus au centre de la concavité du scaphoïde droit d'un sujet adulte une tache jaunâtre, ayant la forme d'une losange à bords émoussés, longue de 4 mill. et un peu moins de large. Le cartilage environnant était parfaitement sain ; il n'y avait ni dans cette articulation, ni dans les autres, aucune trace d'arthrite sèche. La tache jaunâtre parfaitement lisse, ne formait ni saillies ni dépression. Je pratiquai, avec une scie fine, une coupe passant par le milieu de cette tache. Je reconnus ainsi que la coloration jaunâtre pénétrait jusqu'à une profondeur de 1 mill. et demi où elle s'arrêtait brusquement. Me rappelant aussi les deux cas qui font le sujet des deux observations précédentes, je cherchai avec le plus grand soin s'il n'y avait pas quelque commencement de séparation entre la portion malade du cartilage et les parties environnantes. Ce fut en vain. La continuité était parfaite de toutes parts.

Je présentai le jour même la pièce à la Société de biologie. Les préoccupations d'un concours ne me permirent pas de rédiger la note que me demanda le secrétaire de cette société ; voilà pourquoi cette observation est restée inédite jusqu'à ce jour.

Si cette observation était isolée, rien ne permettrait de la rattacher à la nécrose des cartilages. Toutefois, en la rapprochant des observations IV et V, on est conduit à la considérer comme un exemple de nécrose au premier degré. La mortification était déjà effectuée, mais le travail éliminateur n'était pas encore commencé. Dans l'observation IV nous trouvons ce travail à son début; il s'effectue dans l'épaisseur même du cartilage, à partir de la face profonde du séquestre. Dans l'observation V, ce travail est déjà plus avancé : de la face profonde, il s'étend aux bords du séquestre; seule, la couche la plus superficielle a résisté; elle ne forme plus qu'une membrane mince, flexible, transparente, constituée par la couche la plus superficielle du cartilage, dernier moyen d'union entre les séquestres et les parties vivantes. N'est-il pas très-probable que cette membrane, à son tour, aurait fini par se détruire, et que le sequestre serait devenu plus tard complétement libre ? C'est ce qui eut lieu du moins dans l'observation VII.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66 et 71, 79.)

7° *Intoxications diverses.*

A. Plomb. Il serait oiseux de chercher à démontrer l'influence d'une pareille cause sur la production de certaines maladies nerveuses. Connue des auteurs les plus anciens, elle a été l'objet de nombreux travaux de la part des contemporains et surtout minutieusement étudiée par M. Tanquerel-Desplanches (1), dont les recherches me dispenseront de tout détail bibliographique. Je me bornerai à rappeler que M. Tanquerel-Desplanches, résumant l'état de la médecine sur ce sujet, a signalé parmi les conséquences de l'intoxication saturnine les névroses suivantes : la *paralysie* et ses nombreuses variétés; l'*amaurose;* l'encéphalopathie avec *délire* tranquille ou furieux; l'encéphalopathie *comateuse ;* les *convulsions partielles;* les *convulsions générales* non épileptiques; l'*épilepsie* et la *catalepsie.*

B. *Mercure.* Les effets du mercure sur le système nerveux, moins communément observés que ceux du plomb, ne sont pas moins évidents. On connaît surtout le *tremblement* qu'il détermine chez les individus exposés à ses vapeurs et qui a été particulièrement signalé et décrit par Ramazzini (2), Mérat (3), MM. Martin de Guérard (4), Patissier (5), Colson (6), etc. Mais on ignore généralement que d'autres formes de névroses ont été quelquefois la conséquence de cette intoxication. M. F. Hoffmann (7) considère le mercure comme une cause de *paralysie;* Forestus(8) en cite un exemple chez un doreur, et M. Burnett (9) paraît avoir observé plusieurs cas analogues sur les marins du vaisseau le *Triomphe.* Doœus (10), Hoffmann (11), Landré-Beauvais au dire d'Esquirol (12), qui reproduit son opinion, et M. Delasiauve (13) parlent d'une *épilepsie* produite par l'intoxication mercurielle. On sait aussi que le tremblement s'accompagne parfois de certains *troubles des facultés intellectuelles ;* mais cet état peut se manifester isolément, au moins d'après Esquirol (14).

On trouve un exemple d'*idiotisme* produit par la même cause dans un rapport médico-légal de MM. Chevallier, Roger (de l'Orne) et Ollivier (d'Angers), inséré dans les *Annales d'hygiène* (15). Enfin, un fait relaté dans les *Archives de médecine* (16) tendrait à placer la *chorée* au nombre des effets de l'intoxication mercurielle chronique, si l'on ne savait que le tremblement hydrargyrique peut être confondu avec la danse de St-Guy.

C. *Arsenic.* Les effets consécutifs de l'empoisonnement par l'arsenic ont beaucoup moins attiré l'attention que ceux du

(1) Traité des maladies de plomb, Paris, 1839.

(2) Maladies des artisans, traduction de Fourcroy, Paris 1777.

(3) Mémoire sur le tremblement auquel sont sujettes les personnes qui emploient le mercure, Paris, 1804.

(4) Thèse de Paris, 1818.

(5) Maladies des artisans, Paris, 1822.

(6) Archiv. génér. de méd., 1827, tIII. , p. 338.

(7) Loc. cit. p. 197.

(8) T. II, p. 196.

(9) *Arch. gén. de méd.*, 1824, t. IV : note sur les effets du mercure sur l'équipage du vaisseau *le Triomphe.*

(10) *Encyclop. med.*, lib. I, p. 1277.

(11) *Loc. cit.*

(12) *Traité des maladies mentales*, t. I, p. 295.

(13) *Traité de l'épilepsie*, p. 225.

(14) *Ouv. cit.*, t. II, p. 144 et 235.

(15) 1841, t. XXV, p. 392.

(16) 1831, t. II, p. 560.

mercure et du plomb. Cependant quelques indications fournies par les auteurs et un certain nombre d'observations permettent d'affirmer que l'intoxication arsenicale a été parfois suivie de *paralysie* des excentricités supérieures ou de *paraplégie* de longue durée (1). Or, si l'arsenic, comme le plomb, est apte à déterminer des affections paralytiques, on peut comprendre que, comme lui, il soit également apte à déterminer d'autres formes de névroses; et si, par hasard, on rencontrait une épilepsie, une chorée, etc..., survenue à la suite d'un empoisonnement de ce genre, je crois qu'il serait prudent de tenir compte de cette circonstance en posant le pronostic ou en instituant le traitement.

D. *Alcool.* L'abus des boissons alcooliques figure au nombre des causes de maladies nerveuses dans presque tous les auteurs anciens et modernes. Outre la *manie* et le *tremblement* si communément admis, l'intoxication alcoolique produit de véritables *épilepsies* observées par la plupart des médecins qui se sont occupés de ce sujet, entr'autres par Tissot, Maisonneuve, MM. Léveillé, Herpin et Delasiauve. Toutefois, il ne faut pas oublier que chez les ivrognes, les effets de l'alcool se combinent avec ceux d'une hygiène très-mauvaise et, fort souvent, de la misère. Il est donc nécessaire d'avoir égard aux indications complexes qui peuvent surgir de ces circonstances fort ordinaires.

E. Je mentionnerai, en passant, l'influence des émanations du *tabac* sur le système nerveux très-vaguement indiquée par quelques auteurs et qui paraît avoir occasionné quelquefois des affections paralytiques (2).

F. *Intoxication paludéenne.* Lorsque l'on observe une affection à type intermittent périodique, on est toujours porté à soupçonner l'action des miasmes marécageux. Or, sans vouloir entrer ici dans une discussion intempestive, je ferai remarquer que, selon toutes probabilités, la périodicité est un mode de manifestation pathologique propre à l'organisme et indépendant de toute cause spécifique. Des névroses périodiques peuvent donc se développer sous l'influence de circonstances étiologiques très-variables, et quoique le plus souvent le sulfate de quinine soit tout puissant contre ces accès, dans des cas assez nombreux il échoue devant la spécificité de certaines causes (3). C'est ainsi, pour en citer un exemple, que des névralgies périodiques, liées à l'existence de la chlorose, résistent parfois avec tenacité à ce moyen, tant que l'affection principale n'a pas été modifiée. J'ai vu, il y a peu de temps, une prosopalgie périodique chez un homme de cinquante ans, présentant les symptômes d'un embarras gastro-intestinal, persister malgré de fortes doses de quinine et céder à un émétocathartique. D'autre part, nous verrons plus loin que M. Sandras a signalé des névralgies périodiques dans des circonstances identiques, et j'ai déjà cité, p. 121, d'après MM. Pidoux et Trousseau, deux cas de névralgies également périodiques dues à l'infection syphilitique et guéries par un traitement mercuriel. Il est donc bien urgent de se pénétrer de cette pensée, et on ne pourrait, à mon avis, sans faire preuve d'ignorance, attribuer à l'intoxication paludéenne tous les accidents à type périodique.

Il existe pourtant des affections nerveuses bien évidemment développées sous l'influence de cette cause. Je ne parle pas seulement de ces phénomènes nerveux qui impriment aux accès fébriles à la fois une haute gravité et un caractère syptomatique particulier, comme on l'observe dans les fièvres pernicieuses délirantes, soporeuses, cataleptiques, épileptiques, tétaniques, hydrophobique, etc., j'ai surtout en vue ces accident non fébriles auxquels on a donné le nom de *fièvres larvées* qui, parfois, sont de simples transformations des accès fébriles, mais qui, fort souvent aussi, se développent d'emblée avec leurs formes propres au milieu de circonstances capables de déterminer les fièvres paludéennes ordinaires. Or, ces névroses peuvent présenter les symptômes de l'épilepsie, de la chorée, de l'amaurose, des névralgies, de la paralysie, de la catalepsie même; formes qui ont été signalées par un grand nombre d'auteurs.

Observations de névroses, suites d'intoxications diverses.

Observation XC. — Paralysie saturnine; nombreux exemples (Tanquerel des Pranches, ouv. cité, t. II).

Observations XCI, XCII. — Deux cas d'amaurose saturnine (Tanquerel des Planches, t. II, obs. IX, p. 243; obs. X, p. 246).

Observations XCIII, XCIV, XCV, XCVI, XCVII. — Délire saturnin (Tanquerel des Planches, t. II, p. 371, 376, 378, 380, 382, etc.).

Observation XCVIII. — Convulsions partielles (Tanquerel des Planches, t. II, p. 406, obs. XII).

Observations XCIX, C. — Convulsions générales non épileptiques (Tanquerel des Planches, t. II, p. 409, 415; obs. XIII et XVI).

Observations CI, CII, CIII, CIV, CV, CVI. — Epilepsie saturnine (Tanquerel des Planches, t. II, p. 418, 428, 421, 434, 443, 449).

Observation CVII. — Catalepsie saturnine (Tanquerel des Planches, t. II, p. 471, obs. XXIX).

Observation CVIII. — Paralysie occasionnée par l'intoxication mercurielle chez un doreur (Forestas, t. II, p. 196).

Observation CIX. — Divers cas de tremblement produit par le mercure (Ramazzini, *loc. cit.* p. 42; Mérat, *loc. cit.*; Patissier, *loc. cit.*).

Observation CX. — Divers cas de tremblement produit par un traitement mercuriel (Colson, *loc. cit.*).

Observation CXI. — Un cas de manie et un cas d'idiotisme attribués à la vapeur du mercure (Chevallier, Roger (de l'Orne) et Ollivier (d'Angers), rapport cité).

Observation CXII. — Un cas de chorée (?) produite par le mercure, guérie par les eaux d'Evaux (*Arch. génér. de méd.* 1831, t. II, p. 560).

Observation CXIII. — Un cas de paralysie arsenicale (*Nova Acta curiosorum naturæ*, t. III, p. 532).

Observation CXIV. — Paralysie générale du mouvement et du sentiment déterminée par l'arséniate de potasse (professeur Berndt (de Londres), observation citée dans la thèse de M. Tailhé, Paris, 1850.

Observation CXV. — Paralysie des membres supérieurs déterminée par l'arsenic (docteur Falconer, *Mem. of London med. societ.*, t. II, p. 224).

(1) Sauvages, t. VIII, p. 300, désigne sous le nom de *rachialgiques* diverses paralysies, entre autres celle qui succède à l'empoisonnement par l'arsenic. — Dehaërs, *Ratio medendi*, t. III, p. 113. — Murray d'Aberdeem, *Edimbourg med. and surg. journal*, t. XVIII, p. 167. — Falconer, mém. sur la paralysie; *Mem. of London med. societ.*, t. II, p. 224. — Docteur Lachaise, *Annales d'hygiène publique*, t. XVII, p. 336. — Christison, *Traité des poisons*, 1845, p. 314. — M. Aran a présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris un cas de paraplégie due à la même cause et guérie par le seul usage des bains sulfureux. — Procès d'Hélène Jegado, Rennes, novembre et décembre 1851. — Tailhé, *Thèse de Paris*, 1850, de la Paralysie des avant-bras, saturnine, arsenicale, etc.

(2) Tailhé, thèse citée.

(3) Ce sont probablement des faits de ce genre qui ont donné lieu à la distinction des fièvres larvées en fièvres à quinquina et fièvres rebelles au quinquina.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 3 juillet 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Compte rendu de diverses maladies, qui ont été observées en 1854, dans l'arrondissement d'Yvetot (Seine-Inférieure). (Comm. des épidémies.)

Eaux minérales. — Série de rapports sur les eaux minérales de Provins, par M. le docteur Chevalier, de Plan-de-Phazy (Hautes-Alpes); par M. Brunet, de Guillestre; de Propiac (Drôme), par M. le docteur Loubiez; de Bourboule (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Chous-y; du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Bertrand; de Foucaude (Hérault). par M. le docteur Bertin; de Nérac (Ardèche), par M. le docteur Vialla; de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur Cissevelle; de Bagnols et de Chaldesse (Lozère); de Rennes lès-Bains (Aude), par M. le docteur Cazaintre; d'Uriage (Isère), par M. le docteur Bernard; de Bagnoles (Orne), par M. le docteur Lebreton; de Néris (Allier), par M. le docteur de Laurès; d'Alvard (Isère), par M. le docteur Niep-

des eaux minérales du département des Landes; de Vals (Ardèche), par M. le docteur Ruelle ; d'Euzel et Sain-Jean-de-Cyrargues (Gard), par M. le docteur Perrin; de la Motte (Isère), par M. le docteur Buissard; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur Finaz; de Castéra (Gers), par M. le docteur Maté; de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), par M. le docteur Fuget-du-Puget; de Silvanès et Camarès (Aveyron), par M. le docteur Calvet; sur les bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Affre, pendant l'exercice de 1854. (Comm. des eaux minérales.)

Remèdes secrets. — Diverses recettes de ces remèdes. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Vaccine.—États de vaccination pratiqué dans les départements de l'Oise, de l'Ardèche, de la Haute-Loire, de Vaucluse, de Tarn, pendant l'année 1854. (Comm. de la vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Pellagre. — Mémoire de M. le docteur Billaud, sur une endémie de pellage observée dans l'asile des aliénés de Maine-et-Loire. (Commiss. MM. Ferrus, Baillarger et Gibert.)

Choléra. — Mémoire sur le choléra, par M. le docteur Orange, médecin à Saint-Eugène près Alger. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.

Fièvre typhoïde. — Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1854, dans la commune de Chapelle-d'Huin. par M. le docteur Pône, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Pontarlier. (Comm. des épidémies.)

Fièvre intermittentes. — Quatre observations de MM. les docteurs Duhalde et Halma-Grand, relatives à l'administration du ferrocyanure de sodium et de salycine, comme succédané du sulfate de quinine, (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Eaux minérales. — Communication de M. le docteur Despine, sur le captage des eaux minérales d'Aix en Savoie. (Comm. des eaux minérales.)

Hydrocèle.—Lettre sur la cure radicale de l'hydrocède, par l'introduction d'une bougie élastique dans la tunique vaginale, par M. le docteur Guillon. (Comm. déjà nommée.)

Vaccine. — M. Bousquet lit un rapport sur les vaccinations pratiquées dans les départements. Le rapporteur passe en revue les divers moyens prophylactiques successivement employés contre la variole. L'inoculation, dont Bordeu prenait la défense en 1764, et qui rencontra tant de détracteurs; la vaccine, dont les bienfaits ont été de nos jours révoqués en doute; la revaccination; l'inoculation d'un mélange du pus varioleux avec quelques gouttes de lait. Il cite quelques exemples d'inoculation pratiquée par ce dernier procédé, où des varioles confluentes ont été produites, qui ont mis la vie des petits malades en danger. Ainsi l'inoculation est bien plus dangereuse que la vaccine et cependant ses propriétés préservatrices ne sont pas plus étendues. Puis le rapporteur rappelle les procédés mis en usage par les Arabes, qui incisaient les pustules et qu'Ambroise Paré imita, le traitement par la saignée de Chirac, qui croyait ainsi rendre au sang sa liberté; la méthode abortive, depuis l'emplâtre abortif de Zimmermann jusqu'aux moyens préconisés de nos jours par M. Bretonneau, M. Velpeau et M. Serres. Il parle enfin des divers modes de terminaison de la variole et de la mort par asphyxie, et termine en proposant la distribution d'une série de récompenses qui devront être discutées dans une séance secrète (adopté).

PRÉSENTATIONS.

M. le docteur Guillon présente à l'Académie un enfant de 5 ans affecté d'épispadias. Cet enfant, qui lui a été adressé par M. Thomas (de Tours), lui semble posséder un urètre au-dessous de l'épispadias; M. Guillon ayant pu introduire une bougie à boule qui lui a paru aller jusqu'à la portion membraneuse de l'urètre. Le col de la vessie existe d'ailleurs, puisque le petit malade peut garder ses urines la nuit et pendant un assez long temps. Une opération pourrait donc être pratiquée par une perforation qui rétablirait le canal.

M. Larrey rappelle à l'Académie qu'il a présenté naguère un cas semblable où l'épispadias existait sans complication aucune, et tous ses collègues furent d'avis pour le dissuader de l'opération. M. Marchal (de Calvi) présenta, vers la même époque, un sujet bien plus intéressant encore : il s'agissait d'un adulte; eh bien, dans ce cas aussi son savant collègue hésita également à tenter une opération.

M. Barth fait d'abord observer que, dans l'épispadias, il y a réunion des corps caverneux de la verge à leur partie inférieure seulement, qu'ainsi la paroi supérieure de l'urètre manque complètement et que celui-ci, au lieu d'être un canal est, de la sorte, transformé en gouttière; que si l'on renverse les termes de ce vice de conformation on a l'hypospadias; puis, répondant à l'assertion de M. Guillon qui croit qu'un canal de l'urètre existe ici, M. Barth ajoute que, dans un très-bel exemple observé par lui chez un jeune homme de vingt ans, aucun canal n'existait et qu'à sa place se voyait une simple gouttière.

M. Velpeau dépose sur le bureau une note de M. le docteur Belleli, médecin sanitaire à Trébisonde, sur la relation qui semble exister entre les accès de certaines fièvres intermittentes des Indes et du Levant, et les phases lunaires. Ainsi la fièvre est-elle mensuelle, chaque accès se reproduira le jour de la nouvelle lune; existe-t-il quatre accès par mois, le premier se manifestera le jour de la nouvelle lune, le second au premier quartier, le troisième à la pleine lune et le quatrieme au dernier quartier.

— M. le docteur Roux, membre correspondant de l'Académie assiste à la séance.

LECTURE DE RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit une série de rapports sur des formules de remèdes secrets, dont aucun ne lui semble devoir être pris en considération, ni réclamer l'application de la loi sur ces remèdes.

Les conclusions sont adoptées.

Eaux minérales. — M. Boulley lit un rapport sur plusieurs demandes adressées au Ministre des travaux publics, à l'effet d'exploiter des *fabriques d'eaux minérales* à Lyon. Le rapporteur termine par les conclusions suivantes : 1° que les fabricants soient soumis à l'inspection, ainsi que le veut l'ordonnance du 18 juin 1823, conformément à l'article 31 de la loi du 11 avril 1803 (22 germinal, an XI); c'est-à-dire par l'institution qui dorénavant représentera les jurys médicaux; 2° que les établissements en question ne pouront employer pour les vaisseaux destinés à l'incorporation du gaz le cuivre ou le plomb, à moins que leur surface intérieure ne soit revêtue d'une feuille d'étain de 2 à 3 millim. d'épaisseur.

M. Desportes désirerait qu'au lieu de demander à M. le Ministre l'autorisation d'exploiter des eaux minérales factices, lesquelles ne sont après tout que de l'eau mélangée a un peu d'acide, M. le rapporteur sollicitât une répartition plus intelligente des eaux minérales naturelles, bien plus utiles, et que l'on pourrait ainsi obtenir à des prix très-peu élevés.

M. Boulley répond que le médecin est le seul juge des cas où il doit prescrire des eaux minérales naturelles ou faétices; qu'après tout celles-ci sont agréables, et que leur fabrication est entourée de toutes les garanties possibles, puisqu'elle s'opère sous la direction de pharmaciens responsables et sous le contrôle de l'École secondaire de Médecine de Lyon.

Aucun autre membre ne demandant la parole, les conclusions son adoptées.

M. Moreau fait observer que tous les épispadias qu'il a pu voir étaient compliqués d'extrophie complète ou incomplète de la vessie et d'absence de réunion de la symphyse pubienne; et qu'il ne lui paraît pas démontré qu'il n'en soit pas ainsi chez l'enfant en ce moment sous les yeux de ses collègues. Comme M. Barth, il a toujours vu dans l'épispadias la parois supérieure de l'urètre manquer. Une opération lui semble donc inutile et compromettante.

M. Jobert (de Lamballe) cite à ce propos l'opération qu'il pratiqua sous les yeux de M. Jules Cloquet et de plusieurs autres chirurgiens; il détacha la peau de chaque côté de la région du pénil, en rabattit les lambeaux sur le gland et les fixa à la verge ainsi complétée. La guérison fut complète. Une opération de ce genre lui semble donc ici praticable.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— L'Académie a eu hier une séance de repos et de récréation : récréation avec M. Robinet, qui est venu faire une charmante exhibition de ses éternellement spirituels rapports sur les remèdes secrets. Plusieurs fois le mordant rapporteur a excité dans l'auditoire un franc rire, tempéré néanmoins par cette triste révélation que dix médecins au moins avaient donné des certificats à des charrons, des sergents-majors, et autres grands et intelligents inventeurs de spécifiques uniques.

Pour toutes les variétés : H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 81. 3e ANNÉE. Vendredi 6 Juillet 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Sur la nécrose des cartilages articulaires.

Par M. P. BROCA, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(*Fin*).

Observation VII. — Un homme âgé d'environ quarante ans, atteint d'une tumeur blanche fort avancée du genou droit, succomba à une double pneumonie avec pleurésie à droite, et formation d'un grand nombre d'abcès autour de l'articulation de l'épaule. Son corps fut porté à l'école pratique, et j'en fis l'ouverture le 23 octobre 1849. Je ne parlerai ici que de la lésion trouvée sur l'extrémité inférieure de l'humérus droit. J'extrais ce qui suit de l'observation très-détaillée que je recueillis alors.

Articulation du coude droit : « Les surfaces articulaires du cubitus et du radius sont saines, ainsi que la synoviale. La presque totalité de la surface humérale est saine aussi; mais sur la partie la plus déclive et un peu interne du condyle existe une lésion fort singulière, dont je ne connais encore aucun exemple. Une cavité dont les bords sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, et qui occupe presque toute l'épaisseur du cartilage, existe en ce point. Elle a la forme de quadrilatère à contours arrondis, sa largeur est de 3 ou 4 millimètres, sa profondeur de 2 millimètres. Elle est exactement remplie par un morceau de cartilage à faces parfaitement lisses et libres de toute espèce d'adhérences; on peut l'enlever avec la pince, et pour le replacer, il est nécessaire de le présenter dans la même direction. Ce fragment de cartilage est d'un beau blanc ; il est beaucoup plus opaque que le cartilage environnant. »

Je dirai tout à l'heure quels furent les résultats de l'examen microscopique. Je puis annoncer dès maintenant que le séquestre s'écartait beaucoup de la structure du cartilage normal, et qu'une couche fibro-cartilagineuse existait au fond de sa cavité.

Je remis la pièce à M. le conservateur du musée Dupuytren pour être placée dans le musée sous le nom de *nécrose des cartilages*.

Les observations 4e à 7e forment une série complète, et nous montrent tous les degrés, depuis la période qui précède l'élimination jusqu'à la séparation totale. Dans les quatre cas, il s'agit d'une mortification qui a atteint seulement une partie de l'épaisseur du cartilage. Dans les quatre cas, les limites de cette mortification sont nettement tranchées et parfaitement régulières. Dans les quatre cas enfin, l'articulation, abstraction faite de la nécrose, est complètement saine, et exempte en particulier des lésions de l'arthrite sèche. On peut dire par conséquent que la nécrose est idiopathique.

Le travail éliminateur, si bien constaté dans les deux cas intermédiaires, a débuté par la profondeur du séquestre, et s'est graduellement étendu de la profondeur vers la surface.

Ce phénomène m'avait paru assez singulier au premier abord; mais, en y réfléchissant, il s'accorde assez bien avec ce que nous savons de la nutrition des cartilages. Privés de vaisseaux propres, les cartilages vivent par imbibition, aux dépens des vaisseaux de l'os subjacent. Leurs couches les plus profondes doivent par conséquent jouir d'une nutrition plus active que les autres, et les phénomènes vitaux doivent s'y accomplir avec une plus grande rapidité, quoique toujours avec une lenteur très-grande. Sans avoir la prétention de dire en quoi consiste le travail éliminateur, il est permis de croire qu'il a quelque connexion avec le mouvement nutritif, et on concevrait ainsi pourquoi ce travail débute par la partie du séquestre la plus rapprochée de l'os.

Quoi qu'il en soit de cette explication, à laquelle je n'attache qu'une très-médiocre importance, l'existence d'un travail d'élimination en plein cartilage est parfaitement démontrée par une étude faite à l'œil nu. L'examen microscopique, que j'ai fait avec soin dans tous les cas, est venu confirmer cette appréciation.

Constamment, en effet (1), j'ai trouvé dans l'épaisseur même du séquestre, un état fibreux de la gangue du cartilage, avec ampliation des cavités et multiplication des noyaux. Cette ampliation toutefois était beaucoup moins considérable que dans l'observation 2e; mais on n'a pas oublié que, dans ce dernier cas, il s'agissait d'une articulation atteinte d'arthrite sèche, et nous savons aujourd'hui que cette maladie détermine l'agrandissement des cavités cartilagineuses. Il est bon de rappeler que les séquestres, dans tous les cas, étaient plus opaques que le cartilage environnant.

Autour du séquestre, dans le fond et sur les bords de la cavité, le cartilage était beaucoup moins altéré. Néanmoins, on y trouvait constamment une gangue plus ou moins fibreuse, et cet état s'étendait en s'atténuant jusqu'à 2 ou 3 millimètres des limites de la cavité.

Ainsi, dans les variétés de nécrose des cartilages que j'ai décrites jusqu'ici, il y a successivement : 1° altération de texture de la partie qui est destinée à être frappée de mort; 2° mortification de cette partie ; 3° élimination graduelle, commençant par la profondeur et finissant par détacher complètement le séquestre.

Je dois m'occuper maintenant d'une troisième variété de nécrose, de celle qui frappe les couches profondes du cartilage en respectant les couches superficielles et qui donne lieu par conséquent à la formation de *séquestres invaginés*. Je n'ai recueilli qu'une seule observation de ce genre, et je dois dire que l'articulation correspondante était le siége d'une arthrite sèche très-avancée.

(1) *Constamment*, ce mot n'est pas tout à fait exact. J'ai le regret de dire que des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêché d'examiner au microscope la pièce qui fait le sujet de l'observation 7e. Cette pièce oubliée sur une table se dessécha rapidement. C'est la seule qui n'ait pas été déposée dans le musée.

Observation VIII (1). — J'ai présenté à la Société anatomique et déposé dans le musée la pièce qui fait le sujet de cette observation. « C'est la tête de l'humérus d'une femme âgée environ de soixante-dix ans. L'articulation est le siége d'une arthrite sèche très-avancée. La synoviale présente des fongosités et des franges ; le tissu osseux est très-raréfié ; il existe même, au centre de la tête humérale, une sorte de cavité médullaire, grosse comme une cerise et pleine d'un suc huileux.

« Le cartilage qui recouvre le milieu de la tête humérale, examiné à l'œil nu, paraît normal ; mais sur la coupe on voit qu'il est épaissi, et le microscope y démontre des cavités agrandies, ayant jusqu'à 0 mm 08, et contenant jusqu'à dix ou douze noyaux.

« Dans le voisinage du trochiter, à 3 millim. environ du cartilage, existent deux petits séquestres cartilagineux complètement libres, et remplissant assez exactement les cavités qui les renferment.

« L'un de ces séquestres est superficiel et a à peu près le volume d'une lentille. Il est irrégulièrement quadrilatère et sa surface est située au même niveau que celle du cartilage environnant.

« L'autre séquestre (*séquestre invaginé*), long de 1 cent., large de 1 mill., occupe le fond d'une rigole étroite et profonde, qui va en s'élargissant à mesure qu'elle se rapproche de la face adhérente du cartilage. On aperçoit, dans le fond de cette rigole, le séquestre qu'on fait mouvoir aisément avec la pointe d'une épingle, mais qu'on ne peut retirer complètement, parce qu'il est plus large, dans quelques-unes de ses parties que l'ouverture de la rigole.

« La situation de ce dernier séquestre, qui est littéralement invaginé et comparable au séquestre central des os longs, ne permet pas d'attribuer la séparation de ce fragment de cartilage à une contusion de l'articulation. De toute nécessité, il faut qu'il y ait eu là un travail d'élimination.

« L'examen microscopique a mis ce fait hors de doute en démontrant des lésions de structure dans le tissu des parties nécrosées. En faisant saillir à l'extérieur, à l'aide d'une aiguille, une partie du séquestre invaginé, j'ai pu en exciser un petit fragment que j'ai placé sous le microscope. J'y ai trouvé : 1° de grandes cavités longues de 0mm, 12, large de 0,08, les unes pleines de graisse ou de matière grenue, les autres renfermant encore quelques noyaux informes : cette altération aurait, à la rigueur, pu se produire après l'élimination du séquestre ; 2° des touffes de tissu fibreux, très-irrégulièrement disposés. C'est la preuve la plus incontestable que le cartilage était malade depuis longtemps lorsqu'il a été mortifié.

« Je n'ai pu étudier le cartilage encore vivant qui entoure le séquestre invaginé. Désirant avant tout conserver la pièce, j'ai dû me contenter d'examiner le cartilage autour du séquestre libre. J'y ai trouvé : 1° des cavités agrandies contenant jusqu'à dix et quinze noyaux ; 2° dans la gangue, un peu de tissu fibreux et beaucoup de matière grenue. Enfin, le fond de la perte de substance qui résulte de l'élimination de ce séquestre est constitué par une couche épaisse de 1 mill. et formé de tissu fibreux sans mélange. »

Cet exemple, quoique unique jusqu'ici, suffit parfaitement pour établir l'existence des cartilages cartilagineux invaginés. Je n'ai pu saisir, pour cette variété de séquestre, comme pour la précédente, les diverses phases du travail d'élimination ; mais la réalité d'un pareil travail ne peut être mise en doute. Il est bien clair, en effet, que la séparation du séquestre a été spontanée, et qu'aucune violence, aucune action mécanique, n'étaient capables de la produire.

Il n'est guère prudent de raisonner avec un seul fait. Je ne puis toutefois m'empêcher de faire une remarque. C'est que le siége de ce séquestre invaginé a présenté quelque chose de spécial, tandis que, dans tous les autres cas, la nécrose a porté sur le centre d'une surface articulaire, sur un point habituellement soumis à des pressions énergiques ; ici, au contraire, elle est située sur les bords du cartilage de l'humérus, dans le voisinage du trochiter, dans un point qui n'est exposé qu'à des pressions rares et légères.

Il est remarquable que les séquestres non invaginés se soient montrés deux fois sur le centre de la petite tête humérale, et trois fois sur le centre de la cavité scaphoïde. Or, ce sont précisément ces points qui subissent les chocs les plus violents dans les chutes sur la main ou sur la pointe du pied. Peut-être la similitude des lésions, au point de vue de leur siége, s'expliquerait-elle jusqu'à un certain point par la similitude de leurs causes. Je ne suis pas éloigné de croire qu'un choc violent puisse être le point de départ du trouble de nutrition qui se termine par la mort locale du cartilage. Cela expliquerait encore pourquoi ces mortifications ont tant de tendance à respecter la couche de cartilage la plus voisine de l'os. Il est clair, en effet, que les effets de la pression s'atténuent par suite de l'élasticité du cartilage. Dans cette hypothèse, on comprendrait encore pourquoi, dans quatre cas sur cinq, les nécroses en question ont eu lieu dans des articulations exemptes d'arthrite sèche ; mais ce n'est là, je le répète, qu'une hypothèse, et je ne veux pas y insister davantage.

En laissant de côté les cas, sans doute exceptionnels, de séquestres invaginés, la nécrose des cartilages a pour résultat de séparer complètement un fragment, qui dès lors peut devenir flottant dans l'articulation. Dans les observations que j'ai recueillies, les séquestres, bien qu'entièrement détachés, étaient restés dans leurs cavité, mais il est très-probable qu'il n'en est pas toujours ainsi. On peut donc admettre une variété de corps étrangers articulaires, constitués par des séquestres cartilagineux. Il n'en est pas moins vrai que la plupart de ces corps étrangers, quelle qu'en soit la structure, reconnaissent des causes entièrement différentes, et proviennent de la membrane synoviale, suivant le mécanisme si bien décrit par Laënnec et par M. Deville (1).

Il resterait une question fort importante à résoudre. Que deviennent, après la séparation des séquestres, les pertes de substances qu'ils ont laissées ? Que deviennent les séquestres eux-mêmes ? Je ne me hasarderai pas à résoudre ces deux questions ; les faits me manquent pour cela, et je crains même qu'il ne soit très-difficile d'en recueillir de démonstratifs.

(*Verein Dentscher Ærzte*)

Du traitement du cancer par le caustique de M. Landolfi.

Le *Moniteur des hôpitaux* a été le premier à faire connaître en France tout ce qu'on disait de merveilleux à l'étranger touchant le traitement du cancer, par M. Landolfi. Il a fait connaître le premier aussi l'arrivée à Paris de ce praticien et l'insigne faveur qui lui avait été accordée d'expérimenter son procédé dans les hôpitaux. Mais le *Moniteur* n'a pas été le premier à faire connaître les résultats obtenus par les tentatives faites sous les yeux de la commission, et en cela, le *Moniteur* n'a pas cessé d'être conséquent avec lui-même. En fait de résultats thérapeutiques, et surtout de résultats thérapeutiques concernant une maladie à marche aussi lente que le cancer, le temps est le premier élément d'appréciation ; sans lui, pas de conclusion définitive possible.

Dans le cas actuel, la réserve était d'autant plus commandée qu'une commission d'hommes parfaitement compétents était chargée de faire connaître à l'administration et au public médical le résultat de ses observations. Le travail de la commission ne paraît pas sur le point d'être achevé encore ; mais les faits qu'il nous a déjà été donné de constater en suivant le service où se font les expériences, nous met à même, si nous ne nous trompons, de communiquer aux lecteurs du *Moniteur* quelques faits et quelques remarques qui répondront en partie aux justes désirs des praticiens.

La méthode de M. Landolfi, avons-nous dit, a eu un grand retentissement ; tous les lecteurs du *Moniteur* le savent ; elle a ranimé bien des espérances. Les nombreuses et malheureuses victimes de la maladie cancéreuse, celles surtout qui avaient

(1) *Bull. de la Soc.*, 1851, p. 165.

(1) Laënnec, article Cartilages accidentels du *Dictionnaire des sciences médicales*, t. IX, p. 127. — Deville, *Bulletin de la Société anatomique*, 1850, t. XXV, p. 69. Voy. encore même volume, p. 443 et 240.

déjà subi infructueusement une ou plusieurs opérations ont accueilli avec empressement l'annonce d'un nouveau traitement qui pouvait être pour elles une planche de salut. Bien des médecins de province, pressés par l'impatience de leurs malades, ont manifesté le désir d'obtenir des renseignements sur une découverte qui serait si précieuse si elle tenait toutes ses promesses. Nous ne sommes pas en mesure de répondre entièrement aux vœux de ces médecins, mais nous pouvons du moins transmettre aux lecteurs du *Moniteur* les documents que nous avons recueillis sur les expériences publiques de la Salpêtrière.

Nous pouvons affirmer, en premier lieu, que M. Landolfi ne traite point *toutes* les maladies cancéreuses, ainsi que les journaux politiques ont eu l'indiscrétion de le dire. Il n'attaque que les cancers externes, que les cancers *chirurgicaux.* Il ne fait pas fondre les cancers, il cherche à les détruire par une opération. Cette opération consiste dans l'application d'un caustique dont la composition n'a pas toujours été la même, mais qui, *aujourd'hui*, se formule de la manière suivante :

Chlorure de brôme.	3 parties.
Chlorure de zinc.	2 parties.
Chlorure d'antimoine. . . .	1 partie.

Poudre de réglisse, q. r. pour faire une pâte molle.

Ce caustique a une couleur rouge et une odeur très-pénétrante, qui sont dues au chlorure de brôme. Son action est assez profonde et s'accompagne de vives douleurs qui durent environ six à sept heures. Les escarres qu'il produit se détachent, en général, dans le courant de la seconde semaine, quelquefois beaucoup plus tard.

L'idée de faire entrer le chlorure de brôme dans la composition d'un caustique est certainement nouvelle, — et nous avons dit d'abord que les propriétés du caustique de M. Landolfi étaient dues principalement à ce composé binaire, à qui on accordait volontiers une action en quelque sorte spécifique. — Mais nous croyons savoir que le chlorure de brôme, livré à ses propres forces, ne produit qu'une cautérisation presque insignifiante, et que la production des escarres résulte purement et simplement de l'action du chlorure de zinc et du chlorure d'antimoine, caustiques énergiques et très-connus, qui ont depuis longtemps fait leurs preuves, que tout le monde a employés, et qui font la base de la pâte de Canquoin. Le caustique Landolfi n'est autre chose que cette vieille pâte de Canquoin, mêlée par parties égales au chlorure de brôme, dont le concours problématique pourrait bien être tout à fait illusoire.

Il paraît en outre que M. Landolfi administre à l'intérieur, à doses extrêmement faibles ce même chlorure de brôme; qu'il l'emploie encore en solution très-légère (8 gouttes sur un kilogramme d'eau) pour le lavage des plaies qui succèdent à la chute des escarres; qu'enfin il l'applique sur la peau comme rubéfiant, pour chercher à faire résoudre les engorgements profonds. On voit que le chlorure de brôme est une sorte de panacée, qui sert tantôt à cautériser les tissus, tantôt à modifier les plaies, tantôt à combattre la diathèse par son action spécifique, tantôt à provoquer la résolution des tumeurs par son action révulsive. Il est vraiment merveilleux que tant de propriétés diverses, et également salutaires, se trouvent réunies dans un seul médicament. Si tout cela était réel, on pourrait dire que le chlorure de brôme est le spécifique du cancer, comme le mercure de la syphilis, comme le quinquina des fièvres intermittentes.

C'est pour cela sans doute que l'administration a tenu à faire constater par une commission les effets du traitement Landolfi, car nous aimons à croire que s'il se fût agi simplement d'un mille et unième caustique, on se fût dispensé de prendre une mesure aussi exceptionnelle, et de faire perdre aux honorables commissaires un temps précieux. Une pâte qui renfermé les éléments de la pâte de Canquoin ne pourrait pas ne pas avoir la propriété de cautériser les tissus. Il ne s'agissait donc pas de savoir si M. Landolfi réussirait, comme tous ses nombreux prédécesseurs, à produire des escarres, à détruire les tumeurs, et à obtenir des cicatrisations plus ou moins promptes, mais de savoir si le chlorure de brôme, seul élément nouveau de la question, possédait des propriétés anticancéreuses spéciales.

Or, une chose qui nous a frappé, et qui nous semble de nature à rendre à peu près impossible la solution de ce problème, c'est que ce prétendu spécifique n'a jamais été employé seul, et que toujours jusqu'ici, il a été combiné au chlorure de zinc et au chlorure d'antimoine. Sur dix femmes qui depuis deux mois, ont été traitées à la Salpêtrière, il n'y en a pas encore une seule dont la plaie soit cicatrisée; la plupart d'entre elles ont eu des récidives avant la cicatrisation, et ont dû subir de nouvelles applications caustiques; plusieurs de ces malheureuses ont été ainsi cautérisées huit, dix fois, et même davantage; mais il est clair que cela doit avoir un terme, et il est probable que tôt ou tard, les plaies finissent par ce cicatriser. Cela prouvera-t-il quelque chose en faveur du *chlorure de brôme ?* Non, puisque cet agent a été associé à d'autres agents qui, lorsqu'on les emploie isolément, amènent des résultats analogues. Cela prouvera-t-il quelque chose en faveur du *caustique* Landolfi, considéré dans son ensemble? Non encore, parce qu'une foule de caustiques réussissent tout aussi bien, et mieux encore à détruire les tumeurs, et à provoquer une suppuration suivie de cicatrisation. Enfin, cela prouvera-t-il quelque chose en faveur de la *méthode* Landolfi? Pas davantage, puisque, dans le traitement des cancers externes, la difficulté n'est pas d'enlever les tumeurs et d'obtenir des cicatrices, mais bien de mettre les malades à l'abri de la récidive. Sous le rapport de la destruction ou de l'ablation des tumeurs la chirurgie n'a rien à désirer; ce n'est pas un caustique de plus qui lui rendra de nouveaux services. Ce qu'elle attend, ce qu'elle cherche, ce que jusqu'ici elle n'a pas trouvé, c'est le moyen de conjurer la terrible diathèse qui tient tous les opérés sous la menace d'un récidive plus ou moins prochaine. La méthode de M. Landolfi n'est une méthode nouvelle que si elle se propose d'empêcher ces récidives. Hors de là ce n'est pas une méthode, ce n'est plus qu'un caustique, et un caustique connu depuis longtemps.

Cela posé, le traitement de M. Landolfi s'oppose-t-il aux récidives? Bien loin de là; il semble au contraire qu'il les provoque, qu'il les active, puisque sur la plupart des malades, on a vu renaître le cancer avant même que la plaie fût cicatrisée. De nouvelles cautérisations ont fait ou feront justice de ces récidives. La suppuration se tarira; les cicatrices s'achèveront. Supposons que ce résultat soit obtenu sur toutes les malades, dira-t-on que ces malades sont guéris? C'est comme si on disait qu'un cancéreux guéri par le bistouri, est guéri le jour où sa plaie se referme. Il se croit guéri sans doute, et les ignorants le croient comme lui; mais les chirurgiens savent que ce malheureux conserve un germe fatal qui rend la récidive de son mal presque inévitable. Six mois, deux ans, cinq ans, dix ans s'écouleront, dans une santé parfaite, puis le cancer se reproduira, sans qu'il soit au pouvoir de personne de l'empêcher. Eh bien ! les malades de M. Landolfi, quand leurs plaies seront cicatrisées, seront dans des conditions exactement pareilles, à moins que le chlorure de brôme ne soit le véritable spécifique anti-cancéreux, — c'est ce qu'on ne pourra savoir qu'au bout de plusieurs années.

D'ici là on ne pourra faire que des suppositions, et celles qui se présentent à nous ne sont guère favorables. Nous avons vu trop souvent, dans le passé, les médicaments les plus divers jouir, comme aujourd'hui le chlorure de brôme, d'une certaine renommée, et faire naître des espérances qui ont disparu le jour de la récidive.

Le nombre de ces ex-spécifiques du cancer est plus considérable encore que celui des caustiques. Le chlorure de brôme sera-t-il plus heureux que ses innombrables prédécesseurs? Nous

le désirons, mais nous ne l'espérons pas. Il nous semble, en tous cas, que personne ne peut le prédire à l'avance. M. Landolfi lui-même ne se trouve guère dans les conditions requises pour avoir sur ce point capital une conviction basée sur des faits. Il se transporte de ville en ville, traite des malades dans chaque localité, les conduit jusqu'à la cicatrisation, et se rend ensuite dans un autre pays où il cautérise de nouveaux malades en perdant de vue les anciens. Que, sur le grand nombre de personnes qu'il a ainsi opérées, il y en ait quelques-unes dont la guérison soit durable, nous n'en saurions douter, attendu que l'action du caustique défigure les tissus, et ne permet pas de reconnaître après l'opération la nature exacte des tumeurs, comme cela a lieu lorsqu'on se sert du bistouri. Il a donc nécessairement dû arriver que des tumeurs non cancéreuses aient été définitivement guéries par le nouveau caustique, comme elles l'avaient été par tout autre caustique, ou mieux encore par l'instrument tranchant. Quelques faits isolés ne prouveraient donc absolument rien. Il faudrait que M. Landolfi eût recueilli l'histoire complète de tous ses malades, qu'il eût continué, après leur guérison apparente, à les tenir en observation, et qu'il eût publié une statistique composée de faits remontant déjà à plusieurs années. Il n'est pas venu à notre connaissance que le chirurgien de Naples en ait agi ainsi. Si de pareils documents eussent été entre ses mains, il n'eût certainement pas manqué de les livrer à la publicité. Il ne l'a pas fait, et nous serions fort étonné qu'il fût en mesure de démontrer, par l'expérience, l'efficacité du chlorure de brôme.

Il nous est donc impossible de répondre avec précision aux questions nombreuses que nos correspondants nous ont adressées sur la méthode de M. Landolfi. Tout ce que nous pouvons dire, d'après les renseignements qui nous sont parvenus, c'est

En résumé, sans pouvoir satisfaire complètement aux désirs des praticiens, touchant la méthode de M. Landolfi, il nous paraît permis de tirer dès à présent des expériences de la commission les conclusions suivantes :

1° M. Landolfi ne traite que les cancers réputés opérables avant lui ; il ne les traite même pas tous, attendu que certaines tumeurs, accessibles à l'instrument tranchant, ne le sont pas aux caustiques ; tels sont : les cancers des os, ceux de l'œil, ceux de l'intérieur de la bouche;

2° Le caustique de M. Landolfi renferme, outre le chlorure de brôme, les éléments de la pâte de Canquoin, et c'est à ces derniers qu'il semble devoir ses principales propriétés, le chlorure de brôme n'ayant par lui-même qu'une action locale presque insignifiante;

3° Ce caustique est l'un des plus douloureux que l'on connaisse. Il ne met à l'abri ni de la réaction fébrile, ni de l'érysipèle, ni même des hémorrhagies. Toutefois, il ne semble pas plus dangereux que les autres caustiques, attendu que la seule opérée qui ait succombé jusqu'ici à la Salpêtrière était d'avance dans des conditions générales très-défavorables;

4° Il est en général nécessaire de recourir à plusieurs applications, soit que le mal n'ait pas été entièrement détruit la première fois, soit qu'il ait récidivé dans la plaie. La guérison locale se fait attendre fort longtemps, attendu que sur dix femmes en traitement depuis deux mois, il n'y en a pas encore une seule qui soit parvenue à la cicatrisation;

5° Enfin, personne ne peut savoir si le chlorure de brôme exerce une action quelconque sur la diathèse cancéreuse. Il n'y a aucune raison théorique pour qu'il en soit ainsi; quand même il y en aurait, cela ne prouverait pas grand'chose; cette question, en tous cas, ne pourrait être résolue qu'au bout de plusieurs années, et toutes les probabilités scientifiques sont contraires aux expériences que les malades ont pu concevoir en entendant parler d'un nouveau médicament spécifique du cancer.

Nous émettons, en terminant, le vœu que la commission, plus éclairée que nous sur une question qu'elle a étudiée avec un soin scrupuleux, veuille bien se hâter de publier son rapport que la presse médicale attend avec une vive impatience. Elle doit maintenant savoir à quoi s'en tenir sur les effets locaux du procédé de M. Landolfi. Deux mois d'observation assidue on dû l'édifier amplement sur ce point. Quant à l'action spécifique que le chlorure de brôme exercerait sur la diathèse cancéreuse et sur la tendance aux récidives, la commission ne pourra l'apprécier que beaucoup plus tard ; elle pourra en faire, dans quelques années, l'objet d'un rapport complémentaire, mais d'ici là il est nécessaire que l'opinion publique soit éclairée sur la valeur d'un caustique qui préoccupe si vivement les médecins et les malades.

Dr M.

Luxation incomplète de la sixième vertèbre cervicale,

Par le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

Les luxations des membres thoraciques et abdominaux sont assez fréquentes. Au contraire, les luxations des vertèbres cervicales sont très-rares. La disposition des surfaces articulaires, les mouvements très-bornés des vertèbres, les ligaments et muscles puissants qui unissent et entourent ces articulations, sont autant de moyens qui s'opposent à leur déplacement. En général, une articulation se luxe d'autant plus facilement que ses mouvements sont plus étendus.

Quoique les luxations des vertèbres soient excessivement rares, elles existent néanmoins. Hippocrate ne les croyait pas possibles sans fracture préalable. Dupuytren avait adopté cette opinion. Aujourd'hui que des autopsies ont permis d'étudier les lésions anatomiques, la science possède des exemples bien avérés de luxations pures et sans fractures.

Ces luxations, dit notre savant maître M. le professeur Nélaton, ne sont jamais complètes. Il faudrait en effet pour cela une violence tellement forte que l'os serait broyé plutôt que chassé complétement de sa position habituelle. Le déplacement n'est donc que partiel, et le plus souvent la luxation est unilatérale, c'est-à-dire portant sur l'une des articulations qui unissent de chaque côté les apophyses articulaires obliques des vertèbres cervicales.

Le diagnostic d'une luxation, d'une vertèbre cervicale est quelquefois entouré des plus grandes difficultés. En effet, les symptômes observés pendant la vie peuvent tout aussi bien être rapportés à une fracture des vertèbres, à une commotion de la moelle ou du cerveau, et même à une simple distension des ligaments, sans déplacement des surfaces articulaires. Souvent il survient au moment de l'accident, une paralysie plus ou moins complète du sentiment et du mouvement, qui augmente la difficulté du diagnostic. Dans ce cas, la moelle est comprimée; mais ces accidents ne se déclarent pas nécessairement, cette compression n'ayant pas toujours lieu, attendu que le canal est généralement assez large, et que la moelle allongée peut toujours facilement loger dans ce canal.

Cependant, le plus ordinairement, la luxation d'une vertèbre cervicale présente des caractères bien tranchés, et qui lui sont propres. Ainsi, toutes les fois que la tête aura perdu sa rectitude naturelle, qu'il existera derrière le cou une saillie formée par une apophyse épineuse, tandis qu'en avant on constatera une déformation de la colonne cervicale, déformation reconnue par le cathétérisme pharyngien, que le malade éprouvera la sensation d'une douleur accompagnée d'un certain bruit qui paraît prendre naissance à la partie postérieure ou latérale du cou, tous ces caractères sont autant de symptômes d'une luxation des vertèbres.

Il est un autre symptôme d'une très-grande valeur qu'il m'a été donné d'observer, et qui n'a été, que je sache, signalé nulle part. Je veux parler des phénomènes qui se passent dans le muscle sterno-cleido-mastoïdien, suivant les mouvements de rotation et de flexion imprimés à la tête, et que l'observation suivante fera connaître.

Laureau (Edmond), âgé de dix ans, se livrait avec des camarades de son âge à ce jeu qui consiste à se poursuivre tête baissée pour renverser un adversaire. Dans ce mouvement, il y a flexion et inclinaison latérale de la tête. Au lieu de se jeter de côté pour éviter un coup de tête, un de ces lutteurs de nouveau genre attend Edmond Laureau, lui saisit la tête entre les mains en lui faisant exécuter un violent mouvement de rotation de gauche à droite, et d'avant en arrière. La luxation vertébrale se produisit d'autant plus facilement que la tête de l'enfant se trouvait dans ce moment fléchie et inclinée latéralement à droite. Il était important de remonter à l'étiologie et d'expliquer, pour le bien comprendre, le mécanisme de cette luxation.

Immédiatement, trois phénomènes se produisent : c'est d'abord une douleur très-vive qui part du niveau de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale, et qui se dirige vers l'apophyse mastoïde gauche.

Cette douleur, produite au moment de l'accident, est accompagnée d'un certain bruit, d'un véritable craquement, que le malade renouvelle toutes les fois qu'il veut faire exécuter à la tête des mouvements incomplets soit de flexion, soit de rotation.

Enfin, la tête reste inclinée à droite, le cou présentant de ce côté une concavité remarquable, tandis que les muscles latéraux du côté gauche sont tendus. Il est impossible de faire reprendre à la tête sa position naturelle.

Appelé vers dix heures du soir, trois heures après l'accident, j'appliquai simplement sur la région du cou des compresses trempées dans une solution astringente, dans le but de faire disparaître un gonflement, qui accompagnait cette lésion. On ne sera pas étonné du retard que j'apportais à la réduction de cette luxation, quand on réfléchira aux dangers qui entourent ces sortes de réductions, et au désir que j'avais de partager avec mon père la responsabilité d'une opération en apparence si simple.

Le lendemain, je constatai une inclinaison latérale de la tête. C'est là, en effet, le symptôme qui frappe tout d'abord. Du côté droit, on remarque une concavité remarquable ; du côté gauche, au contraire, les muscles latéraux du cou se trouvent dans une extension forcée, et donnent à cette région une direction convexe. Toutes les fois que je veux faire exécuter certains mouvements à la tête, je perçois un craquement parfaitement entendu par le malade. De plus, une douleur assez vive accompagne ces mouvements, qui ne parviennent pas à redresser complétement la tête. Puis, je remarquai deux saillies en promenant l'index sur la partie postérieure du cou. Ces deux saillies étaient formées dans ce cas, par les apophyses épineuses des sixième et septième vertèbres cervicales.

Du côté gauche, il y a un abaissement sensible de l'épaule.

Cependant, il se passe des phénomènes assez importants du côté du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien.

Ce muscle, comme on le sait, est bifide inférieurement. Il s'insère en bas au moyen de deux faisceaux bien distincts, nommés : l'interne, portion sternale, et l'externe, portion claviculaire.

A l'état normal, ces portions tendineuses, surtout la sternale, ne font saillie que chez les personnes maigres, et dans certains mouvements de la tête. Or, voici ce que l'on observe en général.

Quand on incline, par exemple, la tête sur l'épaule gauche en lui faisant exécuter un léger mouvement de rotation et de flexion, mouvements propres au sterno-cleido-mastoïdien qui est à la fois rotateur et fléchisseur de la tête, la portion sternale du sterno-cleido-mastoïdien droit fait une saillie assez prononcée. Son congénère gauche se trouvant dans le relâchement, ne fera pas de saillie. Au contraire fait-on exécuter ce mouvement à la tête, et l'incline-t-on du côté droit, la portion sternale de ce muscle du côté gauche fera saillie, tandis que la portion sternale droite disparaîtra.

Dans la luxation que nous avons sous les yeux, les choses ne se passent pas de cette manière. La tête est fléchie sur l'épaule droite, la portion sternale du sterno-cleido-mastoïdien du côté gauche fait saillie, quelle que soit la position donnée à la tête. Ainsi, que l'on imprime à la tête un mouvement de flexion et de rotation, de droite à gauche, ou de gauche à droite, la saillie existe toujours, la portion sternale restant tendue comme une corde ; et cela s'explique dans ce cas, par la disposition de ce muscle qui, d'un côté, se trouve dans l'extension.

Du reste, point de paralysie du sentiment ou du mouvement.

Il n'existe pas de phénomènes généraux, point de fièvre, appétit conservé.

Il nous fut impossible, à cause de la résistance de l'enfant, d'explorer la face antérieure de la région cervicale, par le pharynx. Nous avions, du reste, un groupe suffisant de symptômes pour établir le diagnostic.

Le diagnostic d'une luxation en général étant établi, il faut se hâter de la réduire. Il n'en est plus ainsi d'une luxation des vertèbres. Le chirurgien se trouve placé dans une pénible alternative. Ces sortes de réductions sont entourées des plus graves dangers, témoin l'enfant dont parle Petit-Radel qui succomba sous ses manœuvres. Desault ayant une luxation de la région cervicale à réduire, avertit la mère du danger que courait son fils.

L'opération réussit cependant. Si d'une part la réduction de cette luxation présente du danger, il y en a quelquefois beaucoup d'autre part, à abandonner les malades dans cet état, des accidents consécutifs très-graves pouvant amener la mort.

Cependant, la réduction a été entreprise avec succès dans certains cas ; et, ce qui peut autoriser de nouvelles tentatives, ce sont ces faits de succès obtenus. Quoi qu'il en soit, ces tentatives doivent être faites avec une extrême prudence.

Je tentai avec mon père la réduction de cette luxation.

Pendant que le malade était fortement maintenu par les épaules, j'exerçai de bas en haut, de légères tractions sur le cou, en tenant la tête embrassée à deux mains.

Durant ces manœuvres, j'entendis des craquements bien distincts dans le cou.

Quand l'extension me parut suffisante, j'imprimai à la tête un mouvement de rotation et de flexion de droite à gauche.

Je répétai plusieurs fois ces manœuvres, tenant toujours la tête embrassée à deux mains et cherchant à soulever le malade.

Je ne pus parvenir à réduire la luxation ; il ne survint aucun accident. Seulement, la tête resta inclinée sur l'épaule droite.

Nous eûmes l'idée de confectionner, en carton, un col semblable à ces cols droits et raides des militaires. Il était échancré du côté gauche, et, au contraire, montant du côté droit, afin de forcer la tête à reprendre sa position normale. Ce moyen si simple réussit à merveille. Les muscles du cou du côté gauche qui se trouvaient dans une extension forcée et permanente, se relâchèrent. Le lendemain, la tête avait repris sa position habituelle. La douleur cervicale persista pendant quelque temps. Huit jours après, tous ces symptômes disparurent, et la tête exécuta ses mouvements ordinaires. Ainsi, un moyen très simple, en dissipant nos craintes, fit ce que n'avaient pu faire des tractions très-énergiques.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 71, 79 et 80.)

8° *Influence de certaines névroses sur le développement d'autres névroses.*

Il n'est pas rare de voir une névrose se compliquer d'acci-

dents nerveux d'une forme différente, qui semblent en être la conséquence. Telle est au moins l'appréciation généralement portée sur les cas de ce genre, appréciation justifiée par des faits assez nombreux. Ainsi, la démence est une suite fréquente de l'épilepsie (1); des paralysies plus ou moins durables succèdent parfois aux convulsions épileptiques (2) et très-souvent aux attaques hystériques (3); il est également possible que la chorée, l'aliénation mentale, etc., finissent par entraîner le développement de diverses névroses, et on en a cité des exemples.

Mais, j'en suis convaincu, dans l'immense majorité des cas il faut chercher une autre interprétation à ces faits. De ce qu'une affection nerveuse nouvelle se surajoute à une affection nerveuse préexistante, on ne peut toujours conclure que l'une a engendré l'autre. Les formes des névroses qui, comme j'aurai l'occasion de le dire plus loin, ont de la tendance à se déplacer mutuellement, à se transformer les unes dans les autres, sont aussi susceptibles de se combiner. Maisonneuve (4), M. Beau (5) signalent la fréquente coïncidence de l'hystérie et de l'épilepsie, bien connue aujourd'hui de tout le monde; Bouteille (6) avait également indiqué la complication de la chorée avec l'épilepsie, l'hystérie, etc.; dans la thèse de M. Favrot (7) on trouve souvent la catalepsie combinée avec l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, des accès de somnambulisme; et bien d'autres exemples dont il sera question complètent et confirment les observations de ces auteurs.

Or, dans la plupart de ces cas, il serait aussi déraisonnable de faire dépendre ces affections les unes des autres que de méconnaître le lien commun qui les rapproche. Pour moi, ces névropathies multiformes sont des expressions complexes d'une même disposition morbide qui en domine le développement et réduit à l'unité les nombreuses indications thérapeutiques qui semblent découler de la diversité des symptômes. Cette multitude de phénomènes nerveux accumulés chez les malades des observations 1, 2, 3, 6, 9, 15, par exemple, constituaient des manifestations multiples d'un état diathésique, la chlorose; une seule influence pathogénique, l'anémie, avait aussi donné naissance à l'hypochondrie et à la paralysie générale chez ce jeune homme de l'observation 20e; dans presque tous les faits rapportés par M. Lallemand, on voit de même les pertes séminales produire à la fois l'hypochondrie, la mélancolie, diverses manies, etc. Ainsi de l'action du plomb : les individus soumis aux émanations saturnines éprouvent souvent des accidents nerveux très-variés, l'épilepsie, la paralysie, l'amaurose, le délire qui peuvent coexister, comme je l'ai vu une fois chez un jeune homme de vingt ans, et comme on en trouvera des exemples dans l'ouvrage de M. Tanquerel des Planches. Je cite plus loin l'histoire d'une jeune fille cataleptique, puis épileptique et qui devint plus tard imbécile : l'expulsion d'un tænia mit fin à ces graves désordres (observ. 145e).

Dans l'observation 122, empruntée à M. Golfin, la paralysie de la langue, une pleurodynie rémittente périodique, des accès de fièvre intermittente avaient pour point de départ unique un embarras gastro-intestinal, dont la guérison amena la disparition de tous les autres symptômes. Enfin, je pourrais multiplier ces citations, car les faits analogues abondent dans les recueils de médecine; mais celles qui précèdent suffiront, je pense, pour faire saisir ma pensée et en démontrer l'exactitude.

Je crois donc pouvoir l'affirmer, les complications et les combinaisons dont je parle sont bien plus souvent des manifestations simultanées de l'influence pathogénique à laquelle se rattache l'affection nerveuse primitive, qu'un résultat de cette affection. Aussi le titre d'hystérique ou d'épileptique, si fréquemment attribué à certaines névroses, doit-il être rejeté presque toujours comme susceptible de masquer aux yeux du médecin l'indication thérapeutique principale.

(1) Presque tous les auteurs; Esquirol, *loc. cit.*, t. II, *Manie et démence;* Delasiauve, p. 145 et suiv.

(2) Sauvages, Hoffmann ; observ. *Gaz. des hôp.*, 13 novembre 1847; *Gaz. méd.* 1836, p. 792.

(3) Voir principalement le *Traité de l'hystérie* de M. Landousy.

(4) *Recherches et observations sur l'épilepsie, loc. cit.*, p. 5.

(5) *Recherches pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie; Arch. génér. de méd.*, 1836, t. II, p. 328.

(6) *Loc. cit.*

(7) *De la catalepsie*, etc. Thèse inaugurale, Paris 1844, n° 10.

9° *Névroses sympathiques.*

Il n'est pas nécessaire d'expliquer ce que j'entends par *sympathies.* Tout médecin connaît ces relations intimes qui unissent entre elles les diverses parties de l'organisme, et depuis l'origine de la science tous les esprits ont été frappés de ces manifestations pathologiques déterminées dans des organes sains par les affections d'organes souvent fort éloignés. Les sympathies ne sauraient donc être révoquées en doute; mais si elles sont démontrées jusqu'à l'évidence, lorsqu'il s'agit de maladies aiguës, il n'en est pas tout à fait ainsi en ce qui concerne les maladies chroniques. On conçoit très-bien, par exemple, les convulsions causées par les atroces douleurs d'une colique hépatique ou néphrétique, et le délire au milieu de l'angoisse qu'entraîne une pneumonie étendue ou une violente pleurésie (observ. 119e); sans comprendre absolument le mécanisme de ces phénomènes, on en a la perception confuse. Mais qu'un tænia, dont la présence n'est révélée par aucune souffrance locale, détermine la chorée ou la paralysie ; qu'une lésion de l'utérus à peine appréciable par ses symptômes ordinaires provoque l'hystérie; qu'une altération indolore des reins entraîne l'épilepsie : voilà ce que l'on comprend moins, et l'on ne doit pas s'étonner si l'évidence de ces faits n'est pas manifeste pour tous. L'observation, cependant, ne laisse subsister aucun doute à ce sujet, et les sympathies déterminées par les affections chroniques sont aussi certainement démontrées que celles provoquées par les affections les plus aiguës.

L'ordre de causes dont je m'occupe est, après la chlorose, l'anémie et l'épuisement, celui qui donne lieu aux plus nombreuses névroses, et à ce titre il doit exciter un grand intérêt que, d'ailleurs, lui ont accordé les médecins de tous les temps. Hippocrate, Galien, Celse, et tous les auteurs anciens qui rapportaient l'hystérie soit aux mouvements de l'utérus, soit à quelque maladie de cet organe, la mélancolie et l'hypochondrie aux affections des viscères abdominaux, avaient fait des observations exactes qu'ils avaient interprétées d'une manière peu en rapport avec l'idée de sympathie. Mais, chez les médecins de cette époque, que l'on peut réellement appeler la renaissance médicale, c'est-à-dire de la fin du XVIIe et de tout le XVIIIe siècle, les sympathies morbides jouent un rôle considérable dans l'histoire des affections nerveuses. Sydenham, Boerhaave, Hoffmann, Dehaën, Sauvages, Cullen, Maisonneuve, Tissot surtout, dans leurs divisions étiologiques, n'oublient jamais les névroses sympathiques, dont ils rapportent des exemples assez nombreux. Malheureusement, comme je l'ai dit ailleurs, Broussais attribua aux sympathies une importance si exagérée, que la vérité comprise dans cette pensée fut submergée sous le flot de la réaction qu'il excita bientôt. Depuis, on est revenu avec plus de discernement et moins de passion à ces idées, et les névroses sympathiques sont presque universellement admises aujourd'hui.

J'essaierai d'énumérer quelques-unes des affections capables de donner lieu à ces curieuses manifestations morbides.

I.

Affections viscérales.

A. Maladies thoraciques. Boerhaave, qui avait admis toute une classe de névroses sympathiques : « De sensorio communi per consensum affecto (1), » reconnaissait d'une manière géné-

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 421.

rale des affections nerveuses par lésions intra-thoraciques (1). Hoffmann (2), Sauvages (3), Bosquillon (4), signal et la *paralysie* des extrémités supérieures par empyème, et l'on en trouvera plus loin un exemple que j'ai recueilli (Observation 119e). Dans cette même observation un *délire* violent fut la conséquence de la pleurésie suraiguë qui emporta la malade en trois jours. Tout le monde connaît d'ailleurs la fréquence du délire dans la pneumonie qui, chez les enfants, donne même lieu à des *convulsions éclamptiques* et au *coma*. Les affections chroniques du poumon paraissent aptes comme les affections aiguës à développer des névroses sympathiques; la paralysie de l'observation 105e était peut-être sous l'influence de la tuberculisation pulmonaire, et M. Belhomme, dans un mémoire sur la *folie sympathique* (5), signale des aliénations mentales dont l'origine est dans une lésion pulmonaire; des faits analogues sont également indiqués dans le travail de MM. Bouchet et Germain (6) que j'ai déjà cité.

B. Maladies abdominales. — a. Gastro-intestinales. Les maladies du tube digestif sont peut-être de toutes celles du corps humain les plus fertiles en sympathies nerveuses. Boerhaave s'en est spécialement occupé dans une remarquable dissertation : « De actione nervorum ventriculi et primarum viarum in sensorium commune (7), » et Tissot, dans son chapitre des sympathies, en a de même reconnu toute l'importance. Il est peu de névroses qui n'aient été observées comme conséquence des divers états morbides de l'estomac ou de l'intestin.

Fr. Hoffmann (8), Boerhaave (9), Jos. Franck (10) font mention de l'*épilepsie* provoquée chez les enfants par un mauvais état de l'estomac et l'acidification du lait. Sauvages (11), Tissot (12), Cheyne (13), Maisonneuve (14), Jos. Franck (15), Esquirol (16), établissent une *épilepsie stomachique* ayant son point de départ dans quelque affection gastrique, étiologie reconnue aujourd'hui par M. Delasiauve (17). Les mêmes auteurs attribuent aussi parfois cette névrose à divers accidents du côté de l'intestin.

La *chorée* paraît avoir, dans quelques cas, une origine analogue; au moins Jos. Frank (18) l'admet à l'exemple de Breckmann, et Bouteille (19) emprunte à Stahl, sous le nom de *chorée rhumatique*, un fort bel exemple de cette affection liée de toute évidence à un embarras gastrique fébrile et guéri par l'emploi des purgatifs (Observation 121e). Certaines maladies gastro-intestinales peuvent aussi donner lieu à des *paralysies*. Hoffmann, Sauvages, Bosquillon parlent de faits de ce genre et désignent en particulier la paralysie d'un bras ou d'un pied dans le cours de dyssenteries épidémiques. Divers travaux contemporains viennent à l'appui de leurs assertions. M. Golfin (20) de Montpellier, auteur d'un travail intéressant sur les paralysies, établit que ces affections sont assez souvent sympathiques et en présente un cas survenu sous l'influence d'un embarras gastrique (1). Le docteur Kennedy (2), dans un mémoire sur les paralysies idiopathiques des enfants, fait jouer un rôle analogue aux dérangements intestinaux. L'observation 124e que j'ai recueillie dans le service de M. Sandras et les observations 122e et 123e publiées par M. Trousseau constituent trois exemples de paralysie d'un bras et d'hémiplégie attribuables à la même espèce de causes. Je rappellerai encore un mémoire du docteur Jobin Kie (3) où l'on trouve plusieurs cas de paralysie paraissant liée à une affection des intestins. Quant aux faits recueillis dans le même sens par le professeur Graves (4), de Dublin, il me paraît impossible d'accepter l'appréciation qu'il en porte, et j'ai déjà cherché à en fixer la valeur (p. 100).

A côté de ces paralysies, il faut placer la *contracture des extrémités* décrite par Dance, Delaberge, MM. Imbert, Murdoch, Tonnelé, Delpech, et, plus récemment par M. L. Corvisart (5), qui a signalé la fréquente concomitance des accidents gastro-intestinaux (6); cette coïncidence se trouve également indiquée chez les enfants par M. Constant (7), et moi-même, je l'ai plusieurs fois constatée chez l'adulte. Les observations 112e et 113e en sont des exemples.

La *mélancolie* et l'*hypochondrie* ont été souvent rattachées au même ordre de causes, et c'est avec raison. Rien n'est capable, en effet, d'influer sur le moral comme un mauvais état habituel des voies digestives. Aussi presque tous les anciens auteurs reconnaissent-ils souvent cette origine à ces maladies, et on sait que Louyer-Villermay (8), à l'imitation d'Hoffmann (9), en avait placé le siége dans les viscères abdominaux et surtout l'estomac. M. Michea fait aussi jouer un certain rôle aux affections des premières voies dans la production de l'hypochondrie. MM. Bouchet et Germain (10) parlent des rapports qui existent entre les maladies des organes digestifs et l'*aliénation;* M. Belhomme (11) qui admet une *folie gastrique* en cite trois cas, et l'observation 132e est un exemple fort remarquable de ces relations morbides entre l'estomac et les organes de l'encéphale dévolus aux phénomènes psychiques.

D'autres formes de névroses peuvent encore prendre naissance à la même source. Tout le monde connaît les *vertiges* qui accompagnent l'indigestion, les embarras gastriques, divers états dyspeptiques, la trop grande acidité du suc gastrique, la constipation, etc., et qui peuvent acquérir parfois une intensité alarmante. Sauvages (12) parle d'un *tremblement* déterminé par les saburres qui se guérit par les évacuants : l'observation 133e est un fait de ce genre. M. Sandras (13) a appelé l'attention sur des *névralgies* intermittentes ou rémittentes liées à l'existence d'un embarras gastrique et j'en rapporte un exemple (observation 134e). Enfin l'*amaurose* a été observée dans les mêmes circonstances (observation 135e), et Troska (14) a parlé d'un *tétanos* spontané succédant à l'ingestion de substances alimentaires indigestes.

En terminant ce qui a rapport à l'influence des voies digestives sur la production des névroses, je ne puis m'empêcher de signaler la concordance d'observations qui, tour à tour interprétées au gré des doctrines, n'en constituent pas moins un

(1) *Loc. cit.*, p. 421.
(2) *Loc. cit.*, p. 198, § XXIV.
(3) P. 303.
(4) *Annotations à Cullen*, t. II, p. 228. Cette paralysie est désignée sous le nom de *paralysie fébrile*.
(5) *Mémoire* lu devant la Société d'émulation de Paris; janvier 1839.
(6) Mémoire cité, *Annal. méd. psych.*, 1845, t. I, p. 181.
(7) *Loc. cit.*, t. II, p. 453.
(8) *Loc. cit.*, p. 12, § XVIII.
(9) *Loc. cit.*, t. II, p. 602.
(10) *Loc. cit.*, t. III, p. 347.
(11) *Loc. cit.*, t. IV, p. 117.
(12) T. V, p. 48.
(13) *The cyclop. of pract. med.*, t. II.
(14) *Recherches et observ. sur l'épilepsie.*
(15) *Loc. cit.*, t. III.
(16) *Dict. de méd. et chir. prat.*, article *Epilepsie.*
(17) *Loc. cit.*, p. 249 et suiv.
(18) *Loc. cit.*, t. III, p. 326.
(19) *Loc. cit.*, p. 291.
(20) *Revue médicale française et étrangère*; février, 1836.

(1) Observation 122e.
(2) *Archiv. génér. de méd.*, 1850; juillet.
(3) De la paralysie sympathique d'affection des viscères; *Gaz. méd.*, 1842, t. X. p. 295.
(4) *Archiv. génér. de méd.*, 1836, t. XI, p. 200 et suiv.
(5) Thèse; 1852.
(6) Cependant M. Corvisard, à l'exemple de M. Sée, attribue à cette affection une nature rhumatismale.
(7) *Bulletin de thérapeut.*, 1835, t. IX, p. 173.
(8) *Loc. cit.*
(9) *Loc cit.* chap. VI, p. 64.
(10) *Mém cit. Annales méd. psychol.*, 1845, t. I, p. 181 et suiv.
(11) *Mém. cit.*
(12) *Loc. cit.*
(13) *Bulletin de thérap.*, 1835, t. VIII, p. 65.
(14) *De tetano*, Viesoob. 1777.

immense argument dans le sens des idées que je cherche à faire prévaloir. Les saburres des anciens, l'irritation gastrique de Broussais, la dyspepsie de M. Beau sont trois créations dogmatiques dont les éléments, sinon identiques au moins fort analogues, ont été puisés, il n'en faut pas douter, dans l'observation. Or, nous savons quel rôle les anciens, Broussais et, de nos jours, M. Beau ont assigné à ces divers états dans la pathogénie des affections nerveuses. Toutefois, reconnaissons-le, la dyspepsie de M. Beau, dans les termes où il la formule, embrassant dans un seul cadre toutes ces dispositions morbides des premières voies, dont les classifications exclusives des systèmes ne comprenaient qu'une partie, doit être considérée comme le résumé des connaissances médicales sur ce sujet.

b. Vers intestinaux. — Mais parmi toutes les causes morbides siégeant dans l'intestin, après la dyspepsie, nulle peut-être ne donne plus fréquemment lieu à diverses maladies nerveuses que la présence d'entozoaires dans le tube digestif. Je ne ferai aucun effort pour démontrer que beaucoup de *convulsions* dans le jeune âge n'ont pas d'autre origine; c'est une vérité devenue depuis longtemps vulgaire et mise hors de doute par des observations nombreuses. Mais des formes de névroses moins communes se montrent dans les mêmes conditions et chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant. La plupart des anciens auteurs avaient, en particulier, fait mention de l'*épilepsie ;* toutefois, après avoir exagéré outre mesure l'action des entozoaires intestinaux, les médecins ont fini par la nier et, de nos jours, M. Delasiauve est à peu près le seul qui, s'élevant contre cet arrêt des contemporains, reconnaisse, au contraire, cette cause comme l'une des plus actives parmi celles qui ont une origine abdominale, et il fait remarquer avec raison qu'une circonstance capable de déterminer la folie, les convulsions multiformes, le coma, etc., peut aussi donner lieu à l'épilepsie. D'ailleurs, les recueils et les traités de médecine sont riches en observations que rien n'autorise à suspecter. (Voir les observations 140e, 141e, 142e, 143e, 144e et 145e.)

La *chorée* reconnaît assez souvent la même cause comme l'avaient très-bien indiqué Stahl, Gaubius et Bouteille; et l'on doit s'étonner que J. Frank, MM. Blache, Guersent et Sée aient cru devoir nier dans cette affection l'influence des vers intestinaux. Que la danse de Saint-Guy ne soit pas toujours guérie par les anthelmintiques, même quand ils font rendre des vers; que la présence d'entozoaires dans le tube digestif soit fort souvent une simple coïncidence, je suis le premier à l'admettre. Mais lorsqu'un individu choréique depuis longtemps et sans cause apparente se trouve brusquement guéri quelques jours ou quelques heures après l'expulsion de lombrics ou d'un tænia, j'avoue que si ce fait se représente un certain nombre de fois, je me croirai autorisé à établir entre ces parasites et la maladie nerveuse un rapport de cause à effet. Or, les observations que j'ai réunies (p. 197) ne me laissent aucun doute à cet égard, et malgré l'autorité des noms que j'ai cités, je crois qu'il serait imprudent de ne pas remplir cette indication dans les cas où elle peut être soupçonnée.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse. — Prix décernés.

Le sujet du grand prix pour 1855 était : « Déterminer le rôle que joue la composition chimique de l'air, des aliments, de l'eau potable et du sol dans la production du goître endémique. »

Le prix (de 500 fr.) a été décerné en séance solennelle à M. Chatin, professeur à l'école de pharmacie de Paris.

M. le docteur Morétin (du Jura) a obtenu une mention honorable.

Pour toutes les variétés : H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

— *L'Electricité* appliquée au traitement curatif des névralgies, des rhumatismes, des paralysies, des tumeurs, etc., par le docteur Th. Briand, médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice des scrofuleux de Rennes; 1 vol. in-12. Prix : 3 fr.

Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés (état physiologique du muguet, pouls entérite, ictère), par V. Seux, médecin en chef de l'Hospice de la Charité, professeur suppléant à l'école préparatoire de pharmacie et de médecine de Marseille. Paris, 1855; 1 vol. in-8 de 290 pages. Prix : 4 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de Médecine, 19, rue Hautefeuille.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de *l'huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix, 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX, recevront gratuitement cet ouvrage.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur des pessaires à air et de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé.— Broch. in-8°.—Prix : 1 fr. — Au bureau du Journal.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. le Dr Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié; recueillies et publiées par le Dr Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr. — Au bureau du Journal.

Traité des maladies des femmes, par le docteur Alexis Favrot. 1 vol. in-8. — Prix: 5 fr. — Au bureau du Journal.

*Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le Dr IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — Sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament. — Au bureau du Journal; prix : 25 centimes, et 40 cent. par la poste.

3e *Mémoire.* — Sur les effets de l'aconit dans l'éphidrose.

En cours de publication dans le *Moniteur des hôpitaux*, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. — Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du Journal. — Prix: 2 fr.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le Dr Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie ; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la fièvre intermittente; des déplacements de la matrice; de l'hystérie; de la goutte; des affections articulaires chroniques; des maladies de la moelle; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8; au bureau du Journal.

Recherches bibliographiques et recueil d'observations cliniques pour servir à l'étude des indications et des contre-indications des eaux minéro-thermales de Bagnols-de-l'Orne. Par M. le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Broch. in-8. —Prix : 25 cent. par la poste. — Au bureau du journal.

— *De la Percussion sur l'homme sain.* — Procédés réduits à leur plus simple expression, par le Dr L. Mailliot. — Broch. grand in-8. — Paris, chez J. B. Baillière.

Traité des hydropisies, par M. ABEILLE, médecin en chef de l'hôpital du Roule. — 1 vol. in-8. — Au bureau du Journal.

— *De la Dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine* déterminée par le vaccin, par le Dr Verdé-Delisle. — Un vol. grand in-12. Paris, chez Charpentier, libraire, 39, rue de l'Université.

— *Mémoire sur l'opportunité et la simplification de l'opération césarienne*, par M. Lebleu, chirurgien en chef de l'hospice de Dunkerque. — Broch. in-8, au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 82. 3e ANNÉE. Lundi 9 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Quelques réflexions à propos de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur la folie,

Par le docteur MÉRIER, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Dizier.

Comme tous les médecins spécialistes, sans doute, nous avons suivi avec beaucoup d'intérêt la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie sur les maladies mentales. Cette discussion nous a remis en mémoire quelques idées émises par nous déjà depuis assez longtemps sur la nature, le siége et la thérapeutique de ces maladies, idées que nous demanderons la permission de rappeler, en partie, un peu plus loin, car elles nous semblent avoir été reproduites à peu près entièrement, bien que sous une autre forme, peut-être, dans la discussion dont il s'agit. Il ne m'appartenait pas d'intervenir dans ce grand tournoi académique; qu'il me soit permis seulement d'apporter, par la voie de la presse, quelques réflexions sur ce sujet intéressant.

On discute beaucoup, on discutera longtemps encore assurément avant de s'entendre sur la *nature* et le *siége* de la folie, sur ses causes, sur les lésions qu'elle peut occasionner dans l'organisme. Il me paraît difficile, en effet, impossible même, qu'on s'entende tant qu'on restera, comme on paraît l'être jusqu'à présent, divisé sur le grand principe du dualisme de l'organisation humaine et tant qu'on mettra en présence l'un de l'autre deux systèmes entièrement opposés : *spiritualisme* et *matérialisme*, ou pour parler un langage purement médical et moins antipathique peut-être : *vitalisme* d'un côté, *organicisme*, de l'autre.

Pour nous, envisageant la question sous un point de vue différent et moins absolu, nous trouvons moyen peut-être non pas de tout expliquer, de tout démontrer, mais peut-être de tout concilier, du moins jusqu'à un certain point et dans de certaines limites. Nous admettons dans l'organisme deux éléments distincts, l'un immatériel, c'est l'âme, l'autre matériel, physique, ce sont les organes. C'est de la réunion intime de ces deux éléments, de cette *dualité* que résulte l'organisation humaine qui ne peut subsister sans cette réunion et qui cesse aussitôt que l'un des deux éléments se sépare de l'autre.

J'ai dit que nous *admettions* cette *fusion intime;* j'ajouterai même que nous l'admettons sans pouvoir trop la comprendre ni la démontrer; nous ne pensons pas même que jamais personne puisse parvenir à le faire. « Et cependant nous ne regardons point comme absurde et contraire à la raison d'admettre une chose de l'ordre métaphysique sans la comprendre, lorsque dans le monde physique même, il existe des phénomènes qui échappent à la compréhension. Et, comme dit M. Bousquet, je ne la comprends pas, cette union, mais je la sens en moi, je la vois en vous; ma raison ici se soumet à mes sens, etc., etc. Et ailleurs encore : la nature a mis au fond des cœurs une prescience de la vérité, une sorte d'instinct plus sûr et plus fort que tous les raisonnements, etc. »

Ce grand principe une fois admis, voici comme nous concevons la nature, les causes, le siége et surtout la thérapeutique des maladies mentales.

La nature de la *folie* (nous maintenons à dessein cette dénomination) n'est pas, selon nous, exclusivement morale ou spirituelle. Elle n'est pas non plus exclusivement physique ou matérielle; elle est *mixte*, et les deux éléments qui constituent l'organisation humaine doivent y entrer pour quelque chose. Le plus difficile et le plus intéressant peut-être de la question serait de savoir lequel des deux éléments est primitivement affecté et de quelle façon il l'est ? Mais, dans l'état actuel de la science, la solution de cette question ne nous paraît pas possible : elle ne nous paraît pas plus facile aujourd'hui, même après la discussion de l'Académie, qu'elle ne nous paraissait l'être à l'époque où nous avons publié nos premières idées sur ce sujet (numéro de septembre 1848 des *Annales médico-psychologiques*, page 214.)

« Quel est le siége, quelle peut être la nature d'une affection si singulière, disais-je, dans laquelle la stupeur, la prostration morale et intellectuelle alternent avec l'agitation, la fureur même, etc., etc.?

« Et par *nature* de la maladie, je n'entends point, je ne veux point dire la nature *intime, essentielle, primordiale :* car, en effet, je crois qu'on n'arrivera jamais guère à comprendre et à expliquer clairement *le mécanisme merveilleux en vertu duquel la matière concourt à la production et à la manifestation de la pensée et de la volonté*, même dans *l'état sain*, et, à plus forte raison, dans *l'état morbide* (1). J'entends donc, par *nature* de la maladie le caractère dominant de l'affection et, partant, la place qu'il faut lui assigner dans le cadre nosologique : j'entends aussi la nature des modifications éprouvées par les organes, la nature des lésions matérielles palpables qu'on peut constater dans les divers appareils et notamment dans le système nerveux. Mais d'abord ces lésions, ces modifications existent-elles bien et toujours? Oui, sans aucun doute, car il ne peut y avoir de lésion des fonctions, dira-t-on, sans lésion des organes. Mais pouvons-nous toujours les constater, ces lésions? Non, dans un très-grand nombre de cas. C'est qu'alors, dira-t-on encore, elles ne sont pas de nature à tomber sous nos

(1) «Qu'on nous montre, a dit M. Piorry, comment se forme la pensée dans le cerveau, et la pathologie dira de quelle manière elle s'y trouble,» c'est l'équivalent de notre phrase.

sens : elles sont insaisissables, ou bien tellement légères et fugaces qu'elles disparaissent sur le cadavre et échappent à nos moyens d'investigation... Peut-être un jour serons-nous plus habiles à les découvrir? Voilà ce qu'on peut répondre, je le sais, et avec cette réponse, on se tire toujours d'embarras, je le reconnais. Mais, de cette façon, on n'arrive pas à la connaissance intime du mal et conséquemment au meilleur moyen de le guérir.

« J'admets, pour un moment même, que ces modifications, ces lésions matérielles soient toujours apparentes, pourront-elles nous satisfaire, et suffire à nous expliquer le trouble, l'altération de l'intelligence et de la pensée? Non encore : comment admettre, en effet, comment comprendre surtout qu'un peu plus ou un peu moins de sang dans les vaisseaux de la pulpe cérébrale; qu'une composition chimique quelque peu variable dans les éléments de ce liquide; qu'un peu plus ou moins de sérosité, soit dans les ventricules, soit dans la substance même du cerveau; qu'une différence légère et à peine sensible quelquefois dans la coloration ou dans la consistance de la fibre nerveuse; qu'une injection plus ou moins prononcée et d'autres fois même douteuse, des membranes, ou quelque faible et partielle adhérence de ces membranes à la masse encéphalique, ou bien encore leur opacité et leur épaississement (et telles sont cependant *toutes* ou à peu près *toutes* les lésions observées jusqu'à ce jour, et qu'on ne trouve pas *toujours*, tant s'en faut); comment concevoir, dis-je, que des altérations si peu profondes et bien souvent beaucoup plus légères encore, lorsque réellement il en existe, puissent produire un tel désordre, une telle perturbation dans les idées, les sentiments, les affections, et rompre ainsi l'harmonie entre la matière et le principe immatériel pour se traduire par des manifestations et des phénomènes si extraordinaires?

« Il faut l'avouer donc, notre impuissance est bien grande, notre faiblesse bien réelle, si nous voulons nous renfermer dans l'observation *de la matière seule* pour expliquer tous ces mystères!!! C'est ici peut-être que la philosophie ou plutôt le dogme et la foi religieuse pourraient nous venir en aide pour soulever un coin du voile qui nous couvre les yeux. Mais ce n'est qu'avec une extrême réserve que je veux effleurer cette question, à laquelle, toutefois, je ne me charge pas de donner une solution.

« L'existence de l'élément, du principe immatériel, de l'âme enfin étant admise, serait-ce cet élément, ce principe, serait-ce l'âme, en un mot, qui serait malade dans la folie, comme l'ont dit quelques uns? Mais l'âme peut-elle être malade? Matériellement non, sans aucun doute. L'âme, substance ou plutôt essence, émanation divine, impalpable, invisible, inaltérable puisqu'elle est immatérielle, l'âme ne peut être assurément atteinte de congestion, d'inflammation, d'induration, d'hydropisie ou de ramollissement ni de quelque lésion physique que ce soit. Cela ne fait doute pour personne; mais ne pourrait-on pas dire : c'est la matière ainsi lésée par l'inflammation, l'hydropisie, l'induration, c'est la matière ainsi malade qui réagit sur l'âme immatérielle en la troublant; et c'est ainsi que se trouve rompu l'équilibre entre le physique et le moral, cette dualité dont l'harmonie constitue l'organisme sain, harmonie nécessaire à la production, à la conservation, à l'intégrité de l'intelligence. Comment donc alors s'opère cette réaction, cette rupture? Quel est le lien, le fil qui se trouve brisé dans ce choc? Et si c'est l'âme qui est malade, malade moralement, bien entendu, puisqu'elle ne peut être atteinte physiquement, quels peuvent, quels doivent être les agents, les moyens de guérison? Evidemment ce doivent être des moyens purement moraux, puisque la maladie elle-même est purement morale; et si pourtant le point de départ, l'origine du mal se trouve dans la matière primitivement lésée qui aurait réagi sur le moral pour le troubler, ce n'est et ne pourrait être qu'à l'aide de remèdes physiques qu'on ramènerait la matière, les organes, et par conséquent, l'intelligence à leur état normal. Si, au contraire, c'est l'âme qui a été primitivement atteinte et qui a réagi sur la matière pour produire les lésions que nous remarquons, les remèdes moraux seuls semblent pouvoir amener la guérison des deux éléments.

« Ces questions sont aussi importantes que difficiles à résoudre et resteront probablement longtemps encore sinon toujours enveloppées d'une profonde obscurité. Cependant il doit y avoir, il y a certainement *quelque chose* de lésé dans la folie, mais ce quelque chose quel est-il? où est-il?

« Quant au siége de l'affection dont il s'agit, c'est très-probablement dans le système nerveux cérébro-spinal et principalement dans le cerveau lui-même qu'il faut le placer. Quelques auteurs, dans certains cas, ont recherché la cause et placé le siége des maladies mentales dans le système nerveux ganglionaire ou dans les organes auxquels se distribuent les nerfs du grand sympathique, tels que le cœur, les poumons, l'estomac, le foie, les organes génitaux, etc., qu'ils ont trouvés altérés dans leur texture et qu'ils ont regardés comme point de départ de l'affection; bien qu'en effet, dans certains cas, on ait pu constater quelques lésions des viscères de la poitrine ou de l'abdomen, ce ne pourrait être, je crois, qu'à l'aide de sympathies, de réactions bien obscures et bien difficiles à expliquer qu'on serait autorisé à considérer ces lésions comme point de départ et cause de la folie. Au reste, ces exemples de maladies mentales produites par la lésion des viscères de la poitrine ou de l'abdomen, en supposant qu'ils aient été bien observés, sont assez rares. Sans doute, on trouve quelquefois des lésions dans ces organes sur les cadavres des aliénés, mais ce ne sont le plus ordinairement que de simples coïncidences, et on ne saurait en réalité, les considérer comme causes de la maladie mentale. On pourrait bien plutôt, je pense, regarder celle-ci comme ayant produit ces lésions elles-mêmes par suite de l'état de saleté, de gloutonnerie, d'incurie de toute sorte dans lequel restent ordinairement les aliénés qui n'observent aucune règle d'hygiène, ne prennent aucun soin de leur personne, de leur nourriture, de leurs vêtements, etc., etc. »

A ces lignes écrites par nous, il y a plus de dix ans, et imprimées dans les *Annales* en 1848, nous n'aurions pas, même aujourd'hui après les débats solennels qui viennent d'être clos à l'Académie, beaucoup à ajouter ni à retrancher sur le sujet qui y est traité, et, sauf la rédaction peut-être, nous n'aurions guère à y changer.

Depuis cette époque, n'espérant rien apprendre ni découvrir à cet égard, nous nous sommes attaché principalement à la recherche et à l'étude des causes des maladies mentales, des lésions anatomiques qu'elles peuvent déterminer, et surtout de la meilleure thérapeutique à leur appliquer.

Comme je me réserve de publier, plus tard, *in extenso*, les résultats de mes études et de mes observations sur ces trois points importants de la spécialité que nous cultivons, je me bornerai, quant à présent, à quelques mots sur chacun d'eux.

De même que, selon nous, il n'y a pas de maladie mentale exclusivement physique ou exclusivement morale, et que, d'après les idées émises par nous, il y a longtemps déjà, la nature de la folie est toujours mixte, c'est-à-dire a son siége dans les deux éléments qui constituent l'organisation humaine et dont la réunion forme l'organisme complet; de même, il n'y a pas, il ne peut y avoir de causes purement morales, ni de causes purement physiques, mais seulement des causes mixtes dans la production de la folie : causes mixtes dans lesquelles c'est tantôt l'élément moral, tantôt l'élément physique qui domine. Mais l'observation des maladies, la pratique de la médecine spéciale des aliénés, démontrent de la manière la plus incontestable que dans la production de la folie, il y a un nombre considérablement plus grand de causes à élément moral prédominant que de causes contraires. De là, pour le dire en passant, une induction précieuse, nous le croyons, pour la thérapeutique et pour l'appréciation ainsi que pour l'application du *traitement moral* de la folie dont on a tant et si diver-

sement parlé, et sur lequel nous vous promettons d'exprimer notre opinion un peu plus loin. De là aussi la nécessité, selon nous, de reconnaître que cette distinction en causes physiques et causes morales est purement dogmatique et spéculative, nullement fondée sur l'observation et la pratique, et qu'il faut la rejeter du langage spécial employé dans la nosologie mentale où elle n'apporte que trouble et confusion.

Pour le prouver, je n'en veux citer qu'un exemple qui suffira, je pense, à faire comprendre tout ce qu'une telle division a de défectueux et d'illogique; la plus grave et la plus redoutable des causes, celle sur laquelle malheureusement on ne peut le plus souvent élever aucun doute, et dont on ne peut méconnaître la filiation quand elle se présente, l'hérédité, dans quelle classe de causes la rangera-t-on?.... Evidemment on ne pourrait pas, à plus juste titre, la classer plutôt dans l'ordre des causes physiques que dans l'ordre des causes morales, car n'hérite-t-on pas du physique comme du mal moral de ses ascendants, et ne pourrait-on pas soutenir que la disposition héréditaire à la folie que l'on tient de ses parents a son origine tout aussi bien dans le sang, dans le système nerveux, etc., que dans le tempérament, dans le caractère moral et intellectuel transmis par la génération?...

Je m'en tiens pour aujourd'hui à ces quelques lignes sur ce point, que j'ai déjà examiné, du reste, dans mon rapport annuel, imprimé pour l'année 1851. (Page 20.)

J'aborde le côté le plus important peut-être, le plus *controversable* aussi de la discussion, car de sa solution pourrait dépendre, en effet, la détermination du siége et de la nature de la folie.

C'est également le point capital du mémoire qui a donné lieu à cette discussion. Je veux parler des lésions anatomiques. Entre M. Ferrus, qui affirme avoir trouvé *toujours* des altérations, *bien qu'à divers degrés*, dans le crâne des *aliénés*, *idiots* ou *maniaques*, et M. Baillarger qui semble faire assez bon marché, sous un certain point de vue, de ces lésions, puisque sous ce rapport, il se range entièrement de l'avis de M. Bousquet, il est difficile de se placer peut-être, et délicat de se prononcer, sans doute. Toutefois, quelque faible que soit mon contingent, je prendrai la liberté de l'apporter : j'ai aujourd'hui, après quinze années consacrées exclusivement à la médecine spéciale des aliénés, assisté ou procédé à l'autopsie de près de *cinq cents* cadavres, dont j'espère bien pouvoir quelque jour publier les résultats détaillés.

J'ai recherché, vu et fait rechercher avec tout le soin possible et principalement dans le cerveau et ses annexes, les lésions anatomiques qui sont décrites par les auteurs et que j'ai moi-même quelquefois constatées. Eh bien! je le déclare en toute franchise et sincérité, dans la très-grande majorité des cas (observés d'ailleurs presque toujours chez des déments, des idiots et imbéciles primitivement ou consécutivement, et des paralytiques, car on n'a que rarement occasion d'ouvrir des aliénés récemment atteints et encore dans la période aiguë), dans la très-grande majorité des cas, dis-je, j'ai trouvé :

1° L'injection, l'épaississement et l'opacité à divers degrés des membranes à la convexité du cerveau; quelquefois leur adhérence, soit à la voûte crânienne (dure-mère), soit à la substance corticale du cerveau (arachnoïde et pie-mère), presque toujours dans des points assez limités, d'autres fois, cependant, dans une assez grande étendue et assez intimement pour ne pouvoir enlever ces membranes sans les déchirer ainsi que la couche superficielle de la substance grise;

2° La sérosité épanchée soit entre les feuillets de l'arachnoïde, soit dans les ventricules, soit dans le canal rachidien, ou bien infiltrée dans la substance même du cerveau;

3° Un léger piqueté de la substance blanche; quelquefois, mais assez rarement, je dois le dire, de légers ramollissements partiels, soit de la substance corticale, soit des couches profondes, ou bien quelques traces d'anciens foyers apoplectiques cicatrisés; et dans quelques cas seulement où la mort avait été accompagnée de symptômes d'hémiplégie, des foyers et des caillots sanguins non encore résorbés. Quant à la consistance et à la coloration augmentée ou diminuée dans toute l'étendue soit de la substance grise, soit de la substance blanche, en un mot, relativement à l'induration, au ramollissement général, je crois qu'il est excessivement difficile de les constater, attendu que les diverses températures par lesquelles on procède aux ouvertures, ainsi que le temps plus ou moins long écoulé depuis la mort, doivent singulièrement influer sur ces prétendues indurations et ramollissements généraux. D'autres, sans doute plus habiles que moi, auraient pu peut-être les apercevoir, et je ne prétends nullement avoir bien vu tout ce qu'il pouvait réellement y avoir à constater.

Je le répète donc, ce n'est que dans les cas de *folie chronique* et surtout de démence paralytique que ces lésions ont été observées par moi, et dans les occasions peu fréquentes, du reste, que j'ai eues d'ouvrir des aliénés morts dans la période aiguë, je n'ai rien trouvé, absolument rien. Il en est de même des épileptiques maniaques, qui décèdent, comme on le sait, assez souvent, soit dans une série d'accès, soit accidentellement et à une période peu avancée de la maladie. Dans ces derniers cas non plus, nous n'avons rien constaté dans le cerveau ni dans ses annexes pas plus pour expliquer l'épilepsie que pour rendre compte de la manie. Est-ce à dire pour cela qu'il n'y avait rien? Dieu nous garde d'ainsi conclure. Et lorsqu'il n'y a rien d'apparent, de palpable, d'accessible à nos sens dans les organes, dans la matière, est-ce une raison suffisante pour affirmer qu'il n'y a rien dans l'autre élément qui concourt à l'organisation humaine, dans l'élément immatériel, dans l'âme, en un mot? car, qui pourrait nous dire lequel des deux éléments est primitivement lésé lors de la manifestation de la folie, et si les lésions matérielles dont nous venons de parler ne sont pas plutôt secondaires que primitives, c'est-à-dire ne sont pas plutôt des effets que des causes? Mais nous retomberions ici dans la recherche de la solution de l'éternel problème du *matérialisme* et de l'*animisme*, solution qui, probablement, est encore fort éloignée de nous... Pour notre compte, nous sommes porté à admettre qu'il y a dans la production de la folie, lésion des deux éléments à la fois, ou, pour mieux dire, réaction si intime de l'un des éléments sur l'autre, qu'il n'y a pas moyen de concevoir séparément le trouble de celui-ci sans admettre la perturbation et l'altération de celui-là. Car, en effet, si nous ne concevons pas qu'il puisse y avoir lésion des fonctions sans lésion de l'organe en fait de fonctions matérielles, nous ne concevons pas non plus qu'il puisse y avoir lésion de fonction intellectuelle sans lésion de l'élément immatériel qui préside à l'intelligence. Ainsi donc, que l'âme ait son siége dans le cerveau ou dans le sang, qu'elle réside dans la glande pinéale, selon Descartes, ou dans le nœud vital en forme de V décrit par M. Flourens dans la moelle allongée; qu'elle occupe une partie ou la totalité de l'organisme, ou pour mieux dire, qu'elle n'en occupe *aucune* puisqu'elle est un *pur esprit* qui les anime toutes indistinctement, sans les occuper sous le rapport de l'étendue et des limites; qu'on l'appelle vie, *archée*, *principe*, *forces vitales*, *esprit*, *intelligence*, etc., etc., la raison, l'induction, veulent qu'elle existe quelque part et qu'elle soit atteinte dans la folie aussi bien que la matière. Bien plus, l'absence de lésions anatomiques, au début de la maladie, ne tendrait-elle pas à faire penser qu'elle l'est primitivement, ou tout au moins que le trouble dont elle est atteinte se traduit et se manifeste au dehors avant la manifestation de celui qui est apporté, *peut-être en même temps*, dans la matière?

D'après cette manière de voir, il y a loin sans doute de pouvoir conclure de *telle forme* d'aliénation observée à *telle nature* de lésion existant toujours dans le cerveau; et nous ne concevons pas que dans l'état actuel et si imparfait de la science sous ce rapport, il se trouve des médecins fort distingués, du reste, qui puissent avoir cette prétention. Est-ce à dire pour cela qu'il faille renoncer pour toujours à l'espoir d'arriver à cette

précision et à ce positivisme? Dieu nous préserve d'avoir la pensée même que les recherches anatomiques sont inutiles et infructueuses, et que des progrès sous ce rapport ne puissent être réalisés et de beaux résultats obtenus quelque jour par leur aide. Nous sommes des premiers à nous livrer avec toute la patience et le zèle dont nous sommes capable à la recherche et à l'étude des lésions cadavériques. Nous appelons de tous nos vœux le moment où la microscopie et la chimie pourraient venir compléter leurs découvertes et les progrès accomplis jusqu'à ce jour. Sans doute, nous avouons et nous déplorons même notre impuissance et notre pauvreté actuelle sous ce rapport, mais nous avons foi dans l'avenir, du moins jusqu'à un certain point, et sinon pour tout découvrir et démontrer, du moins pour perfectionner et étendre nos moyens d'investigation et d'étude..... Et ici, à l'encontre de M. Bousquet, nous dirons: Constatons nos progrès quelque faibles qu'ils soient aujourd'hui, et, pour encourager les recherches ultérieures, ne craignons pas de montrer nos espérances !

(*La suite à un prochain numéro.*)

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris;

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 71, 79, 80 et 81.)

Si j'excepte Tissot (1), je n'ai vu la *paralysie* désignée dans aucun auteur comme pouvant résulter de l'existence de vers intestinaux. Cependant, on trouvera pages 197 et 198 deux observations capables de fixer l'attention sur ce point d'étiologie. Enfin Tissot avait indiqué la *catalepsie* dans les mêmes circonstances, et les trois observations 145e, 152e et 153e sont des exemples de *névroses cataleptiformes* liées à des affections vermineuses. M. L. Cerise a rencontré encore un cas de *toux nerveuse* due à cette influence; M. Constant, dans la note que j'ai citée, a parlé de vers intestinaux comme cause de *contracture des extrémités* chez les enfants, et M. Lucien Corvisart (2) rapporte un fait de ce genre, d'après MM. Meurisset et Bourdon.

c. Maladies du foie, de la rate et du péritoine. — Je passerai rapidement sur cette partie de l'étiologie des névroses et, tout en signalant avec beaucoup d'auteurs anciens et modernes les affections de la rate et du foie comme capables de déterminer aussi des troubles nerveux sympathiques, j'avouerai qu'en dehors des convulsions produites par leurs maladies aiguës, les coliques hépatiques, par exemple, je n'ai pu réunir que des matériaux insuffisants. Cependant, Sauvages (3) avait fait mention de la *paralysie bilieuse* succédant à la colique bilieuse, et M. Fouquier citait dans ses cours une observation de paralysie consécutive à une colique hépatique. Le docteur Zabriskie, dont j'ai déjà signalé le travail, rapporte un exemple assez concluant d'une affection paralytique intermittente compliquant une maladie du foie et en suivant toutes les phases. Dans l'observation 139e qui m'est propre, la *contracture permanente* des membres coïncidait avec une péritonite chronique, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'elle en ait été la conséquence; mais chez la malade de l'observation 122e la contracture des membres droits, les hallucinations, le strabisme, etc., paraissaient bien réellement dépendre de la péritonite aiguë qui a causé la mort.

d. Menstruation et maladies de l'utérus en état de vacuité. — Tout le monde connaît le rôle immense que l'on a fait jouer depuis Platon et Hippocrate à l'utérus dans la production de l'*hystérie*, tour à tour animal mobile au milieu de l'organisme (Platon, Hippocrate, etc.), réceptacle d'impuretés réagissant sur l'encéphale (Galien, Hoffmann (1)), centre d'irradiation irritative avec l'école physiologique, etc.

Malheureusement cette importance de l'utérus, outre qu'elle a été singulièrement exagérée, n'a pas toujours été appréciée avec justesse. Sans nier l'influence de ses maladies sur le développement de divers accidents nerveux et précisément parce que je l'admets, je crois qu'il est urgent de s'entendre sur leur mode d'action. La matrice se rattache au reste de l'économie par des sympathies nombreuses, sans doute; mais est-il bien sûr que ces sympathies soient plus intimes, plus faciles à éveiller qu'on ne l'observe pour d'autres organes, comme chacun l'assure? Eh bien! on me permettra d'exprimer des doutes à ce sujet. On a l'habitude de parler du rôle de l'utérus dans les maladies nerveuses sur la foi de la tradition plutôt que de l'observation, et lorsque chez une femme une névrose coïncide avec une affection de cet organe, on affirme hardiment que l'une a engendré l'autre, et personne ne s'avise de contredire. C'est là un article de foi. De même, dès qu'une femme devient enceinte, on ne manque pas de mettre sur le compte des changements survenus dans la matrice tous les phénomènes nerveux de la grossesse. Or, j'en suis convaincu, ces appréciations sont souvent exactes, mais souvent aussi elles sont erronées, et l'état de l'utérus n'est pas le seul élément de l'affection nerveuse: presque toujours coexistent d'autres conditions morbides qui, tout au moins, en favorisent les effets. Pendant une année d'internat dans le service de M. Robert, j'ai porté spécialement mon attention sur ce point, et je puis affirmer qu'au milieu de deux salles de femmes, en grande partie occupées par des malades portant des lésions utérines, j'ai eu de la peine à trouver quelques cas d'hystérie franche ou même de symptômes nerveux hystériformes; et ceux que j'ai rencontrés coïncidaient non-seulement avec une affection de matrice, mais aussi, *presque toujours*, avec une chlorose ou chloro-anémie des plus évidentes, ou au moins avec des phénomènes dyspeptiques. Au contraire, dans le service de M. Sandras où les maladies utérines étaient extrêmement rares et les chlorotiques très-nombreuses, les accidents hystériques de toute forme abondaient dans les salles. Ces faits et tant d'autres dont il a été question à l'occasion de la chlorose me portent à croire que cette dernière affection pourrait bien avoir eu autant de part au développement de l'hystérie que l'affection utérine, dans les cas auxquels je fais allusion. Malheureusement, les phénomènes de la chlorose se confondent avec ceux de la maladie de matrice, ou sont masqués par eux: la gastralgie, la leucorrhée, l'aménorrhée ou la dysménorrhée, voilà des symptômes qui, pris isolément, peuvent appartenir à l'une et à l'autre de ces conditions pathologiques, et ce n'est qu'avec une certaine attention qu'on parvient à distinguer ce qui appartient à chacune d'elles. La chlorose doit donc souvent passer inaperçue dans ces circonstances, d'autant mieux, je le répète, que le faciès classique de cet état fait presque toujours défaut; aussi attribue-t-on fréquemment à la lésion utérine ce qui, réellement, est un effet de la chloro-anémie.

Pour ma part, je crois que les affections de l'organe gestateur ont vis-à-vis des névroses un mode d'action assez complexe, et voici comment je le comprends:

Supposons un premier cas: chez une femme chlorotique se manifeste peu à peu une prédominance marquée du système

(1) *Loc. cit.*, t. III, p. 60. Tissot indique, outre la paralysie, la catalepsie, les convulsions, la cécité, la surdité, l'aphonie.

(2) *Thèse citée*, p. 75.

(3) *Loc. cit.*, t. VII, p. 303.

(1) Hoffmann, *loc. cit*, chap. V, p. 50, définit l'hystérie: « Affectus generis nervosi spasmodico-convulsivus ex utero à lymphâ et sanguine in ejus vasis retento vel corrupto proveniens et per nervos ossis sacri ac lumbares et totam medullam spinalem, universi corporis partes nervosas plus minus infestans. »

nerveux et, enfin, les phénomènes propres à l'état nerveux ou, si l'on aime mieux, à la mobilité nerveuse; mais, jusque-là, pas d'hystérie proprement dite. Survient une grossesse, une affection utérine, une métrite, un déplacement ou une cause quelconque de dysménorrhée; c'est un élément de plus à ajouter à l'état morbide, et la mobilité nerveuse s'accroît de l'irritation nerveuse sympathique provoquée par la maladie utérine; l'hystérie éclate. Et comme elle se développe après l'apparition des accidents utérins, elle passe pour leur conséquence.

D'autres fois, c'est une maladie de la matrice qui se produit chez une femme à constitution nerveuse, mais bien portante d'ailleurs. Chez elle la sensibilité est exquise, les sympathies sont vives; un certain état de souffrance générale s'établit, l'organisation s'affaiblit, la santé s'altère; arrivent les troubles de la digestion, puis insensiblement les phénomènes de la chlorose et de la mobilité nerveuse. Et alors, qu'une circonstance accidentelle se présente, une émotion vive, une frayeur, un chagrin, la joie, la colère, immédiatement l'hystérie se manifeste. Sans doute, en pareil cas l'affection utérine a été le point de départ du mal, mais d'une manière indirecte et de telle sorte que les indications curatives sont essentiellement modifiées.

Vaccine.

Extrait du rapport sur la vaccine pour l'année 1853.

(*Lu à l'Académie par* M. Bousquet.)

Les attaques réitérées que la vaccine continue à subir de la part de quelques écrivains malheureusement inspirés, conservent aux rapports annuels de M. Bousquet un intérêt que tous les praticiens sérieux apprécieront. Nous avons donc jugé utile de mettre sous leur yeux celui que l'habile académicien a lu mardi dernier, et dans lequel il a su cette fois unir le savoir et la logique aux qualités de style qui ne lui font jamais défaut.

Lorsque Bordeu entreprit, vers 1764, la défense de l'inoculation, il n'y avait, de son aveu, que deux hommes en état d'en parler: Gatty et Hosty. L'un l'avait vue en usage dans le Levant où elle a pris naissance; l'autre en avait fait une étude particulière en Angleterre, d'où la France l'a reçue; quant à Bordeu, il n'avait encore suivi que dix opérations. C'était trop peu pour décider en maître; il crut que c'était assez pour dire son sentiment; il le fit avec cette délicatesse, avec cette modestie qui donne tant de prix à ses paroles. « Ceux qui sont « les derniers parmi nous, dit-il, ouvrent les avis, c'est notre usage; « je dois, par le rang que j'occupe, parler des premiers et attendre la « décision de nos anciens; je l'attendrai. »

En attendant ce jugement solennel, Bordeu, qui connaît l'influence de l'esprit de système sur les croyances des hommes, Bordeu passe en revue les diverses sectes qui ont divisé la médecine et s'applique à prouver que quelque éloignées qu'elles soient des principes, elles doivent toutes admettre l'inoculation dans la pratique. Empiriques, dogmatiques, observateurs, naturistes, pyrrhoniens, médecins-théologiens, médecins-juristes, il les appelle tous à son tribunal et les prépare à se soumettre à la justice des faits, en désintéressant leurs préjugés d'école ou de doctrine.

Pour lui, il ne dit pas quelle est la secte de son choix; mais à l'admiration qu'il fait éclater pour Hippocrate, à la confiance qu'il a dans la nature, on comprend qu'il tient pour ce naturisme mêlé d'un peu de pyrrhonisme. Qui n'a pas lu la délicieuse peinture qu'il fait du médecin des Pyrénées? Ce médecin, qui n'était autre qu'Antoine Bordeu, son père, prétendait posséder le *secret de la médecine*. Il l'a communiqué à son fils; c'est la meilleure pièce de son héritage. Aussi ne doit-il pas sortir de la famille. « Vous faites de vains efforts, dit-il « à son visiteur, pour me l'arracher, je ne ne puis vous le confier. » Mais à peine a-t-il exprimé son refus qu'il le tempère par ce sage conseil: Croyez-moi, ajoute-t-il, suivez, suivez la nature. Toutes les maladies marchent presque aussi régulièrement que la petite vérole, » et à peine a-t-il laissé échapper ces paroles qu'il revient à l'inoculation.

Revenons nous-mêmes au plan de Bordeu. Quoique l'inoculation paraisse en première ligne dans le titre, elle n'occupe, en effet, que la plus petite place dans l'ouvrage; ce n'était donc qu'un cadre plus ou moins ingénieux où l'auteur s'attaque aux idées d'autrui pour se donner l'occasion d'exposer les siennes. Il n'est pas, dans toute la littérature médicale, de lecture plus instructive et plus attachante. Nous n'en connaissons pas de plus propre à donner une idée de la manière des médecins du dernier siècle.

Les temps où nous vivons sont plus difficiles à persuader et à convaincre. Si l'on disait aujourd'hui: Qui que vous soyez, vitalistes ou organiciens, disciples de Barthez ou de Bichat, la vaccine n'a rien qui répugne à vos doctrines, vous pouvez l'adopter sans vous contredire; qui voudrait se rendre à ce faible raisonnement?

On se tromperait cependant si on croyait que la théorie a perdu tout son empire; mais les faits en ont encore davantage; c'est aussi sur l'autorité des faits que la vaccine fonde ses titres à la confiance des hommes. . . . .

. . . .

Après cette série de preuves, il n'y aurait sans doute rien de mieux à faire qu'à *confesser* son erreur et à se rendre; mais l'esprit de système ne revient pas si facilement. Vaincu sur un point, il cherche à se sauver sur un autre. Il dit maintenant que si en effet les fièvres aiguës attaquent indistinctement les vaccinés et les variolés, elles sont du moins deux fois plus redoutables aux uns qu'aux autres.

Et vous verrez qu'il se trouvera encore des médecins assez débonnaires pour justifier la vaccine de ce nouveau grief. Mais pour cela, il ne faut pas imiter nos adversaires et comparer vaguement, comme on l'a fait, les statistiques de Stol avec celles de MM. Louis et Chomel. Certes à peser les autorités, celle des médecins français est autrement imposante dans la matière que celle du médecin de Vienne. Mais les noms à part, veut-on savoir ce que vaut la nouvelle accusation, il faut séparer les vaccinés des non-vaccinés et voir de quel côté penche la mortalité de la fièvre typhoïde. Nous n'avons pas fait cette comparaison, et nous affirmons d'avance que la vaccine n'a rien à y perdre. Il doit être permis à la raison de devancer quelquefois l'expérience.

Après avoir effrayé les imaginations de ces fantômes, on se sent du courage au cœur, et l'on propose de nous ramener à l'inoculation. L'expertise dont on use envers la vaccine ne nous fera pas méconnaître l'excellence de l'inoculation. Mais toute bonne qu'elle était, elle avait des inconvénients qui lui ont fait justement préférer la vaccine. Il ne serait permis d'y revenir que si, par impossible, la vaccine venait à se perdre, ou ce qui peut arriver, si en présence d'une épidémie, la médecine manquait de vaccin pour la conjurer.

Mais ce n'est pas ainsi qu'on l'entend. Les ennemis de la vaccine se partagent. Les uns n'en veulent pas parce qu'elle ne préserve pas assez sûrement; les autres, parce qu'elle préserve trop.

Ils ne s'entendent que pour revenir à l'inoculation, sauf à se diviser de nouveau sur la manière de la pratiquer. Nous en connaissons qui ne redoutent rien de cette pratique et qui veulent qu'on l'emploie dans toute sa pureté, comme faisaient les premiers inoculateurs; les autres ne sont pas si hardis, ils redoutent les emportements du virus varioleux livré à lui-même, et cherchent à le mitiger de quelque façon. On a proposé de le tempérer par le mercure; mais de nos jours c'est au lait qu'on donne la préférence. La même idée est née presque en même temps dans trois têtes différentes: Thiele, de Cazan; Robert, de Marseille; et M. Brachet, de Lyon.

Cette pratique cache toute une théorie. On suppose que la variole a passé de l'homme à la vache, et on suppose que dans ce passage, elle a subi la modification qui en a fait la vaccine. Plus on accordera de vraisemblance à ces suppositions, plus il y aura lieu de s'étonner que la variole et la vaccine soient si loin l'une de l'autre dans ce temps.

Nous n'en avons pas fini avec les suppositions; il faut encore admettre que le changement qui s'opère dans le virus varioleux au sein de la vache, une goutte de lait peut le produire en plein air.

Quoi qu'il en soit de ces suppositions, les auteurs dont nous parlons, M. Brachet en particulier, ont bien senti qu'il fallait leur donner un corps, pour ainsi dire, en leur donnant l'appui de l'expérience. C'est aussi ce qu'ils ont fait. Ils ont donc inoculé un mélange de lait et de virus varioleux. Une éruption est venue, mais une éruption purement locale. L'opération répétée trente fois a donné trente fois le même résultat. Et cette unanimité n'a pas peu contribué à prolonger l'illusion de la théorie. M. Brachet nous apprend dans une lettre à M. Diday, l'un des mécréans que, sur trente inoculations, aucun enfant n'est mort, tandis que deux seraient morts qui auraient été vaccinés. M. Brachet a trop de raison pour rendre la vaccine responsable des revers qu'il cite: cette même raison aurait dû lui laisser des doutes sur l'action qu'il attribue au lait sur le virus varioleux. C'est sans doute une chose assez remarquable que trente inoculations lacto-varioliques qui toutes n'ont donné qu'une éruption locale sans symptômes généraux; mais

les faits analogues n'étaient rien moins que rares au temps de l'inoculation du virus varioleux sans mélange. Nous engageons M. Brachet et ses partisans à relire les plus fameux inoculateurs, et ils verront si nous disons vrai, *ou* si *nous* inventons pour le besoin de notre cause.

Et comme l'opinion que l'expérience leur a faite, une plus longue expérience doit la changer, nous les engageons aussi à multiplier leurs essais. Ils rencontreront des faits qui leur ouvriront les yeux et les ramèneront aux saines doctrines dont le hasard de l'observation les a momentanément détournés.

Un praticien non moins éclairé que consciencieux, M. le docteur Descieux, de Montfort-l'Amaury, voyait une femme atteinte de variole. Trois de ses enfants étaient autour d'elle; deux n'avaient pas été vaccinés. Malheureusement le médecin n'avait pas de vaccin, il en attendait lorsqu'il lut dans un journal qu'un mélange de lait et de virus varioleux en pourrait tenir lieu. Il fait ce mélange et l'inocula par quatre piqûres à chaque bras. Les boutons d'insertion vinrent à leur heure ordinaire et suivirent paisiblement leur marche; mais voilà qu'au huitième jour, l'un de ces enfants est pris de fièvre, et trois jours après, on vit paraître vingt-cinq ou trente boutons sur le reste du corps. L'autre enfant ne présenta que les boutons d'insertion, plus au onzième jour, cinq ou six boutons *surnuméraires* non loin des piqûres.

Malgré la seconde éruption, M. Descieux restait encore dans l'incertitude. Au huitième jour, il reprit du virus sur le dernier enfant et le transmit à trois autres; mais cette inoculation dissipa toutes ses illusions. Les nouveaux inoculés reçurent tous les trois la variole bien caractérisée quoique légère. Chez l'un l'éruption générale se montra le septième jour, et chez les deux autres au onzième.

Après ces expériences, M. Descieux s'arrêta; mais elles furent continuées, à son insu, par une sage-femme qui est dans la bonne habitude de vacciner tous les enfants qu'elle reçoit. Elle inocule le virus lacto-variolique à cinq enfants : trois eurent une variole *complète* quoique assez bénigne, et les deux autres, à peine âgés de deux mois, eurent une variole confluente qui mit leur vie en danger.

Enfin, le lait modifie si peu la variole qu'une épidémie de *varioloïdes* sortit de ces expériences et atteignit six vaccinés. Au moment où M. Descieux écrivait ces intéressants détails, l'épidémie n'était pas terminée.

J'ai cru utile, ajoute M. Descieux, de vous communiquer ces faits; il importe qu'on sache que ces tentatives ne sont pas sans danger; elles ne l'ont pas été pour mes clients, et je voudrais épargner à d'autres les angoisses que m'ont causées ces deux enfants qui ont pensé succomber à l'inoculation *lacto-variolique*.

Au reste, quelque échec que la nouvelle pratique reçoive de ces expériences, elles prouvent, d'autre part, que l'inoculation n'était pas à beaucoup près aussi dangereuse qu'on l'a dit pour relever la supériorité de la vaccine. Mais si elle était si bénigne, pourquoi, dira-t-on, n'y pas revenir? Et pourquoi y revenir si les deux méthodes se valent? En définissant cette bénignité, nous ne pouvons oublier, cependant, qu'il y avait des cas malheureux; ils étaient rares, sans doute, on a dit un sur cinq cents, un sur mille; mais fussent-ils encore plus rares, mieux vaut apparemment ne courir aucun danger. Enfin, et c'est ici la raison principale, si l'inoculation traitait si bien ceux qui se mettaient sous sa protection, elle se vengeait cruellement sur les autres en répandant partout les germes de la contagion, au point, que d'une maladie du printemps et de l'automne, elle avait fait une maladie qui régnait en toute saison.

Si on disait que cet inconvénient était suffisamment compensé par la sécurité qu'apportait l'inoculation, on se tromperait. L'inoculation ne préservait pas plus sûrement, plus longuement que la vaccine. Ceux qui en connaissent l'histoire savent qu'on a toujours cité des inoculés que la variole artificielle n'avait pu mettre à l'abri de la variole naturelle, et cependant l'inoculation était encore récente; elle travaillait à faire ses preuves; de sorte que ses partisans repoussaient obstinément tout ce qui pouvait en compromettre l'avenir, comme on a fait pour la vaccine jusqu'en 1814 ou 1815.

Et ces faits auraient été certainement moins rares, si l'inoculation eût été plus répandue; mais elle n'a jamais été d'un usage général. Telle est la frayeur qu'elle inspirait que beaucoup de bons esprits du dernier siècle ne l'ont jamais pratiquée. Tel Boerhaave, mort en 1738. A la vérité, elle était encore peu connue; mais trente-quatre ans après, en 1772, Van Swieten se tenait dans la même réserve, et tout ce que pouvait faire P. S. Franck, en 1792, c'était de laisser toute liberté aux parents; il ne voulait pas d'autre responsabilité.

Nous ne parlons pas de Dehaën. L'inoculation n'eut jamais de plus grand ennemi. Il y mettait tant de passion que, pour se donner raison, il travestissait tout jusqu'à l'observation. Ainsi il soutenait, contre toute évidence, que la petite vérole naturelle est peu dangereuse, et que l'inoculée ne l'est pas moins.

Ces propositions, toutes fausses qu'elles sont, tiraient du nom de leur auteur une importance qui décida Tissot à les réfuter : c'est ce qu'il a fait dans sa lettre à Zimmermann. Nous ne le suivrons pas.

Mais nous tenons à dire à ceux à qui l'inoculation a laissé des regrets, que la vaccine n'a rien à craindre de la comparaison. Ce sont deux méthodes excellentes, et leurs titres à notre confiance sont les mêmes. La variole inoculée ne diffère de la variole naturelle qu'en ce qu'elle prend une autre voie pour s'introduire et choisit son moment. La vaccine n'est évidemment qu'une variété de la variole, variété si rapprochée qu'il y a presque conformité. Ainsi, ce que l'expérience affirme sur leurs propriétés réciproques, le raisonnement le confirme.

Mais il n'est plus temps de le dissimuler, quelque précieuses, quelque efficaces qu'elles soient, ni la variole artificielle ni la vaccine n'offriront la même garantie que la variole spontanée telle que la nature nous l'envoie. Et pour parler ainsi nous n'avons pas besoin de dire avec Dehaën, qu'il y a tant de personnes qui ont deux fois la petite vérole, que la sécurité qu'on peut se promettre de l'inoculation se réduit à peu de chose. . . . .

. . . .

Dans sa haine contre l'inoculation, Dehaën, avons-nous dit, commença par déclarer que la petite vérole est peu dangereuse en soi, voulant faire entendre que l'art n'avait nul intérêt à la prévenir. Dehaën cependant ne pouvait ignorer qu'elle faisait périr le dixième du genre humain : cette statistique était connue de son temps. Un médecin a dit : Il y a une petite vérole qui est absolument incurable, une autre qui n'a pas besoin de médecin, et une troisième dont l'issue est incertaine. Plus est réduite la part qu'on fait à l'art, plus il lui importe de ne pas tromper les espérances des malades. Une discussion récente a mis à nu ses ressources. Il ne peut rien contre ce virus, rien contre l'infection qu'il apporte dans le sang; il n'a d'action que contre ses effets les plus éloignés, et notamment contre l'éruption.

La médecine arabe l'avait déjà compris ainsi, ce qui la rendait extrêmement réservée. Des délayants, des tempéraments, c'étaient là toutes ses prescriptions. Cette pratique s'était perdue : Sydenham a eu le mérite de nous y ramener. Et, quant à l'éruption, on attendait que les pustules entrassent en suppuration pour les ouvrir ou les vider. Avicenne y employait une aiguille d'or. A. Paré connaissait cette pratique. Et pour entraîner le pus, on faisait des lavages à grande eau. Elle a été renouvelée de nos jours. M. Rayer a écrit quelque part qu'il y avait tel malade de sa connaissance qui lui devait la vie. Au lieu d'eau simple, M. Chomel emploie à ces lotions de l'eau chlorurée.

Cette méthode peut avoir des avantages, nous ne le nions pas. En divisant la peau, on la détend; en évacuant le pus, on en prévient la résorption. Mais attendre la suppuration pour combattre la variole, c'est un peu tard.

On s'est donc ravisé et, la théorie aidant, on a osé former le projet de supprimer l'éruption, ou au moins de l'atténuer au point de lui ôter la force de réagir sur l'économie et de l'entraîner. C'est ce que le fameux Chirac espérait des saignées. Jamais médecin ne poussa plus loin le fanatisme de la théorie. Epris de la plus vive admiration pour la grande découverte d'Harvey, Chirac s'était persuadé que toute maladie dépendait de l'épaississement des humeurs, et par suite de la gêne, de l'obstruction des vaisseaux. D'où il inférait qu'il n'y en avait pas qu'il ne fût facile de prévenir et de guérir en rendant à la circulation sa liberté.

Voilà, disons-nous, sur quels fondements Chirac faisait saigner à outrance, bien convaincu que la variole devait s'écouler avec le sang. Et cette pratique que le fanatisme du système avait créée, l'intérêt la propagea : tous les médecins briguaient alors les faveurs de Chirac, médecin du régent, médecin du roi, et la source de toutes les grâces.

Vers le même temps, en 1762, un an avant l'arrêt du parlement, non pas contre l'inoculation, comme on l'a dit, mais contre l'imprudent usage de la pratiquer dans l'enceinte des villes, le docteur Noublet disait aussi qu'il obtenait les mêmes effets des émétiques et des purgatifs; il disait qu'il faisait avorter la petite vérole à volonté, et par avorter, il entendait bien lui enlever son éruption.

Tant de bruit et d'assurance finit par émouvoir les sociétés savantes. En 1774, la faculté de médecine de Paris mit au concours cette question assez mal tournée : « La petite vérole étant déclarée, y a-t-il « quelque moyen d'enlever l'activité de son virus? »

Nous ignorons comment il y fut répondu, et le nom du vainqueur, s'il y en eut un. Mais ce que nous savons bien, c'est que les bons es-

prits se riaient de tant de prétentions. Faire avorter la petite vérole, disait Bordeu, autant prétendre arrêter les progrès de l'âge et retenir les hommes dans une jeunesse éternelle.

Nous sommes plus modestes que nos devanciers: nous avons renoncé à modifier l'économie pour atteindre les pustules; il est un chemin plus court et moins périlleux, c'est d'agir sur les pustules elles-mêmes.

Au reste, cette idée même n'est pas de notre temps; nous ignorons jusqu'où l'érudition pourrait la faire remonter: nous savons seulement qu'elle est très-nettement exprimée dans Raillon, témoin ce remarquable passage.

« Etenim dum quædam tempestas sæviret, pustularum et eruptio-« num ferinarum ferax, aborti sunt tumores et dolores in variolis, quæ « pueros necabant corruptis partibus solidis: itaque in eam itum est « sententiam, ut emplastrum de Vigo cum mercurio applicaretur, aliis « litus levis ex hydrargiro fieret: mirum in modum id remedii pro-« fecit. Id quod non negligi debet, ne tam facilis et ad manum parati « remedii contemptus calamitatem ægris afferre videatur. »

Dès 1579, Baillou connaissait donc le traitement abortif des pustules de la variole et l'utilité dont y était le mercure. Après Baillou ce traitement tomba dans l'oubli comme tant d'autres; il y resta près de deux siècles. Ce n'est que vers 1764, que Zimmermann y est ramené comme par hasard. Une grande dame portait, pour de bonnes raisons, un emplâtre de *vigo* sur certaines parties du corps; après salivation, cette dame eut la petite vérole. Or tout le corps se couvrit de pustules excepté l'endroit défendu par l'emplâtre. La leçon ne fut pas perdue. Rosen couvrit le visage d'un variolé avec un emplâtre mercuriel, et la petite vérole se détourna. Henri Sulzer imita la même pratique, il eut le même succès.

Vous croyez peut-être que le traitement abortif de la variole est retrouvé, il se perd encore une fois. A la vérité, lorsque Zimmermann écrivait, l'inoculation commençait à être goûtée, et cette méthode, en dépouillant pour le coup la variole de la plus grande partie de son éruption, rendait le traitement abortif sans intérêt.

52 ans après, de 1764 à 1816, deux médecins à la fois font revivre ce traitement; mais ils le créent plutôt qu'ils ne le tirent de l'oubli. Ni M. Serres, ni M. Bretonneau n'avaient conservé le moindre souvenir des paroles de Baillou ou du fait de Zimmermann.

Il n'y a là rien qui doive surprendre. Ce n'est pas la première fois que la même invention serait née des mêmes besoins. Encore bien moins s'étaient-ils communiqués. Il y a d'ailleurs quelque différence dans les vues et dans les procédés des deux inventeurs. M. Serres, frappé des traces d'inflammation que la petite vérole laisse dans le cerveau de ceux qu'elle tue, s'imagina que si on parvenait à éteindre la pustule à la face, on empêcherait l'inflammation de monter. Il employait à cet usage un pinceau de charpie trempé dans une solution de nitrate d'argent. M. Bretonneau ne portait pas ses vues au-delà des pustules: il ne voulait qu'en prévenir le développement pour en prévenir les conséquences, principalement sur les yeux et sur les paupières: on connaît son procédé; il emportait avec les ciseaux le sommet des boutons naissants, et touchait la surface des plaies avec un crayon de nitrate d'argent.

Des élèves jaloux de la gloire de leur maître, se sont disputé la priorité de la méthode. M. Velpeau est pour M. Bretonneau; M. Gariel tient pour M. Serres. Encore une fois, nous ne contestons les titres ni de l'un, ni de l'autre. Nous avons dit qu'il y a deux inventeurs; il y en a même *trois*. En cautérisant la pustule vaccinale, Jenner nous a appris à cautériser la pustule de la variole. Or, Jenner cautérisant la pustule, pour peu qu'elle dépassât les bornes d'une inflammation ordinaire, persuadé que cette inflammation étant inutile à la préservation, il fallait tout faire pour en épargner la douleur au malade.

Mais les caustiques ne sont pas les seuls moyens de réprimer les pustules de la variole. On se sert aussi du mercure. De temps immémorial on a proposé le mercure pour corriger ce qu'il y a de vénéneux ou de malsain dans les maladies virulentes. On ne pouvait oublier la petite vérole. Un médecin russe, du nom de Van Voisen ou Van Voerstel, a eu l'idée de le mêler, on ne sait trop en quel état, avec le virus varioleux, et il a prétendu que la variole en vient beaucoup plus douce. Baillou et Zimmermann en ont observé les effets en topique.

Après ces grands maîtres, le sens pratique de M. Serres nous reste encore ici à voir. Malheureusement, il ne nous a pas fait connaître sa pratique: elle ne nous est connue que par ses élèves. M. le docteur Gariel en a parlé plusieurs fois dans sa dissertation inaugurale, dans les *Archives de médecine*, et plus récemment dans une lettre à l'Académie. Son enthousiasme est toujours le même. Non-seulement il confirme l'action du mercure contre les pustules naissantes, mais il l'étend jusqu'à la suppuration.

Toutefois, ce serait méconnaître, à notre sens, l'esprit de la méthode et en manquer le but que de la remettre si loin. La variole en suppuration est trop avancée pour être arrêtée; elle existe avec toutes ses conséquences.

En général, plus l'irruption est récente, plus elle est faible et facile à vaincre. L'art conserve ses avantages jusqu'au cinquième ou sixième jour. Il est même des médecins qui en présument mieux et qui en étendent l'empire jusqu'au septième ou huitième; mais il est imprudent d'attendre jusque-là.

Entre le premier et le cinquième jour, de deux choses l'une: ou les papules s'en vont par résolution, ou elles se transforment en vésicules ou en tubercules.

Du sixième au neuvième, on parvient difficilement à prévenir la suppuration ou à l'arrêter.

Enfin, plus on attend et moins on obtient; et d'autre part, plus les pustules sont avancées, moins il importe de les modifier et d'en changer le cours.

Tel est, en abrégé, l'effet le plus ordinaire de l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*. C'est le moyen le plus employé, quoiqu'il ne soit ni le plus commode, ni le plus simple.

Il est difficile de le maintenir en contact immédiat avec la peau, et la composition en est telle, qu'après la réduction que Baumé lui a fait subir, il contient encore trente substances. Mais il ne tient ses propriétés que d'une seule, le mercure. Et, en effet, toutes les préparations mercurielles ont à peu près les mêmes avantages et pourront se suppléer. Aussi trouve-t-on des médecins qui n'y font point de différence.

D'autres, non moins dignes de foi, M. Piorry, entre autres, affirment que les onctions graisseuses, sans mercure, rendent le même service. Enfin, il en est qui se contentent de mettre les pustules à l'abri de la lumière et du contact de l'air; ils sont d'avis que de même que la plante, l'éruption varioleuse fleurit et prospère au soleil et au grand air; qu'elle se fane et se flétrit au froid et dans l'ombre; mais les précautions sont trop faibles pour lutter contre la force qui anime les pustules et les pousse à suivre leurs périodes.

Enfin, M. le docteur Lerylier, de la Meurthe, leur oppose le collodion, et produit une observation à l'appui de sa nouvelle pratique. M. Simonin l'a répétée; mais il n'a pas été si heureux. M. le docteur Boinet propose la teinture d'iode selon la formule que nous transcrivons:

Teinture d'iode. . . . . . . 30 grammes.
Iodure de potassium . . . . 2 grammes.

On badigeonne avec un pinceau la partie qu'on veut préserver, matin et soir, et à deux ou trois reprises. On continue la même manœuvre pendant trois ou quatre jours. Elle n'est pas douloureuse, elle a toujours réussi à M. Boinet, il ne lui connaît aucun inconvénient.

Tels sont à peu près tous les procédés d'avortement des pustules varioleuses venues à notre connaissance. Chacun a ses avantages; aucun n'est souverain. La cautérisation ne peut être remplacée dans la répression des pustules qui se produisent sur le globe de l'œil ou sur le bord libre des paupières. Et c'est peut-être le seul cas où le traitement abortif ait une utilité bien réelle. Partout ailleurs on a le choix, mais quel que soit celui qu'on adopte, quelque soin qu'on mette à son application, il ne faut pas se flatter d'un succès trop complet. Il se trouve quelquefois dans les pustules de la variole une force, une sève que rien ne peut dompter; tout au plus si on parvient à la réduire et à l'atténuer.

Reste une dernière question, la plus grave et la plus délicate de toutes sans comparaison. Quel sera, en fin de compte, le résultat de tous ces essais d'avortement, non plus sur les pustules, mais sur l'issue de la variole et sur la vie des malades? Le hasard voulut que M. Serres inaugurât sa nouvelle pratique par une suite de succès inouïs; de vingt-quatre varioles confluentes, il en sauva vingt-trois; tellement que les élèves, témoins de ces prodiges, ne mirent plus de bornes à leur enthousiasme. L'un d'eux publia que la méthode *ectrotique* était plus précieuse que la vaccine. M. Serres réprima tant d'exaltation. Son excellent esprit le défendit contre les piéges de l'amour-propre. Peu s'en faut que M. Briquet n'ait été dupe de la même illusion: lui aussi guérit les premières variolés confluentes qu'il traita par les topiques mercuriels. La fortune joue quelquefois de ces tours aux inventeurs comme pour éprouver leur raison et leur apprendre à se tenir sur leurs gardes.

Quel que soit l'effet de la cautérisation ou des onctions mercurielles, elle n'agit manifestement que sur la peau. Ce qu'elle peut faire de

plus efficace, c'est d'en détourner ou d'en atténuer l'éruption; mais ce n'est pas apparemment la seule cause de mort, il en est une autre contre laquelle le traitement ne peut rien; il ne peut rien contre les pustules de l'intérieur des voies aériennes, et c'est peut-être la cause la plus commune des terminaisons funestes de la variole. Il est certain que beaucoup de varioleux périssent d'asphyxie.

Et d'autre part, il ne faut pas croire que toute la petite vérole soit à la peau. Avant d'être à la peau, elle est dans le sang. Il en est des virus comme des poisons. Pris par les absorbants, l'arsenic passe dans le sang, et avec le sang dans les chairs, où le médecin, docile aux ordres de la justice, va le chercher pour confondre le crime. Découverte admirable qui suffirait à elle seule pour immortaliser le nom d'Orfila.

Hygiène domestique.

FORMULE D'UNE BOISSON ÉCONOMIQUE.

L'extrême cherté du vin depuis plusieurs années a nécessairement dû porter les esprits vers les boissons économiques. Nous croyons que l'hygiène est à la veille d'une grande découverte relativement à ces boissons; en attendant que notre espérance se réalise, voici une formule publiée par un pharmacien distingué qui paraît être une des meilleures parmi celles qui sont connues.

Cette formule a été publiée dans une lettre au rédacteur du *Journal de Chimie* à la date du 19 septembre 1354.

« Les renseignements qui nous parviennent de tous les points de la France attestent que les vendanges prochaines produiront peu de vin, et que les fruits à cidre seront bien loin de répondre aux besoins de la consommation. En présence d'une disette de boisson semblable à celle qui se prépare, on doit rechercher des formules de liqueurs fermentées économiques et salubres, susceptibles d'être employées, et c'est un devoir pour ceux qui les connaissent de les propager.

« Guidé par ces considérations, j'ai compté sur votre concours pour vulgariser la recette suivante d'une boisson si économique que son prix de revient ne dépasse pas 3 centimes le litre; ses qualités sont telles, que je la préfère de beaucoup aux cidres acides de notre pays, ou aux vins frelatés et plus coûteux livrés encore aujourd'hui à la consommation. Je fais usage de cette boisson, véritable bière économique, depuis plus d'une année. Depuis ce temps aussi son usage se répand dans notre ville, et je pourrais citer aujourd'hui plus de cinquante ménages qui la consomment, en se promettant bien de n'en employer jamais d'autre. Voici comment elle se prépare et son prix de revient :

Houblon	250 grammes.	» fr,	75 c.
Mélasse des colonies	3,000 —	2	10
Levûre de bière	150 —	»	25
Eau.	110 à 120 litres.		
Prix de revient.		3 fr.	10 c.

« On fait infuser le houblon pendant une demi-heure sur le feu, dans l'eau (un seau ou 10 litres environ) que l'on tient toujours presque bouillante; on passe la liqueur à travers un linge ou un tamis, et l'on y délaye la mélasse. On recommence une nouvelle immersion du houblon dans une nouvelle quantité d'eau chaude, pour l'épuiser complétement de ses principes solubles et aromatiques; on coule encore la liqueur, et après l'avoir réunie à la première, on l'introduit dans le tonneau que l'on achève de remplir avec de l'eau, dans les dernières parties de laquelle on prend le soin de délayer la levûre de bière.

« La fermentation s'établit en trois ou quatre jours en été, et quinze ou vingt en hiver. Dans cette saison, on peut activer la préparation de cette boisson en délayant la levûre de bière dans l'infusion encore légèrement tiède de houblon, l'introduisant dans le tonneau, plein à moitié. On le remplit en y versant chaque jour un seau d'eau chauffée à 50°. Dans ce cas, la boisson est prête après cinq à six jours.

« Si l'on tenait à avoir une boisson gazeuse, il suffirait de tirer à clair le liquide et de le mettre en bouteille lorsque la fermentation est commencée depuis deux ou trois jours. Néanmoins, pour les besoins ordinaires des ménages, il vaut mieux n'en tirer qu'au fur et à mesure du besoin, car elle se conserve bien dans les fûts en vidange pendant un mois ou six semaines.

« Le goût de la mélasse que cette bière conserve durant les premiers jours de sa préparation, disparaît pendant l'accomplissement de toutes les phases de la fermentation. Si ce goût répugnait à quelques personnes, et je ne crois pas que le nombre en soit grand, elles pourraient user de la recette suivante, plus coûteuse, il est vrai, mais qui donne des produits excellents et susceptibles d'une longue conservation (le mode de préparation est le même) :

Houblon.	300 grammes,	« fr.	90 c.
Cassonade blonde.	2,500 —	3	50
Levûre de bière.	150 —	»	25
Caramel nécessaire pour colorer.	75 —	»	15
Eau.	110 à 120 litres.		
Prix de revient.		4 fr.	80 c.

« Cela fait donc de la bière à 4 centimes le litre. En portant à 3 kilogrammes la proportion de cassonade, on obtiendrait une bière qui ne reviendrait qu'à 10 centimes le double litre, et qui serait souvent préférable à celle de certains établissements publics, car sa saveur, sa potabilité et ses qualités hygiéniques sont toujours parfaites. »

« Recevez, etc.

E. MARCHAND, pharmacien.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Par décret, en date du 5 courant, M. *Natalis* GUILLOT est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

— On lit dans *la Presse* :

« Le choléra avait déjà fait quelques victimes à Bellune (Italie), quand tout à coup les pensionnaires du collége tombèrent tous malades. Les médecins déclarèrent que c'était une invasion du fléau, et soignèrent les jeunes gens en conséquence. Cinquante d'entre eux succombèrent. A l'autopsie, on découvrit que la cause de la maladie se trouvait dans l'emploi de la petite ciguë, qu'un ignorant cuisinier avait prise pour du persil. »

Nous devons ajouter, à propos du choléra, que les bruits qu'on a fait courir touchant l'existence de l'épidémie à Paris, sont heureusement dénués de tout fondement. Il n'y a même de choléra à notre connaissance dans aucune ville de France.

BIBLIOGRAPHIE.

— *L'Electricité* appliquée au traitement curatif des névralgies, des rhumatismes, des paralysies, des tumeurs, etc., par le docteur Th. Briand, médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice des scrofuleux de Rennes; 1 vol. in-12. Prix : 3 fr.

Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés (état physiologique du muguet, pouls entérite, ictère), par V. Seux, médecin en chef de l'Hospice de la Charité, professeur suppléant à l'école préparatoire de pharmacie et de médecine de Marseille. Paris, 1855; 1 vol. in-8 de 290 pages. Prix : 4 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de Médecine, 19, rue Hautefeuille.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de *l'huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix, 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX, recevront gratuitement cet ouvrage.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 83. 3e ANNÉE. Mercredi 11 Juillet 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS — 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les malades chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la Gastralgie.

(*Suite.* Voir t. II, nos 145, 153; t. III, nos 2, 11, 21, 26, 30, 35, 50, 55, 57, 59, 70, 74, 78.)

Observation XVIII. — Mademoiselle de B..., âgée de vingt-deux ans, est née d'une mère qui a été chlorotique et hystérique, et d'un père très-nerveux, très-irritable, d'une imagination très-exaltée; elle a eu de nombreuses convulsions pendant les deux premières années de sa vie ; à l'âge de sept ans elle a été atteinte d'une chorée qu'on traita avec succès par le fer, la valériane, la gymnastique et les bains froids. A quatorze ans un premier écoulement menstruel, facile et abondant, eut lieu brusquement ; mais ensuite, et pendant plusieurs années, les époques furent très-irrégulières et accompagnées de vives douleurs. A l'âge de dix-sept ans (1848), développement d'une chlorose qui a été souvent améliorée mais jamais définitivement et complétement vaincue par le fer, les bains de mer, les eaux d'Ems, etc.

En 1850, accidents hytériformes qui graduellement se sont transformés en une hystérie des plus caractérisées. Des accès très-violents et très-prolongés ont lieu à chaque période menstruelle ou bien sous l'influence d'une peur, d'une contrariété, d'une perturbation morale quelconque. Les digestions ont commencé à se troubler dès 1849; à cette époque, l'appétit est devenu capricieux ; la malade avait un profond dégoût pour les viandes et ne recherchait que le laitage, la salade, les fruits verts, les crudités ; en 1850, douleurs gastralgiques violentes après les repas ; parfois vomissements alimentaires.

En mars 1853, mademoiselle de B... vient à Bellevue dans l'état suivant : Amaigrissement considérable ; aspect chlorotique ; bruits caractéristiques dans les vaisseaux du cou ; palpitations fréquentes; essoufflement facile; accès hystériques fréquents et d'une grande violence. Alimentation irrégulière et presque nulle ; la malade ne mange, dans les vingt-quatre heures, que quelques gâteaux, une tasse de lait, un fruit. Douleurs gastralgiques incessantes, souvent accompagnées d'un hoquet très-pénible et qui se prolonge pendant plusieurs heures; constipation opiniâtre; dysménorrhée.

Huit mois de traitement ont amené une guérison complète. La menstruation a commencé par se régulariser; les attaques hystériques ont diminué de fréquence, d'intensité, et ont fini par disparaître ; l'appétit est devenu alors plus vif et plus régulier, l'alimentation a pu être ramenée à ses conditions normales, et la gastralgie s'est évanouie avec les douleurs stomacales, le hoquet, la constipation et l'anémie.

Nous publierons dans notre prochain fascicule de nombreuses observations dont les nosographes apprécieront l'intérêt, non moins que les cliniciens. Les premiers y trouveront la description de formes hystériques aussi graves et rebelles que bizarres, exceptionnelles, extraordinaires ; les seconds constateront la remarquable efficacité de l'hydrothérapie contre l'une des maladies les plus réfractaires à l'action des agents médicamenteux contre l'une des causes les plus fréquentes de gastralgie chez la femme.

Observation XIX. — Eugénie H... est âgée de quatorze ans ; elle a eu la coqueluche et la rougeole, mais ces maladies enfantiles ont été bénignes et n'ont point laissé de traces après elles, de telle sorte que l'enfant a eu une santé excellente jusqu'à onze ans; elle est forte, robuste et présente des caractères extérieurs qui se rapportent au tempérament appelé par les auteurs bilioso-sanguin. En 1851 les digestions ont commencé à se troubler; sans avoir commis d'excès ou d'écarts d'alimentation, sans cause appréciable, l'enfant a eu, dans le courant de l'année, plusieurs indigestions qui l'ont fait taxer de gourmandise. En 1852, des douleurs gastralgiques, accompagnées d'anorexie, ont été accusées à plusieurs reprises; trois ou quatre fois l'on a observé tous les signes de l'embarras gastrique et l'on a prescrit soit un vomitif, soit un purgatif, moyen qui a toujours fait disparaître ces accidents pour deux ou trois mois. En 1853, les douleurs gastralgiques sont devenues beaucoup plus fréquentes et plus intenses ; elle reparaissaient par accès sous forme de *crampes d'estomac*, se montraient soit avant, soit après les repas et parfois pendant la nuit; l'on a cru à la présence d'entozoaires et l'on a prescrit, plusieurs fois et sans aucun succès, divers vermifuges. Des douleurs névralgiques se sont manifestées en divers points et ont été considérées comme rhumatismales.

Au commencement de 1854 les indigestions, ou pour parler plus exactement, les vomissements alimentaires sont devenus fréquents; l'enfant a beaucoup maigri, elle est devenue capricieuse, nerveuse, irritable; elle ne peut rien manger sans éprouver de violentes douleurs gastriques, et c'est dans ces conditions qu'elle est amenée à Bellevue, au mois de mai, présentant dans les vaisseaux du cou des bruits chlorotiques très-marqués. Le traitement est commencé le 17 mai, et dans les premiers jours de juin les accidents gastralgiques commencent déjà à s'amender; l'appétit devient très-vif, régulier, et les digestions sont meilleures. Au commencement de juillet il se manifeste une vulvite qui résiste aux émollients et aux antiphlogistiques et ne cède, au bout de trois semaines, qu'à des applications réitérées de nitrate d'argent en solution et en crayon.

En septembre la santé de mademoiselle H... est parfaite; l'état des fonctions digestives ne laisse rien à désirer, les bruits de souffle ont complétement disparu.

Le 9 octobre, la première apparition des règles s'effectue brusquement et facilement; depuis ce jour, la menstruation a été régulière, médiocrement abondante et sans aucune douleur.

Mademoiselle H... quitte Bellevue, le 9 décembre, dans un état de santé parfait qui ne s'est pas démenti.

J'ai établi dans mes précédentes publications, par des observations concluantes, la remarquable efficacité de l'hydrothérapie contre la chlorose confirmée; j'ai montré que cette médication puissante réussit là où ont échoué le fer, les bains de mer, les eaux thermales, tous les agents hygiéniques (1), et qu'elle constitue ainsi un remède héroïque qu'on ne saurait assez mettre en usage quand il s'agit de combattre la chloro-anémie, c'est-à-

(1) Mémoire sur l'emploi des douches froides excitantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie. *In Arch. géné. de médecine*, 1851; *Traité d'hydrothérapie*, page 225.

dire l'une des causes les plus communes de gastralgie, comme de toutes sortes de névralgies, viscéralgies, névroses, en un mot de mille et une perturbations nerveuses. Cette action de l'eau froide, qui avait été à peu près complètement inconnue par les hydropathes priessnitziens, n'est plus contestée aujourd'hui.

L'observation qu'on vient de lire a un double intérêt se rattachant à une double action prophylactique et curative.

Tous les praticiens savent avec quelle fréquence l'on rencontre chez les jeunes filles, vers l'époque de la puberté, des accidents gastralgiques et nerveux dont on cherche la cause bien loin, tandis que dans la grande majorité des cas elle doit être rattachée à une chlorose commençante, liée elle-même aux phénomènes organiques et fonctionnels qui précèdent et préparent l'établissement de la menstruation.

Si, chez notre jeune malade, l'intervention de l'hydrothérapie n'avait point eu pour résultat de modifier l'innervation de manière à rétablir dans leur intégrité les fonctions de digestion et de nutrition, d'imprimer à la circulation capillaire une activité salutaire, très-certainement la chlorose, annoncée par les bruits vasculaires, n'aurait point tardé à se développer.

Appliquée avec méthode et discernement aux jeunes filles, l'hydrothérapie est le plus sûr moyen de faciliter l'établissement de la menstruation et d'éviter les accidents qui l'accompagnent si souvent. J'ai dit ailleurs :

« Substituer au tempérament lymphatique un tempéra-
« ment sanguin acquis; prévenir les affections scrofuleuses;
« favoriser le développement physique et intellectuel de l'en-
« fant; rendre facile l'établissement de la puberté, de la men-
« truation; éloigner les causes les plus fréquentes de l'hystérie,
« de la chlorose, d'un grand nombre de maladies nerveuses, de
« la grossesse pénible, de l'avortement : tels seraient les résul-
« tats produits par l'introduction des applications froides dans
« l'hygiène de l'enfance (2). »

Mes observations ultérieures n'ont fait que confirmer la justesse et l'importance de cette proposition.

Observation XX. — M. L..., frère d'un très-distingué médecin de La F..., est âgé de quarante-six ans; il a été nourri sous la surveillance de sa mère par une bonne nourrice, et pendant toute sa première enfance il a été fort bien portant. Il a eu la rougeole vers l'âge de 5 ou 6 ans et une maladie d'environ un mois sur laquelle il ne peut donner aucun détail. Jusqu'à l'âge de seize ans, santé parfaite. De seize à dix-neuf se manifeste une affection que M. L..... appelle une *maladie de l'épine dorsale*, d'après le dire des médecins consultés à cette époque et sur laquelle il fournit les renseignements suivants : Aucune cause appréciable, pas de coups, pas de chutes; il n'habitait pas un logement humide ; il était adonné à la masturbation, mais sans excès ; il n'y avait pas et il n'y avait jamais eu de tuméfaction ganglionnaire autour du cou, pas d'éruptions du cuir chevelu, ni à la face, ni dans le nez ; pas d'affections des yeux ni des oreilles, etc.

M. L..... était au collége depuis cinq années quand cette affection s'est déclarée ; la nourriture du collége était extrêmement mauvaise et même insuffisante ; il n'y a néanmoins jamais perdu l'appétit ni souffert de l'estomac ; cependant les aliments lui inspiraient du dégoût et il ne les mangeait qu'à défaut d'autres. Vers l'âge de seize ans, M. L.... commença à éprouver, sans autres symptômes, une sensation de picotement à la partie inférieure du *mollet droit* (non dans les pieds ni les orteils) qui se répandit graduellement dans la partie supérieure de la cuisse; elle prit en même temps plus d'intensité et le caractère d'une douleur que M. L.... ne peut définir. Elle s'étendait comme une corde étroite du mollet à la fesse droite, suivant une direction que le malade indique et qui est exactement celle du nerf sciatique. Au repos, elle était faible, mais à de certains mouvements elle se réveillait tout à coup, comme un trait, dit le malade, qui se serait élancé du mollet à la fesse. Tous les mouvements s'exécutaient normalement, sauf quelques-uns que la douleur rendait difficiles. Lorsque, par exemple, M. L... appuyait le pied, dans la marche, la douleur s'exaspérait et il boitait; il ne pouvait plier la jambe et se mettre à genoux qu'avec toutes sortes de précautions et non sans de vives souffrances. Les choses en vinrent au point, qu'il ne put plus marcher sans béquilles, mais il se rappelle très-bien que la douleur seule, et non la faiblesse, en était la cause. Pendant la marche, M. L... pour diminuer la douleur fléchissait le corps sur le bassin et l'inclinait du côté droit; mais lorsqu'il s'asseyait, le tronc reprenait sa rectitude, et M. L.... affirme que cette déviation était volontaire et avait pour but de rendre les souffrances moins intolérables. Toutefois, il arriva qu'au bout de dix-huit mois ou deux ans la colonne vertébrale s'incurva réellement, formant une courbe à convexité gauche, à concavité droite, d'après la constatation des médecins, mais sans aucune tuméfaction ou proéminence des apophyses épineuses et surtout sans aucune douleur du côté du rachis. Cette déviation de la taille ne coïncidait avec aucun signe de paralysie du côté des membres pelviens, de la vessie ou du rectum ; le membre inférieur gauche n'était le siége d'aucune souffrance ; la douleur du membre inférieur droit conservait le même siége, le même caractère et la même direction. — D'ailleurs, la santé générale, l'appétit, les digestions, etc., n'avaient subi aucune modification appréciable. M. L.... fut traité par deux médecins successivement ; il ne se rappelle pas l'opinion du premier ; le second considéra son affection comme un ramollissement des os du rachis. Le traitement consista en un vésicatoire à chaque mollet, entretenu pendant quinze jours environ; des bains sulfureux, trois moxas en arrière du grand trochanter, puis quatre cautères le long de la colonne lombaire. Aucun traitement interne. On confina plus tard M. L.... au lit où il resta six mois le corps toujours étendu.

La douleur de la jambe disparut graduellement, et au bout de six mois la déviation n'existait plus; on fit alors lever et marcher M. L... en le munissant d'un corset. A l'âge de dix-neuf ans, guérison complète.

La santé générale n'avait jamais subi la moindre altération.

De vingt-trois à vingt-cinq ans, M. L... est clerc chez un notaire et soumis à de nombreuses irrégularités dans les heures des repas; fort souvent, après avoir longtemps supporté la faim, il ne peut plus manger en se mettant à table. C'est à cette cause que M. L... attribue des douleurs d'es- tomac qu'il éprouva alors et qu'il compare à des crampes : elles étaient passagères, précédaient d'ordinaire le repas, et diminuaient après l'ingestion des aliments. Il les calmait facilement, en prenant un peu d'éther sur du sucre. D'ailleurs, aucun autre symptôme ne les accompagnait ; les digestions se faisaient bien ; la santé générale restait bonne ; M. L... ne maigrissait pas, ne pâlissait pas, restait fort et gai. Ces accidents se firent sentir pendant trois ou quatre ans.

Depuis leur guérison, qui fut spontanée, jusqu'à l'époque actuelle, M. L... ne se rappelle aucune affection ni même aucune indisposition marquée, si ce n'est un léger intertrigo des cuisses, du scrotum et de l'anus. Il n'a jamais eu d'affections vénériennes. Il n'a jamais fait d'excès d'aucune nature. Sa nourriture a été constamment très-bonne, son habitation très-saine.

M. L... est chasseur ; habituellement il chassait au voisinage de son habitation, sans beaucoup de fatigue et en conservant de la régularité dans son régime. Mais il y a huit ans, ayant acquis une chasse assez éloignée de chez lui, ses habitudes régulières furent dérangées. Trois ou quatre fois par semaine, M. L... partait le matin et ne rentrait que le soir. Au départ, vers six ou sept heures, il déjeunait copieusement comme il l'eût fait à onze heures, et restait ensuite sans manger jusqu'au repas du soir. Pendant cet intervalle, M. L... souffrait réellement de la faim. D'abord les digestions et l'appétit n'en furent pas modifiés; mais bientôt M. L.., s'aperçut que l'appétit, très-vif dans le milieu du jour, pendant la chasse, se perdait quand venait enfin l'heure de manger; plus tard, les digestions devinrent moins faciles, certains mets fatiguaient M. L... ; les radis, par exemple, déterminaient des rapports. Au bout de deux ans de ce régime, il s'établit une diarrhée qui persista cinq ou six mois, et que rien ne put arrêter, M. L... allait sept ou huit fois à la selle par jour, et rendait des matières liquides, jaunâtres et mousseuses, fréquemment mêlées d'aliments non digérés, principalement de fruits ou de légumes, mais assez souvent aussi de viandes. Par la suite, ce dévoiement s'arrêta spontanément; mais il resta toujours une tendance à la diarrhée au moindre écart de régime, et des borborygmes presque continuels. D'ailleurs, M. L... n'éprouvait aucun symptôme appréciable du côté de l'estomac, et l'appétit même restait bon.

M. L... qui jusque-là avait été fort, doué d'un grand embonpoint et d'un caractère gai, maigrit considérablement, perdit ses forces, pâlit, et il se manifesta un état nerveux et hypochondriaque.

Pendant longtemps M. L... ne fit aucun traitement ; on n'opposa à sa maladie que des moyens empruntés à l'hygiène, au régime, à l'exercice; fatigué enfin de leur inefficacité, il prit la résolution de s'adresser aux médecins les plus éminents de Paris, et, à cet effet, en 1851, il sollicita les conseils de MM. Gendrin et Rostan, dont voici les consultations.

« Monsieur qui nous consulte est âgé de quarante-deux ans; il paraît

(2) *Traité d'hydrothérapie*, page 419.

d'une belle constitution. Il y a dix ans, M. a été affecté de crampes d'estomac pendant un temps assez long, que le malade ne précise pas. Il y a deux ans M... a été pris de douleurs d'estomac continuelles, jointes à une habitude de selles molles. Depuis sept mois, les selles sont revenues aux conditions physiologiques, mais les digestions restent pénibles, accompagnées d'une douleur gravative à l'estomac et d'énuctations insipides.

« M... est dans un état de nutrition assez actif pour son âge ; l'épigastre est indolent; le bord du foie, au collet de vésicule du fiel, se suit sans présenter de bosselures et d'inégalités dans la forme, à deux travers de doigt sous les fausses côtes.

« M... porte depuis six à sept ans une éruption prurigineuse très-superficielle au scrotum, au périnée et à la marge de l'anus; la peau de ces régions est injectée, légèrement furfuracée et scoriée très-superficiellement par le gratter du malade.

« M... est évidemment affecté d'une dyspepsie cardialgique chronique, dont le gonflement sushépatique du col de la vésicule est le résultat. Il a de plus un pytyriasis du périnée et du scrotum qui n'est qu'un épiphénomène de l'affection chronique de l'estomac.

« Nous conseillons à Monsieur :

« 1° D'aller passer deux saisons aux eaux minérales naturelles de Vichy pour y prendre les eaux à l'intérieur et en bains, sous la direction de M. le docteur Prunelle;

« 2° Se nourrir exclusivement de viandes grillées et rôties, de poisson frais, de légumes frais cuits au jus ou au beurre frais. — S'abstenir de soupe, de potage, de bouillon, de légumes farineux, de sucre, de crudités, de tous les aliments cuits ou préparés au vinaigre, au beurre roux, aux sauces aromatiques, etc.

« Boire aux repas de l'eau minérale naturelle de Vichy de l'hôpital, coupée avec un tiers de bière bien fermentée. — S'abstenir de vin, de thé, de café, de liqueurs, etc.

« 3° Un quart d'heure avant chaque repas, Monsieur prendra une dose de la poudre suivante, et immédiatement après un demi-verre d'eau minérale naturelle de Vichy.

Prenez : poudre d'yeux d'écrevisses. 10 grammes.
Sous-nitrate de bismuth. . . . 8 —
Poudre de noix vomique. . . . 1 —

« Triturez et divisez en vingt doses.

« 4° Prendre tous les jours un bain rendu alcalin avec le sel suivant :

Prenez : carbonate de soude anhydre. 100 grammes.
Sulfate de soude anhydre. . . . . 60 —
Chlorure de sodium. . . . . . 50 —

« Pour un bain.

« La durée des bains sera de deux heures, et tous les dix jours on les suspendra pendant cinq jours.

« 5° Faire le matin et le soir, sur la partie malade, au périnée et sur le scrotum, une onction avec le volume d'une petite noisette de la pommade suivante :

« Prenez : axonge . . . . . . 25 grammes.
« Azotate d'hydrargère cristallisé. 50 centigrammes.
« Triturez.

« 6° Faire tous les jours de l'exercice en plein air, mais sans aller jusqu'à la fatigue, surtout après les repas.

« Éviter dans tous les cas de se livrer à aucun exercice intellectuel après les repas, et au moins pendant deux heures après l'ingestion des aliments.

« Il est impossible d'attacher à la maladie de Monsieur un pronostic dangereux. Cette maladie guérira très-facilement par toute médication établie sur les indications de la curation formulée (*sic!*)

« *Signé :* GENDRIN, d. m.
« *Méd. de l'hôpital de la Pitié.* »

« *Gastralgie.* — 1° Infusion de fleurs de pêcher;

« 2° Un gramme de magnésie décarbonatée en deux prises; une le matin et l'autre le soir.

« 3° Trois bains de Baréges artificiels par semaine;

« 4° Eau de Saint-Galmier dans les repas;

« 5° Tous les soirs, lotions à la marge de l'anus et sur la peau des bourses avec :

« Prenez : liqueur de Van Swieten. . 500 grammes.

« Imbibez une éponge avec cette solution et lavez légèrement.

« 6° Régime doux et modéré; éviter tous les excitants.

« ROSTAN. »

En 1852, le malade réclame l'avis de M. Trousseau, qui écrit la consultation suivante :

« *Troubles gastriques assez fréquents.* — *Diarrhée.* — Tous les mois, pendant dix jours, prendre, aux deux repas principaux, un paquet de 50 centigr. de sous-nitrate de bismuth.

« Les huit jours suivants, au déjeuner et au dîner, un verre d'eau de Vichy (source de la Grande Grille).

« Tous les trois mois, à la suite de l'eau de Vichy, prendre pendant quinze jours, au dîner, un verre à liqueur de vin de quinquina.

« Régime varié, mi-partie végétal et animal ; pourtant on diminuera la proportion des végétaux quand la tendance à la diarrhée sera plus manifeste.

« A. TROUSSEAU,
« 52, rue Basse du Rempart. »

Enfin, en 1853, M. Chomel intervient.

« *Dyspepsie flatuleule.*—Monsieur réduira à huit heures au plus le temps qu'il passe au lit.

« Il prendra le matin, à jeun, un simple bouillon.

« Il boira à ses repas de l'eau de Bussang avec le vin.

« Il déjeunera assez légèrement pour que le dîner devienne le meilleur repas.

« Pas de viande de boucherie le matin; se régler sur le pain; un quart de livre par exemple à chaque repas.

« Il dînera à son appétit, mais en évitant les sauces, les ragoûts, les fritures, le beurre noir, les viandes lourdes, rognons, foie, etc.

« Il fera tous les jours de l'exercice, soit à la chasse dans la saison, soit au jardinage. La menuiserie, le tour lui conviendraient encore beaucoup; le jeu de billard, etc.

« Enfin, en raison de l'affection herpétique, dont Monsieur est atteint, il conviendra qu'il se rende cette annnée aux eaux de Plombières, qu'il prendra en bains seulement, et qui conviendront également contre la dyspepsie dont il est affecté; il y mènera une vie très-active; s'abstenir de sucre et de choses sucrées; combattre la constipation, quand elle se prolonge au-delà de deux jours, par une ou deux cuillerées à café de magnésie dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

« Prendre une tasse de cette même infusion dans l'intervalle des repas, lorsque le désir de manger se fait sentir avant l'heure. »

CHOMEL.

Ces divers traitements n'ayant amené aucune amélioration, le malade prend le parti de recourir à l'hydrothérapie, et il vient à Bellevue le 18 mai 1855. On constate l'état suivant :

État actuel. — Teint peu coloré, diminution de la force musculaire. Pouls large, lent et très-mou; veines cutanées volumineuses et distendues; bruits du cœur réguliers, mais mous et à faible impulsion.

M. L... a généralement bon appétit, et il mange autant qu'une personne en bonne santé, en s'abstenant toutefois de légumes, de salade, de fruits, etc. Son régime est à peu près exclusivement animal. Après les repas, il n'éprouve ni douleur, ni gonflement à la région épigastrique; pas de sensation de brûlure, de nausées, de renvois acides, mais seulement des rapports gazeux et inodores accompagnées d'une abondante émission de gaz par l'anus. M... L. est *constamment tourmenté* par des borborygmes qui se font surtout sentir pendant la nuit. Il y a chaque jour régulièrement une selle composée de matières moulées, mais qui contiennent très-habituellement des aliments non digérés, surtout des fruits et des légumes, et assez souvent aussi de la viande même. Au plus léger écart de régime, si, par exemple, M. L... mange un peu trop de légumes et principalement de la salade, les borborygmes deviennent plus considérables, les selles sont liquides et les aliments passent sans avoir été digérés. D'ailleurs, jamais l'ingestion des aliments n'est suivie immédiatement de colliques ou du besoin d'aller à la selle.

Le ventre n'est pas douloureux à la pression. On n'y découvre, à la palpation, aucune apparence morbide ; tous les organes abdominaux, le foie, la rate, etc., paraissent dans leur état normal.

Les urines ne présentent rien de particulier. Il n'y a pas et il n'y a jamais eu de pertes séminales. Rien du côté des poumons.

M. L... a toujours été assez irascible, mais il l'est maintenant beaucoup plus qu'autrefois; les causes les plus futiles le jettent dans l'impatience. Jadis il était gai et aimable avec le monde; aujourd'hui il est morose, triste, fuit la société, sans cependant éprouver pour elle une répugnance trop vive. Il n'a jamais eu d'ailleurs de pensées de suicide. Il se préoccupe beaucoup de sa santé, en parle volontiers et avec détails, s'examine avec soin, s'inquiète des moindres symptômes; en un mot il est dans un état d'hypochondrie assez marqué. Insomnie habituelle. Pas de céphalalgie habituelle, pas de douleurs vagues ou névralgiques. La colonne vertébrale ne présente aucune apparence de déformation.

15 juin. M. L... se trouve généralement mieux depuis qu'il est soumis à l'hydrothérapie. Il a toujours des borborygmes, mais il peut

manger tous les aliments, même de la salade, sans éprouver de diarrhée comme au moment de son entrée. Il y a moins de renvois gazeux et les émissions de gaz par l'anus sont moindres. — L'état nerveux est meilleur quoique toujours grave, et M. L..., fréquente plus volontiers les autres pensionnaires. — Sa sœur, qui est venue le voir, le trouve plus gai.

4 juillet. Quelques petits furoncles se sont développés, un entre autres, placé sur le coccyx, a déterminé une lymphangite assez étendue qui a cédé à l'emploi topique du collodion. — M. L... éprouve une amélioration très-marquée, et c'est à peine si depuis un mois il a ressenti le moindre dérangement dans les digestions. — Les selles restent bien moulées, et M. L... n'y trouve plus d'aliments mal digérés; les borborygmes ne se montrent plus que très-rarement; l'état nerveux est généralement bon et le malade s'isole beaucoup moins, il vient volontiers au salon et cause avec plaisir. — Il se préoccupe moins de sa santé. — La coloration du visage est de beaucoup meilleure.

En un mot, la santé de M. L. est bonne, et un mois encore de traitement amènera et consolidera une guérison complète. (*Observation recueillie par M. le docteur* Landry.)

Voilà un nouvel exemple de gastro-entéralgie idiopathique qui ne reconnaît pas d'autre cause que des irrégularités de régime et qui, cependant persiste pendant plusieurs années, déjoue tous les efforts de la thérapeutique usuelle et ne cède qu'à l'eau froide.

De plus nombreuses observations fatigueraient le lecteur et ne lui apprendraient plus rien ; celles que nous venons de mettre sous ses yeux sont concluantes, non pas que nous n'ayions eu à enregistrer que des succès complets, et ici nous n'entendons point parler seulement des malades qui, par pusillanimité, par défaut de patience ont abandonné trop tôt un traitement qui les eût probablement guéris. Il est des gastralgies qui nous ont résisté; ce sont celles dont la cause organique n'a pu être vaincue. C'est ainsi que nous n'avons pas réussi à faire complètement disparaître des accidents gastriques liés à des altérations organiques de l'encéphale, de l'ovaire et de l'utérus, à des calculs hépatiques ou rénaux, etc.; mais nous pouvons dire, en toute conscience, que même dans ces cas forcément rebelles, nous avons toujours obtenu un soulagement plus ou moins considérable et notablement amélioré l'état général des malades.

En résumé, l'hydrothérapie a-t-elle une immense supériorité sur tous les autres agents de la thérapeutique dans le traitement des différentes formes de la gastralgie? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, et les consultations que nous avons transcrites, émanées qu'elles sont des hommes les plus haut placés dans la hiérarchie médicale, établissent avec plus d'autorité que nous ne pourrions le faire, quelle est la nature des modificateurs dont dispose la médecine en dehors de l'eau froide... et quelle en est l'efficacité. A ce point de vue, et placés que nous sommes sur le terrain de la *clinique*, nous avons été heureux de pouvoir nous appuyer sur des *pièces justificatives* qu'il était d'ailleurs, non seulement de notre droit, mais encore de notre devoir de reproduire, puisqu'elles font partie intégrante des *observations* qui nous ont amené à penser que notre intervention dans l'histoire nosographique et thérapeutique de la gastralgie ne serait point sans quelque utilité pour les médecins et surtout pour les malades.

Quelques réflexions à propos de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur la folie,

Par le docteur Mérier, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Dizier.

(*Suite, voir le n° 82.*)

Par ce qui précède on a pu pressentir aisément quelle doit être notre opinion sur la thérapeutique, but final et le plus sérieux comme le plus utile de nos recherches et de nos études. Et c'est en effet, en nous fondant d'une part sur l'obscurité et l'incertitude de la nature de la maladie, de l'autre sur l'idée que nous nous en formons, que nous sommes porté par un éclectisme rationnel à n'admettre aucun système ni de traitement exclusivement moral, ni de traitement exclusivement physique, mais un traitement *mixte*, tantôt moral, tantôt physique, et *le plus souvent* physique et moral tout à la fois, approprié, du reste, toujours à chaque espèce de malades et à chaque période des maladies, tenant compte des indications spéciales qui peuvent se présenter, des conditions sociales, de l'éducation, du tempérament, des antécédents de chacun, etc.

C'est ici le lieu d'examiner ce que dans ces derniers temps on a désigné sous le titre de *Traitement moral de la folie*, et de chercher à rendre à cette méthode et à cette doctrine, qui ont été l'objet d'appréciations si diverses et si opposées, sa véritable signification et l'interprétation rationnelle que son auteur, nous le croyons fermement, a toujours eue en vue de lui donner. Témoin des efforts, du zèle, de la persévérance apportés par Leuret dans l'application de sa méthode; témoin de quelques succès éclatants obtenus à l'aide de cette méthode, dite encore d'*intimidation* et de *rigueur*, dans des cas qui, d'abord, nous avaient paru désespérés, nous n'avions pu, dès le principe, nous devons l'avouer, nous défendre pour elle d'un certain degré d'engouement et même d'admiration. Malheureusement, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que l'exagération apportée dans une chose bonne par elle-même, bonne par excellence, nous continuons à le penser, touche de bien près à l'abus et à l'erreur, comme cela n'arrive que trop souvent à presque tous les inventeurs de systèmes ou de méthodes; et lorsque nous avons entendu Leuret poser ce principe absolu : « *Que l'aliéné est un homme qui se trompe et que c'est par le raisonnement seul qu'on peut le guérir,* » nous avons cru reconnaître qu'il allait trop loin, qu'il se trompait sans doute lui-même, et qu'il fallait cesser de le suivre dans cette voie dangereuse où sa doctrine se traduisait sous une formule trop générale. Toutefois, hâtons-nous de dire avec M. Londe : « *Ne le blâmons pas trop.* »

N'exagérons pas nous-même ses erreurs et ses *torts*, si on peut appeler *torts* des erreurs scientifiques. Tenons-lui compte de ses intentions, de l'époque à laquelle il eut la pensée de produire une réaction bien nécessaire alors, il faut le reconnaître, contre les tendances exagérées de l'*anatomisme* et les envahissements de la phrénologie. Tenons-lui compte surtout de son zèle prodigieux, de son activité et de son dévouement sincères pour ses malades dont nous avons vu et dont la génération d'élèves de cette époque qui suivait sa clinique à Bicêtre peut se rappeler avoir vu guérir, et *guérir solidement*, quoi qu'on en dise, un certain nombre atteints d'affections les plus rebelles et les plus opiniâtres. (Tous les contemporains de cette époque suivant, comme nous, les leçons du médecin de Bicêtre, doivent se rappeler Polyclète, ce jeune étudiant en médecine, Grec d'origine, qui a coûté à Leuret tant de soins et de peines et qui finit par guérir au bout de plus de six mois, uniquement par la discussion, la douche et les affusions froides à grande eau. J'en pourrais citer d'autres encore s'il était nécessaire. Je me borne à celui-là pour le moment.) Ceci n'est pas assurément pour nous un motif de nier que Leuret, dans quelques cas, a poussé jusqu'à l'exagération et même jusqu'à la rigueur l'usage du raisonnement, de la douche et de l'intimidation. Mais n'oublions pas qu'il avait posé ce principe qu'il suivait trop sévèrement peut-être : « Qu'en présence de l'aliéné le « médecin devait *n'être plus homme* et ne jamais oublier qu'a- « vant tout il fallait chercher à guérir. » Au reste, Leuret n'a jamais été aussi exclusif qu'on l'a dit dans l'application du traitement moral ; car voici ce que lui-même dit : « J'emploie le « traitement moral et *le traitement seul* dans les cas où la folie « se montre *isolée de tous symptômes physiques.* » On le voit donc, il n'appliquait le traitement moral *pur* que dans le cas où l'élément intellectuel seul lui paraissait atteint, cas, il faut le dire, assez nombreux, suivant lui. Mais nous soutenons qu'il n'avait pas renoncé d'une manière absolue aux remèdes physi-

ques et qu'il savait en faire usage avec toute l'intelligence qui le caractérisait dans les circonstances où cela lui paraissait nécessaire. Et d'ailleurs nous le demandons, les bains, les douches, les affusions froides à grande eau, comme on les pratiquait dans le service de Leuret, le travail manuel et corporel, le chant, la musique, la danse, la déclamation, la gymnastique et les jeux de toutes sortes ne constituent-ils pas des moyens autant physiques que moraux? Et l'on sait combien tous ces moyens étaient en honneur dans le service de Leuret. Bien qu'entraîné sans doute, par l'idée dominante et le titre trop exclusif peut-être de sa méthode, à quelques exagérations de son application, surtout en ce qui concerne le raisonnement avec lequel il *harcelait* trop ses malades, c'est vrai, nous croyons que s'il n'eut point intitulé son livre, comme il le fit, mais seulement *Du traitement de la folie,* ou bien encore, à l'exemple d'un de nos distingués confrères dans la spécialité (et il pouvait le faire assurément aussi sans modestie), *Du traitement rationnel ou intelligent de la folie*, ce titre eût mieux rendu sa pensée, mieux indiqué sa pratique, ne lui eût pas suscité autant de critiques et de contradictions et surtout lui eût épargné bien des tourments. Il appartenait à la génération médicale actuelle, à celle qui a été témoin des succès comme des revers de l'éminent praticien de Bicêtre, du savant anatomiste et physiologiste dont les œuvres resteront dans la science, de chercher à réhabiliter, dans de justes limites et avec toute la réserve nécessaire, une doctrine et une méthode de traitement dont les principes et les résultats ont été si diversement appréciés d'une part, et si grandement dénaturés de l'autre. Et c'est avec un vif plaisir que nous avons vu plusieurs honorables confrères prendre à cet égard, notamment dans le sein de la Société médico-psychologique, la généreuse initiative de rendre à la mémoire de Leuret, à son talent et à ses travaux, une partie de la justice qui leur est due : le temps fera le reste!

Pour nous, prenant dans cette méthode et dans ces œuvres ce qu'il nous paraît y avoir de bon (et nous ne craignons pas d'avouer que nous y trouvons beaucoup à prendre), nous cherchons à nous défendre, à nous garantir de toute exagération dans l'application du traitement moral, en ce qui concerne le raisonnement, l'intimidation, la contradiction et la douche. Mais nous lui faisons une assez large part pour tout le reste, principalement pour tout ce qui est relatif aux moyens généraux considérés d'habitude comme essentiellement moraux, et que nous regardons, nous, comme étant aussi physiques que moraux. Tels sont les travaux de toutes sortes, manuels, intellectuels et surtout agricoles, l'isolement, la discipline, la vie en commun, l'hygiène, etc., etc., en un mot, la régularisation, la réglementation de tous les actes de la vie ordinaire.

Et parmi ces moyens généraux, nous plaçons en première ligne les travaux agricoles que nous appliquons, sans distinction et autant que nous le pouvons, à toutes les classes de malades, ne craignant pas d'employer ce grand remède, que nous considérons *comme le plus efficace de tous,* aux malades qui, jusqu'alors, *n'avaient travaillé qu'avec leur intelligence.* Ici encore, nous ferons remarquer de nouveau que le travail corporel, le travail en plein air surtout, est un remède autant moral que physique ; moral, puisqu'il occupe le malade intellectuellement en faisant diversion à ses conceptions et préoccupations délirantes, en l'arrachant à des idées fixes et souvent tristes par le contact et la vue des grands et beaux spectacles de la nature : physique, puisqu'il agit sur les organes de la locomotion, sur le système musculaire général, et qu'en définitive il produit une légère fatigue plus explicable que tout autre moyen que ce soit de ramener chez le malade le calme et le sommeil, si nécessaire à la guérison de ceux qui sont encore curables, et si importants pour la santé physique de ceux qui ne le sont plus ; toutes choses que j'ai dites et redites mille fois et que j'ai présentées avec l'indication de la méthode que nous employons depuis bien des années déjà avec succès, dans un mémoire manuscrit offert par moi à l'Académie le 2 mai 1854, mémoire sur lequel il n'a pas été fait de rapport (l'honorable rapporteur qui en avait été chargé, m'a fait connaître par une lettre qu'il a bien voulu m'adresser que mon travail ayant été livré à l'impression, le règlement de l'Académie s'opposait à ce qu'il en fût fait un rapport)

En attribuant, comme nous l'avons dit, une grande, une large part au traitement moral appliqué comme nous l'entendons, et comme nous l'avons expliqué, dans la thérapeutique des maladies mentales, nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de craindre, en aucune façon, qu'il soit possible de voir ces maladies sortir du domaine de la médecine proprement dite pour passer dans un domaine étranger à celle-ci ; car nous pensons que le médecin du corps devra toujours être raisonnablement reconnu pour être le meilleur médecin de l'âme ; et d'après nos idées sur la réunion des deux éléments qui constituent l'organisme, quand bien même il pourrait être admis et reconnu (ce qui ne le sera probablement jamais) que la folie est *essentiellement une maladie de l'âme*, on ne pourrait pas plus séparer la médecine de l'âme de celle du corps qu'il ne serait possible de concevoir la séparation de celui-ci d'avec celle-là, du moins pendant la vie. Ne craignons donc pas de voir renaître aujourd'hui les pratiques et les superstitions du moyen âge relativement aux exorcismes, aux prétendues possessions et aux auto-da-fé : ces époques sont passées pour ne plus revenir jamais sans doute. Quant à la législation et à l'administration des établissements d'aliénés, nous ne voyons pas non plus en quoi il y aurait lieu de s'alarmer sur leur existence et leur avenir, quand on adopterait la croyance que la folie est une *maladie complexe*, qui atteint le moral comme le physique, et qui par conséquent exige des soins également complexes.

Un mot seulement, en terminant, sur l'assimilation, ou, pour mieux dire, sur l'analogie ; car il nous répugne véritablement de dire l'*identité*, qu'on a voulu établir depuis quelque temps, et soutenir au sein même de l'Académie entre la *folie* et le *rêve*. Malgré les ingénieuses et séduisantes explications présentées par M. Baillarger, et bien que ce savant aliéniste-académicien se soit borné en définitive à invoquer et à vouloir démontrer une simple analogie entre ces deux états, nous avouons n'être pas convaincu et n'avoir pas suffisamment compris, par notre faute sans doute, la brillante, mais plus spécieuse, selon nous, que solide théorie, en vertu de laquelle il pense être arrivé à démontrer cette prétendue analogie : *l'automatisme de l'intelligence!!!* J'avoue, comme M. Bousquet, ne pouvoir comprendre l'alliance de ces deux mots qui, en effet, me semble s'exclure complétement l'un l'autre. Si, pour faire mieux comprendre l'*état de rêverie*, un profond penseur, un illustre philosophe a comparé cet état à une sorte de *mécanisme* intellectuel, c'était assurément, dans sa pensée, une simple métaphore hyperbolique pour mieux faire concevoir et présenter plus clairement à l'esprit une *sorte d'image* de l'homme en état de rêverie ; mais jamais nous ne pourrions croire qu'il ait eu l'intention de comparer l'intelligence, même en cet état de rêverie, à une *machine* ou à un *automate.* Qu'il y a loin de là à cette *identité* qu'on voudrait établir entre deux états qui nous semblent si différents l'un de l'autre, *identité* que, du reste, M. Baillarger a complétement abandonnée!!! Selon nous, c'est à peine, en effet, si on pourrait trouver quelque analogie entre l'hallucination et le rêve. Depuis longtemps on a dit effectivement : *l'hallucination est le rêve de l'homme éveillé;* mais ceci n'est pas même exact dans tous les cas, et n'est qu'une simple comparaison qu'on a voulu faire pour mieux présenter à l'esprit ce que c'est qu'une hallucination.

On a voulu dire sans doute ceci : Que l'hallucination pourrait être comparée, chez l'homme éveillé, au songe chez l'homme endormi. Mais suivons la comparaison : l'hallucination par elle-même n'est pas la folie ; pour qu'elle soit *telle,* il faut que celui qui en est atteint croie à sa réalité : dès que son jugement, sa raison lui fait comprendre que cette hallucination n'est qu'une erreur ou une illusion de sa part, il n'est

pas fou, et dès lors on ne saurait justement le comparer à un homme qui, tout étant éveillé, aurait des songes, des illusions, en un mot, *rêverait*. Si, au contraire, l'halluciné croit à la réalité de son hallucination, il est réellement fou ; et c'est alors le seul cas où l'hallucination puisse être justement comparée à ce que serait le rêve chez un homme éveillé, et où, par conséquent, une certaine analogie pourrait être invoquée entre le rêve et la folie représentée par l'hallucination. Autrement, l'hallucination n'est pas plus un rêve chez l'homme éveillé que chez lui elle n'est la folie même, attendu que celui qui en est l'objet, c'est-à-dire le prétendu rêveur, ne croit pas à la réalité de ce *soi-disant rêve* dans le noment même où il en est assailli, témoin Pascal et autres. C'est donc par une sorte d'abus de langage, par une simple comparaison et pour mieux faire saisir, s'il était possible, la nature de l'hallucination qu'on a dit : « L'hallucination *est* le rêve de l'homme éveillé. »

Voyons maintenant combien les choses se passent différemment chez le véritable *rêveur*, c'est-à-dire, chez le rêveur endormi. Celui-ci, *tant qu'il dort*, croit toujours, et dans tous les cas, à la réalité de ses songes, il admet toujours comme vraies les chimères, les illusions que son imagination lui crée et que sa mémoire lui retrace, quelque fantasques et bizarres qu'elles puissent être. Sous ce rapport donc, il est *fou*, *très-fou*, direz-vous ; c'est vrai, si vous voulez appeler cela de la *folie*. De plus, ses sens et son jugement ne peuvent lui servir à redresser les erreurs de son imagination et de ses souvenirs. Ici donc encore, il est bien *fou*, selon vous, plus que *fou*, car les véritables fous ne sont pas aussi complètement privés de l'usage de leurs sens et de leur jugement.

Voilà donc un être qui, quelques minutes auparavant, était doué de toute sa raison et de toute son intelligence et dont, pour le moment, toutes les facultés intellectuelles et sensoriales sont tout à coup ou troublées ou notablement diminuées ou complètement abolies. Mais soufflez sur lui et tout ce désordre va disparaître à l'instant même. Ce serait le cas de dire ici que la folie peut *être guérie par un souffle*, *par un mot*. Voici le dormeur réveillé tout à coup : a l'instant il a recouvré l'usage de sa raison et de ses sens. Il ne croit plus rien, absolument rien de tout ce qu'il a vu en songe, il comprend parfaitement la réalité de toutes les chimères qu'il a rêvées.

De l'aveu de tout le monde, même des gens les plus étrangers à la science, le caractère principal de la folie *vraie*, c'est la *persistance*, la *durée* (1) (car autrement l'ivresse, la colère, toutes les passions violentes et instantanées pourraient être converties en autant de folies). Or, comprend-on une folie qui pourrait ne durer qu'une heure, une demi-heure, un quart d'heure? Nous sommes ici encore de l'avis de M. Bousquet et nous ne nous faisons pas l'idée de l'identité de l'état d'un homme qui, perdant la raison, dès qu'il s'endort et rêve, la recouvre instantanément à son réveil, avec l'état d'un homme atteint de folie persistante et durable et qui, dans la veille comme dans le sommeil, conserve toutes ses conceptions délirantes. Je ne puis me décider à donner à cet état le nom de *folie*, bien que les désordres et les troubles de l'intelligence et des sens *paraissent momentanément* plus complets peut-être que dans la folie elle-même; je n'y vois pas même une analogie véritable avec la folie, et c'est tout au plus, selon nous, si, de même qu'on a dit avec plus ou moins de justesse et d'exactitude: « l'hallucination *est* le rêve de l'homme éveillé » on pourrait également, par une sorte d'abus de langage et par une simple comparaison pour mieux faire ressortir le tableau de la folie, dire: « Le rêve *est* la folie de l'homme endormi » (1). Je n'y vois qu'un état tout spécial que jusqu'à ce jour on a appelé *sommeil et songe*, état qui est du ressort de la physiologie bien plus que de celui de la pathologie. En effet, quelles lésions anatomiques pourrait-on constater dans le cerveau des rêveurs? Je le demande à ceux qui prétendent qu'il doit *toujours* y avoir des lésions, ou, tout au moins, des modifications dans la folie, et, par conséquent, selon eux, dans le rêve.

En vérité, pour moi, je ne puis m'en faire une idée, conforme, du moins, à cette doctrine; et si j'y pouvais concevoir des lésions ou des modifications quelconques, elles me sembleraient devoir être d'une tout autre nature que matérielle. Singulière folie, en effet, singulières lésions que celles qui peuvent disparaître et s'évanouir à l'instant même par l'application d'une chiquenaude sur le nez ou l'oreille de celui qui en est atteint!

D'après tout ce qui précède, et pour nous résumer, nous dirons que, selon nous :

1° L'organisation humaine est une *dualité*, ou, si on l'aime mieux, une *unité complexe*, puisque la réunion des deux éléments, telle que nous l'admettons, forme un tout indivisible, inséparable, du moins pour ce qui est de la vie : que, par conséquent, la folie est une *maladie* de nature *mixte*, physique et morale tout à la fois, de même que les causes qui la produisent :

2° Que cette *maladie* a probablement son siége principal dans le cerveau et ses annexes, sans exclure tout autre siége cependant;

3° Que les lésions complexes qui la caractérisent et l'accompagnent, soit comme cause, soit comme effet, sont également de nature mixte et peuvent se constater, quant au physique, pour la très-grande majorité des folies chroniques, dans le cerveau et ses dépendances ; et que, quant au moral, sans qu'on puisse rien préciser à cet égard, ces lésions atteignent, sans doute, d'une manière quelconque, mais toujours immatérielle assurément, l'organe de l'entendement et de la pensée, l'âme en en un mot;

4° Que, par conséquent, la thérapeutique de la folie doit être *mixte*, et s'adresser au moral comme au physique de l'organisation humaine, en faisant toutefois une large part au traitement moral rationnellement interprété et appliqué.

(1) Et c'est principalement pour ce motif que nous conserverions volontiers le mot *folie* dans le langage ordinaire, parce que ce mot porte avec lui sa signification propre de durée, de permanence, parce qu'il est consacré par l'usage de tous les temps et dans la langue de tous les peuples pour signifier clairement et positivement ce qu'il veut dire réellement, tandis que le mot délire, pour se différencier et pour être compris dans les différentes acceptions qu'on veut lui donner, a besoin d'être qualifié et accompagné de l'épithète : *aiguë* ou *chronique*; sans méconnaître toutefois que son introduction dans le vocabulaire de l'aliénation a consacré un grand fait, un grand principe.

(1) Ce qui doit, selon nous, se traduire ainsi : l'hallucination ressemble au rêve que ferait un homme éveillé, de même que le rêve ressemble, jusqu'à un certain point, à une espèce de folie dont serait atteint l'homme endormi : voilà tout. Mais non, non, l'état de rêve ne saurait être et n'est pas, en effet, ni *identiqué* ni même grandement analogue dans son essence, dans sa nature, à celui de la folie véritable. Rêve et folie sont donc deux états radicalement différents, et le rêve n'est pas plus même, selon nous, *l'image exacte* de la folie que le sommeil n'est l'image *exacte* de la mort.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris,

Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 71, 79, 80 et 81, 82.)

Or, on se tromperait en supposant que je vise à faire ici de la médecine ingénieuse; j'exprime ce que j'ai vu et j'affirme qu'alors, si, négligeant la matrice, on s'occupe de l'état général, on amendera les symptômes nerveux et l'on rendra ainsi traitables les lésions de l'utérus qu'une extrême susceptibilité nerveuse transformait en de véritables *noli me tangere*.

Enfin, cependant, il existe des cas où, sans aucun doute, les

phénomènes névropathiques sont bien certainement sympathiques et directement sous la dépendance de l'état de l'utérus.

Outre l'*hystérie* désignée par tous les auteurs comme un des effets les plus ordinaires des affections de l'organe gestateur et des troubles de la menstruation, Forestier (1), Hoffmann (2), Fernel (3), Sauvages (4), Sennest (5), Tissot (6), Maisonneuve (7) et, de nos jours, M. Delasiauve (8) ont admis une *épilepsie utérine*. M. Marotte (9), dans un mémoire récent, a étudié l'épilepsie dans ses rapports avec la menstruation et en a publié un cas observé sur une jeune fille dysménorrhéique chez laquelle, bien manifestement, les accès convulsifs coïncidaient avec la menstruation et résultaient des douleurs utérines très-vives qui tourmentaient la malade à chaque époque. Mais, comme je l'ai dit ailleurs, et d'après la remarque très-judicieuse de M. Marotte, la chlorose dominait tous les accidents, et la guérison définitive fut obtenue par un traitement ferrugineux qui modifia l'état diathésique et régularisa l'éruption menstruelle.

Certains faits tendent aussi à prouver que la *chorée* peut être sympathique de quelque affection utérine. Lisfranc (10) a fait connaître une observation de ce genre dont on trouvera le résumé page 199 (obs. 159e) et M. Sée (11) a signalé également l'influence de la menstruation sur le développement de cette névrose. On est d'ailleurs porté à admettre cette étiologie, lorsque l'on sait que la danse de saint Guy est une conséquence assez fréquente de la grossesse.

Je ne crois pas qu'on ait considéré les affections de matrice comme pouvant être une cause directe de *paralysie*; au moins n'ai-je trouvé dans les auteurs aucune indication précise à ce sujet. Lisfranc a pourtant vu deux fois une paraplégie ancienne disparaître rapidement après la guérison d'une maladie de cet organe (12).

Les désordres de la menstruation et les lésions de l'utérus paraissent avoir souvent provoqué l'*aliénation mentale*, si l'on en croit beaucoup d'aliénistes, Esquirol en particulier (13). M. Belhomme, dans le travail auquel j'ai déja fait allusion, reconnaît cette origine à certaines folies et en cite trois exemples. On trouve trois cas analogues dans le mémoire de MM. Germain et Bouchet; enfin Lisfranc en rapporte deux observations d'autant plus intéressantes que la guérison de la maladie utérine a été suivie du retour à la raison (14).

e. Grossesse. — L'influence de la grossesse sur la production des maladies nerveuses est un fait très-connu pour qu'il soit nécessaire de chercher à la démontrer. Mais l'étude de cette cause soulève quelques réflexions importantes pour la pratique. On a constaté récemment l'action sympathique exercée sur le système nerveux par la matrice pendant la gestation, et l'on a pensé qu'il fallait chercher une autre explication des désordres observés. Les analyses du sang des femmes enceintes faites par MM. Andral, Gavarret, Becquerel, Rodier et Raynaud, et des investigations cliniques nombreuses ayant démontré la fréquence de la chlorose et de l'anémie pendant la grossesse, M. Cazeaux a cru pouvoir rapporter la plupart des phénomènes névro-pathiques qui l'accompagnent à ces altérations du sang (15). Cette appréciation est trop conforme à la manière de voir que j'ai exposée page 167 pour que je ne l'accepte pas, au moins dans ce qu'elle a de général. Mais ce serait, je pense, mal interpréter les faits que d'adopter cette opinion comme exprimant la vérité absolue et rendant compte de tous les cas. L'état de l'utérus dans la période puerpérale réagit, il n'en faut pas douter, sur toute l'économie, et beaucoup d'accidents nerveux propres à ce temps de la vie des femmes doivent être considérés comme des manifestations sympathiques. La dyspepsie et les vomissements nerveux qui, chez grand nombre de femmes, constituent les premiers sypmtômes de la grossesse, ne sont assurément pas les effets de la chlorose; l'état nerveux, les modifications rapides dans les goûts et le caractère qui s'observent chez d'autres dès les premières semaines ne peuvent, non plus, être rattachés à cette cause, enfin ces névroses des observations 170e, 172e, 175e, développées peu de temps après la fécondation et brusquement guéries après la délivrance, dépendraient bien certainement de l'état de l'utérus et non d'une altération du sang, car alors elles auraient persisté plus ou moins longtemps après l'accouchement. L'influence sympathique de la gestation ne peut donc être mise en doute; seulement, il ne faut jamais perdre de vue la coïncidence très-commune de la chloro-anémie, condition si favorable déjà au développement des névroses et toujours capable d'ajouter au moins à la susceptibilité du système nerveux. De là ces indications thérapeutiques complexes sur lesquelles j'ai insisté et j'insisterai de nouveau, car elles constituent souvent tout le secret du traitement des affections nerveuses.

(1) *De cerebris morbis*, lib. X, obs. 66.
(2) *Loc. cit.*, t. III, § XVIII.
(3) *Patholog.*, lib. V, cap. III; *Opera omnia*, p. 408.
(4) *Loc. cit.*, p. 117, t. IV.
(5) *De symptomatibus quæ feminis ex utero accidunt*, lib. IV, pars 2, sect. 3, cap. VII.
(6) *Loc. cit.*, t. III, p. 87 et suiv.
(7) *Loc. cit.*
(8) *Loc. cit.*, p. 251.
(9) *Revue méd. chir.*, Paris 1851, p. 257.
(10) *Journ. des connais. méd.-chir.*, novembre 1842, p. 179-180.
(11) *Loc. cit.*, p. 441-442.
(12) *Loc. cit.*, p. 181.
(13) *Loc. cit.*, t. II, p. 140 et 235.
(14) *Loc, cit.*, p. 179-180.
(15) *Traité des accouchements*, Paris, 1853, p. 300 et suiv.

Académie Impériale de Médecine.

Séance du 10 juillet 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

Du ministre de l'agriculture et du commerce :

1° **Eaux minérales.** — Rapport de M. le docteur Jaubert, médecin-inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

2. Rapport de M. le docteur Lafon sur les eaux minérales de Trébat (Tarn) pendant l'année 1853.

3. Deux demandes d'autorisation d'exploiter une source minérale à Kontz-Basse, près de Sierk (Moselle), et une autre source située dans la forêt de Bellême (Orne). (Comm. des eaux minérales.)

2° **Choléra.** — 1. Rapport de M. Defrénois, à Resson, sur les épidémies cholériques de 1849 et 1854, accompagné d'observations sur la vaccine. (Comm. du choléra et comm de la vaccine.)

2. Huit rapports des médecins cantonaux du département de la Moselle sur le choléra de 1854 et quelques autres maladies épidémiques. (Comm. du choléra de 1854.)

3° **Epidémie.** — Rapport de M. Albert, de Parthenay, sur les maladies épidémiques de cet arrondissement pendant l'année 1853. (Comm. des épidémies.)

4° **Vaccine.** — Relevé des vaccinations pratiquées pendant une période de quatre années dans le département des Deux-Sèvres, par le même. (Comm. de la vaccine.)

5° **Variole.** — Rapport de M. Lamontagne sur une épidémie de variole qui a régné récemment dans la commune d'Aubigny-la-Tour (Vosges). (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° **Physiologie.** — Lettre de M. le docteur Wanner sur la production de la chaleur animale. (M. Poiseuille, rapporteur.)

2° **Maladies mentales.** — Mémoire de M. le docteur Fée, de Strasbourg, intitulé : *Le rêve et la folie ont-ils quelque rapport et sont-ils comparables ?* (M. Collineau, rapporteur.)

PROPOSITION.

M. Desportes propose à l'Académie de profiter de la présence à Paris de deux Astèques pour en faire le sujet de travaux intéressants au point de vue de l'anthropologie et de la physiologie. La savante compagnie pourrait obtenir de M. le ministre de l'instruction publique les moyens de se livrer à ces études.

M. le Président répond que le conseil avisera.

LECTURE DE RAPPORTS.

Busc dit hygiénique. — M. BOUVIER lit un rapport à propos d'une demande d'avis de M. le ministre de l'agriculture et du commerce sur un busc dit *hygiénique*, inventé par mesdames Brasseur-Cordelois et Becquet.

Dans ce travail aussi plein d'esprit que d'érudition, M. le rapporteur pose et discute les deux questions suivantes :

1° Un busc de corset peut-il être hygiénique?

2° Le busc dont il s'agit mérite-t-il mieux cette épithète que ceux qui l'ont précédé?

Relativement à la première question, M. Bouvier démontre, et ses autorités sont tour à tour des prédicateurs, des historiens et des savants, que des motifs étrangers à l'hygiène ont introduit l'usage des buscs; puis, passant à la seconde question, il fait voir que le busc dit *hygiénique*, et qui se compose de deux moitiés réunies par des charnières, rattachées entre elles par des goupilles, et permettant d'ouvrir instantanément le corset, ne diffère pas sensiblement d'un corset sur lequel, il y a quinze ans, Lisfranc fit à l'Académie un rapport peu favorable. Aussi M. Bouvier termine-t-il en proposant à l'Académie de répondre à M. le ministre que le busc dit *hygiénique* ne présente aucun avantage particulier au point de vue médical.

M. ROBINET appuie chaleureusement les conclusions du rapport, et s'élève avec force contre l'usage révoltant que certains industriels font des termes scientifiques : ainsi, à côté du *busc hygiénique* vient se placer la *parfumerie hygiénique;* bien plus, et comme si ce n'était pas assez, nous avons maintenant une *parfumerie thérapeutique!*

M. MALGAIGNE applaudit aux réflexions pleines de sagesse de M. Robinet. Aussi propose-t-il d'ajouter aux conclusions du rapport quelques paroles d'improbation, destinées à éclairer la religion de M. le ministre et à prémunir le public contre un aussi scandaleux abus.

Les conclusions du rapport modifiées dans ce sens sont adoptées.

LECTURE DE MÉMOIRES.

Kyste-séreux. — M. ROUX, de Saint-Maximin, membre correspondant de l'Académie, lit un mémoire sur les *kystes séreux du cou.* Ce travail, qui s'appuie sur deux observations propres à l'auteur et sur la discussion de celles qu'on trouve dans les auteurs, se termine par les conclusions suivantes :

1° Donner la préférence à une incision modérée et verticale, ou parallèle aux organes voisins ; 2° placer entre les lèvres de la plaie une très-petite mèche de linge qui occupe le tiers ou la moitié au plus de son étendue, afin d'éviter la réunion de ses bords et favoriser l'écoulement du liquide séreux pendant quelques jours ; 3° surveiller attentivement dès les premières heures les parties qui ont été le siége de l'opération ; 4° réserver les cautérisations avec le nitrate d'argent et les injections iodées qui alternent avec le caustique dans la pratique de quelques chirurgiens de nos jours pour une époque où l'inflammation aiguë du cou n'est plus à craindre, et on prolonge l'usage jusqu'à la destruction complète des poches séreuses.

Idiotie. — M. DELASIAUVE donne lecture d'un mémoire sur le traitement de l'idiotie. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Falret, Ferrus et Baillarger.

La séance publique est levée à quatre heures et demie; l'Académie se réunit en comité secret à l'effet de discuter les récompenses à accorder aux vaccinateurs pour l'année 1853.

Traitement du cancer par les caustiques.

A M. le rédacteur en chef du Moniteur des hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai lu avec un intérêt que vous comprendrez l'article critique très-remarquable que contient votre numéro du 6 courant, sur le caustique du docteur Landolfi, de Naples, et sur les expériences qu'il fait depuis deux mois à l'hospice de la Salpêtrière, article dont j'adopte toutes les conclusions.

Il est bien évident pour moi, et je crois bien démontré pour tous les praticiens, que le caustique Landolfi composé de chlorure de brôme, de chlorure de zinc et de chlorure d'antimoine, ne doit ses propriétés cautérisantes qu'aux deux derniers de ces trois agents, car l'action caustique du chlorure de brôme, comme chacun sait aujourd'hui, est insignifiante, et l'importance que semble y attacher le médecin napolitain me paraît n'avoir aucune valeur. On est en droit de penser qu'il lui attribue une spécificité puisqu'il l'administre à l'intérieur et qu'il en arrose les plaies, mais à cet égard les médecins savent à quoi s'en tenir.

Maintenant, si l'on dépouille le caustique Landolfi de son chlorure de brôme, il en restera deux agents énergiques qui sont les chlorures de zinc et d'antimoine qui, mélangés avec de la farine, forment la pâte qui porte mon nom et que j'ai composée pour la première fois en 1825. J'en ai publié la formule et les propriétés en 1835 dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine de Paris; j'ai publié de nouveau cette même formule en 1836 et 1838 dans trois éditions successives de mon ouvrage sur le *Traitement du cancer*. Il est probable que c'est à cette source qu'aura puisé le docteur italien pour composer son caustique.

Dans cet article de votre estimable journal, je vois que les cas de cancers où peut s'appliquer le caustique Landolfi sont très-restreints, et cela ne peut être autrement, car la pâte de chlorure de zinc combinée ou non avec le chlorure d'antimoine n'est applicable que dans certains cas, et j'ai si bien reconnu cette vérité que depuis déjà longtemps j'emploie concurremment avec ma pâte de chlorure de zinc plusieurs autres caustiques, ce qui me permet de pratiquer à peu près toutes les opérations sur les maladies cancéreuses. Vous pourrez, Monsieur, vous en convaincre en jetant les yeux sur deux exemplaires d'un ouvrage que je vous adresse et qui a pour titre : *Des caustiques en général et de leur emploi en chirurgie.*

Je vous serai infiniment reconnaissant, Monsieur et très-honoré confrère, de vouloir bien insérer la présente dans l'un de vos prochains numéros.

Veuillez agréer, je vous prie, l'hommage de ma haute estime.

Dr A. CANQUOIN.

A propos du même article, nous recevons de l'honorable professeur Mounier la lettre suivante que nous nous empressons d'insérer. Nous saisirons cette occasion pour faire remarquer que la commission dont il est question dans la lettre de notre honorable correspondant possède trois membres dont le nom commence par un *M*, et qu'on a attribué à tort à chacun des trois successivement l'article publié dans notre numéro du 6 juillet. L'auteur de cet article n'est ni M. Mounier, ni M. Moissenet, ni M. Manec, ni aucun membre de la commission, mais bien un rédacteur ordinaire du journal dont la modestie égale le talent, et dont nous prendrions volontiers les opinions sous notre responsabilité, si l'on n'avait trop de dispositions à se laisser convaincre plutôt par l'autorité des personnes que par celle des raisons et des faits. Si nous n'avons pas rédigé et signé nous-même l'article publié par notre jeune collaborateur, c'est que, malgré toute notre confiance dans les renseignements qu'il a recueillis, nous évitons autant que possible de nous prononcer, quand nous n'avons pas vu les faits de nos propres yeux. Il est d'ailleurs inutile sans doute de déclarer que, conformément à nos principes, le *Moniteur des Hôpitaux* ouvrira ses colonnes à toutes les contradictions qui se présenteront avec un caractère scientifique, comme il les a ouvertes à l'honorable M. Mounier.

H. DE CASTELNAU.

Paris, le 11 juillet 1855.

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux.*

Monsieur le Rédacteur,

Plusieurs personnes qui ont lu, dans votre estimable journal du 6 juillet, la lettre signée Dr M. au sujet du traitement du cancer par le caustique de M. Landolfi m'ont demandé si j'en étais l'auteur. J'ai répondu négativement. Membre de la commission instituée pour assister aux applications et constater les effets du caustique du docteur Landolfi, je sais toute la réserve que m'inspire cette honorable et délicate mission; j'aurais manqué aux convenances en publiant une appréciation quelconque de ce traitement avant que le rapport officiel en ait été remis à qui de droit. De plus, il n'est ni juste ni loyal de porter un jugement anticipé sur des expériences qui sont en voie d'exécution et dont personne encore ne peut prévoir les résultats définitifs. J'ajoute que la lettre du docteur M. contient des assertions, les unes très-contestables, et d'autres qu'en juge impartial je ne crains pas de déclarer contraires aux faits observés jusqu'à ce jour.

Recevez, Monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

MAX. MOUNIER,
Médecin principal, professeur à l'École impériale du Val-de-Grâce.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 84. — N° . 3e ANNÉE. Vendredi 13 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Des fractures en V du tibia.

Analyse de la thèse inaugurale de M. le docteur BOURCY, *ancien interne des hôpitaux*,

Par M. PETER, interne à la Charité.

M. Bourcy, interne des hôpitaux, vient de décrire dans sa thèse inaugurale (1) une variété de fracture de jambe, méconnue peut-être par les auteurs, mais dans tous les cas non décrite encore.

On a bien, en effet, parlé de fractures transversale, dentelée, oblique, en bec de flûte, etc.; mais on n'a pas encore signalé la fracture en V. Qu'on se figure, sur un même tibia, deux plans de fracture oblique, convergents l'un vers l'autre pour se rencontrer nécessairement en un point, et l'on aura la fracture dont il est question.

M. Gosselin, qui a le premier signalé cette variété et sous les inspirations duquel a écrit M. Bourcy, son élève, remontant du fait observé aux causes qui l'ont produit, a essayé d'expliquer le mécanisme de ces fractures et les phénomènes qui les accompagnent.

La fracture en V est constituée par la rencontre de deux plans obliques, circonscrivant entre eux, et pour le fragment supérieur, une pyramide triangulaire, dont deux des faces sont formées par les plans mêmes de la fracture, tandis que la surface externe de l'os constitue la troisième; dont la base se continue avec le reste de la diaphyse et le sommet libre, taillé en pointe, en lame de poignard, comme dit pittoresquement M. Gerdy, parlant des fractures en pointe, se dirige en bas et peut produire des désordres divers, que nous dirons tout à l'heure. Enfin, et cette circonstance n'est pas la moins remarquable, ce V du fragment supérieur est toujours taillé aux dépens de la partie antérieure du tibia. Le fragment inférieur présente une disposition réciproquement inverse de la précédente, c'est-à-dire une cavité de forme triangulaire, offrant en creux ce que le fragment supérieur présentait en relief. Mais pour ce fragment deux cas peuvent exister : 1° La pointe du V ou de la pyramide du fragment supérieur peut appuyer sur l'angle rentrant du V du fragment inférieur, et parallèlement à l'axe de l'os; 2° cette pointe peut se diriger, obliquement à l'axe, vers le canal médullaire.

1° Dans le premier cas, la pointe du fragment supérieur concentre son action sur le tissu compacte de l'os, et comme par cette pointe passe la résultante des violences extérieures, multipliée par le poids du corps en certains cas, les molécules osseuses immédiatement en contact avec elle se désagrégent; puis, la disjonction gagnant de proche en proche, une fêlure est produite. Qu'à cette cause de fêlure, agissant d'abord parallèlement à l'axe de l'os, une torsion du membre vienne s'adjoindre et la fêlure, continuant de se produire, décrira une véritable spirale et ne s'arrêtera qu'aux limites extrêmes de l'os, c'est-à-dire au niveau de l'articulation dans laquelle elle pénétrera. C'est ce qu'a observé M. Gosselin dans un cas qui fait le sujet de la première observation de M. Bourcy. Le malade était tombé en glissant sur la neige, la jambe droite se trouvant engagée sous les fesses. Un mois après son accident, le malade étant mort d'infection putride, on put constater les désordres suivants : le tibia est fracturé obliquement en bas, en avant et un peu en dedans; le fragment supérieur est taillé en forme de pyramide triangulaire à sommet dirigé en bas et un peu en dedans (fig. 1); le fragment inférieur présente une disposition en V, dont les branches, remarquables par leur netteté et par l'absence complète de dentelure, emboîtent parfaitement les arêtes du fragment supérieur, et dont l'angle rentrant se continue avec une fêlure, qui, partant de la crête antérieure du tibia, contourne d'abord la face interne de cet os de haut en bas et d'avant en arrière, puis sa face postérieure toujours de haut en bas, mais de dedans en dehors, (fig. 2) pénètre dans la facette péronéo-tibiale inférieure, qu'elle divise obliquement dans sa partie moyenne de haut en bas et d'arrière en avant; se continue enfin sur la facette articulaire du tibia, sur laquelle elle marche horizontalement de dehors en dedans et un peu d'avant en



Figure 1.

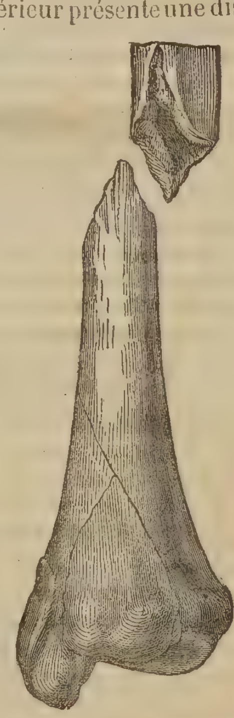


Figure 2.

(1) Thèse de Paris, *Recherches cliniques et expérimentales sur les fractures de la jambe*, 1855.

arrière jusqu'au bord portérieur de la malléole interne, où elle paraît se perdre.

M. Gerdy bien a décrit, dans sa troisième Monographie, une variété de fracture en spirale, mais la fêlure spiroïde n'avait pas encore été mentionnée.

2° Dans le second cas, l'extrémité inférieure du fragment supérieur agissant sur le fragment inférieur comme un véritable coin, broie le tissu spongieux, laboure le tissu médullaire et fait éclater la diaphyse de ce fragment dans lequel il pénètre. Aussi la fracture, simple pour le fragment supérieur, est-elle, comminutive pour l'inférieur : c'est une fracture doublement oblique, ou en V, compliquée de pénétration. Dans un second cas observé par M. Gosselin, la cause fracturante a été le passage d'une roue de voiture. Le fragment supérieur du tibia est en V saillant à pointe tournée en bas, le fragment inférieur en V rentrant à pointe dirigée dans le même sens (fig. 3); mais de cette dernière partent deux plans de fracture divergeant entre eux et qui continuent par leur direction la direction même des deux branches du V; ce qui fait déjà trois fragments secondaires; puis la malléole interne a éclaté, et en plusieurs endroits la diaphyse est divisée en esquilles rattachées à l'os par des lambeaux de périoste. Ici encore la fracture communique donc avec l'articulation. Il y a une attrition considérable du tissu spongieux et on reconnaît aisément dans ce tissu une excavation dont la forme et les dimensions répondent exactement à celles du fragment supérieur (fig. 4).



Fig. 3.



Fig. 4.

Maintenant on comprend que ces fissures, et *a fortiori* les fractures secondaires complètes quand elles existent, expliquent les douleurs ressenties par le malade loin du siége de la fracture principale; de même que les arthrites consécutives, qui persistent quelquefois après la consolidation, trouveraient leur raison d'être dans l'irradiation de la lésion, du foyer de la fracture à l'articulation; irradiation constamment rencontrée par M. Gosselin, dans quatre cas de ces fractures observés par lui.

Il n'est guère possible de diagnostiquer ces fractures dans le premier ordre de faits, alors qu'il n'y a qu'une fêlure concomitante; mais lorsqu'à la fracture en V se joint la pénétration, on pourra reconnaître celle-ci, le gonflement inflammatoire ayant disparu, par l'élargissement de l'os qu'accompagne le raccourcissement du membre; la sensation de fourche due à la saillie des deux branches du V inférieur en même temps que l'absence de saillie du fragment inférieur pourraient compléter le diagnostic.

Le pronostic de ces fractures semble devoir être très-grave, si tant est qu'on puisse généraliser quatre cas observés par M. Gosselin et qui tous se sont terminés par la mort.

Quand ces fractures existent sans plaie, le traitement doit être celui des fractures ordinaires, en prenant bien garde toutefois de réduire exactement les fragments et de combattre le raccourcissement dû à la pénétration. Mais, plus que toutes les autres fractures, celles-ci compliquées de plaie semblent réclamer une amputation immédiate, en raison du délabrement profond qu'elles entraînent et des craintes malheureusement trop fondées d'une infection putride consécutive.

Dans la seconde partie de sa thèse, M. Bourcy rapporte les résultats d'expériences tentées par lui sur le cadavre. Il n'a pas une seule fois réussi à produire de fracture en V par cause directe et encore moins par cause indirecte. Un des résultats les plus inattendus de ces expériences, c'est la production d'une plaie verticale le long du bord interne du tibia, alors que la cause fracturante (le passage d'une roue de voiture, par exemple) agissait de dedans en dehors. Cette plaie peut exister sans fracture, mais quand cette dernière l'accompagne, la plaie pourrait aider à reconnaître dans quel sens a agi la cause de fracture.

Mémoire sur les dangers des bains chauds, d'eau ou de vapeur, dans l'anasarque albuminurique.

Par M. Marchal (de Calvi).

DOCTRINE.

Je viens de rapporter les faits et de les apprécier individuellement; il s'agit maintenant de les rapprocher et d'en déduire les conséquences générales.

Ces faits sont des exemples d'accidents cérébraux dans l'albuminurie. Or, ces accidents ont été attribués à l'urémie. Il faut donc nous arrêter tout d'abord à considérer en elle-même la doctrine de l'urémie, telle que nous l'avons reçue de l'Allemagne.

Cette doctrine consiste à dire que l'urée, diminuant dans l'urine des albuminuriques, s'accumule dans le sang et s'y transforme en carbonate d'ammoniaque, d'où l'intoxication, et, par suite, divers accidents, notamment les accidents cérébraux, voire même l'érysipèle de l'anasarque albuminurique.

Telle est en résumé la doctrine qu'il s'agit d'examiner et qui a pour principal représentant M. Frerichs, de Breslau, dont les travaux offrent d'ailleurs un grand intérêt. Je dois à l'obligeance de M. le docteur Charcot, naguère chef de clinique, d'avoir pu prendre connaissance des écrits de M. Frerichs, qu'il a traduits de l'allemand et résumés sous forme de notes très-substantielles, pour son usage personnel.

On n'a pas trouvé le carbonate d'ammoniaque dans le sang chez les urémiques, et, par conséquent, le fait essentiel de la doctrine est hypothétique. Mais l'on peut arriver par l'induction à donner à un fait hypothétique autant de certitude que si les sens l'avaient déterminé. Voyons s'il en a été ainsi pour la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang, cause alléguée des accidents cérébraux soi-disant urémiques.

L'induction repose ici sur trois faits d'observation :

1° On a injecté du carbonate d'ammoniaque dans le sang, et l'on a vu survenir des accidents nerveux que l'on dit être ceux de l'urémie et qui seraient analogues à ceux des observations précédentes;

2° On a trouvé de l'ammoniaque dans l'air expiré chez certains malades plongés dans un état comateux;

3° On a trouvé de l'ammoniaque dans l'estomac d'individus qui avaient succombé à la maladie de Bright, et dans l'estomac d'animaux chez lesquels on avait déterminé les phénomènes de l'urémie.

Ces faits sont exacts, du moins nous les prenons pour tels; mais comme arguments en faveur de la doctrine de l'urémie, ils sont dénués de toute valeur. Il me sera facile de le prouver en me référant au mémoire de M. Schottin, de Kostritz (1), l'un des fauteurs de la doctrine, qu'il a modifiée, comme on le verra plus loin.

1° Après l'injection de carbonate d'ammoniaque dans le sang, on observe, chez les animaux, des accidents nerveux analogues à ceux de l'urémie.

---

(1) *Mémoire sur les caractères de l'urémie* (accumulation de l'urée dans le sang) dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. I, p. 30 et 43.

D'abord je doute de cette analogie; je doute que l'on ait développé chez les animaux, par l'injection de carbonate d'ammoniaque, des accidents comparables à ceux des observations rapportées dans la première partie de ce mémoire. Mais je veux l'admettre, et je demande ce que cela prouve. « Quoi de singulier, dit M. Schottin, à ce qu'une substance aussi différente des éléments du sang que l'est l'ammoniaque, substance qu'on ne rencontre dans aucun point de l'organisme animal, pas même dans la sueur au moment où elle est sécrétée, quoi de singulier à ce que cette substance entraîne, aussitôt qu'elle est injectée dans le sang, des phénomènes redoutables du côté du système nerveux? » Il y a là déjà une bonne objection théorique; mais M. Schottin ne s'en contente pas, et il y ajoute immédiatement une objection de fait. « J'ai tenté, dit-il, quelques expériences par l'injection des sulfates salins dans les vaisseaux d'animaux vivants (sulfate de soude et sulfate de potasse) ... Les suites de l'injection furent les mêmes que si j'avais injecté du carbonate d'ammoniaque. Il n'y a que l'expiration gazeuse de l'ammoniaque qui fit défaut. » Voilà donc des expériences qui autoriseraient à admettre que, dans l'urémie (dans l'albuminurie), les accidents nerveux ou cérébraux sont produits par la transformation de l'urée, non plus en carbonate d'ammoniaque, mais en sulfate de soude ou en sulfate de potasse, ce qui assurément serait fort extraordinaire.

Rien ne prouve mieux l'inanité profonde du premier argument de fait invoqué en faveur de la doctrine.

Passons au second argument.

2° *Chez quelques individus plongés dans le coma on a trouvé l'expiration ammoniacale.*

Deux procédés ont été suivis pour déterminer la présence de l'ammoniaque dans l'air de l'expiration. Le premier consiste à approcher des lèvres du sujet un tube humecté d'acide chlorhydrique; si l'air expiré contient de l'ammoniaque, on voit se former sur le tube des vapeurs de chlorhydrate ammoniacal. L'autre procédé, proposé par M. Schottin, consiste à approcher de la bouche du malade un papier rouge de tournesol, trempé préalablement dans l'eau distillée, et que l'ammoniaque de l'air expiré fait passer au bleu.

Par l'un ou l'autre de ces procédés, on a donc trouvé de l'ammoniaque dans l'air de l'expiration, chez des sujets plongés dans le coma, et l'on en a conclu que, chez les albuminuriques, il se forme de l'ammoniaque dans le sang, qui s'en débarrasse par le moyen de l'exhalation pulmonaire.

Mais d'abord est-ce que le coma de la fièvre typhoïde, par exemple, est le même symptôme que les convulsions suivies ou non de coma qui caractérisent l'éclampsie, et que les phénomènes de compression de notre seconde observation? A tout instant, quand on examine de près cette doctrine de l'intoxication urémique, on trouve la preuve de la légèreté extrême qui a présidé à son établissement. Passons outre, toutefois, pour ne pas compliquer la discussion, et bornons-nous à considérer en lui-même le fait de l'expiration ammoniacale. Prouve-t-il que l'ammoniaque soit formée dans le sang? Non, et cette production d'ammoniaque est un phénomène purement local. C'est encore M. Schottin qui nous en fournira la preuve, car M. Schottin, partisan de la doctrine de l'intoxication urémique, est, à son insu, le plus grand ennemi et à proprement parler le destructeur de cette doctrine.

M. Schottin fait remarquer en premier lieu que l'air d'une salle où se trouvent un grand nombre de malades, si, en outre, elle est peu ventilée, ce qui est le cas ordinaire, renferme généralement de l'ammoniaque, sans qu'on puisse l'attribuer à tel malade plutôt qu'aux autres.

Ensuite il a constaté que l'air est ammoniacal au sortir des lèvres, chez les individus qui respirent la bouche ouverte et chez lesquels les produits des sécrétions buccales s'épaississent, chez ceux qui ont des caries dentaires, des excoriations de la muqueuse buccale, des parcelles alimentaires retenues entre les dents, et, d'une manière générale, chez tout le monde, le matin, lorsque la bouche n'est pas nette. Un de nos micrographes a fait de la bouche humaine, au réveil, une sorte de nécropole, en établissant qu'elle contient alors quantité d'animalcules microscopiques: circonstance qui serait bien de nature à faire comprendre la production de l'ammoniaque dans la bouche même.

En somme, rien n'est plus banal et plus insignifiant que la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré, et le second argument de fait sur lequel s'appuie la doctrine, croule comme le premier.

Il se pourrait, fait encore observer M. Schottin, que les glandes salivaires ou la membrane muqueuse de la bouche intervinssent comme succédanés des reins, et que l'urée se transformât dans la bouche en carbonate d'ammoniaque. Pareille transformation pourrait avoir lieu aussi dans le poumon, aux dépens de la sérosité infiltrée (œdème pulmonaire), puisque le liquide des hydropisies contient de l'urée. Mais ce ne sont là que des suppositions plausibles, et nous n'en avons pas besoin contre la théorie, qui est jugée dès ce moment.

Ce qui n'est pas une supposition, ce qui est un fait authentique, c'est que l'on trouve de l'ammoniaque dans l'air au sortir de la bouche en une foule de cas qui n'ont rien de commun avec ceux où l'on voit se produire les accidents cérébraux faussement attribués à l'urémie, et que par conséquent on s'est mépris grandement lorsqu'on a voulu voir dans l'expiration ammoniacale la preuve de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang, chez les albuminuriques.

Mais il y a plus. M. Schottin a cherché l'ammoniaque dans l'air de l'expiration chez seize individus affectés positivement d'accidents dits urémiques (nous devons entendre cérébraux albuminuriques), et il ne l'y a trouvée qu'une fois, encore c'était chez un malade plongé dans la stupeur depuis longtemps, et dont la bouche, largement ouverte, était pleine de mucus épaissi, c'est-à-dire chez un individu placé dans les conditions qui donnent lieu à la production locale de l'ammoniaque. On doit dire par conséquent que dans seize cas où, suivant la doctrine, il devait se trouver de l'ammoniaque exhalée du poumon dans l'air de l'expiration, M. Schottin ne l'a pas rencontrée sûrement une seule fois. N'est-ce pas inouï, et que penser maintenant de la doctrine qui donne précisément comme une de ses principales preuves la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré, en ces sortes de cas?... C'est à ne pas le croire.

3° *On a trouvé de l'ammoniaque dans l'estomac d'individus qui avaient succombé à la maladie de Bright, et dans l'estomac d'animaux chez lesquels on avait déterminé les phénomènes de l'urémie.*

Qu'est-ce que cela prouve? C'est dans les vaisseaux, dans le sang, et non dans l'estomac qu'il aurait fallu trouver l'ammoniaque. M. Schottin, de son côté, réfute cet argument en disant que la muqueuse digestive peut suppléer les reins pour l'élimination de l'urée, et que celle-ci peut dès lors se transformer en carbonate d'ammoniaque dans l'estomac. Enfin, si l'ammoniaque peut se former dans la bouche, combien plus facilement se formera-t-elle dans l'estomac après la mort? Cet argument est encore plus faible que les deux premiers.

Je viens de montrer ce que valent les induction, sur lesquelles on a établi la doctrine de l'urémie. Mais la discussion n'est pas épuisée, et l'on n'a rien fait tant qu'on a laissé un refuge à l'erreur.

Supposons donc que l'on parvînt à prouver qu'il se forme parfois une petite quantité d'ammoniaque dans le sang chez les albuminuriques, ce ne serait pas encore une raison, comme le fait justement observer M. Schottin, pour attribuer l'ammoniaque à la transformation de l'urée dans le sang, attendu que l'on a vu quelquefois se former de l'ammoniaque dans ce liquide chez des scarlatineux et des typhoïdes.

Remarquons encore que l'urée n'est pas un produit anormal

dans le sang de l'homme. Le docteur Constancio l'avait trouvée dans le sang menstruel; Marchand, MM. Verdeil et Dollfus l'avaient extraite du sang de bœuf; enfin M. Paul Hervier (*Thèses de Paris*, 1850) l'a obtenue du sang humain sous la forme de cristaux très-abondants de nitrate et d'oxalate. Or, si l'urée existe à l'état normal dans le sang, sa transformation en carbonate d'ammoniaque devrait être un fait habituel.

Pourquoi, d'un autre côté, cette transformation ne se produit-elle pas lorsqu'on injecte de l'urée dans le sang. On sait que le seul effet de cette injection est d'augmenter la sécrétion urinaire, à tel point que l'urée a pu être considérée comme un excellent diurétique.

Pourquoi l'urée ne se transforme-t-elle pas non plus dans le liquide des hydropysies?

N'est-il pas étrange aussi qu'à diverses reprises on ait cherché l'urée dans le sang, chez des albuminuriques, sans l'y trouver? C'est qu'en effet les hydropisies, dans l'albuminurie ouvrent une large voie d'élimination à ce produit, tandis que l'on raisonne toujours comme s'il devait s'accumuler dans le sang en proportion de ce qui en manque dans l'urine.

J'ai dit, à l'occasion de l'un des faits rapportés dans la première partie, que la doctrine de l'urémie, telle que je la discute, est en contradiction avec les données de la physiologie expérimentale et avec les faits pathologiques connus.

Effectivement, on a lié les urétères, on a extirpé les reins chez des animaux vivants, que l'on a mis par conséquent dans les conditions les plus favorables à la production de l'urémie, je veux dire à la concentration de l'urée dans le sang, et il n'a jamais été question d'accidents nerveux comparables à ceux que l'on veut considérer comme des phénomènes urémiques et qui constituent l'encéphalopathie albuminurique.

De même, on a vu chez des hommes affectés de rétention très-prolongée de l'urine dans la vessie, se produire ce qu'on appelle la *fièvre urineuse.* Il y avait alors, soit par résorption de l'urine dans la vessie, soit par suspension de la sécrétion, véritable urémie ou rétention des matériaux de l'urine dans le sang, et je ne crois pas que l'on puisse citer un seul cas dans lequel se soient manifestés des accidents cérébraux semblables à ceux de l'encéphalopathie albuminurique; l'extrême agitation qui se montre alors, la prostration qui la suit et au milieu de laquelle se termine la scène morbide, diffèrent totalement de ces accidents. Le lecteur s'en convaincra facilement en se référant aux symptômes de la rétention d'urine portée à son plus haut degré, et en les comparant aux symptômes observés dans les cas que j'ai fait connaître.

Dernièrement encore la *Gazette des Hôpitaux* citait un cas d'empoisonnement par le phosphore, avec suppression d'urine pendant quarante-huit heures, et dans lequel le sujet n'a présenté en aucune façon les symptômes qu'aurait dû déterminer, au gré des fauteurs de la doctrine de l'urémie, la rétention des matériaux de l'urine et notamment de l'urée dans le sang.

Il existe une *urémie artificielle;* il existe une urémie *pathologique;* mais ni l'une ni l'autre ne donne lieu aux accidents cérébraux tout à fait particuliers de l'encéphalopathie albuminurique. Je le dis et je le répète à dessein, parce que cela juge définitivement une fausse doctrine qui tend à se propager chez nous par l'effet d'une sorte de surprise. Avec cette vague dénomination d'*accidents nerveux urémiques*, on est arrivé à tout confondre, et à faire un corps avec une ombre.

Je ne nie pas assurément que, dans l'albuminurie, il y ait rétention d'une certaine quantité de matériaux de l'urine dans le sang, et que par conséquent il y ait un certain degré d'urémie; mais j'affirme que l'on ne peut expliquer par cette circonstance les accidents cérébraux qui se montrent assez souvent chez les albuminuriques, puisque, encore un coup, ces accidents ne se produisent pas lorsque l'urémie est aussi complète que possible, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

En résumé, tout dépose contre la doctrine préconisée par M. Frerichs : et les arguments que l'on a invoqués en sa faveur, lesquels tombent devant l'expérience comme devant le raisonnement, et les faits déjà connus de la physiologie et de la pathologie.

(*La fin au prochain numéro.*)

La syphilis constitutionnelle peut-elle se transmettre par l'inoculation du vaccin?

(Extrait d'un rapport fait à la société de chirurgie, par M. P. Broca.)

Telle est la question sur laquelle les tribunaux allemands ont eu récemment à se prononcer, et sur laquelle, à la demande de MM. Pauli (de Laneau) et Heyfelder père, membres correspondants de la société de chirurgie, M. Broca, a été appelé à faire un rapport devant cette société. Voici les faits qui ont soulevé la question dont il s'agit, tels que les expose M. Broca :

Le 16 juin 1852, douze enfants du village de Fraienfels furent transportés à Hollfeld (Franconie), et y furent vaccinés par le docteur Hübner, médecin cantonal.

Le vaccin fut pris sur la petite Maria Keller, âgée de trois mois et dix jours, et fille de Marguerite Keller.

L'enquête ultérieure a établi que dix-huit mois auparavant, Marguerite Keller, qui demeurait alors à Nuremberg, avait été atteinte d'ulcérations suspectes à la gorge et aux parties génitales. Elle prétendit avoir contracté cette affection en soignant les enfants d'un négociant de la ville, atteints, suivant elle, du même mal. Le docteur Fabrice lui administra un traitement anti-syphilitique, et elle fut guérie en moins d'un mois. Depuis lors, Marguerite Keller n'a éprouvé aucun accident analogue, et, examinée à deux reprises différentes pendant l'instruction, elle a été déclarée parfaitement saine.

La petite Maria naquit le 6 mars 1852; elle était bien constituée; mais, au bout de trois semaines, il lui revint, sur l'un des mollets, au dire de sa mère, un petit bouton semblable à une piqûre de puce. Ce bouton s'élargit et ne tarda pas à s'ulcérer; suivant les femmes de Fraienfels, mères des enfants vaccinés le 16 juin, cette enfant aurait déjà à cette époque été atteinte d'ulcérations au cou, aux paupières et à la bouche. Mais Catherine Keller et le docteur Hübner affirment que ce renseignement est inexact. Quoi qu'il en soit, de nouvelles ulcérations ne tardèrent pas à paraître; elles couvrirent bientôt toute la surface du corps, et l'enfant succomba le 26 août 1852, près de six mois après sa naissance, et soixante-dix jours après la séance de vaccination. Jusqu'au jour de sa mort, la petite Maria avait couché avec sa mère qui l'allaitait, et avec un autre enfant. Elle ne leur avait communiqué aucun mal.

Douze enfants du village de Fraienfels furent vacciné avec le vaccin pris sur la petite Maria. Pendant huit mois, le docteur Hübner n'en entendit pas parler. Divers accidents se développèrent; mais aucun médecin ne fut consulté. Ce ne fut que le 9 février 1853, deux cents trente-sept jours après l'inoculation vaccinale, que le docteur Wening, de Casendorf, fut appelé à donner son opinion sur une maladie dont huit des enfants vaccinés par le docteur Hübner étaient atteints. Il pensa que cette maladie était la syphilis constitutionnelle. M. Hübner, consulté le lendemain et les jours suivants, fut disposé à accepter ce diagnostic. Les détails suivants ont été fournis par les parents :

1° Deux enfants n'eurent ni pustules vaccinales ni accidents d'aucune sorte. Leurs parents rapportent qu'effrayés par l'apparence maladive de Maria Keller, ils essuyèrent les piqûres immédiatement après la vaccination;

2° Deux autres enfants nommés B et G. eurent de deux à cinq pustules vaccinales fort belles qui parcoururent régulièrement toutes leurs périodes. Plusieurs enfants furent vaccinés avec leur vaccin et n'éprouvèrent aucun accident. Néanmoins le petit B. présenta quatre mois après, en octobre 1852], des symptômes qui furent plus tard attribués à la syphilis. Quant au petit G., il resta dans un état de santé parfaite;

3° Les huit autres enfants eurent des pustules dont la marche fut irrégulière. Plusieurs de ces pustules s'ulcérèrent; d'autres se développèrent mal; aucun des enfants de cette catégorie ne fournit de vaccin pour de nouvelles inoculations.

L'un d'eux conserva une santé excellente. Les sept autres furent moins heureux.

Sur deux de ces derniers, des pustules se formèrent le huitième jour après la vaccination; ces pustules s'accrurent et se changèrent bientôt en ulcères confluents qui suppurèrent pendant plusieurs mois, et qui

finirent par se cicatriser. Mais en même temps d'autres symptômes suspects se manifestèrent ailleurs. Enfin les cinq autres enfants n'offrirent d'abord aucune pustule; mais quinze jours après la vaccination, de petites vésicules parurent à l'endroit des piqûres; elles s'ulcérèrent bientôt et ne guérirent qu'au bout de deux à trois mois, époque où d'autres accidents parurent.

Ainsi, sur douze enfants vaccinés le 16 juin avec le vaccin de la petite Maria Keller, huit ont présenté des accidents réputés syphilitiques, et cependant l'un d'eux, le petit B. a fourni du vaccin pour d'autres enfants qui n'en ont éprouvé aucun accident. Ces huit malheureux enfants, au dire de leurs familles, auraient ressenti les premières atteintes de la syphilis constitutionnelle vers le mois de septembre ou d'octobre 1852, trois ou quatre mois après la vaccination. Ce furent d'abord des boutons qui se formèrent vers les parties génitales, à la vulve chez les petites filles, aux bourses chez les petits garçons. Plus tard une éruption analogue se montra au pourtour de l'anus, aux fesses et à l'abdomen. Bientôt après, plusieurs personnes qui donnaient des soins aux enfants furent infectées à leur tour : c'étaient leurs mères, leurs bonnes, leurs frères ou leurs sœurs. Il y en eut huit en tout dans le courant de l'hiver. On remarqua en particulier sur deux femmes, que le mal avait débuté sur l'avant-bras gauche, dans le point où les fesses de leurs nourrissons reposaient à nu pendant la plus grande partie de la journée. Ces deux femmes eurent ensuite d'autres accidents à la poitrine et aux lèvres; plusieurs nourrices virent le mal débuter sur leurs mamelons; enfin une femme enceinte infectée par son enfant depuis le mois de septembre, et atteinte d'ulcérations à la bouche, à la langue et aux parties génitales, mit au monde, le 26 février 1853, un enfant qui présentait les symptômes de la syphilis congéniale.

La régence de la province de Franconie jugea nécessaire d'ouvrir une enquête. Elle délégua le docteur Fischer qui, d'après les témoignages qu'il recueillit sur les lieux, rédigea un rapport où il consigna les détails précédents.

Le docteur Hübner fut accusé de blessures par imprudence et fut condamné, le 4 décembre 1853, *à deux années d'emprisonnement*, par le premier tribunal de Bamberg.

Le rapporteur fait ressortir ici la gravité et la rigueur d'un pareil jugement, la menace qu'il fait peser sur la profession tout entière, et il expose que le docteur Pauli crut devoir à ce propos examiner la question de la contagion et de l'hérédité de la syphilis.

Le docteur Hübner en appela devant la cour de cassation de Munich, laquelle cassa le premier jugement et renvoya l'affaire devant la cour d'appel de Bamberg.

Dans ce nouveau procès, dit M. le rapporteur, l'allégation la plus grave a disparu : à l'époque de la première enquête, les femmes de Fraienfels avaient déclaré que la petite Maria Keller présentait, le jour de la vaccination, des ulcérations au cou, aux lèvres et aux paupières, ulcérations qui par leur siége même auraient nécessairement dû attirer l'attention du docteur Hübner. Cette fois, suivant le rapport de M. Heyfelder, les mêmes femmes se contentèrent de dire que l'enfant avait des pustules sur les jambes et sur les fesses. Elles persistèrent à déclarer que cette enfant avait l'air chétif et malsain, ce qui, du reste, ne semble pas avoir été contesté.

M. le professeur Heyfelder, appelé comme expert, fit la déclaration suivante :

1° Aucun médecin n'a constaté l'existence d'une affection syphilitique sur la petite Maria Keller; ce qu'on a dit sur l'état de cette enfant ne présente par conséquent aucune garantie d'exactitude;

2° La déclaration des femmes de Fraienfels, qui disent avoir vu quelques pustules aux jambes et aux fesses de Maria Keller, n'est nullement concluante;

3° Marguerite Keller, mère de l'enfant, examinée très attentivement par le docteur Fabrice lui-même, le 13 mars 1853, n'a présenté aucune trace de syphilis;

4° Il n'y a donc aucune raison d'admettre que Maria Keller fût atteinte de syphilis, le 16 juin 1852, jour de la vaccination;

5° Il paraît démontré que huit des douze enfants vaccinés ont présenté des accidents syphilitiques, constatés par deux médecins, plus de sept mois après la vaccination; mais on n'a pas le droit d'en conclure que cette infection ait été produite par l'inoculation du vaccin;

6° Enfin, le jour où la syphilis a été constatée chez ces enfants est très-éloigné du jour où ils ont été vaccinés. Pendant un long intervalle de plus de sept mois, aucun médecin ne les a examinés; toute l'accusation repose donc sur des dépositions qui, provenant de personnes étrangères à la médecine, ne peuvent servir de base à un jugement scientifique.

La cour d'appel de Bamberg, réformant le premier jugement, rendit bientôt un arrêt qui vous paraîtra sans doute encore trop sévère; mais il faut tenir compte de l'état de la législation médicale en Allemagne. Les vaccinations y sont confiées à des médecins cantonaux qui reçoivent des instructions à cet égard. Il leur est interdit en particulier de prendre du vaccin sur des enfants malsains ou chétifs. La cour, écartant toute idée d'inoculation syphilitique, a condamné le docteur Hübner à six semaines d'emprisonnement *pour avoir pris le vaccin sur un enfant malsain et chétif, contrairement aux instructions qu'il avait reçues comme médecin cantonal.*

Par ce jugement les droits de la science sont réservés; l'institution de la vaccine n'est plus menacée.

Il importe cependant de soumettre à une étude attentive et à une discussion purement scientifique les faits qui avaient été appréciés d'une manière si fâcheuse par les premiers juges. Des faits analogues peuvent se reproduire tous les jours, et il est utile que les corps savants, seuls tribunaux compétents en pareille matière, se prononcent sur la transmissibilité des maladies par la vaccination.

Le travail de M. Pauli se compose de trois parties :

La première est consacrée à la question de la contagion des accidents secondaires; elle se termine par douze propositions que l'auteur résume ainsi : « Il est *hors de doute* que la syphi-« lis secondaire n'est pas contagieuse; cet *axiome inébranlable* « est la base de nos connaissances actuelles sur la syphilis. »

Dans la deuxième partie, l'auteur s'occupe de l'hérédité de la syphilis, et douze propositions le conduisent encore à la conclusion suivante : « Dans l'état actuel de la science, on ne « peut pas considérer l'hérédité de la syphilis comme suffi-« samment démontrée, et s'il n'est pas permis de la reléguer « dans le domaine des fables, on peut dire du moins que ce « sujet, environné de doutes, attend encore de nouvelles re-« cherches. »

Je ne prends pas la responsabililité de ces deux conclusions, et je n'ai pas la mission de discuter le travail de M. le docteur Pauli; je suis seulement chargé de vous en présenter l'analyse.

La troisième et dernière partie est intitulée : *Des rapports de la syphilis avec la vaccine.*

Après un préambule quelque peu romantique, l'auteur se demande d'abord si le virus vaccin et le virus du chancre primitif conservent leurs propriétés respectives lorsqu'on vient à les mélanger. Il a fait ce mélange et l'a inoculé sans résultat sur des malades de son hôpital; il rappelle à ce propos que Ludwig Attenhoffer, médecin de l'hôpital Kalinki, à Saint-Pétersbourg, a appliqué du vaccin à la surface de plusieurs chancres récents, et a vu les ulcères ainsi traités guérir plus rapidement que les autres (1). Ainsi, le vaccin par son contact direct affaiblit ou neutralise le virus du chancre primitif. Or, ceux qui admettent l'inoculabilité des accidents secondaires reconnaissent du moins que le virus de la syphilis constitutionnelle est beaucoup moins énergique, beaucoup moins ino-

(1) Beobachtungen über die Natur und Heilung der Syphilis; *in* Russ-Samm. für Natur- und Heilkunde. Bd. I, 1816, Heft, 1 s. 24-52.

culable, que le pus de l'accident primitif. Il serait donc au moins étrange que le vaccin, qui atténue les propriétés du virus le plus fort, respectât celle du virus le plus faible.

Voyons cependant ce que l'expérience a montré à cet égard, et passons en revue les faits qui ont été invoqués à l'appui de la transmission de la syphilis par la vaccination.

Albèrs, en 1832, annonça que des enfants inoculés avec du vaccin provenant d'un sujet syphilitique eurent une éruption papuleuse et pustuleuse qui, suivant lui, était *vraisemblablement* syphilitique (1). — Le mot vraisemblablement renferme un aveu qui nous dispense de tout commentaire. D'ailleurs un fait aussi écourté, ou plutôt une assertion aussi vague, n'a vraiment aucune valeur scientifique.

Il en est de même de l'assertion de M. Fusch. Après avoir dit que le sang des vérolés peut devenir contagieux, cet auteur ajoute purement et simplement qu'il connaît plusieurs cas où la syphilis a été inoculée avec le vaccin ou avec la varioloïde, quoique la pustule-mère n'offrît aucune particularité appréciable. Il est impossible de faire de la science avec de pareils documents.

Attacherons-nous plus d'importance aux faits de M. Viari? (2) Un enfant syphilitique fournit du vaccin avec lequel on revaccine son oncle et sa tante. Ceux-ci présentent ensuite des accidents syphilitiques. Pas d'autres détails; on ne sait même pas sur quoi on s'est basé pour admettre la nature syphilitique de ces divers accidents, ni même si l'enfant était déjà malade au moment de la vaccination ou s'il ne le devint que plus tard.

Nous possédons quelques détails de plus sur l'observation de M. Cecco Ceccaldi. Trois enfants furent inoculés (3) avec du vaccin provenant d'un autre enfant qui paraissait fort sain; au bout de trente-cinq jours, ils devinrent syphilitiques. Chose remarquable, celui qui leur avait fourni le vaccin paraissait jouir d'une santé parfaite; mais il ne tarda pas à être atteint à son tour de syphilis constitutionnelle. M. Ceccaldi crut pouvoir en conclure que la vaccination avait transmis la vérole du premier enfant aux trois autres. Il eût été au moins aussi possible d'admettre le mécanisme inverse.

Un fait de M. Th. Clémens, de Francfort-sur-le-Mein (4), est tout aussi concluant.

Une fille de dix-neuf ans, d'une santé florissante, fut vaccinée avec du vaccin provenant d'un enfant de belle apparence; cet enfant n'avait présenté jusqu'alors aucun accident syphilitique; mais il fut reconnu que ses parents avaient eu la vérole, et cela suffit pour faire admettre qu'il était atteint d'une syphilis *latente*. Je me hâte d'ajouter que cette hypothèse ne fut faite que pour expliquer ce qui survint sur la fille vaccinée. Six jours après l'inoculation, il lui vint un abcès dans chaque aisselle, et trois gros furoncles très-douloureux à la fesse.

Il eût été fort simple d'attribuer les abcès à l'irritation locale, produite sur l'appareil lymphatique par les piqûres vaccinales, et il eût été sage de ne voir qu'une coïncidence dans les furoncles de la fesse. Mais M. Clémens préféra mettre tout cela sur le compte de la syphilis ou plutôt, avec une prudence digne d'éloge, il admit que la vaccination avait transmis à cette jeune fille un *vernis syphilitique* plutôt qu'une syphilis véritable. On ouvrit les abcès; on appliqua des sangsues sur les furoncles, et la jeune fille guérit sans aucun traitement interne. C'est bien le cas de dire, malgré le précepte d'Horace : *Non possum non mirari.*

M. Emile Pitton a publié, en y ajoutant il est vrai des restrictions insuffisantes, une autre observation qui remonte déjà à 1838 (5).

Le docteur Boucher vaccine plusieurs enfants dans une seule séance et avec le même vaccin. L'inoculation donne les résultats les plus satisfaisants sur tous les sujets, excepté sur un seul enfant de 14 mois, qui présente, le sixième jour, une éruption de pustules phlysaciées sur les bras, puis sur la figure, et enfin sur le reste du corps. Ces pustules se changent bientôt en ulcérations taillées à pic que les parents du petit malade mettent sur le compte de la vaccination. M. Pitton est appelé, considère l'éruption comme syphilitique, et prescrit un traitement mercuriel qui n'empêche pas l'enfant de succomber.

Quelque temps après, un autre enfant provenant du même lit, est vacciné à l'âge de 13 mois. Le sixième jour, une éruption pustuleuse survient encore; elle se comporte comme la précédente, et de plus un lupus se développe sur la joue droite. M. Pitton voit dans ces accidents une manifestation de la syphilis constitutionnelle; il prescrit un traitement conforme à ce diagnostic, et cette fois, l'enfant finit par guérir.

« Évidemment, dit M. Pitton, le vaccin n'a été, dans les deux cas, que la cause déterminante de l'affection syphilitique. » Il ajoute que ces deux enfants portaient sans doute le germe d'une syphilis congéniale, et que l'inoculation vaccinale n'a fait que rendre l'éruption plus hâtive. Il y aurait plus d'une objection à élever contre cette opinion, mais il nous suffit de constater que l'auteur refuse d'admettre l'origine vaccinale des accidents plus ou moins syphilitiques qu'il a observés. Son jugement d'ailleurs n'est pas suspect, car au début de son article, il n'hésite pas à considérer comme des *fanatiques* les médecins qui ne croient pas que les dartres et la scrofule puissent se transmettre par la vaccination.

J'arrive maintenant à un fait beaucoup plus important et surtout beaucoup plus grave rapporté par M. Wegeler (1).

Pendant l'épidémie de variole qui sévit à Coblentz en 1849, on pratiqua de nombreuses revaccinations. M. B., chirurgien de cette ville, revaccina dix familles, le 14 et le 15 février 1849; un enfant de quatre mois fournit à lui seul le vaccin pour dix-neuf individus; cet enfant paraissait fort sain; les parents, examinés et interrogés avec soin, furent trouvés exempts de tout accident syphilitique. Néanmoins, quatre jours après la séance de revaccination, on vit paraître à la face interne des cuisses de l'enfant, sur ses fesses et sur son visage des boutons que le docteur E... considéra comme étant de nature syphilitique. Trois jours après le petit malade mourut d'un épanchement au cerveau (Hirnwasser). Cet enfant avait été vacciné le 4 février avec sept autres enfants chez lesquels la vaccine se développa régulièrement, sans donner lieu à aucun accident ultérieur. Voilà tout ce que l'enquête permit d'apprendre.

Les individus vaccinés appartenaient à des conditions très-diverses, et le texte assure que leur moralité était évidente. Quoi qu'il en soit, trois ou quatre semaines après la revaccination, les piqûres se transformèrent en ulcérations syphilitiques, et plusieurs malades présentèrent en diverses régions des accidents secondaires reconnus pour tels par des médecins, qui jugèrent convenable d'administrer le mercure.

Sur ces entrefaites, M. B... en récompense du zèle qu'il avait employé pour la santé publique, fut accusé, arrêté, jugé et condamné à deux mois de prison, comme coupable d'*impéritie*.

. . . .

Tels sont, Messieurs, les faits qui ont été invoqués jusqu'ici pour démontrer la transmission de la syphilis par l'intermédiaire du vaccin. La plupart de ces faits sont tellement incomplets et s'accompagnent de circonstances tellement singulières, qu'ils n'ont aucune valeur. Nous y voyons que des individus vaccinés ou revaccinés ont présenté, peu de temps après, des accidents réputés syphilitiques. Mais d'une part, la nature syphilitique de ces accidents est fort douteuse ; et d'autre part, il est aussi fort douteux qu'il y ait eu relation de cause à effet entre leur apparition et la vaccination préalable. Des médecins procédant avec une légèreté malheureusement trop commune s'en sont laissé imposer par des propos de malades. Ne sait-on pas que le vulgaire est toujours disposé à voir des rapports de causalité là où il y a simple succession de deux phénomènes indépendants l'un de l'autre? Souvenons-nous de ce qui a eu lieu chez les deux enfants dont Pitton nous a raconté

(1) Ueber die Erkenntniss und Kur der syphilitischer Hautkrankheiten. Bonn, 1832, s. 12.
(2) *Gaz. med*, Lombarda, *et* Prag. Vierteljahrschrift, Bd. 29.
(3) Bayrische aertzliche Intelligenz-blatt, 1854, s. 86.
(4) Deutsche Klinik, 2 avril 1853.
(5) *Journ. des conn. médico-chir.*, septembre 1838.

(1) Preussische Vereins Zeitung, 1850, n° n° 14.

l'histoire, et qui présentèrent, six jours après l'inoculation vaccinale, des accidents réputés syphilitiques. Les parents de ces enfants ne manquèrent pas d'en accuser la vaccination. Mais l'innocuité du même vaccin sur les autres sujets inoculés permit de réduire à néant cette accusation injuste. Il aurait pu se faire cependant que M. Boucher n'eût vacciné qu'un seul enfant, et si la chose s'était passée à Coblentz ou à Fraienfels, il eût pu en résulter pour lui des conséquences désastreuses.

S'il est vrai de dire que la plupart des faits qui précèdent ne méritent aucun examen sérieux, il faut avouer cependant que deux d'entre eux sont graves et difficiles à interpréter. Ce sont ceux de MM. B. et Hübner. Ces deux faits ont donné lieu à une enquête et ont abouti à une condamnation judiciaire, et il n'en eût certainement pas été ainsi, s'il n'y eût eu dans leur nature même plusieurs circonstances inexplicables. L'exposé qui précède vous a convaincus, je l'espère, que les deux médecins n'étaient ni condamnables ni même blâmables d'avoir agi comme ils l'ont fait, et comme moi vous conservez probablement des doutes sur la nature syphilitique et surtout sur l'origine des accidents qui se sont développés quelque temps après la vaccination. Mais en laissant de côté la partie judiciaire de ces deux déplorables histoires, il reste bien des points obscurs sur lesquels la science, je le crains bien, n'est pas près de se prononcer.

(*La fin au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

MORT DE M. VALLEIX.

Combien cette funèbre ligne va retentir douloureusement dans le cœur de ceux qui ont connu cet esprit charmant, cet observateur sagace, ce médecin éminent, ce savant accompli! — Nous ne pouvons le croire encore, et cependant nous n'en pouvons plus douter, M. Valleix est mort! Il est mort comme M. Blache fils, comme M. Mancel, tous deux internes des hôpitaux; il est mort esclave du devoir professionnel, victime d'un dévouement que le monde n'apprécie guère et qu'il ne récompense pas mieux.

Pendant qu'il donnait des soins assidus à une petite fille atteinte de croup, M. Valleix éprouva dans la journée de samedi dernier les premiers symptômes de cette terrible affection. Ces symptômes prirent rapidement un caractère alarmant, ils s'accompagnèrent d'un tel gonflement du cou qu'on dut même renoncer à la ressource de la trachéotomie. Deux incisions furent seulement faites par M. Velpeau de chaque côté du cou pour diminuer l'étouffement. Vain espoir! L'asphyxie a monté sans relâche comme le flot destructeur, et M. Valleix a expiré hier, vers neuf heures du soir.

Ce n'est pas le moment d'apprécier les qualités de cet esprit d'élite. Disons seulement que nul ne fut plus laborieux, plus dévoué à ses devoirs, plus digne dans ses relations, que nul ne fut meilleur ami ni plus loyal adversaire, que nul enfin n'est plus digne d'emporter dans la tombe les regrets des hommes d'esprit et des hommes de cœur!

— *Sur les moyens de préservation de la rage et d'autres affections virulentes.* — Dans sa constante sollicitude pour la santé publique, M. le Préfet de Police vient de prescrire à ses agents la saisie et la destruction, surtout pendant les chaleurs, des chiens trouvés errants sur la voie publique. Il recommande, en outre, expressément aux personnes qui possèdent de ces animaux de les tenir muselés, même dans l'intérieur des boutiques et des habitations.

Pour seconder les bonnes intentions de M. le Préfet, le Conseil de salubrité de la Seine vient de publier l'avis suivant, auquel il est essentiel, dans l'intérêt du public, que les organes de la presse présentent quelques remarques.

« Les chiens, dit ce conseil, sont au nombre des animaux chez lesquels la rage peut se développer spontanément et par lesquels elle se communique ensuite avec le plus de facilité. On croit communément que la rage se déclare plutôt chez ces animaux pendant les grandes chaleurs. L'ignorance où l'on est en général des premiers moyens préservatifs à employer en cas de morsure a souvent occasionné de graves accidents. Voici ces moyens:

« Toute personne mordue par un animal enragé ou soupçonné tel devra à l'instant même presser sa blessure dans tous les sens, afin d'en faire sortir le sang et la bave.

« On lavera ensuite cette blessure soit avec de l'alcali volatil étendu d'eau, soit avec de l'eau de lessive, soit avec de l'eau de savon, de l'eau de chaux ou de l'eau salée, et, à défaut, avec de l'eau pure ou même avec de l'urine.

« On fera ensuite chauffer *à blanc* un morceau de fer que l'on appliquera profondément sur la blessure.

« Ces moyens, bien employés, suffiront pour écarter toute espèce de danger. Toutes les fois qu'ils pourront être employés par un homme de l'art, il y aura avantage pour la personne mordue. Dans tous les cas, il sera nécessaire d'appeler un médecin, même après l'emploi de ces moyens, attendu qu'il pourra seul bien apprécier la profondeur des blessures, et qu'une cautérisation qui aurait été incomplétement faite serait sans efficacité.

« On ne saurait trop rappeler au public le danger qui existe dans l'usage des prétendus spécifiques que vendent et distribuent les charlatans. On ne connaît, jusqu'à ce jour, de préservatif certain contre la rage, que la cautérisation et un traitement local convenable.

« Comme il est utile de ne pas tuer, comme on le fait ordinairement, les chiens qui auraient fait des morsures, afin qu'on puisse constater s'ils sont véritablement enragés, on prévient qu'ils seront toujours reçus à l'école vétérinaire d'Alfort. »

Quelques-uns des moyens signalés par le conseil de salubrité peuvent probablement être d'une certaine utilité; mais il s'en faut bien que ces moyens soient suffisants pour prévenir la rage dans la plupart des cas; il s'en faut que la manière dont ils sont conseillés soit conforme aux récents progrès de la science, et qu'il n'y ait pas mieux à faire aujourd'hui dans l'intérêt des personnes qui viendraient à être mordues par chien suspect ou piquées par une vipère, etc.

Les expériences récentes de M. le professeur Renault, d'Alfort, conformément à la démonstration que j'avais faite *à priori*, il y a quatorze ans, ont prouvé que l'absorption des matières virulentes sont absorbées pour ainsi dire aussitôt que déposées dans les tissus vivants, et que *moins de cinq minutes* après l'inoculation, ou, ce qui revient au même, la morsure virulente de l'animal, le virus infectant circule déjà dans le sang et se trouve hors de l'atteinte de tous les agents à l'aide desquels on tenterait de le détruire localement sur le lieu de la piqûre.

Si donc une personne mordue suivait les conseils indiqués ci-dessus; si elle pressait sa blessure en tous sens, si elle la lavait ensuite; si, enfin, elle faisait chauffer *à blanc* un morceau de fer pour détruire les tissus présumés infectés, elle perdrait un temps précieux, beaucoup plus que suffisant pour rendre stériles toutes ces précautions.

Pour la même raison, une personne mordue ne pourra jamais recourir à un homme de l'art, à moins que celui-ci ne se trouve sur les lieux au moment même de l'accident.

Ainsi, pour se mettre à l'abri des accidents extrêmement graves qui peuvent être la suite d'une morsure faite par un animal venimeux ou malade, on devra indispensablement, *à l'instant même*, cautériser profondément les parties de la peau piquées ou déchirées, c'est-à-dire y produire une mortification de plusieurs millimètres de profondeur.

Dans ce but, toute personne qui s'aventurera dans la campagne devra porter sur elle un caustique énergique, tel que la potasse caustique, l'acide nitrique, le beurre d'antimoine, etc., ou mieux encore, le brôme qui, d'après les intéressantes recherches de M. Reynoso, paraît jouir de la double propriété de détruire les tissus et de neutraliser les propriétés toxiques des poisons virulents.

Le Conseil a bien fait de prémunir le public contre les dangers des prétendus spécifiques; mais il a eu tort de lui donner une fausse sécurité, en lui indiquant comme propres à écarter *toute espèce de danger* des moyens qui, dans l'immense majorité des cas, seraient absolument inefficaces.

Quant à la recommandation que fait le Conseil de conserver les chiens suspects au lieu de les tuer, il paraît oublier que pour les con-

server il faut d'abord s'en emparer. Or, nous croyons que les dangers qu'il y aurait à les saisir font beaucoup plus que compenser les avantages fort douteux qu'il y aurait à les tenir en observation. Le plus sage sera donc de continuer à les détruire, autant que possible, en se tenant à distance, c'est-à-dire avec une arme à feu.

— Les fameux faux bruits qui, on se le rappelle, ont menacé, sans que personne s'en doutât, la position physique et morale de M. Bouvier, ne l'ont pas privé du précieux privilége d'initier l'Académie aux menus avantages des petits appareils intimes de la toilette féminine, tels que corsets, tours en crinoline, buscs, etc. Mardi dernier c'était le tour des buscs, et l'Académie a pu apprendre avec une vive satisfaction qu'un cordelier du temps de Louis XI s'était déjà élevé avec force contre l'usage de cet intéressant appareil. Les buscs *hygiéniques*, quoique fabriqués et inventés par des dames, ont trouvé moins de faveur auprès de l'expert académicien que les corsets *plastiques*, imaginés cependant par un fabricant masculin, et l'Académie, sur la proposition de son rapporteur, les a frappés d'anathème. Ça été le grand fait de la dernière séance ; car après avoir savouré une aussi savante dissertation sur les buscs, l'Académie n'a pu prêter qu'une attention médiocre à un mémoire de M. Roux, de Saint-Maximin, lu d'une voix très-faible, et à une intéressante lecture de M. Delasiauve, commencée à une heure trop avancée pour être écoutée.

L'École de médecine d'Angers vient à son tour d'être ainsi réorganisée :

Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Lafond.
Pathologie et médecine opératoire. — M. Gely.
Clinique externe. — M. Marchand.
Pathologie interne. M. Sallion.
Clinique interne. — M. Thibeaud.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants.—M. Legouais.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Delamare.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Pihan Dufeillay.

Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. Letenneur.
Clinique interne. — M. Bonamy.
Anatomie et physiologie. — M. Hélie.

Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Marcé.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. Mahot.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Chenantais.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. Cormerais.

M. Chenantais, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et et physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Écorchard est nommé prosecteur.

M. Jouen est nommé préparateur de pharmacie et de toxicologie.

M. Lafond, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

M. Fouré, ancien professeur de thérapeutique et matière médicale, est nommé professeur honoraire.

Errata. — Dans l'article de M. Merrier, il a été commis quelques erreurs typographiques qu'on voudra bien corriger ainsi :

N° 82 : p. 651, 1re colonne, 1re ligne, au lieu de : *nous vous promettons*, lisez : *nous nous permettrons* ; — n° 83, p. 661, ligne 17, au lieu de : *sans modestie*, lisez : *sans immodestie* ; — même n°, même page, ligne 62, au lieu de : *applicable*, lisez : *capable*.

Nous saisirons cette occasion pour rétablir ici une note que l'auteur avait omis de nous envoyer et qui doit être placée après ces mots de la p. 662 : *conserve toutes ses conceptions délirantes*

(1) « Et quel nom donnera-t-on au rêve du fou ? (car les fous rêvent, je m'en suis assuré de la manière la plus formelle et la plus positive). Le rêve de l'homme raisonnable et endormi, étant *folie*, ou *identique* à la folie, le rêve du fou devra donc être *la folie de la folie*. Et alors quelle sera, dans votre théorie, la nature, l'essence de ce nouvel état plus complet et plus embrouillé encore, si je puis ainsi m'exprimer ? En vérité, tout ceci me paraît inextricable, inexplicable même par les plus séduisantes théories, dont les artifices et les subtilités de langage employés pour les justifier et les faire comprendre ne font que déceler de plus en plus la faiblesse et l'impuissance.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouvelle publication.

Chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23, ancien 4.

Cours de physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris, par P. Bérard, professeur de physiologie et ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et écoles secondaires de médecine de France, membre du Conseil impérial de l'instruction publique, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, etc. — La 31e livraison vient de paraître. Prix : 1 fr.

Traité de pathologie générale comparée des animaux domestiques, par M. O. Delafond, professeur de pathologie, de thérapeutique et de police sanitaire à l'École impériale vétérinaire d'Alfort. — Deuxième édition, considérablement augmentée, et avec figures dans le texte. — Un fort volume in-8 de 734 pages. Prix : 8 fr.

Traité élémentaire d'anatomie, ou description succincte des organes et des éléments organiques qui composent le corps humain, par M. A.-L.-J. Bayle, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Ordre du Sauveur, etc. — Un joli volume in-32, format de poche, de plus de 500 pages. — Prix : broché, 4 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr. 75 c. franco par la poste. Relié, 5 fr. à Paris.

Cet ouvrage, devenu classique en France et à l'étranger, n'a pas besoin d'analyse ; 15,000 exemplaires vendus depuis la première édition, sa traduction dans toutes les langues de l'Europe, ainsi qu'en arabe, en disent plus que tous les éloges. L'auteur a revu cette 6e édition avec le même soin que les précédentes ; il a eu l'heureuse idée de diminuer encore le format de l'ouvrage et d'en faire une édition de poche qui la rend extrêmement commode et portative. MM. les étudiants en médecine apprécieront surtout l'utilité de ce changement, qui leur permettra en tout temps et sans embarras de porter l'ouvrage avec eux.

— *L'Electricité* appliquée au traitement curatif des névralgies, des rhumatismes, des paralysies, des tumeurs, etc., par le docteur Th. Briand, médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice des scrofuleux de Rennes ; 1 vol. in-12. Prix : 3 fr.

Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés (état physiologique du muguet, pouls entérite, ictère), par V. Seux, médecin en chef de l'Hospice de la Charité, professeur suppléant à l'école préparatoire de pharmacie et de médecine de Marseille. Paris, 1855 ; 1 vol. in-8 de 290 pages. Prix : 4 fr. A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de Médecine, 19, rue Hautefeuille.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. Gille, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de *l'huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris chez Labé, libraire, et au bureau du Moniteur des Hopitaux ; prix, 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au Moniteur des Hopitaux, recevront gratuitement cet ouvrage.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le Dr Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie ; recherches sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur ; des névralgies et des rhumatismes musculaires ; de la fièvre intermittente ; des déplacements de la matrice ; de l'hystérie ; de la goutte ; des affections articulaires chroniques ; des maladies de la moelle ; des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8 ; au bureau du Journal.

Recherches bibliographiques et recueil d'observations cliniques pour servir à l'étude des indications et des contre-indications des eaux minéro-thermales de Bagnols-de-l'Orne. Par M. le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Broch. in-8. — Prix : 25 cent. par la poste. — Au bureau du journal.

— *De la Percussion sur l'homme sain.* — Procédés réduits à leur plus simple expression, par le Dr L. Mailliot. — Broch. grand in-8. — Paris, chez J. B. Baillière.

Traité des hydropisies, par M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital du Roule. — 1 vol. in-8. — Au bureau du Journal.

— *De la Dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine* déterminée par le vaccin, par le Dr Verde-Delisle. — Un vol. grand in-12. Paris, chez Charpentier, libraire, 39, rue de l'Université.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 85. 3e ANNÉE. Lundi 16 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur les dangers des bains chauds, d'eau ou de vapeur, dans l'anasarque albuminurique.

Par M. Marchal (de Calvi).

Fin.

M. Schottin, qui nous a fourni en très-grande partie les éléments de cette réfutation, est cependant, comme il a été dit, un partisan de la doctrine de l'urémie, qu'il conçoit autrement que M. Frerichs. Suivant lui, les accidents urémiques doivent être attribués à la rétention dans le sang, tout à la fois de l'urée, des matières extractives et des acides, que les reins ne séparent plus qu'en minime proportion, dans l'albuminurie; matériaux divers qui auraient pour effet de diminuer l'alcalinité du sang et par suite son oxydation... Mais qui a vu que le sang fût moins alcalin et moins oxydé dans l'albuminurie?... En vérité, quelque considération que l'on ait pour l'auteur d'une pareille doctrine, et il en mérite beaucoup, aussi bien que M. Frerichs, elle est par trop hypothétique et aventureuse pour que l'on perde son temps à la combattre.

En voilà assez sur les deux versions d'une doctrine dont il est urgent de débarrasser la pathologie, déjà assez difficile à débrouiller sans qu'on l'encombre de pareilles conceptions.

Puisque l'urémie ne peut rendre compte des accidents cérébraux albuminuriques, quelle explication en trouverons-nous? Elle est trouvée, et je l'ai déjà énoncée; c'est ma première observation, celle de C..., qui la fournit. Il va de soi qu'un seul cas peut donner l'explication de tous les cas du même genre, et suffire à leur élucidation. Celui de C. est un de ces faits qui jettent un jour soudain sur les questions; humainement parlant, il fut très-malheureux; du point de vue de la science, c'est une bonne fortune. Il fait comprendre le mécanisme de l'éclampsie albuminurique dans tous les cas où elle se présente, soit chez la femme, à l'état de grossesse ou pendant l'accouchement, soit chez la femme et chez l'homme, dans la maladie de Bright proprement dite ou dégénérescence granuleuse des reins, etc.

Je dois faire remarquer expressément ici que notre quatrième cas, celui de la malade de M. le docteur Videcoq, et le premier, celui du gendarme C., sont semblables. C'est de l'éclampsie dans l'un comme dans l'autre. En désignant exclusivement sous le nom d'éclampsie les accidents comato-convulsifs de la grossesse et de l'accouchement, on s'est habitué à y voir une affection spéciale et distincte de toute autre, tandis que l'éclampsie des femmes grosses ou en couches ne diffère pas essentiellement des accidents cérébraux albuminuriques chez l'homme, si bien que ceux-ci et celle-là devront être compris dans le même travail général sur l'encéphalopathie albuminurique. Les noms déterminent quelquefois les faits plus distinctement qu'ils ne sont déterminés dans la nature; ils les renferment dans des limites arbitraires, et empêchent de voir le rapport étroit qui les unit à d'autres, désignés autrement. C'est ce qui est arrivé ici.

On objectera peut-être qu'il est difficile de comprendre que le même état anatomique (la congestion hémato-séreuse) puisse donner lieu indistinctement, soit à des phénomènes de dépression ou hyposthéniques, comme dans notre seconde observation et aussi dans celle de Willan, soit à des symptômes d'exaltation vitale ou hypersthéniques, en d'autres termes à des convulsions, comme dans notre première observation. Mais cela n'est pas aussi difficile à comprendre qu'on le croirait au premier abord, et l'on est bien obligé d'admettre cette diversité des effets d'une seule cause prochaine, puisqu'on les observe successivement chez le même sujet, alternativement livré à des attaques convulsives et plongé dans le coma. On ne peut pas supposer que l'état anatomique varie suivant le symptôme observé; il reste le même, seulement il s'exprime différemment d'un moment à l'autre. Ne voit-on pas, chez les enfants, la congestion cérébrale se marquer par les convulsions et par le coma, soit successivement chez le même sujet, soit séparément chez plusieurs?

L'éclampsie ou plus généralement l'encéphalopathie albuminurique est une affection congestive. Voyez les résultats de l'autopsie dans notre premier cas : les vaisseaux méningiens étaient gorgés de sang, et il existait une infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Pourquoi l'infiltration? Parce que, dans l'albuminurie, le sang, comme je l'ai dit, laisse transsuder sa sérosité partout où il afflue et où il stagne.

C'est généralement par la face que commence l'œdème albuminurique; elle est *bouffie*. Il y a donc, dans cet état morbide, une tendance naturelle à l'exsudation séreuse à la tête, et l'*apoplexie séreuse* qui peut survenir ne fait que marquer plus énergiquement cette tendance, inexplicable mais évidente.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui sur l'efficacité du traitement déplétif dans l'éclampsie : nouvelle preuve de la nature congestive de l'affection.

Ainsi, tout s'accorde, anatomie pathologique, symptômes, traitement, pour faire ressortir dans son évidence la circonstance anatomo-pathologique qui se subordonne les accidents cérébraux albuminuriques.

S'il en est ainsi, si la tendance à l'apoplexie séreuse est dans le génie même, dans l'*indoles* de l'albuminurie, si les albuminuriques sont toujours sous la menace d'une congestion cérébrale et d'une exsudation séreuse intra-crânienne, quel puissant motif d'éviter tout ce qui peut faire affluer le sang à la tête!

J'ai consulté tous les ouvrages de pathologie, spéciaux ou généraux, publiés depuis quinze ans et traitant de l'albuminurie; ils s'accordent à préconiser l'usage des bains de vapeur dans l'anasarque albuminurique.

C'est contre ce précepte que j'ai voulu protester dans ce mé

moire, et je proteste, non pas seulement au nom du raisonnement, qui est trop sujet à nous égarer, alors même qu'il paraît le plus fondé, mais au nom des faits. Ces faits, je ne les reprendrai pas ici pour les analyser à ce point de vue. Ils parlent assez d'eux-mêmes, et il serait superflu de les paraphraser. C'est au lecteur à s'y reporter, et à juger si les accidents cérébraux sont dans un rapport de simple coïncidence avec les bains chauds ou dans un rapport évident de causalité.

Je proscris les bains de vapeur dans le traitement de l'anasarque albuminurique; mais, et j'ai hâte de m'expliquer sur ce point, on ne peut les bannir du traitement de toutes les hydropisies.

Dans les hydropisies de cause locale, et par exemple dans l'ascite liée à une maladie du foie, ils peuvent être très-utiles. Entre autres cas témoignant de leurs heureux effets dans de telles circonstances, je pourrais citer celui d'un homme qui a rendu les plus grands services à l'administration publique sous le dernier règne, M. Martineau des Chesnez, devenu ascitique par suite d'une affection hépatique; son gendre, un de nos confrères les plus distingués, M. le docteur Lacroix, médecin principal des armées, eut l'idée, lorsque déjà deux paracentèses avaient donné issue sans avantage à soixante litres de sérosité, de recourir aux bains de vapeur, et obtint ainsi le plus beau succès.

La distinction des hydropisies en hydropisies de cause locale et en hydropisies de cause générale est essentiellement pratique. Les bains de vapeur conviennent dans les unes; ils sont très-dangereux dans les autres, surtout dans l'hydropisie albuminurique, lorsque la sérosité flue hors des vaisseaux dès que le sang abonde dans une partie. Je ne nie pas que les bains de vapeur aient procuré des succès même dans ce cas, mais je montre au prix de quels dangers ces succès ont été achetés.

Un maître illustre dans la science obstétricale, M. Dubois, ne pense pas qu'il soit indiqué de provoquer l'accouchement dans l'éclampsie puerpérale. Je n'ose pas m'inscrire contre un précepte émané d'une telle source, et je me borne à faire observer que l'accouchement, par le rétablissement de la circulation à l'état ordinaire dans la partie inférieure du corps, et par la perte de sang à laquelle il donne lieu, rentre dans les indications générales du traitement déplétif.

En réfléchissant, à l'occasion de ce mémoire, à l'éclampsie puerpérale, à l'albuminurie qui la précède et la prépare, et aux causes mêmes de cette albuminurie, je me suis demandé pourquoi l'albuminurie puerpérale est si commune dans les villes et si rare à la campagne, où l'accouchement est véritablement une fonction physiologique, au moins dans la plupart des cas, comme l'établit judicieusement M. le docteur Mattéi, tandis qu'elle est plutôt une fonction morbide dans les villes; et j'en suis venu à m'adresser cette autre question : Ne serait-il pas possible que l'usage du corset, que beaucoup de femmes continuent à porter dans l'état de grossesse, en ajoutant à la compression déjà exercée sur les reins par la tumeur utero-fœtale, fût pour quelque chose dans la production de l'albuminurie? Je ne fais que poser cette question, et je laisse à de plus autorisés le soin de la résoudre.

P. S. Je suis obligé de revenir sur une opinion trop absolue formulée dans ce mémoire, relativement à l'emploi du chloroforme dans l'éclampsie. De nouveaux faits, surtout un cas qui m'a été raconté par M. Duroy, pharmacien distingué, m'imposent ce devoir. Voici le cas de M. Duroy : Un enfant, affecté d'anasarque scarlatineuse, fut pris de convulsions très-violentes. On ne trouva pas de médecins dans le voisinage, et M. Duroy fut appelé. Il éprouva, comme on doit le penser, une angoisse extrême en présence d'un cas aussi grave, qui réclamait de prompts secours et pouvait engager sa responsabilité. On le suppliait d'agir, et il ne savait à quoi se résoudre. Heureusement inspiré, il prit un flacon d'éther et le fit respirer à l'enfant. Les convulsions cessèrent. Il discontinua l'éthérisation, et elles se reproduisirent, pour cesser de nouveau sous l'influence du même moyen. Il recommença l'épreuve, qui eut le même résultat. Alors, enhardi, il continua l'éthérisation pendant deux heures, avec de légers temps d'arrêt, et lorsque les médecins arrivèrent (notamment M. Demarquay), ils n'eurent que des félicitations à lui adresser. On n'employa pas d'autres moyens, et le petit malade guérit parfaitement, après une nouvelle attaque convulsive, survenue dans la nuit et réprimée de même.

La syphilis constitutionnelle peut-elle se transmettre par l'inoculation du vaccin?

(Extrait d'un rapport fait à la Société de chirurgie, par M. P. Broca.)

Malgré les nombreuses et importantes recherches des observateurs modernes, il y a dans l'histoire de la syphilis bien des questions controversées, parmi lesquelles on doit placer en première ligne tout ce qui se rattache à la transmissibilité de cette affection. Tout le monde est d'accord sur l'inoculabilité des accidents primitifs; mais la contagiosité des accidents secondaires est très-loin d'être aussi solidement établie, et celui qui, pour résoudre une question aussi épineuse, se bornerait à compter les voix des partisans et des adversaires de cette contagiosité, arriverait bientôt à un doute infranchissable.

Une partie de la difficulté disparaît lorsqu'on établit une distinction entre la contagion qui s'effectue par le contact des produits de sécrétion sur une large surface, et celle qui résulte de l'inoculation proprement dite. Cela explique peut-être la différence des résultats obtenus par les divers observateurs. M. Ricord et ses partisans se servent surtout de la lancette; les expérimentateurs allemands, au contraire, ont fréquemment recours à l'insertion du pus ou même du sang du vérolé sur la surface du derme préalablement dénudée par un vésicatoire. Il serait possible que le pus des accidents secondaires n'eût que de très-faibles propriétés contagieuses, que, à l'instar de plusieurs substances délétères, il eût besoin, pour produire ses effets, d'être absorbé par une large surface, et qu'il restât sans action lorsqu'on se contente de le mettre en contact avec une solution de continuité presque imperceptible. Je m'explique ainsi les résultats contradictoires qui ont été obtenus par des expérimentateurs également habiles, également dignes de foi. Mais je désire avant tout ne pas sortir des limites de la question qui fait l'objet de ce rapport, et je laisse de côté tout ce qui se rattache à la contagion par les surfaces, pour ne m'occuper que de la transmissibilité des accidents secondaires par l'inoculation. C'est là, en effet, le seul mode de propagation de la prétendue *syphilis vaccinale*.

Le jour où il serait démontré que les accidents secondaires ordinaires ne sont jamais inoculables, la question de la syphilis vaccinale serait définitivement et négativement résolue. On peut se demander à la rigueur si le vaccin des individus syphilitiques n'est pas susceptible d'être modifié par l'existence concomitante de la diathèse vérolique, et d'acquérir des propriétés analogues à celles des accidents secondaires. C'est la seule hypothèse que puisse invoquer les partisans de la syphilis vaccinale, car il est bien évident qu'il n'y a aucun rapprochement à établir entre un bouton de vaccin, quelque modifié qu'on le suppose, et un chancre primitif.

C'est ce que M. Pauli, de Landau, a parfaitement compris, et c'est ce qui l'a conduit à commencer son travail par un chapitre sur la non-inoculabilité des accidents secondaires en général. MM. Ricord, Cullerier, Gosselin, beaucoup d'autres encore, et avant tous l'illustre John Hunter, étaient déjà parvenus au même résultat. Si cette doctrine consolante pouvait prévaloir, il n'y aurait vraiment pas lieu de discuter plus longtemps sur le cas particulier de la prétendue syphilis vaccinale. Malheureusement la science est loin d'avoir dit à cet égard son dernier mot. A côté des autorités précédentes, nous trouvons des autorités contradictoires, et pour ne citer que nos col-

lègues, personne ici n'ignore que MM. Vidal et Richet ont rapporté plusieurs cas où l'inoculation des accidents secondaires a produit des résultats positifs. Il ne m'appartient pas de prononcer sur une question qui divise aujourd'hui tant d'observateurs éminents. Je puis dire toutefois que j'ai passé une année entière à l'hôpital du Midi dans le service de M. Ricord, que j'ai assisté alors à d'innombrables expériences, que j'en ai fait moi-même plusieurs pendant mon intérim à l'hôpital de Lourcine, et que je n'ai jamais vu réussir l'inoculation des accidents secondaires. Je suis loin de nier l'exactitude des résultats obtenus par les autres observateurs, mais il me semble démontré qu'en tous cas ces inoculateurs ne réussissent que dans des conditions exceptionnelles.

Quoi qu'il en soit, il suffit que la question soit encore en litige, pour qu'elle ne doive pas sortir du sanctuaire de la science, et pour que les tribunaux judiciaires n'aient pas le droit de s'en emparer. Si la contagiosité des accidents secondaires est contestée, celle du vaccin soi-disant syphilitique doit à plus forte raison être regardée comme douteuse, et cette seule considération aurait dû suffire pour mettre MM. B. et Hübner à l'abri des condamnations dont ils ont été victimes.

D'ailleurs, qu'on ne s'y trompe point. Lors même que la syphilis secondaire serait contagieuse et inoculable comme les accidents primitifs, la question de la syphilis vaccinale n'aurait même pas reçu un commencement de solution. Il resterait à démontrer, ce que personne n'a fait jusqu'ici, que les pustules du vaccin se comportent autrement chez les individus syphilitiques que chez les autres, et qu'elles subissent sous l'influence de la diathèse générale, des modifications qui leur donnent à la fois les propriétés du virus vaccinal et celles du virus syphilitique. Non-seulement cette démonstration n'a pas été donnée, mais encore il y a déjà des faits positifs qui déposent en sens contraire. M. Pauli cite deux médecins qui furent inoculés le même jour avec du vaccin provenant d'un enfant syphilitique (1). Le résultat de l'inoculation fut nul dans les deux cas. L'un des deux médecins inoculés eut plus tard le scorbut, mais personne ne voudra faire dépendre cette affection de l'insertion d'un virus quelconque. M. Pauli lui-même a plusieurs fois voulu se faire inoculer le prétendu vaccin syphilitique; mais il n'a pu s'en procurer, toutes les tentatives qui ont été faites par ses collègues, MM. Bopp et Daschek n'ayant pu réussir à faire développer le vaccin sur des vérolés adultes.

Mais à quoi bon ces expériences? Il suffit de réfléchir à l'innombrable quantité d'individus atteints de syphilis latente ou patente, et à la quantité bien plus innombrable encore de vaccinations et de revaccinations qui se pratiquent chaque année dans tout le monde civilisé. L'inoculation vaccinale a peut-être été répétée un milliard de fois depuis le commencement de ce siècle, et si la vérole se propageait par cette voie, c'est par dizaines de mille qu'on compterait les cas d'infection vaccino-syphilitique. Qu'on ne dise pas que les faits de ce genre ont pu, quoique très-nombreux, passer inaperçus. Pour les dévoiler, et au besoin pour les inventer, on peut s'en rapporter à la méfiance inquiète et à la sollicitude inintelligente des familles. Si donc le bilan de la syphilis vaccinale se réduit à cinq ou six faits obscurs, on a presque le droit d'en conclure que ces faits sont inexacts, ou mal interprétés.

On objecte que la diathèse syphilitique est rare chez les enfants. Elle est moins rare peut-être qu'on n'a bien voulu le dire, et en tout cas il serait ridicule de prétendre qu'on n'a eu que cinq ou six fois depuis un demi-siècle l'occasion de prendre du vaccin sur des enfants vérolés. D'ailleurs, nous n'avons pas oublié que plusieurs des enfants qui ont fourni le virus vaccino-syphilitique étaient atteints simplement de syphilis latente. Cette syphilis latente élargit considérablement le domaine de la syphilis vaccinale, et avec une pareille ressource

(1) P. 50.

il sera toujours possible à l'avenir d'attribuer à la vaccination l'origine d'un mal honteux qui pénètre dans les familles par une tout autre voie.

On ajoute que le vaccin modifié par la vérole ne possède, il est vrai, que de très-faibles propriétés syphilitiques, mais qu'inséré sur des enfants exempts jusqu'alors de toute affection de ce genre, il suffit pour donner naissance à des manifestations secondaires. C'est ainsi qu'on explique la facilité avec laquelle la syphilis vaccinale se propage dans le village de Fraienfels... On sait en effet que plusieurs opérateurs allemands, M. Rinecker entre autres (1), admettent que les accidents secondaires sont contagieux seulement sur les constitutions vierges de toute syphilis antérieure. Il est clair que le nombre de ces constitutions privilégiées est à son maximum dans la catégorie des nouveau-nés. Cette remarque, ou, si on veut, cette explication s'applique peut-être aux enfants de Fraienfels. — Mais que devient alors l'affaire de M. B., où nous avons vu dix-neuf revaccinations pratiquées sur des individus qui avaient perdu depuis longtemps l'innocence du premier âge, donner lieu, suivant le tribunal de Coblentz, à des accidents syphilitiques? Il est vrai que le texte porte que la moralité de ces dix-neuf individus était *évidente*. Dieu me garde de jeter le moindre soupçon sur leur vertu collective. Heureuse la ville où dix-neuf personnes prises au hasard, dans des conditions différentes, et rassemblées seulement par le désir commun de se faire revacciner, présentent tous les symptômes d'une moralité évidente! Je ferai remarquer toutefois que les gens les plus chastes sont exposés à des infortunes domestiques, et que la vertu n'exclut pas la vérole, surtout cette vérole latente qu'on tient de ses aïeux, et dont on a reçu le germe avant même de voir le jour.

Ce qui précède suffit, je pense, pour montrer que la transmissibilité de la syphilis par le vaccin ne repose jusqu'ici sur aucune preuve scientifique. Mais, parmi les faits que je vous ai cités, il en est deux, je le répète, qui sont fort difficiles à expliquer. C'est précisément parce qu'on ne les comprenait pas qu'on a eu recours à la dangereuse hypothèse de la syphilis vaccinale. M. Pauli, de son côté, a émis une autre hypothèse. Suivant lui, chez les enfants scrofuleux ou atteints de quelque autre diathèse, la vaccination peut irriter la peau et provoquer une éruption qui s'étend plus ou moins loin. Un simple exutoire produit quelquefois un résultat analogue. Peut-être aussi quelques-uns des accidents qui ont été observés résultent-ils de ce qu'on a pris le vaccin sur des pustules en pleine suppuration. M. Pauli insiste sur la différence qui existe entre le liquide transparent et en quelque sorte lymphatique qui s'écoule ordinairement des pustules lorsqu'on les ouvre vers le huitième jour, et le liquide purulent qui distend quelquefois la pustule lorsque l'inflammation a été un peu trop forte. L'inoculation de ce *pus* vaccinal pourrait exercer sur l'organisme une influence nuisible et donner lieu à une sorte de pyohémie chronique dont divers accidents pseudo-syphilitiques deviendraient ensuite la conséquence. Mais, je le répète, ce n'est là qu'une hypothèse, impuissante d'ailleurs à expliquer toutes les particularités de l'affaire de Fraienfels et de celle de Coblentz. Peut-être est-il plus prudent d'accuser simplement notre ignorance, et de reconnaître que dans l'état actuel de la science, aucune doctrine, aucune théorie, aucune hypothèse, pas même l'hypothèse de la syphilis vaccinale, ne peut dissiper l'obscurité qui entrave ces faits étranges.

Mais je crains d'avoir abusé trop longtemps de l'attention de la Société. Peut-être trouverai-je une excuse dans l'importance d'une question à la fois scientifique, professionnelle et même sociale. Il eût été à désirer sans doute que ce rapport eût été confié à l'un de ceux qui, parmi nous, ont fait de la syphilis l'objet spécial de leurs études : leur parole aurait eu plus de

(1) *Prague, Vierteljahrschrifs für Praktische Hailkande*, 1853, n° 4, anal. s. 24.

précision et plus d'autorité que la mienne ; mais vous n'y perdrez rien si, comme je l'espère, et conformément au vœu exprimé par MM. Pauli et Heyfelder père, ils veulent bien prendre la parole et émettre leur opinion sur la question épineuse que je viens de vous soumettre.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris, Lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique.

(Suite. — Voir les numéros 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 71, 79, 80 et 81, 82, 83.)

Outre la chlorose et l'anémie, un autre état pathologique complique souvent la grossesse : je veux parler de l'albuminurie. Malheureusement, nous savons bien peu de chose sur les conditions morbides qui donnent lieu à ce trouble de la sécrétion urinaire, car l'altération des reins qui l'explique dans la maladie de Bright ne saurait être invoquée dans tous les cas que j'ai en vue. De plus, malgré les coïncidences si fréquemment signalées, nous ignorons encore la nature des rapports qui existent pendant la gestation entre l'albuminurie et les accidents qu'elle accompagne.

La plupart des névroses ont été rencontrées chez la femme enceinte, et l'on doit s'attendre à observer les formes les plus variées et les plus insolites. Les *convulsions* de la grossesse ont été confondues par les auteurs sous le terme générique d'*éclampsie*. Il existe, en effet, des accidents convulsifs particuliers qui méritent exclusivement cette dénomination et qui doivent être séparés de l'*épilepsie* propre à l'état puerpéral signalée par Tissot (1), Fernel (2), Landré-Bauvais (3), Maisonneuve (4) et M. Delasiauve (5).

On ne doit pas s'étonner de voir l'*hystérie* compliquer la grossesse, car deux des circonstances les plus propres à lui donner naissance concourent alors à l'engendrer, une condition presque pathologique de l'utérus et la chlorose. Aussi est-elle indiquée par presque tous les auteurs, en particulier par M. Landouzy (6).

Bouteille, qui a établi sans discernement un si grand nombre d'espèces de *chorée* n'a pas parlé de celle qui survient pendant la gestation ; on ne trouve même dans les auteurs modernes que de vagues indications de cette étiologie. M. Sée la signale, il est vrai, mais non sans quelques réserves. Les exemples propres à la faire admettre ne sont cependant pas rares et j'en rapporte trois (p. 200-201). Il en est de la *paralysie* comme de la chorée, elle est à peine mentionnée parmi les phénomènes nerveux qui accompagnent la grossesse. P. Frank (7) et après lui le docteur Simpson (8) l'avaient pourtant signalée dans ces circonstances. Tout récemment l'un de mes anciens collègues des hôpitaux, M. Boulay, a essayé d'attirer l'attention sur ce point dans une note fort bien faite, insérée dans le *Bulletin de thérapeutique* (9), et les faits que je présente p. 201 me semblent de nature à confirmer ses conclusions. Je crois devoir ajouter que M. le docteur Depaul m'a dit avoir observé plusieurs cas de ce genre. Enfin, je crois inutile de rappeler les symptômes nerveux spéciaux au tube digestif chez la femme enceinte ; la *gastralgie*, la *dyspepsie*, les *vomissements nerveux*, les *dépravations de l'appétit* sont des phénomènes bien connus même des personnes étrangères à la science ; il serait oiseux d'insister à leur sujet.

(1) *Loc. cit.*, t. V, p. 148.
(2) *Loc. cit.*, lib. V, cap. III, p. 408.
(3) Maisonneuve, *Thèse inaugurale*, 1803, p. 248.
(4) *Recherches et observations sur l'épilepsie.*
(5) *Loc. cit.*, p. 233.
(6) *Traité de l'hystérie.*
(7) *Loc. cit.*
(8) *In Monthly journal of medicine*, octobre 1847.
(9) 1853, t. XLIV, p. 97 et 244.

M. Cazeaux dans son *Traité des accouchements* cite deux cas d'*amaurose* pendant la grossesse (1) ; je rappellerai que Sauvages avait indiqué les mêmes faits. On connaît en outre tous les troubles des facultés intellectuelles désignés sous le nom de *manie puerpérale*, et j'ajouterai que l'*hypochondrie* et la *mélancolie* se rencontrent parfois dans les mêmes circonstances ; remarque également faite par M. Cazeaux (2).

f. Accouchement. — Je ne m'arrêterai pas sur cette cause bien reconnue d'accidents nerveux, je dirai seulement qu'on a observé pendant le travail la plupart des formes convulsives, l'épilepsie, l'hystérie, le tétanos, l'éclampsie, la catalepsie ; on a aussi rencontré l'amaurose, du délire, etc. Je renverrai pour plus de détails aux divers traités d'accouchements.

Etat post-puerpéral. — Je veux désigner sous ce nom cette aptitude morbide particulière qu'on observe pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement. Or, sans chercher à pénétrer ce qu'il y a de mystérieux dans certains accidents auxquels sont exposées les femmes durant cette période, l'analyse des circonstances qui la précèdent et l'accompagnent me paraît capable de fournir des indications thérapeutiques précieuses.

Rappelons-nous, en effet, tous les accidents ordinaires de la grossesse, la chlorose, l'anémie, les dépravations de l'appétit, les désordres de la digestion, la faiblesse et les mille accidents névropathiques dont elle se complique ; puis l'accouchement, les pertes sanguines et l'ébranlement nerveux qui en constituent les phénomènes habituels et presque inévitables. Quelle série d'influences favorables au développement des névroses accumulées à la fois sur le même système ! et bientôt, faisant suite à tant et de si violentes secousses, les évacuations lochiales, le travail sécrétoire qui s'établit, l'allaitement, causes nouvelles d'épuisement et de prédominance de l'élément nerveux. Quand nous voyons une seule de ces circonstances provoquer l'hystérie, l'épilepsie, des troubles intellectuels, etc. devons-nous être étonnés si tant de conditions morbides réunies sont capables d'engendrer des accidents analogues, si des circonstances peu importantes, le froid, une émotion, la suppression des lochies ou de la sécrétion mammaire suffisent au milieu de semblables prédispositions à produire des effets qu'elles ne détermineraient pas dans un état de santé différent ?

Telles paraissent être les sources principales des indications curatives dans les affections nerveuses qui naissent au milieu de l'état post-puerpéral ; telles sont, au moins les déductions auxquelles on arrive par l'examen de certains faits. Aussi n'ai-je placé cet ordre de causes dans cette catégorie que pour obéir à l'usage, car les maladies qu'il détermine ne sont pas sympathiques, mais bien réellement symptomatiques. J'en dirai autant de celles qui résultent d'un allaitement prolongé et dont j'ai fait, d'ailleurs, mention dans un article (épuisement par causes physiques, p. 85.)

D'après ce qui précède on devrait considérer l'état post-puerpéral comme très-fécond en affections nerveuses ; cependant, si j'excepte l'*aliénation mentale*, fréquemment observée (3), on ne trouve dans les auteurs que bien peu de faits propres à appuyer cette appréciation. L'épilepsie, la chorée et l'hystérie ont été vaguement indiquées sans aucune donnée positive. M. Trousseau a publié une note sur certaines *paralysies* particulières aux nourrices (4), et l'on trouve dans le journal de Bruxelles (5) un travail de M. Aug. Frédérick sur les *névralgies* post-puerpérales ; mais ce sont les seuls éléments que je sois parvenu à réunir sur un ordre de causes dont on est pourtant autorisé à proclamer l'importance, comme l'a très-bien

(1) 1853, p. 335.
(2) Loc. cit. p. 336.
(3) Esquirol, loc. cit. t II, *Manie et démence, étiologie;* Bouchet et Germain, loc. cit. — Observ. 79, 80, 81, 82.
(4) *Gaz. des hôp.* 1846, p. 169.
(5) Mai 1848.

compris M. Delasiauve au sujet de l'épilepsie (1). C'est donc un point de l'étiologie des névroses qui nécessite des recherches nouvelles et qu'il faut désigner comme méritant la sérieuse attention des observateurs.

g. Maladies des voies urinaires.— Je comprendrai sous ce titre les maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme et celles des organes génitaux chez l'homme. Ces affections ont donné lieu à de fréquentes névroses : Hoffmann, Tissot, Portal, etc., en ont rapporté des exemples; mais, outre les faits isolés répandus dans la science, il faut surtout consulter à ce sujet le *Traité des maladies des reins* de M. Rayer (2).

M. Rayer a spécialement étudié les rapports des maladies des reins avec celles du système nerveux, et, bien que la plupart des faits consignés dans son ouvrage constituent de simples coïncidences, beaucoup aussi démontrent l'influence pathogénique des lésions des voies urinaires à l'égard des névroses. L'auteur rapporte des cas assez nombreux d'*accidents convulsifs* déterminés par des néphrites, des kystes des reins et d'autres altérations de ces glandes. Il cite, entre autres, l'*épilepsie* (3) que Hoffmann (4), Lamotte (5), Bonet (6), Tissot (7), avaient observée déjà chez des calculeux, ou à l'occasion de tout autre désordre du côté des organes urinaires, d'une rétention d'urine, par exemple (8), et M. Delasiauve ne paraît pas éloigné d'admettre cette étiologie. Le *délire* paraît aussi assez commun dans des circonstances semblables (9), et l'on n'en saurait douter lorsqu'il s'agit d'un état morbide aigu. Récemment plusieurs travaux ont été publiés dans le but de démontrer que certaines *paralysies* ont une origine analogue. Je citerai de nouveau l'ouvrage de M. Rayer (10), les recherches du professeur Graves, de Dublin (11), un mémoire de M. Edward Stanley (12) et la thèse de M. Leroy-d'Etiolles (13) où sont rapportés des faits confirmatifs. Enfin tout le monde connaît la tendance à l'*hypocondrie* si commune chez les gens atteints d'une affection des voies génito-urinaires. Je présente une courte observation de ce genre, et à ce sujet je reviendrai encore sur l'espèce d'influence exercée par ces états pathologiques. Comme je l'ai dit bien souvent déjà, ils n'agissent pas toujours exclusivement par sympathie : ainsi, chez le malade de l'observation 188ᵉ, une préoccupation excessive au sujet de sa position, un régime peu convenable à son grand âge, la perte continuelle d'une certaine quantité de sang, étaient les principaux éléments de la maladie nerveuse qui fut promptement modifiée par un traitement analeptique.

2° *Maladies graves et fièvres éruptives.* — Souvent, au début ou dans le cours d'une fièvre typhoïde, d'une variole, d'une rougeole, d'une scarlatine, etc., on observe des phénomènes nerveux d'un caractère plus ou moins inquiétant; du *délire*, des *convulsions* signalés par tous les auteurs ; parfois même de véritables *symptômes épileptiques* comme Tissot (14), Huxham, Maisonneuve (15) paraissent l'avoir constaté et comme on en rencontre de fréquents exemples chez les enfants sous le nom d'*éclampsie* (3). Tel paraît avoir été le cas de ce jeune garçon de l'observation 190ᵉ. Un accident sympathique encore très-commun dans ces affections, c'est la *contracture des extrémités*, ainsi que l'a fait remarquer M. L. Corvisart et d'après ma propre observation. Je l'ai surtout rencontrée chez de nombreux malades pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui régna dans l'hiver de 1852-53.

3° *Affections externes.* — On s'étonnera peut-être de voir figurer dans l'étiologie des névroses des affections propres aux parties extérieures du corps. Un peu de réflexion fera taire cette surprise, car, certainement, les parties externes ne sont pas unies au système nerveux par des sympathies moins intimes que les parties internes. Les manifestations nerveuses qui accompagnent les grandes opérations pratiquées sur les membres, les brûlures, les vastes abcès, l'érysipèle ambulant, les contusions du sein ou du testicule, en sont la preuve incontestable. Parmi ces manifestations, l'une des plus ordinaires est le *délire* si communément observé dans les cas que je viens d'énumérer. Il est à peine nécessaire de rappeler aussi le *tétanos*, qui est le plus souvent la conséquence de diverses lésions externes. Mais, en dehors de ces symptômes bien connus, les annales de la médecine contiennent des faits plus rares et sur lesquels j'appelle particulièrement l'attention. Certaines affections douloureuses et même indolores ont quelquefois donné lieu à l'*épilepsie*. Maisonneuve admet une épilepsie « par irradiation venant des parties externes » et avec Hoffmann et Tissot attribue dans certains cas cette névrose au travail de la dentition chez les enfants, à l'odontalgie chez l'adulte. M. Delasiauve, qui rapporte les même faits, cite d'après Heurnius un exemple dans lequel la maladie est rattachée à la sensibilité exagérée d'un testicule. On trouvera, page 206, deux observations d'épilepsie, survenue après l'introduction d'un corps étranger dans l'oreille et guérie par son extraction ; dans les observations 181ᵉ et 182ᵉ des névrômes sont le point de départ du mal, et l'opération met fin aux accidents convulsifs. Ailleurs, avec les mêmes causes, on a observé la *chorée ;* j'en rapporte deux exemples remarquables (*obs.* 192ᵉ, 193ᵉ). Enfin, l'*hystérie* même peut reconnaître un point de départ analogue comme, par exemple, dans l'observation 191ᵉ.

Observations de névroses sympathiques.

Observations CXVII, CXVIII. — Deux observations de folie paraissent liées à l'existence de tubercules pulmonaires (Belhomme, mémoire cité).

Observation CXIX. — Paralysie d'un bras et délire, sympathiques d'une pleurésie purulente sur-aiguë.

Résumé. — Une femme âgée de 44 ans était dans le service de M. Sandras à l'hôpital Beaujon pour un état de contracture permanente de tous les muscles des deux membres inférieurs, qui durait depuis plusieurs années. Les membres supérieurs n'étaient le siége d'aucun symptôme appréciable. Le 8 avril 1852, dans la soirée, au milieu de toutes les apparences de la santé, elle fut prise subitement de frisson et d'une douleur violente dans le côté droit du thorax, douleur augmentant par les mouvements, la pression et la respiration, et qui s'accrut à un haut degré pendant la nuit. Le 9, à la visite, la douleur paraissait atroce, la physionomie exprimait une grande souffrance, et la malade poussait des cris continuels; ni la percussion ni l'auscultation ne fournissaient aucun signe manifeste, et le bruit respiratoire était seulement un peu obscur à droite, — pouls petit, concentré, mais rapide ; peau chaude.

Le soir, l'anxiété est plus vive, la figure est décomposée, délire léger. Obscurité considérable du murmure respiratoire en arrière et à droite, mais ni râle, ni souffle; diminution de la sonorité sans matité absolue.

10. Angoisse et dyspnée extrêmes, figure pâle, *légèrement* cyanosée, couverte de sueurs; délire, pupilles *inégales, pré-*

(1) Loc. cit. p. 234.
(2) Paris, 1841.
(3) Dans la pyélite calculeuse, t. III, p. 153.
(4) *Loc. cit.*, § XVIII, p. 12.
(5) Chirurgie, obs. 174ᵉ.
(6) *Sepulcr.*, lib. 1, sect. 12, obs. 14ᵉ.
(7) *Loc. cit.*, t. V, p. 48.
(8) Tissot, *loc. cit.*, t. III, p. 74.
(9) Rayer, *loc. cit.* — Schenck, *De lithuasi renum symptomat.*, obs. médic., p. 450.
(10) T. III, p. 168, obs. 29. M. Royer dit avoir vu trois faits analogues.
(11) *Arch. gén de méd.*, 1836, t. XI, mém. cit., p. 200.
(12) De l'irritation de la moelle et de ses nerfs dans les maladies des reins, *London, Medical Transactions*, t. XVIII, p. 260.
(13) Paris, 1850.
(14) Loc. cit. t. V.
(15) Maisonneuve indique très-positivement l'épilepsie « qui survient passagèrement chez les enfants dans l'éruption de la petite vérole, de la rougeole, etc. »

(1) Rilliet et Barthez, t. II, p. 474.

sentant des variations fréquentes et spontanées, ne variant pas sous l'influence de la lumière.

Le soir, même état; de plus, le membre supérieur droit est entièrement privé de sentiment et de mouvement; quand on l'élève, il retombe comme une masse inerte; si on la pique, la malade ne fait aucun effort pour le retirer et ne donne aucun signe de douleur, ce qui est bien différent à gauche.

11. La mort paraît imminente; plaintes, cris, délire, perte complète de connaissance; même état des pupilles, même état de paralysie du membre supérieur droit: suffocation.

Mort dans la nuit du 11 au 12.

Autopsie. La moelle au-dessous des origines du plexo-brachial présente en plusieurs points une altération dont je ne puis indiquer les détails ici, mais au-dessus et au niveau des origines des nerfs brachiaux elle est parfaitrment saine et l'on n'y peut rien découvrir qui puisse expliquer la paralysie du membre supérieur droit; le cerveau, le cervelet, etc., sont partout complétement intacts; aucune trace d'inflammation, ni même d'injection dans les méninges cérébro-rachidiennes. — Les origines des plexus brachiaux, les faisceaux qui composent ces plexus, les nerfs qui en émanent ne présentent absolument rien d'anormal, et l'on ne trouve à leur voisinage aucune cause de compression.

La plèvre droite, fortement injectée et présentant par places de véritables ecchymoses, est couverte de fausses membranes récentes infiltrées d'une grande quantité de pus, mais sans collection de liquide. Le poumon présente les altérations propres à l'hépatisation rouge.

Observation CXX. — Paralysie de la main chez une femme tuberculeuse.

Résumé. Une femme de cinquante et un ans, entrée le 5 juillet 1851 dans le service de M. Sandras, présentant un état de décrépitude profonde et les symptômes d'une affection tuberculeuse du poumon, fut prise quelques jours avant sa mort d'une paralysie de la main et de l'avant-bras gauches, sans aucune cause appréciable.

A l'autopsie, le cerveau, la moelle, les origines nerveuses, le plexus brachial et ses nerfs, les vaisseaux du bras et de l'avant-bras furent trouvés dans un état d'intégrité parfaite; cavernes tuberculeuses dans les poumons.

Observation CXXI. — Chorée survenue dans le cours d'un état saburral des voies digestives, guérie par les purgatifs (Bouteille, *Traité de la chorée*, p. 291; observation présentée comme un cas de chorée rhumatismale d'après Stahl).

Observation CXXII. — Embarras gastrique, fièvre rémittente, paralysie de la langue, pleurodynie rémittente à exacerbations périodiques, puis fièvre intermittente double tierce, tartre stibié, guérison presque subite de la paralysie de la langue; sulfate de quinine, magnésie calcinée à dose purgative; disparition de tous les autres symptômes.

Observation CXXIII, CXXIV. — Deux observations d'hémiplégie sous l'influence d'un état saburral (clinique de M. Trousseau, *Gaz. des hôp.*, 1841, p. 192).

Observation CXXV. — Paralysie du sentiment de la main et de l'avant-bras gauches à la suite de vomissements.

Un homme de soixante ans éprouvait presque régulièrement tous les trois mois des symptômes cholériformes assez intenses: diarrhée séreuse, vomissements, crampes dans les jambes. Le 29 septembre 1851, il fut pris de ces accidents; après un vomissement, il s'aperçut que la main et l'avant-bras gauches étaient restés frappés d'insensibilité. En effet, quand il se présenta à l'hôpital Beaujon, on pouvait pincer, piquer, toucher ces parties sans qu'il s'en aperçût; il n'appréciait plus les températures.

Il y a quelques vertiges, mais aucun autre symptôme du côté de l'encéphale; langue blanche, verdâtre à la base; nausées.

Le 1er octobre, l'état digestif est meilleur, l'appetit est revenu; il est soumis à l'électrisation au moyen du balai métallique; dès la première séance le sentiment reparaît, et après cinq jours de séjour dans le service de M. Sandras, il sort parfaitement guéri.

Observation CXXVI. — Colite chronique, paraplégie; insuccès des moyens dirigés contre la lésion supposée de la moelle épinière, guérison de la colite par les sangsues; guérison de la paraplégie en trois semaines (Zabriskie, mém. cit. *Gaz. Méd.* 1842, t. X, p. 296).

Observation CXXVII. — Contracture des extrémités; emploi des saignées et des ventouses; aucun résultat. Purgatifs, amendement, puis guérison. (Hérard, *Gaz. des Hôpitaux*, 1845, p. 248).

Observation CXXIX. — Plusieurs cas de contracture des extrémités coïncidant avec des symptômes gastriques (L. Corvisart, Thèse, 1852).

Observations CXXX, CXXXI. — Deux cas d'aliénation mentale attribuée à une affection chronique de l'estomac (Belhomme, mém. cité).

Observation CXXXII. — Observation de manie intermittente chez un homme chaque fois que survient la dyspepsie, un embarras gastro-intestinal. — Tout le traitement consiste en un purgatif (Docteur Dagonet, *Gaz. Méd.* de Strasbourg, 1850, p. 16).

Observation CXXXIII. — Tremblement des membres chez une femme atteinte d'un embarras gastro-intestinal.

Une femme de 45 ans, d'apparence assez chétive, avait éprouvé au commencement du mois de janvier 1854 des tremblements dans tous les membres un qui disparent spontanément pendant quelques jours pour reparaître bientôt avec plus d'intensité. Les mains surtout étaient agitées d'un tremblement convulsif qui empêchait cette femme de faire son ouvrage habituel. Cet état durait depuis près de quinze jours lorsque je vis la malade chez ses maîtres; elle avait perdu l'appétit, la langue était large, molle et blanche; il y avait de la constipation, etc. Je conseillai une bouteille d'eau de sedlitz qui fut prise, et dès le lendemain le tremblement avait tout à fait cessé. Il ne s'est plus montré depuis.

Observation CXXXIV. — Névralgie trifaciale périodique; emploi infructueux de la belladone et du sulfate de quinine; administration d'un émétique, guérison.

M. X., habitant un département du Midi, était venu passer quelque temps à Paris. Peu de temps après son arrivé il fut pris à 8 heures du matin d'une violente névralgie trifaciale qui disparut après plusieurs heures. Mais le lendemain, à la même heure et les jours suivants, elle se reproduisit, toujours plus intence.

Le sulfate de quinine fut d'abord administré à faible dose, puis à plus fortes doses, mais sans le moindre résultat; l'opium et l'extrait de belladone jusqu'à 10 centigrammes au moment de l'accès n'obtinrent pas plus de succès.

M. X. se plaignait en outre d'être courbaturé, de n'avoir pas d'appétit, un peu de céphalagie continuelle, symptômes qui furent attribués à l'emploi des narcotiques. Cependant comme la langue était fortement chargée, verdâtre, un émétique fut prescrit. L'accès du lendemain fut très-faible; le malade prit encore une bouteille d'eau de Sedlitz, et dès lors toute douleur névralgique disparut.

Observation CXXXV. — Amaurose développée chez un homme présentant depuis près d'un an un mauvais état des voies digestives et guérie promptement par l'emploi des purgatifs (*Gaz. des Hôpitaux*, 1840, p. 248).

Observation CXXXVI. — Paralysie consécutive à une colique hépatique. (Fouquier, *Leçons orales*, 1845; Tailhé, *loc. cit.*)

Observation CXXXVII. — Paralysie intermittente compliquant une affection du foie, en suivant les phases et disparaissant avec elle (Zabriskie, *loc. cit.*, p. 296).

Observation CXXXVIII. — Contracture des membres droits, céphalalgie, strabisme, surdité, illusions, hallucinations, douleurs abdominales vives, fièvre, mort: péritonite générale, nulle lésion du système nerveux. (Service de M. Louis, janvier 1846; *Ann. méd. psych.*, t. VIII., 1846, p. 112),

Observation CXXXIX. — Contracture permanente des membres droits, grossesse, péritonite chronique.

Une femme de vingt-neuf ans entra le 24 janvier 1850 dans le service de M. Sandras, avec les symptômes d'une métro-péritonite légère qui guérit rapidement, et elle allait quitter l'hô-

pital lorsqu'elle fut prise d'une contracture du membre inférieur droit, qui persista et gagna bientôt les muscles des gouttières vertébrales et le membre supérieur droit. Peu de temps après on reconnut qu'elle était enceinte ; mais les contractures ne se dissipèrent pas après l'accouchement, qui fut suivi d'une métro-péritonite. Cette dernière affection passa à l'état chronique et détermina la mort plusieurs mois après, le 2 mai 1851. L'état des membres droits était resté le même.

A l'autopsie, on trouva le péritoine rempli d'une grande quantité d'un liquide purulent très-fétide, et la masse intestinal réunie en un seul paquet par des fausses membranes à demi organisées. Le système nerveux en entier était parfaitement intact.

Mouvelle méthode rapide d'analyse des eaux de sources et de rivières, par MM. Boutron et Félix Boudet.

En présence de nombreuses questions que la santé des populations et les besoins de l'industrie soulèvent sans cesse à l'occasion des eaux douces et de l'intérêt particulier qui se porte en ce moment, en France et en Angleterre, sur le choix des eaux destinées aux grandes villes, il était à désirer qu'une méthode expéditive et sûre de les comparer entre elles et de déterminer, sinon leur composition absolue, du moins leur valeur sanitaire et industrielle, permît de multiplier les expériences et d'établir facilement une statistique comparée des eaux de chaque contrée. Nous nous sommes occupés de rechercher cette méthode et nous espérons l'avoir trouvée, en nous inspirant de li'dée féconde qui, grâce aux travaux de Descroizilles et de Gay-Lussac, est devenue l'origine de l'alcalimétrie, de la chlorimétrie et de tant d'autres applications précieuses.

Cette méthode est fondée sur la propriété que possède le savon de rendre l'eau pure mousseuse, et de ne produire de mousse dans les eaux chargées de sels calcaires et magnésiens qu'autant que ces sels ont été neutralisés par une porportion équivalente de savon, et qu'il reste un petit excès de celui-ci dans la liqueur.

Vient-on à verser, en effet, deux à trois gouttes d'une dissolution alcoolique de savon dans un flacon renfermant 40 centimètres cubes ou 40 grammes d'eau distillée et à fortement agiter le mélange, il se forme immédiatement à la surface du liquide une couche de mousse légère et persistante ; mais si au lieu d'eau distillée, on emploie une eau plus ou moins calcaire et magnésienne, le phénomène de la mousse n'apparaît qu'autant que la chaux et la magnésie contenues dans cette eau ont été neutralisées par une quantité proportionnelle de savon, et que l'on a ajouté un léger excès de celui-ci, qui, ne rencontrant plus de chaux ni de magnésie, manifeste ses propriétés comme s'il se trouvait en dissolution dans l'eau pure. La proportion de savon exigée par 40 centimètres cubes d'une eau quelconque, pour produire une mousse persistante, donne donc la mesure de la quantité de sels calcaires et magnésiens contenus dans cette eau, et comme, pour la plupart des eaux de sources et de rivières, la chaux et la magnésie sont les seules matières qui influent réellement sur le qualité, il est évident qu'en déterminant la proportion qu'elles renferment de ces bases, on détermine virtuellement la valeur de ces eaux.

La formation de la mousse à la surface de l'eau est d'ailleurs un phénomène si saillant, la proportion de savon nécessaire pour la produire (1 décigramme par litre) est si faible, et le moment où une eau calcaire ou magnésienne cesse de neutraliser le savon et devient mousseuse est si facile à saisir, qu'une dissolution de savon peut être considérée comme un réactif extrêmement sensible pour déceler et doser les sels calcaires et magnésiens dans les liqueurs très-étendues, telles que les eaux de sources de rivières.

Nous employons le savon à l'état de dissolution alcoolique, et, pour nous soustraire aux inexactitudes qui résulteraient nécessairement de la composition variable du savon, nous titrons notre liqueur d'épreuve au moyen d'une dissolution de chlorure de calcium fondu contenant 25 centigrammes de ce sel par litre d'eau distillée, soit 1/4000e.

Les essais sont exécutés au moyen d'un flacon bouché à l'émeri de 60 à 80 centimètres cubes de capacité et jaugé à 40 centimètres cubes, et d'une petite burette graduée de telle manière que :

1° Une division marquée au-dessus de zéro degré représente la proportion de liqueur nécessaire pour faire mousser 40 centimètres cubes d'eau pure;

2° Que chaque division au-dessous de zéro degré représente 1 décigramme de savon marbré, à 30 pour 100 d'eau et 6 pour 100 de soude, détruit par 1 litre de l'eau soumise à l'expérience, et qu'ainsi une eau qui absorbe, par exemple, 10 degrés de liqueur, détruit ou neutralise 1 gramme de savon par litre ;

3° Enfin que 22 degrés correspondent exactement à 40 centimètres cubes ou 40 grammes de la dissolution normale de chlorure de calcium à 25 centigrammes par litre.

Il résulte de ce système que la graduation de la burette indique tout à la fois la proportion de savon détruit par un litre de l'eau examinée, et l'équivalent en chlorure de calcium des sels calcaires et magnésiens que contient 1 litre de cette eau. Rien de plus facile dès lors que de reconnaître, par un essai rapide, l'équivalent en chlorure de calcium des sels de chaux et de magnésie que contiennent les eaux, et d'établir leur valeur relatixe ; en comparant les degrés qu'elles donnent avec la burette d'épreuve. Nous avons donné à cet instrument le nom d'*hydrotimètre*, qui veut dire *mesure de la valeur de l'eau*. Notre système d'essai constitue donc l'hydrotimétrie, et l'on peut classer les eaux d'après leurs dégrés hydrotimétriques en partant de l'eau pure, qui porte zéro degré.

Mais nous ne nous sommes pas bornés à déterminer en bloc la proportion de sels de chaux et de magnésie contenus dans les eaux, nous avons poussé plus loin les applications de la méthode, de manière à en faire un véritable moyen d'analyse quantitative, applicable non-seulement aux eaux de sources et de rivières, mais à la solution expéditive d'un grand nombre d'autres problèmes d'analyse.

Etant donnée, en effet, une eau qui, comme la plupart des eaux de sources et de rivières, ne contienne, indépendamment des chlorures et sulfates de soude et de potasse, qui sont, dans certaines limites, sans action sur la dissolution de savon, que des bicarbonates, sulfates et chlorhydrates de chaux et de magnésie, si l'on vient à y verser de l'oxalate d'ammoniaque en proportion convenable, toute la chaux se précipite bientôt à l'état d'oxalate insoluble et peut être isolée par le filtre, tandis que la magnésie reste en dissolution à l'état d'oxolate ammoniaco-magnésien.

D'autre part, si l'on soumet une nouvelle quantité de cette eau à une ébullition prolongée pendant vingt à vingt-cinq minutes, elle dépose du carbonate de chaux que l'on sépare encore au moyen du filtre.

Ceci posé, si l'on prend le degré hydrotimétrique d'une eau quelconque, puis le degré de cette même eau soumise à une ébullition de vingt à vingt-cinq minutes et filtrée après refroidissement, et enfin le degré de cette eau précipitée par l'oxalate d'ammoniaque et filtrée, on a pour premier résultat, le degré hydrotimétrique, et par conséquent l'équivalent commun des sels de chaux et de magnésie que cette eau contient, et la proportion de savon qu'elle doit neutraliser par litre ; pour second résultat, l'équivalent du bicarbonate précipité de chaux, pour troisième résultat, l'équivalent de toute la chaux contenue dans l'eau examinée, et par différence, l'équivalent de la magnésie.

On connaît donc ainsi, à l'aide d'un seul réactif et par des procédés aussi simples que sûrs et expéditifs :

1° Le degré hydrotimétrique de l'eau soumise à l'expérience ;

2° La proportion de savon qu'un litre de cette eau neutralise ;

3° Les proportions distinctes de chaux et de magnésie qu'elle contient ;

4° La proportion de chaux qui s'y trouve à l'état de bicarbonate, et par différence la proportion de cette base qui s'y trouve dans un autre état de combinaison, c'est-à-dire que l'on possède toutes les données nécessaires pour apprécier la valeur de cette eau et en faire un usage éclairé.

Notre système d'analyse peut s'appliquer non-seulement à l'étude des eaux douces, mais aussi à l'analyse rapide et très-exacte d'un certain nombre de dissolutions salines d'une composition plus ou moins complexe, pourvu que leurs bases puissent être précipitées par un sel de soude ou de potasse soluble, et former avec les acides gras des composés insolubles dans l'eau.

Étant donnée, par exemple, une dissolution de plomb et d'argent, ou une liqueur dans laquelle on a reconnu la présence de ces deux métaux par un essai qualitatif, si, après l'avoir convenablement étendu d'eau distillée, on détermine son degré hydrotimétrique, on connaît immédiatement l'équivalent, en chlorure de calcium, des deux sels qui s'y trouvent. Vient-on ensuite à précipiter l'argent au moyen du chlorure de sodium, à isoler le chlorure d'argent par le filtre, et à prendre le degré hydrotimétrique de la liqueur filtrée, qui ne contient plus que du plomb, on connaît l'équivalent du plomb qu'elle renferme, et par différence celui de l'argent qui lui était associé, etc.

CORRESPONDANCE

A M. H. de Castelnau, Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Si j'étais aussi modeste que vous avez bien voulu le dire, vous m'auriez fourni une belle occasion de le montrer, car je n'ai jamais reçu de témoignages plus flatteurs que ceux dont l'initiale de mon nom vient d'être l'objet. Après cela, il serait sans doute de bon goût de ne pas le faire connaître, si je ne craignais, en gardant plus longtemps l'anonyme, de vous exposer à recevoir, après la réclamation de M. Mounier, des réclamations analogues et tout aussi légitimes de la part de MM. Manec et Moissenet.

Il est bien vrai qu'en vous communiquant mon article sur le chlorure de brôme, je n'avais point songé que mon initiale était la même que celle de ces trois honorables commissaires. J'ai eu tort assurément de ne pas m'apercevoir d'un point de contact dont j'ai le droit d'être fier. Mais ce qui est propre surtout à me combler de satisfaction, c'est le motif particulier qui a dicté la lettre de M. Mounier. Il paraît que les amis de ce savant professeur ont cru reconnaître son style dans l'humble prose que je vous ai adressée. Il ne me pouvait rien arriver de plus heureux ; car vous n'ignorez pas que Buffon a dit : *Le style, c'est l'homme.* Je dois cependant à la vérité de déclarer qu'il n'était pas entré dans ma pensée de modeler mon style sur celui de M. Mounier. Je dois même avouer avec franchise que lorsque je compare mon pauvre article à la lettre dont j'ai pu être malgré moi le Sosie, je ne puis trouver entre ces deux productions aucune ressemblance. En tous cas, si cette ressemblance existe, je puis dire qu'en cela comme pour l'identité de nos initiales, c'est le hasard qui a tout fait.

M. Mounier annonce, en terminant sa lettre, que j'ai émis des assertions inexactes. Je ne saurais avoir la prétention d'être aussi bien renseigné que les membres de la commission; mais jusqu'à ce qu'on m'ait fait connaître les points sur lesquels j'aurais pu me tromper, je serai dans l'impossibilité de répondre aux reproches beaucoup trop vagues que m'adresse M. Mounier. Je n'ai donc rien à ajouter aujourd'hui, si ce n'est que les expériences de M. Landolfi se font publiquement dans un service qui dépend de l'assistance publique ; que la presse a le droit de s'en occuper comme elle s'occupe de ce qui se passe dans les autres hôpitaux; que ce droit devient presqu'un devoir en présence de la gravité d'une question qui intéresse un si grand nombre de malades ; qu'enfin l'existence d'une commission destinée à faire un rapport *administratif* ne saurait empêcher les journaux de porter un jugement *scientifique* sur la valeur du précieux spécifique qui préoccupe si vivement les médecins. — Quoi qu'en dise M. Mounier, je crois que cela est juste, et que cela est loyal. Ce qui ne serait ni juste ni loyal, ce serait, en matière de science, de taire ce qu'on croit être une vérité utile.

Un mot sur ma modestie pour terminer comme j'ai commencé. Si je n'ai point signé l'article dans lequel on crut pouvoir reconnaître la plume de M. Mounier, ce n'est point par humilité, je m'en confesse. Si j'avais publié un article original, ou même une analyse critique de quelque importance, j'aurais cherché, en plaçant mon nom, à m'approprier le peu de gloire qui aurait pu m'en revenir ; mais en rédigeant une simple revue clinique où je n'ai guère fait que traduire ce qui est dans la bouche de tous ceux qui ont vu les expériences de M. Landolfi, je n'ai vraiment pas cru faire une œuvre qui pût jeter sur moi la moindre célébrité. Puisqu'il en a été autrement, permettez-moi de reprendre mon bien et de vous offrir en échange l'assurance de mon affectueux dévouement.

Dr Mahieux,
ex-interne des hôpitaux civils de Paris.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Obsèques de M. Valliex. — Si quelque chose, hormi le temps, pouvait consoler les vivants de la perte de ceux qui ont mérité d'être aimés, les amis de M. Valleix cesseraient de s'affliger. — Il y a eu des funérailles plus pompeuses que celles de notre malheureux ami, il n'y en a jamais eu où le recueillement fût plus religieux, les regrets plus sincères, la douleur plus profonde et plus générale. Le cortége de M. Valleix n'a rien eu de l'aspect d'une solennité; partout régnait le morne silence du deuil. Le lugubre cortége a traversé tout Paris pour se rendre de l'église Saint-Vincent-de-Paul au cimetière du Mont-Parnasse, où M. Louis, par une de ces inspirations que peuvent seuls dicter les sentiments les plus élevés de l'amitié et du dévouement, avait désiré de voir reposer les restes de son ami, à côté de ceux du fils bien aimé que la mort lui a ravi il y a juste une année. Plusieurs allocutions ont été prononcées sur la tombe de la noble victime du devoir, par MM. Goupil, Woillez, Barth et par un jeune externe dont nous n'avons pas retenu le nom. M. Louis lui-même a voulu dire un dernier adieu à celui qui avait été son élève dévoué, avant de devenir son ami ; mais les sanglots ont bientôt étouffé la voix du malheureux père, du malheureux ami; il a fallu soutenir et emporter M. Louis, dont les forces ont trahi l'héroïque courage.

Ainsi s'est terminée cette triste cérémonie, par l'image frappante de ce que l'homme offre à la fois de plus élevé, le dévouement, et de plus fragile, la vie !

— Nous avons reçu de M. H. Carnot une lettre que nous publierons volontiers dans notre prochain numéro, ou celui qui suivra immédiatement.

— L'assemblée des professeurs du Muséum d'histoire naturelle s'est réunie il y a quelques jours pour former une liste de deux candidats à la chaire d'anthropologie.

Ont été placés :

Au premier rang, *ex-æquo* : MM. *Gratiolet* et *de Quatrefages*.

Au second rang : M. *Denonvilliers*.

Il est à regretter que, dans cette présentation, le Muséum n'ait pas mieux apprécié le caractère élevé des travaux de M. Gratiolet et son remarquable talent de professeur, et qu'il n'ait pas mieux compris ses propres intérêts. Si l'Institut ne juge pas mieux, et on doit le craindre, M. de Quatrefages étant un de ses membres, le Muséum sera privé, pendant plusieurs années encore, d'un professeur dont les leçons ont déjà été appréciées par de nombreux auditeurs, et ont contribué puissamment à répandre les connaissances anatomiques.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Typographie de Walder, rue Bonaparte, 44.

1re Série. Tome 3. — N° 86. 3e année. Mercredi 18 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborsky.

Chapitre premier.

Maladies antérieures à la première éruption des règles.

Le travail qu'on va lire est déjà assez ancien, puisqu'il est en grande partie la reproduction de ce que nous avons déjà écrit dans le mémoire présenté au concours pour le prix de l'Académie de médecine, en 1840. L'Académie a partagé alors le prix entre ce mémoire et celui de M. le docteur Brière de Boismont. Cependant, comme dans la même année, ce corps savant avait couronné notre mémoire sur l'*histoire des découvertes relatives au système veineux*, le comité de publication, l'*avis de l'éditeur entendu*, a cru devoir, par mesure d'économie, ne publier de nous dans les *Mémoires de l'Académie* que ce dernier travail, et ne faire figurer sur la menstruation que le mémoire de notre honorable compétiteur. Quant à nous, ayant le projet de donner plus d'extension à nos recherches et de les rattacher plus tard à d'autres travaux sur la pathologie des organes sexuels de la femme, nous n'avions livré à cette époque à la publicité que la partie physiologique (1). Un seul chapitre de la partie pathologique a été publié en 1842 dans la *Gazette médicale*, sous le titre de *l'influence des affections des organes respiratoires sur la menstruation et de celle que cette émanation exerce sur la marche de ces affections.*

M. le docteur Hérard, qui a publié, il y a deux ans, un travail remarquable sur l'influence des *maladies aiguës fébriles sur les règles, et réciproquement*, ayant pris connaissance de notre mémoire dans la *Gazette médicale*, exprime le regret de ne pas nous avoir vu publier les autres chapitres du grand travail couronné par l'Académie. Cet appel, auquel sont venues se joindre des sollicitations de plusieurs autres honorables confrères, ne pouvait pas ne pas être entendu. Nous allons donc commencer aujourd'hui la publication de différents chapitres relatifs au rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique. Commençons par étudier l'influence de la menstruation sur la santé générale et sur les différents états morbides antérieurs à la première éruption des règles.

Si l'on croyait les anciens auteurs, l'établissement de la menstruation jouirait vraiment de vertus prodigieuses comme puissance thérapeutique, car on lui attribuait le pouvoir de dissiper bien des états pathologiques propres à l'enfance. Cette manière de voir est encore assez accréditée aujourd'hui dans le monde, voire même parmi les médecins. Mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que, jusqu'à présent, on n'a jamais encore cherché à éclairer cette question par une observation rigoureuse des faits, condition que l'on impose aujourd'hui, avec raison, à tout observateur qui veut faire accepter son opinion.

Pour procéder avec un peu de sévérité, il faut d'abord être bien pénétré d'une chose, c'est que l'apparition des règles n'est pas le seul phénomène qui caractérise l'époque de la puberté, mais que d'autres changements considérables s'opèrent simultanément dans toute la constitution, et pourraient déjà rendre compte de certaines modifications favorables dans les différents états morbides. Il n'est même pas rare de rencontrer de semblables modifications de la constitution à l'âge correspondant, chez le sexe qui n'est pas assujetti à la menstruation.

D'un autre côté, il y a encore une autre source d'erreurs contre laquelle il faut nous prémunir, si nous voulons arriver à des conclusions justes. Bien des fois, en effet, on attribuait trop facilement à l'influence favorable des règles la disparition de certains troubles fonctionnels qui n'ont fait que coïncider avec l'*aménorrhée* et dépendaient comme elle de certaines conditions pathologiques qui leur étaient communes. Rien de plus naturel, dans ce cas, que de voir la menstruation s'établir, par suite d'un traitement bien dirigé, après la disparition des conditions organiques qui lui étaient contraires; mais ce serait évidemment prendre l'effet pour la cause que d'attribuer à l'influence des règles la disparition de ces conditions ainsi que celle des différents troubles fonctionnels qui en résultent.

Ces réserves étant faites, examinons les principales affections des jeunes filles par rapport à la menstruation.

A. *Chlorose.*— Ce qui frappe surtout chez les chlorotiques, c'est que, comme on le dit vulgairement, elles ont de la peine à *se former*, c'est-à-dire qu'elles sont relativement en retard pour l'époque de la première éruption des règles. Que l'on examine dans notre climat un certain nombre de chlorotiques de quatorze à quinze ans, et l'on en trouvera fort peu qui soient déjà menstruées. D'un autre côté, que l'on interroge des femmes atteintes de chlorose sur l'époque de la première menstruation, et l'on ne tardera pas non plus de se convaincre qu'elles ont été généralement réglées après l'âge qui représente la moyenne de l'époque de la première menstruation. C'est que la chlorose est du nombre de ces affections pour lesquelles

(1) *De la puberté et de l'âge critique chez la femme et de la ponte périodique.* Paris, 1844.

l'économie semble longtemps conserver des dispositions quand on les a eues une fois, et qu'il est vraiment rare de rencontrer des exemples de chlorose chez des femmes adultes sans qu'elles n'en eussent déjà montré les symptômes étant plus jeunes.

Ayant noté l'âge de la première éruption des règles chez quinze femmes chlorotiques à l'hôpital de la Charité, appartenant toutes par conséquent à la même classe de la société, nous n'en avons trouvé que deux qui ont commencé à être réglées à treize ans, deux à quatorze ans, une à quinze ans, quatre à seize, trois à dix-sept, une à dix-huit, une à dix-huit et demi, et une à dix-neuf ans, ce qui donne pour moyenne l'âge de 15,95, ou environ seize ans. D'après nos recherches statistiques faites sur un grand nombre de femmes, l'âge de quatorze ans et demi ou 14,515 peut être considéré comme la moyenne de l'époque de la première éruption des règles en France (1). Il en résulterait donc que les jeunes filles chlorotiques seraient réglées, terme moyen, près d'un an et demi plus tard que celles en bonne santé. Ce retard qui constitue un des symptômes les plus constants de la chlorose des jeunes filles, est-il lui-même l'effet des dispositions dynamo-organiques qui constituent la chlorose, ou bien, serait-il, comme le pensent la plupart des gens du monde et comme le ferait supposer encore la pratique de bien des médecins, la cause des troubles fonctionnels chez les chlorotiques? C'est ce qu'il importe d'examiner. La solution de ce problème a une immense portée thérapeutique. Il ne s'agit, en effet, ni plus ni moins que de savoir si chez les jeunes chlorotiques on peut laisser de côté les préoccupations relatives à la menstruation et ne s'occuper que de l'appauvrissement des globules du sang qui constitue la principale lésion anatomique de cette affection, ou bien, s'il faut au contraire laisser de côté les données d'anatomie et de chimie moderne pour concentrer tous ses efforts à aider la nature à l'établissement des règles. Cette dernière manière de voir, sortie des premières écoles vitalistes, a été généralement adoptée par les médecins jusqu'au commencement de ce siècle. Appliquer des sangsues aux cuisses, pratiquer la saignée du pied, prescrire des bains de pieds irritants ou des sinapismes, ordonner enfin une foule de ces médicaments légués à la thérapeutique par l'empirisme de tous les siècles, comme jouissant de vertus emménagogues, c'était ce que les médecins croyaient autrefois devoir faire en premier lieu. Dans leur opinion, la nature médicatrice pouvant se suffire à tout, il n'y avait qu'à l'aider et à faire tous ses efforts pour faire venir les règles qui devaient servir de *crise* et *juger* les accidents chlorotiques.

Mais l'expérience a prouvé depuis que cette prétention des vitalistes malgré son apparence de modestie, nous pourrions même dire d'humilité, n'était rien moins qu'ambitieuse. En effet, à l'époque dont nous parlons on ne savait encore rien de précis sur le rôle assigné par la nature à la menstruation au milieu des autres fonctions de l'économie. Comment, par conséquent, oser prétendre qu'on peut aider et même en quelque sorte diriger les efforts de la nature quand on ignore complétement ce que la nature veut et où elle veut marcher!

Depuis les travaux de MM. Négrier, Jones, Paterson, Montgomery, et surtout depuis nos propres recherches et celles de M. Pouchet, il est péremptoirement établi que le fait capital de la menstruation consiste dans un travail physiologique qui se passe principalement dans les ovaires, par suite duquel un ovule arrive périodiquement à la maturité. A chaque époque menstruelle, il s'opère des modifications importantes dans les follicules de Graaf, ainsi que dans la matrice, en vue de faciliter le passage de l'ovule, et d'offrir les conditions les plus favorables à sa fécondation. C'est ce qui constitue la *ponte spontanée* des mammifères. L'hémorrhagie n'en est qu'un des épisodes; peu marquée sur la plupart des femelles des mammifères, elle acquiert sans doute plus d'importance chez la femme, et mérite d'être prise en considération, mais elle ne constitue pas moins un phénomène subalterne des époques menstruelles.

Ainsi, en supposant même que le principe des vitalistes fût fondé dans d'autres circonstances, il n'en est pas moins vrai qu'il a reçu ici une très-fausse application. Il est, en effet, bien évident que s'il nous est permis de nous flatter de pouvoir quelquefois seconder les tendances de la nature, nous ne pourrions la seconder dans l'espèce qu'en favorisant la maturité des ovules, mais non en s'efforçant de provoquer l'hémorrhagie, qui n'en est que la conséquence, et qui serait venue ensuite d'elle-même. De quelle utilité peuvent être alors tous les prétendus emménagogues? Leur nullité, sous ce rapport, nous a été d'ailleurs parfaitement démontrée par des expériences faites dans l'espèce humaine et sur les femelles des mammifères.

Chez les jeunes filles chlorotiques, les follicules de Graaf sont très-bien développés, et leur nombre est proportionné à l'âge. Tout porte à croire qu'il doit en être de même des ovules, si ces organes n'ont pas encore atteint le dernier degré de la maturité nécessaire; ils n'y arriveront que lorsqu'on aura relevé l'énergie vitale de l'économie, à moins d'excitations directes, comme cela se voit assez souvent à la suite du mariage, conseillé déjà autrefois comme remède, et qui peut être en effet considéré en cette circonstance comme un des meilleurs emménagogues.

L'expérience clinique prouve, d'un autre côté, que partout où l'on rencontre les conditions anatomiques de la chlorose (appauvrissement des globules du sang), elles sont suivies de près de l'appauvrissement des règles ou même de l'aménorrhée. Ainsi, dans toutes les affections aiguës graves, lorsque l'économie a été profondément affaiblie, soit par la nature de l'affection, soit par suite d'un traitement débilitant, tel que des saignées abondantes et répétées, une diète prolongée, etc., les règles suspendent ordinairement leur cours jusqu'au retour des forces, et se font attendre pendant deux ou trois mois, quelquefois même davantage.

Dans la chlorose même, ce n'est point par les troubles des règles que les choses débutent. Le plus souvent, la maladie a fait déjà d'assez notables progrès avant qu'on s'aperçoive encore d'un dérangement du côté de la menstruation, et il n'est même pas du tout commun d'observer une aménorrhée complète chez les chlorotiques. Le plus souvent les règles continuent encore pendant quelque temps au début de la chlorose, seulement elles viennent peu régulièrement, se suppriment pendant deux ou trois mois pour revenir plus tard, disparaître de nouveau pendant quelque temps, et ainsi de suite. Le sang des règles devient en même temps de plus en plus pâle, et diminue progressivement de quantité avant de disparaître complétement.

S'il fallait encore d'autres preuves pour démontrer que les troubles de la menstruation sont l'effet et non la cause de la chlorose, nous pourrions citer des exemples authentiques de chlorose chez l'homme rapportés par plusieurs observateurs distingués (1). Enfin, nous pourrions ajouter qu'ayant noté chez cinquante femmes la nature des accidents éprouvés par suite d'une suppression plus ou moins brusque des règles, nous n'avons pas vu une seule fois que cette suppression ait occasionné la chlorose.

Il résulte de tout ce qui précède, que non-seulement les règles ne *jugent* point les accidents chlorotiques chez les jeunes filles, mais que les retards, que l'on remarque alors fréquemment, sont entièrement sous la dépendance de la chlorose et que les meilleurs emménagogues à leur opposer seront les

(1) *De la Puberté et de l'âge critique*, etc., p. 8.

(1) Lisez particulièrement sur ce sujet, une thèse pleine d'intérêt soutenue par M. le docteur Uzac : *De la Chlorose chez l'homme*, Paris, 1853; chez J. B. Baillère.

moyens que l'expérience a démontrés être les plus efficaces contre cette maladie. De tous les médicaments, le fer mérite, sans contredit, la préférence, et particulièrement les préparations protoxydées plus toniques et moins astringentes que les composés peroxydés. Le fer, réduit par l'hydrogène, d'après le procédé de MM. Quevenne et Miquelard, offrant plus de garantie par sa pureté et ayant l'avantage d'être insipide, doit être placé en première ligne (1).

Cependant, il y a des jeunes filles dont l'estomac ne peut supporter aucune préparation de fer, tout au plus quelques eaux minérales. Dans ce cas, nous nous sommes souvent très-bien trouvé de l'usage de la graine de moutarde blanche donnée à la dose de trois cuillerées par jour.

Enfin, nous ne pouvons pas passer sous silence un moyen qui nous a toujours admirablement réussi, surtout appliqué conjointement avec les précédents, nous voulons parler de lotions d'eau froide pratiquées chaque matin sur toute la surface du corps. Immédiatement après chaque lotion, les jeunes malades doivent être essuyées et frottées avec des serviettes sèches pour activer la circulation, etc., faire ensuite une promenade à pied pendant environ une heure. Inutile de faire observer que toutes les fois qu'il y aura possibilité, l'hydrothérapie appliquée plus en grand dans un établissement *ad hoc*, rendra d'immenses services.

(*La suite au prochain numéro.*)

De la valeur thérapeutique des bains térébenthinés,

Par M. Teissier.

Depuis six ans environ, l'attention des médecins et du public a été attirée sur un mode nouveau de traitement des affections rhumatismales et catarrhales par les vapeurs de térébenthine. Ce traitement, qui a pris naissance dans le département de la Drôme, et qui a déjà subi de nombreuses modifications, consistait, dans son origine, à placer les malades, affectés de rhumatisme, dans un four chauffé à la température de 60 à 80 degrés pour extraire la térébenthine des copeaux de sapins. Depuis plus d'un siècle il était mis empiriquement en usage par les paysans des environs de Die qui travaillaient à l'extraction de la poix, et qui avaient remarqué que ceux d'entre eux qui contractaient des douleurs rhumatismales, lumbagos, sciatiques, arthralgies, etc., en étaient très-rapidement débarrassés en se faisant suer abondamment dans leur four. Ce fait avait frappé les médecins de Die, qui pensèrent, avec raison, qu'il ne devait pas être perdu pour la science; et, en 1850, M. Chevandier publia, dans la *Revue médico-chirurgicale* un Mémoire dans lequel il faisait connaître les succès obtenus par l'emploi des bains de vapeur térébenthinée.

On se rappelle, sans doute, comment ces bains étaient administrés. Le four à poix, dans lequel on descendait les malades, était une cavité ovoïde profonde de deux mètres environ et large d'un mètre et demi, garnie à l'intérieur de plusieurs couches de copeaux de sapins régulièrement superposées et soumises à une température de 60 à 80 degrés pour la distillation de la térébenthine. Les malades pénétraient tout simplement dans ce four, à l'aide d'une échelle, par l'ouverture supérieure, et y demeuraient vingt ou vingt-cinq minutes, enveloppés dans une couverture de laine.

Sous l'influence de cette haute température d'une part, et surtout, suivant l'opinion des médecins qui préconisaient cette méthode de traitement, sous l'influence des vapeurs résineuses qui stimulaient la surface cutanée, étaient absorbées par elle et agissaient spécifiquement sur l'élément rhumatismal, une abondante diaphorèse s'établissait, le principe morbide était détruit et éliminé hors de l'organisme, et au bout de quelques jours les rhumatismes les plus invétérés étaient soulagés, et la santé générale éprouvait une amélioration notable.

Quelque utile que pût être le bain de vapeur térébenthiné, tel que je viens de le décrire, il constituait un mode de traitement trop grossier pour être adopté avec faveur par la classe aisée de la société, et trop incommode pour les malades impotents; aussi a-t-on bien vite senti le besoin de lui apporter des modifications qui rendissent son succès plus facile, sans nuire en rien à son efficacité. Ainsi M. le docteur Benoît, tout en conservant la forme primitive du four, y a fait pratiquer une ouverture latérale, à l'affleurement des copeaux, qui permet aux malades d'y entrer aisément. M. Chevandier a converti le four en une chambre fumigatoire circulaire, divisée en neuf petites cellules; dans ces cellules, les malades respirent plus librement que dans le four primitif, mais ils sont tous soumis à la même température. A Crest, autre ville du département de la Drôme, l'appareil a été transformé en boîtes fumigatoires, hors desquelles la tête du malade se trouve placée.

Enfin, à Boquéron (près de Grenoble), M. le docteur Rey a également divisé le four en cabinets tout à fait indépendants les uns des autres, chauffés séparément, aérés par un système ingénieux de ventilation, dans lesquels on peut graduer à volonté l'intensité de la vapeur, et il a eu l'idée de combiner le traitement par les vapeurs résineuses avec l'hydrothérapie. Un système analogue de bains résineux vient d'être organisé à l'établissement hydrothérapique de Serin, par M. le docteur Petit. Voilà où en est la question aujourd'hui.

Eh bien! quelle est la valeur de cette médication par les bains de vapeur térébenthinée, avec toutes ces modifications? Sont-ils vraiment préférables dans les affections catarrhales et rhumatismales aux traitements par les bains de vapeur simple, par les eaux minérales, par les bains russes, par l'hydrothérapie? Sont-ils administrés d'ailleurs de manière à en obtenir le plus d'avantages possibles? Leur mode d'action physiologique et thérapeutique a-t-il été exactement apprécié par les médecins qui l'ont vanté? Ce sont là autant de questions qui intéressent les médecins et que M. Gillebert d'Hercourt s'est proposé de résoudre. Cette tâche convenait très-bien à notre confrère, qui a vu par lui-même et examiné les divers établissements de bains résineux de la Drôme, et qui s'est occupé, comme on sait, d'une manière spéciale, depuis plusieurs années, des fonctions de la peau et des moyens capables de favoriser sa réaction; de la sueur, des procédés qui la provoquent en débilitant l'organisme, et de ceux qui, au contraire, l'activent en augmentant son énergie.

L'opinion de M. Gillebert est loin d'être en tous points favorable aux bains de vapeur résineuse, et il n'hésite pas à affirmer qu'ils ne méritent pas les éloges exagérés qui leur ont été prodigués par MM. Chevandier, Benoît, Rey, Moreau, etc., et que leur action physiologique a été inexactement appréciée par ces médecins. Voici comment il procède dans son argumentation : Suivant ces médecins, dit M. Gillebert, « la térébenthine est l'élément essentiel du traitement par les bains de vapeur résineuse.

« Elle agit en se mêlant au sang, et par une action sans doute spécifique sur l'élément rhumatismal.

« Elle est introduite dans l'économie, sinon exclusivement, du moins en majeure partie, par l'absorption cutanée.

« Le calorique agit en congestionnant la peau et en suractivant les fonctions de cette enveloppe. Il favorise ainsi l'absorption du principe résineux. »

Une pareille doctrine paraît être, à M. Gillebert, en contradiction avec les faits et avec les notions les mieux établies de la physiologie, sur l'absorption. Il ne nie pas que dans les fours à poix on n'ait guéri et qu'on ne puisse guérir encore des malades affectés de rhumatisme chronique; mais ces cas

(1) Voyez une excellente note sur les préparations de fer que M. Quevenne a eu l'extrême obligeance de nous donner pour notre ouvrage : *De la Puberté*, etc., p. 252.

de guérison lui paraissent en tous points semblables à ceux qu'on obtient par les bains de vapeur ordinaires et dans les établissements d'eaux thermales. Il en fait principalement honneur à l'action du calorique et non à l'absorption de la térébenthine, qui, sans aucun doute, a des propriétés antirhumatismales, comme l'avaient déjà reconnu Galien, Dioscoride, et plus tard Murray, Recamier, Martinet, mais dont l'action est illusoire dans les bains de vapeur, tels qu'ils sont organisés à Die et à Crest. Et pour démontrer cette assertion, il insiste avec force sur cet argument physiologique, à savoir, que l'absorption et l'exhalation sont toujours en raison inverse d'activité, fait qui lui paraît démontré par les travaux de MM. Milne Edwards et Collard de Martigny, et par les recherches récentes et pleines d'intérêt de M. Cl. Bernard, sur la non-simultanéité de l'exhalation et de l'absorption. Fort de ces faits, il pense que ce n'est pas au moment où le corps, placé dans une étuve de 60 à 80 degrés, est inondé de sueur, que sa surface peut absorber les vapeurs résineuses de la térébenthine; que si ce médicament pénètre dans l'économie, c'est par une autre voie que par la peau, et que c'est évidemment par les organes de la respiration.

Mais, sans aller plus loin, on pourrait répondre immédiatement à cette objection : Peu importe la voie par laquelle la térébenthine pénètre dans l'organisme, pourvu qu'elle y arrive; il faut bien qu'elle soit absorbée puisqu'on la retrouve assez rapidement dans les urines; si elle s'y introduit par les organes respiratoires, ne trouve-t-elle pas là une large voie d'absorption, par laquelle elle peut agir puissamment sur la composition du sang?

Voici comment M. Gillebert renverse cette nouvelle prétention. Après avoir montré que l'absorption de la térébenthine ne peut se faire par la surface cutanée, il soutient qu'elle est insuffisante par les surfaces broncho-pulmonaires, dans les bains tels qu'ils sont administrés à Die et à Crest.

Il a constaté lui-même l'odeur térébenthinée de son urine, après avoir séjourné dans l'étuve de Crest pendant une heure; mais ce fait n'a pour lui aucune valeur; car tout le monde sait qu'il suffit de passer quelques instants dans un appartement fraîchement peint à l'essence de térébenthine pour que cette manifestation se produise. Et si l'on réfléchit que la température des bains résineux de Die ou de Crest est de 60, 80 et même 100 degrés, on comprend aisément que, d'une part, l'exhalation pulmonaire étant activée ne permet pas à l'absorption d'être énergique, et surtout que dans un air aussi raréfié les flocons légers de la térébenthine soient en grande partie entraînés au dehors.

Dès lors, pour M. Gillebert, l'importance des bains résineux est considérablement amoindrie, et il est difficile d'accorder beaucoup de crédit aux assertions des médecins, qui ont écrit que la térébenthine des sapins de la Drôme a une vertu toute spéciale, et qu'en pénétrant dans le torrent circulatoire elle modifie le sang et détruit l'élément rhumatismal. Dès lors aussi la supériorité de ces bains sur les bains de vapeur ordinaires devient bien contestable et on peut leur adresser les mêmes reproches.

C'est précisément là ce que fait M. Gillebert d'Hercourt dans la suite de son mémoire.

Après avoir démontré que les bains de vapeur résineux ne peuvent agir par absorption cutanée et qu'ils ne peuvent agir que d'une manière presque complétement illusoire par l'absorption pulmonaire, parce que les procédés d'inhalation sont vicieux, il en tire d'abord cette conclusion qu'ils n'ont probablement pas d'autre effet que la production d'une sueur abondante. Il est incontestable que ces bains produisent la sudation avec une très-grande vitesse. Mais pour M. Gillebert c'est là plutôt un inconvénient qu'un avantage; car il a remarqué que tous les bains qui déterminent le même effet ont l'inconvénient d'occasionner différents troubles et des malaises sérieux, tels que la céphalalgie, les palpitations, une angoisse prononcée, et de plus l'expérience a démontré qu'ils augmentent en général le degré d'impressionnabilité des malades à l'action du froid. Il ajoute même que d'après ses propres recherches sur la sudation et sur la sueur, il résulte que celle-ci est d'autant plus aqueuse, et par conséquent d'autant moins éliminatrice ou dépurative que la sudation est poussée avec une plus grande activité. Or, c'est là ce qui arrive quand l'atmosphère n'a pas moins de 50 à 60 degrés, et surtout quand elle s'élève à 100 degrés,

Cependant, il y a dans les bains résineux deux éléments puissants, le calorique et la térébenthine, qui, s'ils étaient combinés d'une manière plus rationnelle, pourraient produire des effets bien plus avantageux; car, loin de méconnaître les propriétés antirhumatismales de la térébenthine, notre honorable confrère apporte de nouveaux faits à l'appui de son action spécifique.

Mais il voudrait qu'on plaçât les malades dans des conditions favorables à l'absorption du médicament, et qu'on ne fît pas au contraire tout ce qui peut empêcher cette absorption. Ainsi, il voudrait qu'on séparât convenablement le temps de la sudation de celui de l'absorption, et qu'on ne cherchât pas à les faire marcher simultanément:

Par exemple, il voudrait qu'avant ou après la sudation, à plusieurs heures de distance même, on plaçât les malades dans un vaporium non chauffé, où les vapeurs de résine pourraient être respirées à la température de l'air ambiant, ou du moins à 20 ou 30°.—Et pour éviter les inconvénients qu'il reproche aux sudations rapides par le calorique, lesquelles sont suivant lui aqueuses et débilitantes, il propose de mettre à profit les précieuses ressources du maillot hydrothérapique qui fait suer plus lentement, produit une transpiration visqueuse et dépurative. Mais il ne veut pas qu'on allie, comme le fait M. Rey, à Boquéron, l'hydrothérapie avec l'étuve à 80°. —Dans la combinaison proposée par M. Gillebert, il faut toujours, pour que la térébenthine soit convenablement absorbée, qu'elle soit respirée à la température ordinaire. Aussi, pense-t-il qu'on n'a pas besoin pour cela d'envoyer les malades à Die, à Crest ou à Boquéron, et qu'on peut les soumettre partout, avec la plus grande facilité, sans aucun déplacement, au traitement térébenthiné, ce qui serait certainement un grand avantage pour la pratique.

Ce qu'il propose dans ce cas n'est pas seulement une vue de l'esprit, il l'a expérimenté déjà dans plusieurs circonstances, et il a parfaitement réussi. Il cite par exemple plusieurs observations de névralgies ou de rhumatismes chroniques qu'il a guéris ou considérablement amendés en provoquant d'abord la sudation par l'enveloppement hydrothérapique, puis en faisant respirer quelques heures après aux malades les émanations qui se dégagent d'un flacon contenant de l'essence de térébenthine, ou mieux encore des branches de sapin enduites de térébenthine, et comme rien n'oblige à précipiter l'opération, on peut ne charger l'air de principes volatils qu'autant que la susceptibilité le permet, et on règle d'après cela la durée de l'opération; M. Gillebert emploie souvent ce procédé pour faire respirer la térébenthine dans l'air comprimé.

Telle est en substance l'analyse du mémoire intéressant de M. Gillebert, qui, pour exprimer en deux mots son opinion sur les bains de vapeur résineuse, pense qu'ils constituent un moyen puissant et rapide de sudation, mais non une méthode spécifique, agissant par l'absorption de la térébenthine par la peau ou par les poumons, parce que les exhalations cutanée et pulmonaire sont trop activées pour que l'absorption puisse être puissante; que cette méthode ne saurait rendre de grands services dans le traitement des affections catarrhales ou rhumatismales, parce que, dans ces maladies, la calorification étant généralement affaiblie, il faut se bien garder d'user des moyens qui peuvent l'amoindrir encore, tels que l'emploi de la chaleur, et leur préférer au contraire ceux

qui activent cette fonction et qui accroissent la force de résistance du sujet, comme l'hydrothérapie.

Cette opinion paraît logique sous quelques rapports : pourtant je trouve que M. Gillebert l'a exagérée et qu'il n'a par rendu aux bains de térébenthine toute la justice qu'ils méritent. Je crois qu'il a raison de soutenir qu'en provoquant énergiquement l'exhalation cutanée, on rend moins active l'absorption de la peau, et qu'il ne faut pas compter sur ce mode d'absorption pour faire pénétrer la térébenthine dans l'économie, dans une étuve chauffée à 80°. Mais je ne puis admettre avec lui que cette notion tirée de la physiologie soit absolue et qu'elle prouve l'inefficacité des bains de vapeur résineuse. Car, en fait, il est incontestable d'une part que, dans ces bains, la térébenthine s'introduit dans l'organisme (peu importe la voie qui lui livre passage), puisque l'urine en est rapidement imprégnée. D'une autre part, la modification spéciale que ce médicament produit sur la sensibilité de la peau, l'hyperhémie dérivative et l'irritation substitutive qu'elle détermine ne sont pas chose indifférente. Enfin, et c'est là la meilleure de toutes les raisons, une expérience de plusieurs années a déjà consacré l'utilité des bains de vapeur résineuse. Un grand nombre de rhumatisants se louent de leur emploi, et l'usage s'en répand de jour en jour. Certainement, il ne faut pas voir dans ce moyen une panacée à toutes les affections liées de près ou de loin au rhumatisme et au catarrhe, comme quelques médecins ont une fâcheuse tendance à le croire; mais il faut s'incliner devant les faits quand ils sont rigoureusement constatés, et ne jamais oublier qu'en thérapeutique le raisonnement doit toujours céder le pas à l'observation.

Ainsi, pour mon compte particulier, je crois, pour avoir vu des malades qui s'en sont bien trouvés, que les étuves térébenthinées peuvent rendre d'importants services dans les cas de rhumatisme articulaire et musculaire, à forme chronique, *in malo ischiadico et rhumatismis*, comme disait Murray. La pensée qu'a eue M. Gillebert : 1° de séparer les deux temps, la sudation et l'inhalation de la térébenthine ; 2° de remplacer la sudation dans l'étuve par l'enveloppement hydrothérapique, est sans doute un progrès utile ; mais je ne vois dans cette proposition qu'une ressource heureuse qui vient s'ajouter à celles que nous devons aux médecins de la Drôme, mais qui ne les détruit pas ; pas plus que les beaux résultats fournis par l'hydrothérapie ne peuvent faire oublier aux médecins judicieux les bienfaits, connus depuis tant de siècles, des étuves ordinaires, des bains russes et des eaux minérales.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Chimie médicale et pharmacologie.

SUR LA VÉRATRINE,

Par M. Auguste Delondre.

La vératrine, découverte, comme tant d'autres alcalis organiques, par Pelletier et par M. Caventou, et qui a été ensuite l'objet d'un beau travail de M. Couerbe, semble appelée à devenir un des agents importants de la médecine; mais pour que cet alcaloïde reçoive ses utiles applications, il m'a semblé indispensable de simplifier le procédé d'extraction et d'en pouvoir titrer régulièrement et facilement la pureté, et par conséquent les effets thérapeutiques.

En effet, la vératrine se vend dans le commerce sous la forme d'une poudre complexe, dont la pureté dépend de l'habileté du préparateur; et jusqu'à ce jour, malgré son importance, elle a échappé à tout contrôle. D'après l'examen que j'ai fait des vératrines du commerce, elles ne contiennent que 75 à 85 pour 100 de vératrine.

J'ai pris d'abord pour guide le procédé des inventeurs et les recherches de M. Couerbe, et pendant près de deux années je me suis livré à des expériences qui, j'espère, ne seront pas inutiles à la science. En traitant par les lixiviations alcooliques indiquées par Pelletier et M. Caventou, j'ai ressenti, dès le début, les effets énergiques de la volatilisation des principes contenus dans le *Veratrum sabadilla* et dont je parlerai plus tard; en conséquence, j'ai eu grand soin d'agir, autant que possible, en vases clos.

J'ai obtenu, par la distillation de ces lixiviations, un magma abondant de couleur brune. Pour retirer la vératrine de ce magma, je l'ai fait bouillir dans l'alcool, j'ai décanté et filtré après refroidissement complet, et j'ai eu pour résidu la matière poisseuse dans laquelle était enveloppée la vératrine ainsi que les autres principes solubles auxquels il me semble juste de conserver les noms donnés par M. Couerbe: résine-gomme, sabadilline, vératrine.

Ces principes restés en dissolution dans l'alcool ont fourni, par une nouvelle dissolution, une autre masse sous forme de résine molle qui, arrivée à l'état de siccité complète, a été mise dans un flacon bien bouché en contact avec quatre fois son poids d'éther.

L'éther décanté a abandonné, par l'évaporation à l'air libre, toute la vératrine dont il s'était emparé, et un second lavage avec moitié moins d'éther a suffi pour épuiser la masse de tout l'alcaloïde.

La vératrine ainsi obtenue a été mise dans une étuve chauffée à 35 degrés pendant trois jours pour la réduire à l'état anhydre, sous la forme d'une résine jaune terne, friable sous les doigts et d'une cassure brillante. Mais pour la combiner avec l'acide sulfurique, la décolorer, et séparer du reste de la matière les autres substances insolubles dans l'éther, j'ai éprouvé une série d'accidents qu'il est nécessaire de détailler pour mettre en garde ceux qui voudraient s'occuper de cette préparation et les engager à prendre les plus grandes précautions. Ils ajouteront d'ailleurs au tableau des effets physiologiques de la vératrine certains traits que l'on n'est pas à même d'apercevoir dans les conditions de l'observation ordinaire.

Chaque fois que j'ai remué les matières sèches provenant de cette opération, ou que j'ai voulu les combiner à chaud avec les acides et les décolorer avec le charbon animal, j'ai été en proie à de violents éternuments, qui se répétaient jusqu'au sang et avec des secousses au cerveau qui me causaient une espèce d'anéantissement; il leur succédait un coryza des plus intenses, puis survenait une salivation abondante, une toux sèche, une chaleur brûlante dans la gorge et une transpiration subite depuis la nuque jusqu'aux reins. Bientôt je ressentais des coliques qui provoquaient des évacuations abondantes; les évacuations étaient accompagnées d'une douleur atroce qui prenait son origine dans le scrotum, que je comparais à une compression violente des testicules et qui remontait jusque dans les aines.

Mais ce qui m'a paru le plus incommode et le plus dangereux, c'est qu'après avoir couvert ma bouche et mon nez pour pouvoir détacher plus à mon aise la vératrine des assiettes sur lesquelles je l'avais fait sécher, quelques parcelles imperceptibles se sont introduites dans mes yeux, et j'ai ressenti une douleur que je ne puis comparer qu'à celle qui aurait été produite par une étincelle brûlante. La cuisson atroce que j'ai ressentie ne s'est calmée successivement qu'au bout de trois jours au moyen de lavages avec du lait.

L'ouvrier qui m'a secondé dans mes travaux, et que j'ai questionné sur ce qu'il ressentait, a éprouvé exactement les mêmes accidents. Il n'y avait pas à se méprendre aux signes extérieurs comme la toux sèche, la salivation, l'abondance des eaux qui coulaient du nez, les éternuments jusqu'au sang et l'inflammation insupportable des yeux; mais il a eu aussi à souffrir de la douleur du ventre avant et après les évacuations, de celle dans le scrotum, et d'un malaise général accompagné

de torpeur qui a persisté pendant plusieurs jours. Il m'expliquait que la douleur dans le dos, accompagnée d'une transpiration instantanée, lui avait produit l'effet d'un charbon ardent qui aurait été appliqué sur la peau.

Ce qu'il y a eu pour moi de très-concluant dans les résultats, c'est qu'après tant de peine, et malgré tous les soins que j'avais pris pour ne rien perdre des précipités, des décantations ou des décolorations, lorsque j'ai cru obtenir le sulfate de vératrine à l'état de pureté, il m'a été impossible de rien retrouver d'un traitement de 150 kilogrammes de cévadille. Tout était décomposé ou volatilisé par la chaleur.

Il a fallu faire un retour sur mes opérations et me convaincre qu'à raison de l'extrême solubilité et de la volatilisation si prompte de la vératrine, je devais renoncer aux traitements à chaud. Cette conviction a été corroborée par de nouveaux accidents survenus à un ouvrier qui, à la suite de mes essais, était entré dans un cabinet communiquant par un escalier avec la pièce où j'avais fait la plupart de mes opérations. Les éternuments et les autres symptômes eurent lieu comme s'il avait eu le nez sur les capsules dans lesquelles bouillait la vératrine avec l'eau acidulée.

J'ai donc abandonné, pour la purification des produits, les lixiviations alcooliques et le traitement avec les eaux acidulées bouillantes, ainsi que les clarifications par le noir animal, les précipitations par l'ammoniaque, etc., etc., puisque tout se dénaturait et se volatilisait dans chaque manipulation avec accroissement des accidents.

Je me suis borné à employer le mode de lavage que MM. Boullay, père et fils, ont si heureusement appelé, il y a plus de vingt ans, la méthode de déplacement, et auquel ils ont prédit plus d'une application précieuse, et dont M. Robiquet et M. Pelouze ont tiré un très-grand parti dans diverses analyses. C'est par ce mode que j'ai enfin obtenu promptement, à peu de frais et avec un rendement très-satisfaisant, un produit toujours identique et bien caractérisé, qui permettra aux médecins d'en régulariser l'emploi sans incertitude ni tâtonnement.

La cévadille pulvérisée est mise dans un tonneau dont le fond, percé de trous, est recouvert de tamis ou toiles assez serrées pour ne laisser passer que le liquide dans un second tonneau.

La cévadille, ainsi disposée et bien tassée de distance en distance, est recouverte d'autres toiles ou tamis sur lesquels on verse successivement la quantité nécessaire d'eau froide légèrement acidulée par l'acide chlorhydrique. Lorsque les derniers lavages rougissent fortement le papier de tournesol, on se contente de verser de l'eau pure pour terminer l'opération. Il est facile de s'assurer que la masse est épuisée en soumettant les derniers lavages à l'action de l'ammoniaque liquide, car s'il reste encore un peu d'alcaloïde, on voit apparaître des précipités floconneux, et s'il ne reste rien, l'ammoniaque trouble seulement les dernières liqueurs.

Les eaux de lavage qui ont été reçues dans le tonneau sur lequel est superposé le vase à épuisement sont précipitées par la lessive caustique avec un léger excès. Le précipité gris ainsi obtenu est égoutté et lavé; on conserve les eaux de décantation et de lavage qui en proviennent pour être traitées plus tard, ainsi que je l'expliquerai plus loin, si l'on y trouve de l'avantage.

Le précipité ci-dessus et ci-dessous, séché et pulvérisé, en prenant les précautions convenables, ce serait la vératrine du commerce. Il est mis en contact, dans un flacon bien bouché, avec deux fois son poids d'éther, pendant quatre heures, en ayant soin d'agiter de temps en temps; puis l'éther, filtré sur des vases plats en porcelaine, abandonne à l'évaporation à l'air libre toute la vératrine dont il s'est emparé. Un second traitement, fait avec moitié moins d'éther, achève l'épuisement complet et cède également la vératrine par l'évaporation, ou bien on pourrait le réserver pour une opération subséquente.

Après l'évaporation de l'éther, on laisse sécher la matière à l'étuve, comme je l'ai dit plus haut, et je ne saurais trop insister sur les précautions à prendre pour la détacher.

La vératrine chauffée sur une lame de platine se fond promptement, s'enflamme et brûle sans laisser le moindre résidu. Elle est soluble à froid dans six fois son poids d'éther, dans onze fois son poids d'alcool à 36 degrés, et dans vingt fois son poids d'eau distillée acidulée par l'insuffisante quantité d'acide sulfurique.

Le sulfate de vératrine a été indiqué par M. Couerbe; mais jusqu'à ce jour on avait renoncé à sa préparation, en raison sans doute de l'impureté du produit connu dans le commerce, des difficultés que l'on éprouve à le faire cristalliser, même avec l'alcaloïde pur, et des petites quantités que l'on obtient quand on veut le décolorer.

Après bien des tentatives inutiles, je n'ai réussi à produire ce sel qu'en saturant la vératrine par suffisante quantité d'acide dilué, au moment où elle est encore unie à l'éther, et en laissant d'abord évaporer à l'air libre pour obtenir une masse ambrée, semi-transparente, grenue comme du miel, et qu'il faut ensuite sécher complétement à l'étuve ; car, en raison de l'extrême solubilité de cette masse, il est impossible d'en séparer les cristaux par les lavages, ainsi que l'on fait ordinairement pour d'autres sels.

D'après les expériences de M. Bouchardat, le pouvoir rotatoire du sulfate de vératrine est nul.

Ce sel est soluble à froid dans douze fois son poids d'alcool à 36 degrés et dans huit fois son poids d'éther, après addition de quatre fois son poids d'ammoniaque; mais il est soluble dans neuf fois son poids d'eau froide, ce qui le distingue des sels de quinine, par lesquels il serait facile sans cela de l'adultérer. Evaporé sur une lame de platine à la flamme d'une lampe à esprit de vin, il se fond, se boursoufle, se brûle à la surface, en répandant des vapeurs aromatiques qui rappellent l'odeur de l'aubépine. Il reste un charbon brillant, qui se détruit très-lentement si l'on prolonge la calcination.

Comme on le voit, la préparation du sulfate de vératrine offre de grandes difficultés sans qu'il en résulte un avantage réel pour les applications médicales, puisque la vératrine pure est d'une solubilité complète à froid dans une minime proportion d'éther, d'alcool ou d'eau acidulée.

Dans la préparation de la vératrine, la portion de précipité qui est insoluble dans l'éther est soumise à l'action de l'alcool, qui s'empare du vératrin et l'abandonne par l'évaporation à l'état de résine brune. Le résidu qui a résisté à l'alcool est la matière poisseuse dont j'ai déjà parlé lors des premiers essais par les lixiviations alcooliques.

Le vératrin dissous *à froid* dans vingt fois son poids d'eau distillée avec suffisante quantité d'acide sulfurique, donne, comme la vératrine, une masse confuse de cristaux très-menus, unis à une portion de résine, et qu'il est impossible également de séparer ou de blanchir à cause de son extrême solubilité. La dissolution de sulfate de vératrin forme, comme celle du sulfate de vératrine, un précipité floconneux avec l'ammoniaque liquide. Le vératrin et son sulfate sont insolubles dans l'éther, mais solubles à froid dans douze parties d'alcool à 36 degrés et dans neuf parties d'eau distillée. Cet alcaloïde est d'une extraction très-coûteuse, puisqu'il n'existe qu'en proportion très-minime, et qu'il est impossible de l'obtenir avant d'avoir séparé la vératrine. Ses effets n'ont pas été constatés; sa poussière détermine des éternuments, mais infiniment moins violents que ceux qui proviennent de la vératrine.

Lorsqu'on veut tirer parti des eaux de décantation provenant de la précipitation par la lessive caustique, on peut les faire évaporer jusqu'à consistance d'extrait, et ensuite faire sécher complétement pour en retirer d'abord par l'éther la petite quantité de vératrine qui y est combinée. Le reste est dissous dans l'eau froide, et cette dissolution filtrée donne par l'évaporation lente les cristaux de sabadiline, que l'on sépare

assez difficilement de la résini-gomme, ces deux substances étant d'une solubilité extraordinaire dans l'eau froide. Elle ne forment ni l'une ni l'autre de précipité par l'ammoniaque.

Je dois rappeler ici, pour ceux qui sont approvisionnés de la vératrine du commerce, que rien n'est plus facile que de la purifier, comme on l'a vu, au moyen de l'ether, et ce moyen est même prescrit par le Codex.

En résumé, le principe qui a dominé toutes mes dernières recherches est celui de n'employer que des dissolutions à froid, qui m'ont permis d'obtenir, malgré la perte de l'éther, une plus grande quantité de vératrine pure, à un prix de revient bien inférieur à celui des autres procédés, avec une grande économie de temps, de main d'œuvre, et par conséquent moins de danger pendant la manipulation.

(*Journal de pharmacie et de chimie.*)

HUILE DE THÉRÉBENTHINE OZONISÉE,
Par M. SEITZ.

Il résulte d'une série d'expériences comparatives faites sur un grand nombre d'animaux d'espèces différentes, par le professeur Er. Fr. Seitz, de Munich, que l'huile de térébenthine ozonisée est beaucoup plus active à dose égale, que l'huile de térébenthine ordinaire.

On ozonise l'huile de térébenthine en l'exposant à la lumière du soleil, dans des bouteilles de verre blanc qui n'en peuvent être remplies qu'à moitié ou au quart, et qu'on ouvre souvent pour renouveler l'air. L'huile traitée ainsi présente au bout de quelque temps l'odeur et la saveur de l'huile de menthe; son odeur est pénétrante et désagréable, et son goût brûlant et amer ; elle occasionne même une certaine douleur à la langue et y laisse une sensation de froid

Les expériences auxquelles le professeur Seitz s'est livré, lui ont appris que l'huile ozonisée exerce une action remarquable sur plusieurs systèmes organiques. Sur la muqueuse digestive elle agit en irritant comme l'huile de térébenthine ordinaire; mais elle excite davantage les sécrétions salivaire et muqueuse. Introduite dans le torrent circulatoire, ce qui a lieu rapidement, le pouls augmente de force et de fréquence, la respiration, pour peu que la dose ingérée ait été considérable, s'accélère et devient pénible. Lorsque cette action est maintenue, par des doses suffisamment fortes et répétées, les troubles de la circulation et de la respiration s'exaltent de plus en plus et finissent par produire des symptômes analogues à ceux de l'endocardite ou de la péricardite, de la pléthore, de l'inflammation, de l'hépatisation ou de l'hémorrhagie pulmonaire; alors ne tardent pas à se présenter des troubles nerveux graves, tels qu'ivresse, convulsions, paralysies, etc., auxquels succède enfin la mort. Lorsque les doses de l'huile de térébenthine ozonisée ne sont pas assez considérables pour exercer une action dépassant certaines limites, ses effets, comme ceux d'ailleurs de tout autre excitant diffusible, sont très-passagers.

Comme l'huile de térébenthine ordinaire, celle qui a été ozonisée est éliminée en peu de temps par les poumons et les reins. On peut s'en assurer par son odeur caractéristique pendant l'expiration et par l'odeur de violette de l'urine. Seitz a de plus constaté, au moyen du microscope, des globules de graisse dans l'urine, dont la quantité est augmentée, et qui chez les herbivores devient claire et limpide et donne une réaction acide. Dans certains cas l'urine était mêlée de sang, et chez un cheval en l'absence de sang il y avait de l'albumine et du sucre; d'autres fois, l'urine contenait aussi de l'acide benzoïque. A la nécropsie, les reins étaient engorgés de sang.

Administrée chez l'homme à la dose de 5-15 gouttes sur du sucre, l'huile de térébenthine ozonisée laisse sur la langue un sentiment de froid comme l'huile de menthe, et un arrière-goût âpre, qui persiste longtemps. Prise à l'intérieur, elle excite la sécrétion salivaire, occasionne de la chaleur à l'estomac, rend la peau passagèrement chaude, le pouls fréquent et donne à l'urine une odeur de violette sans que celle-ci présente d'autres modifications. Appliquée sur la peau, elle exerce la même action que l'huile ordinaire, mais à un degré beaucoup plus prononcé.

Le professeur Seitz a essayé l'action de l'huile de térébenthine ozonisée à la dose de 10-20 gouttes tous les trois ou quatre heures sur du sucre ou dans de l'eau sucrée ou aromatique, ou sous forme d'émulsion, ou dans le miel, dans plusieurs cas morbides dans lesquels l'huile ordinaire lui semblait indiquée. Il en a obtenu de l'effet dans des cas de catarrhe chronique de la vessie, d'incontinence d'urine, d'hémorrhagie utérine, d'hématémèse, suite probable d'une ulcération, et particulièrement dans les douleurs de nature goutteuse et rhumatismale; mais il n'en a obtenu aucun effet dans deux cas de paralysie et dans un cas de noma. (*Archiv für Wissenschaft. Heilk.* et *Annales de la Flandre occid.*, 1854.)

QUELQUES MOTS SUR L'ACTION ANTIDIARRHÉIQUE DE LA CORNE DE CERF CALCINÉE.
Par M. DELARUE, d. m. p., à Bergerac.

Autrefois d'un emploi fréquent contre les flux de ventre, la corne de cerf calcinée est aujourd'hui presque complétement tombée en désuétude.

Cette substance, que nous désirons réhabiliter dans l'esprit des praticiens, *après bientôt neuf ans d'expérimentations suivies*, a été préconisée par des auteurs imposants, notamment par l'illustre Sydenham.

Ne produisant jamais d'accidents, elle offre, sur la totalité des antidiarrhéiques connus, *particulièrement sur le sous-phosphate de chaux obtenu de toute autre façon* (nous pourrions, à cet égard, citer des *centaines* de faits), une supériorité MANIFESTE, INCONTESTABLE.

Toutes les diarrhées, *pouvant* réclamer l'intervention de la thérapeutique, à peu d'exception près, quelquefois même sans auxiliaire d'aucune espèce, sûrement *guéries*, *suspendues* ou *calmées* par cet agent médicamenteux, *surtout* si l'élément inflammatoire, qui, dans la majorité des cas, les complique ou les occasionne, n'existe pas à l'état d'acuïté.

Toujours prescrite par nous à doses relativement très-élevées et à intervalles relativement très-rapprochés, la corne de cerf calcinée en blancheur, suivant l'expression anciennement consacrée, est, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus efficace que sa pulvérisation est plus exacte, plus tenue.

Ainsi réduite, nous la conseillons *ordinairement*, selon l'exigence de la maladie, l'âge et le goût des sujets, sous forme de potion, en pilules ou enveloppée de matières alimentaires appropriées.

1° Formulée comme ci-après, la potion s'administre le plus souvent d'heure en heure, par cuillerées à bouche ou à café (on n'omet jamais d'agiter *fortement* le flacon) :

Eau de gomme adragante........	120 gram.
Corne de cerf calcinée en poudre. .	10 à 20 gr.
Eau de fleurs d'oranger.........	2 gram.
Sirop de coing.................	30 —

2° Chaque pilule contient habituellement 25 centigrammes de corne de cerf calcinée. Les malades en prennent *au moins* trente dans les vingt-quatre heures, toujours plusieurs (quatre ou cinq) sans désemparer.

3° Quand la diète n'est pas commandée, il nous arrive souvent alors de donner le remède au commencement du repas, *emprisonné* dans la purée de fèves, dans du vermicelle, etc., à la dose, chaque fois, de 5 ou 6 grammes, divisés en cinq ou six prises successives.

Variant d'après les circonstances, le temps pendant lequel

nous soumettons nos malades à l'usage de la corne de cerf calcinée se traduit, en général, par ces mots : *peu de jours, quelques semaines, plusieurs mois.*

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juillet 1855.—Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Du Ministre de l'agriculture et du commerce :

1° **Choléra.** — Rapport de M. Jacquez, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans cette partie du département de la Haute-Saône

2° **Eaux minérales.** — Série de rapports sur le service des eaux minérales d'Uriage (Isère), par M. le docteur V. Gerdy; de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par MM. Tellier et Rerolle; de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Bailly; de Néris (Allier), par M. le docteur Richond-des-Brus, pendant l'exercice de 1853. (Comm. des eaux minérales.)

— Demande d'analyse et d'avis relative à deux sources minérales situées l'une à Montmirail (Vaucluse(, l'autre près de cette même ville. (Même commiss.)

3° **Vaccine.** — Plusieurs états de vaccination des départements de l'Aisne, du Gard, de l'Aude et de l'Allier. (Comm. de la vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Choléra. — Mémoire sur la nature et le traitement du choléra asiatique, par M. le docteur Madin, candidat au titre de membre correspondant de l'Académie. (Comm. du choléra.)

— Note sur l'emploi de la fumée contre le choléra et les épidémies en général, par M. le docteur Ferrand. (Même commiss.)

Eaux minérales. — Résumé des études médicales scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales, par M. le docteur J. Ch. Herpin. (Comm. des eaux minérales.)

Anatomie. — Mémoire sur le liquide cérébro-spinal et la structure du cerveau, par M. Alliot. (Comm. MM. Jobert, Cruveilhier et Bérard.)

Méthode sous-cutanée. — M. VELPEAU dépose sur le bureau un mémoire anonyme sur la *méthode sous-cutanée*, comprenant l'examen de son application, de ses lois et de son origine.

M. LE SECRÉTAIRE perpétuel croit pouvoir attribuer à M. Alliot ce travail, qui est en conséquence renvoyé à la même commission que le précédent.

Brayer. — M. Poullien soumet à l'Académie le modèle d'un bandage à *pression graduée.*

M. DESPORTES demande quelle est la décision de l'Académie relativement à la demande qu'il a faite à la dernière séance à propos des Astèques.

M. LE PRÉSIDENT fait observer à M. Desportes que, de même que M. Serres a fait de ces individus un travail spécial dont il a entretenu l'Institut, de même M. Desportes pourrait se livrer sur eux à des études que l'Académie accueillerait avec la plus grande attention, et qui auraient certainement plus d'ensemble que celles qu'une commission pourrait faire.

LECTURE DE RAPPORTS.

M. GIBERT lit une série de rapports sur la lèpre. Des quatre mémoires qu'il a eu à examiner, les deux premiers sont sans valeur aucune. Le troisième, dû à M. d'Aquino Fonseca, de Fernambouc, contient des détails intéressants sur la lèpre anesthésique, qui s'accompagne d'engourdissement des extrémités, et sur la lèpre rouge, ou mal de Cayenne, qui débute par le cuir chevelu, envahit bientôt la face qui semble alors comme brûlée par l'eau bouillante. Ce mémoire se termine par cette conclusion : *Elephantiasis confirmata non curatur*. Le quatrième mémoire, envoyé par M. J. Lépine, pharmacien, contient le résumé d'observations où l'éléphantiasis a été traitée par le suc de l'hydrocotyle asiatica. Malgré le succès apparent de ce traitement, il semble au rapporteur qu'on doit réserver son jugement définitif; il n'en conclut pas moins en proposant à l'Académie : 1° d'envoyer une lettre de remerciements à M. Fonseca et à M. J. Lépine ; 2° de déposer leur travail dans les Archives de l'Académie (adopté).

M. GIBERT donne ensuite lecture d'un rapport sur un écrit intitulé : *Coup d'œil sur la pathologie hippocratique* comparée à la pathologie grecque contemporaine, ou les œuvres d'Hippocrate étudiées en Grèce, etc., par Guil. Delenda, de Santorin (Grèce). Dans ce travail, l'auteur formule ces deux idées, qu'il croit nouvelles, et qui ont surtout le mérite d'être énoncées par un médecin qui a pu méditer les œuvres d'Hippocrate dans le texte original et observer dans le climat même où le père de la médecine recueillait ses observations :

1° On observe encore aujourd'hui, dans le climat de la Grèce, les maladies endémiques et épidémiques décrites par Hippocrate. Les difficultés et les obscurités apparentes que les auteurs modernes ont rencontrées dans ses écrits tiennent presque uniquement à ce que la plupart n'ont pu étudier ces descriptions dans le texte grec, ni contrôler les observations sur les lieux.

2° Parmi ces maladies le génie intermittent, rémittent, pernicieux, règne très-communément, et le sulfate de quinine est le remède de beaucoup d'affections fébriles qu'on pourrait prendre tout d'abord pour des affections phlegmasiques.

Ces deux idées ne font que confirmer les opinions énoncées par plusieurs médecins contemporains. Cependant, M. le rapporteur propose de déposer ce travail dans les Archives et d'adresser des remerciements à l'auteur (adopté).

LECTURES DE MÉMOIRES.

Phénomènes de l'inflammation. — M. BROCA lit un Mémoire intéressant dont nous publions à part une analyse complète.

M. le docteur BOUYER (de Fursac, Creuse) lit un Mémoire *sur la pneumonie aiguë sans fièvre, avec quelques réflexions sur la valeur de la fièvre dans la pneumonie au point de vue du pronostic.*

Dans ce Mémoire, M. Bouyer rapporte une observation de pneumonie, dont une fièvre violente avait signalé les débuts; cependant cette fièvre cessait dès le deuxième jour, bien que l'état anatomo-pathologique du poumon annonçât que la pneumonie passait du premier au deuxième degré, et que l'hépatisation ait persisté quelques jours avec son cortége de crachats habituel rouillés et de symptômes stéthoscopiques et plessimétriques. Or, la pneumonie guérit rapidement et par les seuls efforts de la nature; aussi l'auteur en conclut-il : 1° que rien ne démontre que la fièvre soit un effort salutaire du principe vital, une *réaction*; c'est bien plutôt une *sensation;* 2° la fièvre, comme le voulait Fernel, est généralement un mal. Jusqu'à 84 pulsations, elle offre peu de danger; au-dessus de ce chiffre, le danger croît en progression arithmétique jusqu'à 120-125 ; passé ce terme, il y a progression géométrique.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission qui se compose de MM. Blache, Grisolle et Bousquet, rapporteur.

M. HEURTELOUP lit un long Mémoire où il s'élève contre la prétention de M. Maisonneuve de guérir instantanément et simultanément les rétrécissements de l'urètre. Longtemps avant ce chirurgien, M. Heurteloup avait inventé, pour l'abandonner bientôt, un instrument semblable à celui de M. Maisonneuve. Ce mode de traitement ne donne que des résultats temporaires; il est nuisible et dangereux par les cicatrices ultérieures qu'il détermine, et doit être banni de la saine chirurgie.

Le travail de M. Heurteloup est renvoyé à l'examen d'une commission dont font partie MM. Larrey, Velpeau, Jobert et Malgaigne.

PRÉSENTATION.

M. CHASSAIGNAC présente le jeune homme sur lequel il a enlevé, par sa méthode de *l'écrasement linéaire*, le testicule encéphaloïde qu'il a eu l'honneur de présenter dernièrement à l'Académie. La cicatrisation est parfaite.

La séance est levée à cinq heures moins le quart.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Une erreur typographique a fait omettre, dans notre dernier numéro, le nom de M. A. Latour parmi ceux des personnes qui ont cherché à rappeler sur la tombe de M. Valleix les qualités qui avaient rendu notre infortuné confrère si cher à la science et à ses amis. Nous regrettons d'autant plus cette omission que M. Latour a rempli sa triste dette avec beaucoup de talent et de dignité.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 87. 3e année. Vendredi 20 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Note sur la respiration saccadée et continue, considérée comme signe de la phthisie commençante.

Par M IMBERT-GOURBEYRE, professeur-suppléant à l'école préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

Il ne suffit pas, en pratiquant l'auscultation thoracique, de constater les caractères morbides grossiers de la respiration; il faut encore en apprécier les nuances délicates, et alors ses différents symptômes peuvent devenir des signes précieux au début de la phthisie pulmonaire. C'est à ce genre de recherches que nous devons les travaux remarquables de M. Fournet, et ceux plus récents encore de M. Austin Flint, médecin aux États-Unis.

Grâce à l'observation que je vais citer plus bas, et à quelques autres recherches, j'ai pu apprécier de mon côté la valeur d'un symptôme perçu par l'auscultation, et qui a été désigné sous le nom de respiration saccadée.

« Ce phénomène, disent MM. Barth et Roger (*Traité d'auscultation*, 3e édit.), s'observe surtout dans l'inspiration qui semble se faire en plusieurs temps; il existe tantôt sans altération d'intensité ou de caractère du bruit vésiculaire, et tantôt avec faiblesse, ou rudesse de ce murmure. Dans quelques circonstances, on le retrouve chaque fois qu'on ausculte; dans d'autres il ne se montre que par intervalles. »

D'après l'ouvrage cité, la respiration saccadée peut avoir lieu dans certains cas d'asthme, dans la pleurodynie, dans la pleurésie chronique avec adhérences; « enfin elle se lie assez souvent à ces affections tuberculeuses si fréquentes accompagnées de pleurésies partielles du sommet du poumon. Le soupçon d'une lésion de ce genre se confirmera si la respiration est rude, en même temps qu'elle est saccadée, et si le phénomène est borné à la partie supérieure. Il se changera presque en certitude, s'il y a simultanément de la matité, et une dépression des parois thoraciques dans le point correspondant. »

M. Fournet (*Recherches cliniques sur l'auscultation*. Paris, 1839), en énumérant les symptômes de la phthisie au premier degré, signale le caractère rude, dur, sec et difficile de la respiration, et en particulier du bruit inspiratoire (p. 510). Par ce mot *difficile*, il semblerait que ce médecin distingué ait peut-être voulu indiquer, ou qu'il ait entrevu la respiration saccadée; mais il dit ailleurs (p. 518) que le caractère de difficulté appartient au bruit de l'expiration, comme au bruit de l'inspiration : ce qui ne peut concerner la respiration saccadée qui n'appartient qu'au bruit respiratoire.

Voilà où nous en sommes en France, relativement à ce petit fait d'auscultation : passons maintenant le Rhin. Je ne parlerai point du *Traité de percussion et d'auscultation* de M. Skoda, récemment traduit par M. Aran. Le célèbre professeur de Vienne ne dit rien de la respiration saccadée, pas plus que son traducteur.

Il faut consulter surtout l'excellent *Traité de percussion et d'auscultation* de feu M. Franz Zehetmayer, professeur de clinique à Lamberg. Ce médecin allemand a fait un livre qui dans l'espèce est, à mon sens, bien supérieur à celui de M. Skoda, et méritait, plutôt que ce dernier, les honneurs d'une traduction. Autant Skoda est diffus, obscur et embrouillé, autant Zehetmayer est précis, clair et méthodique. C'est le génie français en opposition au génie allemand.

Or, voici comment s'exprime ce dernier au sujet de la respiration saccadée, et d'un autre symptôme, la *respiration continue*, symptômes qu'il donne comme les deux meilleurs signes de la phthisie au premier degré :

« Il existe deux phénomènes que je recommande à l'attention des médecins : c'est la respiration continue et la respiration saccadée, que l'on rencontre souvent au début de la tuberculose, alors que les autres signes fournis par l'auscultation font défaut. »

« La respiration continue est caractérisée par l'absence de l'intervalle de repos qui sépare la fin de l'expiration de l'acte inspiratoire qui la suit immédiatement. »

« L'inspiration et l'expiration se suivent et se confondent, la première durant autant que la seconde : l'oreille qui ausculte perçoit la sensation d'un murmure respiratoire continu, qui se distingue nettement du bruit respiratoire que l'on trouve sur les autres parties du poumon restées saines. L'élasticité naturelle du parenchyme pulmonaire altérée par les dépôts tuberculeux explique facilement ce phénomène. »

On entend quelquefois la respiration saccadée au début de la tuberculose pulmonaire. L'inspiration ne se fait point alors d'un seul coup, par l'expansion simultanée des vésicules, mais elle est entrecoupée, et s'accomplit en deux ou plusieurs temps séparés par un très-court intervalle de repos.

Dans une maladie dont le diagnostic initial est si difficile, et en même temps si important, ces deux symptômes deviennent naturellement pour le praticien d'une valeur incontestable et de premier ordre. (*Fr. Zehetmayer, Lehrbuch der percussion, und auscultation. Wien.* 1854, p. 271 et 272.)

Si ces deux symptômes ont réellement l'importance signalée par Zehetmayer, on conçoit de suite la nécessité de les vérifier en France par une observation attentive.

Je n'ai point eu encore l'occasion de constater la respiration continue et d'en apprécier la valeur; je me contente d'indiquer ce symptôme pour mémoire et d'appeler sur lui l'atten-

tion des cliniciens. Quant à la respiration saccadée, voici une observation qui m'est personnelle et où j'ai pu étudier avec soin ce symptôme :

Observation. — Roure, âgé de vingt ans, employé dans les bureaux du chemin de fer.

A la fin de juillet 1853, a commencé à cracher un peu de sang pendant deux ou trois jours, en tout une pleine cuillerée à bouche.

Dans le courant de septembre suivant, il est pris tout à coup d'une hémoptysie abondante qui dure deux heures; elle est accompagnée d'un peu de toux. Il dit avoir craché un demi-verre de sang.

Il m'est conduit huit jours après par sa mère. Je soupçonne une phthisie commençante, mais je ne découvre rien dans la poitrine, après examen minutieux. Je lui ordonne du sirop d'aconit de *M. Gautier-Lacroze* pour prévenr et combattre la congestion pulmonaire.

Je perds de vue le malade jusqu'au 19 juillet 1855; il revient alors me consulter, et me dit s'être toujours assez bien porté; cependant il a toussé tout l'hiver, a presque toujours été enrhumé et s'enrhume facilement.

Il assure avoir maigri beaucoup depuis deux mois; il tousse le matin et même pendant la nuit; souvent extinction de voix le soir; expectoration nulle; sueurs matinales à la figure et à la poitrine. Il n'a pas eu d'hémoptysie depuis septembre dernier; se fatigue facilement en marchant, surtout à la montée. Pas d'oppression notable ni de palpitation; parfois pleurodymie gauche.

La voix est fortement timbrée, remarquablement creuse et sourde; elle était enrouée il y a quinze jours.

La face est très-pâle, comme d'un blanc mat, les lèvres assez rosées. Les paupières sont lâches et infiltrées, l'œil assez terne. Le pourtour des yeux, du nez et des lèvres, est d'un blanc mat très-marqué. Bref, le facies phthisique est frappant.

Les ongles des doigts sont assez recourbés. Taille assez élancée; amaigrissement marqué; chairs flasques. Absence complète de bruits vasculaires dans la région sus-claviculaire.

En pratiquant l'auscultation avec l'attention la plus minutieuse, je suis frappé de trouver de chaque côté, sous la clavicule, la respiration saccadée indiquée par Zehetmayer; elle existe surtout à droite et dans toute la hauteur. L'inspiration se fait pour ainsi dire en trois temps ou bouffées, puis succède l'expiration, qui est homotone. Cette inspiration saccadée est aussi prononcée au bas du thorax que sous les clavicules. En même temps, le bruit respiratoire est plus fort, plus aigu.

Par l'inspection, la percussion et l'auscultation de la voix et de la toux, je ne puis constater absolument aucun autre symptôme.

Le malade désire aller prendre les eaux du Mont-d'Or, et s'y rend immédiatement.

J'ai revu M. Roure le 8 octobre, il revient de vacances après avoir passé quinze jours au Mont-d'Or. Il en a éprouvé un peu de bien, il tousse moins; la mine est meilleure, moins pâle. Cependant il avoue ne pas se trouver beaucoup mieux en général. Il a expectoré le matin même sept à huit crachats sanguins, ce qui n'avait pas eu lieu depuis l'an passé.

J'ausculte de nouveau avec la plus grande attention : même respiration saccadée à droite et à gauche, de haut en bas, elle existe même par moment en arrière et en bas; expiration assez courte en avant, plus longue, plus forte, un peu rude derrière l'épaule droite. Il m'est encore impossible de constater aucun autre symptôme local. Je lui ordonne de nouveau du sirop d'aconit, à raison de l'hémoptysie (1).

12 janvier 1855, le malade revient me voir. Inspiration saccadée seulement à droite, rien autre chose. Pas de nouvelle hémoptysie. Il tousse un peu; même habitude extérieure.

22 janvier, même état général, même voix creuse et fortement timbrée. La respiration saccadée n'existe plus, ou est à peine sensible; absence de tout autre symptôme local.

Le malade va se rendre chez lui pour la conscription et la révision. Il me demande si on le réformera. Quoiqu'il ait toute l'habitude phthisique, et malgré toutes les circonstances commémoratives ci-dessus relatées, tout en ayant moi-même la conscience de son état de tuberculose, et à raison même de l'expérience que j'ai des conseils de révision, et en présence de l'absence complète de symptômes locaux évidents, je n'hésite pas à lui dire qu'il sera pris s'il n'a pas un bon numéro. Il faut noter, en outre, que depuis un an et demi que je vois le malade, il ne s'est jamais alité; qu'il n'a jamais eu de fièvre, qu'il a toujours travaillé à son bureau jusqu'à ce jour, et qu'il n'est pas d'une maigreur bien avancée.

Je ne vois plus le malade, qui part pour son pays. Entre la conscription et la révision, son état empire. A l'époque de la révision, on le traîne alité sur une voiture au chef-lieu de l'arrondissement Il est devenu d'une maigreur effrayante, il *crache ses poumons*. On le réforme immédiatement. Il meurt le 2 avril suivant. Je tiens ces derniers renseignements de son père, que j'ai vu huit jours après.

Le père a cinquante-deux ans; il a le même teint blême qu'avait son fils; il a craché du sang plusieurs fois et a gardé pendant longtemps un catarrhe chronique, pour le traitement duquel il est allé cinq fois au Mont-d'Or.

(1) *N. B.* L'aconit est un des meilleurs moyens à employer dans les congestions pulmonaires actives avec ou sans crachements de sang. Berends l'a recommandé dans les hémorrhagies spontanées, Buscle et Baumes dans la phthisie. Je m'en suis servi avec le plus grand succès dans l'hémoptysie qui survient quelquefois dans la grossesse avancée, et je l'ai trouvé en pareil cas bien supérieur à la saignée.

Cette observation m'a paru remarquable par le symptôme de respiration saccadée qu'elle a offert de la manière la plus tranchée. Il en résulte que dans la première période de la phthisie, ce phénomène peut être un symptôme dominant, qu'il peut exister seul, à l'exclusion de tous les autres symptômes stéthoscopiques, exister pendant longtemps, puis disparaître, et se rencontrer dans une grande étendue de la surface pulmonaire.

MM. Barthe et Roger semblent rattacher ce phénomène à la présence de pleurésies partielles et le limiter à la partie supérieure des poumons. Cette limitation est contredite par l'observation précédente; il est difficile, en outre, d'invoquer comme cause la pleurésie partielle, qui appartient plutôt à la phthisie confirmée qu'à la phthisie commençante.

L'explication donnée par Zehetmayer ne vaut pas mieux : sans doute l'élasticité du tissu pulmonaire est altérée par les dépôts tuberculeux; mais pourquoi, dans cette hypothèse, la respiration saccadée n'est-elle pas habituelle à tous les phthisiques?... Il vaut mieux abandonner la voie stérile des explications, voie trop suivie de nos jours pour suivre celle des faits.

Avant tout, il importe de constater cliniquement dans l'espèce si la respiration saccadée, si la respiration continue, ont une valeur séméiologique réelle dans la phthisie commençante. J'ai posé la question en citant Zehetmayer, et apportant un fait à l'appui. J'espère pouvoir fournir plus tard de nouveaux documents, trop heureux toutefois, dans l'intérêt de la science, si je suis devancé par quelque observateur studieux.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborsky.

(Suite.)

B. *Scrofules.* — Il est hors de doute qu'on voit très-souvent les jeunes filles scrofuleuses être débarrassées de symptômes de cette affection à l'époque de la puberté. Mais ce fait, une fois constaté, prouve-t-il déjà l'influence favorable de la menstruation sur les écrouelles? Non certainement. Une semblable amélioration dans la marche de l'affection scrofuleuse s'observe également, à pareille époque de la vie chez les garçons. Comme le dit fort bien Baudelocque « la même raison qui fait que les écrouelles se développent facilement et rapidement dans l'enfance, difficilement et lentement dans l'âge adulte, fait aussi qu'elles guérissent plus rapidement et plus sûrement dans l'enfance, plus lentement et plus difficilement dans l'âge adulte. La guérison n'est complète, dit-il, que quand les molécules qui composent tous les organes ont été remplacées par des molécules de meilleure qualité. Plus la nutrition sera ac-

tive, plus le mouvement de composition et de décomposition sera rapide, plus vite la guérison s'opérera (1). »

L'époque de la puberté, où la nature met la dernière main à l'organisation, étant précisément celle du plus haut degré d'activité dans la nutrition, doit tout naturellement compter un grand nombre de guérisons spontanées des écrouelles.

Ce résultat sera obtenu par les seules ressources de la nature, toutes les fois que les jeunes filles se trouveront placées dans des conditions favorables. Dans des cas contraires, grâce à cette activité de la nutrition, l'affection scrofuleuse ne ferait que s'aggraver davantage et continuerait ses ravages même après l'éruption des règles.

L'époque de la puberté n'est pas, d'ailleurs, la seule où l'on observe les exemples de guérison spontanée de certaines affections chroniques. Baumes avait déjà remarqué que tous les grands développements de la machine s'accompagnent d'une grande amélioration ou d'une grande détérioration dans la santé.

Mais si les règles ne paraissent avoir par elles-mêmes aucune influence sensible sur la marche de l'affection scrofuleuse antérieure à leur première éruption, il n'en est pas de même de l'influence des scrofules sur la menstruation.

« Les organes de la génération, dit Baumes, sont véritablement soumis à l'influence du vice scrofuleux, puisqu'on voit que ceux qui sont disposés aux écrouelles, ou qui sont affligés de ce mal, dénotent de très-bonne heure des témoignages de virilité, ou du moins sont doués d'une volonté remarquable.

« Les mamelles et les ovaires doivent recevoir chez les filles l'action vive et déterminée qui, dans les garçons, se porte sur les testicules. Ce phénomène se remarque, en effet, mais ainsi qu'il se passe dans la dentition, la puberté, quoique prématurée pour les scrofuleux, forme une période longue et orageuse, elle commence bientôt et finit très-tard. La menstruation s'établit péniblement, et le sang des règles qui sort en petite quantité, donne un liquide mal assimilé et dans lequel on trouve à l'examen beaucoup de substance muqueuse (2). »

Ayant examiné, en 1840, un certain nombre de femmes scrofuleuses à l'hôpital Saint-Louis, nous en avons trouvé pas mal qui n'ont été réglées qu'à dix-sept et même dix-huit ans. Chez deux jeunes filles de seize ans, il n'y avait encore aucun prodrôme menstruel; chez celles qui étaient déjà réglées, la menstruation avait ordinairement une marche assez irrégulière; cependant à côté de ces femmes, nous en avons notées d'autres, en très-petit nombre, il est vrai, qui ont été déjà réglées à treize ou quatorze ans. Ces dernières offraient néanmoins comme les premières, de grandes irrégularités dans la marche de la menstruation.

Tout récemment, nous avons prié M. Albert Munilla, élève des hôpitaux de beaucoup d'espérance, de nous prendre de nouveau des notes à l'hôpital Saint-Louis sur l'époque de la première éruption des règles chez des femmes scrofuleuses atteintes de lupus. Le résultat de ces observations est entièrement conforme à celui que nous venons de faire connaître. Sur vingt femmes que M. Munilla a interrogées, sept n'avaient pas encore été menstruées; quatre d'entre elles étaient cependant âgées de quinze ans, et les trois autres de dix-sept ans. Sur treize femmes déjà réglées, il y en avait une qui n'a été réglée pour la première fois qu'à dix-neuf ans, deux à dix-huit ans, trois à dix-sept ans, une à seize et demi, une à seize, deux à quinze, une à quatorze, une à treize et une à douze ans.

En supposant que les sept filles non menstruées soient réglées dans un an, nous pourrions, en ajoutant une année à l'âge actuel de chacun d'elles, former un tableau composé de vingt femmes scrofuleuses qui nous donnerait l'âge de 15,80 ans, ou près de seize ans comme la moyenne de l'époque de la première éruption des règles chez les femmes affectées de scrofules.

C. *Déviations rachitiques dans la colonne vertébrale.* — Beaucoup d'observateurs distingués ont remarqué que les déviations de l'épine débutent souvent à l'époque de la première éruption des règles. Cette coïncidence a paru même si fréquente, qu'on n'a pas hésité de considérer l'apparition des menstrues comme une des causes occasionnelles des difformités de la taille. Très-souvent même, lorsque la déviation de l'épine préexiste à l'époque de la première éruption des règles, elle reçoit généralement une influence défavorable de la part de cette nouvelle fonction, et on l'a vu même quelquefois faire alors de très-rapides progrès. Chose remarquable, la même influence fâcheuse que nous venons de signaler s'observe encore à d'autres époques de la vie caractérisée également par une activité plus grande des organes de la génération. Ainsi, par exemple, on a remarqué que les déviations de la taille devenaient souvent plus graves ou du moins plus considérables à la suite de couches.

« Tout travail particulier, a dit Baumes, qui occupe assez puissamment les forces de la vie, fait toujours une distraction de l'action nécessaire pour le développement de quelque importante fonction. » Ne serait-il pas possible de se rendre ainsi compte de l'aggravation des difformités de la taille à côté de l'élévation de l'orgasme vital des organes sexuels, en admettant que cet orgasme porte de la distraction à d'autres systèmes de l'économie, et qu'il nuit particulièrement au développement des systèmes musculaire et osseux, peut-être même à celui du système nerveux qui jouent tous un rôle si important dans l'étiologie de différentes espèces de déviation de l'épine dorsale.

Quant à l'influence des difformités de la colonne sur la menstruation, elle ne peut pas non plus être mise en doute. Voici ce que dit à ce sujet un des plus célèbres chirurgiens de notre époque, qui a su donner une énergique impulsion à la science orthopédique.

« L'expérience nous a appris, dit Delpech, que, en général, les jeunes personnes du sexe qui sont atteintes de difformités de l'épine, sont réglées de bonne heure et à une époque où le développement du corps est loin d'être complet, que même l'évacuation a quelque chose d'exagéré, soit pour la fréquence de son retour, soit pour sa durée, soit pour la quantité du sang perdu, soit par les effets débilitants qu'elle laisse après elle. Il est rare, en effet, qu'un traitement, s'il est efficace, s'il produit évidemment une amélioration réelle et sensible, ne supprime pas bientôt cette fonction intempestive. L'observation a dû être plus remarquable pour nous que pour tout autre, parce que nos malades ne sont pas condamnés à un repos aussi rigoureux, et que, si le phénomène eût été un défaut, les exercices que l'on pratique chez nous auraient dû nous en affranchir. Mais une observation plus remarquable encore, poursuit le célèbre professeur de Montpellier, est que de jeunes personnes, que des règles anticipées et démesurées tenaient dans un état de maladie, lequel provenait manifestement de leur organisation, ont acquis une santé bien plus solide, se sont fortifiées en s'affranchissant d'un aussi puissant motif de débilité. Après la restauration des formes et des forces, après le développement entier du corps et de la constitution, les règles se sont rétablies sans provocation artificielle : nous n'avons eu garde d'en pratiquer aucune; nous en avons été détourné par l'amélioration progressive de la santé et par la démonstration bien complète que la fonction supprimée n'était qu'une déperdition onéreuse. Cet établissement intempestif d'une fonction déplacée tient-il à l'éducation molle

(1) *Etudes sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse.* Paris, 1834.

(2) *Œuvres médic.* ou *Recueil de prix en diverses Académies*, par Baumes; 1789, t. I, p, 41.

qu'ont reçue en général les jeunes personnes déformées, ou bien faudrait-il admettre que des changements apportés à l'état normal de la moelle épinière, à l'occasion des difformités de l'épine, donnent une activité démesurée aux organes sexuels? ou bien cette même activité proviendrait-elle de l'altération des autres organes intéressés dans ces difformités et agissant sympathiquement sur les organes sexuels? Quelle que soit la vraie, dit Delpech, parmi ces suppositions, il n'en découle pas moins la conséquence du besoin de surveiller les enfants des deux sexes par rapport au vice ruineux auquel les mêmes circonstances peuvent les conduire, et qu'il serait plus important que jamais de prévenir ou de corriger en pareil cas (1). »

L'observation de Delpech se trouve confirmée par celle de tous les orthopédistes de nos jours. D'après les renseignements qui nous ont été fournis en 1840 par un orthopédiste des plus distingués, que nous regrettons sincèrement de ne plus compter aujourd'hui au nombre de nos amis, la loi posée par Delpech ne souffre que de fort rares exceptions. Celles-ci auraient lieu surtout lorsque la principale courbure de la déviation occupant la région lombaire peut modifier l'influence de la cause générale par la gêne que peut apporter le déplacement consécutif des principaux troncs artériels à la circulation du sang dans les organes sexuels internes. Dans ce cas, il n'est pas rare de voir la menstruation difficile, ou même une aménorrhée complète en dehors de l'influence du traitement.

De tout ce qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes : il n'est pas douteux que les diathèses morbides qui donnent naissance aux principales affections chroniques de jeunes filles, telles que la chlorose, les scrofules, le rachitisme, exercent une influence plus ou moins sensible sur l'époque de la première éruption des règles. La chlorose, comme les scrofules, élève d'environ dix-huit mois le chiffre qui correspond à la moyenne de la première menstruation ; cependant les ovaires offrent dans ces affections toutes les apparences d'un développement normal en rapport avec l'âge; il semble qu'il ne leur manque qu'un certain degré d'excitation nécessaire pour la maturité des ovules, et que celle-ci se fait attendre plus longtemps que d'habitude.

L'influence du rachitisme est tout à fait opposée. Au lieu de la retarder, la diathèse rachitique rend la menstruation plus précoce. Depuis longtemps déjà on a remarqué que les hommes rachitiques offrent généralement une grande propension pour l'onanisme et le sexe. La coquetterie, souvent poussée jusqu'au ridicule, qu'on remarque chez la plupart des femmes atteintes de difformités de la taille, pourrait bien ne pas être autre chose, du moins dans beaucoup de cas, que l'expression déguisée des instincts de la même nature. La précocité des menstrues chez les jeunes filles rachitiques ne serait donc en quelque sorte que la consécration anatomique et physiologique de la même loi, et viendrait prouver une fois de plus l'action stimulante de la diathèse rachitique sur les organes sexuels.

Quant à l'influence de la menstruation sur les maladies préexistantes, elle est évidemment nulle dans la chlorose et les scrofules. Les jeunes filles atteintes de ces affections peuvent finir par être réglées tant bien que mal sans en être guéries. L'apparition des règles est loin de servir de crise salutaire à ces maladies.

Les jeunes filles rachitiques, déjà naturellement assez délicates, ajoutent souvent par l'hémorrhagie menstruelle un élément de plus pour augmenter la faiblesse de la constitution et aggraver ainsi quelquefois les difformités naissantes. Mais si l'influence de la menstruation paraît ici plus manifeste, on voit néanmoins que, loin de juger la maladie, la première éruption des règles lui devient plutôt défavorable.

(1) *De l'Orthomorphie par rapport à l'espèce humaine*, 1824, tome I, p. 368.

Les rapports de la première menstruation avec les maladies préexistantes étant bien déterminés, nous pouvons nous livrer avec fruit à des considérations pratiques sur l'emploi des emménagogues aux approches de la puberté et préciser leurs indications.

Tant que la menstruation a été envisagée comme une fonction purement éliminatoire destinée à ouvrir les portes de l'économie à quelque chose de nuisible ou du moins de superflu, il était tout naturel que l'on se soit beaucoup préoccupé de l'arrivée des premières règles, mais depuis que nous avons démontré par nos travaux que la menstruation n'est qu'un mode d'application à l'espèce humaine d'une loi générale qui assujettit les femelles des animaux à une ponte périodique et spontanée, ces idées ne peuvent plus demeurer dans la science. Il ne peut pas y avoir plus de motifs, au point de vue médical, pour provoquer la menstruation, qu'il n'y en a en médecine vétérinaire pour provoquer les époques du rut. Pott, Morgagni (1), Lisfranc (2), M. Renauldin (3), rapportent des exemples de femmes qui n'ont jamais été réglées, et d'autres qui ne l'ont été que pendant peu d'années de la période menstruelle de leur vie. Toutes ces femmes ont néanmoins joui d'une parfaite santé, sans jamais avoir éprouvé quoi que ce fût qu'on pût attribuer à la non-élimination de quelque matière *peccante* par la voie des menstrues. Ces femmes manquaient tout bonnement d'ovaires, ou les avaient complétement atrophiés, et l'on sait que cet état, à part l'aménorrhée et la stérilité, qui en sont des conséquences forcées, n'ont même aucun inconvénient pour la santé générale. On peut donc conclure d'une manière générale qu'il est tout à fait inutile de faire quoi que ce soit pour provoquer la menstruation chez les jeunes filles qui jouissent à côté de cela d'une bonne santé. Souvent le retard peut tenir alors, comme nous l'avons vu, à certaines dispositions héréditaires qui se transmettent des mères à leurs filles. Les emménagogues les plus réputés manqueraient, par conséquent, leur but, ou même pourraient produire quelques désordres dans la santé restée jusqu'alors bonne. Ainsi, dans ces cas mêmes, il vaut mieux attendre, comme le dit Morgagni, et ne rien provoquer, de crainte de retarder peut-être par nos remèdes intempestifs une fonction que la nature établit un peu plus tard (4). »

Les retards occasionnés par la chlorose et les scrofules n'ont besoin d'autres emménagogues que des moyens les plus propres pour combattre ces affections.

Chez les sujets rachitiques, il sera bon de surveiller l'état de la colonne vertébrale aux approches de la puberté, et si l'on s'aperçoit d'un commencement de difformité, au lieu d'attendre les bienfaits imaginaires de la prochaine éruption des règles, il faut se hâter de soumettre les jeunes filles à un traitement orthopédique bien dirigé. D'un autre côté mettant à profit ce que nous apprend l'observation relativement à l'influence du rachitisme sur les organes sexuels, il sera fort important de surveiller attentivement les jeunes personnes qui offrent les caractères de cette diathèse, afin de pouvoir écarter d'elles, à temps, d'autres dangers qui augmenteraient encore la faiblesse de leur constitution, et ne pourraient que favoriser les progrès du rachitisme.

Voilà ce que l'état actuel de nos connaissances physiologiques sur la menstruation, voilà ce que l'observation clinique et l'expérience de vingt-deux années de pratique médicale nous ont appris relativement à l'indication des emménagogues aux approches de la puberté.

Toutefois nous sommes loin de prétendre qu'il n'y ait jamais de cas, dans la pratique, où il ne soit vraiment nécessaire de chercher à favoriser l'éruption des menstrues chez les

(1) *De Sedibus*, lettre 46.
(2) *Maladies de l'utérus*, par Pauly.
(3) Séance de l'Académie de médecine du 8 février 1826.
(4) *De Sedibus*, lettre 47.

jeunes filles. L'observation clinique nous apprend que l'ovulation peut arriver à la dernière phase qui caractérise les époques menstruelles sans donner lieu à l'hémorrhagie. Quelquefois même l'hémorrhagie menstruelle a déjà eu lieu, et se répète régulièrement chaque mois dans la cavité de la matrice qui en est la principale source, mais des obstacles mécaniques de différente nature empêchent l'écoulement du sang au dehors. Cette anomalie occasionne, la plupart du temps, de très-grandes souffrances et pourrait entraîner la mort sans l'intervention de l'art qui, heureusement, dispose d'assez nombreux moyens chirurgicaux pour triompher des obstacles et donner une libre issue au sang menstruel.

D'autresfois, il n'y a aucun obstacle mécanique dans les organes sexuels, mais par des circonstances difficiles à déterminer, contrairement à ce qui se voit ordinairement, les modifications physiologiques de la circulation, qu'on remarque dans ces organes à l'époque de la rupture spontanée des follicules de Graaf, au lieu d'aller jusqu'à l'hémorrhagie, s'arrêtent au degré de congestion. Le molimen menstruel dépourvu ainsi de sa crise naturelle, peut, à force de se répéter, donner lieu à un véritable engorgement de l'utérus ou occasionner des troubles sympathiques du côté d'autres organes plus ou moins éloignés.

Dans des cas de ce genre, qu'un médecin expérimenté pourra diagnostiquer facilement, il sera bon, quelquefois même il sera urgent de favoriser les règles par des saignées révulsives.

Autrefois, c'était un grand sujet de discussion que celui de savoir où il fallait pratiquer la saignée. Etmuller préferait la saignée du bras. La saignée du pied ne convenait, selon ce célèbre médecin, que tant que les vaisseaux qui fournissent le sang menstruel restaient ouverts; « elle ne provoquera jamais, disait-il, le flux menstruel, à moins qu'il n'ait déjà commencé à couler, ou qu'il n'ait été soudainement arrêté par le froid, ou par quelque crainte imprévue. » Il pensait qu'en saignant du pied, les vaisseaux menstruels n'étant pas encore ouverts, on ne pouvait qu'augmenter la congestion.

Mais, comme l'a déjà fait très-bien observer Freind, « le raisonnement d'Etmuller est si peu conforme à la physique médicinale qu'il n'y a personne qui puisse s'imaginer que plus les vaisseaux sont pleins de sang, et moins ils sont disposés à céder à son issue. Que si la saignée au pied est censée exciter les menstrues qui coulent déjà et les rappeler quand elles sont arrêtées, pourquoi ne les excitera-t-elle pas aussi lorsqu'elles sont interceptées hors du temps de leur écoulement (1). »

Aujourd'hui, où l'on semble se préoccuper particulièrement des effets antiphlogistiques ou déplétifs de la saignée, on ne pratique que rarement la phlébotomie au pied. Cependant, des observations microscopiques faites avec beaucoup de soin ne permettent pas de douter des effets révulsifs des émissions sanguines, et condamnent même jusqu'à un certain point l'habitude qu'on a prise trop généralement de pratiquer indifféremment la saignée au bras.

« Quand les perforations intéressent les capillaires, dit M. Frédéric Dubois, si ces courants sont tels qu'ils ne laissent passer qu'un seul globule de front, ils s'échappent en fusées, en tourbillons, mais sans accélération bien distincte; que si le capillaire perforé peut livrer passage à plusieurs globules de front, ceux-ci s'échappent avec rapidité, et souvent on peut voir de la manière la plus positive les globules *accourir de tous les côtés dans un sens rétrograde vers l'ouverture artificielle.* C'est évidemment en petit ce qu'on observe quand après avoir ouvert une grosse veine du pied on vient à plonger le membre dans un bain (2). »

Cette démonstration de l'ancienne théorie de révulsion déjà largement développée sur des principes de l'hydraulique par

(1) Freind, *Emmenologie*, trad. par Devaux, 1730.
(2) Préleçon, *de Pathologie expérimentale*, Paris, 1841.

Stahl et ses élèves (2), ne semble-t-elle pas autoriser à préférer, dans le cas qui nous occupe, la saignée du pied à la phlébotomie du bras? L'ouverture d'une veine au pied ne semble-t-elle pas réunir ici deux avantages: détourner le sang de l'utérus trop fortement congestionné et lui imprimer en même temps une direction de plus en harmonie avec celle que prend naturellement l'hémorrhagie menstruelle? Ce sont ces considérations qui nous ont engagé à recourir plutôt à la saignée du pied dans quelques cas rares, de cette espèce, qui se sont offerts à notre observation; les résultats que nous avons obtenus sont assez encourageants pour que nous croyions devoir la recommander aux praticiens.

(*La suite au prochain numéro.*)

(2) Daniel Bleybel, *De venæ sectione*, dissert. de Stahl.

Remarques sur quelques phénomènes qu'on attribue généralement à l'inflammation.

Par M. P. BROCA,
Chirurgien des hôpitaux, etc.

(*Analyse d'un Mémoire lu à l'Académie de médecine.*)

Le temps n'est pas encore loin de nous où un homme de génie, révolutionnant la science médicale en voulant la simplifier, jetait dans le monde étonné des idées qui devaient avoir de si fervents adeptes, et, bientôt près, de si nombreux détracteurs. Des recherches sans fin, que ces ardentes luttes provoquèrent, la science assurément profita. La doctrine de Broussais, un instant toute-puissante, sortit brisée de la lutte; mais ses adversaires, trop tôt triomphants, ne s'aperçurent point qu'ils laissaient çà et là subsister quelques restes moins importants des idées vaincues par eux : nous subissons encore à notre insu le joug de la doctrine physiologique, et un grand nombre de phénomènes sont toujours par nous rapportés à l'inflammation, qui ne sont nullement de nature inflammatoire. Il est vrai que ces idées, dans le domaine des faits chirurgicaux, étaient antérieures à Broussais, ce qui explique peut-être comment elles ont pu survivre à sa doctrine.

Si l'inflammation doit être considérée comme l'expression d'une série de phénomènes, dont le premier terme est la congestion capillaire et le dernier la suppuration, en passant par l'exsudation d'une lymphe plastique, série de phénomènes qui peut s'arrêter dans son cours et se terminer par résolution, il est évident que tout tissu, pour pouvoir s'enflammer, doit être pourvu de vaisseaux. Comment donc expliquer les prétendues inflammations des ligaments articulaires du tendon? C'est en comparant à tort la tunique interne des artères à une séreuse qu'on a été conduit à attribuer à l'inflammation les lésions dont elle est le siége, dans ce qu'on a appelé l'*artérite*. On a encore décrit une *hyalite*, une *lentite*, une *kératite*. Si on a abandonné sans peine l'hyalite et la lentite, on a conservé la kératite, et c'est par ce nom qu'on désigne encore la plupart des maladies de cette membrane. Entraînés par l'évidence, les chirurgiens ont admis, il est vrai, des kératites vasculaires et non vasculaires. Mais, dans les premières, la vascularisation de la cornée n'est que le résultat et n'est point la cause de l'inflammation.

Si l'on passe de l'examen de certaines lésions locales à la discussion de faits bien plus généraux et qui se rapportent à la chirurgie presque tout entière, on voit encore la même erreur dominer. L'inflammation s'y voit partout: adhésive ou disjonctive, plastique ou gangréneuse; ulcérative ici, plus loin ossifiante, en d'autres cas éliminatrice. Et pourquoi ces phénomènes si différents sont-ils rapportés à une même cause? C'est parce qu'on trouve dans les tissus qui en sont le siége quelques-uns des caractères de l'inflammation. C'est par cet artifice de raisonnement que Broussais prouvait la nature in-

flammatoire du tubercule. Il prenait la complication provoquée par la présence même du produit morbide pour le point de départ de celui-ci ; tout comme on fait en attribuant à l'inflammation les phénomènes qui viennent d'être cités, et où elle n'intervient également qu'à titre de complication.

L'ulcération, ce travail morbide qui détruit progressivement les tissus, peut se manifester sans inflammation; bien qu'en beaucoup de cas elle succède à celle-ci. N'est-on pas dès lors autorisé à se demander si, dans ce dernier ordre de faits, l'inflammation est l'agent de l'ulcération? L'ulcération s'observe dans des tissus privés de vaisseaux : les cartilages, la cornée. Dans les cartilages on l'a niée, parce qu'on était dominé par cette idée que le travail ulcératif devait avoir été précédé d'inflammation et qu'on n'en pouvait jamais voir les traces; de là ces noms d'*usure des cartilages*, de *décortication* donnés au phénomène dont il est question. Et cependant quelquefois le cartilage a augmenté d'épaisseur; d'ailleurs les pertes de substance s'observent aux points qui ne sont soumis à aucune action mécanique. Il faut donc attribuer cette ulcération à un travail morbide spécial, à une destruction graduelle, vitale et spontanée, où l'inflammation n'a point de part. Les ulcères de la cornée résultent d'un travail analogue. S'il n'est pas rare de voir des vaisseaux se ramifier dans l'épaisseur d'une cornée ulcérée, il est aussi fréquent de voir des ulcères de cette membrane parcourir leurs périodes sans qu'on ait jamais observé la moindre trace de vaisseaux. Ainsi il y a des ulcérations sans inflammation, et s'il est donné de voir souvent ces deux ordres de phénomènes réunis, on peut aussi les observer à l'état de complet isolement, et l'on est ainsi amené à conclure qu'ils ne sont pas nécessairement liés l'un à l'autre, et que le travail ulcératif n'est pas de nature inflammatoire. C'est un trouble particulier de la nutrition des tissus; c'est un acte pathologique distinct de tous les autres, et qu'on doit désigner par le nom pur et simple d'ulcération et non par celui d'*inflammation ulcérative*.

Quant à *l'élimination*, c'est un travail morbide par suite duquel des portions mortifiées sont détachées progressivement et rejetées à l'extérieur ; on l'attribue généralement à une variété d'inflammation, d'inflammation éliminatrice. Or l'escarre est plus petite que la perte de substance observée après sa chute, elle est donc mise en liberté par la destruction progressive des tissus vivants qui l'entourent. On peut donc rapprocher l'un de l'autre le travail ulcératif et le travail éliminateur. On ne peut pas plus pour celui-ci que pour celui-là admettre la nécessité d'une inflammation concomitante, puisqu'on observe souvent la séparation de séquestres cartilagineux, libres dans une articulation affectée de tumeur blanche, et que le tissu cartilagineux est privé de vaisseaux. L'élimination de ces séquestres cartilagineux s'effectue de la profondeur vers la surface, et le séquestre mis en liberté laisse sur la couche diarthrodiale une perte de substance dont le fond et les bords sont constitués par des tissus cartilagineux. D'ailleurs cette nécrose spontanée s'observe fréquemment dans l'arthrite sèche; on ne peut donc pas faire intervenir dans l'élimination l'action chimique d'un liquide qui n'existe pas. Dans les tissus vasculaires, l'élimination peut également s'accomplir sans être accompagnée d'inflammation, et, ce qui est le cas le plus fréquent, lorsque celle-ci l'accompagne, on doit la considérer comme l'effet et non comme la cause du travail éliminateur.

Enfin, il existe une troisième erreur, bien plus grave celle-là, puisqu'elle réagit sur le traitement, c'est la croyance à une *inflammation adhésive*. L'inflammation est cependant l'ennemi le plus redoutable de la réunion des plaies, loin d'en être l'auxiliaire favorable. Mais le développement de cette proposition sera l'objet d'un nouveau travail qui suivra de près celui-ci.

Le travail de M. Broca est renvoyé à l'examen d'une commission.

HYGIÈNE.

RAPPORT FAIT A M. LE MAIRE DU IV[e] ARRONDISSEMENT, AU NOM DE LA SOCIÉTÉ DE BIENFAISANCE DE L'ARRONDISSEMENT, SUR UNE PUBLICATION RELATIVE A LA VACCINE, ET COMMUNIQUÉ PAR CE FONCTIONNAIRE AU COMITÉ D'HYGIÈNE.

Messieurs,

Vous nous avez chargés, M. Fontès et moi, de vous rendre compte d'une brochure relative à la vaccine, adressée à M. le Maire du IV[e] arrondissement et sur laquelle ce fonctionnaire vous a demandé votre avis. Je viens, Messieurs, à votre grand étonnement sans doute, remplir une mission qui revenait de droit au zélé confrère qui, depuis plusieurs années, s'occupe spécialement des vaccinations de notre mairie, à celui dont la plume éloquente sait chaque fois rajeunir un sujet épuisé, dissimuler par l'éclat du style l'aridité de la statistique et faire jaillir des chiffres, qui forment la base, et quelquefois l'écueil de ce genre de recherches, des aperçus nouveaux et pleins d'enseignements. Mais la douleur trop légitime d'un grand deuil de famille a décidé mon collègue à décliner la tâche qu'il avait d'abord acceptée et chargé, à son défaut, de la rédaction, j'ai à réclamer à double titre votre indulgence pour ses imperfections, d'abord à cause de mon incapacité au moins relative, et aussi pour le peu d'instants qui m'ont été donné pour l'improviser.

Vous le savez, Messieurs, la vaccine, *une des conquêtes du siècle*, qui, comme toutes les bonnes choses, a rencontré tant de contradicteurs à sa naissance, voit se reproduire depuis quelques années une opposition qu'on pourrait dire systématique. Tout a été dit contre elle : elle ne préserve pas, elle ne préserve que pour un temps, elle empêche l'évolution d'une maladie dépurative, nécessaire, elle inocule des maladies contagieuses, etc., etc.; et on a tout récemment proposé de revenir à l'inoculation pure et simple, ou à l'inoculation avec du virus mêlé au lait, dans l'idée apparemment de faire un vaccin factice analogue à celui qui se forme naturellement sur le pis de la vache.

Parmi les antagonistes les plus décidés de la vaccine, figure au premier rang M. Carnot. Ce statisticien distingué, étudiant la mortalité et frappé du déplacement qu'elle a subi dans les premiers âges de la vie, diminuant pour les premières années et augmentant pour l'époque de la puberté, a conclu que dans la vaccination il n'y avait pas neutralisation d'une maladie, mais seulement transformation, et que ceux-là mouraient typhoïques à vingt ans parce qu'on les avait empêchés d'être variolés à deux ou trois.

M. Bayard de Cirey professe la même doctrine et, se fondant sur la ressemblance de l'éruption intestineuse dans la fièvre typhoïde avec les pustules varioliques, conclut à l'identité de cause, et il voit dans la fièvre typhoïde une variole répercutée, une variole interne maintenue à l'état d'incubation pendant un nombre plus ou moins grand d'années, comme si on pouvait arguer d'un certain rapport entre l'émétique et la variole parce que l'un et l'autre déterminent l'apparition de pustules très-analogues.

Ces idées, vous le savez, ont trouvé peu d'échos; chaque année des faits incontestables les réfutent. L'Académie de médecine les a taxés d'inexactes; des observations décisive, telles que l'apparition de la fièvre typhoïde après la variole ou chez de non vaccinés, sont venues de toutes parts leur donner d'heureux démentis.

Reconnaissons toutefois, sans qu'il nous en coûte, que ces vigoureux adversaires de la vaccine ont déployé un talent, un zèle, une ardeur, une persévérance dignes d'une meilleure cause. Mais l'exemple de M. Bayard prouve plus la fécondité de son imagination que l'exactitude de ses corollaires, et nous montre que l'esprit le plus plus brillant et le plus substil ne peut remplacer l'observation calme et dégagée d'idées préconçues.

Quant à M. Carnot, on comprend que ses études habituelles l'aient accoutumé à une exactitude numérique à laquelle ne se prête pas l'organisme vivant, et, qu'appliquant sa capacité à l'étude de faits médicaux, il leur ait demandé ce qu'ils ne peuvent pas donner.

C'est un fait reconnu, vous le savez, Messieurs, que les hommes les plus versés dans les sciences mathématiques, accoutumés qu'ils sont à obtenir des résultats constamment identiques, incontestables, prévus, ne conservent pas toujours leur prééminence lorsqu'ils s'occupent de sujets qui sont du domaine des appréciations, des comparaisons, des probabilités. C'est là, selon moi, ce qui a lieu pour M. Carnot.

Ce n'est pas un rapprochement outré que de vous rappeler que

Pascal, ce grand génie, voulait, lui aussi, trouver, dans des croyances qui ne comportent pas de preuves absolues, la certitude qu'il avait rencontrée dans les sciences exactes, et n'y pouvant parvenir, il est tombé dans ce doute qui a fait le malheur et aussi la gloire de sa vie.

Bien d'autres attaques ont été dirigées contre la vaccine, et le Wurtemberg paraît favorisé sous ce rapport. Entre plusieurs ouvrages écrits dans ce pays, nous distinguons les suivants : *Traité sur l'empoisonnement du peuple wurtembergeois depuis cinquante ans*, Stuttgard, 1850, en allemand (inutile de dire qu'il s'agit de la vaccine); *l'Empoisonnement par la vaccination*, Stuttgard, 1852, en allemand, etc.

Tout récemment, chez nous, le docteur Verdé-Delisle est entré dans cette croisade, et constatant la dégénérescence de l'espèce humaine, il la rapporte à une seule cause, le VACCIN, tout comme un autre médecin, le docteur Clavel, admettant aussi comme prouvée cette dégénérescence, l'attribue exclusivement à une seule cause, LES VICES DE L'ÉDUCATION, dans un livre sur l'*éducation physique et morale* dont notre rapporteur a eu la pénible mission de rendre compte.

Les inconvénients de ces opinions extrêmes sont corrigés par leur exagération même, mais il est à regretter qu'elles se produisent, et M. *Alph. Karr*, dans le journal le SIÈCLE, et M. *Louis Lacour*, dans la REVUE ANECDOTIQUE, ont égayé leurs lecteurs aux dépens du livre de M. Verdé-Delisle : leur critique étincelante d'esprit et de spirituelles railleries a eu trop souvent raison, il faut en convenir, contre notre confrère, mais nous le disons à regret, la vaccine n'a rien à gagner à tout cela et la médecine n'a qu'à y perdre.

Ce n'est pas tout, Messieurs, et des tribunaux se sont associés à l'œuvre de destruction. Le 4 novembre 1853 le tribunal de Bamberg condamnait un médecin, M. Hübner, à une année de forteresse comme coupable d'imprudence et de négligence parce que des enfants qu'il avait vaccinés ont présenté plus tard des accidents syphilitiques attribués à la vaccine. Le 4 décembre 1853, le premier tribunal de Bamberg portait la peine à deux ans, et ce ne fut qu'après cassation par la Cour de Munich, que la Cour d'appel de Bamberg saisie de la cause écarta l'accusation fondée sur l'inoculation syphilitique, et condamna M. Hübner à six semaines d'emprisonnement pour n'*avoir pas obéi à ses instructions de médecin cantonal, qui lui défendaient de prendre du vaccin sur un enfant malsain et chétif* (1).

Le premier tribunal de Bambeg ignorait, et n'a pas voulu apprendre apparemment, *que le vaccin est toujours identique et ne peut s'allier avec d'autres virus, ni être modifié par eux*, que le comité de vaccine a pris du vaccin *sur des pustules développées au milieu de dartres, de teignes, de gale, d'ulcères scrofuleux, et qu'il n'a jamais obtenu que la vaccine sans autre maladie;* que l'expérience générale, que celle en particulier de l'hôpital des Enfants-Trouvés, ont prouvé que le *virus vaccin ne transmettait aucune maladie contagieuse ou non;* que M. Bousquet a relaté des cas dans lesquels, ou par ignorance ou à dessein, on a *pris du vaccin sur des enfants atteints de syphilis, et qu'il s'est toujours reproduit dans toute sa pureté.* La Cour d'appel a heureusement tenu compte d'une circonstance capitale négligée par les premiers juges, à savoir qu'un certain nombre d'enfants vaccinés avec le virus incriminé n'avaient pas contracté la vérole, d'où cette conclusion, que ceux chez lesquelles elle s'est développée en portaient en eux le germe, ou l'ont contractée postérieurement.

Le jugement du tribunal de Bambeg, s'il n'avait pas été réformé, aurait été un fait monstrueux, anormal, voilà tout, et c'est ainsi que, éclairées par le temps ou la réflexion, les accusations portées contre la vaccine s'évanouissent.

Vous le voyez, Messieurs, nous ne cherchons point à amoindrir, à déprécier nos contradicteurs, nous respectons leur conviction, mais nous conservons la nôtre. On nous offre la lutte, nous l'acceptons, elle développe les forces, elle préviendra le relâchement auquel peut-être nous nous laisserions aller, et notre victoire grandira de la force même de nos adversaires. Mais si ce préambule est un peu long peut-être, mais nécessaire pour montrer que nous savions respecter nos antagonistes quand ils soutiennent des opinions erronées avec bonne foi, conviction, sincérité, et presque toujours avec décence, en sera-t-il de même pour la brochure qui est déférée à votre jugement?

La publication en question est intitulée : LA VACCINATION EST NON-SEULEMENT INUTILE, MAIS DANGEREUSE. C'est la traduction par un M. Zempel, qui ne fait pas connaître ses titres et qualités, d'un travail écrit (en allemand probablement), par M: Arthur Lutze, médecin oculiste, membre d'une académie quelconque, directeur d'un institut homœopathique, et, d'après le traducteur, « *l'un des premiers* coryphées des médecins praticiens en Allemagne, particulièrement comme homœopathe. »

La brochure a seize pages, et sans rien conclure du fait, je remarque qu'elle est imprimée à *Pau, en Béarn.*

Dans ce Mémoire, où les nombreuses fautes de langue le disputent aux nombreuses fautes de bon sens, où l'obscurité du style s'ajoute à l'obscurité des doctrines, l'auteur a eu pour but de prouver que la vaccine ne préserve pas de la petite vérole, mais surtout d'établir que c'est un agent certain d'inoculation de toutes sortes de maladies, notamment de la syphilis, des dartres, de la gale et de la scrofule; que, de plus, elle expose à de nombreux accidents locaux, parmi lesquels est une « espèce de phlegmon...... qui prend la tournure du furoncle. »

Parlerai-je, Messieurs, de la moralité, de la bonne foi dont cette brochure fait preuve. Je vous ai entretenus de la cause du docteur Hübner, à Bambeg. Eh bien! on rapporte la condamnation, mais on se garde de mentionner la réformation du jugement.

Au point de vue scientifique, cet ouvrage est au-dessous de la discussion, sa lecture provoque le dégoût. Des citations tronquées ou altérées pour simuler l'érudition, partout des allégations au lieu de preuves, des faits controuvés donnés comme certains ou empruntés à des autorités apocryphes (ainsi M. Raspail, compté parmi les médecins français, est censé avoir vu, en 1845, soixante cas de transmission du virus syphilitique par la vaccination), telle est la substance de cette œuvre audacieuse de charlatanisme, et ce n'est qu'à la dernière page qu'on arrive à comprendre le but de l'auteur. Il s'agit tout simplement de substituer à la vaccine, source d'empoisonnement, le VARIOLIN, « résultat de la trituration des pustules de la petite vé-« role, suivant les principes de Hannemann, en trois triturations, les « diluant à la trentième dilntion ou dynamison; on administre ce « médicament délicat *privé de toute chose matérielle.* » C'est ici le cas d'appliquer l'épigraphe du Mémoire : « *Que celui-là entende qui a des oreilles pour entendre.* »

Quant à la fabrication du VARIOLIN, on promet que la publication du procédé sera faite dans un recueil que l'auteur devait publier *après la Saint-Michel* (*Lehrbuch der Homœopathie*).

Une note annonce que le variolin se trouve à la *Nouvelle-Orléans!* De sorte que, malheureux Européens, nous n'avons que la brochure, avec les déplorables et sinistres révélations, et nous n'avons pas le remède!

Concluons, Messieurs, car j'ai hâte d'en finir avec cet ignoble pamphlet.

Au point de vue médical, je vous ai dit le caractère et l'inanité de cette publication, et si j'ai précédemment fait ressortir le bien relatif que pouvait produire la discussion avec des adversaires loyaux, il n'y a rien à gagner sous ce rapport avec l'ouvrage de M. Lutze.

Mais l'administration publique doit-elle se borner à penser de même, et cet œuvre jugée méprisable par les médecins est-elle sans danger pour les populations? A Dieu ne plaise que j'appelle sur qui que ce soit les foudres du parquet, cependant il me sera permis de faire remarquer que la loi punit la calomnie, non pas seulement lorsqu'elle se prend aux individus, à des corps constitués, mais encore celle qui s'attaque à des opinions. L'autorité agirait-elle logiquement en laissant audacieusement calomnier une mesure sanitaire qu'elle juge bienfaisante, qu'elle patronne, *qu'elle impose.*

On n'invoquera pas la liberté des opinions scientifiques. La science ici n'est point en jeu, il s'agit d'*une publication populaire* et de *variolin à vendre.* On n'invoquera pas la liberté individuelle, car l'administration ne nous laisse pas libres de ne pas faire vacciner nos enfants, à moins que nous ne veuillons les constituer à l'état de parias. Or, vous voyez la contradiction : l'autorité impose à tous ceux qu'elle peut atteindre l'obligation de la vaccine, on peut croire que si elle pouvait elle en ferait une mesure générale, sous beaucoup de rapports un non vacciné est *hors la loi;* et cette même autorité permettrait la propagation d'ouvrages qui iraient la dénoncer aux masses, *aux peuples de toutes les nations*, comme imposant une mesure désastreuse, un empoisonnement? Je vous ai parlé de Pascal et de ses doutes, les masses ne se composent pas de Pascals, mais l'incertitude est pour tous une cruelle ennemie, surtout quand il s'agit de la vie, de la santé et de la beauté de nos enfants.

Nous vous proposons, Messieurs, de répondre à M. le Maire :

(1) On peut consulter, sur cette *cause célèbre* pour la médecine, le remarquable rapport fait par M. Broca à la Société de chirurgie, et reproduit par le *Moniteur des hôpitaux*.

1° Que la brochure de M. Schulze, traduite par M. Zempel, ne renferme rien d'utile, d'applicable, de pratique, et rien de scientifique ; qu'elle n'apporte aucun élément nouveau, sérieux dans la question pendante entre les propagateurs de la vaccine et ses détracteurs ;

2° Qu'au point de vue administratif cet opuscule, écrit pour les classes peu éclairées, nous semble avoir l'immense inconvénient de jeter dans l'esprit du lecteur une déplorable incertitude, puisqu'il affirme qu'une mesure à laquelle nul de nous, pour lui ou pour les siens, n'est libre de se soustraire, est la source assurée des plus hideuses maladies qui puissent frapper l'humanité.

Payen, *rapporteur.*

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Parmi les sociétés de médecine de province, il en est une, qui en raison du peu d'importance de la localité où elle réside, nous étonne presque par le nombre et l'intérêt de ses travaux. C'est la société de médecine de Gannat. Le nouveau compte-rendu, rédigé par le docteur Gilliot, contient le résumé de faits extrêmement intéressants dont nous aurons à reproduire quelques-uns. En attendant, nos lecteurs liront sans doute avec sympathie les dignes et chaleureuses paroles qui forment l'introduction du remarquable rapport de M. Gilliot.

« De tous nos besoins moraux, celui de connaître et d'apprendre est, sans contredit, le plus impérieux : il constituerait à lui seul la prééminence de l'homme; il lui assigne la première place dans l'échelle des êtres. Mais les connaissances variées, positives ou non, ne peuvent s'acquérir; et ne s'acquièrent en effet que par le contact des intelligences que par la communication réciproque des idées. Cette nécessité comprise, a donné naissance aux sociétés savantes, et c'est par ces réunions d'hommes avides d'apprendre, que se sont élucidés les grands problèmes, que la notion vraie des choses a reçu sa consécration la plus authentique.

« Cet immense avantage vous l'aviez senti en créant cette société, qui, modeste et sans bruit fait son chemin, et travaille pour sa part à la réalisation du but suprême, que, nous médecins, hommes du devoir et de l'abnégation nous poursuivons tous : le soulagement des maux qui affligent l'humanité.

« Déjà vous recueillez les fruits de vos généreux efforts, en assistant à la prospérité croissante de votre société; car cette année, comme ses aînées, aura marqué sa place par une ample moisson d'observations importantes, de discussions pleines d'intérêt.

« Là, dans un tout petit coin d'une province obscure, au milieu de l'agitation générale des esprits, tandis que l'Europe entière se réveille une fois encore au bruit des armes, vous impassibles comme le juste du poète antique, vous poursuivez tranquilles votre œuvre de progrès dans l'art.

« Cette attitude si digne, en un temps où tant de gens ont voulu se mêler à tout, vous épargnera, dans l'avenir, bien des mécomptes; elle prouvera dans tous les cas, de quel genre de sacrifices sont capables des hommes qui n'obéissent qu'aux impulsions d'une conscience droite, qui n'ont d'autre besoin que celui d'être utiles. Et la satisfaction qu'apporte cette quiétude parfaite d'esprit, ne l'avez-vous pas sentie s'accroître de tout l'attrait qui s'attache à la cordialité qui préside à vos réunions.

« Dans ces communications de travaux auxquels vous initie le commerce scientifique, vous ne connaissez d'autre rivalité que celle qu'engendre l'amour du vrai; et les divergences d'opinions les plus radicales, comme les discussions les plus animées, viennent expirer dans cette enceinte, et ne font en quelque sorte, par la mutuelle admiration des caractères, que resserrer les liens d'une confraternité qui n'est pas sans charme.

« Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble de vos travaux, nous voyons que les questions de doctrines, ont bien plus rarement exercé votre activité que les questions de pratique. Serait-ce que dédaignant la philosophie médicale ou craignant de l'aborder, vous aimiez de préférence à vous enfermer dans le cercle exclusif d'une pratique mesquine et étroite. Messieurs, vous n'attendez pas que je rappelle les faits nombreux dans lesquels des discussions de l'ordre le plus élevé ont fait jaillir des principes précis et fertiles en conséquences pratiques; combien de fois de l'analyse des observations vous élevant à la synthèse, n'êtes-vous pas arrivés à la hauteur de doctrines médicales fermes dans leur marche, et conséquentes dans leurs déductions. Hommes de pratique, sans doute, avant tout, vous n'enviez, vous n'acceptez ce titre que parce qu'il comporte pour vous une étude sérieuse, une grande étude théorique. Car s'il est vrai que le secret dans les arts n'est pas de savoir beaucoup, mais de bien faire, n'est-il pas vrai aussi que toute découverte médicale utile a été précédée d'une idée théorique longuement élaborée dans l'esprit de son auteur; et que les résultats obtenus dans la science ne sont que l'effet d'expérimentations patientes, éclairées par la raison, et déduites de saines doctrines.

« A cette pratique intelligente, vous donnez tous vos instants, laissant volontiers à d'autres plus heureusement placés le soin d'aborder plus spécialement, et quelquefois de résoudre des hautes questions spéculatives.

« Continuons donc, Messieurs, les traditions d'un passé modeste, mais riche en résultats, et que chaque année celui que votre confiance appellera à l'honneur de remplir le devoir dont je viens m'acquitter aujourd'hui, voie s'aggraver sa tâche. Ce soin vous est confié, c'est dire assez qu'il sera poursuivi avec zèle. Vous vous rappellerez que toute société qui s'arrête fait par cela même un pas rétrograde, et que s'il est difficile de fonder une institution quelconque, il est plus difficile encore de la conserver. Tout repos vous deviendrait funeste, vous marcherez sous peine de ne plus vivre, et par l'activité imprimée à vos travaux, vous servirez encore les intérêts de l'humanité, en apportant votre part de coopération au bien être vers lequel tendent sans cesse les sociétés modernes. »

Nécrologie. — La Faculté de médecine et le corps médical de Montpellier viennent de faire une perte regrettable dans la personne de M. le docteur Lombard, professeur agrégé à la Faculté (section des sciences accessoires), décédé à Montpellier le 8 du courant, à l'âge de quarante-neuf ans. Nous croyons nous rendre l'interprète des sentiments de tous nos confrères en exprimant les regrets universels qu'a fait naître cette mort prématurée. M. Lombard, en effet, s'était attiré depuis longtemps l'estime de tous ceux qui le connaissaient, par une honorabilité et une obligeance à toute épreuve. A de véritables qualités comme praticien il joignait un grand amour pour la science, et il s'occupait depuis plusieurs années d'un traité de botanique médicale, à la rédaction duquel il consacrait tous les moments que lui laissait une clientèle assez nombreuse. — Le public a été péniblement affecté de voir le petit nombre de personnes, et surtout de médecins, qui ont accompagné M. Lombard jusqu'à sa dernière demeure. Nous pensons que cette circonstance est due uniquement à la mort rapide de notre confrère (M. Lombard est mort subitement) et au défaut de lettres de convocation adressées aux amis et aux connaissances du défunt. Nous regretterions vivement devoir l'attribuer à un autre motif.

(*Rev. thér. du Midi.*)

BIBLIOGRAPHIE.

— Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées, par le docteur *A.-A. Boinet*. 1 vol. in-8° de X—835 pages. Paris, chez Victor Masson, 9 francs.

— Traité pratique de l'accouchement artificiel, comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, et le meilleur moyen de le déterminer, par le docteur *P. Silbert* (d'Aix). Ouvrage qui a remporté le premier prix au concours ouvert par la Société impériale de médecine de Marseille. In-8° de 130 pages. Paris, chez Victor Masson. 2 fr. 75.

— Traité des maladies vénériennes, par *A. Vidal* (de Cassis). Ouvrage couronné par l'Institut de France. 2e édit., corrigée et augmentée. 1 vol. in 8° de VIII—580 pages avec planches coloriées. Paris, chez Victor Masson. 10 fr.

— Précis de chimie physiologique animale, par le docteur *C.-G. Lehmann*, professeur de chimie à l'Université de Leipzig, traduit par *Ch. Drion*, avec 26 fig. int. dans le texte. 1 vol. in-12.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 88. 3e année. Lundi 23 Juillet 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. HARDY.

Des scrofulides.

Parmi les maladies de la peau, s'il en est qui sont purement locales, comme la teigne faveuse, dont nous avons tracé récemment l'histoire, il y en a d'autres, au contraire, qui sont sous la dépendance d'un état constitutionnel, d'une modification générale et profonde de l'économie. C'est ainsi que nous avons déjà parlé de ces affections diathésiques, dues tantôt à un vice héréditaire, comme les dartres, tantôt à une diathèse acquise, comme les syphilides.

Près des manifestations cutanées de la syphilis, nous devons ranger une autre classe de maladies également produites par une cause générale et interne, le vice scrofuleux. La scrofule, en effet, aussi bien que la syphylis, est une maladie constitutionnelle, *totius substantiæ*, comme disaient les anciens, qui affecte tout l'organisme et se traduit par des désordres variés du côté des os, des articulations, des ganglions lymphatiques, des muqueuses, et enfin de la peau, souvent même de tous les côtés à la fois. Il n'est pas rare de rencontrer des sujets scrofuleux qui réunissent sur plusieurs points de leur corps toutes ces lésions des divers systèmes. Il y a donc des affections de la peau qui doivent être regardées comme l'expression d'une diathèse scrofuleuse.

Ces maladies n'avaient pas échappé à l'observation des anciens, et on est porté à croire que, parmi les *lèpres* du moyen âge, figurent un grand nombre d'entre elles. Les descriptions, en effet, parlent de croûtes, d'ulcérations hideuses, d'aspects repoussants du visage, de la destruction plus ou moins complète du nez et des lèvres, et de désordres graves, en un mot, qui offrent la plus grande analogie avec les manifestations cutanées de la scrofule.

Willan leur a consacré, dans ses descriptions, une assez large part; il les a désignées sous le nom pittoresque de *lupus* et les a classées parmi les lésions tuberculeuses. Pour lui, en effet, le *lupus* est caractérisé par l'éruption de tubercules qui s'ulcèrent, et en s'unissant les uns aux autres, forment des ulcérations qui gagnent en largeur et en profondeur. Cependant, si on observe avec soin l'aspect et la marche du lupus, on voit souvent les tubercules faire défaut, et on constate que la scrofule cutanée se manifeste tantôt par une simple rougeur, tantôt par des vésicules ou par des pustules ou par des squammes, en un mot par des lésions élémentaire presque aussi nombreuses et aussi variées que dans les syphilides. Devant cette diversité d'aspects, le mot lupus, qui implique l'existence de tubercules, quand au contraire ceux-ci sont très-inconstants, devient un terme impropre, et mérite d'être rayé de la nomenclature. On peut le remplacer par celui de *scrofulides*, que nous avons déjà employé l'an dernier, et qui a l'avantage de désigner la nature au lieu de la forme de la maladie. A la suite du terme générique de scrofulide, on peut d'ailleurs indiquer par une qualification l'espèce particulière de la lésion qui sera tantôt érythémateuse, tantôt pustuleuse, tantôt tuberculeuse, etc. Cette façon n'a pas uniquement le mérite d'exprimer tout d'abord et de faire ressortir la nature diathésique de la maladie en plaçant seulement sur le second plan la forme éminemment variable que celle-ci peut revêtir; elle a de plus, pour le praticien, l'avantage précieux de donner des indications immédiates pour le traitement. De même, en effet, que dans toutes les syphilides, quelle que soit l'espèce, nous savons qu'il faut avoir recours aux préparations spécifiques, mercurielles et iodurées, nous saurons également que toutes les scrofulides, indépendamment de leur siége et de leur forme, réclament surtout les moyens thérapeutiques généraux qui réussissent contre la diathèse scrofuleuse.

Ainsi envisagées, les scrofulides présentent plusieurs variétés; mais avant d'aborder leur description particulière, nous devons indiquer les phénomènes communs des caractères généraux qu'elles présentent en raison de leur commune origine.

Au premier rang, se place la coloration. La rougeur des scrofulides est très-différente de la rougeur franche et vive des inflammations; elle a quelque chose de particulier; elle est plus foncée, elle a des tons livides, violacés, qui la rapprochent un peu des syphilides. Pourtant, dans cette dernière classe de maladies, la coloration est plutôt rouge-brun, tandis que dans les scrofulides, elle est violette et comme vineuse. Ce sont-là des nuances délicates, difficiles à peindre par des mots, mais qu'apprécie très-bien un œil exercé. A cette rougeur spéciale s'ajoute toujours du gonflement. Les parties affectées sont le siége d'une tuméfaction notable, d'un véritable œdème qui est dû à l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette augmentation de volume peut devenir tellement considérable dans certains cas, que Biett et M. Cazenave ont décrit, sous le nom de *lupus hypertrophique*, une variété uniquement caractérisée par de la rougeur et un gonflement énorme. Les organes ainsi tuméfiés offrent en même temps sous les doigts une résistance qui peut aller jusqu'à l'induration et présentent souvent une altération dans leurs formes. Au visage, c'est surtout au nez que ce résultat s'observe; mais il est encore bien plus frappant sur les membres, qui prennent alors l'aspect de l'éléphantiasis des

Arabes. La jeune fille du n° 13 de la salle Henri IV, affectée de scrofulide tuberculeuse, présente un exemple remarquable d'une déformation véritablement éléphantiasique au pied et à la jambe gauches. Un des premiers signes de l'amélioration des scrofulides sera la diminution du gonflement; les parties malades reviennent peu à peu à leur volume primitif; le plus souvent même, après la guérison, elles restent amincies comme si elles avaient subi une perte de substance.

Les *croûtes* méritent une mention particulière; elles sont souvent brunes et rougeâtres, parce qu'elles sont colorées par du sang; mais quand elles sont privées de ce liquide, elles n'offrent jamais la teinte vert foncé et noirâtre des croûtes syphilitiques; elles sont, au contraire, jaunes et d'une teinte encore plus pâle que celles de l'impétigo.

Un phénomène bien singulier et très-important pour le diagnostic avec les affections dartreuses, c'est l'absence de réaction générale et l'indolence presque absolue des éruptions que nous étudions. Malgré des ulcérations horribles, des désordres souvent très-profonds et très-étendus, on est surpris de voir les malades accuser aussi rarement de la cuisson, des démangeaisons et de la chaleur.

Mais le caractère le plus tranché des scrofulides, c'est leur terminaison constante par cicatrice, quelle que soit d'ailleurs la lésion élémentaire. C'est là un résultat qui leur est presque spécial; car, si les syphilides laissent aussi des cicatrices fréquentes, ce n'est généralement qu'après s'être compliquées d'ulcérations. Ici, au contraire, dans toutes les formes sans exception, il y a destruction superficielle du derme; qu'il y ait eu ou non des surfaces ulcérées, tous les malades conservent en guérissant le stigmate indélébile de la nature scrofuleuse de leur affection. Au n° 14 de notre salle, vous avez pu voir une femme atteinte de scrofulide érythémateuse à la région surcilière droite; elle n'a jamais présenté que de la rougeur, du gonflement et des squammes sans la moindre ulcération, et pourtant elle porte déjà à la partie interne de son mal qui est en voie de guérison, une cicatrice des plus apparentes.

Ces cicatrices conservent quelquefois leur coloration foncée, et violette, il n'est pas rare de voir des malades garder toute leur vie un visage couturé et d'une teinte vineuse indestructible. Cependant elles deviennent le plus souvent blanchâtres; mais, dans tous les cas, elles prennent l'aspect irrégulier, inégal et comme réticulé des cicatrices de brûlures.

Comme ces dernières, elles sont froncées et ont une grande tendance à la rétraction. De là des brides et un travail lent, mais soutenu, du tissu cicatriciel qui peut produire des difformités très-considérables, comme le renversement des paupières en dehors (telle est la femme du n° 6 qui nous est arrivée avec un double ectropion) ou bien encore le rétrécissement de la bouche, et l'occlusion complète ou incomplète de certaines ouvertures, des fosses nasales ou du conduit auditif, par exemple. Ce sont là des inconvénients graves qu'il est important de connaître et qu'on peut prévenir, en dilatant particulièrement les orifices naturels au moyen de petits cylindres d'éponge préparée. C'est ce que nous avons fait pendant longtemps cette année pour empêcher l'oblitération des narines de notre jeune malade du n° 18.

Les scrofulides n'occupent pas indifféremment toutes les parties du corps; c'est un fait vulgaire qu'elles affectionnent surtout le visage; nous retrouvons cette fâcheuse prédilection dans toutes les variétés. Après la figure, viennent les membres supérieurs et inférieurs; le tronc est plus rarement envahi.

Outre ces phénomènes généraux, on doit, pour le diagnostic des scrofulides, comme pour celui des syphilides, apporter une attention extrême aux phénomènes concomitants.

Les traces d'ophthalmies anciennes, les taches de la cornée, les engorgements ganglionaires, les abcès froids, les caries osseuses, les tumeurs blanches, les cicatrices anciennes, caractéristiques de la scrofule acquèrent souvent une grande valeur et mettront sur la voie de la véritable nature de la maladie cutanée.

La *marche* des scrofulides est très-lente et essentiellement chronique. Leur durée est longue et tout à fait indéterminée; ces maladies peuvent se prolonger non-seulement des mois, mais des années; parfois même elles n'ont pas de terme et durent autant que la vie de l'individu, tels sont ces malheureux infirmiers ou employés dans nos hôpitaux, qui n'ont jamais pu guérir et sont trop horriblement défigurés pour pouvoir exercer dans la société une autre profession. Néanmoins, il faut le dire, les insuccès sont l'exception; la guérison est la règle. Il est toujours permis d'espérer la terminaison heureuse des scrofulides, même les plus graves et les plus désespérées au premier abord. Nous en avons vu très-peu résister au traitement, quand ce traitement a été suffisamment long et bien dirigé, on doit savoir seulement qu'il exige toujours de la part du médecin et du malade une grande persévérance.

Dans le cours des scrofulides, on voit parfois survenir des circonstances accidentelles qui favorisent puissamment leur guérison. Sous ce rapport, l'érysipèle de la face mérite la première place; l'influence heureuse de cette maladie sur la marche du lupus, n'a échappé à aucun observateur. Nous en avons eu, il y a trois ans, dans nos salles l'exemple le plus remarquable que j'aie encore vu. Un homme, affecté d'une ulcération scrofuleuse très-étendue de la lèvre supérieure, fut pris dans un assez court espace de temps de trois érysipèles successifs à la face. Chacun des deux premiers produisit une amélioration des plus manifestes; le troisième vint bientôt donner une dernière impulsion, et décida de la guérison qui fut complète et très-rapide. Toutes les fois donc qu'une scrofulide sera le point de départ d'un érysipèle, au lieu de nous en inquiéter, il faudra se féliciter de cette heureuse complication, et en concevoir de grandes espérances.

Ce n'est pas la seule maladie intercurrente dont l'influence soit salutaire; les fièvres éruptives et surtout la variole sont dans le même cas; la fièvre typhoïde vient ensuite.

Au mois d'avril dernier, une jeune fille, que vous avez vue au n° 3 de la salle Henri IV, atteinte d'une scrofulide pustuleuse de la face très-étendue, a été prise dans l'hôpital d'une fièvre typhoïde grave qui a mis ses jours en danger; au plus fort de sa maladie, nous avons été surpris de voir la figure s'amender singulièrement, les croûtes tomber, et les ulcérations se sécher d'elles-mêmes. La cicatrisation s'est complétée pendant la convalescence, et notre petite malade n'a pas tardé à sortir complétement guérie de ses deux affections. Sous l'influence de la fièvre typhoïde, quelques semaines avaient suffi pour faire disparaître une scrofulide qui, sans cette complication, aurait encore demandé environ une année de traitement.

Si maintenant nous abordons la description particulière des scrofulides, nous verrons qu'on peut en admettre cinq variétés principales : les scrofulides *érythémateuse, pustuleuse tuberculeuse, verruqueuse* et *phlegmoneuse*.

1° La *scrofulide érythémateuse*, cette variété désignée par M. Cazenave sous le nom de *lupus érythémateux*, se rencontre presque exclusivement au visage; elle est caractérisée par une rougeur vive, violacée, souvent recouverte de squammes, lesquelles sont blanches et assez fines, et surtout très-adhérentes. Cette particularité les distingue déjà de celles dn sporiasis et du pityriasis; de plus, elles sont souvent profondes, comme enchâssées et incrustées dans l'épaisseur de la peau. Les tissus sous-jacents sont le siége d'un gonflement assez fort pour produire le boursouflement et la bouffissure du visage, ce qui a contribué à faire donner à cette variété les noms de *lupus hypertrophique* et d'*érysipèle chronique*.

La terminaison s'annonce par la diminution de l'œdème, et, en même temps que la rougeur pâlit, on voit survenir çà et là de petites dépressions blanchâtres qui sont un commencement de cicatrisation; elles se réunissent et se multiplient, et

produisent enfin une tumeur blanche, irrégulière et caractéristique.

La scrofulide érythémateuse peut être diffuse et recouvrir des surfaces de forme indéterminée; d'autres fois, elle affecte une disposition manifestement arrondie et se borne à une plaque circulaire dont le centre se guérit d'abord, tandis que la circonférence va en s'élargissant et persiste à l'état de bourrelet rouge et squammeux. C'est là ce que Biett a décrit sous le nom d'*érythème centrifuge*.

La marche de cette variété est extrêmement lente, comme celle de toutes les scrofulides, et sa durée varie entre plusieurs mois et plusieurs années.

Le diagnostic est généralement facile; la teinte vineuse et violacée de la rougeur, l'existence et l'adhérence des squammes, la longueur de la maladie, et, enfin, la formation de cicatrices terminales, ne permettent jamais de la confondre avec les érythèmes simples qui sont des affections toujours aiguës et légères, ne laissant pas de traces après elles, tandis que le gonflement sous-cutané, l'adhérence des squammes et les cicatrices les différencient des affections squammeuses, psoriasis et pityriasis.

2° *La scrofule pustuleuse*, est à la fois plus fréquente et plus grave. La lésion initiale est ici une pustule parfaitement caractérisée, aux environs de laquelle s'en développent bientôt cinq à six autres; elles acquièrent rapidement le volume d'une grosse tête d'épingle ou d'un très-petit pois et ne tardent pas à se réunir les unes aux autres au bout de dix à douze jours; elles se rompent, et versent au dehors un liquide plastique, mélangé de fibrine, de pus et de sang, qui se dessèche sous formes de croûtes. C'est alors qu'on voit des surfaces plus ou moins étendues, recouvertes de plaques croûteuses larges, épaisses et saillantes; quelquefois elles sont comme écailleuses. Leur couleur est variable; tantôt elle est brunâtre et altérée par du sang; mais le plus souvent elle est d'un jaune clair, de sorte qu'on peut dire que si les croûtes syphilitiques ont une tendance au vert noirâtre, celles des scrofulides ont au contraire une tendance aux tons jaunes. Elles sont de plus comme enfoncées dans les téguments; si on les fait tomber à l'aide de cataplasme, on voit qu'elles recouvrent des ulcérations plus ou moins profondes. Celles-ci, une fois découvertes, demeurent très longtemps dans un état presque stationnaire; puis, sous l'influence de moyens généraux et locaux, elles commencent à se rétrécir et se couvrent de bourgeons charnus de bonne nature qui lui donnent un aspect grenu, finement mamelonné comme la surface d'une framboise. Enfin, ces petites inégalités s'aplanissent et sont remplacées par une cicatrice plus ou moins déprimée et semblable à celles des brûlures.

Le diagnostic avec l'impétigo n'offre ordinairement pas de difficulté. Le siége plus limité dans la scrofulide pustuleuse que dans l'impétigo qui a une grande tendance à s'étendre; l'absence de démangeaisons, le caractère des croûtes qui, au lieu d'être superficielles, sont comme enchâssées dans la peau, la présence sous ces croûtes d'ulcérations profondes, tandis que dans l'impétigo, on ne trouve qu'une surface rouge, à peine excoriée, la guérison par cicatrices enfin, voilà assez de signes différentiels pour empêcher toute confusion.

C'est surtout pour distinguer la scrofulide pustuleuse de la syphilide pustulo-crustacée qu'on éprouve quelquefois de l'embarras. Dans les cas douteux, l'observation attentive des phénomènes concomitants de syphilis ou de scrofule dans les autres tissus, sera d'une grande valeur. Nous avons eu cette année, au n° 6 de la salle Henry IV, une femme atteinte d'une affection pustuleuse de la face que depuis huit ans on traitait sans succès comme syphilitique; en l'examinant, nous avons été frappé d'une carie d'un des métacarpiens, et cette coïncidence nous a suffi pour modifier le diagnostic et nous faire considérer la maladie comme de nature scrofuleuse; le traitement, institué dans ce sens, nous a donné raison et a fini par triompher complétement de cette maladie rebelle.

(*La suite au prochain numéro.*)

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 66 et 67.)

DEUXIÈME PARTIE.

Maladies postérieures à la première menstruation.

Jusqu'à présent nous avons étudié les changements que pouvait amener dans l'organisme l'établissement de l'ovulation, fonction inconnue dans les premières années de la vie; nous avons cherché, en même temps, de savoir quelle influence pouvaient avoir sur l'époque de l'établissement de cette fonction, les différents états morbides particuliers à l'enfance. Dans cette partie-ci, nous changeons naturellement de point de vue. Nous ne comprendrons, dans notre étude, que des femmes chez qui l'ovulation s'exerce déjà, mais des femmes atteintes de différentes maladies que nous aurons soin de grouper. Le but actuel de nos recherches, sera de savoir :

1° Une maladie étant donnée, en quoi modifie-t-elle la marche périodique des règles, leur abondance, leur durée, etc., etc.?

2° L'hémorrhagie menstruelle s'étant déclarée dans le cours d'une maladie, en quoi influe-t-elle sur sa marche, son intensité, sa forme, sa durée; fournit-elle quelque indication spéciale ou doit-elle faire modifier la thérapeutique ordinaire de cette maladie?

C'est en vain que l'on espérerait trouver quelque chose de positif à cet égard dans les auteurs; on n'y rencontre que des aperçus vagues ou des assertions jetées au hasard, sans qu'on ait cherché à les justifier en aucune façon.

Nous ferons remarquer d'abord que, dans l'esprit des anciens auteurs, la menstruation pesait si fort dans l'équilibre nécessaire à la santé, qu'on a généralement considéré l'*aménorrhée* comme pouvant engendrer toutes les maladies imaginables.

D'après Stahl, il n'y aurait presque pas de maladie dans le cadre nosologique qui ne pût reconnaître cette origine.

Royer-Collard, dans son article *Aménorrhée*, du *Dictionnaire des sciences médicales*, qui lui a valu dans son temps une si grande réputation, ne s'écarte en rien, sous ce rapport, de son illustre prédécesseur. « Les symptômes de l'aménorrhée, dit Royer-Collard, sont si nombreux et dissimulent ou produisent tant de maladies, que nous sommes obligés, pour y mettre de l'ordre, de les rapporter à un cadre nosologique et d'en suivre les divisions (1). »

Plus judicieux que ses prédécesseurs, M. Roche, n'envisage plus l'aménorrhée comme la cause de la plupart des maladies, mais comme leur résultat extrêmement fréquent. « Il n'y a aucune maladie, dit ce savant médecin, qui, parvenue à un certain degré d'intensité, ne suspende le flux menstruel (2). »

Les auteurs du *Compendium de médecine pratique* expriment à peu près la même manière de voir; ils pensent, en outre, que, s'il y a des différences, quant à l'époque à laquelle la menstruation cesse dans le cours de différentes maladies, cela peut s'expliquer très-bien par la différence de sympathie entre

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. I.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Aménorrhée*.

les organes malades et les organes sexuels. » Il serait impossible, disent-ils, de dire à quelle période des maladies l'aménorrhée se déclare. Si les organes lésés ont avec l'utérus une étroite sympathie, que ce soient, par exemple, l'estomac, le cerveau, le cœur, le dérangement survient de très-bonne heure (1). »

Nous serions curieux de savoir sur quelles preuves les auteurs du *Compendium* ont basé une opinion aussi en opposition avec l'observation des faits? Où ont-ils vu, par exemple, que les affections du cœur dérangeaient plutôt les règles que celles de la peau, des organes respiratoires, etc., etc. D'un autre côté, comment ont-ils pu s'assurer que le cœur ou l'estomac avaient plus de sympathie pour l'utérus que la peau ou les intestins?

Beaucoup d'anciens auteurs semblent attribuer à la menstruation une certaine influence critique sur les maladies.

Si la plupart des auteurs modernes se taisent là-dessus, il y en a aussi qui pensent absolument comme les anciens.

« L'apparition des règles, dit M. Brière de Boismont, à qui on doit un très-bon livre sur la menstruation, est à ce point favorable dans le cours des maladies aiguës, qu'on l'a vue exercer une heureuse influence sur la *fièvre jaune* dont elle a quelquefois décidé la solution la plus désirable (2). »

M. Brière de Boismont, à qui la science est déjà redevable de plusieurs travaux utiles, aurait rendu en cette circonstance un véritable service, s'il nous eût appris, par des recherches statistiques, jusqu'à quel point nous pouvons compter en thérapeutique sur la coopération salutaire de la menstruation dans les différentes maladies de notre climat. C'était le seul moyen peut-être de nous faire paraître moins extraordinaire ce qu'il nous en a dit à l'occasion de la fièvre jaune.

Tout ce qui précède vient à l'appui de ce que nous avons dit en commençant : qu'on n'a rien su jusqu'à présent de positif sur le rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique. Tout repose, la plupart du temps, comme nous venons de le voir, sur des assertions vagues des anciens que l'on n'a même pas songé de soumettre au contrôle d'une observation sévère. Nous avons pensé qu'il était digne de notre époque de discuter cette intéressante question au point de vue de la clinique exacte. Après les belles conquêtes qui ont enrichi, dans ces dernières années, la physiologie de la menstruation, une pareille discussion ne peut pas manquer d'offrir de l'intérêt, et doit porter ses fruits.

CHAPITRE. Ier. — *Affections des organes sexuels.*

La menstruation étant une fonction des organes sexuels, il est tout naturel que nous commencions par ces organes l'étude du rôle qu'elle joue dans la pathologie et la thérapeutique. Nous savons déjà que les ovaires sont les principaux moteurs du *molimen menstruel*, que c'est des follicules de Graaf arrivés périodiquement à la maturité que part l'excitation physiologique qui amène la congestion et se termine enfin par l'hémorrhagie. Mais quelle est l'étendue de cette congestion, quelles sont les parties qui sont la source de l'hémorrhagie? c'est ce qu'il nous importe avant tout de déterminer pour rendre plus intelligibles les différentes modifications que peut subir la menstruation dans le cours des affections des organes sexuels, ainsi que l'influence qu'elle peut avoir sur la marche de ses affections.

On n'a pas été toujours d'accord sur la source de l'hémorrhagie menstruelle Pline, Fabrice d'Aquapendente, croyaient que le sang menstruel avait pour source le vagin. M. Pauly rapporte un fait qui pourrait être invoqué à l'appui de cette manière de voir (3). Stahl, Columbius et Vieussens faisaient sortir le sang des règles du col de l'uterus. Cette opinion a été soutenue tout récemment dans un journal de médecine avec une certaine apparence de succès, mais l'auteur semble ignorer les travaux antérieurs sur cette matière (2). D'autres enfin comme : Vesale, Littre, Morgagni, Winslow, Mauriceau, M. Paul Dubois regardent la cavité de l'utérus comme la véritable source de l'hémorrhagie menstruelle.

Tout semble se réunir à l'appui de cette dernière opinion. Nous ferons cependant observer que ce n'est pas seulement la membrane interne de l'utérus, mais aussi celle des trompes et même la membrane interne du follicule de Graaf arrivé à la maturité, qui exhalent du sang pendant les époques menstruelles.

Dans toutes les ouvertures que nous avons faites, de chiennes en chaleur, nous avons constamment trouvé la membrane interne de l'utérus et des trompes fortement injectée, ayant l'aspect tomenteux et recouverte d'une légère couche de sang. Cet état s'étendait jusqu'aux ovaires dont les follicules mûres formaient à la surface des saillies d'un rouge violet allant quelquefois jusqu'au noir. Chez les truies en chaleur l'intérieur des follicules mûres est constamment rempli d'un caillot de sang résultat d'une hémorrhagie physiologique interne. Chez la femme on trouve toujours un épanchement sanguin dans la cavité du follicule, quelques jours après chaque époque menstruelle.

Winslow avait remarqué déjà que la membrane interne de l'utérus offrait, au moment des règles, un aspect velouté qu'elle devait à de petites villosités très-fines, rougeâtres et teintes de sang (3).

Mauriceau ayant examiné la matrice d'une femme pendue, au moment des règles, a trouvé le fond de sa cavité enduit de petits grumeaux de sang caillé. Les vaisseaux étaient fortement distendus jusqu'à son col et des caillots obstruaient les orifices qui se dégorgeaient dans le fond de l'utérus (1).

Le docteur Lee rapporte qu'ayant eu l'occasion d'examiner, en 1831, le corps d'une femme morte, pendant la menstruation, d'une phlébite de la veine basilique, a vu les *trompes de Fallope rouges, gonflées, et leur cavité remplie de sang menstuel. La membrane interne de l'utérus était tapissée par le même fluide*, et les *parois de cet organe étaient molles et vasculaires*. Sur une autre femme morte dans la même année, pendant la menstruation, d'une pneumonie, il a *vu les extrémités libres des trompes remplies de sang, tandis que la surface interne de l'utérus était remplie de sang menstruel* (2).

La plupart des auteurs qui ont eu l'occasion d'examiner les organes sexuels des femmes mortes dans les mêmes circonstances ont remarqué également la présence du sang dans les trompes et la cavité de la matrice.

Nous croyons que ce que nous venons de décrire a lieu le plus ordinairement, mais nous ne prétendons point pour cela que le sang ne puisse pas venir aussi quelquefois du col et même du vagin. A n'en juger que par l'abondance de l'hémorrhagie chez certaines femmes, on serait déjà disposé de croire que ces parties peuvent apporter quelquefois leur contingent à l'hémorrhagie menstruelle, contingent qui peut même surpasser en quantité celui provenant de l'intérieur de l'utérus. C'était à peu près la manière de voir de Spigel.

« Vidimus, dit-il, uterum crassiorem sanguinem apertis interna uteri parte venarum osculis et manifeste patentibus fundisse... vidi tamen bis in aliis ex venis cervicis tantum, non etiam ex utero fluxisse, frequentissimum tamen est uteutris-

(1) *Ouvrage cité*, t. I, p. 63; par De La Berge et Monneret. Notre savant confrère, le docteur Fleury, n'est venu donner son utile concours à la rédaction du *Compendium* qu'après la mort de De La Berge.

(2) *De la Menstruation*, 1842, p. 474.

(3) *Maladies de l'utérus*, d'après les leçons de Lisfranc, Paris, 1836.

(2) *Gazette des hôpitaux*, année 1855, 3 avril.

(3) *Exposition anatomique du bas-ventre*, in-4° p. 574.

(1) *Des maladies des femmes grosses ou accouchées*, tome Ier, p. 16, obs. 49.

(2) *Cyclopedia of medicine*, t. III, année 1834.

que purgentur, nec non nisi præter naturam ex alterutro cum obstructiones videntur fluxus impedire (1). »

Vouloir d'ailleurs déterminer avec une précision mathématique les limites des effets de l'excitation physiologique partie des ovaires, serait une prétention exorbitante. L'étendue du rayon de cette excitation doit nécessairement être subordonnée à bien des conditions individuelles qu'il ne peut pas être toujours facile d'apprécier. Ce qu'il nous importe avant tout de constater, c'est que l'*hémorrhagie* est un caractère générique de l'*ovulation*. Ce caractère est constant chez la femme, et on le retrouve même chez plusieurs femelles des mammifères.

Ce n'est point, comme on pourrait le croire, une hémorrhagie *traumatique*, résultat de la rupture des follicules arrivés au plus haut degré de leur développement, mais une hémorrhagie inhérente à l'ovulation. Nous ferons observer qu'elle a lieu dans les follicules avant leur rupture, et que, d'un autre côté, le sang que l'on trouve dans les trompes ou la cavité utérine n'est point transporté dans ces organes des ovaires, mais qu'il est exhalé sur le lieu même. Cependant, sous l'influence du travail physiologique qui se fait dans ces parties, d'autres portions de l'appareil sexuel peuvent se congestionner et donner lieu à une hémorrhagie plus ou moins abondante. C'est ainsi qu'on a pu voir plus d'une fois le col de l'utérus, et même le cul-de-sac du vagin, servir de source principale à l'hémorrhagie menstruelle. Il ne serait pas même impossible que, dans certains cas exceptionnels, l'hémorrhagie se fît au centre même de nombreux plexus vasculaires qui rampent sur la face externe de l'utérus, sous le péritoine, ou entre les deux lames des ligaments larges, et que l'on pût expliquer ainsi, au moins quelquefois, la formation de ces curieuses collections sanguines décrites dans ces derniers temps sous le nom d'*hématocèle rétro-utérine*, à cause du siége qu'elles occupent dans le tissu cellulaire situé derrière l'utérus, entre cet organe, le vagin et le rectum, et pouvant remonter jusqu'aux fosses iliaques (2). Tout pathologiste doit donc considérer deux éléments distincts dans la menstruation : les phénomènes de l'ovulation, qui se passent dans les ovaires, et l'hémorrhagie. Cette dernière, quoique liée étroitement à l'ovulation, ne conserve pas moins un côté plus ou moins indépendant par lequel elle ressemble à toutes les hémorrhagies en général, étant soumise comme elles aux mêmes influences. Ainsi, la constitution, le genre de vie, les émotions morales, la position du corps, l'habitude, etc., tout, en un mot, ce qui a une certaine action sur le système circulatoire, peut en même temps influer sur l'hémorrhagie menstruelle et la rendre plus ou moins abondante. Disons même plus, dès que l'économie a pris l'habitude d'une hémorrhagie par les organes sexuels, elle se trouve toujours disposée à perdre du sang par cette voie, et l'on peut y observer des hémorrhagies en dehors de toute incitation ovarique, à la suite des causes communes à toutes les hémorrhagies en général, quelquefois même sous l'influence de la seule habitude. Il faut donc se garder de considérer comme hémorrhagie menstruelle proprement dite, toute perte de sang par les organes sexuels qui en aurait l'apparence. Il n'est pas rare, par exemple, de voir des femmes âgées qui, après avoir déjà cessé d'être réglées, continuent encore à avoir de temps en temps des petites pertes imitant les règles pour leur durée et l'abondance. Le vulgaire confond souvent ces hémorrhagies posthumes avec la menstruation, mais une semblable confusion ne serait pas permise à un médecin.

Nous pourrions en dire autant de la plupart des maladies aiguës fébriles. Sous l'influence de l'excitation du système circulatoire général qui caractérise l'état fébrile, les membranes muqueuses se congestionnent facilement, et quelques-unes d'entre elles, surtout celles du nez, des intestins et des organes sexuels, peuvent devenir facilement le siége des hémorrhagies, étant à cela déjà naturellement plus ou moins disposées. M. Hérard, qui a insisté avec talent sur cette influence de l'état fébrile sur la circulation générale, et particulièrement sur celle des organes sexuels, attribue avec raison à cette influence l'avancement des règles, qu'il a signalé comme un phénomène général dans les maladies aiguës fébriles, quand celles-ci débutent aux approches de l'époque présumée de la menstruation (1). Cependant, M. Hérard est-il encore dans le vrai lorsqu'il considère toujours comme des *règles*, des hémorrhagies qui se répètent *jusqu'à trois fois dans l'espace d'un mois* (2), sous l'influence de recrudescences fébriles? Nous livrons cette question aux méditations de notre honorable confrère; serait-ce trop présumer que de supposer qu'il aura sans doute changé d'avis s'il a lu attentivement ce que nous avons dit au commencement de ce chapitre?

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) *De humana corporis fabrica*, p. 174.
(2) Voyez une thèse très-intéressante soutenue sur ce sujet par M. Vigués (*Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne*, thèses de Paris, 1850, n° 244).

(1) *De l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles et réciproquement.*
(2) Voyez p. 7, observ. 4.

Note sur le traitement très-simple pour la cure radicale de l'hydrocèle. — Et quelques mots sur les sondes a bougies qui ont contribué a rendre moins fréquentes certaines inflammations et les fausses routes que déterminaient si souvent l'emploi des anciennes sondes élastiques et surtout les cathéters métalliques.

Par M. le docteur Guillon.

(*Communiqué à l'Académie de médecine.*)

J'attends depuis 1843 un rapport sur mon procédé pour la cure radicale de l'hydrocèle, et ce rapport reste toujours dans l'oubli.

Ce genre de traitement, que j'ai toujours employé avec succès depuis vingt-cinq ans, est un perfectionnement du procédé de notre illustre Larrey qui faisait la ponction de la tunique vaginale avec le bistouri et plaçait ensuite dans la plaie un bout de sonde élastique de 9 cent. de longueur.

Ma manière de faire étant beaucoup plus simple, *serait employée par tous les médecins*, si elle était connue. En outre on abandonnerait les injections vineuses et les injections iodées, qui parfois produisent des accidents graves ; excitant trop la tunique vaginale ou ne l'excitent point assez pour déterminer une inflammation convenable.

Ce traitement *consiste à introduire dans la tunique vaginale, par la canule, aussitôt qu'on a fait la ponction, une petite sonde très-flexible qui, à mesure que le liquide sort, se replie sur elle-même en spirale* (Cette introduction peut se faire sans que le malade s'en doute). On maintient cette sonde en place au moyen d'un lien fixé à son extrémité externe qu'on noue au devant du scrotum après avoir formé autour une espèce de 8 de chiffre avec ce lien. Et pour éviter que cette sonde se dérange, on place le scrotum dans un suspensoir, ce qui permet au malade de se promener, s'il le veut, jusqu'à ce que la douleur et le développement de l'inflammation le forcent à garder le lit pendant deux ou trois jours seulement.

On retire ce corps étranger lorsque la tumeur a acquis le double du volume du testicule.

Cette circonstance m'en offrant l'occasion, je ferai remarquer que c'est à cette espèce de sonde à extrémité très-flexible terminée par un petit renflement olivaire, extrémité qui sert de conducteur, et aux bougies de même forme que j'ai fait fabriquer il y a plus de vingt-cinq ans, généralement adoptées aujourd'hui, qu'on doit de ne plus rencontrer aussi souvent de fausses routes dans l'urètre. Elles ont également con-

tribué à diminuer les accidents inflammatoires de la prostate et de la vessie que produisaient les sondes élastiques droites ou à courbure défectueuse, et surtout les cathéters métalliques (1).

Traitement topique de la couperose, du prurigo, du prurit, par la pommade au nitrate de mercure.

Le *Journal des connaissances médicales pratiques* publie sous ce titre l'article suivant dans lequel l'auteur déclare avoir épuisé *tous les moyens* contre une couperose qu'il a enfin guéri par le nitrate de mercure. Quand on parle de tous les moyens, cela ne doit pas empêcher de signaler spécialement chacun d'eux. Il est, en effet, douteux qu'on emploie *tous* les moyens avant de recourir à celui que l'on connaît, et nous oserions même assurer que l'auteur n'a pas employé la méthode de M. Rochard, laquelle est bien autrement puissante, et donne des résultats bien autrement durables que le traitement par le nitrate d'argent. Nous avons déjà fait connaître des faits cliniques importants relatifs à cette méthode ; nous ferons connaître prochainement toutes les particularités de la méthode elle-même.

« M. le docteur Clément Ollivier, dit le rédacteur du *Journal des connaissances médicales chirurgicales pratiques*, nous donne en ces termes les résultats de sa pratique contre les maladies susénoncées : J'avais employé tous les moyens thérapeutiques contre une couperose de la face, dont était affectée depuis dix années une femme jeune encore, d'une grande beauté, et qui était au désespoir de se voir ainsi affligée, lorsqu'une dame, affectée d'une dartre rongeante, me montra une pommade qu'elle prenait, disait-elle, chez M. Fontaine, pharmacien, place des Petits-Pères. J'achetai moi-même chez ce M. Fontaine un pot de sa pommade, dont il a fait une sorte de spécialité, et quinze jours suffirent pour guérir complétement ma malade.

« Or, cette pommade n'est rien autre chose que de l'axonge ou de la pommade de concombres, avec addition de quelques gouttes de nitrate acide de mercure pour 30 grammes. Seulement, j'ai remarqué que cette pommade n'est parfaitement efficace qu'à l'état frais, autrement elle devient pommade citrine et n'a plus la même action, parce qu'elle n'est active qu'autant que le nitrate de mercure est en suspension et non à l'état de combinaison.

« Cette pommade m'a constamment réussi dans toutes les affections de la peau, teignes, gale, affections dartreuses de tout genre, mais c'est surtout dans le prurigo des bourses et de l'anus que j'en ai éprouvé toute la supériorité. Toute une famille attaquée héréditairement de cette cruelle affection, qui avait résisté à tous les moyens connus, a été radicalement guérie par l'emploi de cette pommade pendant huit jours.

« Aussi la propagation de ce procédé me paraîtrait-elle un bienfait. Pour les couperoses, on l'emploie le soir seulement en onctions, gros comme un pois, étendu sur la peau ; cinq à six minutes après cette onction, on a besoin d'oindre la peau de pommade de concombres, puis le matin du lendemain on lave la peau avec de l'eau de guimauve tiède.

(1) Ces sondes et ces bougies ont été adoptées dès que le mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie en janvier 1839, en eut fait connaître les avantages. Voici ce qu'on lit à la page 310 de la *Revue médicale*, numéro de février 1839 où le mémoire est inséré, dans un passage emprunté au compte rendu des travaux de la Société de médecine pratique, année 1831 et 1832, publié par le docteur Serrurier. « Nous ne pouvons, dit-il, qu'applaudir aux résultats heureux de notre confrère Guillon dans l'emploi des bougies élastiques *très-flexibles, de forme conique, dont l'extrémité offre un renflement olivaire*. Celles à ventre qu'il a imaginées depuis, et qui présentent un renflement du double de leur diamètre dans une étendue d'environ 2 pouces et demi (7 à 8 cent.), tout aussi flexibles au lieu renflé, que dans le reste de leur longueur, également à bout olivaire, ont sur celles *non flexibles*, employées jusqu'à présent, l'avantage de pouvoir être introduites avec facilité par les personnes les moins habiles, et de ne distendre que la partie malade de l'urètre ; de plus, leur bout olivaire ne s'engage pas dans les lacunes de l'urètre. »

« Pour les affections herpétiques, au lieu de dix gouttes par 30 grammes de pommade de concombres, on fait la pommade de 2 à 4 grammes par 30 grammes d'axonge, et on l'emploie gros comme une aveline à chaque friction du soir. Puis le lendemain matin on lave également avec l'eau de guimauve, puis vient également l'onction avec la pommade de concombres ou avec un cérat composé de mi-partie d'huile d'olive et de cire blanche.

« Il est bien certain que cette pommade agit en mettant en contact immédiat le nitrate acide de mercure, qui lui-même agit comme léger escarrotique sur la peau.

« La pommade au nitrate (azotate d'argent) répond aussi aux mêmes indications, mais elle a l'inconvénient de noircir temporairement la peau avec laquelle on la met en contact. »

Puisqu'un nouvel épisode se présente dans l'odyssée de l'homœopathie, nous en profiterons pour donner deux renseignements aux deux honorables écrivains qui se sont chargés de soutenir la croisade anti-homœopathique à Marseille.

M. Sauvet reproche à M. Chargé d'avoir injustement classé M. Trousseau parmi les homœopathes. Pour avoir complétement raison, il faut être juste envers ses ennemis ; or, M. Chargé ne s'est trompé qu'à moitié en plaçant M. Trousseau dans la galerie homœopathique. Si M. Sauvet veut se donner la peine de *collationner* ce que dit M. Trousseau de la méthode substitutive (entre autres) avec ce qu'en ont dit les plus célèbres homœopathes, il se convaincra sans peine que le professeur de Paris leur a fait plus d'un emprunt ; le seul mérite qu'il ait sur les homœopathes déclarés, c'est qu'il ne paraît pas avoir eu conscience de ses réminiscences, et que les idées qu'il expose sur la méthode substitutive semblent, lorsqu'on le lit, lui appartenir en propre.

Quant à notre excellent et honorable correspondant, M. Cruchet, il a été induit en erreur lorsqu'on lui a dit qu'il avait été question de créer une chaire d'homœopathie à la Faculté de Paris, et que tous les professeurs de la célèbre Faculté auraient, à cette proposition, menacé de donner leur démission.

D'abord, il n'a jamais été question sérieusement, si ce n'est dans des régions dont la Faculté ni la science n'ont à se préoccuper, de créer une chaire d'homœopathie à Paris. — Cependant, des médecins, trompés par certains bruits, ont pu croire le contraire, et pour tout dire, hélas ! il en est de très-allopathes ou passant pour tels, qui aux premiers murmures de ces bruits s'en allèrent au secrétariat de la Faculté prendre des renseignements sur les conditions à remplir pour se présenter à la chaire future.

En second lieu, si la création avait été réellement décidée, les professeurs, presque tous au moins, sinon tous, n'auraient nullement donné leur démission, et cela pour plusieurs raisons qu'on peut résumer ainsi : C'est que s'ils l'avaient donnée, on l'aurait acceptée.

— Nous avons reçu de M. Raciborski une lettre que nous insérerons dans notre prochain numéro, et de M. Carnot un *post-scriptum* qui nous oblige à retarder de deux jours l'insertion de la sienne.

Discussion sur la transmission de la syphilis par la vaccination et des symptômes secondaires par le contact.

Le rapport de M. Broca que nous avons publié, a donné lieu à la Société de chirurgie à une discussion dont nous reproduirons les éléments les plus sérieux. — Nous commençons par le discours de M. Vidal.

Je voulais m'abstenir de parler dans cette discussion. Mais, Messieurs, le silence n'est pas toujours facile ; il n'est pas toujours digne.

Un médecin, un confrère est poursuivi par la haine aveugle des familles, ses intérêts sont compromis. La liberté va lui être ravie. Sa cause est celle de notre profession qui se trouve menacée dans son indépendance.

M. Pauli prend la défense du confrère malheureux et de la profession malheureuse.

M. Broca nous traduit librement, M. Pauli y ajoute de l'éloquence, du sentiment, choses qui me sont très-sympathiques et que j'applaudis de tout cœur. Je me serais donc borné à mon humble approbation, si M. Pauli s'était contenté de discuter les faits pour les atténuer, les réduire même à l'état de fables inventées par des parents que le malheur rend injustes. Mais à l'appréciation des faits, chose déjà assez difficile, M. Pauli a joint une question de doctrine ; en défendant un confrère il a attaqué un dogme en philosophie.

M. Pauli proclame comme universellement admise la *non-transmissibilité des accidents secondaires*, ce n'est donc plus une question professionnelle qui vous est soumise, mais encore une question de science. Il serait donc singulier qu'on la négligeât tout à fait dans une réunion scientifique.

Je ne me propose pas de rouvrir une de ces discussions passionnées dont quelques Académies gardent encore le souvenir. Je pense même qu'il vaut mieux réserver les forces et le temps de la Société pour un prochain débat qui aura l'avantage d'offrir au moins du nouveau, je ne répèterai donc pas les pages que j'ai écrites dans le livre dont j'ai fait hommage à la Société aujourd'hui même. Mais je dirai à M. Pauli qu'il a choisi un mauvais moment pour nier d'une manière absolue la transmissibilité des accidents syphilitiques dits secondaires.

De quoi s'agit-il en effet? D'un enfant issu d'une mère ayant eu la syphilis ; il porte des pustules auxquelles on puise pour inoculer douze autres enfants dont huit offrent, après l'inoculation, des accidents syphilitiques qu'ils communiquent à neuf grandes personnes en rapport avec eux pour leur donner des soins.

Ces personnes voient naître d'abord des accidents sur les points du corps qui touchaient les enfants, puis à l'anus, aux parties génitales.

Je ne connais ces faits que par des analyses de M. Pauli et de M. Broca, qui certainement n'ont pas voulu les présenter d'une manière défavorable à leur client; cependant il y a dans leur nombre, dans leur ensemble quelque chose que je ne voudrais pas voir comme confrère du praticien qui a comparu devant le tribunal de Bamberg, mais qui n'échappera pas aux regards de la science.

Je le répète, M. Pauli devait se borner à une sévère appréciation des faits. Il a eu tort et a nui à son client en voulant trop prouver.

M. Broca n'a pas pu et n'a pas voulu nier d'une manière absolue la transmissibilité des accidents secondaires; mais, selon notre collègue, les faits qui la prouvaient et les syphiliographes qui la soutenaient étaient très-rares.

Je ne dirai rien aujourd'hui sur les faits. Il en existe; c'est suffisant au point de vue doctrinal. Quant à leur nombre, je puis avancer qu'il augmente tous les jours et que sous peu on en connaîtra de nouveaux et de très-importants.

M. Broca a voulu compter les noms des partisans de la contagion des accidents secondaires, et il n'en a trouvé que deux dans la Société de chirurgie.

Je ne sais si M. Broca a fait une enquête tout à fait complète. D'ailleurs tous ceux qui ont une opinion en syphiliographie n'ont pas l'honneur d'appartenir à votre Société. Ce n'est pas une raison pour les passer sous silence. Voici un dénombrement qui me paraît avoir une grande valeur.

Il n'est pas fait pour la circonstance.

Il est dans la traduction de mon livre par M. Blackman. Ne connaissant pas l'anglais, j'eus recours à l'obligeance de M. Giraldès.

Voici un feuillet de sa traduction; il contient vingt-huit noms des plus marquants qui sont favorables à la contagion des accidents secondaires.

M. Blackman dit en propres termes :

« Comme fréquemment cette question se présente en médecine legale, je crois rendre service aux jeunes praticiens en faisant connaître les autorités anglaises et américaines qui professent cette doctrine. Ce sont :

Sir Asthey Cooper, *Leçons de chirurgie*, par Tyvrel, ed. americ., p. 297.
Liston, *Eléments de chirurgie*, par Gross, p. 205.
Colles, *Maladies vénériennes*, p. 263.
Wallace, *Maladies vénériennes*, p. 335.
Hey, *Medico-Surg. transactions*, vol. VII, 1830, p. 541
Jesse Toot, *Maladies vénériennes*, p. 402.
Herbert-Mayo, *de la Sypilis*, p. 122-123.
Sir Benj Brodie, Leçons, *Lancette*, 1844, p. 177.
Babington, *Notes à Hunter*, ed. americ., p. 321.
Lawrence, Leçons de chirurg., *London medical gazette*, 1830, p. 806-807.
Porter, Leçons sur la syphilis, *Dublin med. Press.*, 1847, p. 99.
Whitehead, *Illustrations de la syphilis transmise.*
Samuel Lane, Leçons sur la syphilis, *Lancette*, 1842, p. 294.
Bacot, *de la Syphilis*, p. 252.
Cormicaë, *Leçons cliniques sur les maladies vénériennes*, p. 51.
Langton Parker, *Traitement moderne de la vérole*, p. 169.
Egan, *Maladies syphilitiques*, p. 293-294.
Erasme Wilson, *de la Syphilis*, p. 36.
Georg Mac Lellan, *Principe et pratique de la chirurgie*, p. 250-251.
Neligan, *Dublin Journal*, 1853, p. 119.
Campbell, *North journal de médecine*, 1844.
Cormack, *Monthly Journal*, 1844, p. 773.
Evanson et Mauwell, *Maladies des enfants*, ed. americ., p. 350
James Stewart, *Maladies des enfants*, p. 468.
John Watson, *Journal de méd. des Etats-Unis*, vol. II, p. 103.
Bulkley, Syphilis des enfants, *Journal de médecine de New-York*, 1840.

Dans un voyage que j'ai fait à Dublin, MM. Curack, Adams, Fleming et Wilmot, m'assurèrent qu'ils adoptaient cette manière de voir.

En Allemagne, les adhésions seraient encore plus nombreuses.

Revenons d'ailleurs en France, mais sortons de cette enceinte, et nous verrons l'Académie de médecine et l'Institut pencher pour la contagion. Lisez les livres importants de MM. Putegnat et Diday. Ouvrez les meilleurs livres classiques, ceux qui se partagent la faveur publique, et vous y verrez écrit en toutes lettres le nouveau dogme.

Valleix, cet excellent esprit que nous venons de perdre, dit, dans le tome III de son ouvrage :

« La transmission, par conséquent, des accidents secondaires, n'a « plus paru douteuse dans un certain nombre de cas, et ce fait que « la transmissibilité de la syphilis *par hérédité* rendait déjà infini- « ment probable, est définitivement adopté par la très-grande majo- « rité des médecins. M. Vidal (de Cassis) qui l'avait démontré expé- « rimentalement, l'a parfaitement établi, en rassemblant tous les « documents authentiques dans son ouvrage sur la syphilis. »

M. Grisolle a écrit dans son ouvrage : « Cependant nous verrons plus tard que la contagion des pustules plates est un fait aujourd'hui parfaitement établi. Rappelons aussi que M. Vidal a cité, dans son livre, des observations recueillies par lui-même et par d'autres médecins, notamment par MM. Cazenave, Richet, Bouley, où du pus fourni par des symptômes secondaires, a reproduit des accidents caractéristiques. Ainsi donc la vérole constitutionnelle est inoculable ; mais elle l'est à un degré infiniment moindre que les accidents primitifs. » (T. II, p. 142.)

Je m'arrête, car je ne dois pas discuter.

M. Pauli prétendait que personne n'admettait la transmissibilité des accidents secondaires. J'ai voulu prouver que M. Pauli se trompait sur l'état de la science, qu'il ignorait ses progrès: voilà tout.

Reste une question bien grande, mais très-obscure, que soulève ce déplorable procès ; la question de savoir si, contrairement à l'opinion de Hunter, deux actions morbides peuvent se produire dans la même partie, si deux éléments, deux virus peuvent exister ensemble sur le même point ; si dans la même pustule on peut trouver un élément de conservation et un principe de destruction ; si enfin on peut, avec le même pus, préserver de la petite et donner la grande vérole? Je n'ose aborder aujourd'hui cette question. Je laisse cette tâche difficile a de plus habiles.

Nous avons fait, au sujet de Valleix, la part de la douleur et des regrets : douleur profonde, d'autant plus vive et poignante qu'elle fut plus imprévue, et qui s'adoucira mais ne s'effacera jamais ; regrets amers, dus à l'homme excellent, à l'ami sûr, au confrère honorable et obligeant, aussi bien qu'à l'observateur rigide et à l'écrivain plein de science.

Un autre devoir nous commande aujourd'hui de revenir sur cette fin si prématurée, et devant ce devoir toute considération fléchit, même le soin de notre propre chagrin, trop récent pour n'être pas encore bien vif.

Il s'agit, en effet de l'intérêt de la science et de l'intérêt de l'humanité qui se confondent pour former le grand objet de notre ministère.

Notre ami a succombé à une angine couenneuse foudroyante.

Or, le traitement traditionnel de l'angine couenneuse vient d'être attaqué avec force dans un travail qui a suscité immédiatement diverses publications sur le même sujet : noux voulons parler du mémoire de M. Marchal (de Calvi), *Sur la nature et sur le traitement de l'angine couènneuse*, publié dans l'*Union médicale* (juin et juillet de cette année).

M. Marchal (après M. Lemaire, auquel il s'est empressé de rendre toute justice) propose le bi-carbonate de soude à haute dose dans le traitement de la diphtérite gutturo-pharyngienne ; mais surtout, et c'est ce qui constitue le principal intérêt de son travail, il attaque avec la plus grande énergie le traitement par la cautérisation. Dans cette attaque, qui pourrait sembler téméraire, tant la pratique combattue est générale, l'auteur procède du raisonnement, qui lui montre dans les fausses membranes une manifestation locale, un simple effet d'une cause générale que la répression de l'exsudation ne fait qu'exaspérer, et il procède aussi de l'observation, qui lui offre des cas dans lesquels les accidents ont pris une gravité soudaine et terrible tout aussitôt après la cautérisation.

Nous ne prenons parti, quant à présent, ni pour ni contre la doctrine de M. Marchal, et nous devons nous borner à signaler aux praticiens la méthode qu'il préconise, nous réservant de leur faire prochainement les arguments sur lesquels il le fonde. Mais s'il est vrai que le fait dont notre malheureux et cher confrère fut le sujet, est précisément un de ces cas dans lesquels il s'est produit une formidable et subite aggravation après l'application des caustiques, il faut qu'on le dise. Certes, il n'en résulterait pas que l'on dût condamner sans appel la cautérisation, mais le fait concourrait, suivant son importance, au résultat de l'enquête expérimentale à laquelle il est devenu nécessaire de soumettre le traitement usuel de l'angine couenneuse. En publiant les détails de ce cas douloureux, les honorables et savants confrères auxquels Valleix confia sa vie, agiraient suivant l'esprit qui ne cessa de l'animer et qui en fit un observateur si scrupuleux, un serviteur ardent et fidèle de la vérité. H. de Castelnau.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'homœopathie de Marseille et un épisode de l'homœopathie de Paris. A la suite de débats dont nous avons entretenu nos lecteurs, M. Chargé, médecin homœopathe de Marseille, a publié une brochure intitulé : l'*Homœopathie et ses détracteurs.* La Société de médecine de Marseille, dont plusieurs membres, à ce qu'il paraît (1), sont vivement attaqués dans cette brochure, a nommé une commission pour l'examiner et en faire l'objet d'un rapport. M. Sauvet a été chargé de ce soin. Après une rapide analyse critique de la brochure, le rapporteur conclut par les propositious suivantes, qui ont été adoptées à l'unanimité moins une voix :

« La Société impériale de médecine se borne à donner le démenti « le plus formel et le plus complet aux assertions émises dans ce tra- « vail et relatives à sa conduite pendant le choléra de 1854. »

Les autres propositions sont relatives à la publicité à donner au rapport et aux conclusions.

— M. Groux, affecté de fissure congéniale du sternum, sera présenté, au public médical, par M. le professeur Bouillaud, dans l'amphithéâtre de la Charité, mercredi prochain, 25 juillet, à trois heures de l'après-midi.

M. le professeur Bouillaud a bien voulu se charger de faire la démonstration de ce cas intéressant.

Nous donnons cet avis aux médecins et aux élèves qui voudraient assister à cette séance.

Réorganisation de l'École de médecine de Toulouse. — Par décret en date du 11 juillet 1855, l'École préparatoire de Toulouse a été réorganisée ainsi qu'il suit :

L'enseignement comprendra :

1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Exceptionnellement, et en considération de la Faculté de droit de Toulouse, il est crée à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse une cqaire de médecine légale, qui sera confiée à un neuvième professeur titulaire.

Le nombre des professeurs adjoints, la ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique externe ;
A la chaire de clinique interne ;
A la chaire d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et de physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse :

Un chef de clinique interne ;
Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 11 juillet 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse,

En conséquence de ce décret, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Bonamy (Constantin-Louis).
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Rolland.
Clinique externe. — M. Dieulafoy.
Pathologie interne. — M. Gaussail.
Clinique interne. — M. Dassier (Simon).
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Lafforgue.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Noulet.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Filhol.
Médecine légale. — M. Causse (Séverin).

Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. Estevenet.
Clinique interne. — M. Bernard.
Anatomie et physioliogie. — M. Pécot.

Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Auger (Ferd.).
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. Dassier (Adolphe).
Pour les chaires de de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie. — M. Magnes.

M. Auger (Ferdinand), professeur suppléant pour la chaire de médecine proprement dite, est nommé chef de clinique.

M. Noguès, chef des travaux anatomiques.

M. Dassier (Simon), professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. Naudin, ancien professeur d'anatomie et de physiologie ; M. Bessières, ancien professeur de clinique interne ; M. Ducasse, ancien professeur d'accouchements, ont été nommés professeurs honoraires.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

(1) Nous disons il paraît, non pour mettre en doute les assertions de l'honorable docteur Sauvet, mais pour indiquer que la brochure de M. Chargé n'est point parvenue jusqu'à nous.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 89. 3e année. Mercredi 25 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 25 juillet 1855.

De la folie, de son caractère essentiel et de ses rapports avec l'ordre social.

A Monsieur FERRUS, *inspecteur général des établissements d'aliénés de France.*

Vénéré maître et bien cher collègue,

Dans la discussion que l'Académie vient de clore et à laquelle vous avez pris une part si honorable, il est arrivé ce qui arrive dans presque toutes les discussions analogues. Partis d'un point de vue circonscrit, les orateurs ont rapidement agrandi leur horizon, et bientôt une foule de questions ont été soulevées, tranchées ou effleurées ; aucune n'a été résolue. Parmi celles qui ont été les moins remarquées, il en est une qui a toujours eu le privilége de captiver mon attention, soit à cause de sa haute portée sociale et philosophique, soit surtout parce qu'à l'opposé de la plupart des autres, elle m'a paru susceptible d'une solution aussi nette qu'elle est importante. Un instant, pendant la discussion, vos regards se sont portés sur elle, juste assez longtemps pour nous faire regretter que votre esprit généreux et élevé n'en ait pas fait l'objet spécial de ses méditations. A défaut des savantes considérations que vous auriez pu nous faire entendre, j'ai pensé qu'on accueillerait avec bienveillance quelques remarques auxquelles je n'accorde d'ailleurs d'autre mérite que celui d'appeler l'attention sur un des plus beaux sujets qui puissent occuper l'esprit humain.

Un mot seulement, avant d'entrer en matière, sur l'origine du débat académique et sur quelques-unes des questions qui lui ont servi d'aliment.

Le point de départ de la discussion, vous ne l'avez point oublié, était dans les deux assertions suivantes de M. Moreau :

1° *La folie est une affection identique, quant à sa nature, à toutes les autres affections de l'organisme humain ;*

2° *Il y a identité absolue*, au point de vue psychologique, *entre le rêve et la folie.*

A la première assertion, vous avez paru donner votre approbation complète quand vous avez dit, dans votre second discours : *l'aliénation est une maladie comme les autres.* Mais cette locution, j'en suis bien convaincu, n'a pas rendu toute

FEUILLETON.

Traité de l'éducation physique et morale.

Par le docteur A. CLAVEL (1).

On reconnaît (2) généralement aujourd'hui *la nécessité* de l'intervention du médecin dans l'éducation physique de la jeunesse et son *utilité* dans l'éducation intellectuelle. Un mémoire tout récemment présenté à l'Académie de médecine par MM. Poujet et Valat vient encore d'apporter de nouvelles preuves à l'appui de cette opinion.

En est-il de même de l'éducation morale ? Le livre que nous annonçons conclut pour l'affirmative, comme le prouve son titre, et contre notre opinion. Nous pensons que sur ce terrain le médecin n'a plus la même spécialité, la même autorité, et les préceptes que formule le livre de M. Clavel s'adressent autant aux parents ou aux maîtres qu'à l'élève.

L'instruction morale doit donc, selon nous, comme l'instruction religieuse, être réservée ; l'une pas plus que l'autre ne peut être traitée d'une manière accessoire. Aussi nous occuperons-nous spécialement du premier volume de M. Clavel lequel, s'occupant surtout de l'éducation physique, est le plus conforme au but et au titre de l'auteur.

Dans l'étude successive des différents âges de la vie et des soins qu'ils exigent, le livre du docteur Clavel nous a souvent présenté d'excellents préceptes ; mais nous avons constaté deux lacunes importantes, que nous devons signaler.

Des hommes très-recommandables se sont occupés de ce qu'on a appelé, faute d'une expression plus convenable, l'éducation *antérieure*, c'est-à-dire une série de soins par suite desquels les impressions, les sensations, perçues par la mère pendant sa grossesse, sont calculées de manière à retentir sur l'*enfant à naître*, afin de lui transmettre des dispositions spéciales. M. Victor Meunier a récemment exposé les opinions de M. Frazière sur ce point ; longtemps auparavant (1851), M. H. Duport, dans ses *Conseils sur l'éducation*, avait constaté l'influence du régime suivi par la mère, et celle des impressions reçues par elle, sur la santé, l'intelligence et la moralité de l'enfant qu'elle porte dans son sein. Des études de ce genre ont même été faites sur des animaux (*Revue britannique*, Education des pigeons). Ces idées, paradoxales peut-être, méritaient au moins d'être mentionnées.

La seconde lacune a trait à la vaccine, sur laquelle l'auteur nous semble n'avoir pas tracé une ligne, et qui fait certainement partie de l'ensemble des soins destinés à maintenir la beauté et la santé du du corps (1).

(1) Deux vol. in-12, form. Charpentier. — Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

(2) M. le docteur Payen ayant bien voulu se rendre compte de l'ouvrage de M. Clavel, dont il avait déjà accepté l'appréciation dans un autre journal, *la Propriété littéraire,* nous avons jugé suffisant de reproduire l'article que notre très-savant collaborateur vient de publier dans ce dernier recueil. (*Note du rédacteur.*)

(1) Nous avons constaté bien d'autres lacunes, mais elles sont d'une importance secondaire. Nous n'en citerons que quelques-unes. L'auteur ne mentionne pas cette précaution essentielle de choisir pour le moment du sevrage le temps de repos qui suit toujours l'évolution des dents congénères ; en insistant sur la nécessité de s'accoutumer à lutter contre la soif, il aurait pu indiquer le moyen de la rendre plus supportable en tenant con-

votre pensée. Vous avez voulu dire sans doute que l'aliénation est une maladie comme les autres, en ce sens qu'elle a son siége tout entier dans l'organisme, et qu'elle ne réside pas dans l'altération peu intelligible d'un principe inutile et hypothétique qui serait en dehors de l'organisation. Sous ce rapport, votre discours a été d'une netteté et j'ajouterais presque d'un courage dignes des plus grands éloges.

Quant à la *nature* de l'aliénation, je n'aurais qu'à reproduire ajourd'hui des remarques que j'ai déjà présentées à mon excellent et distingué collègue et ami, M. Moreau, lors de la lecture de son mémoire. (*Voir* le *Moniteur des hôpitaux*, 13 avril 1854.) Discuter sur la *nature* des choses, tant qu'on n'a pas défini ce qu'on entend par ce mot si vague de nature, c'est s'engager dans une voie sans issue, par conséquent dans des dissertations sans fin comme sans utilité. Je dirai seulement que prétendre, par exemple, que l'aliénation mentale est une maladie de même nature que la phthisie, la variole, la morve, le cancer ou la fièvre intermittente, ce serait soutenir une doctrine qui bouleverserait toutes les idées admises en pathologie. Je vois bien les inconvénients d'une telle révolution; mais j'avoue que je n'en saurais voir les avantages.

En ce qui concerne les difficultés que présente l'observation et surtout l'interprétation des faits, votre opinion certainement ne saurait être que l'aliénation mentale soit *une maladie comme les autres.* Tout ce qui se rattache à l'étude des facultés de l'entendement, appartient à une sphère très-différente de celle dans laquelle sont renfermés les phénomènes de coloration, de consistance, de densité, de lenteur ou de fréquence, etc.

C'est une vérité que votre esprit pénétrant ne vous auriez certainement pas permis de méconnaître, si votre pensée s'était portée vers elle, et que vous auriez, au contraire, senti la nécessité de proclamer bien haut, tant la tendance est grande à la laisser passer inaperçue.

On s'imagine trop volontiers que pour apprendre l'aliénation mentale, il suffit de fréquenter les aliénés, et qu'on se fait aliéniste comme on se fait anatomiste-disséquant, chirurgien-opérateur ou chirurgien-dentiste. C'est une grave erreur. En voyant les aliénés, en conversant avec eux et en leur tâtant le pouls, le premier venu verra bien que ceux qu'on qualifie de fous ne ressemblent pas absolument aux gens réputés sensés; mais le premier venu ne deviendra pas pour cela un aliéniste; pas plus qu'il ne deviendra un peintre en regardant des tableaux et en étalant des couleurs sur une toile; pas plus qu'il ne deviendra un maestro en méditant les règles du contre-point; pas plus qu'il ne deviendra un poète en s'endormant sur la prosodie et sur le *Dictionnaire des rimes*; pas plus qu'il ne deviendra un homme d'Etat en compilant Montesquieu ou Machiavel; pas plus, enfin, qu'il ne deviendra un philosophe en lisant Locke, Aristote, Voltaire, Gall ou Jouffroy. Il serait inutile d'insister davantage; ceux qui veulent être attentifs comprendront qu'il est, dans les branches diverses des connaissances humaines, des degrés, et que les degrés ne se correspondent pas dans chaque spécialité : suivant le degré, on est, en général, l'homme de l'art ou l'homme de la profession; mais de même qu'il est certains instruments de musique, il est aussi certaines parties de la science qui ne supportent pas la médiocrité, et en aliénation mentale, on est presque inévitablement virtuose ou ménétrier.

Voilà, vénéré maître et bien cher collègue, ce qu'en meilleurs termes, vous auriez dit, si vous y aviez pensé, et ce que votre oubli m'oblige à dire avec moins d'autorité, mais avec une conviction égale à la vôtre.

Ainsi, pour nous résumer d'un mot, ce serait une erreur funeste de croire qu'une affection dont l'histoire est intimement liée à celle des phénomènes de l'entendement, dont le traitement est presque toujours une atteinte au premier droit de l'homme, la liberté, soit une maladie en tout semblable, à plus forte raison identique aux autres.

Serait-il plus vrai de dire qu'il y a *identité absolue* entre le rêve et la folie? personne ne le croira. Mon excellent ami, M. Moreau, a été conduit à cette exagération par une pensée juste à beaucoup d'égards, mais qui, comme tous les principes appliqués à outrance, l'a conduit à des conséquences qui ne se discutent même pas. Un homme pour qui vous connaissez toute mon estime, M. Baillarger, a cru pouvoir, en cette circonstance, défendre notre ami commun contre M. Bousquet; l'entreprise, en toute autre occasion, eût été trop facile à M. Baillarger; ici elle n'était pas possible : pour prouver qu'il y a *identité* entre le rêve et la folie, M. Baillarger a démontré, avec beaucoup de science et de talent, il est vrai, qu'il y a *analogie;* c'était répondre grec quand on parlait latin.

En général nous trouvons que l'auteur n'a point assez insisté sur les préceptes généraux, et qu'il s'est trop abandonné aux détails, qui bien souvent sous sa plume deviennent plus que familiers, témoin cette description des enfants terribles, dont tel « *adore fourgonner dans les cendres,* » et l'histoire d'une « *charmante jeune fille qui déjeunait d'une pomme verte, dînait d'une rose et soupait d'une fleur de capucine!* » Intéressante enfant! qui n'a dû vivre, hélas! que ce que vivent les roses... ou les capucines (1)!

Le reproche capital que nous ferons à cet ouvrage, qui renferme d'ailleurs de bons conseils, de saines observations, c'est que nous ne savons à quelle classe de lecteurs le conseiller.

Ce n'est certes pas pour les médecins qu'il a été écrit : il renferme trop de causeries, trop de détails, trop de récits, trop de laisser-aller.

S'adresse-t-il aux gens du monde? Mais ceux qui chercheront des règles d'éducation seront surpris de trouver un chapitre consacré exclusivement à l'hygiène, un autre aux eaux minérales, un autre à d'arides détails anatomiques. *Non erat hic locus.* Où est le père de famille qui profitera de la distinction des aliments en *plastiques* et en *combustibles?* Est-il une seule mère en état d'utiliser par elle-même les recherches de physiologie transcendante de MM. Andral et Gavarret?

Ces messieurs ont trouvé que la quantité de carbone détruite en vingt-quatre heures par un jeune garçon ou perdue par les excrétions était de 173 grammes; d'un autre côté, d'après les recherches de M. Payen (de l'Institut, qu'il ne faut pas confondre avec le signataire de cet article), on peut estimer que les déperditions de matière azotée s'élèvent à 80 grammes : il s'agit donc de fournir au sujet 173 de carbone et 80 d'azote pour le nourrir pendant vingt-quatre heures, et là-dessus M. Clavel reproduit l'estimation en chiffres du carbone et de l'azote que contiennent les divers aliments usuels, de telle sorte qu'il semble qu'il importe peu que ces éléments réparateurs soient fournis par la viande ou les fèves, par le beurre ou le pain : 173 et 80 tout est là; une règle d'arithmétique est la loi suprême de l'alimentation et la question du *régime alimentaire* se trouve ainsi réduite *à néant*. Les travaux de MM. Andral, Gavarret et Payen, ont une immense portée; mais le public est hors d'état de les utiliser : il fallait lui donner les résultats, mais non les éléments scientifiques (1).

---

stamment la bouche fermée et en respirant par les narines. En préconisant l'effet désinfectant qu'exercent sur l'eau les filtres à charbon, il aurait pu faire remarquer que ces appareils ont l'inconvénient de dépouiller l'eau de l'air qu'elle doit contenir pour être facile à digérer, etc., etc.

(1) M. Clavel, *qui doit connaître les Pères de l'Église*, semble s'être souvenu ici que saint Pierre ne mangeait que des *olives*, et même, au dire de saint Grégoire de Nazianze (*De amore paupertatis*), que des *mauves*; mais Pierre était *saint*, et encore mangeait-il du pain avec ces fleurs ou ces fruits!

(1) Si M. Clavel avait voulu poser la règle de l'alimentation, il pouvait dire que toute substance, pour être complétement alimentaire, doit contenir les *principes immédiats* que l'organisme humain renferme et que la nutrition doit renouveler à mesure qu'ils se détruisent. Ainsi le lait, les œufs, et sang et la chair des vertébrés, les graines, qui sont aux végétaux ce que l'œuf est à l'animal, sont des aliments complets. Ainsi le pain de froment est un aliment complet si la mouture n'a point enlevé jusqu'à la seconde enveloppe, qui renferme surtout les matières azotées, de telle sorte que ce pain est d'autant moins nourrissant qu'il est plus blanc. Les autres subs-

L'analogie frappe tous les yeux, et personne ne peut la contester; l'identité paraît inadmissible, et serait, dans tous les cas, impossible à prouver dans l'état actuel de la science; car, pour ceux qui donnent aux mots leur véritable signification, celui d'identité entraîne l'idée d'une parfaite similitude entre tous les éléments qui constituent les choses identiques, et par conséquent, en ce qui concerne le rêve et la folie, aussi bien dans l'état matériel du cerveau que dans les fonctions dont il est chargé.

Parmi les questions qui étaient implicitement renfermées dans les propositions de M. Moreau, il en est une que vous avez résolu avec cette netteté dont vous avez fait preuve pendant toute la discussion : « M. Bousquet, avez-vous dit, concède l'existence d'une lésion matérielle pour ce cas seulement (la paralysie progressive); quant à nous, nous l'admettons *toujours.* » On ne pouvait pas s'attendre à moins d'un esprit aussi rigoureusement logique. Il n'est guère possible rationnellement d'admettre qu'une fonction soit troublée sans que l'organe chargé de cette fonction soit lui-même altéré préalablement. Le cerveau, organe de l'intelligence, de la volonté et des instincts, doit donc être lésé, quand l'intelligence est troublée; rien de plus rationnel. Et cependant, vous l'avouerai-je, ce raisonnement, quelque rigoureux qu'il soit, ne m'aurait pas suffi si vous ne l'aviez entouré d'un autre appui. Les hommes qui savent raisonner avec cette sévérité sont précisément ceux qui ont appris à se défier des raisonnements les plus décisifs en apparence, et ils n'en font la base d'une opinion arrêtée que dans les cas où une détermination est absolument indispensable, ce qui n'a jamais lieu en matière de science. Vous avez donc eu raison d'ajouter « qu'il ne vous était *guère* arrivé d'ouvrir le crâne d'un *idiot* ou d'un *maniaque*, sans y rencontrer, à un degré plus ou moins considérable, au moins une partie des lésions que MM. Calmeil et Bayle regardent comme *inhérentes à la démence.* »

La seule chose que j'aie regretté en vous entendant, c'est d'avoir été moins heureux que vous : j'ai fait quelques autopsies de maniaques j'ai ouvert avec mon bien cher maître, M. Louis, dont vous connaissez la scrupuleuse exactitude, le crâne de nombreux individus qui avaient succombé pendant l'existence d'un délire aigu, et presque toujours, hélas! contre mes désirs les plus vifs j'ai dû reconnaître que le cerveau paraissait absolument identique à celui des individus morts en conservant toute leur raison. Ce qui augmente mes regrets, c'est que je ne suis pas le seul à qui pareil malheur soit arrivé. — Je continuerai donc à croire avec vous qu'il n'y a pas de lésion de fonctions sans lésion préalable des organes; mais, en ce qui concerne plusieurs formes de délire, j'ajouterai que cette opinion est fondée sur une probabilité très-grande et non sur un fait démontré.

Ce qui, du reste, me console un peu de cette légère nuance d'incertitude, c'est qu'elle me paraît peut-être moins incompatible qu'à vous avec l'amélioration du sort des aliénés, avec le progrès des lois et institutions qui les concernent; et ici permettez-moi d'aborder la grande, la belle question que vous n'avez fait qu'effleurer.

Vous avez pu penser et dire que les lois protectrices des aliénés et l'importance judiciaire donnée aux expertises médico-légales dataient du jour où le vénérable M. de Quélen a reconnu que la médecine et la raison pouvaient seules guérir les fous. Personne n'était en meilleure position que vous pour porter un tel jugement, et je l'adopte volontiers, sans oublier toutefois l'immense réforme humanitaire accomplie sous la bienfaisante impulsion de Pinel, et sans méconnaitre qu'en toutes choses, le temps est un grand réformateur.

La loi de 1838, dont je suis heureux de vous rapporter publiquement le principal honneur, je dirai même volontiers tout l'honneur, a réalisé un grand progrès dans la science, un grand progrès dans l'administration et même dans la condition de la plus triste fraction de l'humanité.

Gardons-nous toutefois de considérer ce progrès comme le dernier terme auquel doivent atteindre les efforts des esprits élevés et des cœurs comme le vôtre. Ce qu'il y a de plus essentiel dans la folie, sa définition scientifique et sa définition légale, n'existe point dans la loi de 1838, non plus que dans celles qui l'ont précédées; sous l'empire de cette loi, un certificat de médecin et l'avis intéressé d'une famille indigne de ce nom peuvent encore, pour un temps du moins sinon pour toujours, retrancher un citoyen du nombre des citoyens, presque du nombre des hommes; et depuis cette loi comme auparavant, les mêmes appréciations qui peuvent enlever à un homme la vie morale pour une erreur de conduite ou de raisonnement, sont impuissantes, pour une autre erreur dont la cause sera la même, à soustraire sa tête à l'échafaud et à

Assurément ce n'est pas aux femmes que s'adresse le livre de M. Clavel, car on y trouve un grand nombre de pages en face desquelles les lectrices les plus pures se trouveraient fort embarrassées. L'auteur se complaît trop à certaines descriptions; les *splendides épaules*, les *suaves contours*, les *poitrines nues*, reparaissent trop souvent, et les détails matériels sur la génération, des tableaux inutiles et d'un style trop libre sur les coquetteries des jeunes filles et celles des vieilles femmes, sur les artifices de la toilette, rappellent involontairement un livre récent, mais qui n'a pas au moins la prétention d'être sérieux, et que son auteur, M. Benfeld, a intitulé : *la Philosophie des gens mariés.* Nous insistons sur ce point, parce que le titre de l'ouvrage semble l'adresser à toutes les classes de lecteurs, et parce que nous avons vu avec un grand étonnement le *Musée des familles* assurer que le livre de M. Clavel devait se trouver dans les mains de *toutes les mères.* Nous croyons qu'on trouverait difficilement une mère ou une institutrice qui voulût *convenir qu'elle a lu complétement* cet ouvrage (1).

Nous ferons une dernière remarque : excepté pour quelques faits scientifiques où l'auteur a cité ses autorités, il ne nous paraît pas avoir suffisamment rendu justice, ne fût-ce qu'en les citant, à ceux qui l'ont précédé et dont il a utilisé les opinions ou l'expérience. Il nomme J.-J. Rousseau, mais il l'a assez peu étudié pour n'avoir pu trouver, dit-il, l'endroit où l'éloquent écrivain recommande de laver les enfants à l'eau froide; c'est au livre II de l'*Émile*, et encore dans une lettre à Mme Boguin, en 1764. Mais écrire sur l'éducation des filles, et ne pas nommer Mme Campan; sur la gymnastique, et ne pas nommer Clias, dont les procédés si simples, si personnels, sont à la portée de tous; sur l'orthopédie, et ne pas nommer M. Bouvier, ne fût-ce qu'au sujet des corsets, qu'il approuve dans une certaine mesure et que M. Clavel blâme absolument; écrire sur l'éducation, et ne pas profiter des exposés si substantiels, si féconds, que nous a donnés M. Guizot sur « *les idées de Rabelais, de Montaigne et du Tasse en fait d'éducation,* » ne pas même mentionner celui qui a écrit le chapitre : *De l'institution des enfants*, ce *code d'éducation* qui se résume par ces mots qui en disent plus qu'un gros livre : *qu'il faut apprendre aux enfants ce qu'ils auront à faire étant hommes!* c'est imiter la conduite d'une femme qui, un jour de grande toilette, laisserait au fond de son écrin la plus belle pièce de sa parure. On doit se trouver heureux de placer des opinions qu'on croit bonnes sous un pareil patronage; il faut citer de telles autorités, fût-ce pour les combattre, et user sobrement du droit qu'on croit avoir de les contredire.

Docteur J.-F. PAYEN.

---

tances qui ne contiennent qu'une partie de ces éléments (le sucre, les huiles, les légumes, les pommes de terre, etc.), ne suffisent pas à elles seules pour entretenir la vie, ce sont des accessoires, c'est du *lest.* Pour plus de détails, il fallait renvoyer aux traités spéciaux.

(1) Disons, avant de terminer, que l'auteur, qui blâme énergiquement l'enseignement universitaire actuel, complète son ouvrage par un programme d'études suivi de plans de constructions, par M. Emile Muller, pour un établissement d'instruction publique. Sur ce point, nous imiterons la réserve de l'Académie de médecine, qui, sur un travail semblable, joint au mémoire précité de MM Poujet et Valat, n'a pas voulu se prononcer « *sur une chose douteuse et conjecturale, que l'expérience n'a pas consacrée.* »

sauvegarder son honneur et celui d'une famille innocente.

Pour arriver à cet apogée de la civilisation, en ce qui touche l'aliénation des facultés cérébrales, le premier pas à faire est de définir nettement ce qu'il faut entendre par folie ou, si vous aimez mieux, par délire, quoique cette substitution de mots me paraisse moins avantageuse qu'à vous. Or, nous ne sommes pas en voie de progrès sous ce rapport, bien au contraire.

La philosophie antique nous avait transmis d'excellentes idées sur la folie; mais sa malheureuse habitude (que la philosophie moderne est loin d'avoir entièrement perdue), de se maintenir dans les régions spéculatives, est cause, sans doute, que ces idées ont été dédaignées par les hommes pratiques parmi lesquels comptent malheureusement les médecins; elles n'ont même pas été prises au sérieux.

Quand M. Leuret a osé dire que l'aliéné est un homme qui se trompe, il a eu tout le monde contre lui,... tout le monde, excepté, chose étrange! un des premiers jurisconsultes dont la France s'honore. Il s'en faut, en effet, que Leuret soit le premier à avoir sondé toutes les difficultés que présente la distinction entre la raison et la folie.

« Qui pourrait, a dit avant lui un magistrat illustre, qui, par une rare exception, était en même temps un philosophe éminent, qui pourrait marquer précisément les frontières, les limites PRESQUE IMPERCEPTIBLES qui séparent la Démence de la Sagesse? Qui pourrait compter les degrés par lesquels la raison tombe dans le précipice, et pour ainsi dire dans le néant? »

Et pour tenter l'entreprise après en avoir signalé tous les écueils, l'éloquent orateur ajoute :

« Telle est la malheureuse condition des hommes, qu'ils peuvent à tout moment donner des preuves convaincantes de leur folie, et qu'*à peine toute la suite de la vie peut suffire* pour établir une opinion ferme, certaine et constante de leur sagesse; en un mot, un insensé peut faire une action de sagesse; *un sage ne peut faire* UNE *action éclatante et marquée de folie.* »

Ainsi, vous le voyez, un seul acte peut entacher de folie toute une longue vie de sagesse, et cela non pas aux yeux des savants et des idéologues, mais aux yeux d'un jurisconsulte éminent, d'un magistrat illustre, froid et positif comme la loi, aux yeux du chancelier D'Aguesseau. Traduisons, s'il est possible, en termes plus précis, la grande pensée de l'intègre magistrat et disons enfin, ce que doit être, en théorie et en pratique, l'aliénation mentale.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hardy.

Des scrofulides.

(Suite et fin.)

La troisième variété, ou *scrofulide tuberculeuse*, est la variété type, celle qui est la mieux connue, et qu'on a presque exclusivement décrite sous le nom de lupus. Comme le nom l'indique, elle est caractérisée par des tubercules, mais elle n'est pas toujours semblable à elle-même et peut revêtir deux formes suivant qu'il s'établit ou non des ulcérations.

Dans la première forme, *scrofulide serpigineuse*, les tubercules ne s'ulcèrent pas; ce sont de petites tumeurs arrondies, d'un rouge violacé, fermes sans dureté, d'un volume variable, souvent très-nombreuses et réunies en plaques. Cette forme s'observe non-seulement au visage, mais quelquefois sur les membres, et même sur toutes les parties du corps. La guérison débute encore ici par le centre des plaques; là les tubercules commencent à s'affaisser, à pâlir et finissent par se résorber en laissant une cicatrice réticulée, mais ils persistent et se multiplient à la circonférence; les bords sinueux et saillants des plaques figurent alors de véritables cartes de géographie.

Dans la deuxième forme, ou forme ulcéreuse, on peut encore distinguer deux sous variétés, suivant que l'ulcération gagne en étendue, ou qu'elle s'étend en profondeur; cette dernière est dite perforante.

Dans la scrofulide étendue, les tubercules, placés très-près les uns des autres s'enflamment, s'ulcèrent, et forment des solutions de continuité assez larges, mais superficielles, et recouvertes de bourgeons charnus qui dépassent sensiblement le niveau de la peau voisine. C'est là le *lupus exedens* de quelques auteurs, caractérisé par sa marche envahissante, et la destruction rapide des organes. Ces ulcérations, en effet, durent très-longtemps, quelquefois huit et dix ans; elles offrent également cette particularité qu'à mesure qu'elles guérissent d'un côté elles s'étendent de l'autre.

Dans la scrofulide *perforante*, les ulcérations sont beaucoup plus circonscrites, mais aussi plus profondes; elles s'observent presque exclusivement à la face, et surtout aux environs des ailes du nez et de la bouche. Elles ont la propriété de détruire les tissus en profondeur et non en surface; aussi est-ce à cette sous-variété qu'on doit rapporter les désordres les plus graves des scrofulides, ces mutilations hideuses qui résultent de la perte des ailes du nez, de la destruction des lèvres, quelquefois du pavillon de l'oreille, etc., etc. Non-seulement le muqueuses nasale et buccale, mais les os eux-mêmes finissent par être envahis, et c'est surtout dans ces cas qu'on voit la perforation de la cloison, comme chez l'homme du n° 17, ou celle de la voûte palatine, comme chez notre ancienne malade du n° 6, dont nous vous avons parlé.

Dans tous les cas, la scrofulide tuberculeuse laisse après elle des cicatrices couturées, horribles à voir, et parfois des difformités très-gênantes.

La quatrième variété, ou *scrofulide verruqueuse*, existe rarement d'emblée; elle succède presque toujours à d'autres variétés. Que la maladie ait débuté par des tubercules ou des pustules; il n'est pas rare de voir les surfaces malades se recouvrir de petites saillies mamelonnées, sèches, blanches ou rouges, quelquefois saignantes, véritables verrues qui diffèrent des tubercules proprement dits. Cette variété est tout à fait le pendant de la syphilide végétante, et paraît due à un développement exagéré, hypertrophique des bourgeons charnus, des ulcérations scrofuleuses. Bien qu'elle soit rarement primitive, nous avons cru cependant devoir en faire une description à part, à cause de sa physionomie spéciale.

La cinquième et dernière variété, la scrofulide phlegmoneuse, a été méconnue par les auteurs, et c'est nous qui, le premier, l'avons signalée. Comme les autres scrofulides, c'est surtout au visage qu'elle se rencontre. Elle débute par la formation, sur un ou plusieurs points, de petites saillies, ordinairement rouges et violacées, rondes, ou, le plus souvent, ovulaires, de la grosseur d'une noisette, d'un haricot ou d'une amande, et dont les limites forment un relief très-net au-dessus du niveau de la peau. Ces petites tumeurs sont presque indolentes; de solides qu'elles étaient, elles ne tardent pas à se ramollir et à devenir très-manifestement fluctuantes. Si on les abandonne à elles-mêmes, la peau qui les recouvre s'amincit graduellement et finit par se perforer, et verse au dehors un pus mal lié. Une croûte jaunâtre s'organise au niveau de l'ouverture et l'oblitère pendant un certain temps, jusqu'à ce que la tumeur se remplisse et se vide de nouveau, et ainsi de suite à plusieurs reprises; à chaque fois, les perforations s'élargissent ou se multiplient; enfin le fond de la cavité est mis à nu et constitue une ulcération assez large, arrondie ou elliptique, à bords durs et saillants qui, plus tard, laisseront une cicatrice irrégulière.

Ces petites tumeurs se comportent, on le voit, comme de

véritables abcès froids cutanés; ce sont, en effet, des abcès qui siégent dans l'épaisseur même de la peau ou tout au moins dans les couches les plus superficielles du tissu cellulaire sous-cutané. La malade du n° 11 vous a présenté un type des mieux caractérisés de cette variété de scrofulides; elle porte sept à huit de ces petits abcès disséminés sur le visage, et cinq ont déjà été ouverts avec la pâte de Vienne pour faciliter et régulariser la cicatrice.

Les cinq variétés que nous venons de passer en revue aboutissent toutes, sans exception, à la guérison par cicatrice; cette terminaison commune et inévitable nous paraît un phénomène tellement capital de l'histoire des scrofulides qu'on ne saurait trop y insister.

Nous n'avons pas à revenir sur le diagnostic; il ressort suffisamment des détails, des descriptions précédentes. C'est surtout l'âge, la constitution, les phénomènes concomitants, l'existence de cicatrices déjà formées, qui serviront à distinguer la scrofule cutanée des syphilides. Néanmoins, il faut bien reconnaître que ces deux classes de maladies, bien que dérivant d'une diathèse différente, ont une foule de traits communs et de grands rapports de ressemblance qui établissent entre elles une véritable parenté.

La scrofule ne serait-elle autre chose qu'une syphilis dégénérée, transmise des parents aux enfants, et modifiée par l'hérédité dans ses expressions symptomatiques? C'est là une opinion qui a été émise et vers laquelle nous inclinerions volontiers.

Le *pronostic* des scrofulides est toujours grave, d'abord à cause de leur longue durée, et surtout à cause des traces ineffaçables et des difformités qu'elles laissent après elles. Cependant, nous avons déjà insisté là-dessus, ce sont des maladies qu'on peut guérir presque toujours à force de patience, par un traitement bien institué. Le pronostic n'a pas constamment la même gravité; il varie nécessairement suivant l'étendue de la maladie, suivant son siége, et l'importance des organes ou cavités qu'elle a envahis ou qu'elle avoisine; il dépend surtout de la variété; ce que nous avons dit des ravages exercés par les formes pustuleuse et tuberculeuse montre bien qu'elles sont de toutes les plus redoutables. Les scrofulides se rencontrent très-souvent aussi avec la tuberculisation pulmonaire; il suffit de mentionner, au point de vue du pronostic, les conséquences de cette terrible complication.

L'*étiologie* des scrofulides, ainsi que le nom l'indique, est tout entière dominée par la diathèse scrofuleuse dont elles ne sont jamais qu'une manifestation. Mais en dehors de cette condition générale et indispensable, il y a quelques circonstances adjuvantes. L'influence de l'âge est incontestable; n'est-ce pas chez les enfants et les jeunes gens que se développent particulièrement les scrofulides? Quand on les rencontre chez des sujets âgés, ce ne sont le plus souvent que des récidives. Pourtant nous avons eu l'an dernier, dans notre service, un homme qui a été atteint pour la première fois de scrofulide pustuleuse du nez à cinquante-quatre ans; mais c'est là un fait exceptionnel; d'ordinaire, le début a lieu entre sept et quinze ans, et presque toujours avant la vingtième année.

Le sexe féminin paraît être aussi une cause prédisposante; on rencontre certainement plus de scrofulides chez les femmes que chez les hommes.

Quant au tempérament, celui dont l'effet est le plus marqué, est le tempérament lymphatique; quelquefois pourtant, on observe des scrofulides chez des individus sanguins, ou plutôt lymphatico-sanguins; ceci est surtout vrai pour la forme érythémateuse. C'est sur ce développement exceptionnel du lupus chez des sujets parfaitement constitués en apparence que M. Cazenave s'est fondé pour admettre que le lupus n'était pas toujours et fatalement une affection scrofuleuse? Mais c'est là un raisonnement vicieux; ne voit-on pas tous les jours des sujets chez qui la scrofule n'est révélée que par un symptôme, des ganglions engorgés ou obsédés par exemple? Il en est de même des scrofulides; quand même elles existent seules, elles n'en accusent pas moins d'une manière irrécusable la diathèse dont elles sont la conséquence.

Il faut aussi faire la part des mauvaises conditions hygiéniques, de la pauvreté, de la misère, des habitations malsaines, d'une alimentation insuffisante, des fatigues et des veilles, etc. Ce sont là autant de circonstances très-favorables au développement de la scrofule cutanée; aussi elle est moins fréquente et moins grave dans les classes aisées de la société.

L'hérédité est également une des causes les plus importantes et sur laquelle il est inutile d'insister. Rappelons en dernier lieu la syphilis, qui en se transmettant des parents aux enfants peut engendrer la scrofule; nous avons déjà signalé plus haut l'air de famille qu'on ne peut méconnaître entre ces deux diathèses.

Le *traitement* des scrofulides comprend deux ordres de moyens qui sont généraux et locaux. Les premiers doivent être placés en première ligne; car ils s'adressent à la cause principale de la maladie à l'état constitutionnel, au vice scrofuleux qu'il faut d'abord combattre.

On a beaucoup vanté l'iode et ses préparations; mais c'est là un médicament dont on exagère les mérites, et qui, loin d'être exclusif, ne doit être qu'accessoire. L'iodure de fer est la meilleure de toutes les préparations iodurées, mais son action est encore secondaire (1). Nous en dirons autant des sulfureux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; ce ne sont que des adjuvants. Le remède par excellence, c'est l'huile de foie de morue qui suffit quelquefois toute seule pour amener la guérison. Il est inutile d'en donner des quantités considérables, et il vaut mieux ne pas dépasser trois à quatre cuillerées dans les vingt-quatre heures; à des doses plus fortes, de six à sept cuillerées, par exemple, comme l'administre M. Bazin, elle est mal supportée par l'estomac, et trouble les fonctions digestives. On prescrit en même temps les amers, le sirop anti-scorbutique, les préparations de gentiane, de feuilles de noyer, les toniques, le vin de quinquina et les ferrugineux qui sont particulièrement indiqués chez les jeunes filles chlorotiques; les bains sulfureux sont également de bons adjuvants; en résumé, c'est une médication essentiellement reconstituante qu'on doit employer.

Le *traitement local*, quoiqu'au second plan, est important; en tout cas il varie suivant la forme de scrofulide qu'on veut combattre. Pour nous, avant d'y avoir recours, nous avons coutume d'attendre toujours un certain temps l'effet des moyens généraux. Dans les premiers jours, on se borne à des topiques peu actifs, comme les cataplasmes, pour faire tomber les croûtes, s'il y a lieu, et nous avons vu maintes fois des scrofulides graves modifiées heureusement et guéries à l'aide d'un traitement tonique et de simples cataplasmes. Mais quand la scrofulide, ainsi abandonnée à elle-même, n'a que peu ou point de tendance à se modifier, nous avons recours à de faibles excitants comme les lotions avec le vin aromatique ou la décoction de feuilles de noyer, ou même à une cautérisation légère avec une solution de nitrate d'argent.

Mais ces moyens sont loin de suffire toujours, surtout dans certains cas de scrofulide tuberculeuse ulcérée, il faut alors recourir à la méthode substitutive et pratiquer une véritable cautérisation, soit avec le nitrate acide de mercure, soit avec la pâte de Vienne ou le chlorure de zinc. Ce dernier caustique nous a réussi particulièrement dans les syphilides perforantes. Vous connaissez son mode d'application et ses effets; l'escarre tombe au bout de huit à dix jours; si elle tarde davantage, on active sa chute avec des cataplasmes, et on trouve ordinairement au-dessous une plaie de bonne nature dont la cicatrisation est rapide.

(1) Nous croyons que le très-savant dermatologue n'a pas tout à fait assez de confiance dans l'iodure de fer. Nous avons publié des cas où la forme la plus grave de scrofulide a été guérie par les *dragées de Gille*. Nous publierons prochainement un fait qui ne sera pas moins remarquable.

Mais quand on a affaire à des scrofulides moins profondes, dans les variétés érythémateuses et pustuleuses, par exemple, au lieu d'un caustique aussi énergique, on applique un excellent modificateur qui est le biodure de mercure. Il y a deux manières de l'employer, ou sous forme de mucilage, en le mélangeant avec de l'eau distillée et un peu de gomme adragante, ou, ce qui est préférable, en l'incorporant à l'axonge. On a ainsi une pommade dont on peut varier la force à volonté, qui se liquéfie facilement sous l'action de la chaleur, et qui peut être étendue avec un pinceau. Si on ne désire qu'une action assez faible, on met un quart seulement de biodure; mais si on a besoin d'une modification profonde, on met parties égales de ce corps et d'axonge. Les effets qu'il produit sont tout à fait remarquables. Au moment même de l'application, il n'y aucune douleur, mais, au bout d'une demi-heure ou d'une heure, les souffrances se déclarent avec une très-grande intensité, et on observe sur les parties touchées, une rougeur et un gonflement considérables qui rappellent l'érysipèle dont nous avons signalé la salutaire influence. Au bout de quelques heures, il y a une exsudation abondante d'une matière visqueuse, très-jaune, comme mielleuse, qui se concrète et forme des croûtes épaisses et dorées, tout à fait comparables à celles de l'impétigo. Celles-ci tombent d'elles-mêmes au bout d'un temps variable, dix à quinze jours, et laissent à nu des surfaces en voie de cicatrisation, ou du moins très-heureusement modifiées.

Quand on n'a pas besoin d'une action aussi forte, on emploie la teinture d'iode ou l'huile de cade qui a la propriété d'égaliser la peau et de faire disparaître les squammes. On a conseillé, aussi, l'huile de noix d'acajou que M. Bazin préfère à l'huile de cade, mais je pense que ces deux huilles ont des effets analogues.

La diététique et l'hygiène sont aussi très-importantes pour venir en aide au traitement pharmaceutique. Le régime sera essentiellement tonique et fortifiant, composé de viandes noires et rôties, etc. L'exercice, l'habitation à la campagne, au milieu d'un air pur, seront très-salutaires. Enfin, quand la position sociale des malades le permettra, on pourra recourir, avec avantage, à l'emploi des eaux minérales, et on conseillera particulièrement les eaux sulfureuses de Barèges, de Bagnères de Luchon, d'Aix, en Savoie, et surtout celles d'Uriage, qui renferment à la fois du soufre et de l'iode.

Aug. Millard, interne de service.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juillet 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre des travaux publics invite l'Académie à désigner les membres qui désirent assister aux séances du Congrès international de statistique qui doit s'ouvrir à Paris le 10 septembre prochain.

Eaux minérales. — Rapport de M. le docteur Gaudet, médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

— Deux rapports de M. le docteur Goyrand sur le service médical des eaux d'Aix (Bouches-du-Rhône) pendant les années 1852 et 1853. (Comm. des eaux minérales.)

Epidémies. — Rapport sur une épidémie de variole qui a régné dans les communes de Plobsheim, Fegersheim, Lipsheim (Bas-Rhin), par M. le docteur Brouillet. (Comm. des épidémies.)

Vaccine. — Etats de vaccination pratiquée dans plusieurs départements pendant l'année 1854. (Comm. de la vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Hernies. — Mémoire de M. le docteur de Larue (de Bergerac), sur une nouvelle méthode d'opération des hernies étranglées. (M. Malgaigne, rapporteur.)

Fractures. — Observation de fracture composée de la jambe, traitée par un bandage plâtré bivalve, par M. le docteur Mathysen. (Comm. MM. Gerdy, Robert et Malgaigne.)

Choléra. — Mémoire sur le choléra et d'autres affections ayant quelques rapports avec cette maladie, par M. le docteur Leclerc (de Caen). (Comm. du choléra.)

Taille.. — Observation de deux cas de taille par le procédé bilatéralisé de Dupuytren, modifié en raison des circonstances qui ont été *découvertes sous le couteau*, par M. Caratheodori, professeur de clinique externe à l'école de médecine de Constantinople. (Comm. déjà nommée.)

— M. le docteur Pedor, membre correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

PRÉSENTATION.

Aztèques. — M. Morice (de Londres), présente à l'Académie deux nains qu'il dit appartenir à la race sacerdotale des aztèques. Ces deux êtres, dont l'un appartient au sexe masculin et l'autre au sexe féminin, seraient âgés de seize à dix-sept ans; ils ont la taille d'enfants de cinq à six ans; le garçon est un peu plus grand que la petite fille; leur peau est d'un brun cuivré, lisse sans aucune espèce de plis adipeux ou celluleux; les saillies musculeuses et osseuses sont bien dessinées; le crâne est petit relativement à la partie supérieure de la face dont le front est fuyant et bas, tandis que le nez est très-saillant, arqué et volumineux, même par rapport à une face normale; la lèvre supérieure est encore bien dessinée, mais l'inférieure est à peine marquée par suite de l'absence de menton; les yeux sont très-écartés par suite de l'épaisseur de la racine du nez; cet ensemble rappelle un peu une tête d'oiseau. La bouche est garnie de dents de lait; les proportions entre le tronc et les membres ne présentent rien d'anormal, mais les membres thoraciques sont cependant plus en rapport avec le tronc que les membres pelviens dont la longueur est considérable; les mains et les pieds sont petits et proportionnés aux membres; le crâne est couvert d'une épaisse chevelure noire et crépue, mais les organes génitaux sont glabres; le petit garçon a un pénis en rapport avec sa taille, le scrotum contient les testicules, les mamelles ne sont développées ni chez l'un ni chez l'autre. Ces êtres émettent des sons articulés, ils prononçent, peu distinctement cependant, quelques mots anglais, ils entendent et sont d'une mobilité et d'une vivacité assez prononcée. Leur attention est facilement éveillée, soit par la vue, soit par l'ouïe. Le petit garçon prend avec une joie curieuse une montre qu'on lui présente; on la fait sonner, il l'approche de son oreille, et quand elle cesse de tinter, il presse lui-même le ressort pour obtenir de nouveau des sons; puis il attire à lui la petite fille et approche la montre de l'oreille de celle-ci qui, distraite, en ce moment, par la vue d'un tableau qu'elle a devant elle, en est moins impressionnée que le petit garçon.

D'après M. Morice, ces êtres seraient de la république de Guatémala, où ils vivaient dispersés par groupes de centaines, au milieu d'hommes ordinaires, ils seraient considérés par les indigènes comme des dieux et vénérés par leurs familles.

M. Baillarger rappelle à l'Académie qu'il a rencontré dans les Pyrénées des crétins qui, par leur taille, le poids de leur corps, la préexistence des dents de lait, le peu de développement des organes sexuels, et ce besoin incessant d'agir, présentaient la plus grande analogie avec ces aztèques. Il n'y aurait là qu'un arrêt de développement physique amenant l'imperfection intellectuelle. Nous publierons son discours dans un prochain numéro.

M. Ferrus s'élève contre cette expression d'arrêt de développement physique, qui présente une idée complexe, un terme trop vague, et qui n'est que l'effet d'une faute de causes congénitales ou acquises, relatives surtout à l'ossification des différentes pièces du crâne. Les aztèques ne montrent pas, selon ce savant aliéniste, le cachet tranchant du crétinisme.

M. Gerdy déclare la discussion anticipée.

Une commission est nommée, elle se compose de MM. Duméril, Gerdy, Desportes, Ferrus et Baillarger.

L'Académie adresse des remerciements à M. Morice.

Imperforation de l'anus. — M. Maisonneuve présente à l'Académie un enfant auquel il a pratiqué, le 9 juillet, l'opération de l'entérotomie du colon descendant (opération de M. Amussat), pour une imperforation de l'anus.

Cet enfant, né de la veille, avait non-seulement une imperforation de l'anus, mais encore pendant ses efforts on ne reconnaissait

aucune saillie, aucun sentiment dans cette région ; la place de l'anus était à peine indiquée par une légère dépression.

Malgré ces conditions défavorables, M. Maisonneuve crut devoir tenter d'aller à la recherche de l'intestin par la région anale, et faisant une incision longitudinale au niveau du coccyx, il chercha avec le bout du doigt à près d'un pouce de profondeur, sans pouvoir reconnaître aucune apparence d'intestin.

C'est alors seulement qu'il se décida à pratiquer l'entérotomie lombaire, d'après l'ingénieux procédé de M. Amussat.

En conséquence, il fit dans la région lombaire gauche, à égale distance des dernières côtes et de la crête iliaque, une incision transversale longue de 3 centimètres, dont le milieu correspondait au-devant de la masse musculaire des lombes. Après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose lombaire, les fibres des muscles petit, oblique et transverse, l'opérateur reconnut le rein qu'il laissa en arrière et en haut, et ne tarda pas à rencontrer le colon descendant, qu'il saisit par la face postérieure en écartant les lames péritonéales de son mésentère.

Avant d'y faire une incision, M. Maisonneuve eut soin de passer, dans les parois de l'intestin, deux fils, entre lesquels il fit ensuite l'ouverture, dont il fixa les bords aux lèvres cutanées de la plaie. L'enfant rendit immédiatement une assez grande quantité de méconium.

Aucun accident ne vint contrarier le succès de cette opération. L'enfant ne cessa pas un instant de prendre le sein. Les fils tombèrent le huitième jour, et aujourd'hui, seizième jour, l'enfant est vigoureux, et ne paraît pas éprouver de gêne de son infirmité.

M. Maisonneuve se propose d'introduire plus tard une sonde dans le bout inférieur du colon, pour essayer de rétablir l'anus dans sa place naturelle.

Sur la respiration saccadée, en réponse à M. Imbert-Gourbeyre, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, et sur l'avantage de l'iodure de fer dans le traitement de la phthisie.

M. le docteur Imbert-Gourbeyre vient de publier dans le n°87, du *Moniteur des hôpitaux*, une observation fort intéressante de phthisie pulmonaire dans le but de démontrer l'importance de la *respiration saccadée*, comme signe de diagnostic dans les tubercules commençants. Dans son juste enthousiasme pour ce signe, notre savant confrère se livre à de nombreuses investigations bibliographiques pour en trouver l'inventeur. C'est en vain qu'il a cherché des titres de parenté dans les intéressantes études sur l'auscultation de notre très-distingué confrère et ami le docteur Fournet. Le livre de MM. Barth et Roger, qu'il considérait comme ayant parlé les premiers de la *respiration saccadée,* ne lui ayant pas appris davantage à cet égard, il se décida à *passer le Rhin* et ne s'arrêta qu'au fond de l'ancienne Pologne, dans la capitale de la Gallicie, pour y saluer le docteur Zehetmayer, professeur de clinique, qui dans son livre sur l'*Auscultation*, publié en 1854, proclame la *respiration saccadée* comme un des meilleurs signes de la *tuberculose* commençante.

Tant de zèle mérite certainement une récompense. Etant intimement lié avec le véritable inventeur du signe de diagnostic dont il est question, il est de mon devoir de le faire connaître à l'honorable professeur de Clermont-Ferrand. Mais pour cela je demanderai avant tout, à mon honorable confrère, la permission de lui faire *repasser le Rhin* et de le ramener encore une fois sur les bords fertiles de la Seine où il a fait naguère d'excellentes études et a compté parmi les plus distingués élèves internes des hôpitaux de Paris. C'est ici qu'il trouvera la source de ce petit fait d'auscultation qui l'a tant préoccupé.

Je commencerai par faire observer à M. Imbert-Gourbeyre que personne n'a jamais parlé da la respiration saccadée avant 1837. Dans les conférences cliniques que je faisais à l'hôpital de la Charité en 1835 et 1836, j'ai été frappé à plusieurs reprises d'une nuance particulière du murmure vésiculaire que j'ai signalée à mes élèves en la désignant sous le nom de *respiration saccadée.* Ce nom a été alors introduit pour la première fois et par moi dans le vocabulaire de l'auscultation. Dans mon *Précis du diagnostic* publié en 1837, la *respiration saccadée* se trouve indiquée dans la table des matières. Dans le corps de l'ouvrage elle constitue l'objet d'un paragraphe spécial à la page 730 de l'édition de Paris et à la page 450 de la contrefaçon belge. Voici le commencement de ce paragraphe : « Nous avons entendu quelquefois une sorte de *respiration saccadée*; le premier bruit se divisait en deux bruits d'une force inégale, comme si l'air n'entrait dans les vésicules pulmonaires qu'après avoir vaincu quelque résistance. Cette variété de respiration s'entend souvent chez les malades atteints de tubercules pulmonaires disséminés. »

La première édition du *Traité d'auscultation* de MM Barth et Roger a paru en 1841, c'est-à-dire quatre ans plus tard.

Dans cet intervalle bien des médecins ont pu prendre connaissance de ce nouveau signe, car pour éviter l'embarras de plusieurs petites éditions, mon *Précis de diagnostic* a été de suite tiré à plus de deux mille exemplaires à Paris, et à cinq mille à Bruxelles par la contrefaçon.

MM. Barth et Roger n'ont pas manqué de parler dans leur livre de la *respiration saccadée*, mais ils ont négligé d'indiquer la source où ils en avaient pris connaissance. J'avoue qu'une pareille indication ne m'eût point paru déplacée de la part des hommes aussi distingués sous tous les rapports ; c'est une justice que l'on se doit entre auteurs, lors même que l'occasion de traiter les mêmes matières les met quelquefois dans une espèce de rivalité. J'ai trop de confiance dans la loyauté de mes habiles confrères pour ne pas douter qu'ils saisiront la première occasion favorable pour me faire cette réparation.

Quant au signe lui-même, je n'ai qu'à me féliciter de l'appui que lui donne aujourd'hui l'observation publiée par M. Imbert-Gourbeyre. L'opinion d'un médecin aussi éclairé m'est très-précieuse en cette circonstance. Pour mon compte, plus que jamais j'attache de l'importance à la *respiration saccadée.* Comme tous les autres bruits respiratoires, ce signe est loin d'avoir pour moi une valeur absolue en diagnostic ; mais accompagné d'autres signes et raisonné, il m'a permis plus d'une fois de diagnostiquer les tubercules pulmonaires chez des malades où d'autres ne voyaient encore rien de grave, tandis que la marche ultérieure de la maladie me donnait complétement raison.

Il est bien certain que si l'on peut espérer quelque chose des efforts de la thérapeutique dans la phthisie pulmonaire, cela ne peut-être que lorsque l'affection est tout à fait naissante. Sous ce rapport la *respiration saccadée* acquiert une immense valeur pratique. Plus d'une fois, me guidant d'après l'expérience, je n'ai pas hésité à soumettre les malades à l'usage persévérant des préparations d'iode et surtout de l'*huile et des dragées d'iodure de fer de Gille.*

Il y aura sans doute des personnes qui révoquant en doute la valeur de la respiration saccadée, pourront douter que j'aie arrêté les tubercules dans leur développement; mais ce qu'il y a de certain, c'est que je me suis admirablement bien trouvé de ce traitement, résultat conforme d'ailleurs aux observations recueillies par des observateurs distingués, tels que MM. Maillot, Vigla, Putégnat, etc.

RACIBORSKI.

Variole, vaccine et fièvre typhoïde.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez publié un long extrait du rapport sur la vaccine et j'espère que vous ne me refuserez pas de dire à ce sujet un petit mot au public médical.

L'opinion de M. Bousquet a une valeur incontestée ; mais les faits sont l'opinion de Dieu, et l'on s'incline respectueusement devant elle. — Voici des FAITS !..

1° Après la paix de 1763 et jusqu'en 1785, la mortalité des troupes françaises était de 5 à 8 hommes par bataillon, année commune. Lorsqu'elle s'élevait à 10, on la regardait comme exceptionnelle, hors les années épidémiques (1);

2° De nos jours, elle est de 20 hommes par bataillon, en temps de paix, en laissant en dehors 1832 et 1849 (2).

Sur un corps de 25,000 hommes, on compte donc, en moyenne annuelle, 500 décès, ainsi subdivisés (3) :

Vénériens et blessés		28	
Fiévreux.	Fièvres éruptives	33	472
	Fièvres des voies aériennes	153	
	Fièvres des autres voies	286	
	Total	500 décès.	

3° En 1817, alors que les hommes de 20 à 30 ans n'étaient pas *vaccinés*, il s'en trouvait à Paris *intrà muros* 53,601 dont 340 mou-

(1) Ordre du service dans les hôpitaux militaires, 1785.
(2) *Moniteur* du 21 décembre 1848. — Rapport OUDINOT, 1849.
(3) Statistique de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, 1842.

rurent dans le cours de l'année, par suite des fièvres des voies aériennes; soit pour 25,000 hommees de cet âge, 158 décès par cette cause (4).

Donc, le *doublement* de la mortalité *juvénile* ne tient pas à l'aggravation des maladies *pulmonaires!*

La conclusion qui ressort de ces faits est d'une évidence telle, que je croirais manquer d'égards envers vos lecteurs en ne me bornant pas à l'écrire sans démonstration.

CONCLUSION.

Les fièvres aiguës des voies digestives ont acquis une excessive gravité, depuis que les soldats sont vaccinés.

La raison de M. Bousquet lui dit que cela n'est pas, et l'arithmétique démontre que cela est. Voilà tout!

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.

Veuillez, Monsieur le rédacteur, etc.

H. Carnot.

Paris, 14 juillet 1855. 11, rue Guy-Labrosse.

Post-Scriptum. — Pour éclairer complétement vos lecteurs, sans entrer dans de longs détails, je me bornerai à enrégistrer les faits suivants, faciles à vérifier :

PROPORTION DES MORTS AUX MALADES DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

De 1762 à 1778	(Metz)	3 p. 100
De 1816 à 1818	(Paris, Val-de-Grâce).	3 —
De 1819 à 1824	(Paris, Val-de-Grâce).	4 —
De 1838 à 1842	(Paris, Gros-Caillou).	7 —
De 1838 à 1842	(Alger, hôp. du Dey).	7 —

Monsieur le rédacteur,

Au moment où la question de la vaccine rencontre de toutes parts une opposition systématique, j'ai cru qu'il serait utile de porter à votre connaissance un fait que j'ai eu l'occasion d'observer. Vous le savez trop bien, l'un des adversaires les plus acharnés de la vaccine, M. Carnot, s'appuyant sur une longue série de chiffres, soutient que la vaccination plonge l'humanité dans une sécurité trompeuse : il reconnaît bien qu'elle met l'enfance à l'abri de la variole, mais elle est la cause, dit-il, de cette immense quantité de fièvres typhoïdes qui vient assaillir la jeunesse; autrement pour lui la vaccine, au lieu de neutraliser la variole, ne fait que la transformer. D'autres soutiennent que la fièvre typhoïde n'est, pour ainsi dire, qu'une variété de la variole : dans cette variété, l'éruption, au lieu d'envahir la surface cutanée, se développe sur la surface muqueuse intestinale.

Comment ces messieurs expliqueraient-ils le fait suivant :

Louis Mauzin, âgé de vingt-huit ans, garçon meunier, *vacciné*, entre le 18 mai à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, pour une pneumonie du côté gauche. Un traitement approprié est dirigé contre cette maladie. Mais bientôt éclatèrent des symptômes typhoïdes graves qu'il est impossible de méconnaître : prostration profonde, hébétude, rêvasement continuel, obtusion de l'ouïe, sécheresse de la langue, fuliginosités des gencives, météorisme, gargouillement de la fosse iliaque, diarrhée; pouls très-petit, fréquent, peau sèche. Aux signes de pneumonie préexistants étaient venus se joindre des râles muqueux dans toute la poitrine. Malgré une médication active, les accidents augmentaient d'intensité, et bientôt le malade tomba dans l'adynémie la plus complète. Les révulsifs de toute sorte, les toniques, n'amenaient aucun résultat; le pouls perdait de jour en jour de sa force, tout en augmentant de fréquence. La mort semblait prochaine, lorsque le 8 juin le pouls reprend de la plénitude; il se laisse plus difficilement déprimer, et de 110 retombe à 90. La face est plus animée, les yeux brillants. Mauzin semble se réveiller de sa torpeur; il prête un peu plus d'attention à ce qui l'entoure. La respiration, plus profonde, est plus facile. Le lendemain, sur la face, on remarque plusieurs points rouges acuminés à leur centre; il en existe aussi sur les mains, sur le bras : la coloration du visage est plus vive, le pouls reste à 90, il conserve sa plénitude.

Le 10 juin, il devient évident que nous avons affaire à une varioloïde légère. (Il y avait en même temps dans les salles quelques cas de variole.) A partir de ce moment, le mieux continua pour notre pauvre malade : la varioloïde parcourut toutes ses périodes; peu à peu les symptômes typhoïdes diminuèrent pour disparaître complétement ; une alimentation bien entendue, des toniques, ce fut à quoi l'on borna la médication.

Aujourd'hui Mauzin n'attend plus que le retour complet des forces pour quitter l'hôpital.

Doit-on accuser ici la vaccine d'avoir produit la fièvre typhoïde? Pourquoi ne pas l'accuser en même temps d'être la cause de la varioloïde? Dirons-nous, pour parler comme M. Carnot, que la fièvre typhoïde est une variole transformée par la vaccination? Comment expliquer alors l'éruption de cette varioloïde qui, elle, n'a pas subi de transformation.

Certains confrères trouveront peut-être dans notre observation une confirmation de leur manière de voir touchant les prétendus effets funestes de la vaccine.

Nous pourrions leur répondre que notre malade était exposé à des causes directes de contagion ; que nous avons assisté à l'invasion de la maladie ; que nous avons pu constater dès cette invasion un changement considérable dans l'état du pouls, dans l'état général du malade. Au surplus, que la fièvre typhoïde soit une variole répercutée, une variole interne, cette nouvelle variété de la maladie ne met donc pas à l'abri d'une seconde manifestation, d'une récidive? Car l'éruption que nous avons étudiée ne pourrait être considérée que de cette façon.

Quoi qu'il en soit de ces explications, je ne saurais voir dans le cas que je signale à votre attention qu'une simple coïncidence heureuse pour notre malade, puisque c'est à l'invasion de la varioloïde qu'il doit la réaction salutaire qui s'est opérée.

Voilà ce que j'ai observé : je vous livre le fait tout entier; libre à vous d'en tirer telles déductions qu'il vous fera plaisir. Je serais heureux s'il pouvait vous être de quelque utilité.

Agréez, etc.,

Dubois, d. m. p.

Membre corresp. de la Société anatomique de Paris.

Abbeville, le 23 juillet 1855.

Retour du lait après les maladies intercurrentes.

Voici, sous la réserve du style, quelques remarques qu'on pourra lire avec intérêt.

On demande souvent aux médecins si, pendant le cours d'une maladie intercurrente, une mère ou une nourrice peut continuer d'allaiter son enfant. Cette question est résolue affirmativement par M. Natalis Guillot, même dans les cas les plus graves. Nous avons vu, en effet, dans le service de ce médecin, deux faits qui montrent qu'un enfant se nourrit et se porte parfaitement, quoique le lait qu'il prend provienne d'une femme atteinte de phlegmasie aiguë ou de phthisie tuberculeuse.

Au n° 26 de la salle des nourrices était couchée, en avril, une femme entrée pour une péritonite puerpérale. L'interne du service lui fit appliquer trente sangsues sur l'abdomen. Le lendemain, M. Guillot en fit appliquer de nouveau quarante. Ces soixante-dix sangsues enlevèrent la phlegmasie locale en douze heures, mais elle revint sous l'influence d'un écart de régime; on reprit le traitement antiphlogistique, et cette fois encore la maladie marcha rapidement à résolution. Or, pendant les huit ou dix jours qui s'écoulèrent jusque-là, cette femme ne cessa pas un instant d'allaiter son enfant, et celui-ci n'en souffrit pas le moins du monde.

Dans la même salle, on voyait aussi à cette époque une jeune mère qui portait des tubercules manifestes au sommet des poumons, et dont l'enfant venait à merveille. Il y avait même cela de remarquable que la maladie maternelle n'avait pas influé sur son développement. Il était très-beau, et, à ce propos, M. Guillot a dit que la phthisie s'étant développée, en apparence du moins, dans les derniers temps de la grossesse, elle n'avait pas eu le temps de modifier par ricochet la constitution de l'enfant. L'influence de race est d'autant plus sensible que la maladie dont l'enfant subit l'action héréditaire à divers degrés est plus ancienne.

Nous pourrions encore citer le cas d'une femme qui, ayant une fièvre puerpérale, de la diarrhée, a nourri pendant cinq semaine un enfant dont la fraîcheur était éclatante.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Erratum. — Nos lecteurs se seront facilement aperçus qu'une transposition a rendu inintelligible la fin de l'article sur le traitement. Les paragraphes qui font par erreur partie de cet article, à partir de celui qui commence par : *M. Sauvet*, doivent être placés à la suite de la première variété scientifique.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

(4) *Recherches statistiques sur Paris*, 1821, tableaux 4 et 34.

1re Série. Tome 3. — N° 90. 3e année. Vendredi 27 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 86, 87 et 88.)

§ 1.—*Affections des ovaires.*

D'après ce que nous avons appris de la nature de la menstruation, il était facile de présumer que l'absence des ovaires devait amener l'absence des règles. Cette induction logique se trouve tout à fait confirmée par l'observation. On peut même dire que l'anatomie pathologique a préparé en cette circonstance le plus beau triomphe à la théorie moderne de la menstruation.

Nous avons déjà rapporté dans le précédent chapitre quelques observations de femmes qui manquaient d'ovaires de naissance et d'autres chez qui ces organes se sont atrophiés par suite de maladies (Lisfranc) ou à qui on les avait enlevés (Pott). Chez toutes ces femmes la menstruation a cessé du moment où il n'y avait plus d'ovaires ou plutôt de follicules de Graaf. Morgagni cite également deux faits de ce genre (1).

Charles Pears parle d'une femme morte à dix-neuf ans, très-petite, qui avait cessé de croître à dix ans, et n'avait jamais été menstruée. A l'autopsie on ne trouva aucune trace d'ovaires. Les trompes étaient perméables; l'utérus était petit, mais présentait un col normalement conformé.

M. Chereau, qui rapporte ce fait, cite encore une autre observation (2) de ce genre, d'après le docteur Fréd. Cripps. Il s'agit d'une jeune femme de dix-huit ans qui a succombé à une perforation de l'estomac. Chez cette femme, *il y avait absence complète de tous les signes de la puberté, et les règles avaient toujours été nulles, ainsi que les phénomènes précurseurs de cette fonction.* A l'autopsie, on trouva l'absence complète de deux ovaires et des trompes; l'utérus était très-petit (3).

Les ovaires étant au nombre de deux, il est bien entendu que l'absence ou l'atrophie d'un de ces organes n'empêche point l'autre de fonctionner et la menstruation de continuer. Il y a même plus, les follicules de Graaf qui se trouvent, comme on le sait, en nombre assez considérable dans chaque ovaire, paraissent jouir d'une indépendance complète vis à vis des altérations locales, et constituent pour ainsi dire autant d'organes isolés. De telle sorte que, comme l'a déjà remarqué Morgagni, *il suffit que l'un des ovaires soit sain dans une petite partie aussi considérable que celle qui appartient à une vésicule* pour que la conception et par la même raison la menstruation puisse avoir lieu (1).

En examinant un jour les ovaires d'une femme morte le sixième jour d'une métropéritonite puerpérale, nous avons trouvé un de ces organes transformé entièrement en un kyste globuleux du volume d'un gros œuf de poule. Occupé de la recherche du corps jaune, nous avons cru tout naturellement devoir porter toute notre attention sur l'ovaire sain, et ce n'est que lorsque nous n'y avons rien rencontré de semblable que nous avons poussé l'examen jusqu'à l'ovaire malade. Celui-ci était au premier aspect complètement transformé en kyste, et ce n'est qu'après bien des recherches que nous avons trouvé dans un point des parois de cette poche quelques traces de l'ancien stroma au milieu duquel nous avons découvert le corps jaune parfaitement formé. Ainsi donc cette petite portion de l'ovaire conservée au milieu d'une désorganisation générale continuait encore à fonctionner et aurait pu suffire pour entretenir la menstruation et rendre la conception possible quand même l'autre ovaire aurait été complétement atrophié! Le dessin de cette curieuse pièce figure sur les tableaux représentant les différents aspects des corps jaunes chez la femme et les mammifères domestiques, dont nous avons fait présent à la Faculté de médecine pour le musée Orfila.

Il va sans dire que si l'affection avait continué à faire des progrès, les dernières traces de l'ovaire auraient ainsi disparu. Si une pareille altération s'était portée sur l'autre ovaire, il serait arrivé nécessairement un moment où les deux ovaires étant entièrement atrophiés sous les progrès de la transformation morbide, la menstruation aurait cessé en même temps que l'aptitude à la reproduction.

En 1842, nous avons assisté à l'hôpital de la Charité à l'ouverture du corps d'une fille publique morte par suite d'une affection cancéreuse du cerveau. Cette femme, quoique âgée seulement de quarante ans, avait déjà cessé d'être réglée depuis environ cinq ans. Nous avons trouvé chez elle en place d'ovaires deux énormes kystes multiloculaires remplis de sérosité. Les ovaires étaient entièrement atrophiés sans traces de follicules à l'état normal. Ainsi, en résumé, les affections chroniques des ovaires ne sont point incompatibles avec la menstruation et la reproduction. Tant qu'il reste dans les ovaires quelques follicules de Graaf à l'état normal, ils peuvent suivre leur développement ordinaire et ces deux fonc-

(1) Voyez les 46e et 47e lettres.
(2) *An. de lit. méd. étrangères*, tome 1, page 241, et *Maladies des ovaires*, par Chereau.
(3) Ouvrage cité, page 115.

(1) *De Sedibus et Causis morb.*, lettre 46.

tions peuvent continuer à s'exercer. Nous connaissons une dame âgée de quarante et un an, qui porte déjà depuis une quainzaine d'années un gros kyste dans l'ovaire gauche; elle a toujours été régulièrement menstruée et a eu deux enfants depuis, le dernier il y a trois ans.

Les inflammations aiguës des ovaires autres que celles qui coïncident avec l'état puerpéral ou qui sont consécutives au travail de l'ovulation, sont très-rares. En voici pourtant un exemple où il nous a été permis d'assister en même temps à une époque menstruelle.

Observation. Ovarite blennorrhagique compliquée d'accès de névralgie iléo-lombaire. Guérison par résolution suivie de près de l'hémorrhagie menstruelle venue deux ou trois jours à l'avance.

P..., âgée de trente ans, bien portante et toujours bien réglée, contracta, il y a douze jours, une blennorrhagie de son mari, malade lui-même depuis vingt-quatre heures. Pendant les premiers jours, la malade n'avait éprouvé d'autres symptômes qu'un écoulement verdâtre très-abondant et très-âcre, lui corrodant la partie supérieure et interne des cuisses. Au bout de huit jours, elle ressentit de la douleur dans la région iliaque gauche, s'exaspérant à la pression. La palpation permettait d'y constater non-seulement un peu d'empâtement, mais une véritable tumeur à l'endroit de l'ovaire. La percussion rendait un son plus obscur qu'à l'ordinaire. Depuis que ces derniers symptômes se sont déclarés, la malade a cru remarquer de la diminution dans l'écoulement vaginal. C'était donc en quelque sorte un véritable pendant de l'ostite blennorrhagique dont nous avons constaté la présence chez son mari. (12 sangsues dans l'endroit tuméfié; cataplasmes émollients; lavement de graine de lin; repos absolu; chiendent; deux bouillons.)

Le lendemain, diminution de la tuméfaction et de la douleur. (Cautérisation du vagin et de la cavité du col avec une forte solution de nitrate d'argent; bains de son.)

Le troisième jour, il y avait un mieux notable. (Un autre bain de son.)

Le cinquième jour, la tuméfaction de l'ovaire gauche n'était plus du tout appréciable, et l'écoulement avait diminué de moitié. Nous nous proposions de recommencer la cautérisation le lendemain, lorsque la malade nous a envoyé cherché de grand matin, disant qu'elle avait beaucoup souffert depuis la veille au soir et pendant toute la nuit dans le bas-ventre, et particulièrement du côté droit. La pression n'y distinguait aucune tumeur, mais tout l'hypogastre était un peu sensible et légèrement tendu. La malade nous a dit avoir passé toute la nuit sans sommeil, ne sachant quelle position prendre, obligée de garder presque continuellement le décubitus dorsal. Elle a uriné souvent et a rendu des urines claires; elle éprouvait aussi comme des envies fréquentes de rendre des vents, mais c'était toujours sans résultat. A notre visite, les douleurs avaient presque entièrement cessé, et nous avons trouvé la malade sans fièvre. (45 grammes d'huile de ricin; cataplasmes laudanisés sur le bas-ventre; lavement anodin.)

La malade a eu plusieurs selles dans la journée et a passé ensuite une très-bonne nuit; le lendemain, elle a pu se lever. Cependant, deux jours après, elle a été prise de nouveau, pendant la nuit, de douleurs dans le bas-ventre partant des régions iliaques, surtout du côté droit, et se perdant dans l'épaisseur des fesses et dans la partie supérieure des cuisses. De même que la fois précédente, les douleurs se sont calmées le matin pour revenir encore de nouveau dans la nuit du lendemain. Le surlendemain, la malade s'aperçoit sur sa chemise de quelques taches de sang d'un rouge sale mêlées d'écoulement purulent du vagin. (1 gramme de sulfate de quinine.)

A partir de ce moment, la malade a passé les nuits tranquilles. L'hémorrhagie, qui a commencé hier, a continué encore pendant deux jours, juste le temps que duraient habituellement les règles; elle a paru venir à l'époque ordinaire, ou peut-être deux ou trois jours en avance. Une fois les règles finies, la malade a pris encore un bain, et nous avons pratiqué une nouvelle cautérisation du vagin et de la cavité du col. Quelques injections pratiquées ensuite avec la solution du sulfate d'alumine et de potasse ont achevé la guérison.

A part l'intérêt qui se rattache à cette observation comme l'exemple d'*ovarite blennorrhagique*, elle peut encore fournir le sujet de quelques réflexions importantes au piont de vue de la question qui nous occupe particulièrement dans ce moment. Il est évident que l'inflammation aiguë d'un ovaire n'a pas empêché chez cette femme les règles d'arriver à peu près à leur époque et durer comme d'habitude. Tout porte à croire que l'ovulation à laquelle se rattache cette époque menstruelle a eu lieu dans l'ovaire du côté opposé. En quoi eût-elle été modifiée si le hasard avait décidé autrement et si c'eût été l'ovaire droit qui eût été enflammé? C'est ce que nous ne pouvons pas savoir au juste. Mais il paraît néanmoins probable que le travail de l'ovulation aurait sans doute, dans ce cas, ajouté à l'inflammation et occasionné des douleurs, sinon plus vives que celles que la malade a déjà éprouvées, du moins plus continues. La malade n'ayant point souffert habituellement aux époques des règles, on peut encore considérer comme très-probable que les douleurs névralgiques qu'elle a ressenties périodiquement pendant plusieurs jours avant l'apparition des menstrues, étaient en grande partie provoquées pas la turgescence physiologique qui précède la rupture du follicule, turgescence qui est venue surprendre l'ovaire au milieu des conditions déjà plus ou moins éloignées de l'état normal. En effet, si l'ovaire droit n'a pas été précisément enflammé comme le gauche, il est difficile de croire qu'il ne se soit pas ressenti, au moins sympathiquement, de la blennorrhagie vaginale très-aiguë et de l'inflammation de l'organe congénère.

Ce qui précède ferait déjà en quelque sorte présumer que si les affections chroniques des ovaires n'exercent pas une grande influence sur la menstruation, il n'en serait pas absolument de même des inflammations aiguës de ces organes. Ces dernières, sans donner lieu à l'aménorrhée, pourraient, dans beaucoup de cas au moins, occasionner de vives douleurs aux époques des règles. Or, quand on pense qu'à chaque époque menstruelle un des ovaires devient le foyer d'une surexcitation nerveuse et d'une congestion sanguine active, et que c'est au milieu de ces conditions que s'opère la rupture du follicule, il est permis d'admettre que cet état puisse s'élever parfois jusqu'au degré d'une véritable phlegmasie et occasionner au moins une ovarite partielle. Des prédispositions individuelles, la constitution, le tempérament ou certaines dispositions locales tenant à quelques conditions pathologiques dans l'organisation des ovaires ou des follicules, peuvent contribuer pour beaucoup à ce résultat.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'est pas rare de voir se déclarer aux époques des règles des symptômes d'une véritable ovarite aiguë aussi bien caractérisée que celle dont nous venons de citer un exemple. Les malades souffrent alors beaucoup dans le bas-ventre et particulièrement du côté de l'un des ovaires. Grâce à de nombreuses ramifications des plexus nerveux de cette région et leurs étendues anastomoses, il survient souvent une foule de troubles sympathiques, tels que des douleurs de reins, des envies fréquentes d'uriner, des douleurs névralgiques dans les cuisses, des migraines, des vomissements, etc., etc., etc. Le phénomène qui domine le plus est la douleur; elle est quelquefois tellement vive que les malades se tordent dans leur lit ou se tiennent courbées en deux. Chez les sujets nerveux et très-irritables, ces symptomes acquièrent une telle intensité que, vu le peu de fièvre ou même l'absence de mouvement fébrile, on serait tenté de regarder tout cela comme purement nerveux. Cependant, en examinant attentivement, on manque rarement de découvrir la véritable source de ces accidents. Plusieurs fois, il nous est arrivé de pouvoir déterminer par la palpation ou la percussion le siége de l'ovaire qui était le point de départ de tous ces troubles. La douleur était généralement plus vive à l'endroit correspondant et augmentait sensiblement à la pression. Cet état précède ordinairement l'éruption des règles, mais il est rare qu'il continue pendant toute la durée de l'hémorrhagie menstruelle. La plupart du temps, l'hémorrhagie est peu abondante tant que durent les douleurs. Cependant, nous avons vu une malade il y a deux ans chez qui les symptômes parfaitement caractérisés de l'*ovarite folliculeuse*, telle que nous venons de la décrire, étaient accompagnés d'une véritable perte.

M. Chereau, que nous avons eu déjà l'occasion de citer,

rapporte deux observations de *dysménorrhée* qui lui semblent constituer des exemples d'ovarite menstruelle. Dans une de ces observations, l'auteur dit avoir senti distinctement dans la région iliaque gauche *une petite tumeur paraissant avoir le volume d'un petit œuf de poule jouissant d'une certaine mobilité et excessivement douloureuse à la pression*. Un traitement antiphlogistique assez énergique (une saignée au bras, quinze sangsues aux aines) a été immédiatement appliqué. Les accidents diminuèrent notablement et les règles parurent dès le lendemain même, et continuèrent pendant trois jours et en plus grande abondance que d'habitude. Le *gonflement de la région iliaque gauche ne disparut graduellement que le quatrième jour* (1).

Des accidents de cette nature se répètent quelquefois à chaque époque menstruelle et durent ainsi pendant des années. Nous sommes persuadé que plus des trois quarts des cas de dysménorrhée sont constitués par des *ovarites folliculeuses*, dans lesquelles on voit seulement prédominer tantôt l'élément nerveux, tantôt l'élément inflammatoire. C'est à cette double forme que nous avons l'habitude de subordonner dans notre pratique le traitement dirigé contre des accidents dysménorrhéiques de cette nature. Si la forme inflammatoire est bien dessinée, nous n'hésitons pas à tirer du sang à l'aide de sangsues ou de ventouses scarifiées appliquées à l'endroit correspondant à l'inflammation. Chez des femmes d'une constitution forte, une saignée du bras ou du pied peut même devenir nécessaire. Immédiatement après nous passons aux bains par lesquels nous commençons au contraire lorsque les accidents nerveux dominent. Si ce moyen n'est pas nouveau, la méthode de traitement qui en constitue l'application en cette circonstance peut être considérée comme nouvelle. L'idée du danger des bains pendant les époques menstruelles s'est tellement enracinée d'une manière traditionnelle dans nos mœurs, qu'il y a peu de médecins qui oseraient les prescrire alors, crainte de s'attirer ensuite des reproches, si par malheur les choses n'allaient pas au mieux immédiatement après. Cette crainte vient évidemment de ce qu'on a toujours confondu la menstruation avec toutes les autres hémorrhagies en général. Dès que nous avons appris à connaître toutes les phases de l'ovulation, dès que nous avons compris le rôle de l'hémorrhagie menstruelle, ces craintes se sont singulièrement amoindries à nos yeux. Pourquoi ces appréhensions, nous sommes-nous dit, pourquoi cette réprobation générale? comme s'il s'agissait de la plaie d'un vaisseau que l'on craindrait de rouvrir par la fonte ou le décollement d'un caillot par l'eau. Comment les bains tièdes, qui nous rendent tant de services dans les phlegmasies abdominales et les surexcitations nerveuses, pourraient-ils être nuisibles dans l'*inflammation folliculeuse* des ovaires? Ne devraient-ils pas au contraire tendre à ramener cette inflammation dans ses limites normales et calmer la surexcitation nerveuse qui l'accompagne?

L'expérience n'a pas tardé à nous donner raison sur tous les points. Aujourd'hui nous prescrivons des bains tièdes dans toutes les dysménorrhées qui nous paraissent reconnaître pour cause l'*ovarite folliculeuse*, et c'est par là que nous commençons quand les accidents nerveux dominent ceux qui appartiennent plus particulièrement à la phlegmasie. Ces bains pris tous les jours ne durent jamais plus d'une heure. Pendant cet intervalle on verse de temps en temps de l'eau de 2 ou 3 degrés plus chaude sur les épaules, la poitrine et la partie supérieure du ventre ce qui est généralement agréable aux malades et produit une révulsion salutaire aux ovaires. Loin de disposer aux pertes nous avons vu cette méthode de traitement conjurer deux fois les ménorrhagies abondantes qui affaiblissaient les malades.

Freind, qui attribuait à la viscosité du sang la dysménorrhée caractérisée par des douleurs du bas-ventre et la difficulté de l'hémorrhagie menstruelle, conseillait pour la combattre l'usage de préparations alcalines et surtout de l'ammoniaque. « Leurs particules, disait-il, incisent et divisent tellement le sang que le contact mutuel des globules qui entre dans sa composition est moindre, et, par conséquent, sa liaison en devient plus subtile et plus déliée (1). » Cette pratique, quoique appuyée sur un faux principe, est arrivée néanmoins jusqu'à nous, et elle est encore en honneur aujourd'hui; c'est qu'elle compte réellement un assez grand nombre de succès. Il faut les accepter comme l'heureux héritage de l'empirisme auquel nous devons pas mal de nos ressources thérapeutiques, sans chercher à nous perdre dans les explications. De toutes les préparations ammoniacales, la plus efficace et en même temps la plus commode à administrer, est l'acétate d'ammoniaque. Nous le prescrivons conjointement avec les moyens précédemment indiqués à la dose de 12 à 15 gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée, quatre à cinq fois par jour. C'est un excellent sédatif dans l'espèce.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Gerdy.

Cure radicale d'une hernie inguinale gauche.

Le nommé Besnier Jean-Florent, âgé de 25 ans, employé, est entré le 10 juillet 1855, à la Charité (salle Saint-Jean n°8), atteint d'une hernie inguinale gauche, oblique externe, peu prononcée (la tumeur ne dépasse guère le volume d'une grosse noix). Cet homme fait remonter sa maladie à quatre ans. Voici dans quelle circonstance elle semble avoir pris naissance. Il revenait de la chasse avec les pieds mouillés; il les exposa, pour les sécher, à un feu ardent, et lorsqu'il voulut retirer ses bottes il n'en put venir à bout; il se fit alors aider par une personne qui tirait violemment sur le pied, pendant que lui faisait effort pour résister à cette traction. Quelques douleurs se firent sentir dans l'aine, et persistèrent pendant cinq ou six jours, au bout desquels une légère *saillie* se fit remarquer à l'aine gauche. Le malade consulta un médecin qui conseilla l'usage d'un bandage qui fut porté jusqu'à ce jour sans donner lieu à aucun inconvénient. Aucun signe d'engoncement dans la hernie, quelques coliques rares seulement. Dans le courant de l'hiver, cet homme consulta M. Gerdy qui le renvoya à l'été pour le débarrasser de sa hernie.

Le malade est brun, de haute taille, et présente toutes les apparences d'une santé parfaite. Le 13 juillet, après un lavement préalable pour aider l'intestin, M. Gerdy procède à l'opération.

Le doigt, recouvert de la peau du scrotum, ayant été enfoncé dans le canal inguinal, arrive difficilement jusqu'à l'orifice interne qui est très-élevé. Une aiguille courbe, glissant dans un fourreau, est conduite sur le doigt. A cette aiguille on a eu soin d'adapter un fil de soie double qui porte une petite bille en ivoire; arrivé à l'extrémité supérieure du canal, on pousse l'aiguille qui vient ressortir à travers les téguments. On dégage alors le fil, dont on attache les deux chefs sur un fragment de sonde élastique; un second fil adapté à la bille de l'autre coté, permet de la retirer.

Le pouls, au moment de l'opération, est lent et faible, 60 pulsations.

Le 13 au soir, le malade a ressenti dans la journée quelques légères douleurs qu'on attribue à la traction du fil et à la dépression de la paroi abdominale au niveau de la suture. Comme cette douleur est d'ailleurs peu vive on ne desserre pas le fil autour duquel il n'y a ni rougeur ni sensibilité. La douleur est

(1) Ouvrage cité, p. 126.

(1) Ouvrage cité.

limitée au point de la piqûre, et dans l'invagination, au point ou presse la sphère d'ivoire. L'état général est toujours satisfaisant : pas de douleurs de tête ; aucun signe du côté du ventre ni du péritoine; le pouls à 60 comme le matin.

14 juillet au matin, pouls à 60; point de symptômes généraux le malade a une toux légère qui lui fait faire quelques efforts et donne lieu à de légers tiraillements. Neanmoins, on ne desserre pas la ligature; la peau environnante a gardé sa chaleur normale, sauf à 1 pouce environ en dehors et en haut de la suture, un point bien limité où cette chaleur est augmentée et où la pression développe une légère douleur, suivant la direction du grand oblique et des filets nerveux. On laisse la plaie à nu.

14 juillet au soir, pouls à 60; point de symptômes généraux; le malade ressent autour de la suture, dans un rayon de 1 pouce, des douleurs que l'on peut limiter avec le doigt; la peau semble plus chaude dans cette étendue. Le malade a pris dans la journée des bouillons et des potages.

15 juillet au matin, les douleurs continuent, M. Gerdy desserre la ligature, l'adhésion a commencé à se former, car la peau invaginée ne cherche pas à descendre. La peau, près du point opéré, est toujours un peu chaude. Ou applique un léger cataplasme. Pouls toujours à 60.

15 juillet soir, le pouls s'est élevé à 75; la peau est un peu plus chaude qu'antérieurement ; point de symptômes généraux cependant. La douleur a notablement diminué depuis qu'on a desserré la ligature ; le point le plus sensible est toujours en haut et en dehors.

16 juillet au matin, le pouls est redescendu à 65; la peau a repris sa fraîcheur normale. L'état général continue à être parfait.

16 juillet au soir, la peau autour de la suture présente une élévation de température assez notable; pouls à 70.

17 juillet au matin, point de symptômes généraux ; le pouls reste à 70; la douleur est surtout vive à l'endroit de l'invagination ou presse la bille. La suppuration commence dans l'endroit où la peau est invaginée; l'on voit aussi, en détachant la suture, sourdre quelques gouttes de pus. On extrait la bille qui, vu la rétraction éprouvée par l'orifice supérieur du canal, ne sort qu'après quelques efforts. Ou laisse encore un fil dans l'invagination pour assurer une inflammation plus vive et une abhérence plus complète.

17 juillet au soir, le pouls est à 75; ou sent le long du canal une corde indurée due à la peau invaginée, se prolongeant un peu au-dessus du point de suture. On laisse encore le fil dans l'invagination ; la suppuration continue mais peu abondante.

18 juillet au matin, pouls à 60; aucun symptôme général.

18 juillet au soir, *idem*.

Les jours suivants l'état continue à être aussi satisfaisant.

22 juillet, on retire le fil; pas de fièvre. Les jours suivants aucun changement ; on sent toujours la corde dure le long du canal ; l'adhérence est complète, et l'on peut tirer assez fortement sur la peau du scrotum sans la détacher. La suppuration a disparu. Le malade a repris son régime habituel.

VANTVERTS.

Quelques considérations sur la cure radicale de la hernie.

Omne tulit punctum qui miscuit utile dulci.

Une des plus heureuses applications de ce vers est certes la guérison radicale de la hernie : délivrer le malade de l'inconvénient d'un bandage, du danger toujours menaçant de l'engoncement, de l'étranglement, c'est mêler l'utile à l'agréable. Le procédé employé par M. Gerdy, modifié dernièrement encore, semble atteindre autant que possible ce résultat. On a fait à ce procédé différentes objections :

1° La guérison n'est pas permanente;

2° Les douleurs sont très-vives aux points où sont fixés les fils, et ne peuvent être supportées;

3° L'opération n'est pas sans dangers.

1° La guérison n'est pas permanente. M. Velpeau a vu, en effet, plusieurs cas où au bout de six mois, la peau s'étant détachée, la hernie avait reparu à l'orifice externe. Le décollement de la peau invaginée est en effet le fait le plus fréquent, mais, dit M. Gerdy, l'orifice supérieur du canal se rétrécit par suite de l'inflammation, ou bien même garde ses dimensions antérieures, sans laisser redescendre la hernie; et, parmi plusieurs faits, il cite celui d'un ouvrier charpentier, travaillant sur le port, se livrant à des efforts, présenté à la Société de chirurgie, opéré depuis quinze ou dix-sept ans, dont l'orifice interne est très-large, et chez qui la hernie n'a pas reparu.

M. Roux a opéré deux cas avec succès.

2° Les douleurs sont trop vives aux points de la suture pour être supportées. Lorsque plusieurs fils, quatre ou cinq, servaient à fermer les adhérences, une inflammation vive se répandait tout autour; et l'inflammation ou la lésion de filets nerveux pourraient donner lieu à des accidents. Mais s'il était permis de juger par les deux cas où on employa un seul point de suture et une petite bille pour retenir la peau invaginée, (le cas rapporté étant antérieur), pourrait assurer que la douleur a été à peine prononcée et n'a même pas donné lieu à des symptômes généraux.

3° L'opération n'est pas sans dangers, c'est vrai, mais une hernie n'est pas non plus sans dangers : sur cent cas opérés par M. Gerdy, il n'a eu qu'un cas de mort. Un auteur allemand, M. Hanthmont (de Munich), assure sur cent-quarante cas n'avoir eu aucun accident.

Le chiffre des accidents serait donc bien rare, et avec le seul point de suture fait actuellement, à peine si dans l'observation qui suit on a eu de suppuration. M. Gerdy prétend que l'on n'atteint pas le péritoine, et il faudrait que l'inflammation fût assez étendue pour arriver à donner lieu à une péritonite générale. Pour ce qui est du phlegmon, cet accident doit être bien rare avec un seul fil qui perce la peau, si l'on a le soin de faire pénétrer de temps à autre le stylet pour empêcher l'accumulation d'un peu de pus dans le tissu cellulaire et les couches sous-jacentes.

VANVERTS,
Interne du service de M. Gerdy.

CLINIQUE CIVILE.

Anévrisme artérioso-veineux, suite d'une blessure de l'artère iliaque primitive droite et de la veine iliaque primitive gauche.

Par M. le docteur A. LEFLAIVE, ex-interne des hôpitaux.

Ronchetet, huilier, âgé de trente-deux ans, reçut, il y a environ dix ans dans une rixe, un coup de couteau à l'hypogastre, un peu au-dessous de l'ombilic et à droite. Il entra, pour cette blessure, à l'hôpital de Beaune. Il ne survint à ce moment aucun accident, et huit ou dix jours après, le malade sortait de l'hôpital, et reprenait ses occupations. Mais quinze jours environ après sa sortie, un gonflement considérable se manifestait aux deux membres inférieurs. Le gonflement à droite dura huit mois, et se dissipa sans traitement. Il persista à gauche, des varices énormes se formèrent, puis des ulcères, et le malade, sans cesser complétement de travailler, entra de temps à autre à l'hôpital pour se faire guérir de ces derniers. Enfin, en 1851, il fut admis dans un des hôpitaux de Lyon, où il fut traité pendant trois mois, pour un éléphantiasis, par la compression dans toute la longueur du membre,

par la position élevée, par des bains d'air chauds, mais sans succès. Depuis, on se contenta de panser les ulcères qui se formaient continuellement. Au mois de juin 1853, on me pria d'intervenir pour lui obtenir une place dans un hôpital de Paris. Je l'adressai alors à mon ami et ancien collègue, M. Bidard, pour le faire entrer à Saint-Louis, service de M. Cazenave. Là, un grand nombre de chirurgiens vinrent le voir, et diagnostiquèrent un anévrisme de l'artère et de la veine iliaques primitives gauches. Il fut aussi présenté à la Société de chirurgie; d'un avis presque unanime, le traitement par la ligature fut rejeté. Quelque temps après, on le soumit en vain à la compression dirigée sur la tumeur anévrismale. Je ne sais combien de temps cet homme demeura à Paris; je ne le revis qu'au commencement de juin 1855. Il était alors mourant; des hémorrhagies journalières, fournies par de vastes ulcérations de la cuisse droite, l'avaient épuisé. Le teint terreux, le pouls petit, un hoquet continuel, annonçaient une fin bien prochaine, et ne me permirent pas un examen aussi minutieux que je l'eusse désiré. Le membre inférieur gauche très-volumineux (la cuisse, vers sa partie supérieure, avait 90 centimètres de circonférence), n'avait pas perdu sa forme générale. Il était sillonné de varices énormes, qui remontaient jusque au-dessus de la hanche gauche, et s'étendaient à presque tout l'abdomen, mais principalement à gauche, de nombreuses ulcérations, très-larges, plus ou moins profondes, se voyaient à la jambe, et surtout à la cuisse, tant en dehors qu'en dedans, et donnaient lieu à de fréquentes hémorrhagies. Elles étaient le siége de douleurs assez vives. L'état de la peau était en rapport avec la date plus ou moins ancienne de ces ulcérations. A l'abdomen, on remarquait à 0,08 centimètres au-dessous de l'ombilic et à 0,04 centimètres en dehors de la ligne blanche, une petite cicatrice blanche, inégale, un peu froncée. La main placée sur l'abdomen percevait des pulsations très-fortes, isochrones au pouls, s'accompagnant d'un frémissement très-marqué. Ce frémissement, au moins parfois, n'était perçu que sur la ligne médiane, et à droite on entendait dans tout l'abdomen un bruit de souffle à double courant, dont le maximum était aux environs de l'ombilic et un peu au-dessous. Je ne cherchai pas à déprimer la paroi abdominale par une exploration plus minutieuse.

Le malade mourut le 5 juin 1855.

Autopsie. — On voit sur la face postérieure de la paroi abdominale antérieure une cicatrice répondant à la cicatrice extérieure, d'où part une longue bride celluleuse qui va se rendre à la partie inférieure du grand épiploon. Les intestins sont intacts; après les avoir relevés, on aperçoit au niveau de l'angle sacro-vertébral une masse jaunâtre informe qui se prolonge dans le bassin. Au toucher, on reconnaît : une tumeur très-dure, située à la partie médiane et au-dessus de l'angle sacro-vertébral; de chaque côté, mais surtout à gauche, une série de tumeurs de consistance variable; la plupart sont formées par des ganglions lymphatiques hypertrophiés et dont un certain nombre sont ramollis; le tout est enveloppé de graisse, d'un tissu cellulaire très-abondant et très-dense, résistant, qui le fait adhérer fortement aux parties osseuses voisines.

A la dissection, on voit, sur la partie antérieure de l'artère iliaque primitive droite, à 2 centimètres au-dessous de la bifurcation de l'aorte, une petite cicatrice à laquelle répond dans le vaisseau une dépression en godet; dans ce point, la paroi artérielle est très-mince, transparente. Sur la paroi postérieure, en face de cette cicatrice, se trouve une ouverture arrondie, à bords mousses, de 0,006 millimètres de diamètre. L'artère, du reste, n'offre rien de remarquable. En arrière de cette ouverture, et communiquant par elle avec l'artère, est une tumeur dure de 0,03 centimètres de diamètre; elle est intimement unie à l'artère jusque auprès de la bifurcation de l'aorte; ses parois sont ossifiées, et elle contient des caillots fibrineux. Cette tumeur, saillante surtout en dehors de l'artère, comprime la veine iliaque primitive droite et la veine iliaque externe qui, au-dessous d'elle, n'offre qu'un pertuis très-fin. Les parois de cette dernière veine sont en cet endroit excessivement épaisses; à mesure que l'on descend, la lumière du vaisseau augmente, et ces collatérales s'élargissent. La veine iliaque interne est saine et son orifice libre. Quant à la veine iliaque primitive gauche, elle n'a plus aucune communication avec la veine cave, elle offre, à sa partie supérieure et interne, une ouverture un peu plus large que celle de l'artère, ouverture qui la fait communiquer avec la partie interne de la tumeur dont j'ai parlé plus haut; presque en face de cette ouverture, il en est une autre plus petite, orifice d'une petite poche faisant saillie à l'extérieur sous la forme d'un ganglion lymphatique. Cette petite tumeur, à parois très-épaisses, renfermait des caillots en voie d'organisation. La veine iliaque primitive gauche présente aussi une dilatation de 0,08 centimètres de longueur, autant de circonférence. Dans cette étendue, les parois de la veine sont épaissies, doublées à l'intérieur de plaques calcaires, surtout et presque exclusivement en avant. La veine iliaque externe donne 0,05 centimètres de circonférence; elle est plissée, ses parois sont hypertrophiées, et l'orifice de ses collatérales béant. La veine iliaque interne est très-rétrécie à son embouchure dans la primitive; elle se dilate au-dessous.

Ces lésions rendent parfaitement compte de la marche de la maladie. Un couteau, dirigé un peu obliquement, traverse de part en part et l'artère iliaque primitive droite et la veine iliaque primitive gauche à son passage derrière l'artère. La plaie antérieure de l'artère se cicatrise, tandis que la postérieure reste béante. Les deux plaies de la veine restent ouvertes. Il se fait deux épanchements de sang, l'un entre les deux vaisseaux, l'autre en arrière et un peu à gauche de la veine. De là cette tumeur anévrismale complexe formée par une tumeur existant entre les deux vaisseaux, par la veine dilatée, par une petite tumeur en arrière de la veine; et avec cela tous les signes de l'anévrisme artérioso-veineux; mais la veine iliaque primitive droite est comprimée, la veine iliaque externe est oblitérée; il y a gêne de la circulation veineuse dans le membre inférieur droit, il s'engorge. Au bout d'un certain temps, la circulation se rétablit par les collatérales et la veine iliaque interne, le membre reprend son état normal. A gauche, au contraire, la veine iliaque primitive ne communique plus avec la veine cave, la circulation veineuse ne peut se rétablir, l'engorgement persiste, les veines se dilatent, le membre inférieur prend un volume de plus en plus considérable, les ulcères, les hémorrhagies surviennent et emmènent le malade.

L'autopsie démontre d'abord que la ligature serait impraticable et pour plusieurs causes; que d'ailleurs tout traitement devenait inutile, le rétablissement de la circulation veineuse dans le membre inférieur gauche étant impossible; ce qu'indiquait pendant la vie la réplétion constante des veines de cette partie, malgré la position, malgré la compression. Aussi, en pareil cas, devra-t-on regarder cet état comme une contre-indication à tout traitement jusqu'ici connu.

Cet anévrisme a été produit dans des conditions inverses de celles dans lesquelles l'anévrisme artérioso-veineux est produit ordinairement. C'est presque toujours à la suite de l'ouverture d'une veine d'abord, puis d'une artère voisine qu'on le voit apparaître. Ici, au contraire, l'artère d'abord est percée de part en part, et ensuite la veine.

Il y a encore ceci de remarquable que la plaie antérieure de l'artère s'est cicatrisée malgré son étendue, le couteau ayant passé au delà de l'artère et de la veine distendue; quelque effilée qu'elle ait été, la lame devait avoir à peu près 1 centimètre de diamètre au niveau de la première plaie artérielle. Du reste, le godet intérieur avait encore, après une macération prolongée dans l'alcool, 0,005 millimètres de diamètre. La cicatrisation a probablement été facilitée par l'ouverture postérieure donnant issue au sang. Le contraire aurait eu lieu pour la plaie postérieure de la veine; la pression de l'ondée sanguine

l'aurait maintenue ouverte; de là, la formation de ce petit anévrisme dont il a été question plus haut.

Un cas de mort par le chloroforme pendant le travail de l'accouchement,

Par le docteur WOLF, de Chester (Massachusetts).

L'enquête qui se poursuit avec une extrême attention au sujet du danger ou de l'innocuité de l'inhalation des anesthésiques, dans les conditions déterminées par la prudence et l'expérimentation, donne un intérêt tout particulier aux faits qui constatent comme conséquence de leur emploi des accidents plus ou moins graves. De l'étude de ces faits doivent ressortir à la fin les contre-indications réelles et les règles pratiques de l'administration de ces agents. Le fait suivant, emprunté au *Journal de médecine de Buffalo*, décembre 1853, tire des circonstances dans lesquelles il s'est produit une importance toute particulière. En effet, si dans ce cas la mort, qui est survenue dans un état d'anesthésie fort peu prononcé et en pleine connaissance, doit être attribuée au chloroforme, elle aurait été déterminée par une espèce d'intoxication lente et progressive, fort éloignée de la sédération subite de toutes les forces vitales observée dans d'autres circonstances. Bien qu'on puisse ici élever des doutes sur la cause réelle de la mort, il faut cependant tenir grand compte de la conviction du narrateur, témoin oculaire d'une partie des faits, qui n'hésite pas à l'attribuer au chloroforme, après un examen comparatif sur place, à la vérité sans le contrôle de l'autopsie. Une autre particularité, qui mérite d'être remarquée, c'est que l'inhalation a eu lieu contre le gré de l'accoucheur, par le fait de la volonté opiniâtre de la patiente, qui se tenait elle-même sous le nez le flacon dont elle s'était emparée. Si, dans la grande ferveur des anesthésiques, bien des médecins ont dû être effrayés de l'insistance opiniâtre de quelques femmes à obtenir un flacon contenant de l'éther ou du chloroforme, ils ne tardaient pas à être rassurés en voyant avec quelle prudence elles en faisaient usage. On voit pourtant qu'il ne faudrait pas trop compter en pareil cas sur la sollicitude tutélaire de l'instinct de conservation.

OBSERVATION. — M. Wolf, appelé en consultation dans une ville voisine par ses amis les docteurs Freeland et Smith, pour une dame d'environ vingt-cinq ans, d'une bonne santé et d'une forte constitution, en travail de son accouchement, et dans un état de danger imminent, bien qu'elle eût sa pleine connaissance, reçut de ses confrères les informations suivantes : Appelé environ trente heures auparavant, M. Freeland la trouva dans la période préparatoire d'un travail actif, qui, au bout de quelques heures, n'avait encore fait que peu de progrès ; elle réclamait avec instance le chloroforme, qu'elle avait respiré dans son premier accouchement. Après avoir attendu encore quelques heures, le travail n'ayant pas sensiblement avancé, on lui fit une saignée de 15 à 20 onces. Une potion anodine contenant 40 gouttes de teinture d'opium lui procura un peu de repos. A son réveil, elle se plaignit de douleurs dans l'abdomen et dans la région lombaire, et réclamait toujours le chloroforme; le pouls plein et fort n'excédait pas 100; langue humide et nette, action utérine assez lente; orifice utérin relâché, tête basse, bassin large ; aucun mauvais symptôme d'ailleurs. Dans ces conditions, on crut pouvoir promettre une prochaine délivrance, et l'on fit prendre une décoction de seigle ergoté. Mais l'accouchement ne se faisant pas, bientôt après la malade insista avec plus d'importunité encore pour avoir du chloroforme. M. Smith, mandé à cet effet, posa à son arrivée, sur une table en vue de la malade, un flacon contenant environ 2 onces de chloroforme ; et pendant qu'il conférait avec son confrère sur ce qui s'était passé jusque-là et sur ce qu'il y avait à faire, elle se fit donner le flacon et se mit à inhaler de temps en temps le liquide qu'il contenait, refusant absolument de le rendre. Quand ses médecins lui représentaient qu'en agissant ainsi elle nuisait au progrès du travail et exposait peut-être sa vie, elle leur répondait : « Maintenant mes douleurs sont tout à fait douces (*quite comfortable*), et je resterais sans peine douze heures dans cet état. »

Malgré un examen attentif, ils ne s'aperçurent d'abord d'aucun changement appréciable dans l'action du cœur ni dans les forces vitales; et, comme il s'était opéré un relâchement favorable dans les organes, que le chloroforme avait été mis de côté, ils restaient convaincus que l'action de l'utérus, bientôt réveillée, triompherait des derniers obstacles. Mais peu après les choses prirent un autre aspect, et lorsque M. Wolf intervint à son tour, il y avait absence de toute douleur, extrémités refroidies, sueur froide, pouls fuyant, respiration sifflante, regard sans expression, en un mot, tous les phénomènes avant-coureurs de la mort, que les frictions, les applications chaudes, les stimulants actifs employés avant son arrivée n'avaient pu dissiper. Bien que mourante, elle était en pleine connaissance, et, dès qu'il fut en sa présence, elle lui demanda avec anxiété de lui prendre son enfant et de la sauver. La délivrer en ce moment était chose facile, ce qui fut fait sur-le-champ. L'enfant était mort; elle-même dix minutes après n'était plus qu'un cadavre.

Après un examen attentif des choses et mûres réflexions, M. Wolf déclare qu'il ne saurait rapporter qu'au chloroforme la cause de la mort de cette malheureuse femme. Elle ne peut être attribuée, selon lui, ni à la longueur, ni à l'intensité des douleurs ; il n'y avait eu rupture, ni de l'utérus, ni du vagin, ni symptômes de congestion cérébrale, ni d'autres maladies. La malade, bien qu'ayant sa pleine connaissance, était pourtant insensible à la douleur, et sa mort semble ne pouvoir être imputée qu'à l'abolition de la force vitale par la fréquente répétition d'une anesthésie incomplète. (*The American Journal of the Medical Sciences*, avril 1854, et *Gaz. hebd.*)

Rapport sur des expériences de M. BROWN-SÉQUARD relatives aux propriétés et aux fonctions de la moelle épinière;

Lu à la Société de biologie, le 21 juillet 1855,

Par M. PAUL BROCA, rapporteur,

Au nom d'une commission composée de MM. Claude Bernard, Bouley, Broca, Giraldès, Goubaux et Vulpian.

Messieurs,

Lorsque Charles Bell communiqua à la Société royale de Londres ses premières recherches sur les fonctions des nerfs rachidiens, la physiologie des systèmes nerveux entra tout à coup dans une ère nouvelle ; on avait cru jusqu'alors que la moelle était un gros nerf, dont toutes les parties présidaient à la fois, comme les cordons nerveux des membres, à la sensibilité et au mouvement. On répétait, depuis Galien, que les deux moitiés latérales de cet organe, étaient indépendantes l'une de l'autre, et que chacune d'elles régissait la moitié correspondante des membres et du tronc ; on connaissait depuis Mistichelli, l'existence de l'entre-croisement partiel des pyramide antérieures, et on expliquait ainsi la fréquence des paralysies croisées; enfin Prochaska et Legallois avaient prouvé que la moelle possédait la propriété d'agir quelquefois à la manière d'un centre nerveux. Mais ces données étaient insuffisantes : la physiologie des nerfs était toujours pleine de contradictions et de mystères, et personne encore n'avait pu expliquer les faits, si communs pourtant dans la pratique, où une maladie détruit isolément la faculté de sentir et la puissance motrice, ces deux grandes propriétés du système nerveux.

La découverte de Charles Bell fut comme un trait de lumière, et fut acceptée dans le monde savant avec un enthousiasme mérité. L'illustre physiologiste anglais venait de surprendre un des plus beaux secrets de la nature. Guidé par l'anatomie, éclairé par quelques vivisections, et par des expériences beaucoup plus nombreuses faites sur des animaux expirants, il avait, pour la première fois, démontré que les propriétés si diverses des nerfs, dépendent de la diversité de leur origine centrale, que les racines postérieures des paires rachidiennes président seulement à la sensibilité, et que la puissance qui met en jeu les muscles du tronc et des membres, est exclusivement dévolue aux racines antérieures. Cette découverte était toute

une révolution ; à elle seule, elle eût suffi pour rendre impérissable le nom de Ch. Bell. Mais l'esprit humain est avide de systèmes ; à l'observation qui marche lentement et qui poursuit la vérité à travers des sentiers épineux, il substitue volontiers le raisonnement, l'induction trompeuse, et les séduisantes conceptions de la théorie. Bien rarement les hommes qui découvrent un des grands phénomènes de la nature, savent se défendre d'une généralisation prématurée qui les conduit à l'efficacité d'un système. Charles Bell obéit à la loi commune. Il ne se contente pas d'avoir découvert les propriétés de deux ordres de racines; il croit pouvoir deviner les fonctions respectives de divers faisceaux de la moelle. Les faisceaux postérieurs de cet organe, à cause de leurs connexions avec les racines sensitives, lui parurent être les seuls conducteurs de la sensibilité, tandis que les faisceaux antérieurs et latéraux qui sont en continuité avec les racines motrices, lui parurent exclusivement destinés à l'excitation du système musculaire. (Charles Bell, *Exposition du système naturel des nerfs*, trad. fr. Paris, 1825, in-8°, p. 13.) Je passe à dessein sous silence tout ce qui est relatif à la prétendue colonne respiratoire de la moelle.

Cette double conclusion semblait fort légitime, mais il lui manquait la sanction des faits. Charles Bell avait pour les vivisections une répugnance qu'il ne surmonta jamais complétement. Il se permettait tout au plus de couper çà et là quelques filets nerveux sur les animaux vivants. Quant aux expériences faites directement sur la moelle, elles lui semblaient trop cruelles et il ne savait pas prendre sur lui de les exécuter. Cette timidité eut de fâcheuses conséquences. Moins réservé dans ses théories que dans ses investigations, Charles Bell ne sut pas se résigner à avouer son ignorance sur les fonctions d'un organe qu'il n'osait pas interroger, et ce fut le raisonnement pur qui le conduisit à son système sur les attributions respectives des divers faisceaux de la moelle. A la nouvelle des résultats annoncés par Charles Bell, tous les physiologistes s'émurent. De toutes parts on entreprit d'innombrables vivisections. MM. Magendie, Herbert-Mayo, Fodera, Schœps, Bellingeri, Rolando, se distinguèrent particulièrement dans ce genre de recherches. L'opinion de Charles Bell sur les deux ordres de racines fut assez généralement confirmée; mais il n'en fut pas de même de ses assertions sur les faisceaux de la moelle. On trouverait difficilement dans l'histoire des sciences un point qui ait donné lieu à des contradictions plus nombreuses et plus singulières; et lorsqu'on prend connaissance des résultats publiés à cette époque, on est tenté de se demander si quelque hasard perfide n'a pas pris plaisir à donner le change aux expérimentateurs. Les uns annoncent que la puissance motrice est disséminée uniformément dans tous les cordons de la moelle dont la substance grise sert exclusivement à transmettre les impressions. D'autres affirment que le faisceau postérieur tient sous sa dépendance la contraction des muscles extérieurs, dont les antagonistes se contractent sous l'influence du seul cordon antéro-latéral. D'autres encore attribuent à chacun des faisceaux de la moelle des propriétés à la fois sensibles et motrices, tout en reconnaissant que les faisceaux antérieurs sont principalement moteurs, et que les faisceaux postérieurs sont principalement sensitifs. Parlerai-je de Backer, qui coupe seulement les cordons postérieurs de la moelle, et qui, à la suite de cette section partielle, voit le mouvement aboli dans les membres pelviens, aussi bien que la sensibilité? de Schœps qui répète la même expérience, et qui, chose plus singulière encore, voit persister la sensibilité et disparaître le mouvement dans le train postérieur? de Fodera qui, coupant un seul cordon postérieur dans la région cervicale, produit une paralysie croisée de sentiments et une paralysie directe du mouvement, et qui, répétant la même expérience sur la moelle lombaire obtient des résultats diamétralement opposés? Toutes ces contradictions faisaient de la physiologie de la moelle un dédale inextricable, et beaucoup d'observateurs désespérant de débrouiller ces questions épineuses, avaient fini par renoncer à la localisation de la sensibilité et du mouvement; par croire, avec les anciens, que ces deux propriétés étaient uniformément réparties dans tous les cordons de la moelle et par répéter cette phrase célèbre de Boerhaave : *Quis dicet : hoc movet, hoc sentit?*

Les choses en étaient là, lorsque M. Longet entra dans la lice, convaincu que les mêmes expériences, répétées dans les mêmes conditions, doivent toujours donner des résultats identiques; cet éminent physiologiste se demanda d'abord quelles étaient les causes qui avaient produit, entre ses prédécesseurs, de semblables divergences. Il en signala plusieurs, entre autres la difficulté de couper isolément et exclusivement chaque faisceau de la moelle, l'impossibilité de distinguer dans certains cas les mouvements provoqués par l'excitation directe des fibres motrices, de ceux que l'animal exécute sous l'influence de la douleur, enfin, et surtout la perversion profonde que subissent toutes les fonctions du système nerveux au moment où la moelle est mise à nu et où le liquide céphalo-rachidien s'écoule. Suivant lui, la simple ouverture du rachis, le seul contact de l'air sur la face interne de la dure-mère, suffiraient déjà pour diminuer l'action nerveuse dans le train postérieur, au point d'y rendre la mobilité fort obscure et la sensibilité presque inappréciable; et la paralysie complète surviendrait au moment où l'incision de la dure-mère permettrait à l'air d'agir directement sur la moelle. Nous verrons tout à l'heure jusqu'à quel point ces assertions sont conformes à la vérité. Quoiqu'il en soit, M. Longet fut conduit à rejeter les divers modes d'expérimentation qui avaient fourni à ses devanciers des résultats si contradictoires : à la section partielle des différents faisceaux de la moelle, il substitua la section totale et transversale de cet organe. Le train postérieur se trouva ainsi complétement paralysé. Appliquant alors l'électricité, tantôt sur le segment céphalique et tantôt sur le segment caudal de la moelle, explorant successivement les cordons postérieurs, les cordons antérieurs et latéraux et la substance grise, M. Longet institua un procédé uniforme qui lui donna des résultats uniformes aussi. Il reconnut que constamment la galvanisation des cordons postérieurs reste sans influence sur le mouvement; que l'excitation des cordons antérieurs et latéraux ne provoque aucune douleur; que, sur le segment céphalique, les faisceaux postérieurs possèdent une sensibilité exquise; que, sur le segment caudal, les faisceaux antérieurs jouissent d'une faculté motrice très-prononcée; qu'enfin l'électricité, appliquée sur la substance grise, ne produit ni mouvement ni douleur.

Ainsi restreintes et régularisées, les expériences faites sur la moelle donnèrent toujours des résultats identiques. Les contestations cessèrent et la doctrine de Ch. Bell, complétée et modifiée par M. Longet, fut désormais considérée comme inattaquable. Elle était d'ailleurs si simple et si séduisante, qu'il était difficile de ne pas l'accueillir avec faveur. On put croire un instant que cette partie de la physiologie du système nerveux était enfin arrivée à la perfection. On oublia la chétive origine de la nouvelle doctrine de la moelle, on oublia les objections qu'elle avait soulevées et qu'on n'avait jamais résolues. On laissa dans l'ombre les faits nombreux qu'elle ne pouvait pas expliquer, et on considéra comme mal faites les expériences qui étaient de nature à la contredire. Plus heureuse que beaucoup d'autres, cette doctrine eut donc l'avantage de devenir promptement classique, et elle est aujourd'hui si généralement acceptée, si universellement connue, qu'il est à peine nécessaire de la raisonner en quelques mots. La moelle est à la fois un centre nerveux jouissant d'une activité propre, et un conducteur destiné à mettre les organes en communication avec l'encéphale. Elle doit cette double propriété aux deux substances qui la composent. Les phénomènes dits de centralité, notamment les actions réflexes, dépendent de la substance grise qui est d'ailleurs étrangère à la sensibilité et à la motilité proprement dites. La faculté conductrice réside tout en-

tière dans les canaux de la substance blanche. Les faisceaux postérieurs sont exclusivement destinés à transmettre à l'encéphale les impressions sensitives. Les faisceaux antérieurs et latéraux, au contraire, sont exclusivement moteurs. En d'autres termes, les excitations naturelles et artificielles de la fibre nerveuse, suivent une direction toujours centripète dans le cordon postérieur, toujours centrifuge dans le cordon antéro-latéral. Telle est la théorie aussi simple qu'ingénieuse qui s'étale dans tous les livres modernes, qu'on a enseignée, que nous avions à notre tour enseignée aux autres, et que nous considérions, il y a quelques jours à peine, comme la base de toutes nos connaissances sur le système nerveux.

Disons-le tout de suite, Messieurs, cette doctrine si séduisante et si applaudie, n'est qu'une déception de plus, ajoutée à tant d'autres qui l'ont précédée, et dont les débris jonchent le sol de l'histoire. Les belles expériences de M. Brown-Sequard viennent de renverser pour toujours cet édifice si bien cimenté, dont Charles Bell avait jeté le fondement, et dont M. Longet avait scellé la dernière pierre. Tant il est vrai que les apparences sont souvent trompeuses et que les plus belles choses ont souvent le pire destin!

Il y a longtemps, vous le savez, que notre collègue poursuit sans relâche l'étude des fonctions de la moelle, et il y a près de six ans qu'il nous a communiqué ses premières recherches sur ce sujet. A plusieurs reprises il a exécuté devant nous des vivisections dont les résultats étaient en contradiction flagrante avec les idées reçues sur les propriétés de diverses parties de la moelle. Mais les esprits étaient si prévenus en faveur de la doctrine de Ch. Bell que les premiers travaux de M. Brown-Séquard furent accueillis avec une certaine méfiance, et n'obtinrent qu'une attention passagère. Notre infatigable collègue ne se laissa pas décourager. Il continua ses recherches avec persévérance, il varia ses expériences à l'infini, il sut leur donner une forme saisissante qui ne laissa prise à aucune objection, et lorsque tout récemment, au retour de son dernier voyage d'Amérique, il vint reprendre sa place au milieu de nous, il jugea qu'il était temps de mettre la Société de biologie en demeure de se prononcer sur la question la plus fondamentale de la physiologie du système nerveux.

Vous vous souvenez sans doute de sa première communication et de la surprise qu'elle excita parmi nous. Il annonçait que la section des cordons postérieurs, c'est-à-dire des prétendus cordons sensitifs de la moelle, loin d'anéantir le sentiment dans les membres abdominaux, y éveillait au contraire une sensibilité *exagérée*, et que dans la même expérience, on provoquait des douleurs beaucoup plus vives en irritant le segment caudal de la moelle, qu'en piquant ou pinçant le segment céphalique, seul capable pourtant d'après les idées reçues de transmettre les impressions au cerveau.

(*La suite au prochain numéro.*)

Discours de M. Baillarger.

(*Addition à la séance du 24 juillet.*)

M. Baillarger. J'ai rencontré dans les Pyrénées et dans les Alpes un certain nombre de crétins qui offraient la prolongation au delà des limites ordinaires de tous les caractères propres à l'enfance. Ces types m'ont paru si remarquables que j'ai rapporté un assez grand nombre de portraits faits au daguerréotype, et reproduisant ces enfants entièrement nus.

Dans tous ces faits, je me suis surtout attaché à noter l'état de la dentition et des organes génitaux, et toujours aussi j'ai constaté la taille et le poids du corps. J'ai recueilli aussi des observations de jeunes gens et de jeunes filles qui, arrivés à vingt ans, n'en paraissaient avoir que six à huit. Ces sujets, arrêtés dans leur développement, ont non-seulement la conformation et les caractères physiques des très-jeunes enfants, mais ils en ont aussi les goûts et les habitudes. Les sujets, dont je présente les types à l'Académie, diffèrent évidemment, par des points importants, des aztèques, mais ils ont aussi avec eux des caractères communs. Ces caractères sont le retard de la dentition et du développement des organes génitaux, la persistance des formes enfantines.

Les différences portent surtout sur la conformation de la tête. Les aztèques sont avant tout des microcéphales, et assurément des plus remarquables qu'on ait eu à examiner. La microcéphalie, au contraire, est rare chez les crétins des vallées. Ces derniers n'ont pas non plus la mobilité si singulière qu'on observe chez les aztèques. Mais je m'empresse de dire que, par ces deux caractères, s'ils s'éloignent des crétins, ils se rapprochent ou plutôt se confondent avec les idiots ordinaires. Leur tête offre la dépression susorbitaire signalée par M. Cerize, et l'offre à un degré extrêmement prononcé, de sorte que le front ne forme réellement qu'un angle au milieu de ces deux dépressions profondes; l'occipital, surtout, chez le jeune garçon, est très-aplati, et la partie antérieure du crâne est proportionnellement beaucoup plus développée que la partie postérieure. Quant à cette mobilité incessante, elle est, tout le monde le sait, un caractère assez fréquent de l'idiotie.

L'opinion que les aztèques appartiendraient à une race particulière ne saurait être discutée, mais ils sont probablement nés au milieu d'une population dégénérée, et ils sont eux-mêmes des types des derniers degrés de cette dégénérescence. Je dis que ce sont là les degrés extrêmes, puisque l'homme cesse alors de se reproduire.

Il y a une opinion que je ne saurais admettre, c'est celle qui tendrait à attribuer à la déformation artificielle la conformation spéciale du crâne qu'on observe ici. On comprend un aplatissement de tout le front par des moyens mécaniques, mais non la dépression susorbitaire si remarquable ici, et qui constitue d'ailleurs une déformation qu'on rencontre souvent chez les crétins et les idiots. Les aztèques ont encore de commun avec les idiots et les crétins une démarche saccadée et comme choréique. Quoiqu'il en soit, il faut reconnaître non-seulement que ces enfants offrent des types extrêmement remarquables, mais encore qu'il y a chez eux quelque chose d'étrange qui leur assigne une place à part, bien que l'appréciation générale de leur état ne puisse, à mon avis, soulever aucun doute.

BIBLIOGRAPHIE.

— Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées, par le docteur *A.-A. Boinet*. 1 vol. in-8° de X—835 pages. Paris, chez Victor Masson, 9 francs.

Notice sur quelques points relatifs a l'art du bandagiste, et sur plusieurs instruments et appareils nouveaux; par M. B. Pouillien, bandagiste et orthopédiste. In-8° de V-48 pages avec 29 figures intercalées dans le texte.— Chez l'auteur, rue Montmartre 62.

Essai sur la névralgie intercostale, par le docteur Lecadre, président du Conseil de la Société havraise d'études diverses, médecin des épidémies, vice-président au Conseil d'hygiène du Havre. — Paris, 1855, un vol. in-8° de 30 pages. — Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Sous presse pour paraître prochainement: *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. Gille, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du Moniteur des Hopitaux; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au Moniteur des Hopitaux recevront gratuitement cet ouvrage.

En cours de publication dans le Moniteur des Hopitaux, pour être tirées et vendues à part: *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du journal. — Prix: 2 fr.

Traité des maladies des femmes, par le Dr Alexis Favrot. 1 vol. in-8. — Prix 5 fr. — Au bureau du Journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix; 1 fr. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 91. 3e année. Lundi 27 Juillet 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Rapport sur des expériences de M. BROWN-SÉQUARD relatives aux propriétés et aux fonctions de la moelle épinière ;

Lu à la Société de biologie, le 21 juillet 1855,

Par M. PAUL BROCA, rapporteur,

Au nom d'une commission composée de MM. Claude Bernard, Bouley, Broca, Giraldès, Goubaux et Vulpian.

(Suite. — *Voir* le N° 90.)

Cette assertion nous parut si étrange, elle heurtait si violemment toutes nos croyances, que nous nous demandâmes d'abord si nous avions bien compris. Lorque M. Brown-Séquard nous eut de nouveau expliqué en des termes plus précis, la nature et le but de son expérience, notre étonnement redoubla encore ; nous ne laissâmes pas même le temps à notre collègue de développer toutes ses conclusions, et nous le priâmes, avant d'aller plus loin, de répéter devant nous cette expérience subversive. Il se rendit à nos désirs, et, dans la séance suivante, le 23 juin 1855, il pratiqua sur deux lapins la section des cordons postérieurs de la moelle. Le résultat qu'il obtint fut conforme à ce qu'il nous avait annoncé. Mais il nous restait encore des doutes. Nous nous demandions si M. Brown-Séquard avait bien coupé la totalité des cordons postérieurs, nous craignions qu'en opérant sur des animaux aussi petits que le lapin, il ne lui fût bien difficile de couper isolément les divers faisceaux de la moelle. Pour lever cette incertitude, plusieurs d'entre nous invitèrent M. Brown-Séquard à répéter son expérience sur de plus grands animaux. Avec une complaisance dont la Société doit le remercier, nos deux honorables collègues, MM. Bouley et Goubaux, voulurent bien nous offrir de mettre à notre disposition des chiens, des moutons, et même des chevaux ; enfin M. le président nomma, séance tenante, une commission chargée de suivre les expériences de M. Brown-Séquard, et d'en rendre compte à la Société de biologie.

Un mois s'est écoulé depuis cette époque, et votre commission, Messieurs, après avoir assisté à dix expériences faites sur des animaux de toute taille, soit à l'École vétérinaire d'Alfort, soit dans le local de nos séances, en présence d'un grand nombre de personnes, votre commission, dis-je, se croit suffisamment éclairée sur la réalité des assertions de M. Brown-Séquard. Quelque pénible qu'il soit de désapprendre ce qu'on croyait savoir, elle n'hésite pas à déclarer que la doctrine de Charles Bell sur les fonctions de la moelle est en contracdition avec les faits les plus irrécusables. Peut-être, en me confiant la rédaction de ce rapport, a-t-elle voulu me punir de m'être montré, au début de la discussion, si difficile sur les preuves. Si c'est ce sentiment qui l'a dirigée, je m'exécuterai de bonne grâce, préférant le triomphe de la vérité à toute autre considération.

Vous avez hâte, sans doute, d'entendre le résumé de ces expériences importantes qui vous ont été communiquées isolément, mais dont l'ensemble ne vous a pas encore été présenté. Je vais vous les exposer aussi brièvement que possible, en évitant les détails inutiles, et en insistant seulement sur les circonstances les plus remarquables.

Permettez-moi, d'abord, de vous dire quelques mots sur le procédé que nous avons suivi pour constater l'état de la sensibilité dans les parties soumises à notre observation. Nous avons dû nous prémunir contre une cause d'erreur qui a plus d'une fois égaré les physiologistes. Lorsqu'on peut piquer, pincer, tordre, brûler une partie sans provoquer le moindre cri, la moindre réaction, la moindre agitation musculaire, on doit en conclure que cette partie est insensible, pourvu toutefois que l'animal soit dans des conditions générales qui puissent lui permettre de réagir contre la douleur. Mais on peut quelquefois provoquer certains mouvements en irritant des parties insensibles. Par exemple, lorsqu'on a coupé complétement la moelle en travers, bien que le train postérieur soit tout à fait paralysé de la sensibilité et du mouvement, on peut, en pinçant une des pattes de derrière, provoquer des contractions musculaires dans les deux membres paralysés. Ces mouvements, dont l'animal n'a point conscience, ne sont pas dus à la douleur, ils sont simplement l'effet d'une action réflexe. Comment distinguer les mouvements réflexes de ceux qui se produisent sous l'influence de la douleur? D'une manière bien simple. Les mouvements réflexes n'occupent qu'une région déterminée ; par exemple, après les vivisections pratiquées sur la moelle lombaire, ils sont exclusivement limités au train postérieur. Les mouvements provoqués par la douleur s'observent, au contraire, dans toutes les parties du corps qui sont encore soumises à l'influence de la volonté. Supposons, par exemple, qu'on ait exercé une action traumatique sur la moelle lombaire. On pince l'une des pattes postérieures, si l'animal contracte les muscles de la tête, ceux des membres thoraciques, ceux du cou ou de la poitrine, il n'est pas nécessaire de l'entendre crier pour pouvoir affirmer qu'il a éprouvé de la douleur, et que le train postérieur est sensible. Mais si, dans la même expérience, on n'obtient que des contractions limitées aux membres abdominaux, on est autorisé à en conclure que la moelle lombaire a cessé de transmettre à l'encéphale les impressions sensitives. J'ai cru devoir vous présenter ces détails pour vous prouver que nous avons procédé avec toutes les précautions désirables. Je suis convaincu, en effet, que

bien des expériences ont donné des résultats trompeurs, parce qu'on a confondu les mouvements simplement réflexes avec ceux qui sont dus à une réaction générale de l'organisme contre la douleur. Quelques physiologistes sont tombés dans une erreur inverse. Voyant que l'irritation de certaines parties bien manifestement insensibles, provoquait cependant la contraction de certains muscles, ils ont pris le parti de ne pas s'inquiéter de l'état du mouvement, et de ne croire à la douleur que lorsque les victimes poussent des cris plaintifs. C'est pourtant un fait d'observation vulgaire, qu'il y a beaucoup d'animaux qui ne crient jamais et d'autres animaux qui ne crient presque jamais sous l'influence de la douleur. Si on s'en rapportait simplement aux cris, on commettrait, par conséquent, des erreurs incessantes. Voilà pourquoi nous avons suivi une autre voie.

Mais nous ne nous proposions pas seulement de constater l'existence de la sensibilité dans les diverses parties du corps, nous voulions encore en apprécier le degré, sinon d'une manière absolue, au moins d'une manière relative. Pour cela, il fallait employer un procédé d'excitation uniforme. Nous avons donné la préférence au pincement pratiqué à l'aide d'une tenaille; le degré de pression qu'il faut exercer avant de provoquer une réaction douloureuse indique assez bien le degré de sensibilité de la partie que l'on explore. Le plus souvent, nous avons été appelés à comparer la sensibilité des membres thoraciques avec celle des membres abdominaux, et nous nous sommes attachés à pincer successivement, sur les quatre membres, des parties homologues entre elles. En agissant ainsi, nous avons donné à nos recherches une telle précision, que nous avons pu confier à tour de rôle l'instrument de torture à tous les assistants, et que les résultats obtenus par ces explorations successives ont toujours été parfaitement semblables les unes aux autres. Ceci dit sur le procédé d'investigation que nous avons suivi, entrons dans le détail des expériences.

Neuf expériences ont été faites sur la moelle lombaire et une seule sur la moelle cervicale. Vous n'ignorez pas que chez les animaux, la moelle, au lieu de se terminer comme chez l'homme adulte au niveau de la première vertèbre lombaire, descend, en général, beaucoup plus bas et se prolonge même quelquefois jusque dans les vertèbres coccygiennes. On peut donc, en la mettant à nu, à la partie supérieure des lombes, agir sur elle au-dessus de l'origine des nerfs qui animent les membres abdominaux. Dans la plupart de ses expériences, M. Brown-Séquard enlève l'arc postérieur des trois ou quatre premières vertèbres lombaires. Il a ainsi l'avantage de ne troubler enrien l'innervation des membres thoraciques qui lui servent de point de comparaison pour apprécier ensuite l'état de la sensibilité dans le train postérieur.

Un fait des plus importants que nous avons constaté neuf fois sur dix, c'est que la dénudation de la dure-mère rachidienne et celle de la moelle n'exercent qu'une action passagère, ou même quelquefois n'exercent aucune action sur la motilité et la sensibilité des membres pelviens. Il nous est arrivé plusieurs fois, il est vrai, lorsque ce premier temps de l'opération était terminé, de constater, conformément à l'assertion de M. Longet, une perturbation assez prononcée dans l'innervation du train postérieur; mais cette perturbation n'a duré que quelques instants, et toujours en moins d'un quart d'heure nous avons vu revenir la sensibilité la plus normale, et une motilité qui n'aurait rien laissé à désirer, si la destruction de plusieurs arcs vertébraux et la section des muscles rachidiens n'avaient donné quelque incertitude à la démarche de l'animal. M. Brown-Séquard insiste beaucoup sur cette innocuité de la dénudation de la moelle, parce c'est pour l'avoir méconnue que M. Longet a été conduit à renoncer aux sections partielles et à faire toutes ses expériences avec le galvanisme sur des moelles complétement coupées en travers. Il pense que l'insensibilité constatée par M. Longet, sur les animaux dont la dure-mère était mise à nu, a pu tenir à l'épuisement qui résulte, soit de l'intensité de la douleur, soit d'une hémorrhagie trop abondante. L'un des faits qui se sont passés sous nos yeux vient à l'appui de cette supposition.

Expérience I, *faite à Alfort, sur un vieux cheval, le 5 juillet* 1855.

L'animal étant renversé et solidement fixé sur la table d'opération, M. le professeur Goubaux pratique une longue incision, dissèque les parties molles, et met à nu la face postérieure des quatre premières vertèbres lombaires. Puis il abat, avec une grande habileté, les arcs postérieurs de ces vertèbres. L'opération dure au moins un quart d'heure. L'animal perd une grande quantité de sang, qu'on évalue approximativement à 7 ou 8 kilogrammes. Il s'est agité pendant la section des chairs; il est resté impassible pendant qu'on coupait les os. M. Brown-Séquard incise longitudinalement la dure-mère, puis il coupe transversalement les deux cordons postérieurs, sans que le cheval donne le moindre signe de douleur. On constate seulement que tout à coup la respiration devient haletante. On pince, on brûle le train postérieur sans aucun résultat. On répète la même expérience sur le train antérieur, l'animal ne paraît pas souffrir davantage. Il exécute encore de légers mouvements de tête, mais tous les muscles du tronc et des membres semblent paralysés, à l'exception de ceux qui prennent part à la respiration. La mort survient environ un quart d'heure après.

Les résultats de cette expérience ont été, comme vous le voyez, complétement nuls. L'animal, épuisé par l'hémorrhagie et peut-être par la douleur, avait déjà perdu la sensibilité et le mouvement volontaire au moment où la section des cordons postérieurs de la moelle a pu être exécutée. Mais ces troubles fonctionnels n'étaient pas limités au train postérieur, ils existaient au même degré sur les membres thoraciques; on ne saurait, par conséquent, les attribuer à la dénudation de la moelle, et il est très-probable qu'ils ont été dus à l'abondance de l'hémorrhagie.

Il faut donc se mettre en garde contre cette cause, et lorsque la perte de sang est assez considérable pour donner des inquiétudes, il faut arrêter l'hémorrhagie et interrompre l'expérience jusqu'à ce que l'animal ait repris des forces. C'est ce qui a été fait dans l'expérience suivante qui nous a donné les résultats les plus décisifs.

Expérience II. — *Faite sur un mouton adulte, le 8 juillet* 1855.

L'animal étant couché sur un table, je fais moi-même une longue incision dans la région lombaire, et je mets à nu les quatre premières vertèbres de cette région. Le sang jaillit en abondance et par plusieurs points à la fois. La compression ne suffit pas pour l'arrêter; mais des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer et appliqués sur la surface de la plaie, maîtrisent promptement cette hémorrhagie.

Au bout d'une demi-heure, j'enlève avec la gouge et le maillet l'arc postérieur des deux premières vertèbres lombaires; la dure-mère est mise à nu dans une étendue d'environ 5 centimètres. Une nouvelle hémorrhagie se déclare; nous l'arrêtons par une simple compression exercée avec précaution, afin de ne pas léser la moelle. Un quart-d'heure après, l'animal est mis en liberté. Il peut se tenir debout et marcher, quoique la force de ses membres postérieurs semble diminuée. Nous explorons alors la sensibilité par un procédé uniforme, qui consiste à pincer la peau des membres avec une tenaille. Cette sensibilité est égale sur les quatre membres; elle est assez obscure; mais on sait que, chez le mouton adulte, le simple pincement de la peau est ordinairement très-peu douloureux.

La dure-mère est alors incisée; l'animal en ce moment donne des signes de douleur. On saisit avec des pinces fines les bords de cette membrane, pour les écarter et mettre la moelle à nu. Cette traction semble douloureuse encore.

La moelle se trouve ainsi complétement dénudée dans une étendue de 4 centimètres. L'animal est remis sur ses pattes; nous pinçons de nouveau la peau des quatre membres. La sensibilité et le mouvement sont exactement dans le même état qu'avant l'incision de la dure-mère.

Alors M. Brown-Séquard, armé d'un ténaculum, pique la moelle et soulève, sur la concavité de cet instrument, la totalité des cordons postérieurs (1), et même une petite partie du cordon latéral de chaque côté, puis il coupe avec un bistouri toute la portion soulevée. Cette section provoque une douleur extrêmement vive; l'animal s'agite convulsivement pendant plusieurs minutes. On le laisse reposer.

Au bout de dix minutes on le remet sur ses pattes. Il se tient debout, fait quelques pas, et ne tarde pas à tomber, mais il se relève et marche assez bien au bout d'un quart-d'heure. Il est certain, par conséquent, que la motilité du train postérieur est conservée.

L'animal étant replacé sur la table d'expériences, on pince les membres thoraciques; la sensibilité y est normale, c'est-à-dire assez peu prononcée. On pince les membres abdominaux; la sensibilité y est très-évidemment *exagérée*. L'expérience est répétée un grand nombre de fois par plusieurs de nos collègues; elle donne constamment le même résultat.

On explore alors directement la moelle, on pique successivement avec une aiguille acérée les deux bouts de la section des cordons postérieurs; on laisse toujours écouler quelques instants entre ces diverses expériences, afin de ne pas en confondre les résultats. M. Brown-Séquard, M. Follin, M. Giraldès et moi-même, nous répétons plusieurs fois cette exploration comparative des deux segments de la moelle. Constamment nous constatons que l'excitation du segment *céphalique* des cordons postérieurs provoque une douleur manifeste, assez passagère, et que l'excitation du segment *candal* éveille une douleur *beaucoup plus vive, beaucoup plus durable*, accompagnée quelquefois de mouvements convulsifs de la totalité du corps.

On irrite encore comparativement les cordons postérieurs à 1 centimètre au-dessus et au-dessous de la surface de la section. Le résultat est exactement le même.

Avant de sacrifier l'animal, M. Brown-Séquard m'invite à explorer la substance grise. Pour cela, j'enfonce directement, entre les deux lèvres de la section, une épingle qui traverse successivement la substance grise, la commissure blanche, et qui pénètre jusque dans le disque inter-vertébral correspondant. Je traverse ainsi toute la moelle, à l'exception des cordons portérieurs, qui sont déjà coupés à ce niveau. L'animal ne s'aperçoit même pas de cette opération.

Afin de m'assurer que la sensibilité n'est pas épuisée, je pique de nouveau les cordons postérieurs. Une vive agitation prouve que l'animal est encore très-sensible à la douleur.

Pour mettre un terme aux souffrances de la victime, j'ouvre l'artère carotide. Le sang s'échappe avec rapidité, et la mort survient en quelques minutes, mais auparavant nous constatons que l'hypéresthésie des membres abdominaux s'accroît à mesure que l'animal s'affaiblit. Elle devient tellement considérable, que le moindre attouchement provoque des secousses convulsives.

Autopsie.— La dissection de la pièce prouve que M. Brown-Séquard a exécuté son expérience avec une précision inespérée. Une coupe longitudinale de la moelle montre que la section a porté exactement sur toute l'épaisseur des cordons postérieurs, pas une fibre de moins, pas une molécule de plus. La substance grise est parfaitement intacte; on n'aperçoit même pas le passage de l'épingle qui l'a transpercée.

Dans le sens de la largeur, la section déborde légèrement de chaque côté les limites du faisceau postérieur, et empiète par conséquent un peu, d'un millimètre environ, sur chaque cordon latéral.

J'ai insisté à dessein, Messieurs, sur cette remarquable expérience, parce qu'elle est décisive, parce que la plupart d'entre nous en ont été témoins, et parce que la pièce anatomique a ensuite passé sous vos yeux. A lui seul, et même en l'absence de ceux qui vont le suivre, ce fait prouve d'une manière irrécusable :

1° Que la dénudation de la dure-mère et celle de la moelle laissent persister la sensibilité et le mouvement dans le train postérieur;

2° Que cette sensibilité persiste encore après la section des cordons postérieurs, dits cordons sensitifs de la moelle, et que par conséquent ces cordons ne sont pas indispensables pour la transmission des impressions sensitives;

3° Que loin d'abolir la sensibilité, la section des prétendus cordons sensitifs s'accompagne d'une hypéresthésie des membres abdominaux;

4° Qu'après cette section, le segment caudal de la moelle est plus sensible que le segment céphalique, ce qui renverse toutes nos connaissances sur la direction des courants nerveux;

5° Qu'enfin la substance grise est insensible par elle-même.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Je devrais dire les cordons supérieurs, puisque la colonne vertébrale du mouton est horizontale, mais je préviens une fois pour toutes que je donnerai aux diverses parties de la moelle les noms qu'elles portent dans l'espèce humaine.

Des dérivatifs dans le traitement du tétanos.

Par M. le Dr H. Texier (de Villefagnan).

Les moyens thérapeutiques qui ont été jusqu'ici opposés au tétanos sont extrêmement nombreux, ce qui prouve précisément la pauvreté de notre thérapeutique dans cette maladie, car si nous avions un moyen bien sûr, nous ne serions pas obligés d'en chercher d'autres. Les antiphlogistiques, les émollients, les antispasmodiques, les narcotiques, les dérivatifs, les sudorifiques, les alcalins, les mercuriaux, les antimoniaux ont été tour à tour administrés contre cette redoutable affection. On a encore appelé à son aide mille moyens divers, les bains froids, les affusions froides, l'acupuncture, l'électricité, les toniques, fer, quinquina, sulfate de quinine, l'ammoniaque, l'arsenic, l'acide prussique, l'huile de térébenthine, le haschisch, etc., etc...; en un mot, une foule de médicaments dont l'énumération serait interminable. Pour pouvoir se prononcer sur la valeur relative de chacun d'eux, il faudrait des relevés statistiques faits sur une large échelle, et l'on comprend facilement que ces relevés nous manquent.

Mon intention n'est point de combler cette lacune; je n'ai point, du reste, pour le faire, les matériaux nécessaires. J'ai pour but seulement de plaider encore une fois la cause des dérivatifs, médicaments qui me paraissent surtout rationnellement indiqués contre cette maladie. Dans le courant de janvier dernier, je publiai, dans ce journal, un article où je faisais ressortir l'importance de cette méthode de traitement. J'avais été conduit à cela par les résultats obtenus par la castration dans le traitement du tétanos spontané chez le cheval. Je m'appuyais sur huit faits qui se trouvent consignés dans un rapport de M. Vatel à la Société centrale de médecine vétérinaire. M. Riquet y en joignit un neuvième, observé par son frère en Afrique, et moi-même, dans une réponse à une critique de mon travail, critique aussi remarquable par la forme que par le fond, je rappelai un dixième fait (fait malheureux, il est vrai) observé à l'École d'Alfort. De cette statistique il résulte que la castration employée comme moyen curatif du tétanos chez le cheval, donne sept guérisons sur dix, résultat bien satisfaisant si on le compare à ceux obtenus jusqu'ici par

les autres moyens, et qui devrait exciter des recherches empressées sur ce sujet.

Cherchant à me rendre compte du mode d'action des dérivatifs, et frappé de ce fait que ce moyen le plus propre à développer le tétanos chez le cheval, la castration, est aussi celui qui a le plus de chances de le guérir, je fus conduit à admettre que le tétanos est dû à un arrêt de la circulation de l'influx nerveux, par suite de l'accumulation de cet influx sur une partie du corps, et de sa soustraction des parties frappées de contraction, et que les dérivatifs n'agissent avantageusement qu'en rétablissant la circulation nerveuse.

Cette explication n'a pu satisfaire tous mes lecteurs, je le savais d'avance; aussi n'ai-je point été surpris de l'objection qu'y a faite M. le professeur H. Bouley. Après avoir reproduit mon article dans son journal, le *Recueil de médecine vétérinaire*, il le fait suivre des réflexions suivantes : « En reproduisant dans les pages de mon journal l'intéressant article de M. le docteur Texier sur le tétanos, nous devons faire nos réserves à l'endroit de la théorie qu'il a invoquée pour expliquer le développement de cette singulière et redoutable maladie. Si nous avions à discuter cette théorie, nous dirions que nous avons quelque peine à comprendre pourquoi les muscles entrent et se maintiennent en contraction lorsque l'influx nerveux est accumulé sur les nerfs de la partie lésée, ne circule plus, se trouve là en excès et fait défaut sur le reste du système nerveux. Nous aurions cru plutôt que, dans de pareilles conditions, les muscles privés de leur excitant normal devaient se relâcher, et non pas rester en état de contraction permanente. Mais il nous paraît peu utile d'insister sur ce point qui, pour nous, est complétement accessoire. Aussi bien, il est des questions à l'égard desquelles il est plus sage, pensons-nous, de s'abstenir que de tenter des interprétations impossibles. Mais l'article de M. Texier se recommande autant par les faits qu'il y a réunis et rapprochés, et c'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de le reproduire. »

Ces quelques remarques paraissent établir que tous les vétérinaires n'ont pas apprécié mon travail de la même manière que M. Sanson, et qu'ils n'ont pas tous trouvé que j'avais la main malheureuse quand j'allais puiser dans leurs archives. Quant aux objections qui sont faites à ma théorie, si M. Bouley paraissait y tenir beaucoup, je pourrais lui répondre que je les avais parfaitement prévenues en écrivant, que j'avais même été surpris de ne pas les trouver dans la critique de M. Sanson, et que ce qui m'avait déterminé à passer outre, c'est que l'explication des phénomènes nerveux, en général, est toujours entourée de grandes difficultés, et que ce qui se passe après la mort tend à prouver que la fibre musculaire privée de son stimulant normal a de la tendance, non pas à se relâcher, mais à se contracter. Ainsi, quand la vie s'est éteinte, l'influx nerveux disparaît peu à peu, et la rigidité cadavérique se manifeste alors.

D'après cette manière de voir, la paralysie différerait du tétanos en ce que les nerfs ne seraient point dépouillés de leur influx dans la paralysie; seulement, celui-ci ne pourrait pas communiquer avec le centre cérébro-spinal par suite d'une lésion de la moelle ou de toute autre cause. Je donne ces explications pour ce qu'elles valent, sans y ajouter une grande importance, et en me réservant d'y revenir si j'en trouve d'autres plus satisfaisantes. En attendant, il faut voir avant tout les faits et les bien peser pour pouvoir apprécier la valeur d'une méthode quelconque de traitement. C'est dans ce but que je public l'observation suivante, que je dois à mon compatriote et ami M. V. Texier, vétérinaire à Villefagnan.

« Tétanos spontané. Jument propre à la selle, bretonne, sous poil alezan, de taille moyenne, âgée d'environ quatorze ans, appartenant à M. Guyon, propriétaire à Villefagnan.

« *Commémoratifs :* animal d'un tempérament sanguin-nerveux, travaillant habituellement fort peu, ayant cependant fait à une allure rapide, et quelques jours avant le 16 avril dernier, deux courses assez longues.

« Le 16 avril 1855, le propriétaire croyant sa jument légèrement indisposée, la monta dans le but de lui faire prendre un léger exercice, et passant devant chez moi, sur les quatre heures environ du soir, me fit appeler pour la voir, et me dit qu'elle paraissait dérangée depuis deux jours.

« *Examen de la malade :* démarche chancelante, surtout du train postérieur, membres et encolure roides, tête au vent, naseaux dilatés, écartement des mâchoires très-limité et très-difficile, oreilles droites, queue relevée, corps clignotant recouvrant à chaque instant une partie du globe oculaire.

« *Diagnostic :* tétanos général.

« *Pronostic* grave.

« La bête est immédiatement ramenée à l'écurie. Saignée d'environ 3 kilogrammes, bouchonnements sur tout le corrps, couvertures de laine, eau blanchie nitrée, tiède, dont la déglutition est très-difficile.

« A neuf heures du soir, même état, la respiration est profonde, le pouls lent, 33 pulsations, le déplacement très-difficile.

« *Prescription :* un lavement camphré (4 grammes en suspension dans un jaune d'œuf).

« 17 au matin. La malade est plus irascible, surtout à l'approche des personnes étrangères à la maison, dont l'abord l'inquiète, ce qu'elle manifeste par une tendance à mordre et le mouvement plus rapide du corps clignotant.

« *Traitement :* section de la queue, hémorrhagie d'une heure, frictions d'huile camphrée sur la colonne vertébrale, la croupe et l'encolure, fumigations émollientes sur tout le corps, lavements savonneux et camphrés; administration de 6 grammes de camphre en poudre dans un litre de son sec.

« 18. La jument s'est couchée pendant quelques heures; le pouls est plus régulier, les naseaux un peu moins dilatés, les mouvements du corps clignotant moins fréquents; l'encolure toujours roide, la marche un peu plus faible, l'écartement des mâchoires toujours difficile.

« Promenade légère au soleil dans la cour, frictions d'huile camphrée, lavements camphrés, sachet émollient sur le dos, fumigations émollientes. On donne un peu de vert.

« 19. L'état général paraît meilleur, la marche est plus facile, l'encolure moins roide; la bête ramasse à terre quelques herbes. — Même traitement que la veille.

« 20. Le mieux n'est pas aussi sensible, il y a un peu plus d'exaspération. On joint au traitement du 19 les applications de lie de vin bouillante sur toute la colonne vertébrale.

« 21. Même état, mêmes soins. Sur toute la région des lombes, la peau est rubéfiée, très-sensible. On renouvelle cependant les applications de lie de vin bouillante.

« 22. Il y a un peu d'amélioration : la peau est chaude et souple, la respiration et le pouls ont à peu près repris leur rhythme normal. Les applications sur le dos ont déterminé beaucoup de douleur à la peau de cette région et de légères escarres.

« 23. Mieux sensible, la bête déglutit assez facilement les boissons, écarte mieux les mâchoires et mange avec appétit une légère ration de vert. Le corps clignotant vient pourtant encore de temps à autre recouvrir le globe oculaire.

« Le 24 et les jours suivants le mieux augmente, et la jument qui pouvait être considérée comme guérie dès le premiers jours de mai, reprit dès lors son service. »

Voilà un cas de tétanos où différents moyens thérapeutiques ont été mis en usage. Auquel devons-nous attribuer la guérison? L'analyse de l'observation va nous l'apprendre. Le 16 juin, saignée générale, bouchonnements, lavement camphré, etc., pas d'amélioration; au contraire, le 17 au matin la malade est plus irascible que la veille. Le traitement est alors modifié, un dérivatif puissant, selon moi, est employé, c'est

une opération chirurgicale, la section de la queue. On sait qu'à la suite de cette opération, le tétanos n'est pas quelque chose de bien rare, c'est M. Sanson qui me l'a appris. J'ai dit quelque par (*Moniteur des hôpitaux*, p. 31, t. III) : « Plus le moyen que l'on emploiera se rapprochera de ceux qui déterminent habituellement le tétanos, plus on aura de chances de succès. » La section de la queue déterminant parfois le tétanos devra donc être un excellent moyen à opposer à cette affection une fois déclarée. M. V. Texier a ajouté à cela des frictions d'huile camphrée le long de la colonne vertébrale, sur la croupe et l'encolure, etc. Ce sont des moyens sur le mode d'action desquels je reviendrai bientôt.

Le lendemain 18 et le surlendemain 19, la jument est un peu mieux. On se contente alors de lavements émollients, de fumigations émollientes, de frictions camphrées, et sous l'influence de ce traitement, le mieux qui s'était manifesté à la suite de la section de la queue diminue.

Le 20 on fait des applications de lie de vin bouillante le long de la colonne vertébrale, ce qui détermine de la rubéfaction et beaucoup de douleur. Dès lors l'amélioration ne tarde pas à se manifester de nouveau. On continue ce traitement et bientôt la guérison est complète.

Quelle que soit l'interprétation que l'on veuille donner de ce fait, je crois qu'il serait bien difficile de méconnaître l'utilité des dérivatifs : selon moi ils n'auraient pas fait autre chose que remettre en circulation l'influx nerveux qui aurait été accumulé sur une partie, ici difficile à déterminer, puisque l'on ne connaît pas la cause de ce tétanos, et rappeler cet influx nerveux vers les muscles contracturés. Les fumigations, les frictions, le bouchonnement en stimulant les fonctions de la peau, les lavements en excitant les sécrétions intestinales auraient agi dans le même sens.

Cette association de moyens très-simples aux dérivatifs ne diminue en rien l'importance que l'on doit ajouter à ceux-ci, surtout quand, comme dans le cas que je rapporte plus haut, il est impossible de pouvoir considérer les moyens accessoirement employés comme capables de pouvoir à eux seuls guérir le tétanos.

Il faut pourtant reconnaître que l'on est quelquefois embarrassé pour déterminer à quel traitement on doit le succès, quand plusieurs ont été employés concurremment. Alors le point de vue auquel se place le praticien détermine seul la valeur respective qu'il attribue à chacun d'eux. Je n'en veux pour exemple que le fait publié par M. Herpin, de Tours, dans le *Moniteur des hôpitaux* de l'année dernière (t. II, p. 5). Il s'agit d'un tétanos traumatique traité et guéri, suivant l'auteur, par l'emploi des opiacés. M. Herpin a tant de confiance dans ce mode de traitement qu'il s'écrie bientôt : « Par la manière vraiment particulière avec laquelle les préparations opiacées agissent dans le tétanos, on peut presque dire *qu'elles sont le spécifique de cette affection comme le mercure l'est de la syphilis.* » Mais quelle est la meilleure préparation opiacée? Pour M. Herpin, c'est l'acétate de morphine, et la meilleure voie d'administration est par la méthode endermique.

Ainsi, il commence par dénuder la peau avec la pommade ammoniacale de Gondret, et il introduit par là la préparation opiacée.

M. Herpin attribue tout l'honneur de la guérison aux opiacés. Je veux bien croire qu'ils y contribuent puissamment, puisque quelquefois on guérit par ce seul traitement ; mais ce que je ne crois pas moins, c'est que les vésicatoires ammoniacaux y ont aussi beaucoup contribué, et je viens ici réclamer pour eux la part qui leur est due dans les guérisons obtenues à l'hôpital de Tours.

CLINIQUE CIVILE.

CAS DE GANGRÈNE DU PIED CAUSÉE PAR L'APPLICATION D'UN BANDAGE A FRACTURE FAITE PAR UN REBOUTEUR SUR UNE JAMBE NON FRACTURÉE. — AMPUTATION DE LA CUISSE QUI EN A ÉTÉ LA CONSÉQUENCE. — POURSUITES EN DOMMAGES-INTÉRETS. — QUESTION MÉDICO-LÉGALE.

Par le docteur Lesueur de Vimoutiers (Orne).

Le public est tous les jours la dupe et quelquefois la victime des charlatans de toute espèce qui exploitent nos infirmités. En voici un nouvel exemple qui ne saurait avoir assez de publicité dans l'intérêt de l'humanité.

Un ouvrier blanchisseur de toiles est saisi par l'axe d'une machine en mouvement. Cet axe, placé horizontalement, n'est élevé que de 50 cent. au-dessus du sol. Le malheureux ouvrier fait environ trente tours enroulé pour ainsi dire sur cet axe, et chaque fois qu'il passe en dessous, ses pieds et ses jambes frappent le sol avec une violence proportionnelle à la rapidité du mouvement. Enfin, la machine est arrêtée. Pendant qu'on dégage le blessé, on court chercher le médecin ordinaire de l'établissement, qui se hâte de venir. Le blessé refuse la visite de notre honorable collègue malgré les plus vives instances du chef de l'usine et il ne veut qu'une chose, c'est qu'on le transporte immédiatement dans un bourg à huit lieues de distance, pour y recevoir les soins d'un rebouteur célèbre.

Lehein, c'est le nom du blessé, est âgé de vingt-huit ans ; il est d'une assez forte constitution et il jouissait d'une bonne santé. Des témoins et le blessé rapportent, que le lendemain de son arrivée auprès du rebouteur, de nombreuses contusions existaient également sur les deux jambes et aux pieds ; mais que ces parties n'étaient pas sensiblement engorgées. Le genou gauche était toutefois déjà le siége d'une tuméfaction notable. Examen fait du blessé, le rebouteur avait annoncé une fracture de la jambe gauche à sa partie moyenne, et vingt-quatre heures environ après l'accident, il appliquait sur cette région un appareil à fracture de sa façon. Cet appareil se composait : 1° de compresses fendues en bandelettes se croisant les unes les autres et établissant leur action seulement sur la partie moyenne de la jambe, le pied restant parfaitement libre de toute compression ; 2° de quatre attelles placées autour du membre et fixées avec des rubans.

Dès le lendemain de l'application de cet appareil, Lehein se plaignit d'éprouver dans le talon et dans les orteils de très-vives douleurs. Il manifesta au rebouteur sa crainte d'avoir la jambe trop serrée. Celui-ci, après y avoir regardé, dit au malade que tout était bien et qu'il devait bien s'attendre à souffrir plus ou moins.

Cependant les douleurs allèrent en augmentant pendant plusieurs jours, et vers le cinquième ou sixième, les orteils prirent une teinte noirâtre.

Le dixième jour environ, le premier appareil fut levé et replacé dans les mêmes conditions.

Vers le quinzième jour, Lehein souffrait toujours beaucoup dans le pied, et le rebouteur appela son médecin pour saigner le malade.

Le vingtième jour, l'appareil à fracture fut définitivement enlevé, et ordre fût donné à Lehein de marcher.

Il put s'appuyer sur la jambe, ce qui lui parut un superbe résultat pour le peu de temps qu'on avait mis à l'obtenir.

Cependant les orteils et le talon n'allaient pas mieux. La gangrène gagnait le pied, et au talon existait une assez large escarre.

Le rebouteur fait revenir son médecin ordinaire, qui paraît considérer la position de Lehein comme fort inquiétante. Il ordonne surtout le repos le plus complet; mais le rebouteur conseille à son blessé de marcher quand même. Je ne veux pas, lui dit-il, te renvoyer boiteux.

Enfin, le vingt-cinquième jour le rebouteur s'apercevant que la position de Lehein prenait définitivement une tournure sérieuse, pensa qu'il n'avait rien de mieux à faire que de le renvoyer chez lui, et lui donna une eau pour se panser et achever sa guérison.

Le 18 du mois de mai, vingt-cinq jours après l'avoir quitté, Lehein était de retour à l'établissement où l'accident lui était arrivé. Il y avait retrouvé un lit et des soins empressés. Au bout de quatre à cinq jours, ses maîtres, voyant son état s'aggraver, lui conseillèrent d'appeler un médecin. Je fus choisi, et voici l'état dans lequel je le trouvai :

Lehein est couché; sa physionomie exprime l'inquiétude. Il a éprouvé plusieurs frissons. La nuit dernière, il a été pris d'un délire violent dans lequel il a tenté de s'étrangler, mais cet accident paraît se rattacher à un écart de régime. Il a la peau sèche et chaude, le pouls est à 120 pulsations, inappétence, soif vive. Le membre inférieur gauche est enveloppé dans une serviette. Sous cette enveloppe je trouve la jambe amaigrie et comprimée, depuis les malléoles jusqu'aux genoux, par une sorte de guêtre en coutil. Sous cette guêtre, la jambe est parfaitement saine et sans difformité. Le genou est sensiblement tuméfié; son articulation est tellement mobile, qu'on y peut facilement produire une demi-luxation en dehors. Le pied est pour ainsi momifié depuis les orteils jusqu'au tarse. Un sillon de séparation commence à s'établir entre le mort et le vif. Au talon existe une escarre de 7 à 8 centimètres de diamètre; elle est noire, sèche et déprimée. L'articulation tibio-tarsienne paraît saine. Je savais le malheureux Lehein prévenu, sur la foi de son rebouteur, contre toute opération et contre les médecins en général. Je ne pouvais douter que mon opinion qui se trouvait formellement opposée à celle du rebouteur, serait fort mal accueillie. Je cherchai néanmoins de faire comprendre au malade qu'il était peut-être possible de lui conserver une partie du pied, s'il voulait consentir à un examen plus approfondi que je me proposais de faire avec l'assistance d'un confrère qui me serait adjoint, ce qui permettrait de s'assurer si l'amputation partielle du pied était praticable. Voyant combien mes paroles inspiraient peu de confiance, je me retirai en prévenant que je ne reviendrais pas sans être demandé.

Dix jours se passèrent sans que j'entendisse parler de rien; mais alors mon honorable collègue M. Delaporte me fit savoir que nous étions appelés tous deux auprès du malade. Je trouvai que la position de ce malheureux s'était bien aggravée. Il avait beaucoup maigri, il était en proie à une fièvre ardente et continuelle. Il ressentait dans le pied des douleurs atroces qui ne lui laissaient aucun repos. Les tissus mous du pied tombaient en pourriture; l'articulation tibio-tarsienne était ouverte, et le pied semblait comme se détacher de la jambe. Le produit d'une suppuration abondante et de mauvaise nature s'écoulait par les gaînes des tendons dénudés; cette suppuration remontait jusqu'au-dessous du genou, et une légère pression de haut en bas sur l'espace interosseux antérieur, faisait sortir par la plaie une abondante quantité de pus.

Nous fûmes d'avis, mon collègue et moi, que l'amputation de la cuisse était la seule planche de salut pour ce malheureux. Nous nous adjoignîmes cependant deux nouveaux confrères. Unanimement d'accord sur la nécessité de l'opération, elle fut proposée. Je la pratiquai le même jour.

Cette opération n'a présenté rien de particulier et les suites en ont été fort simples. En vingt jours, la cicatrisation était complète.

Après que le malade eût été replacé sur son lit, nous nous empressâmes de faire l'examen de la jambe. Une incision longitudinale et la dénudation des deux os, nous permirent de constater qu'il n'existait aucune trace de fracture dans leur continuité. Le périoste était presque partout le siége d'une injection sanguine considérable. Les muscles de l'espace interosseux antérieur baignaient dans le pus. En arrière, la masse musculaire était intacte. Au genou, la synoviale était fortement injectée et les ligaments croisés considérablements allongés.

Tel est, avec des détails peut-être minutieux, mais que je crois utiles, le fait dont la justice doit être saisie et qui soulève une question médico-légale d'une haute importance. Il appartient au médecin de démontrer et de prouver que les accidents qui ont mis Lehein à deux doigts de la mort et qui ont nécessité l'amputation de la cuisse, sont bien la conséquence logique des premiers soins qu'il a reçus, tout au moins de l'ignorance.

D'abord on ne saurait soutenir que les contusions violentes, auxquelles le pied et la jambe avaient été soumis, devaient être considérées comme la cause directe de la gangrène du pied; la jambe droite étant tout aussi contusionnée que la gauche, le pied droit eût dû subir le même sort que le gauche. Car le diastasis du genou existant de ce dernier côté ne saurait être considéré comme ayant eu quelque influence sur la manifestation de la gangrène. Mais je me propose de démontrer directement que la gangrène survenue au pied gauche est le résultat nécessaire de l'application du bandage.

Le bandage appliqué sur la jambe de Lehein et que j'ai décrit plus haut, était tellement mauvais, qu'il eût été capable par lui-même de provoquer la gangrène du pied dans un cas de simple fracture. Le bon sens veut et l'expérience démontre que l'une des premières conditions d'un bandage bien fait, c'est qu'il comprime légèrement et uniformément le membre fracturé depuis son extrémité jusqu'au-dessus de la fracture. Dans une fracture de la jambe, par exemple, un bandage appliqué comme un lien entre le pied et le genou, oppose au retour du sang et de la lymphe une gêne proportionnelle au degré de compression qu'il exerce. Il en résulte pour le pied un engorgement qui, allant toujours croissant, finit par atteindre la partie de la jambe placée sous le bandage. Cet accroissement de volume de la jambe augmente d'autant la compression du bandage, et bientôt la circulation complétement interrompue, amène une gangrène plus ou moins étendue. Il est indubitable pour moi que les choses se sont ainsi passées chez le blessé. Par un bandage appliqué avec méthode, on aurait certainement prévenu la gangrène du pied ou plutôt on ne l'aurait pas causée.

Cependant, en supposant l'utilité de l'application d'un bandage, même bien fait sur la jambe de Lehein, les nombreuses contusions auxquelles la jambe et le pied avaient été soumis, devaient faire prévoir un engorgement inflammatoire des tissus qui nécessitait une surveillance extrême des effets du bandage. Mais pendant que les douleurs que détermine ce bandage deviennent insupportables; pendant, qu'au dire du malade, les orteils deviennent noirs dès le cinquième ou sixième jour, ce qui nécessite le lever du premier appareil, ce même appareil, malgré les accidents produits, est réappliqué dans les mêmes conditions.

A partir de ce moment, la gangrène marche avec rapidité, et grâce à une aveugle confiance du blessé dans le rebouteur, il ne nous est pas possible de circonscrire à temps les ravages du mal. Une amputation de la cuisse, pour de simples contusions du membre, telle a donc été la triste conséquence d'un traitement dirigé par un aveugle et fatal empirisme.

Grossesse extra-utérine avec terminaison heureuse pour la mère,

Par le docteur Mikschik, de Vienne (*Œstr. Zeitschr. f. pract Heilk.*, 1855, n° 23).

Les lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux* ne liront pas sans un intérêt réel l'observation suivante, qui n'est qu'une nouvelle preuve de la puissance et des ressources immenses de la « *vis naturæ medicatrix* », quand l'homme de l'art ne travaille pas trop à la paralyser.

Une domestique, âgée de vingt-quatre ans, F. K..., toujours bien portante et réglée parfaitement depuis l'âge de quinze ans, jusque dans la seconde moitié du mois de septembre 1854, fait remonter à cette époque sa dernière menstruation. Le mois suivant, à l'époque précisément où elle attendait ses règles, elle passait une nuit au bal, dansant continuellement; aussitôt après, elle éprouve dans le bas-ventre une douleur lancinante qui s'exaspère par le mouvement, et qui, depuis lors, ne disparaît plus complétement.

Les règles sont supprimées, et au mois de janvier suivant elle s'aperçoit que son ventre grossit; mais ne voulant se croire enceinte, elle prend de temps en temps, pour faire revenir ses règles, une infusion aromatique avec du vin rouge. Le 25 mars, elle fait un mouvement brusque pour ramasser une clef qu'elle venait de laisser échapper de ses mains. Au même moment, elle sent dans le ventre un point douloureux qui s'étend bientôt dans tout le ventre; elle a des frissons et de la chaleur, puis de fréquents vomissements. Le lendemain, 26 mars, elle entre dans le service des femmes malades. Elle se plaint de sentiment de défaillance et de douleurs vives dans le ventre, qui est médiocrement météorisé, elle vomit de temps en temps; la langue est sèche, la peau fraîche et le pouls est petit, à 130 pulsations par minutes. Les mamelles sont flasques, on peu

néanmoins en exprimer un peu de colostrum par la pression; une ligne médiane d'un brun sombre descend de l'ombilic vers le pubis; on perçoit dans le ventre une tumeur qui a la forme et le volume d'un utérus parvenu au commencement du sixième mois de la gestation, le sommet de cette tumeur s'étend jusqu'à l'ombilic; dans le côté gauche de la région sous-ombilicale, on distingue parfaitement les bruits du cœur du fœtus, on compte 174 battements; il n'y a point de souffle placentaire; la vulve et la partie vaginale voisine sont œdémateuses, l'orifice externe de l'utérus n'est pas dilaté, les culs-de-sac vaginaux sont régulièrement circonscrits; on ne perçoit nulle partie fœtale.

Il est inscrit au diagnostic, *peritonœitis in gravida*, et ordonné en conséquence : une application de 20 sangsues sur le ventre, une solution d'acétate de morphine dans l'eau distillée de laurier-cerise, par gouttes, des pilules de fer et des bouillons.

Les douleurs péritonéales persistent avec la même intensité pendant les trois jours suivants, puis il survient un ictère et les forces baissent.

Le 29, surviennent des douleurs expultrices s'irradiant des lombes dans le bas-ventre, et le soir même il s'écoule un peu de sang par la vulve, mais le toucher n'indique nullement que le travail ait commencé.

Le 30, il y a moins de fièvre, et le ventre est moins douloureux; les mamelles se sont fortement gonflées pendant la nuit, et la pression en fait jaillir le lait; les bruits du cœur du fœtus, qu'on distinguait encore la veille, ne sont plus perçus, l'orifice externe de l'utérus est fermé, il s'en écoule cependant une mucosité mêlée de sang.

Le 8 avril seulement le ventre e t assez indolent pour qu'on puisse se permettre de faire un examen plus complet. La tumeur ne peut pas être circonscrite aussi facilement que l'est l'utérus pendant la grossesse, elle n'est même pas mobile d'une manière bien évidente; à la pression du ventre le cul-de-sac vaginal antérieur se tend sensiblement, tandis que le postérieur n'en éprouve pas de modification; il est facile de se convaincre que cette distension n'est pas due au segment inférieur de l'utérus, mais bien à une tumeur qui est extérieure à la matrice. C'est alors seulement qu'on songe à l'existence d'une grossesse extra-utérine.

La tumeur commence à diminuer de volume peu à peu; le 10 avril son sommet n'atteint déjà plus l'ombilic, elle fait une proéminance moindre et ses contours sont encore plus difficiles à circonscrire.

Le 16, la tumeur donne encore de la fluctuation, les flots du liquide se perçoivent dans le cul-de-sac vaginal antérieur.

Le 23, on ne constate plus ces phénomènes; en pressant cependant sur la tumeur où tend le cul-de-sac vaginal antérieur, il s'écoule, ce jour, de l'utérus 60 grammes d'un sang poisseux.

Les mamelles, qui sont devenues flasques, ne contiennent plus de lait à partir du 4 mai.

Le 22 mai, il n'y a plus de douleur, alors seulement on a recours au cathétérisme; la sonde utérine pénètre à 3 pouces, l'utérus est élevé et infléchi en arrière et à gauche. La tumeur médiocrement dure et inégale est réduite au volume d'un poing; elle est atteinte plus facilement par le cul-de-sac vaginal antérieur que par l'abdomen, on la trouve à droite de l'utérus; à partir de ce moment elle ne présente plus de modification.

La malade reprend des forces et quitte l'établissement en bonne santé le 2 juin 1855.

Les réflexions que l'auteur ajoute à l'observation précédente peuvent se résumer comme suit :

Il s'agit, dans ce cas, vraisemblablement d'une grossesse tubaire; ce qui porte à le croire, c'est la fréquence de cette espèce de grossesse, le lieu occupé par la tumeur et la terminaison. Il est vrai cependant que la trompe se rompt plus souvent pendant les premiers mois, quoiqu'il existe aussi des observations où cela n'a eu lieu que dans le septième mois.

Par la distension graduelle de la trompe pendant cinq mois il y a eu des inflammations partielles qui ont laissé des adhérences lesquelles ont circonscrit la tumeur; puis une hémorrhagie mortelle dans l'abdomen, devenait impossible en cas de rupture de la trompe.

La rupture de la trompe paraît s'être faite le 25 mars; le sang, les eaux amniotiques et le fœtus tombèrent dans un espace circonscrit; cependant la distension du péritoine et peut-être aussi la rupture de quelques adhérences anciennes ont amené une péritonite intense.

Le sang qui s'est écoulé de l'utérus a pu provenir de la muqueuse ramollie, mais peut-être aussi de la trompe par son orifice utérin resté ouvert?

Outre la sécrétion de lait il y a eu augmentation du volume de l'utérus comme cela arrive dans les grossesses extra-utérines.

Le liquide de ce réceptacle anormal du fruit de la conception est résorbé peu à peu, la fibrine est coagulée et le fœtus mort subit une métamorphose graisseuse.

Une nouvelle conception ne me paraît pas impossible.

Dr B. S.

De l'inoculation de la Pleuro-pneumonie d'après le système Willems.

L'Académie royale de médecine de Belgique ayant été saisie de cette question, a déclaré qu'elle renvoyait la discussion sur ce sujet faute de documents suffisants; la *Presse médicale belge* fait les réflexions suivantes sur lesquelles nous aurons à revenir :

« 1° Si d'un côté il est des documents qui semblent consacrer l'existence d'un virus spécifique dans la pleuro-pneumonie épizootique des bêtes bovines, il en est, d'un autre côté, beaucoup aussi qui révoquent l'existence de ce virus en doute. Si dans certains cas la matière empruntée à un animal atteint de cette maladie a provoqué par son insertion sur un animal sain des lésions de la pleuro-pneumonie épizootique (exsudative), il en est plusieurs aussi dans lesquelles ces lésions particulières étaient accompagnées des lésions produites par les matières putrides, et beaucoup même dans lesquelles on ne remarquait aucune autre lésion que celles produites par les matières putrides. Cette divergence d'opinions, cette inconstance dans les lésions consécutives à l'action de la matière à inoculer sont, en effet, de nature à nous faire douter de l'existence d'un virus spécifique et même de la spécificité de l'altération pulmonaire elle-même; mais ces opinions et surtout ces faits ne sont ni assez nombreux ni assez précis pour que l'on puisse, avec quelques auteurs, admettre non plus que cette affection ne soit autre qu'une simple affection typhoïde, et que l'action de la matière inoculée soit identique à celle des matières putrides. De cette façon, la question, au point de vue scientifique, attend encore sa solution de l'expérience.

« 2° Au point de vue pratique, le problème se rattache d'un côté à la recherche de l'immunité et de l'autre à la détermination de la valeur économique ou de sinistres consécutifs. D'après les uns, les animaux inoculés résistant aux atteintes de la maladie jouissent de l'immunité; d'après les autres, un certain nombre d'animaux, ayant succombé à la maladie malgré l'inoculation, celle-ci ne donne pas aux animaux inoculés une immunité analogue à celle que leur impriment les inoculations virulentes. Certes, les circonstances dans lesquelles des animaux inoculés sont restés à l'abri de l'épizootie, tandis que les animaux non inoculés de la même étable étaient seuls atteints du fléau, ne sont pas rares; mais par contre on rapporte aussi plusieurs cas dans lesquels le contraire s'est présenté, c'est-à-dire que dans une même étable les animaux inoculés étaient seuls atteints de la maladie, tandis qu'aucun des animaux non inoculés n'en était affecté. Il est vrai encore que plusieurs fois la maladie sévissant dans une étable s'est arrêtée immédiatement après l'inoculation de tout le bétail; mais par contre aussi il n'est pas rare de voir la maladie s'ar-

rêter tout à coup dans les étables où l'on n'inocule pas, et avant que tout le bétail, cependant, n'en soit atteint. Si donc certains faits plaident en faveur d'un pouvoir préservatif de l'inoculation, il en est d'autres qui plaident contre une semblable occurrence, il n'est possible de savoir si cette préservation existe réellement, et dans quelle limite elle s'exerce, qu'à la condition de rassembler tous les faits observés sur une vaste étendue, dans des conditions diverses, et de les grouper logiquement pour les interroger, de faire, en un mot, une statistique complète comme nous ne sachions qu'aucune commission ne l'a fait jusqu'aujourd'hui.

« Quant à la question des sinistres, on rapporte bien qu'ils sont nombreux et enlèvent plus d'animaux que la maladie elle-même, et que par ce fait seul l'inoculation ne pourra jamais être une opération économique. Mais on ne doit jamais préjuger de l'avenir d'une semblable question par son passé, et comme aujourd'hui déjà plusieurs procédés opératoires nouveaux semblent occasionner moins d'accidents que l'ancien procédé, ne peut-on pas espérer que le temps effaçant les sinistres, pourra nous montrer cette opération comme économique. Tout l'à-propos de l'inoculation est donc dans l'avenir; mais là seulement se trouve la solution que l'expérience et l'observation doivent donner au problème. »

CORRESPONDANCE.

Sondes à renflement olivaire.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec surprise, dans votre numéro du 23 juillet, que M. Guillon se dit l'inventeur des bougies coniques terminées par un gonflement olivaire, et il fait valoir comme titre de priorité un passage qui date de 1831.

Permettez-moi de lui faire observer que cette forme de bougie est plus ancienne. Voici ce qu'on lit à la page 63 de la cinquième édition d'une brochure du docteur Lioult, *sur les rétentions d'urine*, publiée en 1830 (*la première est de* 1808) :

« Les bougies de gomme élastique se terminent ordinairement « par une pointe aiguë, tandis que les bougies œdaliques sont tou- « jours terminées par une petite boule. On peut, d'après cela, juger « de la différence qui en résulte pour leur introduction ; car celles- « ci, avec leur petite boule, pénètrent plus aisément, glissent sur la « bride..., sans risquer de percer le canal. »

Lioult accordait au tissu dont il faisait ses bougies la propriété de se gonfler par l'humidité, propriété qu'on a recherchée plus tard dans l'ivoire traité par un acide; mais quelle que soit la matière, la forme est ici parfaitement indiquée. Elles étaient coniques, car « elles dilatent le canal, dit-il page 4, à la manière d'un coin. »

Recevez, Monsieur le Rédacteur, la nouvelle expression de ma sincère considération.

Dr Aug. Mercier.

25 juillet 1855.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La Société de médecine du Gard avait mis au concours, pour l'année 1855, la question suivante : « *Quels sont les moyens thérapeuti- « ques qui, employés dès le début dans les fièvres graves, peuvent le « plus sûrement en enrayer la marche?* »

Onze mémoires ont répondu à son appel, tous remarquables par de consciencieux développements, des faits pratiques ou une saine philosophie médicale. Dans sa réunion du 11 juillet, la Société de médecine s'est occupée de leur classement : elle a accordé la médaille d'or de 200 francs (prix unique) à M. Massart, docteur en médecine à Napoléon-Vendée (Vendée) ; et une mention très-honorable à M. le docteur Aillaud, de Beaucaire (Gard).

MM. les docteurs Anthoine (de Beaucaire); Diémer, médecin aux bains d'Aix-la-Chapelle (Prusse rhénane), Piédvache, médecin de l'hôpital de Dinan (Côtes-du-Nord), Auguste Millet, professeur-suppléant à l'École secondaire de Tours, ont obtenu, entre tous les autres concurrents, une mention honorable.

Le Secrétaire de la société : Mazel, d. m.

(*Annales de Clinique de Montpellier.*)

— Nouvelles sanitaires de l'armée d'Orient. — On s'occupe toujours de grands travaux d'assainissement que l'excès des chaleurs actuelles rend fort nécessaires. On s'occupe également de construire plusieurs baraques sur les hauteurs où les blessés vont respirer un air pur et frais et se remettre plus facilement qu'ils ne le font à Scutari. Aussi l'inspecteur général du service médical, M. B. Hall, a-t-il l'intention de créer ici le plus d'hôpitaux possible, de façon à n'avoir plus recours à l'hôpital de Scutari, qui est manifestement insalubre. Du reste, nous n'avons eu cette semaine que quelques cas isolés de choléra. Ce fléau n'est plus épidémique.

Une correspondance du *Dublin medical press* dit que le *sanitarium* construit en planches sur les hauteurs de Balaklava est en pleine activité et contient 600 malades. Ce lieu est élevé de 600 pieds au-dessus du niveau de la mer. On préparait un second *sanitarium* sur les hauteurs du monastère de Saint-George. On trouve dans ces deux localités une eau excellente.

(*Gazette médicale.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'accouchement physiologique ou *l'accouchement rendu plus inoffensif pour la mère et pour l'enfant*, par M. Mattei, professeur d'accouchements à Bastia. — 1 vol. in-8° de 500 pages, avec figures, pour 7 fr. — Librairie de Victor Masson.

— Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées, par le docteur *A.-A. Boinet*. 1 vol. in-8° de X—835 pages. Paris, chez Victor Masson, 9 francs.

Notice sur quelques points relatifs a l'art du bandagiste, et sur plusieurs instruments et appareils nouveaux ; par M. B. Pouillien, bandagiste et orthopédiste. In-8° de V-48 pages avec 29 figures intercalées dans le texte.— Chez l'auteur, rue Montmartre 62.

Essai sur la névralgie intercostale, par le docteur Lecadre, président du Conseil de la Société havraise d'études diverses, médecin des épidémies, vice-président au Conseil d'hygiène du Havre. — Paris, 1855, un vol. in-8° de 30 pages. — Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. Gille, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du Moniteur des Hopitaux ; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au Moniteur des Hopitaux recevront gratuitement cet ouvrage.

En cours de publication dans le Moniteur des Hopitaux, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du journal. — Prix : 2 fr.

Traité des maladies des femmes, par le Dr Alexis Favrot. 1 vol. in-8. — Prix 5 fr. — Au bureau du Journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851) ; par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix ; 1 fr. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 92. 3e année. Mercredi 1er Août 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De quelques faits pathologiques propres à éclairer la question de la production du sucre dans l'économie animale.

Par M. le docteur ANDRAL.

(*Note communiquée à l'Institut.*)

Nous publions aujourd'hui *in extenso* la note lue par M. Andral à l'Académie des science ; au prochain numéro notre appréciation :

Les découvertes sans nombre dont la physiologie est redevable aux expériences tentées sur les animaux vivants, prouvent suffisamment toute l'importance et toute la fécondité de cette méthode d'investigation qui, depuis Galien jusqu'à nos jours, tour à tour abandonnée et reprise, a marqué par ses progrès divers ceux de la physiologie elle-même. Cependant il y a encore pour cette science d'autres sources de lumières, et sans parler ici des renseignements de toutes sortes que peuvent lui fournir, soit la simple observation de l'homme qui vit de sa vie normale, soit les recherches de l'anatomie comparée, qu'il me soit permis de rappeler qu'une autre source de lumière pour la physiologie, c'est l'observation de l'homme malade. Un fait physiologique, quel qu'il soit, ne me paraît pouvoir être regardé comme hors de toute contestation et avoir acquis toute la certitude désirable, que lorsque, repris tour à tour par l'expérimentation, par l'observation de l'homme sain ou malade, par l'anatomie comparée, il est resté inébranlable, et s'est présenté toujours le même. Il y aurait à écrire quelques pages qui ne seraient pas sans intérêt sur les avantages de chacun de ces moyens d'investigation, sur leur puissance et leur portée respective, sur le parti que l'on peut tirer de chacun d'eux, sur la manière dont il est nécessaire de les contrôler l'un par l'autre. Aujourd'hui, je veux seulement, en me plaçant au point de vue pathologique, apporter quelques matériaux à l'étude de la question si intéressante de l'origine du sucre dans l'économie animale. Je vais, dans ce but, soumettre à l'Académie quelques observations relatives à ce sujet, que j'ai eu occasion de faire chez des diabétiques.

Je parlerai d'abord de l'influence exercée par la privation des aliments sur la quantité de sucre contenue dans l'urine de ces malades. A cet égard, j'ai observé ce qui suit :

Lorsqu'un malade, dont l'urine contient du sucre, cesse, par une cause quelconque, de prendre des aliments, j'ai vu, sans prétendre qu'il en soit ainsi dans tous les cas, le sucre de son urine diminuer ou disparaître. A l'appui de cette assertion, je citerai quelques chiffres, en rappelant, comme garantie de leur exactitude, que dans tous les cas dont il va être question, l'extraction et le dosage du sucre ont été faits, sur mon invitation, par M. Favre, dont l'Académie connaît depuis longtemps le nom et les travaux.

Ainsi une femme, dont l'urine était analysée chaque jour, rendait chaque vingt-quatre heures, avec ce liquide, de 40 à 70 grammes de sucre par litre. Le régime à la fois abondant et excitant auquel elle était soumise amena chez elle une affection gastro-intestinale caractérisée par une perte complète d'appétit et de la diarrhée; on diminua d'abord ses aliments, puis on les lui supprima entièrement. L'urine, la veille du jour où le régime alimentaire fut rendu plus ténu, avait donné 54 grammes de sucre par litre : quarante-huit heures après, elle n'en donnait plus que 34 grammes; puis, après vingt-quatre autres heures écoulées, 28 grammes. La malade fut soumise à ce moment à une diète absolue : au bout de quarante-huit heures d'abstinence complète, il n'y avait plus dans l'urine un atome de sucre. L'amélioration des fonctions digestives permit alors de rendre quelques aliments ; cependant le sucre ne reparut pas sur-le-champ. Ce ne fut que trois jours après la rupture de la diète absolue, que l'on commença à en retrouver dans l'urine : la première fois il n'y en avait que 20 grammes par litre ; puis très-rapidement sa dose revint à ce qu'elle avait été avant la suspension de l'alimentation.

Ainsi, tandis que M. Bernard montre dans ses expériences que le foie et les veines sus-hépatiques contiennent beaucoup moins de sucre lorsque les animaux ne prennent plus d'aliments, les faits donnés par la pathologie marchent dans le même sens, et, en montrant que la soustraction des aliments fait disparaître le sucre de l'urine, ils autorisent à admettre que si alors il n'y a plus de sucre dans ce liquide, c'est qu'il s'en forme au moins une quantité plus faible dans l'économie.

Mais ici une autre question se présente : c'est celle de savoir si, en l'absence des subtances alimentaires susceptibles, pour la science du chimiste, de se transformer en matière sucrée, celle-ci n'en peut pas moins se produire, dans l'organisme, aux dépens des matières albuminoïdes prises exclusivement pour aliments. On sait que les expériences de M. Bernard l'ont conduit à une solution affirmative de cette question ; on sait qu'il trouve dans le foie et dans les veines sus-hépatiques une quantité considérable de sucre chez des chiens qui depuis longtemps n'ont pris que de la viande pour nourriture. Or, les faits pathologiques vont nous conduire à une conclusion analogue : ils nous apprennennent, en effet, qu'en soustrayant de la nourriture des malades atteints de glucosurie toute espèce de matière sucrée ou amylacée, on peut bien à la vérité diminuer, momentanément du moins, la quantité de sucre que contient leur urine ; mais, dans l'immense ma-

jorité des cas, on ne la réduit pas à zéro, ou du moins on ne l'y réduit que d'une manière passagère ; et on peut même voir, avec un régime animal exclusif, la proportion de sucre dans l'urine aller croissant. Un des faits de ce genre les plus remarquables et en même temps les plus probants, en raison de la rigueur absolue avec laquelle le régime fut suivi, est celui d'une femme, qui, dans la persuasion intime où elle était qu'un régime exclusivement animal pourrait seule la guérir, eut le courage de s'y soumettre pendant près de deux mois, sans en dévier un seul jour; pendant ce temps, elle ne prit d'autre nourriture que de la viande bouillie ou rôtie, et elle ne but que de l'eau à laquelle on ajoutait une petite quantité d'alcool. Au bout de ce temps, elle dut abandonner ce régime, qui lui était devenu insupportable, et d'ailleurs elle n'était pas mieux. Au moment où elle commençà à y être soumise, l'urine donnait 27 grammes de sucre pour un litre ; pendant les premiers temps, la proportion de sucre diminua à ce point, qu'on n'en trouva plus successivement par litre que 20, 15, 12, et enfin 10 grammes seulement ; puis tout à coup, et sans qu'à coup sûr aucune infraction au régime eût eu lieu, la proportion de sucre s'éleva de nouveau. Nous la vîmes progressivement monter de 10 grammes à 15, 20, 30, 44, 49 grammes par litre; il n'y eut pas d'ailleurs un seul jour où ce principe disparut complétement. En outre, ce qui est fort digne d'attention, c'est que pendant les premiers temps où l'on commença à mêler à la viande des œufs, du lait, un peu de pain ordinaire et de légumes, et qu'on remplaça l'eau alcoolisé par de l'eau vineuse, la quantité de sucre, contre toute prévision, se mit à diminuer de nouveau ; on n'en trouva plus que 30, 26, 15 grammes par litre, puis au bout de quelques jours, le régime restant le même, elle augmenta, et trois semaines après l'institution de ce régime mêlé, on trouvait dans l'urine 54 grammes de sucre par litre. De tout cela ressort un fait remarquable, c'est que, toutes les fois que chez cette diabétique le régime est brusquement changé, soit qu'on lui enlève les féculents pour ne lui donner que de la viande, soit qu'on mêle de nouveau des féculents à sa nourriture, la quantité de sucre commence par diminuer momentanément, puis de nouveau elle s'accroît.

Il résulte de ce qui précède, et c'est là la conclusion principale sur laquelle je veux appeler l'attention, qu'une nourriture exclusivement composée de matières albuminoïdes n'empêche pas chez l'homme le sucre de se produire, comme cela a eu également lieu chez les animaux soumis aux expériences de M. Bernard. J'ajouterai que le fait dont je viens de soumettre quelques détails à l'Académie, n'est pas pour moi un fait isolé et comme solitaire ; j'en ai vu plusieurs autres semblables, et il n'y a pas encore longtemps que j'ai trouvé, chez un diabétique qui se nourrissait exclusivement de viande, jusqu'à 82 grammes de sucre par litre d'urine, et comme il rendait 8 litres d'urine en vingt-quatre heures, il s'ensuit que, dans cet espace de temps, il expulsait de son économie, et par conséquent, il produisait 656 grammes de sucre.

Si, comme il est permis de le déduire des expériences de M. Bernard, le sucre se forme dans le foie, et si le sang qui sort du foie, chargé de sucre, n'en contient plus lorsqu'il a traversé le poumon, on peut se demander si le sucre que l'on trouve dans l'urine et dans d'autres liquides des diabétiques provient, ou de ce que le foie malade en forme une quantité surabondante qui échappe à l'action du poumon, ou de ce que ce dernier organe, altéré lui-même, laisse passer intact le sucre qui y arrive avec le sang hépatique ; mais on ne trouve dans le poumon des diabétiques aucune altération spéciale : seulement on y rencontre presque toujours des tubercules. A coup sûr ce ne sont pas ceux-ci qui produisent le diabète, car l'urine des phthisiques ne contient pas ordinairement de sucre ; et, quant à la question de savoir si, dans les cas où la respiration est gênée, l'urine renferme du sucre, ainsi que l'a établi M. Alvarez Reynoso, c'est encore là un sujet à l'étude. On ne trouve pas non plus habituellement de sucre dans l'urine des individus atteints des différentes affections du foie décrites jusqu'à ce jour. Mais, tandis que le poumon ne présente rien de spécial chez les diabétiques, il m'a paru ne pas en être de même du foie.

En effet, depuis la publication des travaux de M. Bernard, j'ai fait cinq ouvertures de corps de diabétiques ; dans ces cinq cas, le foie ne présentait pas évidemment ses conditions anatomiques normales, et l'altération qu'on y reconnaissait était toujours la même : c'était une coloration d'un rouge brun tellement prononcée, que le foie, au lieu de présenter cette apparence de deux substances qu'on y retrouve toujours, l'une jaune et l'autre rouge, n'offrait plus, dans toute son étendue, qu'une teinte rouge parfaitement uniforme. Il y avait là évidemment tous les caractères anatomiques d'une hypérémie fort intense, et d'un autre aspect que les hypérémies ordinaires du foie, hypérémies qui, sous l'influence de causes très-diverses, se produisent si facilement et si fréquemment dans cet organe. Ainsi, chez les diabétiques, le foie se fait remarquer par la très-grande quantité de sang qui partout gorge son tissu. La constance de ce fait est une preuve de son importance, et si le foie sécrète du sucre, il est logique d'admettre que l'hypérémie du foie des diabétiques est le signe anatomique d'une sur-activité survenue dans sa fonction glucogénique; et ici encore nous voyons la physiologie et la pathologie se contrôler et s'éclairer l'une par l'autre. Et qu'on ne dise pas que la nourriture substantielle et fortement azotée qu'on donne aux diabétiques est la cause de cette hypérémie; car parmi les cinq cas dont il vient d'être question, il y en a deux relatifs à des malades chez lesquels l'alimentation resta à peu près l'alimentation ordinaire, et chez ces deux malades cependant le foie présentait un aspect analogue. Que si toute congestion hépatique n'est pas suivie d'une augmentation dans la production du sucre, si, par exemple, elle a pour effet plus fréquent de répandre dans toutes les parties de l'organisme les matériaux de la bile, on trouvera peut-être la raison de ce que ces faits paraissent avoir d'étrange dans la différence du siége de la congestion. N'est-il pas possible en effet que, suivant que tel ou tel élément anatomique du foie, que tel ou tel ordre de vaisseaux capillaires de cet organe ne sera plus spécialament congestionné, il survienne tantôt une altération de la sécrétion de la bile, tantôt une altération de la sécrétion du sucre, tantôt une modification de telle autre action organique dont le foie peut encore être l'instrument. Ce sont là des questions d'avenir dont il faudra demander la solution soit aux injections anatomiques, soit aux recherches microscopiques. Aujourd'hui, tout ce que je prétends établir, c'est que chez les diabétiques le foie ne présente pas anatomiquement son état normal, que l'altération qu'on y constate est toujours identique, et que ce fait, trouvé depuis la découverte de la fonction glucogénique du foie, peut à son tour en devenir une des preuves.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 86, 87 et 88.)

L'ovarite folliculeuse qui accompagne les époques des règles ne se borne pas toujours au degré que nous venons de décrire. Il arrive quelquefois que l'inflammation au lieu de se terminer par résolution, donne lieu à la suppuration. Il arrive même souvent que l'inflammation gagne les trompes et même la matrice et occasionne des adhérences anormales ou des tumeurs formées de l'exsudation de matière plastiques ou remplies de pus. Le docteur Chereau rapporte un fait très-intéressant de

ce genre qui lui a été communiqué par le docteur Harison de Louisville (1). Voici ce fait en abrégé :

Observation. — Madame S..., d'une complexion délicate, mais jouissant toujours d'une bonne santé, était mariée depuis six mois. Elle a été toujours bien réglée, et ce n'est qu'aux deux dernières époques menstruelles qu'elle avait éprouvé des douleurs vives dans le bas-ventre.

Le 18 mai, son médecin constata de la fièvre avec chaleur à la peau, et des nausées continuelles suivies parfois de vomissements. La fosse iliaque gauche présentait une tumeur peu douloureuse à la pression. Après l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique, la malade alla mieux, cependant affaiblie tous les jours davantage, elle fut prise de symptômes de phthisie, et succomba. A part les tubercules miliaires que contenaient les poumons, voici les lésions principales qui furent trouvées dans l'abdomen : « Les deux trompes de Fallope étaient volumineuses, surtout la gauche, qui se trouvait distendue et dont l'extrémité frangée adhérait à l'ovaire du même côté.

Les ovaires, augmentés de volume, étaient unis entre eux par une masse formée par une déposition de lymphe coagulable, et qui, fermement adhérente au rectum, comprimait le canal. La trompe du côté gauche contenait 32 grammes environ de pus en nature, tandis que la droite en renfermait trois drachmes ou 12 grammes; leur calibre était oblitéré près de l'utérus. Le museau de tanche était rouge et tuméfié et la surface interne de l'utérus présentait une légère couche de pus. » L'auteur ne dit pas si l'ouverture du col était fermée ou non, ni si la malade rendait du pus par le vagin pendant la vie.

Voici un autre fait semblable et non moins intéressant que nous rapportons avec tous les détails :

Observation recueillie dans le service de M. Fouquier, M. Andral, suppléant (2).— Dushuit (Marie), âgée de trente-sept ans, couturière, mère de trois enfants, dont le dernier a dix-sept ou dix-huit ans, fut reçue à la Charité le 2 septembre 1828. Cette femme, fraîche et bien nourrie, d'une santé ordinairement assez bonne, *bien réglée*, *excepté depuis cinq à six mois*, ne savait à quoi attribuer la maladie dont elle se ressentait depuis environ trois mois, et pour laquelle elle venait à l'hôpital.

Elle avait éprouvé d'abord une constipation plus ou moins opiniâtre, qui, plus tard, s'accompagna d'une *douleur dans le côté droit du ventre et, par moments, d'élancements, le long de la cuisse du même côté*. Les lavements n'étaient point gardés, et quand la constipation datait de quelques jours, il survenait des vomissements et des coliques qui ne se terminaient que par des évacuations alvines.

Dans le mois d'août, la douleur changeant subitement de côté, se fit sentir dans le *flanc gauche*, et la malade vit peu à peu se former dans cette région *une tumeur qui s'accompagna d'un engourdissement douloureux de la cuisse du même côté*. Quand nous vîmes la malade dans les premiers jours de septembre, la tumeur du flanc gauche paraissait profonde, indépendante des téguments et même des parois abdominales, qu'elle soulevait à 1 pouce environ au-dessus du reste du niveau de l'abdomen dans une étendue égale à celle de la paume de la main; *elle était sensible au plus léger contact, ce qui ne permettait guère de l'explorer*. La jambe gauche était faible, surtout pendant la progression; mais la sensibilité cutanée était entière. Les vomissements se répétaient à peu près tous les jours à un temps variable, après l'ingestion des aliments, et précédés de quelques coliques; ils cessaient puis se reproduisaient par *crise;* la malade les attribue à la difficulté qu'elle éprouve pour aller à la garde-robe; son ventre est gros et tendu par moments. (On diagnostique une dégénération de l'ovaire, la malade est soumise, les 3, 4 et 5 septembre, à l'application réitérée d'une vingtaine de sangsues. Cataplasmes sur le ventre, orge miellé, deux bouillons pour toute nourriture.)

Sous l'influence de ce traitement, le pouls conserve son rhythme habituel, et la malade eut *ses règles le 6 et le 7 septembre*. Pendant la durée de cette évacuation, la constipation cessa et les vomissements disparurent, mais pour quelques jours seulement. (Même traitement; plus, application sur l'abdomen d'une emplâtre de stériaque, et bains tièdes de temps à autre).

Le 16 septembre, point de garde robe depuis trois jours, vomissements répétés; la tumeur semble s'être un peu affaissée, le pouls est à peine fébrile; *la malade, qui se trouve bien des bains, remarque, en y allant, que sa jambe gauche est plus forte.*

Jusqu'au 24 septembre, les vomissements continuent, bien qu'il y ait quelques gardes-robes. Le pouls prend insensiblement plus de fréquence; la tumeur est évidemment moins volumineuse, quoique toujours sensible, et *l'ancienne douleur de la cuisse droite se reproduit avec violence*. (Application d'un vésicatoire sur la cuisse droite; cataplasmes sur l'abdomen; lavements émollients avec addition de laudanum de Rousseau; potion gommée, diète absolue.)

Le 29, *nouvelle apparition des règles*; même état d'ailleurs, si ce n'est que la douleur dans la cuisse droite a diminué. Les selles sont assez fréquentes, sans coliques.

Le 2 octobre, depuis deux jours, diarrhée abondante; coliques très-fortes depuis la nuit; vomissements comme à l'ordinaire; langue humide à peine rosée. Pouls à 90 environ. Affaissement presque complet de la tumeur. (15 sangsues à l'anus, lavement narcotique, cataplasmes, eau de gomme, potion gommée.)

Le lendemain, même état; céphalalgie, soif assez vive. (Nouvelles sangsues.)

Pendant les jours qui suivent jusqu'au 5 octobre, même état, combattu par les émollients et les légers narcotiques. Le 6, la diarrhée est de plus en plus abondante, la malade s'affaiblit visiblement, le pouls prend tout à fait le caractère abdominal, le ventre augmente de volume. (Bain tiède.)

7 octobre. Pendant la journée d'hier et pendant la nuit, garde-robes sanguinolentes, affaiblissement rapide; les vomissements deviennent plus rares. A la visite, pouls presque imperceptible malgré sa fréquence, extrémités froides, voix éteinte, sentiment de suffocation, traits effilés, anxiété profonde, ventre sensible comme les jours précédents. (Vésicatoire aux jambes, potion gommée avec addition d'éther, fomentation narcotique.)

Le 8, l'hémorrhagie intestinale paraît avoir cessé, la malade ne rend plus que des matières très-fétides; même état général. (Sinapismes aux pieds et aux mains.)

Le 9, mort à trois heures du matin, au milieu de coliques très-vives et sans délire. La malade n'avait pas vomi depuis vingt-quatre heures.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. La tête et la poitrine furent trouvés dans l'état sain.

Abdomen. Le foie adhérent par un tissu cellulaire dense et serré à la paroi abdominale. C'était la trace d'une ancienne péritonite qui ne pouvait avoir eu aucune part aux phénomènes de la dernière maladie.... Il y avait eu péritonite : on le reconnaissait à un épanchement séro-purulent considérable, mêlé de flocons albumineux. Dans plusieurs points, des fausses membranes récentes réunissaient lâchement diverses anses intestinales, mais dans la fosse iliaque gauche, ces adhérences avaient plus de solidité : en les examinant attentivement, on y apercevait un commencement d'organisation; elles étaient celluleuses, parcourues par de nombreux filaments vasculaires. Après avoir séparé celles qui n'offraient point trop de résistance, on en trouva d'autres qui réunissaient intimement l'intestin-rectum avec une tumeur placée sur le côté gauche de l'utérus.... Le rectum, incisé par le bord opposé à celui où il adhérait à la tumeur, offrit à sa surface interne une perforation circulaire capable d'admettre tout au plus un tuyau de plume, et par laquelle il communiquait avec la tumeur ou poche indiquée. On s'en assura mieux encore en comprimant légèrement cette dernière, le liquide purulent qu'elle contenait passa sur-le-champ dans la cavité intestinale. C'est à cette communication que correspondaient les adhérences les plus intimes; elle était placée à peu près au niveau du détroit supérieur du petit bassin, sur la symphyse sacro-iliaque gauche, et plus tard, quand tout le gros intestin fut détaché, on constata que cette communication était à huit pouces de l'anus, à l'extrémité supérieure du rectum ou à l'extrémité inférieure du colon gauche. Quant à la tumeur ainsi ouverte dans l'intestin, elle était alors molle, ridée, sans autre ouverture à sa surface libre; elle se prolongeait dans le petit bassin, dont elle occupait le quart postérieur gauche. Elle soulevait et refoulait le rectum, en haut et à droite, de manière à lui donner la forme d'un arc de cercle, dans la concavité duquel elle était logée. Sur son côté supérieur et interne, tout près de la matrice, on distinguait la portion utérine de la trompe; mais 1 pouce en dehors, tout paraissait confondu.

Du côté droit, on voyait qu'il existait des désordres du même genre, seulement moins avancés; la trompe était plus volumineuse et plus considérable que celle du côté opposé, et elle était soulevée par une tumeur qui paraissait être l'ovaire..... Ayant examiné la pièce plus en détail, on a vu que la tumeur, ouverte dans le rectum et située sur le

(1) Ouvrage cité, p. 129.

(2) *Journal hebdomadaire de médecine*; 1828; t. I, p. 114.

côté gauche de la matrice, qui offrait à son sommet la partie interne de la trompe gauche, n'était autre que cette trompe elle-même considérablement dilatée, enflammée et suppurée.

La cavité de la portion, encore reconnaissable à sa forme flexueuse, communiquait évidemment avec celle de la poche, non pas par un petit pertuis, par une fente, mais par un élargissement progressif quoique rapide ; d'ailleurs la continuité de la membrane noirâtre de la portion non dilatée avec celle qui tapissait la poche, était évidente. Enfin, derrière ce vaste foyer, nous retrouvâmes une tumeur moins considérable, du volume d'une noix, à parois manifestement fibreuses, de la couleur et de l'aspect que l'on connaît à l'ovaire. A l'ouverture, il s'en écoula un pus de bonne nature, qui n'avait aucune communication avec celui qui restait encore dans la tumeur formée par la trompe. A droite, il existait une disposition en quelque sorte inverse : la trompe était bien, comme à gauche, inflammée et suppurée ; comme à gauche, elle s'élargissait progressivement de l'utérus vers son pavillon, et là il y avait, comme à gauche, encore une collection purulente assez considérable ; mais ici c'était l'ovaire qui était le plus profondément affecté ; c'était lui et non pas la trompe, qui formait tumeur. Cette tumeur, renfermée tout entière dans le petit bassin, avait le volume d'un gros œuf de poule. Elle était pleine d'un pus verdâtre, sans odeur, homogène et un peu épais, les parois étaient comme celles de la petite tumeur du côté opposé, blanchâtres et fibro-celluleuses. Tel était l'état du péritoine et de l'appareil sexuel. « La matrice et la vessie ne nous offrirent rien de remarquable. »

Si nous examinons les détails de cette observation, il est impossible de ne pas y voir un exemple d'inflammation suppurée des ovaires et des trompes, qui paraît avoir eu pour origine l'ovarite folliculeuse de l'ovulation ayant dépassé de beaucoup les limites physiologiques. Nous ferons observer en premier lieu que la malade avait cessé d'être bien réglée depuis environ six mois. C'était alors probablement que les accidents ont débuté, quoique les altérations auxquelles ils avaient donné lieu ensuite ne fussent devenus sensibles que depuis environ trois mois. La maladie semble avoir débuté par l'ovaire droit. C'est là que la malade avait d'abord éprouvé *des douleurs accompagnées d'élancements dans la cuisse correspondante*. Un mois avant son entrée à l'hôpital, la malade a ressenti les mêmes douleurs du côté de l'ovaire gauche, *accompagnées également d'engourdissement dans le membre pelvien de ce coté*. La malade a eu ses règles quatre jours après son entrée. Il est presque certain que cette fois encore, le travail de l'ovulation avait lieu dans l'ovaire gauche comme le mois précédent. En effet, trois jours avant, on constatait déjà que la tumeur de cette région était *sensible au plus léger contact, ce qui ne permettait guère de l'explorer*. Plus tard les accidents locaux ont éprouvé une sensible amélioration du côté gauche. Mais vers la fin de septembre, l'*ancienne douleur de la cuisse droite se reproduit avec violence*. Cette circonstance peut faire présumer que le travail de l'ovulation se préparait cette fois à droite. Si l'on ne parle pas de l'augmentation des douleurs du côté de l'ovaire droit, c'est qu'il a été constaté par l'autopsie que l'ovaire droit occupait le petit bassin. Cependant une nouvelle inflammation l'ayant surpris dans cette position rend très-bien compte de la violence des douleurs que la malade disait avoir ressenties dans la cuisse de ce côté. Les règles n'ont pas tardé de suivre les symptômes de ce nouveau molimen et elles ont paru le **29**.

L'inflammation des trompes consécutive à l'ovarite résultant elle-même de l'ovarite folliculeuse qui accompagne l'ovulation, est loin de se terminer toujour par suppuration. Ayant eu l'occasion d'examiner quelquefois les organes sexuels des femmes stériles, nous avons rencontré plusieurs fois à l'autopsie l'imperméabilité des trompes, surtout du côté des pavillons. Cette imperméabilité provenait évidemment d'une ancienne phlegmasie des pavillons dont les franges étaient tantôt agglutinées les unes avec les autres, tantôt rentrées en dedans de manière à ne former par leur accollement réciproque qu'un bout arrondi en forme de cul-de-sac. Une fois l'extrémité de chaque frange se terminait par une petite concrétion osseuse jaunâtre, lisse à la surface, ayant la consistance pierreuse. Dans quelques cas il y avait en outre tout autour du pavillon déformé des débris d'anciennes fausses membranes auxquels tenaient de petits kystes, gros comme des œufs de poisson, remplis d'un liquide jaunâtre demi-transparent. Très-souvent on pouvait remarquer en même temps sur les ovaires une ou deux saillies formées par des kystes provenant de la transformation des follicules anciennement enflammés. Dans un cas, chez une femme morte de pneumonie, une huitaine de jours après les règles, nous avons trouvé un ovaire recouvert entièrement d'épaisses fausses membranes accollées et confondues avec sa tunique externe. La trompe de ce côté était grosse comme le petit doigt avec une interception circulaire à peu près au milieu de sa longueur. L'extrémité libre de la trompe adhérait intimement à l'ovaire, l'ouverture utérine était oblitérée. Il y avait aussi une oblitération au milieu, à l'endroit correspondant à l'étranglement. Ces deux portions ainsi dilatées étaient distendues par un liquide couleur chocolat, provenant évidemment du mélange du sang et du mucus.

On ne peut pas s'empêcher de reconnaître au milieu de toutes ces altérations, des traces anatomiques d'une filiation pathologique entre l'*ovarite folliculeuse* et l'inflammation consécutive des trompes donnant nécessairement lieu à la stérilité par cause mécanique. Aussi, avons-nous remarqué que parmi les femmes qui éprouvent habituellement de très-vives souffrances pendant les règles ou qui présentent d'autres signes encore plus caractéristiques d'ovarite folliculeuse, il y en a beaucoup qui sont frappées de stérilité, et il est plus que probable que la stérilité reconnaît chez elles précisément la cause dont nous venons de parler. Nous ne saurions trop fixer l'attention des praticiens sur ce point de pathologie. Il ne serait pas, en effet, impossible qu'en s'y prenant de bonne heure et en dirigeant un traitement rationnel contre cette variété de dysménorrhée on parvînt ainsi à rendre plus rare la stérilité provenant de cette cause.

Ainsi, il en est des ovaires comme de tous les autres organes ; l'exercice seul de la fonction devient ici, comme ailleurs, une des causes prédisposantes des affections de l'organe qui en est chargé. Les retours périodiques de l'ovulation, l'acte d'ailleurs tout à fait physiologique, engendrent souvent des inflammations et des altérations consécutives des ovaires, des trompes et de la matrice.

Envisagé sous ce point de vue seulement, le rôle de la menstruation serait déjà considérable. Mais il faut encore tenir compte de la surexcitation que l'inflammation des follicules peut occasionner au milieu de nombreux plexus nerveux du bassin. Il n'est même pas nécessaire que cette inflammation dépasse de beaucoup le degré tout à fait physiologique pour que la surexcitation nerveuse locale soit déjà assez vive chez certaines femmes pour retentir au loin et exaspérer ainsi, comme nous le verrons par la suite, des souffrances qui existaient déjà, ou occasionner de nouveaux troubles de l'innervation. Tout cela se conçoit à merveille aujourd'hui, depuis que nous connaissons bien la physiologie de la menstruation, mais tant qu'on ne voyait dans ce curieux phénomène que l'hémorrhagie, il était difficile de s'en rendre compte d'une manière satisfaisante.

(*La suite au prochain numéro.*)

Cinq nouveaux cas de rétrécissements fibreux de l'urètre, opérés et guéris par le nouveau procédé de cathétérisme de M. Maisonneuve.

La vive discussion qu'a soulevée à la Société de chirurgie le nouveau travail de M. Maisonneuve, sur les rétrécissements de l'urètre, nous engage à enrégistrer avec impartialité les faits dont nous avons été témoins à la clinique de ce chirurgien.

C'est la seule manière, à notre avis de juger sérieusement une méthode nouvelle.

OBSERVATION Ire. — *Rétrécissement fibreux fort ancien accompagné de fistule urinaire. — Inutilement traité pendant cinq ans consécutifs. — Guérison immédiate.*

Roussard Louis-Auguste, âgé de soixante-six ans, ancien militaire, se présenta à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour y être traité d'un rétrécissement fort ancien compliqué de fistule scrotale. Il raconta qu'ayant eu dans sa jeunesse de nombreuses blennorrhagies, il s'apercevait depuis plusieurs années de grandes difficultés dans l'excrétion des urines, quand à la suite d'un excès de vin il eut une rétention d'urine qui se termina par la formation d'un abcès au périnée, et la formation d'une fistule urinaire au-devant du scrotum. C'est alors seulement qu'il se décida à réclamer les secours de l'art. Il entra à l'hôpital d'Alby, où l'on fit de vains efforts pour franchir son rétrécissement. Il séjourna cinq ans consécutifs dans cet hôpital, sans obtenir aucune amélioration dans son état, et il en sortit avec un certificat d'incurabilité absolue.

Telle était sa position quand il vint à l'hôpital de la Charité où il fut reçu dans le service de M. le professeur Velpeau, qui voulut bien le confier à M. Maisonneuve.

Le 15 avril, au moment de la visite de ce chirurgien, M. Maisonneuve, procéda à l'opération en sa présence et avec l'aide de ses internes.

Il commença non sans quelque peine, à introduire une bougie filiforme d'un tiers de millimètre de diamètre. Cette bougie, quoique cylindrique, en cheminait qu'avec une extrême lenteur. Ce ne fut qu'au bout de vingt minutes qu'il parvint à la faire pénétrer tout entière. Il vissa alors sur son extrémité libre, son scarificateur n° 1, d'un millimètre de diamètre, il l'introduisit doucement en poussant devant lui la petite bougie qui lui servait de guide, il lui fallut encore plus d'un quart-d'heure pour exécuter ce deuxième temps à cause de l'excessive rigidité des tissus qui ne permettait presque aucune dilatation.

Dès que l'instrument fut arrivé à destination, M. Maisonneuve glissa dans sa cannelure la petite lame tranchante à laquelle il fit parcourir facilement toute la longueur du canal.

Le rétrécissement étant ainsi scarifié, il retira son instrument et la bougie, leur substitua une bougie plus volumineuse de 3 millimètres de diamètre qui pénétra sans hésitation; il vissa à l'extrémité de cette bougie son uréthrotome de frère Côme, qu'il avait disposé de manière à pouvoir obtenir une incision de 0,012 millimètres de profondeur, l'introduisit jusque dans la vessie et pressant sur la bascule il le retira tout ouvert dans une étendue de 3 centimètres.

La quantité de sang qui s'écoula fut à peine d'une cuillerée à café. Le malade avait peu souffert, dans la nuit il eut un accès de fièvre qui ne se renouvela pas, et dès le lendemain M. Velpeau put se convaincre que l'urine sortait à plein canal et sans la moindre difficulté; pendant les dix jours que le malade resta en observation dans les salles de l'illustre professeur, aucun accident ne se manifesta, la fistule scrotale se ferma d'elle-même et l'urine continua à couler à plein canal.

Après sa sortie de l'hôpital de la Charité, M. Maisonneuve engagea Roussard à venir dans ses salles, à l'hôpital de la Pitié, où il le garda jusqu'au 10 mai, jour où il retourna dans son pays, urinant toujours avec une entière liberté et parfaitement guéri de sa fistule.

OBSERVATION II. — *Rétrécissements fort anciens et très-durs. — Urétrotomie immédiate. — Guérison.*

Régent (François-Marie), quarante-trois ans, maçon, était depuis plusieurs années tourmenté par une difficulté d'uriner, due à des rétrécissements multiples. Il avait déjà séjourné plusieurs fois dans les hôpitaux où il avait été soumis à des traitements dilatateurs par les bougies. Le 4 juin, il vint à l'hôpital de la Pitié réclamer les soins de M. Maisonneuve.

Le jet de l'urine était filiforme et tortillé; le malade éprouvait dans la vessie et les reins une douleur sourde et contusive. Le malade dit qu'il existait chez lui trois rétrécissements, dont on avait constaté l'existence lors des traitements antérieurs. Le premier existait à 3 pouces de profondeur, ainsi qu'on put s'en assurer avec la bougie à boule. Quant aux autres, l'impossibilité de passer l'instrument ne permit pas de les reconnaître d'une manière directe, mais, on constatait leur présence au moyen du doigt promené sur la face inférieure du canal.

M. Maisonneuve introduisit alors une bougie n° 2 (deux tiers de millimètres de diamètre). Sur cette bougie, armée d'un petit ajustage, il vissa un scarificateur de 1 millimètre qu'il poussa doucement jusque dans la vessie, et qui lui servit à scarifier d'un seul coup tous les rétrécissements. Retirant ensuite le tout, il agrandit l'incision avec son urétrotome de frère Côme ouvert à 0,010 millimètres. Il s'écoula environ une cuillerée de sang. Cette hémorrhagie légère se renouvella moins abondante deux ou trois fois dans la journée au moment où le malade rendit ses urines, puis elle cessa complément.

Un léger œdème des bourses, survenu le lendemain de l'opération, se dissipa en quelques jours. Il ne survint pas des frissons et le malade sortit de l'hôpital, le 13 juin, urinant à plein canal, et pouvant passer sans obstacle une sonde d'étain n° 40.

OBSERVATION III. — *Rétrécissements multiples. — Urétrotomie immédiate. — Guerison.*

Sarleux François, journalier, âgé de cinquante-six ans, était depuis longues années, affecté de rétrécissements multiples, pour lesquels il avait subi de nombreux traitements.

Le 11 juin, il vint à l'hôpital de la Pitié. Là, M. Maisonneuve constata que le canal pouvait à peine admettre une bougie de deux tiers de millimètre de diamètre.

Trouvant le cas favorable à l'incision, le chirurgien le soumit à cette opération suivant sa nouvelle méthode, le 12 juin.

Il s'écoula peu de sang, mais pendant trois jours de suite, le malade eut le soir un léger accès de fièvre, qui disparut sans aucun traitement.

Par précaution, le malade fut gardé à l'hôpital jusqu'au 4 juillet. Deux ou trois fois on s'assura qu'une sonde métallique n° 48, passait sans difficulté.

OBSERVATION IV. — *Rétrécissement fibreux très-étroit. — Urétrotomie immédiate. — Guérison.*

Beaucerf Antoine, trente-trois ans, boucher, vint, le 4 juillet 1855, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis 18, pour y être traité d'un rétrécissement de l'urètre qui datait de plusieurs années et rendait la minction extrêmement difficile.

Ce rétrécissement, situé à 3 pouces de profondeur, était dur et calleux, il admettait à peine une bougie de 1 millimètre de diamètre. M. Maisonneuve l'opéra le 5 juillet, sans employer le chloroforme. L'opération fut prompte et facile.

Chez ce malade, il n'y eut pas de frisson, l'urine coula parfaitement et à plein canal, seulement il se manifesta au niveau du rétrécissement une petite tumeur grasse, une petite noix qui disparut en huit jours.

Trois ou quatre fois, M. Maisonneuve passa une sonde de Mayor, nos 42, 44, pour s'assurer que tout était en ordre.

Le 21 juillet, quand le malade sortit de l'hôpital, il était impossible, avec une bougie à boule, de reconnaître le point où avait existé le rétrécissement.

OBSERVATION V. — *Rétrécissements anciens. — Rétention complète d'urine. — Urétrotomie immédiate. — Guérison instantanée.*

Un ouvrier contre-maître se présenta, le 15 juillet 1855, à la consultation de l'hôpital de la Pitié, pour une rétention d'urine datant de douze heures, il raconte qu'il est depuis longtemps affecté de rétrécissements multiples de l'urètre, qu'il urinait très-difficilement depuis plusieurs jours, et qu'hier soir à la suite d'un léger excès, il a été pris de rétention d'urine. La vessie est, en effet, énormément distendue.

M. Maisonneuve engagea fortement le malade d'entrer à l'hôpital, mais celui-ci, alléguant l'urgence de son travail, la nécessité de sa présence à l'atelier, refusa positivement cette proposition. C'est alors que M. Maisonneuve, faisant coucher le malade sur un lit de la consultation, lui fit immédiatement l'opération par la nouvelle méthode.

Aussitôt le malade urina à plein jet, près de 2 litres d'urine, et retourna immédiatement à ses travaux qu'il n'a pas interrompus.

Les faits que nous venons de rapporter et qui ne sont pas des faits choisis, puisque nous les avons recueillis au fur et à mesure de leur production, nous paraissent établir d'une manière péremptoire que la nouvelle méthode de M. Maisonneuve a, dès à présent, réalisé un progrès considérable. Voilà cinq malades, qui, très-certainement eussent traîné dans les hôpitaux des mois entiers avant d'obtenir une amélioration à leur position, et qui instantanément récupèrent la faculté d'uriner, et cela sans accident sérieux.

Mais ce n'est pas tout, la méthode qui produit ces résultats est d'une exécution simple, facile, à la portée de tous les praticiens; elle met à l'abri des fausses routes. Évidemment M. Maisonneuve a déjà rendu un immense service à la science. Ses guérisons seront-elles définitives, radicales? L'avenir nous le dira. Oh alors ce serait une des plus belles découvertes de notre époque! Attendons, rien ne nous étonnerait de cet investigateur profondément habile et tenace.

DU CAUSTIQUE DE TUNFRIED CONTRE LE CANCER; *par le docteur* DE NEUMER, *d'Erlangen.*

Voici un caustique plus ou moins nouveau qui paraît avoir été inventé par une grande célébrité, et qui est décrit par une petite, dans une lettre adressée à la *Presse médicale belge :*

J'ai l'honneur de vous adresser une note concise relative à une découverte des plus intéressantes que l'un de nos confrères allemands, le célèbre Tunfried, d'Erlangen (Allemagne), fit concurremment avec moi (1). J'espère que votre estimable et savant journal voudra bien en entretenir ses lecteurs.

Vous le savez, très-honoré confrère, le cancer est la plus rebelle de toutes les affections, et jusqu'à ce jour le mal fut sans remède. Aucun des spécifiques employés, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, n'a réussi, pas même l'acide *arsénique* que M. le docteur Moens, de Bruxelles, a si ingénieusement substitué à l'acide *arsénieux* de la pâte Canquoin. Il n'en est pas de même du caustique de Tunfried, et son application est si facile et si rationnelle, que l'on pourra désormais affirmer au patient que la cachexie à laquelle il est en proie succombera sous les efforts de la science.

Le docteur Tunfried vient de mourir à Bonn, et m'a laissé seul propriétaire de la découverte. Comme l'humanité m'a toujours semblé le premier devoir du médecin, je me fais un véritable devoir, M. le Rédacteur, de confier à votre excellent journal : 1° la composition du caustique; 2° son application; 3° le traitement général à suivre, s'il y avait déjà dégénérescence du cancer, ou après l'application.

1° *Composition du caustique.*

On fait fondre du phosphore pur dans de l'eau bouillante et l'on agite jusqu'à refroidissement complet. On trouve alors le phosphore divisé en un nombre infini de globules. On conserve pour l'usage dans les flacons bouchés à l'émeri et remplis d'eau bouillante, c'est-à-dire privée d'air.

2° *Mode d'application et mode d'action.*

On recouvre la tumeur d'une mince couche d'huile, afin que la couche de globules répandue sur la peau reste adhérer (s'il y a désorganisation des tissus, cette précaution devient inutile). Quand la couche de globules est appliquée (un millimètre d'épaisseur), on l'enflamme sur plusieurs points à la fois; la combustion est rapide, la douleur ne dure qu'un instant, et il y a formation d'acide phosphorique et d'oxyde de phosphore qui tapissent toute la plaie et la pénètrent profondément, plus profondément que tout autre caustique. Si l'action du phosphore se bornait à cette cautérisation, la découverte ne serait que d'une médiocre valeur, mais l'oxyde de phosphore et l'acide phosphorique agissent d'une manière toute spéciale, *spécifique* en un mot, et ceci a été complétement observé par mon ami Tunfried. L'élément cancéreux se combine à l'acide phosphorique, et l'enveloppe cellulaire dans laquelle il se trouvait est détruite. Dès lors, le mal s'arrête sur la pente rapide, et, par le régime suivant, le malade est guéri radicalement. (Toutes nos expériences anatomo-pathologiques ont été faites par le moyen du microscope de Kolner, de Welzlar, près Giesen. C'est le meilleur microscope qui existe, comme le dit avec raison Bisschoff.)

(1) En 1845, à Erlangen.

3° *Traitement général à suivre après l'application, etc.*

Le Dr De Breyne a raison de prescrire la ciguë dans le cancer, mais il n'a pas compris que toute la famille des ombellifères est précieuse dans le traitement du cancer et que les cancéreux doivent être soumis au *régime ombelliféré.* Voici, en peu de mots, la composition du régime ombelliféré : Les repas se composeront exclusivement de panais, de carottes, de cerfeuil, de céleri et de persil, toutes plantes ombellifèrées. L'angélique, l'anis de fenouil, le cumin, le carvi seront prescrits pour assaisonner les sauces.

Quant aux substances médicamenteuses, elles devront uniquement avoir pour base les plantes suivantes : Athusa cynapium, conium maculatum, cicuta virosa, sium latifolium, phellandrium aquaticum, ananthe crotata; toutes les plantes précédentes sont des ombellifères.

Certaines autres espèces fournissent des gommes-résines infiniment précieuses pour les cancéreux; il ne faudra jamais les oublier : telles sont le sagapenum, l'opoponax, le galbanum, la myrrhe et surtout l'assa-fœtida. Toute la race mongole fait un très-grand usage des ombellifères qui produisent ces résines; ces plantes sont toutes culinaires chez eux et très-abondantes dans les immenses steppes où campent ces populations. Eh bien! le docteur Tunfried, qui a parcouru toutes ces contrées asiatiques, non-seulement n'a observé aucun Mongol cancéreux, mais les prêtres, qui conservent depuis des milliers d'années des observations cliniques, ne savaient de quelle espèce d'affection mon savant ami voulait parler.

Ces quelques faits sont destinées à prendre acte, monsieur le rédacteur; c'est le résumé d'un grand travail qui, prochainemeut, sera imprimé et publié

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 juillet 1855.—Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Rapport de M. Kremmerer, médecin à Saint-Martin (île de Ré), sur une épidémie de suette variolique qui a régné dans la commune de Loix, pendant les mois de novembre, décembre 1854, de janvier 1855. (Comm. des épidémies.)

Choléra. — Mémoire sur le choléra et les causes qui le produisent, par M. Gonzalez, de Paraldat (Pyrénées-Orientales).

— Rapport de MM. Culman et Roudolphi, sur une épidémie de choléra, qui a régné, en 1854, dans la commune de Forbach et dans le canton de Grestingen.

— Rapport de M. le docteur Bonnans, sur l'épidémie cholérique qui a régné, en 1854, aux Cabanes et dans la haute Ariège.

— Rapport de M. le docteur Jobert, sur l'épidémie cholérique de 1854, dans le département de l'Ariège.

— Rapport de M. le docteur Lafontaine, sur l'épidémie de choléra qui a sévi dans le département de l'Ariège en 1854. (Comm. du choléra de 1854.)

Bains. —Rapport de M. le docteur Lemaire, de Dunkerque (Nord), sur le service des bains de mer de mer de cette ville, pendant l'année 1853. (Comm. des eaux minérales.)

Eaux minérales. — Rapport de M. Carlotti, sur le service médical de l'établissement de Pietra-Pola (Corse). (Comm. des eaux minérales.)

Vaccine. — Plusieurs états de vaccination des départements du Calvados, de la Nièvre et de la Gironde, pendant l'année 1854. (Comm. de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Pharmacie. — Mémoire de M. Lepage, pharmacien à Gisors, ayant pour titre : *Faits pour servir à l'histoire chimique et technologique du marron d'Inde.* (Comm. composée de MM. Chatin et Guibourt.)

Épilepsie. — Lettre de M. Lélut, suivie d'observations sur l'usage

qu'il a fait, dans son service à la Salpétrière, du remède de Larnage contre l'épilepsie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Choléra. — Note sur les conditions atmosphériques qui accompagnent l'invasion du choléra, par M. Luc Crioli, chimiste au service du gouvernement turc. (Comm. du choléra de 1854.)

M. le Président annonce que M. Volch, de Barcelone, M. Mirault, d'Angers, et M. Vrolik, d'Amsterdam, membres correspondants de l'Académie, sont présents à la séance.

M. Gaultier de Glaubry croit devoir informer l'Académie et surtout la commission des Aztèques, que les journaux politiques contiennent des détails curieux sur l'origine de ces êtres, et les différentes phases qu'ils ont parcourues depuis l'époque à laquelle ils ont été séparés de leurs parents jusqu'à leur arrivée à Paris.

M. Piorry a trouvé dans sa Bibliothèque un ouvrage volumineux sur les antiquités mexicaines, renfermant, entre autres dessins de sculpture, des figures qui rappellent celles des Aztèques, et qui présentent des êtres ayant, par la conformation du crâne, les traits du visage et de la taille, la plus grande analogie avec ces nains que l'Académie a pu admirer dans sa dernière séance. M. Piorry dépose cet infolio sur le bureau, où chacun peut en prendre connaissance, et il offre de le tenir à la disposition des membres de la commission.

M. Danyau, sur le vœu exprimé par la commission des Aztèques, est adjoint, comme membre, à ladite commission.

LECTURE DE RAPPORTS.

M. Gibert lit un rapport :

1° Sur un mémoire de M. le docteur Baizeau, médecin militaire à l'armée d'Italie, intitulé : *Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis.*

Il ressort de ce travail que les accidents syphilitiques ne sont pas toujours modifiés par l'intervention des eaux sulfureuses; que ces eaux seraient même nuisibles si elles étaient employées exclusivement et si elles n'étaient ou précédées ou accompagnées du traitement spécifique ; qu'elles amènent ou qu'elles avançent l'époque des éruptions syphilitiques, mais qu'elles peuvent cependant faire disparaître les syphilides. Il est bon de ne pas oublier que ceci n'a lieu que concurremment avec l'usage du remède spécifique! Le savant rapporteur s'est contenté de reproduire l'opinion de l'auteur du mémoire sur la prétendue utilité des eaux sulfureuses, dans le traitement mercuriel pour convertir les composés hydrargyriques insolubles en composés solubles. Il eût été plus curieux et non moins scientifique d'apprendre comment et par quelles transformations les eaux sulfureuses, font passer les préparations mercurielles insolubles en médicaments solubles et absorbables.

2° Sur un autre mémoire, ayant pour titre : *Du Sulfite de soude dans le traitement de la stomatite mercurielle*, par M. Colomiès, chirurgien adjoint à l'hôpital des syphilitiques de Toulouse.

Cette médication, selon M. Gibert, serait loin d'être infaillible, puisque les cas de stomatite mercurielle auxquels on l'a opposée n'ont cédé qu'après plusieurs semaines. Chacun sait que les moyens employés aujourd'hui le plus généralement abrégent cette durée qui, par elle-même, est d'ailleurs très-commune et très-ordinaire quand les ulcérations ne sont pas profondes et que, le mercure étant supprimé, on abandonne le malade aux seules ressources de la nature. Ensuite on n'est nullement autorisé à conclure à l'utilité d'un agent quelconque administré avec le sublimé, parce qu'on ne voit pas survenir de salivation dans le cours de cette médication; car, ainsi que le savant rapporteur l'a fait remarquer, ce dernier composé hydrargyrique est peut-être celui qui produit le moins cette complication, si toutefois il la produit?

Sur la proposition de M. le rapporteur, des remercîments sont adressés aux auteurs de ces mémoires et leurs travaux seront déposés aux Archives.

LECTURE DE MÉMOIRES.

M. le docteur Casado (de Malaga) lit une observation suivie de quelques considérations sur une maladie compliquée des voies urinaires. Cette affection peut se résumer ainsi : double rétrécissement de l'urètre, d'origine blennorrhagique; abcès rénal et fistule consécutive à son ouverture ; formation de calculs dans la portion prostatique de l'urètre ; lithotritie; réapparition, pendant quelque temps, des symptômes annonçant la présence de calculs ; disparition complète de ces phénomènes coïncidant avec l'exacerbation de la maladie du rein droit; cancer présumé de cet organe. (Comm. MM. Civial, Grisolle et Bégin.)

M. le docteur Lemenant-des-Chenais donne lecture d'un travail qui a pour titre : *Etudes sur le principe de l'avortement prématuré.*

Après des considérations un peu longues sur l'opinion des Pères de l'Eglise et des légistes, relativement à cette importante question obstétricale, l'auteur, dont le bagage d'arguments solides et scientifiques est assez maigre, termine son travail par les conclusions suivantes :

1° L'avortement, étant simplement l'accouchement avant terme, ne doit point être confondu avec le fœticide direct qui n'en est qu'une forme viciée par une intention mauvaise;

2° Les théologiciens comme les législateurs, en parlant de l'avortement, n'ont jamais entendu condamner autre chose que le fœticide direct, puisqu'ils admettent qu'indirectement il n'est pas défendu de causer la mort de l'enfant pour sauver la vie à la mère quand ce moyen est le seul possible ;

3° L'avortement provoqué à une époque où l'enfant peut être, physiologiquement parlant, viable, ne saurait être un fœticide, puisqu'il peut être au contraire un moyen de salut pour la mère et l'enfant;

4° L'avortement provoqué à une époque où l'enfant ne peut pas être viable peut encore être très-licite, pourvu que : 1° il ait pour but le salut de la mère; 2° il n'aggrave pas la condition fâcheuse de l'enfant ou, en d'autres termes, la mort de ce dernier ne soit qu'une conséquence indirecte quoique forcée de l'avortement. (!!)

(Renvoi à une comm. composée de MM. Cazeaux, Depaul et Moreau, rapporteur.)

M. le docteur Pietra-Santa lit une note sur la non-existence de la colique de cuivre.

L'auteur pense pouvoir démontrer que :

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargé de poussière de cuivre sans altération appréciable de la santé;

2° L'ingestion de la poussière de cuivre donne lieu à quelques légers accidents; (!!!)

3° La colique de cuivre, telle qu'elle est décrite par les auteurs du XVIII siècle et, plus près de nous, par MM. Blandel, Michel Lévy et autres, n'existe pas;

4° Les phénomènes annoncés par ces autorités doivent se rapporter à d'autres causes ayant agi *contemporainement* sur l'organisme ;

5° Le liséré pourpre du geniève, signalé par M. Cordigan comme un trait particulier de l'empoisonnement cuivré, n'a pas la constance et la généralité qu'il lui attribue.

(Renvoyée à une comm. composée de MM. Guérard, Grisolle et Bouvier.)

PRÉSENTATION.

M. Ducoste présente à l'Académie un fœtus avec encéphale, dont la portion supérieure du crâne manque et dont le cerveau est remplacé par une tumeur fibreuse; la moelle existe régulièrement de même que les filets nerveux qui s'irradient dans toutes les régions du corps.

M. Maisonneuve présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué l'extirpation d'une énorme tumeur fibro-plastique du cou dans le tissu de laquelle étaient englobés les vaisseaux et nerfs de la région carotidienne. Cette opération a exigé une dissection laborieuse du nerf pneumo-gastrique qu'il a du sculpter au milieu du tissu même de la tumeur, dans une étendue de 4 pouces, et la ligature de la veine jugulaire interne au-dessus et au-dessous de la tumeur. Voici en quelques mots l'observation de ce malade.

Glaud (Jean-Baptiste), jardinier, âgé de soixante ans, entre, le 25 mai 1855, à l'hôpital de la Pitié, pour une affection grave du cou, dont il fait remonter l'origine à une année. Cette tumeur, pour laquelle plusieurs traitements étaient restés jusqu'alors inefficaces, présente à cette époque un volume énorme; elle s'étend de la région parotidienne au tiers inférieur du col; latéralement elle s'engage au-dessus et au-dessous de l'angle de la mâchoire, avec laquelle elle semble faire corps. Elle occupe ainsi toute la région carotidienne; sa consistance est ferme, sa base, profondément située, rend la mobilité presque nulle ; elle est le siége de douleurs vives et augmentée de volume ; déjà le malade ne peut plus, qu'à grand'peine, ouvrir la bouche, il s'en désole et veut en être débarrassé; M. Maisonneuve cède à ses instances et procède, le 7 juin, à l'opération.

Le malade étant soumis aux inhalations du chloroforme, M. Maisonneuve pratique sur toute l'étendue de la tumeur une incision cruciale qui lui permet de la mettre complétement à découvert. Il est

assez facile de l'isoler sur les côtés et de se rendre compte de ses relations avec les vaissaeux et nerfs de cette région. Le nerf pneumo-gastrique et la veine jugulaire interne pénètrent dans l'épaisseur de la tumeur et la parcourent dans toute son étendue. L'artère carotide, refoulée en avant, dut être protégée par le doigt d'un aide, et on procède à la partie laborieuse de l'opération.

Avant de commencer à sculpter, à disséquer le nerf pneumo-gastique, M. Maisonneuve lie la veine jugulaire interne à son entrée et à sa sortie de la tumeur. Dès lors on peut sculpter, dans toute son étendue, le nerf pneumo-gastrique.

Le morcellement de la tumeur devient d'un grand secours et permet d'achever cette dissection et l'extirpation complète sans accident. Le nerf, dans toute la portion comprise dans l'épaisseur du tissu morbide, présente une apparence fusiforme, son volume est plus considérable, son tissu comme infiltré, ramolli; la veine est oblitérée en ce point.

La plaie, pansée à plat, marche rapidement vers la cicatrisation, et, malgré la ligature de la jugulaire interne, aucun accident ne vient entraver la guérison.

Aujourd'hui, 31 juillet, cet homme est dans d'excellentes conditions.

M. Maisonneuve présente un second malade portant actuellement une énorme tumeur fibreuse qui a envahi la moitié gauche du maxillaire supérieur, et qu'il se propose d'enlever, en promettant à l'Académie de lui montrer plus tard ce sujet guéri.

M. Jobert (de Lamballe) montre à l'Académie une portion de doigt auriculaire, comprenant la troisième et la moitié de la deuxième phalange, avec les tendons des fléchisseurs et extenseurs qui restent appendus et qui n'ont été rompus qu'au niveau de l'insertion des fibres musculaires. Cet arrachement, qui paraît n'avoir pas été très-douloureux, a été fait aussi nettement qu'avec un emporte-pièce par la morsure d'un cheval. La plaie a été pansée simplement, et elle se cicatrise régulièrement en formant une moignon parfait.

M. Larey dit que de semblables arrachements ont été signalés par son père, et qu'ils ne sont pas très-rares chez les cavaliers qui ont la mauvaise habitude de conduire leurs chevaux en enroulant les brides autour de leurs doigts. Dans le cas de M. Jobert, la section a été plus nette, parce qu'il y a eu d'abord morsure, puis seulement arrachement.

CORRESPONDANCE.

Réponse à M. Raciborski, au sujet de la respiration saccadée.

Par M. le docteur Imbert-Gourbeyre.

Je n'ai nullement l'intention de contester à l'honorable M. Raciborski la découverte de la *respiration saccadée* (*voir* le *Moniteur des hôpitaux*, nº 87), et je remercie ce médecin distingué de m'avoir ramené du fond de la Pologne vers *ces prés fleuris qu'arrose la Seine*, pour y trouver le véritable inventeur. (*Moniteur des hôpitaux*, nº 89.)

Je ne sache point avoir affirmé que Zehetmayer ait parlé le premier de ce signe stéthoscopique. La première édition de son ouvrage date de 1842, postérieure d'un an à l'ouvrage cité de MM. Barth et Roger; mais ce que j'affirme c'est que le professeur de Lemberg a accordé à la respiration saccadée, plus que tous ses devanciers, une importance particulière.

M. Raciborski signale le premier la respiration saccadée, et dit qu'elle se trouve souvent chez les malades atteints de tubercules disséminés.

MM. Barth et Roger n'en parlent que d'une manière insignifiante.

Arrive le professeur de Lemberg qui décrit très-exactement (*voir* le *Moniteur des hôpitaux*, nº 87), et la respiration *saccadée*, et la respiration *soutenue*, second phénomène dont personne n'a parlé encore, je crois, en France, et leur assigne dans l'échelle des symptômes de la tuberculose commençante, une grande valeur relative, une valeur bien supérieure aux différents symptômes signalés par M. Fournet.

Au reste, le médecin allemand ne paraît prétendre à aucune découverte en fait d'auscultation; déjà dans la préface de sa première édition, il s'exprime en ces termes: « Celui qui est déjà familiarisé avec les principes de l'auscultation et de la percussion, ne trouvera rien de nouveau et d'inédit dans cet ouvrage; mais c'est être utile que de bien reproduire ce que les autres ont déjà dit, » et pour être juste, à propos de la petite question en litige, je crois qu'il faut ajouter que Zehetmayer a mieux dit que tous les auteurs qui l'ont précédé.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Prix de la Société de chirurgie pour 1856. — La Société rappelle qu'elle a mis au concours pour l'année 1856 la question suivante:

Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs. — Le prix est de 400 fr. — Les mémoires devront être rédigés en francais ou en latin, et adressés, suivant les formes académiques, au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 mai 1856.

POUR 1857.

Des plaies des os. — Les candidats n'auront pas à parler des fractures. Ils sont invités à s'occuper principalement des solutions de continuité produites sur le squelette par l'action de la scie; néanmoins la Société accueillera avec intérêt les recherches qu'ils pourront faire sur les lésions des os par des instruments piquants ou tranchants. — Ce prix est de 400 fr. — Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1857.

POUR 1858.

Des paralysies traumatiques. — Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1858.

PRIX DUVAL.

La Société de chirurgie, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 fr., en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse en chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Seront admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier 1855 jusqu'au 31 décembre de la même année seront seules admises au concours pour le prix de 1856.

Les candidats devront adresser *franco* deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 janvier 1856, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux où ils ont fait leurs études.

— Corbin, reçu docteur en médecine en 1829, ancien professeur de rhétorique, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux d'Orléans, etc., vient de succomber à Orléans (Loiret), à une mort volontaire et violente. Il laisse une fortune de plus de trois cent mille francs; célibataire, il en a disposé en faveur des fondations utiles et publiques.

(*Journ. des conn. méd. prat.*)

— *Conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Lariboisière.* — M. Chassaignac, chirurgien des hôpitaux, ouvriaa ces conférences le lundi 13 août 1855, et les continuera le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine.

La visite des malades aura lieu de huit à neuf heures.

Leçons et opérations de neuf à dix.

Les principales opérations seront faites le lundi.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'accouchement physiologique ou *l'accouchement rendu plus inoffensif pour la mère et pour l'enfant*, par M. Mattei, professeur d'accouchements à Bastia. — 1 vol. in-8º de 500 pages, avec figures, pour 7 fr. — Librairie de Victor Masson.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 93. 3e année. Vendredi 3 Août 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Rapport sur des expériences de M. Brown-Séquard relatives aux propriétés et aux fonctions de la moelle épinière ;

Lu à la Société de biologie, le 21 juillet 1855,

Par M. Paul Broca, rapporteur,

Au nom d'une commission composée de MM. Claude Bernard, Bouley, Broca, Giraldès, Goubaux et Vulpian.

(Suite. — *Voir* les Nos 90, 91.)

L'insensibilité de la substance grise, que M. Brown-Séquard nous a fait constater dans plusieurs expériences, est d'autant plus surprenante que cette substance est positivement le véritable conducteur de la sensibilité. L'expérience suivante le démontre sans réplique.

Expérience III, *faite sur un lapin de deux mois environ, devant la Société de biologie, le 23 juin 1855.*

La moelle lombaire étant mise à nu, et la dure-mère incisée, M. Brown-Séquard pratique la section des faisceaux postérieurs de la moelle. L'animal accuse par ses cris et son agitation une vive douleur, qui se calme promptement.

Immédiatement après, nous constatons que la sensibilité et le mouvement sont complétement abolis dans tout le train postérieur, et persistent, au contraire, comme auparavant, dans le reste du corps. On explore directement avec une aiguille les deux segments de la moelle. Le segment céphalique est très-sensible. Le segment caudal est, au contraire, tout à fait insensible ; on peut le piquer, le pincer, le tirailler, sans que le lapin s'en aperçoive. Ces phénomènes persistent pendant deux heures, puis on tue l'animal.

Autopsie. La section a dépassé les limites convenues. Elle a intéressé non-seulement les cordons postérieurs, mais encore une partie des cordons latéraux, et il est aisé de voir que la commissure grise a été coupée en travers ; le scalpel a respecté le tiers environ des cordons latéraux et la totalité des cordons antérieurs.

C'était la première fois que M. Brown-Séquard pratiquait devant nous la section des cordons postérieurs de la moelle. Avant l'expérience, nous avions manifesté quelque incrédulité, et le résultat qui fut d'abord obtenu n'était pas de nature à nous convertir. On avait coupé les cordons postérieurs, et la sensibilitédes membres abdominaux était abolie ; c'était tout à fait conforme à la doctrine de Charles Bell. L'abolition de la motilité au delà de la section ne nous embarrassait guère. Nous supposions qu'en opérant sur un si petit animal, M. Brown-Séquard avait sans doute coupé, sans le vouloir, la plus grande partie, peut-être même la totalité des cordons antérieurs. Notre collègue nous pria d'attendre l'autopsie avant de nous prononcer ; il nous annonça qu'il avait dépassé son but, qu'il avait coupé la substance grise, mais que certainement il avait respecté une partie des cordons latéraux et la totalité des cordons antérieurs.

Vous venez de voir que l'autopsie ne tarda pas à confirmer cette assertion. La commissure grise était coupée en effet, et les cinq sixièmes au moins des cordons antéro-latéraux étaient intacts.

En rapprochant cette expérience de la précédente, nous arrivons à cette conclusion, que la substance grise, quoique insensible par elle-même, est cependant chargée de transmettre au cerveau les impressions sensitives. En effet, dans l'expérience II, nous avons vu les membres abdominaux et l'extrémité caudale de la moelle rester sensibles après la section des seuls faisceaux postérieurs ; dans l'expérience III, la section pénètre un peu plus profondément, elle atteint la commissure grise, et aussitôt la sensibilité disparaît complétement.

Cette dernière expérience porte un nouveau coup à la théorie de Charles Bell, puisqu'elle nous montre la motilité complétement abolie au delà de la section, malgré l'intégrité de la plus grande partie du faisceau antéro-latéral ; il paraît donc certain que si ce faisceau a la propriété de transmettre les excitations aux muscles, il ne peut leur communiquer les ordres de la volonté que par l'intermédiaire de la substance grise. Chacun de vous comprend la gravité de cette conclusion ; je ne m'y arrêterai pas plus longuement, parce que votre commission, désirant avant tout préciser le débat, n'a pas cru devoir s'occuper spécialement de l'action motrice de la moelle, et a concentré toute son attention sur les expériences relatives aux phénomènes de la sensibilité.

Nous avons vu jusqu'ici le sentiment persister après la section des cordons postérieurs. Nous en avons conclu que la transmission des impressions sensitives ne s'effectue pas le long de ces cordons. Voici maintenant des expériences d'un autre genre qui déposent dans le même sens. Nous allons voir la *sensibilité disparaître d'une manière complète chez des animaux dont les cordons postérieurs restent parfaitement intacts*.

Expérience IV, *faite sur un lapin adulte, le 14 juillet 1855.*

Le rachis de cet animal était ouvert, et sa moelle était à nu depuis plus de deux heures, lorsque M. Brown-Séquard a coupé transversalement la totalité de la moelle lombaire, à l'exception des cordons postérieurs (1). Avant de pratiquer

(1) Bien que notre intention ne soit pas de nous occuper ici des questions de priorité, nous devons dire que MM. Vulpian et Philipeaux avaient déjà

cette section, il nous a fait constater que la sensibilité et le mouvement des membres abdominaux étaient dans un état à peu près normal. Alors il a enfoncé transversalement dans la moelle un ténaculum, de manière à embrasser les cordons postérieurs dans la concavité de cet instrument; l'animal a crié et s'est agité. Aussitôt M. Brown-Séquard a retiré le ténaculum en poussant fortement sur le manche, et il a ainsi écrasé toute la moelle, à l'exception des cordons postérieurs, qui n'ont subi aucune violence.

Au moment où cette section a été opérée, l'animal n'a pas crié, sa tête et ses membres thoraciques ne se sont pas contractés, mais ses membres abdominaux ont présenté des contractions convulsives qui ont duré plusieurs minutes.

Lorsque le calme a été rétabli, nous avons reconnu que tout le train postérieur était complétement paralysé à la fois du sentiment et du mouvement. Nous avons eu beau pincer, tenailler, couper à plusieurs reprises la queue et les doigts des pattes postérieures, l'animal est resté tout à fait impassible, mais il s'est agité avec douleur quand nous avons simplement pincé les doigts des pattes antérieures.

Au bout d'une demi-heure, une nouvelle exploration donne le même résultat. L'animal est sacrifié.

Autopsie. La continuité des cordons postérieurs n'est pas interrompue; l'instrument a respecté encore un millimètre environ de l'épaisseur du cordon latéral droit. Tout le reste de la moelle est complétement coupé.

Cette expérience n'a eu pour témoins que MM. Marshall-Hall, Vulpian, Tholozan, Lorain et moi. La suivante a été faite le même jour, pendant la séance de la Société, en présence de la plupart d'entre vous, et elle est plus démonstrative encore, si c'est possible.

EXPÉRIENCE V, *faite sur un jeune cochon-d'Inde*, *le 14 juillet* 1855, *devant la Société de biologie.*

Après avoir mis à nu la moelle lombaire, M. Brown-Séquard, armé d'un scalpel bien aigu, pénètre dans le sillon médian postérieur et incise longitudinalement la substance grise et la commissure blanche, de manière à séparer l'une de l'autre, dans une étendue d'environ 15 millimètres, les deux moitiés latérales de la moelle; dans cette opération fort délicate, il met tout son soin à ne pas léser les cordons postérieurs. L'animal s'agite et pousse quelques cris, mais il paraît souffrir beaucoup moins que lorsqu'on coupe les cordons postérieurs en travers (1).

Dès que cela est terminé, on constate que les membres abdominaux ont conservé le mouvement volontaire. L'animal ne peut pas, il est vrai, se tenir en équilibre sur ses pattes de derrière. Cela peut dépendre de ce que quelques fibres des cordons antérieurs ont été coupées, ou de ce que des muscles importants ont été divisés dans cette opération, qui nécessite des délabrements assez étendus. Mais il est certain du moins que, si le train postérieur est affaibli, il n'est pas paralysé du mouvement, car l'animal meut volontairement et régulièrement ses pattes, cherche à fuir et y réussit en se traînant.

Le sentiment, au contraire, est tout à fait aboli. Les deux pattes postérieures, examinées à plusieurs reprises, sont trouvées complétement insensibles, tandis que les pattes antérieures ont conservé leur sensibilité normale.

L'expérience est prolongée pendant une heure. Le train postérieur ne recouvre pas sa sensibilité, et on tue l'animal pour examiner la moelle.

Autopsie. — Le faisceau postérieur gauche n'a pas été lésé. A la partie la plus inférieure de la section, le faisceau postérieur droit a été légèrement effleuré par le scalpel, mais les neuf-dixièmes au moins de ce faisceau sont partout intacts.

La moelle est divisée longitudinalement dans toute son épaisseur; la substance grise est coupée à peu près sur la ligne médiane, mais le scalpel n'a pas rencontré le sillon médian antérieur, il s'en est un peu dévié, et a traversé le cordon antérieur du côté gauche.

Cette expérience ingénieuse, instituée déjà depuis longtemps par M. Brown-Séquard, dans un autre but, nous montre un phénomène que personne n'avait pu prévoir, et qui bouleverse toutes les idées reçues sur les fonctions de la moelle. On se borne à écarter l'un de l'autre les deux faisceaux postérieurs, puis, à travers le sillon qui les sépare, on va diviser verticalement le reste de la moelle; mais le scalpel fait un léger écart et blesse l'un des cordons antérieurs. Que va-t-il arriver? Les cordons postérieurs ou sensitifs sont conservés, et la sensibilité sera sans doute conservée aussi; la seule motilité sera compromise, puisque l'un des faiseaux moteurs est lésé. Voilà ce que la théorie nous annonce. Mais quelle déception ! C'est, au contraire, la sensibilité qui disparaît, tandis que la motilité persiste. Ce fait à lui seul serait capable de renverser la doctrine de Charles Bell. Ajoutez-y que la section isolée et complète des cordons postérieurs ne fait disparaître ni la sensibilité, ni le mouvement (Expér. II), et que ces deux fonctions sont abolies lorsqu'on coupe la substance grise en travers (Expér. III et IV); ajoutez-y encore que l'intégrité des cordons antéro-latéraux n'empêche pas la perte de la motilité (Expér. III), et que l'intégrité des cordons postérieurs n'empêche pas la perte du sentiment (Expér. IV); ajoutez-y surtout ce phénomène étrange, imprévu, inexplicable peut-être, que la section des fibres postérieurs de la moelle, loin d'anéantir l'innervation dans les parties où ces fibres paraissent se distribuer, y développe, au contraire, une sensibilité *exagérée* (Expér. II). Puis cherchez dans l'histoire de la physiologie, passez en revue toutes les hypothèses qui ont tour à tour fleuri dans la science, lisez, interrogez tous les auteurs et tous les expérimentateurs, depuis Galien jusqu'à Mistichelli, depuis Prochaska jusqu'à Charles Bell, depuis M. Magendie jusqu'à M. Longet, et vous verrez qu'aucune doctrine, aucun système connu ne peut vivre à côté des expériences de M. Brown-Séquard, et qu'il faut se résigner à faire table rase de tout ce qui a été dit jusqu'ici sur la physiologie de la moelle.

Nous pourrions à la rigueur en rester là, mais vous désirez, sans doute, connaître les résultats des autres expériences que notre collègue a exécutées devant nous; je vais donc vous en présenter le résumé, en vous prévenant d'avance qu'elles ont toutes consisté, comme l'expérience II, dans la section isolée des cordons postérieurs; que dans tous les cas la dénudation de la moelle a laissé persister toutes les fonctions de cet organe; que plusieurs fois la dure-mère nous a donné des signes non-équivoques de sensibilité; que constamment la section des cordons postérieurs a été douloureuse, qu'elle a été suivie immédiatement d'une hypéresthésie des membres abdominaux, et que constamment aussi le segment caudal de la moelle s'est montré beaucoup plus sensible que le segment céphalique. Après cet énoncé général, je pourrai exposer rapidement l'histoire de chacune de ces expériences; j'aurai cependant à insister sur certaines particularités qui sont de nature à jeter quelque lumière sur l'interprétation des faits nouveaux découverts par M. Brown-Séquard.

Parmi ces faits, le plus remarquable et le plus embarrassant, c'est l'hypéresthésie des parties du corps situées au-delà de la section des cordons postérieurs, hypéresthésie si nettement prononcée, et qui s'est reproduite si constamment dans tous les cas de ce genre, qu'on peut la considérer comme l'un des faits les mieux établis de la physiologie expérimentale. On peut se demander d'abord si ce n'est point là un accident passager, un phénomène dépendant de l'excitation traumatique exercée

exécuté cette expérience avant que M. Brown-Séquard ne la répétât devant la Commission; mais nous devons ajouter que M. Brown-Séquard l'avait déjà faite plusieurs fois et depuis plusieurs années, à l'insu de MM. Vulpian et Philipeaux.

(1) M. Brown-Séquard attribue la souffrance surtout au tiraillement qu'on exerce sur les cordons postérieurs, dans l'expérience de la section longitudinale, dans le plan médian de la moelle.

sur la moelle au moment de l'expérience, et appelé à disparaître promptement. Il n'en est rien, ce résultat est durable : il persiste, sans changement notable pendant toute la vie de l'animal. C'est ce qui résulte, du moins des communications que M. Brown-Séquard a bien voulu nous faire. La section des cordons postérieurs, en effet, n'est pas constamment suivie de mort. Certains animaux peuvent y survivre pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années; la plaie de la moelle se cicatrise alors sans que pour cela l'hypéresthésie disparaisse. Mais votre commission, Messieurs, ne doit vous parler que de ce qui s'est passé sous ses yeux; elle n'a pas pu suivre assez longtemps les animaux soumis à la section des cordons postérieurs pour assister aux phénomènes qui accompagnent et suivent la cicatrisation. Tout ce qu'elle peut vous dire, c'est qu'elle a constaté que le sixième jour après la vivisection, l'hypéresthésie est tout aussi prononcée qu'au moment de l'expérience.

Expérience VI, *faite sur un cochon-d'Inde, le 9 et le 14 juillet.*

Le lundi 9 juillet, M. Brown-Séquard ayant mis à nu la moelle lombaire de cet animal, pratiqua la section des cordons postérieurs, et constata, séance tenante, l'hypéresthésie du segment caudal et celle des membres abdominaux.

Le 14 juillet, l'animal nous fut présenté. La plaie de la région lombaire était cicatrisée. Les membres pelviens présentaient une sensibilité exagérée tout aussi prononcée que le premier jour, et tout aussi remarquable que celle que nous avions constatée sur d'autres animaux, immédiatement après la section partielle de la moelle.

Autopsie. — Cet animal, après avoir subi une autre expérience (*voyez* Expér. X) fut sacrifié. Je trouvai que les parties molles étaient parfaitement cicatrisées, et encore infiltrées de lymphe plastique. Une masse plastique, continue avec la précédente, pénétrait dans le canal rachidien, et adhérait très-mollement à la plaie de la moelle, dont les bords étaient écartés ; quelques caillots sanguins, déjà en partie décolorés, existaient à ce niveau. Il n'y avait aucune trace de suppuration.

L'hypéresthésie n'est donc pas un phénomène momentané, et il est difficile de l'attribuer à l'excitation passagère exercée sur la moelle. Nous n'avons pas la prétention de vous donner l'explication de ce phénomène étrange, mais il ne sera peut-être pas sans intérêt d'appeler votre attention sur l'expérience suivante, qui met en évidence les conditions propres à produire l'exagération de la sensibilité.

Expérience VII, *faite à Alfort, sur un chien adulte, le 5 juillet* 1855 (1).

M. Vulpian ouvre le rachis dans la région lombaire. Aussitôt le train postérieur paraît complétement paralysé; mais au bout d'un quart d'heure l'animal se relève, cherche à s'enfuir, et recouvre intégralement la sensibilité de toutes les parties de son corps.

Alors M. Brown-Séquard incise la dure-mère, qui paraît sensible; puis il coupe en travers les cordons postérieurs, ce qui provoque une douleur très-vive. Immédiatement après on explore l'état de la sensibilité sur les deux segments de la moelle. Le segment caudal est trouvé beaucoup plus sensible que le segment céphalique, et le train postérieur est également le siége d'une hypéresthésie évidente. Une particularité nous frappe cependant, c'est que la sensibilité de la patte gauche est moins exagérée que celle de la patte droite. Ce phénomène est constaté plusieurs fois d'une manière très-nette.

(1) Cette expérience a eu pour témoins, outre les membres de la commission, MM. Blot, Gubler, Laboulbène et Lorain, ainsi qu'un grand nombre de personnes étrangères à la Société, parmi lesquelles nous nous plaisons à citer M. Raynal, professeur à l'École d'Alfort.

On met alors l'animal en liberté. Il se traîne d'abord assez mal, puis il se relève et cherche à s'échapper; il s'enfuit même jusque dans la cour. Nous remarquons que le membre abdominal du côté droit est plus faible que celui du côté gauche. Ces deux membres se meuvent volontairement, mais ils sont l'un et l'autre moins forts que les membres thoraciques.

Au bout d'une heure environ, après avoir plusieurs fois constaté ces divers phénomènes, nous replaçons l'animal sur la table d'opérations. Avant de le sacrifier, M. Brown m'engage à piquer la substance grise entre les deux lèvres de la section, dans un point où par conséquent cette substance est à nu. Cette piqûre ne provoque ni mouvement ni douleur; l'animal ne s'en aperçoit même pas.

Alors je pique de nouveau les deux cordons postérieurs au niveau de la section; même résultat comparatif qu'au commencement de l'expérience. Je pique ces mêmes cordons un peu au-dessus de la section : douleur vive; je les pique à un centimètre au-dessous de la section : douleur plus vive encore.

Ces résultats paraissant suffisants, l'animal est sacrifié.

Autopsie. — Les cordons antérieurs, la commissure grise et le cordon latéral gauche sont parfaitement intacts. Le cordon latéral droit est légèrement entamé.

Le cordon postérieur droit est complétement coupé; le cordon postérieur gauche l'est presque complétement aussi; cependant ses fibres les plus externes, dans une largeur d'environ un demi-millimètre, ont échappé à la section. Il est certain par conséquent que la corne grise postérieure gauche est restée intacte, tandis que la droite a été atteinte par l'instrument.

Il y a dans cette expérience une particularité que nous devons mettre en évidence. Les deux cordons postérieurs ont été lésés, et comme conséquence nous avons constaté un état manifeste d'hypéresthésie dans les deux membres abdominaux. Mais le cordon postérieur gauche a été moins profondément atteint que le droit, et comme conséquence encore nous avons trouvé que l'hypéresthésie des membres abdominaux était moins prononcée à gauche qu'à droite. Il paraît donc que la sensibilité s'accroît à mesure qu'on blesse plus profondément les cordons postérieurs. En d'autres termes l'exagération de la sensibilité semble proportionnelle au nombre des fibres divisées. C'est un détail qu'il ne faudra pas perdre de vue lorsque l'on cherchera à établir la théorie de cette hypéresthésie traumatique.

Il est bon de noter encore que l'énergie musculaire, affaiblie dans les deux membres abdominaux, a été diminuée surtout du côté droit, et que de ce côté la section avait dépassé le cordon postérieur, entamé la corne grise correspondante, et intéressé quelques fibres du cordon latéral. Nous signalons ce détail sans y insister, parce que nous voulons concentrer toute votre attention sur les phénomènes de la sensibilité.

Revenons donc à l'hypéresthésie consécutive à la section des cordons postérieurs. Nous n'avons pas oublié que cette hypéresthésie n'existe pas seulement sur l'extrémité périphérique des nerfs, et qu'elle est très-prononcée aussi, plus prononcée peut être, sur le segment caudal des cordons postérieurs divisés. Vous n'avez pas oublié qu'en piquant ce segment caudal, on provoque des douleurs beaucoup plus vives qu'en irritant le segment céphalique. Mais la douleur ne peut être perçue qu'à une seule condition. Il faut que les impressions soient transmises au *sensorium* par l'intermédiaire d'un organe conducteur. Or, après la section des cordons postérieurs l'excitation du segment caudal éveille de la douleur; donc il y a entre ce segment caudal et l'encéphale une transmission sensitive qui ne peut s'effectuer que par l'intermédiaire de la partie encore intacte de la moelle, c'est-à-dire par la substance grise, ou par le cordon antéro-latéral.

Le cordon antéro-latéral ne saurait prendre part à cette transmission ; les expériences précédentes, surtout les expé-

riences III et IV, vous ont suffisamment démontré que les faisceaux de substance blanche ne sont pas conducteurs de la sensibilité *à la douleur*, et que cette propriété conductrice appartient exclusivement à la substance grise. D'ailleurs les cordons postérieurs n'ont aucune connexion avec les cordons antéro-latéraux. Personne n'ignore que les cornes de la substance grise se prolongent en arrière jusqu'à la surface de la moelle, de sorte que les faisceaux postérieurs, entièrement libres sur une de leurs faces, sont en contact avec la substance grise dans tout le reste de leur étendue. Après la section de ces faisceaux, le segment caudal ne peut donc être mis en communication avec l'encéphale que par l'intermédiaire de la substance grise adjacente.

Cela posé, comment s'établit la transmission sensitive entre le segment caudal des faisceaux postérieurs coupés, et la substance grise conductrice qui transmettra à son tour l'impression au *sensorium?* Est-ce par un simple contact, ou par une véritable continuité de fibres? M. Brown s'est posé cette question, et voici comment il l'a résolue. Non content de couper en travers les cordons postérieurs, il les a disséqués dans une certaine étendue, de manière à détruire tout contact entre eux et la substance grise et à obtenir un lambeau assez long pour être replié en arrière. Alors, il a piqué l'extrémité flottante de ce lambeau, et il a trouvé qu'elle était sensible; il a fait cette dissection à la fois sur le segment céphalique et sur le segment caudal, et il a constaté encore *que le lambeau caudal était plus sensible que le lambeau céphalique*. Mais vous vous demandez déjà, sans doute, comment notre collègue a pu exécuter cette dissection délicate, sans déchirer et broyer la substance si molle de la moelle. Pour y réussir, il a imaginé un procédé aussi simple qu'ingénieux, qui consiste à isoler les cordons postérieurs avant de les couper en travers. Après avoir dénudé la moelle, il saisit un bistouri bien aigu et bien tranchant; il l'introduit transversalement un peu en dehors du sillon collatéral postérieur, et le fait ressortir symétriquement du côté opposé; la totalité des cordons postérieurs se trouve ainsi soulevée sur la lame et séparée du reste de l'organe. Alors l'expérimentateur fait cheminer son instrument parallèlement à l'axe de la moelle, et ne le retire qu'après lui avoir fait parcourir un trajet de un à plusieurs centimètres. Ce premier temps de l'opération a pour conséquence d'isoler les cordons postérieurs dans une certaine étendue et de les transformer en une sorte de pont, ou pour mieux dire en un lambeau rectangulaire, adhérent à ses deux extrémités, et libre sur ses deux faces et sur ses deux bords. On soulève avec un stylet la partie moyenne de ce pont, on la coupe transversalement, et on obtient ainsi deux lambeaux partiels de longueur égale, dont l'un adhère seulement par son extrémité céphalique, et l'autre seulement par son extrémité caudale; ces deux lambeaux sont repliés en arrière, et on en explore successivement la sensibilité.

M. Brown a répété devant nous avec un plein succès cette expérience délicate.

Expérience VIII, *faite sur un lapin, le 23 juin 1855, devant la Société de biologie.*

La moelle épinière est mise à nu dans la région lombaire; la motilité et la sensibilité restent intactes.

M. Brown-Séquard, suivant le procédé que nous venons de décrire, taille deux lambeaux aux dépens des faisceaux postérieurs. Le premier temps de l'opération, qui consiste à isoler ces faisceaux, provoque une douleur assez vive; mais le second temps, qui consiste à couper ces faisceaux en travers, est beaucoup plus douloureux.

Les deux lambeaux sont infléchis en arrière; le lambeau céphalique est replié du côté de la tête, le lambeau caudal du côté de la queue. Chacun d'eux est long de un demi-centimètre.

Avant d'aller plus loin, on s'assure que la motilité est conservée, et que la sensibilité est exagérée dans les membres abdominaux. Puis on passe à l'examen des deux lambeaux de la moelle.

On pique alternativement ces deux lambeaux dans des points symétriques, tantôt au niveau de leur bord libre, tantôt en se rapprochant de leur bord adhérent. Le lambeau céphalique est très-sensible; lorsqu'on le pique ou qu'on le pince, l'animal crie et se débat; mais il donne les signes d'une douleur beaucoup plus intense lorsqu'on agit de la même manière sur le lambeau caudal. Il suffit d'effleurer ce lambeau avec un stylet pour provoquer des cris et une vive agitation.

Autopsie. — Les deux lambeaux comprennent la totalité des cordons postérieurs et quelques fibres des cordons latéraux. La substance grise est à nu; la commissure grise n'est pas divisée.

Cette expérience pourrait donner lieu à de longs commentaires; je me bornerai cependant à vous présenter quelques remarques. La sensibilité du lambeau céphalique n'étonnera personne. La substance blanche des cordons postérieurs ayant une disposition fibrillaire, il est tout naturel de penser que ses fibres ont une direction ascendante, et qu'elles vont très-obliquement rejoindre, au-dessus de la base du lambeau, la substance grise, seule capable de transmettre à l'encéphale les impressions sensitives. Cette explication est la seule qui se présente à l'esprit. Pour expliquer maintenant la sensibilité du lambeau caudal, nous sommes obligés d'admettre qu'il y a dans ce lambeau des fibres descendantes qui vont rejoindre obliquement la substance grise au-dessous du point où la dissection s'est arrêtée. Il y a donc dans les faisceaux postérieurs des fibres *ascendantes* et des fibres *descendantes*. Contrairement à tout ce qu'on pouvait présumer, celles-ci paraissent même plus nombreuses que celles-là, si l'on en juge du moins d'après le résultat de cette expérience; car le lambeau céphalique, qui doit sa sensibilité à ses fibres ascendantes, est moins sensible que le lambeau caudal dont les fibres descendantes ont seules conservé leurs connexions avec la substance grise.

Certes, Messieurs, votre commission ne se dissimule pas ce qu'il y a de grave à admettre ainsi dans la moelle épinière des fibres descendantes dont il ne lui a pas été donné de constater directement la disposition; mais comment se refuser à l'évidence de la belle expérience de M. Brown-Séquard? Comment expliquer autrement la sensibilité récurrente du lambeau caudal? Cette direction des fibres est une hypothèse, dites-vous? Eh bien! soit. Abandonnons cette hypothèse; n'acceptons que ce que nous avons vu : nous arriverons encore à une conclusion assez extraordinaire. Le lambeau céphalique est sensible, donc le courant nerveux y suit une direction centripète; le lambeau caudal est sensible, donc le courant nerveux y suit une direction centrifuge. — Or, nous aurions pu faire l'expérience sur la moelle un peu plus haut ou un peu plus bas; le résultat aurait été le même. Nous aurions pu faire un lambeau céphalique avec la substance qui nous a servi à faire notre lambeau caudal; et alors nous aurions trouvé un courant nerveux centripète, là ou nous avons constaté la présence d'un courant nerveux centrifuge; c'est-à-dire que la substance des cordons postérieurs, dans quelque point qu'on l'examine, possède la propriété de transmettre à la substance grise des courants qui remontent et des courants qui descendent. Les faits ont ici une logique inexorable. Cherchez maintenant à concilier cela avec ce qu'on sait ou ce qu'on croit savoir sur la structure, la nature, les fonctions et les connexions des centres nerveux, et vous serez obligés, comme nous, d'avouer que l'expérience de M. Brown-Séquard ne renverse pas seulement la physiologie de la moelle, mais qu'elle bouleverse toute nos connaissances sur l'ensemble du système nerveux.

Mais je viens de faire une concession que je suis obligé de retirer. J'ai consenti pour un moment à considérer comme une hypothèse l'existence des fibres descendantes. Une autre

expérience de M. Brown-Séquard va nous fournir en leur faveur un argument décisif.

Commençons par couper transversalement les cordons postérieurs, comme dans les expériences II, VI et VII. Examinons la surface de la section sur le segment caudal, nous la trouvons très-sensible. Ce segment doit sa sensibilité à ses connexions avec la substance grise. C'est désormais un point bien établi, sur lequel je n'ai pas à revenir. Cela posé, je prétends, — supposez un instant, Messieurs, que c'est M. Brown-Séquard qui vous parle, — je prétends que le segment caudal soutire sa sensibilité, sinon en totalité, du moins en grande partie, non pas de la substance grise subjacente, mais d'un point situé beaucoup plus bas; je prétends que les impressions sensitives suivent dans le cordon postérieur, au-dessous de la section, un long, un très-long trajet centrifuge, en suivant la direction des fibres descendantes. Je prétends enfin que ces fibres sont très-obliques, ou plutôt qu'elles sont presque longitudinales, et qu'elles ne vont rejoindre la substance grise qu'en un point très-éloigné. Pour le prouver, je vais couper ces fibres à 2, à 3, à 4 centimètres au-dessous de la première section. Je couperai en même temps le passage du courant nerveux sensitif, et si je viens ensuite à examiner l'état des cordons postérieurs entre cette nouvelle section et la précédente, je trouverai une insensibilité presque complète là où j'avais constaté tout à l'heure une sensibilité extraordinaire. Voilà ce que M. Brown-Séquard nous annonce. Voyons maintenant comment il va tenir sa promesse.

Expérience IX, *faite sur un lapin, le 7 juillet* 1855.

La moelle est mise à nu dans la région lombaire et les cordons postérieurs sont coupés en travers. On constate aussitôt tous les phénomènes qui accompagnent ordinairement cette opération : conservation de la motilité des membres pelviens, exagération de leur sensibilité, hyperesthésie du segment caudal de la moelle.

Une seconde section transversale est alors pratiquée sur les cordons postérieurs à 2 centimètres et demi au dessous de la précédente. On obtient ainsi sur ces cordons un segment intermédiaire qui a conservé toutes ses connexions avec la substance grise *subjacente.*

La motilité et l'hyperesthésie persistent dans les membres abdominaux. Nous explorons alors avec une aiguille la sensibilité des cordons postérieurs qui se trouvent divisés en trois segments : un segment céphalique situé au-dessus de la première section, un segment caudal situé au-dessous de la seconde section, et un segment intermédiaire situé entre les deux sections.

Le segment *céphalique* présente une sensibilité ordinaire.

Le segment *caudal* présente une sensibilité exagérée.

Le segment *intermédiaire* enfin ne présente qu'une sensibilité très-obtuse, à peine appréciable au début de l'expérience, et devenant bientôt tout à fait nulle, tandis que celle des deux autres segments persiste pendant plus de deux heures sans aucune modification nouvelle jusqu'au moment où on tue l'animal.

Autopsie. — Les deux sections ont divisé transversalement la totalité des cordons postérieurs, et quelques fibres des cordons latéraux.

Le segment intermédiaire est dilacéré et presque réduit en bouillie, par suite de l'action des pinces et des aiguilles dont on s'est servi pour en explorer la sensibilité. Cette désorganisation explique pourquoi la sensibilité a fini par s'éteindre tout à fait. Il est bon de noter qu'à la fin de l'expérience les aiguilles qu'on croyait enfoncer dans le segment intermédiaire des cordons postérieurs pénétraient presque directement dans la substance grise sans que l'animal s'en aperçût. Nouvelle preuve de l'insensibilité de cette substance qui pourtant est seule chargée de transmettre au cerveau les impressions sensitives.

Avant d'aller plus loin, Messieurs, je dois vous dire que l'un de vos commissaires, M. Vulpian, avant de connaître le résultat obtenu par M. Brown-Séquard, a exécuté, avec M. Philipeaux, une expérience analogue, et qu'il a constaté des phénomènes sinon identiques du moins très-semblables à ceux que nous venons de vous décrire.

Et maintenant que devons-nous en conclure? N'est-il pas nécessaire d'admettre que les fibres des cordons postérieurs, quoiqu'elles nous paraissent longitudinales, ne le sont pas complétement, qu'elles sont un peu obliques, et qu'elles vont ainsi, après un long trajet, rejoindre la substance grise? C'est une disposition qui rappelle celle du grand ~~surtout~~ ligamenteux antérieur des vertèbres. Il semble au premier abord que ce ligament soit composé de fibres longitudinales étendues sans interruption depuis l'axis jusqu'au sacrum ; mais en le disséquant, en le faisant macérer, on trouve que ces fibres sont légèrement obliques, et qu'un certain nombre d'entre elles s'arrêtent sur chaque symphyse vertébrale. Pratiquez sur ce ligament deux coupes transversales peu éloignées l'une de l'autre; puis disséquez, suivez et comptez, si vous pouvez, les fibres du segment intermédiaire. Vous trouverez que la plupart d'entre elles sont coupées à leur deux bouts et privées de toute connexion avec le squelette, mais que quelques-unes cependant, situées dans la profondeur, vont s'insérer sur la face antérieure de l'os ou du fibro-cartilage. Cet exemple grossier va nous faire comprendre les résultats de la double section de la moelle. Le ligament vertébral représente le cordon postérieur composé de fibres tellement obliques qu'elles paraissent longitudinales. La colonne vertébrale où vont s'insérer les fibres du ligament, c'est la substance grise où vont aboutir les fibres sensitives du cordon postérieur. Le segment intermédiaire de ce cordon se compose ainsi d'un très-grand nombre de fibres coupées à leurs deux extrémités, partant tout à fait insensibles, et d'un très-petit nombre de fibres profondes, qui pénètrent dans la substance grise, et conservent par conséquent la propriété de sentir. Voilà pourquoi le segment intermédiaire n'est pas insensible; voilà pourquoi aussi il ne jouit que d'une sensibilité obscure. Supposez maintenant que les deux sections de la moelle soient un peu plus éloignées l'une de l'autre; donnez au segment intermédiaire 2 ou 3 centimètres de plus en longueur : le nombre des fibres insensibles diminuera ; celui des fibres sensibles augmentera en proportion, et vous pourrez vous assurer, en effet, que la sensibilité est devenue de plus en plus manifeste. Espacez suffisamment vos deux sections sur un nouvel animal, et vous verrez le segment intermédiaire devenir aussi sensible que le segment céphalique; dépassez cette limite, et vous ne tarderez pas à trouver sur le segment intermédiaire une sensibilité aussi exagérée que sur le segment caudal; ce n'est point tout, car vous verrez en même temps l'hyperesthésie se manifester dans les parties du tronc ou des membres dont les nerfs naissent sur la moelle entre les deux sections. Si j'ai réussi à me faire comprendre, l'expérience suivante, je l'espère, ne vous surprendra plus.

Expérience X et dernière, *sur un cochon d'Inde, faite devant la Société le* 14 *juillet* 1855.

Cet animal, qui a déjà été le sujet de la sixième expérience, avait subi, cinq jours auparavant, la section des cordons postérieurs dans la région *lombaire.* La plaie des téguments était cicatrisée, mais les bords de la plaie de la moelle étaient encore écartés, ainsi que l'autopsie le démontra plus tard. Du reste, l'hyperesthésie des membres inférieurs, comme on l'a vu, était aussi prononcée que le premier jour.

M. Brown-Séquard nous fait constater cette hyperesthésie; il nous montre que les membres thoraciques de l'animal ont leur sensibilité normale. L'animal crie et s'agite quand on les pince, mais il faut pour cela serrer avec force.

Alors l'expérimentateur enlève l'arc postérieur des deuxième, troisième et quatrième vertèbres *cervicales*, met à nu la partie supérieure de la moelle, et coupe les faisceaux postérieurs au niveau de la troisième vertèbre cervicale, au-dessus par conséquent de l'origine des nerfs du membre thoracique.

Aussitôt nous constatons que les pattes antérieures dont la motilité est conservée, sont le siége d'une hyperesthésie plus manifeste encore que celle des membres abdominaux. Le moindre attouchement y provoque de la douleur, et lorsqu'on vient à les pincer, l'animal crie et s'agite presque convulsivement.

L'exploration directe des cordons postérieurs au niveau de la section montre que le segment céphalique est sensible; mais que l'autre segment, c'est-à-dire le segment intermédiaire, est beaucoup plus sensible.

Autopsie. — Le rachis de l'animal est long de 22 centimètres; la distance qui sépare les deux sections, et qui mesure la longueur du segment intermédiaire, est de 13 centimètres; ce segment occupe par conséquent près des deux tiers de la longueur totale de la moelle.

La deuxième section ne présente rien de particulier; j'ai déjà dit que la plaie produite sur la moelle lombaire par la première section est encore largement écartée; le segment intermédiaire se trouve donc tout aussi isolé que si les deux sections avaient été faites le même jour.

Vous voyez que le segment intermédiaire a pu, grâce à sa longueur, se comporter de la même manière que le segment caudal des sections simples; non-seulement il a acquis une sensibilité exagérée, mais encore il a communiqué une hyperesthésie prononcée aux régions qui, comme les membres thoraciques, recevaient leurs nerfs de la partie correspondante de la moelle.

Il résulte de là, messieurs, que les faisceaux postérieurs, seule partie réellement sensible de la moelle, soutirent leur sensibilité de la substance grise où leurs fibres vont aboutir. Contrairement à tout ce qu'on pouvait prévoir, la plupart de ces fibres sont descendantes ou centrifuges, et ainsi s'explique, sans doute, l'inégale sensibilité des deux segments après la section des cordons postérieurs. Nous avons vu, dans les expériences précédentes, que le segment caudal est toujours plus sensible que le segment céphalique; c'est qu'en effet celui-ci ne communique avec la substance grise que par les fibres ascendantes, qui sont peu nombreuses, tandis que le segment caudal, dont les fibres ascendantes sont interrompues, doit aux fibres descendantes, qui constituent la plus grande partie de son tissu, une sensibilité bien supérieure à celle du segment opposé. Cette répartition des deux ordres de fibres sensitives dans les cordons postérieurs est mise en évidence par les expériences précédentes, et elle seule peut rendre compte d'un phénomène inattendu, découvert tout récemment par M. Brown-Séquard.

Vous savez, messieurs, que les cordons postérieurs de la moelle, parvenus au niveau du bulbe et au moment d'entrer dans le crâne, s'écartent sous un angle aigu qu'on appelle le *calamus scriptorius*, et prennent le nom de corps restiformes. Lorsqu'on met à nu les corps restiformes et qu'on les irrite, on provoque des douleurs tout aussi vives, et plus vives même peut-être que lorsqu'on fait la même expérience sur les cordons postérieurs proprement dits. Cette sensibilité exquise des corps restiformes est connue de tout le monde, et elle n'a jamais étonné personne. L'anatomie montre que les fibres de ces organes sont la continuation de celles des cordons postérieurs, et qu'elles vont pénétrer directement dans le cervelet, dont elles constituent les pédoncules inférieurs. La physiologie en conclut que les corps restiformes sont destinés à conduire à l'encéphale les impressions sensitives; que toutes leurs fibres sont ascendantes; que tous les courants nerveux qui les traversent sont centripètes, et que leur tissu doit être sensible toutes les fois qu'il conserve ses connexions directes avec le sensorium. En d'autres termes, les corps restiformes doivent leur sensibilité à leur continuité avec les pédoncules inférieurs du cervelet et non à leur continuité avec les cordons postérieurs.

Ceci n'est pas seulement l'opinion des successeurs de Charles Bell, c'est la doctrine générale de tous les temps et de tous les pays. Posez maintenant cette question à un physiologiste quelconque : quelle doit être l'influence de la section des cordons postérieurs sur la sensibilité des corps restiformes? On vous répondra invariablement que cette sensibilité doit rester inaltérée. Et comment en serait-il autrement? Les corps restiformes, dans cette expérience, n'ont-ils pas conservé leur continuité avec le sensorium? Ainsi, il est bien convenu que si nous coupons la partie postérieure de la moelle allongée au niveau du calamus scriptorius, nous pourrons anéantir la sensibilité dans les cordons postérieurs, mais que nous ne pourrons porter aucune atteinte aux propriétés sensitives des corps restiformes. Celui qui refuserait d'admettre cette dernière proposition serait accusé de pécher contre la physiologie la plus élémentaire. Voilà ce que nous enseigne la théorie. Voici maintenant ce que nous apprend l'expérience. M. Brown-Séquard coupe les faisceaux postérieurs au niveau du bec du calamus. Les corps restiformes restent intacts; leurs connexions avec la substance grise du bulbe, leur continuité avec le cervelet sont intégralement respectées, et cependant leur sensibilité est *anéantie*. Elle l'est complétement et définitivement dans une étendue notable au-dessus de la section. Remarquez qu'elle n'est pas seulement diminuée; elle est absolument éteinte, c'est-à-dire qu'il n'y a pas même une seule fibre ascendante là où on s'attendait à ne pas trouver une seul fibre descendante. Quant aux cordons postérieurs, si on les examine au-dessous de la section, on trouve qu'ils possèdent une sensibilité excessive. Enfin, le tronc et les membres de l'animal, au lieu d'être insensibles comme on devrait s'y attendre, sont, au contraire, le siége d'une hyperesthésie très-prononcée.

Cette expérience décisive est en quelque sorte le couronnement des recherches de M. Brown-Séquard. Mais notre collègue ne l'a pas encore répétée devant la commission; je m'abstiendrai, par conséquent, de la commenter, laissant à chacun de vous le soin d'en apprécier l'importance (1). D'ail-

(1) Dans la séance qui a suivi la lecture de ce rapport, M. Brown-Séquard a exécuté, devant la Société de biologie, la section des corps restiformes au niveau du bec du calamus. Les résultats, que nous avons tous pu constater, ont été entièrement conformes à l'énoncé qui précède, et il m'a paru utile, au moment de l'impression, de présenter en abrégé les détails de cette expérience.

EXPÉRIENCE XI, *faite sur un lapin adulte, devant la Société de biologie, le 28 juillet 1855.*

Après avoir enlevé l'arc postérieur de l'atlas, et divisé la membrane occipito-atloïdienne, M. Brown-Séquard incise la dure-mère, soulève la partie postérieure du cervelet, et met à nu les corps restiformes, le calamus scriptorius, et l'extrémité céphalique des cordons postérieurs de la moelle. Puis il coupe le cordon postérieur gauche au niveau du point où il se continue avec le corps restiforme correspondant. Cette section est extrêmement douloureuse et provoque des convulsions qui durent plusieurs minutes. Lorsque le calme est rétabli, on constate que les quatre membres ont conservé leur sensibilité; cette sensibilité paraît déjà exagérée sur les deux membres droits, mais elle est plus exagérée encore sur les deux membres du côté gauche.

M. Brown-Séquard, et après lui plusieurs de nos collègues, explorent avec une aiguille la sensibilité des deux segments du faisceau divisé. Dans une étendue de plus d'un demi-centimètre, l'extrémité inférieure du corps restiforme est totalement insensible. On peut enfoncer l'aiguille assez profondément dans cette direction sans provoquer la moindre douleur; on peut même traverser à ce niveau toute l'épaisseur du bulbe sans que l'animal paraisse s'en apercevoir. Mais lorsque l'aiguille rencontre le segment caudal de la section, c'est-à-dire lorsqu'elle vient à toucher le cordon postérieur, l'animal donne des signes d'une douleur tellement vive, qu'elle dépasse tout ce que nous avons pu constater dans les autres expériences.

Une heure après l'animal vit encore; l'exploration est répétée une dernière fois et donne toujours le même résultat.

Dans la même séance, M. Brown-Séquard a répété cette expérience sur un chien; mais l'animal a succombé à une hémorrhagie fournie par les vaisseaux de la pulpe nerveuse et par les veines de l'intérieur du rachis, avant qu'il fût possible d'étudier l'état de la sensibilité des parties divisées.

leurs, je veux pas abuser plus longtemps de votre attention. Ce rapport est déjà beaucoup plus long que vous ne le désiriez, sans doute, et plus long surtout que je ne le croyais moi-même. Vous m'excuserez en songeant à l'importance tout exceptionnelle des questions que j'ai dû traiter devant vous.

A aucune époque peut-être la physiologie du système nerveux n'a été bouleversée par une révolution plus radicale et plus rapide. Hier, c'était un ensemble harmonique de propositions incontestées, d'explications ingénieuses et de théories séduisantes; aujourd'hui ce n'est qu'un chaos informe. Il y avait là une belle science dont le dix-neuvième siècle était fier, et il n'en reste plus qu'un amas de ruines! Ce n'est pas seulement la doctrine de Charles Bell qui vient de tomber; qu'importerait, après tout, qu'un petit coin de la moelle fût dépossédé d'une fonction qu'on lui avait attribuée? Mais qu'on prenne cette doctrine ou les hypothèses qui l'ont précédée ou celles qui l'ont suivie; qu'on les modifie, qu'on les retourne, qu'on les restaure même si l'on veut, et on n'arrivera qu'à la déception et au doute. Songez en particulier, messieurs, à cette inexplicable hyperesthésie qui survient à la suite de la section des faisceaux postérieurs de la moelle, et qui persiste ensuite indéfiniment; songez surtout à cette proposition aussi évidente pour les yeux que révoltante pour l'esprit : *certaines impressions sensitives suivent dans les centres nerveux une direction centrifuge.* N'est-pas comme si l'on disait que l'excitation de la volonté suit une direction centripète? Sachons nous soumettre à l'évidence des faits, ne nous répandons pas en regrets sur nos illusions perdues, et reposons-nous sur l'oreiller du doute en attendant des temps meilleurs.

La mission que vous m'avez confiée me faisait un devoir de vous présenter et les expériences de M. Brown-Séquard et leurs conséquences subversives. Il ne m'appartient pas de vous exposer les idées de notre collègue, ni d'établir ses droits de priorité, ni de discuter la nouvelle doctrine dont il a déjà jeté les premiers fondements. Ces remarques historiques et critiques trouveraient ici leur place s'il s'agissait des travaux d'une personne étrangère à la Société; mais M. Brown-Séquard est notre collègue, et la Commission chargée d'assister à ses expériences n'a pas le droit de faire un rapport sur ses opinions. D'ailleurs, elle ne serait point en état de le faire. M. Brown-Séquard ne nous a pas encore présenté ses idées dans leur ensemble; nous savons seulement qu'il s'est mis courageusement à l'œuvre pour reconstruire après avoir démoli. Faisons des vœux pour qu'il réussisse; mais dût-il échouer dans cette entreprise difficile, sa part serait encore assez belle, car il est aussi glorieux de renverser l'erreur que de trouver la vérité.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Programme d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaire à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires à Paris.*

L'ouverture des épreuves de ce concours aura lieu simultanément à Paris, à Strasbourg et à Montpellier, le 16 août prochain.

Les conditions d'admission aux emplois de stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852, que deux décisions en date des 22 août et 1er mars derniers ont modifié :

1° Etre né français;

2° Etre docteur en médecine de l'une des trois facultés, ou pharmacien de 1re classe reçu dans l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de l'Empire (*aucune dérogation à cette condition ne pourra être autorisée*);

3° Etre exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de trente ans à l'époque de l'ouverture des concours;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre;

6° Souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années au moins au service de santé militaire.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe;

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire : cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

CONCOURS DES CANDIDATS MÉDECINS.

I. *Nature des épreuves.*

1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

II. *Mode d'exécution des épreuves.*

Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition, écrite sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

CONCOURS DES CANDIDATS PHARMACIENS.

I. *Nature des épreuves.*

1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Epreuve orale sur une question de chimie;

3° Epreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

II. *Mode d'exécution.*

Il est le même que pour le concours de candidats médecins, en ce qui concerne les deux premières épreuves; la durée de l'épreuve orale de pharmacie est de dix minutes; celle de la préparation officinale sera réglée par le jury, suivant la nature et l'objet de la préparation.

COMPOSITION DES JURYS.

Les jurys d'examen sont composés :

1° D'un inspecteur, président le jury local; 2° d'un médecin principal choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal ou major de 1re classe, désignés par le ministre pour chaque localité.

CLASSEMENT.

Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris; à cet effet, le jury formé dans cette ville se constitue en jury central.

Ce classement général sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats; en cas d'égalité de deux de ces candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

STAGE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU VAL-DE-GRACE.

La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'école, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux mili-

taire, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à l'école, les appointements de l'ancien grade de chirurgien sous-aide, augmentés du supplément de Paris, soit 2,160 fr. par an.

L'État pourvoit, en outre, aux dépenses d'habillement, de coiffuren et d'armement qu'amènent soit leur admission à l'école, soit leur entrée dans l'armée, quand ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve des examens dont il est question ci-dessus, le brevet du grade de médecin aide-major de 2e classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 18 juillet 1855.

Le Maréchal de France,

Ministre Secrétaire d'Etat de la guerre,

VAILLANT.

— *Chaire d'anthropologie du Muséum.* — Nous avons déjà parlé de la présentation faite par les professeurs du Jardin-des-Plantes. La commission de l'Institut, conformément à nos prévisions aussi tristes que naturelles, a suivi les errements des professeurs, et a présenté, *ex æquo*, MM. Gratiolet et de Quatrefages ; seulement, pour achever la plaisanterie, il a placé en seconde ligne, M. Hollard à la place de M. Denonvilliers. Mais l'Académie, ou plutôt M. Thénard, chez qui nous avons aimé à constater plus de libéralité et de jugement, a réclamé en faveur non de M. de Quatrefages, mais en faveur d'un membre de l'Institut; il a demandé la suppression de l'*ex æquo*, un membre de l'Institut, aux yeux de ceux qui ont fait parler l'honorable M. Thénard, ne pouvant probablement avoir d'égal. Sur cette réclamation, la liste de présentation a été renvoyée à la section qui s'empressera probablement de ratifier le jugement des partisans de la doctrine à la fois vaniteuse et modeste dont M. Thénard s'est fait l'interprète ; nous disons modeste, car nous ne supposons pas que ce soit par vanité que les membres de l'Institut repoussent l'égalité avec Molière, Gilbert, Béranger et quelques autres menus esprits qui n'ont jamais siégé dans une Académie. Le résultat le plus clair qui sortira de la doctrine qui a fait parler M. Thénard, c'est que les élèves du Muséum perdront un bon professeur.

— *Circulaire aux recteurs, relative à l'obligation, pour les élèves des Écoles préparatoires, de suivre les cours de chimie et d'histoire naturelle des Facultés.* — Monsieur le Recteur, la nouvelle organisation des études adoptée pour les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie placées près d'une Faculté des sciences, ou d'une École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, ne présenterait pas tous les avantages que nous espérons, si l'on négligeait certaines prescriptions dont l'importance ne vous aura certainement pas échappé, mais qui me paraissent tellement nécessaires, que je crois devoir entrer à cet égard dans quelques détails.

La suppression des chaires de chimie et d'histoire naturelle dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, loin d'avoir pour effet d'affranchir les élèves de ces établissements d'une étude qui forme le complément indispensable de leur instruction, et qui est d'ailleurs comprise dans le programme des examens, leur impose au contraire la salutaire obligation d'acquérir des connaissances plus étendues et plus approfondies, en suivant les cours de chimie et d'histoire naturelle des Facultés des sciences ou des Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Cette suppression a permis en même temps d'instituer des chaires spéciales de pharmacie et de toxicologie, de matière médicale et de thérapeutique, et de donner ainsi à l'enseignement des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie un caractère plus exclusivement professionnel.

Les Facultés des sciences et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont donc réellement appelées à se prêter un mutuel appui. Les élèves des Écoles de médecine sont devenus désormais des auditeurs sérieux des Facultés des sciences, et il vous appartient de leur faire sentir la nécessité d'en suivre assidûment les cours.

J'ai décidé, après avoir pris l'avis du comité des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, qu'à dater de la prochaine année classique, les étudiants des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie seraient tenus de s'inscrire aux cours de chimie et d'histoire naturelle de la Faculté des sciences, lorsque ces deux cours ne seraient pas professés dans l'école à laquelle ils appartiennent. Les inscriptions dont il s'agit leur seront délivrées gratuitement, et les professeurs s'assureront, par des appels ou par tout autre moyen, de l'assiduité des élèves inscrits. Vous voudrez bien inviter d'ailleurs MM. les professeurs des Facultés à prendre en sérieure considération, dans la rédaction de leurs programmes, les besoins particuliers de cette partie de leur auditoire. Il faut que les étudiants des Écoles de médecine trouvent dans l'enseignement de la Faculté, outre les théories élevées qu'il ne doit jamais négliger, ces connaissances élémentaires et pratiques qui sont une des nécessités de leur future profession.

— *Choléra.* — Notre excellent confrère, M. Eissen, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Strasbourg,* nous écrit à la date du 1er août une lettre d'où nous extrayons ce qui suit :

« Je n'ai pas beaucoup de nouvelles à vous apprendre. Le choléra qui nous a tant éprouvés l'année passée, ne veut pas prendre cette année-ci. La constitution épidémique lui est décidément antipathique. Le département du Haut-Rhin est moins favorisé. Les villes de Thann, Mulhouse, Cernay, le village de Bitschwiller, continuent à être ravagés. Dans le Bas-Rhin on a observé quelques cas à Benfeld, et à Strasbourg depuis le commencement de juin jusqu'à ce jour, il n'y a guère eu qu'une trentaine de cas, importés, pour la plupart, par les saltimbanques de la foire de Saint-Jean, et par des employés du chemin de fer qui traverse le département du Haut-Rhin. La plupart des autres cas se sont développés à l'hôpital, sur de vieux pensionnaires ou sur des convalescents de maladies graves. En ville on n'a vu se développer que trois ou quatre cas, dont deux ont positivement pour origine le séjour parmi la population nomade de la foire. Le premier concerne le sergent de ville qui a été frappé pendant la nuit où il était de service à la foire, et le second une jeune demoiselle qui avait fait différentes emplettes et était entrée dans diverses loges. Tous les deux ont succombé. En général le trois quarts des cas ont été mortels.

« Nous sommes devenus, depuis l'épidémie de 1854, tous contagionistes ici. Je publierai prochainement un travail statistique sur le mode de propagation de cette épidémie, où les chiffres parleront plus haut que les suppositions. Nous ne sommes plus combattus que par quelques professeurs de la Faculté, chirurgiens, chimistes, physiciens, pharmaciens. Mais les cliniciens, et surtout les praticiens, ceux qui ont pu suivre le fléau de taudis en taudis, et de galetas en galetas, sont avec nous. La vérité ne restera pas éternellement cachée. »

« Je vous prie d'agréer, etc. »

Comme notre excellent confrère, nous aimons la vérité, et nous espérons que lorsque le moment viendra de discuter la contagion du choléra, il nous sera facile de le convaincre que les faits qui ont pu l'induire en erreur, ne peuvent en aucune façon démontrer la contagion.

— *Conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Lariboisière.* — M. Chassaignac, chirurgien des hôpitaux, ouvrira ces conférences le lundi 13 août 1855, et les continuera le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine.

La visite des malades aura lieu de huit à neuf heures.

Leçons et opérations de neuf à dix.

Les principales opérations seront faites le lundi.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital la Riboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation ; in-8o avec huit figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie ; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Sous presse : Leçons sur l'écrasement linéaire. — Prix de chaque partie : 2 fr ; à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 94. 3e année. Lundi 6 Août 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Antoine. — Clinique de M. ARAN.

De l'atrophie graisseuse du cœur; de ses signes, de son diagnostic et de son influence sur la terminaison de certaines maladies.

(*Leçon recueillie par* M. GUYON, *interne du service.*)

L'affection singulière dont je vais vous entretenir aujourd'hui n'a guère attiré l'attention des pathologistes français. A peine si dans les traités de pathologie, dans les traités spéciaux, vous trouverez un chapitre incomplet faisant mention de la surcharge graisseuse et de la dégénérescence graisseuse du cœur. Laënnec, un des premiers, décrivit le fait anatomique qui l'avait frappé. Pour lui, surcharge graisseuse, infiltration des fibres musculaires, atrophie, ramollissement de l'organe, telles sont les phases de l'affection, tels sont ses degrés. Il y a une vingtaine d'années, Rokitanski en traça une histoire plus complète, et, sous le nom de *dégénérescence granuleuse* du cœur, il décrivit avec exactitude la lésion anatomique. Plus tard, Paget, M. Quain, deux médecins et anatomo-pathologistes estimés, le premier connu par des travaux micrographiques qui font autorité dans la science, tracèrent avec le plus grand soin les caractères de cet état particulier du cœur, et démontrèrent qu'il n'y avait pas seulement infiltration graisseuse, dissociation des fibres, comme l'avait pensé Laënnec, mais que la fibre subissait une atrophie, une dégénérescence véritable. Il en est du cœur comme des organes qui s'atrophient, leur tissu dégénéré se transforme, et les études microscopiques ont appris, par exemple, que les organes dont la fonction n'est que temporaire voient ainsi leur tissu remplacé par un tissu nouveau, moins élevé dans l'échelle organique : en général par la graisse.

Retraçons maintenant les caractères anatomiques propres à cet état particulier. Il n'est pas toujours facile au premier coup d'œil de décider si un cœur a subi l'atrophie graisseuse. Ici d'ailleurs quelques explications sont nécessaires. Quand nous parlons d'atrophie du cœur, nous ne voulons pas indiquer que cet organe ait nécessairement diminué de volume, mais bien que les fibres musculaires qui le constituent se sont atrophiées et ont été transformées ou remplacées par un tissu nouveau. Il suit de là que l'atrophie graisseuse du cœur coïncide souvent avec une véritable hypertrophie, souvent même avec une énorme hypertrophie. Ceci posé, je vous dirai que, à part certaines circonstances dans lesquelles la détermination anatomique de la lésion est assez difficile, un certain ensemble de caractères suffit, en général, à la faire reconnaître de prime-abord.

La *consistance* de l'organe est singulièrement changée; le cœur est plus que mou. Placé sur la table, il s'affaisse, ne conserve pas sa forme; son tissu est devenu fragile, souvent cette fragilité est très-grande, et toujours il suffit d'exercer une faible traction pour déchirer dans toute leur hauteur les parois ventriculaires; la déchirure est on ne peut plus inégale, déchiquetée, irrégulière.

La *couleur* est remarquablement modifiée, c'est souvent une coloration jaune feuille morte ou bien encore cuir de botte, coloration qui se voit beaucoup mieux sur la déchirure ou la coupe des parois qu'à la surface de l'organe. Cette coloration doit être recherchée immédiatement après la section de l'organe; car, malgré son évidence, elle s'efface rapidement sous l'influence de l'oxigénation du sang contenu dans l'épaisseur des parois. L'imbibition cadavérique peut aussi masquer ou changer cette coloration particulière. La décoloration peut se voir à l'ouverture du péricarde, mais souvent le cœur est recouvert d'une couche graisseuse, bien que cette condition ne soit pas nécessaire et ne se rencontre pas toujours. La graisse extérieure recouvre, en général, la face antérieure; elle est surtout accumulée le long des vaisseaux et forme quelquefois une couche complète; mais dans ces cas mêmes, on la trouve peu abondante sur la face postérieure et rarement aussi sur les oreillettes. La coloration jaune se voit d'abord, selon Paget, à la face interne de la cavité, surtout à gauche, dans la chambre aortique, et souvent les deux grosses colonnes de la valvule mitrale sont les premières atteintes. Le même auteur fait remarquer que, en l'absence de cette décoloration générale que nous avons signalée, ce qui est encore caractéristique, c'est la présence de taches jaunâtres, de bandes de même couleur donnant au cœur un aspect marbré, taches dont la teinte s'affaiblit insensiblement vers la circonférence.

Mais c'est surtout le microscope qui fournit les indications les plus certaines. Au début, ce sont des fibres musculaires plus ou moins altérées, ayant encore conservé leur aspect, une partie de leurs stries; mais bientôt l'altération augmente, les stries longitudinales disparaissent à leur tour, et l'on n'aperçoit plus que le sarcolemme; çà et là se montrent de gros globules huileux, et dans un degré plus avancé l'on n'aperçoit plus qu'une matière amorphe composée de fines granulations, qui ne sont que de la graisse à l'état de division; toute apparence musculaire a disparu; c'est la *dégénérescence granuleuse* de Rokitansky. Indépendamment de cette altération du cœur, on trouve souvent de la graisse dans le poumon, le foie, etc. Le doigt éprouve, en touchant ces organes, une sensation particulière, et, à l'aide du papier brouillard, on y décèle la présence de la graisse. Souvent aussi on voit nager dans le

sang des globules huileux. Enfin, les parois artérielles sont aussi fréquemment infiltrées de matière athéromateuse, et l'on sait aujourd'hui que cette altération est de nature graisseuse.

L'atrophie graisseuse peut donc exister dans le cœur seulement ou en même temps dans d'autres organes, constituer l'état pathologique principal ou bien coïncider avec d'autres maladies : la phthisie, l'emphysème pulmonaire, la maladie de Brigth; ce sont là les maladies dans lesquelles on l'a surtout signalée. Je suis étonné que dans les statistiques (celle d'Ormerod en particulier) on n'ait pas noté les maladies du cœur et des valvules; pour moi, je l'ai si souvent rencontrée dans cette circonstance, que je soutiens que les trois quarts des maladies du cœur se compliquent de l'atrophie graisseuse et se termine par elle.

On l'a trouvée plus fréquemment chez l'homme, dans la proportion de 4 à 1 (Ormerod); mais cette proportion me semble un peu forte. L'âge avancé favorise beaucoup la production de cette lésion ; la moyenne de quarante-huit ans donnée par les auteurs, est trop basse. Rappelons ici une remarque fort vraie faite par Paget; c'est que chez les vieillards arrivés à la décrépitude, peu importe qu'ils offrent une excessive maigreur ou un excessif embonpoint, on trouve également la dégénérescence graisseuse du cœur.

Les auteurs que nous avons cités se sont surtout préoccupés du point de vue anatomo pathologique; examinons quels sont les signes diagnostiques de cette affection.

Les signes donnés jusqu'ici n'ont guère été puisés que dans l'état local, ils ont été regardés comme insuffisants; ils le sont. Je crois pouvoir vous en donner de certains ; voyons d'abord ce qui avait été dit. M. Quain avait signalé des symptômes cérébraux: vertiges, coma; la syncope, la dyspnée, l'angine de poitrine, la faiblesse et la lenteur du pouls, l'arc sénile de la cornée, fait déjà noté par Canton. M. Stokes a noté des attaques pseudo-apoplectiques, des vertiges, la syncope; il s'est appesanti sur la fâcheuse influence des causes délibitantes, et a mentionné l'apnée, signe dont je vais reparler. Walshe a aussi donné une symptomatologie assez chargée. Tous attachent une grande importance à la faiblesse des contractions du cœur, à la faiblesse et à la lenteur de ses battements, à l'état du pouls qui a été en Angleterre l'objet de mémoires spéciaux.

J'ai examiné et j'ai retrouvé la plupart de ces symptômes; j'ai constaté la faiblesse des battements du cœur; le premier bruit peut être court, le second bruit plus accentué et court, le silence allongé, le pouls lent, irrégulier, mais j'ai vu aussi ces symptômes modifiés par la gêne respiratoire, par un mouvement fébrile, etc.; de plus, ils appartiennent à d'autres affections.

La percussion ne peut rien vous apprendre, car le cœur est tantôt hypertrophié et tantôt atrophié.

Les symptômes généraux ont une bien plus grande importance, et voici comment j'ai été mis sur la voie du véritable signe pathognomonique de cette affection.

On m'amena, il y a quatre ans, à la Pitié, un officier retraité, affecté d'un eczéma du jarret. Le teint de ce malade avait une coloration jaune paille particulière qui me frappa, je l'interrogeai : il se nourissait bien, jouissait d'une bonne santé, n'avait pas d'hémorrhagies. L'eczéma disparut sous l'influence de l'huile de cade, et le malade, pris de pneumonie, fut enlevé en trois jours. A l'autopsie, cœur remarquablement dégénéré de la couleur de la peau, fragile, sans consistance; l'examen microscopique vint confirmer l'atrophie graisseuse que faisait soupçonner l'aspect particulier du cœur.

Peu de temps après, chez un malade âgé ayant présenté, avec un peu de gêne de la respiration, de l'œdème des extrémités, des pulsations cardiaques faibles sans le moindre bruit anormal, la teinte particulière de la peau observée chez le précédent, me fit penser que nous trouverions peut-être le cœur dans le même état. Effectivement, cœur graisseux, dégénérescence granuleuse montrée par le microscope.

Depuis, je n'ai pas manqué d'examiner le cœur chez tous les malades qui m'ont présenté cette teinte particulière, je n'ai pas été trompé. L'œdème, l'anasarque avaient aussi été signalés, mais personne avant moi, que je sache, ne s'était préoccupé de cet aspect général que je vais décrire. Seul, Walshe avait dit sans y attacher d'importance : « la face est remarquablement pâle, quelquefois livide. »

Voici donc en quoi consiste cette conclusion : le nez, les pommettes sont souvent injectés, mais le tour des yeux, les paupières sont, au contraire, d'un jaune pâle; la même coloration s'observe encore au pourtour des joues, dans le sillon nasobuccal. L'œil est terne, sans expression, la face exprime l'abattement et la tristesse; c'est là son aspect pathognomonique. Quant à la coloration, ce n'est pas la teinte ictérique; la sclérotique a conservé sa coloration normale, ce n'est pas la teinte chlorotique, les muqueuses sont souvent congestionnées; c'est encore moins la teinte jaune paille des cancéreux. Pour qui l'a vue et bien remarquée, elle se distingue très-bien des autres colorations analogues ; c'est, du reste, pour moi un fait purement mécanique résultant de l'injection incomplète du réseau vasculaire sous-cutané par le cœur, dont les contractions sont nécessairement affaiblies. Mais, je le répète, cette coloration qu'il est plus facile de reconnaître que de décrire ne trompera jamais, à moins de circonstances particulières, telles qu'un ictère, une hémorrhagie, etc.

L'altération du facies est-elle le seul phénomène? Non, à coup sûr, mais les autres sont moins prononcés et moins constants. Il faut souvent presser le malade de questions pour apprendre qu'il a une certaine difficulté à soutenir son travail, qu'il se fatigue facilement, que son moral est mauvais, qu'il est sujet à la tristesse, qu'il est irritable. La flaccidité, la mollesse des tissus sont remarquables, il y a affaiblissement de la force musculaire, et comme l'a remarqué Stokes, impuissance avant l'âge. Chez ces personnes, disposition facile à l'œdème, appétit faible, mauvais, capricieux, fonctions digestives languissantes; foie augmenté de volume, troubles cérébraux, respiratoires qui méritent que nous nous y arrêtions quelques instants.

Les troubles cérébraux bien décrits par Stokes, sont: des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, une fâcheuse disposition aux attaques apoplectiformes, en général sans paralysie, et de peu de durée La syncope survient pour la moindre cause, et les malades peuvent mourir de syncope; beaucoup de morts subites par affection du cœur ont été certainement la conséquence de sa dégénérescence graisseuse; j'en ai vu deux exemples cette année, un à l'hôpital et le second dans la pratique civile. Stokes s'est du reste attaché avec raison à faire ressortir l'influence déplorable des causes débilitantes. On saigne, et les symptômes entrent en recrudescence et la mort arrive plus promptement. C'est ce que l'on voit aussi dans la paralysie générale progressive, affection dans laquelle soit dit en passant, on trouve presque toujours le cœur dégénéré. Je suis même surpris que cette altération n'ait pas frappé davantage les anatomo pathologistes.

Les troubles respiratoires sont encore fort remarquables. Les malades ont ordinairement la dyspnée, souvent même c'est une véritable apnée : le malade, d'après Stokes, tombe subitement en faiblesse et reste quelques moments comme mort, puis la respiration se rétablit peu à peu pour cesser de nouveau, et ainsi de suite, à plusieurs reprises; j'ai observé ces symptômes, mais un peu différents. Ainsi, le malade accuse subitement une impossibilité de respirer, il reste un moment avec sa connaissance, puis la perd; la respiration se rétablit bientôt ; de profondes et rares inspirations sont le premier signal de son retour, puis reparaît l'impossibilité de respirer suivie d'un nouvel amendement, ainsi de suite.

On comprend les conséquences d'un semblable état. Nous

avons déjà signalé la mort par syncope, ajoutons-y la prédisposition à la rupture du cœur, indiquée déjà par M. Cruvelhier. On sait combien sont rares les ruptures du cœur sans maladie préalable de ses parois; mais on s'étonne qu'elles ne soient pas plus fréquentes quand on songe à la fréquence de la dégénérescence graisseuse du cœur; il est vrai qu'elle est rarement portée à un degré extrême, n'est que rarement générale et coïncide fort souvent avec l'hypertrophie des parois.

Le fait qui m'a mis sur le chemin de la découverte du véritable signe de l'atrophie graisseuse du cœur m'a conduit également à rechercher son influence sur la terminaison des maladies. La persuasion de la fâcheuse influence de cette décadence circulatoire sur la marche des affections avec lesquelles elle coïncide, n'a fait que se confirmer depuis, par les recherches que j'ai faites dans cette direction, et je me suis convaincu que rien n'est plus grave que la présence de l'atrophie graisseuse du cœur au point de vue de la terminaison des maladies.

Nous avons pu en juger, cette année surtout, relativement à la pneumonie.

Depuis le 1er janvier onze pneumonies ont été suivies de mort dans notre service. Deux autopsies n'ont pas été faites; sur les neuf autres, il en est huit chez lesquels nous avons trouvé un cœur plus ou moins frappé de l'atrophie graisseuse.

Nous avons encore observé cette altération cette année dans la maladie de Bright, dans les affections du cœur valvulaires et autres; dans un cas d'adhérence totale du péricarde, fait déjà signalé par M. Gendrin; dans le ramollissement cérébral.

En résumé, la dégénérescence graisseuse du cœur peut être primitive ou secondaire. Primitive, elle peut occasionner la mort par syncope, par rupture; en empêchant la marche favorable et naturelle des maladies, ce dernier fait avait été entrevu par Paget, surtout pour les amputations. Secondaire, elle hâte la terminaison des affections du cœur, complique l'emphysème, la maladie de Brigth, les tubercules pulmonaires, en même temps qu'elle rend presque inévitablement funeste la terminaison d'un grand nombre de maladies qui se montrent dans ces circonstances, et en particulier de la pneumonie.

Le pronostic en est nécessairement grave, et cependant je vous dirai que l'on en peut guérir. Kennedy l'avait déjà supposé plutôt que démontré, puisqu'il ne savait pas diagnostiquer cette affection.

Je puis vous affirmer avoir vu des malades présentant l'ensemble des symptômes que je vous ai énumérés et en particulier le facies pathognomonique; leur état après des alternatives a fini par s'améliorer; il en est que je suis encore. Je crois donc que la dégénérescence peut s'arrêter et que les fibres restantes par leur hypertrophie, leur surcroît d'activité peuvent suppléer celles qui ont été détruites; tout cela dépend des degrés de l'affection.

Le traitement sera essentiellement tonique et réparateur : séjour à la campagne, absence de travail physique ou intellectuel, d'émotions vives; je me suis bien trouvé des préparations ferrugineuses et de l'huile animale de Dippel, des frictions stimulantes, etc.

Recherches expérimentales sur la transmission croisée des impressions sensitives dans la moelle épinière.

Note lue à l'Académie des sciences,

Par le docteur E. Brown-Sequard, lauréat de l'Académie des sciences, etc.

C'est un fait bien connu que lorsque une altération, produisant une hémiplégie de la sensibilité, siége dans un des côtés latéraux de l'encéphale, cette hémiplégie existe dans le côté du corps opposé au côté où l'altération se trouve. Il en résulte que si les impressions sensitives, faites sur une moitié latérale du corps doivent monter jusqu'à l'encéphale pour être perçues, il faut qu'elles passent de cette moitié du corps à la moitié de l'encéphale du côté opposé. Il y a donc à chercher dans quelle partie du centre cérébro-rachidien se fait ce passage des impressions d'un côté à l'autre. Et si l'on admet que la transmission s'opère par les fibres ou les tubes nerveux, il y a à déterminer quelle est la partie du centre cérébro-rachidien, où les fibres sensitives se portent d'un côté à l'autre. Il y a, en d'autres termes, à chercher quel est le lieu de l'entrecroisement des fibres sensitives.

Si l'on ne veut pas admettre que la transmission se fasse par des fibres nerveuses, la question peut être posée dans les termes suivants : où se fait dans le centre cérébro-rachidien l'entrecroisement des éléments nerveux, par lesquels s'opère la transmission des impressions sensitives?

Il paraît certain que, dans les nerfs, la transmission des impressions sensitives s'opère par ou dans des fibres ou tubes nerveux, mais il n'en est pas ainsi dans les centres nerveux. Là un autre élément conducteur (et peut être n'est-il pas le seul), la cellule nerveuse, coexiste avec les tubes. On est loin encore de bien savoir quels sont les rapports des fibres sensitives avec les cellules; on ne sait pas si la transmission ne pourrait pas s'opérer d'une cellule à une cellule voisine, lorsque ces deux parcelles élémentaires ne sont pas en contact l'une avec l'autre. On ne sait pas non plus si la matière grenue, qui est intermédiaire aux cellules, et si semblable à la matière même de ces éléments, n'est pas douée aussi, au moins en partie, du pouvoir de transmettre l'action nerveuse. Bien que très-improbables, ces modes de transmission ne paraissent pas être impossibles, et pour ne pas sembler trancher par une pure assertion, une question non décidée, nous nous servirons, en général, des mots, *éléments conducteurs des impressions sensitives* (1), au lieu de ceux-ci : *fibres sensitives*. Nous devons déclarer cependant qu'il y a grande probabilité que la transmission s'opère dans la moelle épinière, la moelle allongée et le reste de l'encéphale, par des fibres qui s'abouchent avec des cellules ou qui servent de communication d'une cellule à une autre. La notion qui a eu un si grand succès en France, pendant les quinze dernières années, à savoir, que les transmissions ne s'opèrent que par des fibres, et que les cellules n'y concourent nullement; — cette notion est en opposition formelle avec les faits physiologiques les plus positifs.

De ce qui précède il résulte qu'au lieu de nous demander où s'entrecroisent les fibres sensitives, nous poserons ainsi la question : Où s'opère l'entrecroisement des éléments conducteurs des impressions sensitives dans le centre cérébro-rachidien?

L'objet de ce mémoire est de tenter de donner la solution de cette question.

Il est singulier qu'une question aussi importante que celle-là n'ait pas été l'objet de recherches spéciales de la part d'aucun des biologistes éminents qui, de nos jours, ont fait faire tant de progrès à la physiologie et à la pathologie du système nerveux : ceux-là même qui ont traité des questions connexes à celles dont je m'occupe ici n'ont pas émis d'opinion formelle à l'égard de la décussation des conducteurs des impressions sensitives. Ainsi, par exemple. M. Flourens, dans son remarquable *Mémoire sur la délimitatoin de l'effet croisé*, parle à peine de la sensibilité. Ni Lallemand, ni M. Serres, ni M. Magendie, ni M. Andral, n'ont émis, que je sache, d'opinion positive sur le siége de cette décussation. Le silence gardé en France, à cet égard, l'a été aussi en Angleterre et en Alle-

---

(1) Nous devons dire que chez les animaux, nous ne pouvons rien savoir, quant à la voie de transmission des impressions, que ce qui concerne les impressions douloureuses; de sorte qu'en parlant d'impressions sensitives, il sera toujours sous-entendu que nous ne parlons que des impressions douloureuses.

magne. Charles Bell, cependant, après avoir changé d'idée relativement à la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, émit sans preuve aucune, et en se fondant seulement sur quelques particularités anatomiques, l'idée que les fibres sensitives s'entrecroisent dans une grande partie de la longueur du plancher du quatrième ventricule(1). En France, un physiologiste distingué, M. Longet, a tenté d'être plus précis que ses devanciers. Nous le louons d'avoir essayé, au moins de résoudre la grande question qui nous occupe, mais nous ne pouvons éviter de montrer que, guidé par une théorie erronée, il a dû être et il a été conduit à une solution fausse. L'entrecroisement des fibres sensitives venues des différentes parties du corps se fait, suivant M. Longet, à l'extrémité antérieure de la protubérance, là où quelques anatomistes disent que s'entrecroisent les pédoncules antérieurs du cervelet. Les cordons postérieurs de la moelle épinière étant, suivant ce savant physiologiste, les seules voies de transmission des impressions sensitives, il s'ensuit qu'il en est de même pour les corps restiformes, qui sont en grande partie la continuation de ces cordons, et, comme la majorité des fibres des corps restiformes se portent au cervelet, on a conclu que les fibres sensitives venues du tronc et des membres se rendent en majorité au cervelet. Or, M. Longet, n'admettant pas que le cervelet soit un centre de perception des impressions sensitives, a été contraint d'imaginer que les fibres sensitives, après leur entrée dans le cervelet, traversent cet organe, d'arrière en avant, pour en sortir avec ses pédoncules antérieurs, et s'entrecroiser à l'extrémité antérieure de la protubérance.

Je vais faire voir que cette théorie ne s'accorde aucunement avec les faits.

1° Si la théorie était vraie, on devrait trouver la sensibilité perdue ou notablement diminuée dans les cas d'absence ou d'altération considérable du cervelet. Or, il n'en est pas ainsi, en général, ainsi que le démontrent les faits pathologiques, observés chez l'homme, et rassemblés par M. Serres et par M. Andral. Non-seulement la sensibilité quelquefois n'est pas perdue, mais encore elle est exagérée. Les vivisections démontrent aussi que l'ablation du cervelet laisse persister la sensibilité, ainsi que l'ont vu MM. Flourens, Serres, Magendie, Bouillaud, Gerdy, et Longet lui-même.

2° Il est évident que si les fibres sensitives qui passent à travers le cervelet, d'après M. Longet, ne s'y entrecroisent pas, et que ce n'est qu'après en être sorties qu'elles font leur décussation, on devra trouver, quand il y a paralysie de la sensibilité dans une moitié du corps, par suite d'une lésion du cervelet, que cette lésion se trouve sur le côté même où existe l'anesthésie; or, ce n'est pas ainsi qu'il en est d'ordinaire. L'action du cervelet est en général croisée pour la sensibilité comme pour le mouvement.

3° Si les vues de M. Longet étaient exactes, toute altération de la protubérance, sur une de ses moitiés latérales et en arrière de la partie antérieure de cet organe, où l'on suppose que l'entrecroisement s'opère, devrait produire une paralysie de la sensibilité sur le côté correspondant; or, c'est l'inverse qu'on observe : l'anesthésie existe dans la moitié opposée du corps.

4° J'aurais certes pu me borner, pour montrer que la théorie de M. Longet n'est pas exacte, à faire voir que la donnée qui lui sert de base est complétement fausse. C'est ce qu'il est facile de prouver. A l'exception des fibres de la racine bulbaire du nerf trijumeau, les corps restiformes, d'après l'opinion de M. Longet, contiennent toutes les fibres sensitives venue du tronc et des membres, et passant par la moelle allongée pour se rendre aux centres de perception dans l'encéphale. Ainsi donc les fibres sensitives des corps restiformes montent de la moelle épinière à l'encéphale, et si nous les coupons transversalement, nous devons trouver que la sensibilité persiste dans le bout encéphalique et qu'elle est perdue dans le bout de ces corps en rapport avec la moelle épinière. Or, c'est l'inverse que l'on trouve. Si nous coupons transversalement les cordons postérieurs dans toute leur épaisseur, au niveau du bec du *calamus*, c'est-à-dire là où ils cessent d'exister et où ils se continuent avec les corps restiformes, on trouve que la surface de section supérieure est insensible, et que les corps restiformes, au moins au voisinage de la section, ont aussi perdu leur sensibilité. L'animal, pourtant, n'est pas devenu insensible, et, tout au contraire, il paraît être souvent dans un état d'hyperesthésie; de plus, la face inférieure de la section est sensible, et, en arrière d'elle, les cordons postérieurs et les racines postérieures sont très sensibles, et en apparence quelquefois plus qu'à l'état normal. J'ai cherché quel est alors l'état de la sensibilité dans les diverses parties normalement sensibles de l'encéphale, et j'ai trouvé : 1° que les corps restiformes, dans une étendue d'au moins 5 millimètres, à partir de la surface de section, sur des lapins et des chats, paraissent absolument insensibles; 2° qu'il semble y avoir quelques traces de sensibilité au voisinage de l'insertion des nerfs pneumogastriques et glosso-pharyngiens; 3° que la sensibilité est complétement perdue sur la partie interne des corps restiformes, jusqu'à l'endroit où ils contribuent à former les pédoncules cérébelleux moyens; 4° que là où s'insèrent les nerfs trijumeaux, la sensibilité existe; 5° que les pédoncules cérébelleux moyens jusque dans le cervelet sont sensibles; 6° que la face supérieure de l'extrémité antérieure de la protubérance et les tubercules testes sont sensibles.

Il importe de faire remarquer que, bien que sensibles encore, les diverses parties que je viens de nommer le sont notablement moins qu'à l'état normal, et que, de plus, dans une certaine étendue, au devant de la section, les corps restiformes paraissent avoir complément perdu leur sensibilité. Sur des chiens et des cochons d'Inde, j'ai obtenu des résultats analogues à ceux-là; mais l'hémorrhagie étant plus considérable, dans cette expérience, chez ces animaux que chez les lapins et les chats, j'ai expérimenté plus souvent sur ces derniers animaux.

Il ressort clairement des résultats de cette expérience : 1° que la sensibilité si vive des corps restiformes, à l'état normal, dépend de fibres se dirigeant de ces corps vers les cordons postérieurs, et non des fibres allant de ces cordons aux corps restiformes; 2° que l'opinion d'après laquelle les corps restiformes sont l'agrégation des fibres sensitives du tronc et des membres montant vers le cerveau n'est pas exacte, et qu'il semble, au contraire, qu'aucune de ces fibres ne s'y trouve; 3° qu'il n'y a plus de fondement à l'hypothèse d'après laquelle le siége de l'entrecroisement des fibres sensitives, dans le centre cérébro-spinal, serait à l'extrémité antérieur de la protubérance et formé par les fibres sensitives du tronc et des membres, ayant passé par les corps restiformes et à travers le cervelet.

Quand je découvris, en 1849, que la transmission des impressions sensitives se fait d'une manière croisée dans la moelle épinière, tout le monde admettait que les éléments conducteurs des impressions sensitives s'entrecroisent dans l'encéphale et non dans la moelle épinière. Physiologistes et pathologistes étaient d'accord à cet égard, et ils attribuaient à Galien l'honneur d'avoir démontré que la moelle épinière n'a pas d'autre croisée. Ils n'avaient pas remarqué que Galien (1), dans le récit de ses expériences, ne dit pas un seul mot de la sensibilité. Haller (2), qui s'est contredit formellement à ce sujet, puisque tantôt il déclare que la moelle épinière a une action directe, tantôt qu'elle a une action croisée, ne parle pas non plus de la sensibilité.

Enfin, dans leurs recherches sur l'action croisée, Lorry, Fodéré, M. Flourens, M. Calmeil et quelques autres physiolo-

(1) *The nervous System of the human Body*, by sir Ch. Bell, 3e édit. London, 1844, pag. 231-40.

(1) *De locis affectis*, lib. III, cap. XIV, et *De Anatomicis administrationibus*, lib. VIII, sect. VI.

(2) *Elementa physiol.*, t. IV, p. 326, 327 et 334.

gistes, se sont bien plus occupés de la paralysie du mouvement et des convulsions que de la sensibilité. J'exposerai plus loin les résultats de leurs recherches.

La théorie que j'ai proposée relativement à la transmission croisée des impressions sensitives dans la moelle épinière s'appuie sur un grand nombre de faits expérimentaux ou pathologiques. Je me bornerai, dans ce mémoire, à l'exposé des résultats des vivisections, et je réunirai bientôt, dans un second mémoire, les faits pathologiques.

Il est certain que si les impressions sensitives se transmettent entièrement ou en grande partie, d'une manière croisée dans la moelle épinière, on devra trouver, après la section transversale d'une moitié latérale de cet organe, la sensibilité persistant en arrière et du côté de la section, et perdue ou diminuée du côté opposé et en arrière de la section. C'est effectivement ce qu'on trouve, et ces résultats ont été constatés par beaucoup de membres de la Société de biologie, dès l'année 1849, ainsi que le constate le compte rendu du mois de décembre de cette année, où l'expérience suivante est consignée.

Expérience I. — Dans la séance du 1er décembre, nous avons montré un cochon d'Inde sur lequel la moitié latérale *droite* de la moelle avait été coupée, sous les yeux de quelques membres de la Société. La section existait à la hauteur de la dixième vertèbre dorsale. L'animal avait perdu beaucoup de sang; l'opération, faite dans une demi-obscurité, avait été longue et très-douloureuse. Dans de telles circonstances, il arrive ordinairement que l'on trouve les deux membres postérieurs paralysés du mouvement volontaire et de la sensibilité, pendant quelque temps, après l'opération : c'est ce qui eut lieu dans ce cas. Mais, au bout de cinq ou six minutes, le mouvement volontaire revint dans le membre postérieur *gauche*, et la sensibilité dans le membre postérieur *droit* (le côté de la section). Environ douze minutes après l'opération, la sensibilité était extrême dans le membre postérieur *droit* et nulle dans le membre postérieur *gauche*. L'autopsie fut alors faite, séance tenante, par M. Cl. Bernard, et la Société reconnut que la moitié latérale *droite* de la moelle était coupée transversalement à la hauteur indiquée (1).

Depuis six ans, j'ai fait cette expérience en présence d'un nombre très-considérable de médecins et de physiologistes de toutes les parties de l'Europe et des États-Unis, et toujours j'ai obtenu les résultats suivants :

1° Exagération de la sensibilité en arrière et du côté de la section ;

2° Diminution notable et quelquefois perte de la sensibilité en arrière de la section du côté opposé.

(*La suite au prochain numéro.*)

Utilité des préparations de cannelle, principalement dans la métrorrhagie.

Par M. le docteur Chomier, de Valbenoite (Loire).

Les auteurs des meilleurs traités modernes de thérapeutique et de matière médicale font à peine mention de la cannelle. Nous croyons que cette substance ne mérite pas l'oubli dans lequel elle est tombée, et notre intention aujourd'hui est de faire connaître son utilité dans quelques maladies, et plus particulièrement dans la métrorrhagie. C'est dans le service de M. Teissier que j'ai vu employer pour la première fois la cannelle à titre de médicament adjuvant et correctif; associé au fer dans la chlorose, à la digitale et au fer dans les affections organiques du cœur compliquées de chloro-anémie; à titre d'agent hémostatique dans certains cas de métrorrhagie. C'est précisément sur cette dernière propriété de la cannelle, déjà relevée dans ces derniers temps par le *Bulletin de thérapeutique*, que je me propose principalement d'insister.

La métrorrhagie est bien rarement une maladie primitive, idiopathique, essentielle; elle est le plus souvent liée intimement soit à une affection générale, dont elle ne constitue que l'un des nombreux épiphénomènes morbides, soit à une affection locale de l'utérus et de ses annexes, dont elle n'est qu'un symptôme, qu'une manifestation très-aggravante; d'autre part, elle est sous la dépendance des grandes fonctions de la génération, et peut survenir : 1° pendant l'état de vacuité; 2° pendant l'état de grossesse; 3° pendant ou immédiatement après l'accouchement. On voit tout d'abord, par cet aperçu général, combien toutes les circonstances que nous venons de mentionner doivent entraîner de différences, de variétés dans la symptomatologie de cette affection, dans le mécanisme suivant lequel elle se produit, et on en déduit facilement la nécessité d'un traitement complexe et varié. Les préparations de cannelle ne peuvent donc être applicables qu'à quelques cas spéciaux de métrorrhagie, dans lesquels nous allons tâcher de faire ressortir son utilité.

§ 1. *Métrorrhagie produite par l'état chlorotique.* — Des troubles nombreux qui portent sur les fonctions de la génération chez les chlorotiques, la métrorrhagie est certainement le moins commun; toutefois nous ferons observer, ainsi que la remarque en a été faite par M. le professeur Trousseau, et que nous avons pu le vérifier souvent nous-même, que si cette hémorrhagie est rare chez les jeunes filles, elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes adultes. Nous pensons qu'il faut l'attribuer aux vives excitations produites par le coït sur l'appareil tout entier des organes de la génération; excitations qui, sous l'influence de l'état chlorotique, déterminent souvent à la longue un état de fluxion permanente dans l'utérus et ses annexes.

La métrorrhagie produite par la chlorose paraît intimement liée dans sa manifestation et ses récidives aux retours réguliers des menstrues; c'est pourquoi les auteurs l'ont désignée spécialement sous le nom de *ménorrhagie*. Les règles prennent tout à coup, chez ces malades, une abondance et une durée insolite, et sont converties tous les mois en une véritable métrorrhagie, avec les prodromes, les symptômes immédiats, et souvent même les épiphénomènes hystéralgiques. Inutile de faire ressortir les funestes conséquences qui vont résulter de ces pertes sanguines répétées ainsi chaque mois; elles vont aggraver la chlorose qui, elle-même, est la cause de l'hémorrhagie, de telle sorte, dit M. Trousseau, que les malades, tournant dans ce cercle vicieux, ne tardent pas à péricliter.

Le fer, sagement administré dans l'intervalle des époques menstruelles, modifie quelquefois assez rapidement l'état chlorotique pour faire rentrer en peu de temps les règles dans leurs limites normales. Mais, il faut l'avouer, les préparations ferrugineuses, alors même qu'elles paraissent bien supportées, sont souvent impuissantes à enrayer ces accidents ménorrhagiques, et si on veut alors utiliser les propriétés hémostatiques de l'alun, du tannin, de l'ergotine, l'exacerbation des troubles fonctionnels de l'estomac, et surtout des douleurs gastralgiques, provoqués si fréquemment par ces médicaments, fait bientôt renoncer à leur usage. C'est dans ces cas difficiles que M. Teissier a voulu expérimenter les préparations de cannelle, préconisées par Schmidtmann, par Franck et par M. Gendrin. Les succès obtenus ont été si complets, qu'aujourd'hui M. Teissier emploie cette substance de préférence à tous les autres agents hémostatiques. Pour acquérir une certitude parfaite sur son efficacité, il a soumis des chlorotiques, affectées depuis plusieurs mois déjà de ménorrhagies, à l'usage exclusif de la cannelle, pendant les quelques jours qui précèdent l'apparition des règles, et toujours il a réussi, par ce simple moyen, à diminuer l'abondance et la durée des menstrues.

Ainsi administrée, la cannelle ne peut avoir qu'une action fugace et passagère. Pour faire cesser d'une manière définitive

---

(1) *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, 1849, t. I, p. 193.

la ménorrhagie, il faut guérir ou tout au moins améliorer la chlorose qui produit cet accident. C'est dans ce but que M. Teissier associe la poudre de cannelle à la limaille de fer porphyrisée. A l'appui de cette pratique, nous rapporterons les deux observations qui suivent.

OBSERVATION I. —*Hypertrophie du cœur; ménorrhagie; suite de chloro-anémie; bons effets de la poudre de cannelle combinée avec la digitale et le fer.*

Mlle D..., âgée de seize ans, tempérament lymphatique nerveux, constitution éminemment délicate, avait contracté à l'âge de dix ans un rhumatisme articulaire aigu. Depuis cette époque, palpitations fréquentes, douleurs dans la région du cœur, auxquelles on n'oppose aucune médication. État stationnaire pendant trois ans. A treize ans, apparition des règles, qui non-seulement n'amènent aucun soulagement, mais encore augmentent les palpitations et l'essoufflement; alors seulement on commence à soumettre Mlle D... à l'usage de la digitale. Elle avait quatorze ans quand M. Teissier l'a vit pour la première fois; il constata que le cœur était hypertrophié et rétréci à son orifice aortique; il constata, en outre, que la maladie organique du cœur était compliquée d'un état de chloro-anémie. En raison de cette double affection, il administra concurremment le sirop de digitale de Labelonye et les pillules de Vallet. Cette médication fut continuée pendant plusieurs mois, et sous son influence l'état chlorotique s'amenda un peu; les battements du cœur diminuèrent aussi sensiblement. Mais bientôt le fer fut fort mal supporté, ainsi que la digitale, et il fallut suspendre cette médication. Au bout de deux mois, l'amélioration s'évanouissait et aux premiers symptômes vint s'en joindre un nouveau, qui ajouta beaucoup à leur gravité; les règles devinrent extrêmement abondantes, ce qui jeta Mlle D... dans un état de pâleur et de débilité extrême. M. Teissier revint alors avec prudence aux préparations de fer et de digitale, qu'il varia pendant plusieurs mois pour les faire mieux tolérer et pour augmenter leur efficacité. Un peu d'amélioration se produisait dans les intervalles des règles; mais celles-ci étaient toujours trop prolongées et trop abondantes, en sorte qu'à chaque époque tous les accidents reparaissaient. L'alun et l'ergotine furent alors essayés, mais ne purent être supportés. Une seule médication put être suivie sans répulsion de la part de l'estomac; ce fut une combinaison de limaille de fer et de cannelle. Cette préparation a été suivie d'un très-bon effet. Depuis qu'on y a eu recours, les règles sont devenues normales pour leur durée et pour leur abondance, les forces se sont notablement relevées, et les battements du cœur eux-mêmes non-seulement n'ont pas augmenté, mais encore ont évidemment diminué. Voilà quatre mois que l'amélioration se soutient, et l'on ne saurait douter qu'elle ne soit due à l'administration de la cannelle avec le fer.

OBSERVATION II. — *Métrorrhagie chlorotique chez une dame affectée d'un engorgement du col utérin; heureux effets de l'administration de la cannelle combinée au fer.*

Madame V..., âgée de trente ans, tempérament nerveux, est affectée, depuis trois ou quatre ans, d'un léger engorgement du col, coexistant avec une petite ulcération qu'on a combattue par quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, des injections résolutives et astringentes, des bains salés, l'eau de Vichy. Cette dame, pendant l'hiver de 1833, ayant passé un certain nombre de nuits au bal, a vu revenir ces symptômes d'irritation et de congestion utérine : douleurs lombaires et hypogastriques, émissions fréquentes d'urine, sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, leucorrhée; de plus, les règles sont devenues beaucoup trop abondantes. Pendant plusieurs époques successives, elles se sont prolongées douze ou quinze jours, ce qui a jeté la matrice dans un état de chlorose et de névropathie. Les bains de siége froids, les injections froides et les pillules d'ergotine furent d'abord employés; la ménorrhagie diminua un peu, mais l'ergotine ayant déterminé de la gastralgie, on fut obligé de la supprimer. La métrorrhagie revint, et on se borna, cette fois, à lui opposer les bains de siége froids et les dragées au lactate de fer. Cette médication fut insuffisante; alors on administra la poudre de cannelle, associée à la limaille de fer, concurremment avec les bains de siége froids, et cette fois les règles rentrèrent dans leurs limites naturelles et ne durèrent plus chaque fois que quatre ou cinq jours, avec une abondance modérée. Depuis cette époque, l'état chlorotique a cessé, les fonctions digestives se sont rétablies, et la malade paraît parfaitement guérie.

§ 2. *Métrorrhagie symptômatique du cancer de l'utérus.*— L'hémorrhagie constitue certainement un des accidents les plus graves, une des complications les plus redoutables de cette affection; elle en marque souvent le début, elle en signale l'invasion, et cela quelquefois longtemps avant la manifestation des autres symptômes pathognomoniques de cette maladie.

Dans la première période du cancer, la métrorrhagie se présente avec des caractères qui varient beaucoup : chez les malades qui sont encore réglées, elle est constituée le plus souvent par une exagération du flux menstruel; cependant il n'est pas rare de la voir survenir dans l'intervalle de deux époques. La menstruation devient très-irrégulière, offrant des retards fréquents, non-seulement de quelques semaines, mais même de plusieurs mois; puis les règles reparaissent, et le sang s'échappe alors avec une abondance insolite. Dans quelques cas enfin, l'écoulement sanguin est presque continu, c'est-à-dire que l'époque des règles avançant beaucoup et les menstrues durant très-longtemps, les intervalles se trouvent très-courts.

Chez les femmes d'un âge avancé, et chez lesquelles la ménopause a déjà eu lieu, lorsque survient la lésion organique, l'hémorrhagie uterine présente dans sa marche des variations plus grandes encore. Quelques-unes en sont complétement exemptes pendant toute la durée de cette période; mais c'est là une exception très-rare. Le plus souvent on voit se reproduire, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des pertes sanguines abondantes, tantôt brusquement, sans cause déterminante appréciable, tantôt à la suite d'une vive émotion morale ou d'une commotion physique. Ces pertes laissent toujours la malade dans un état d'affaiblissement plus prononcé.

Lorsque le cancer s'est ulcéré, la métrorrhagie existe toujours, sauf de très-rares exceptions, et elle suit une marche plus régulière, plus uniforme, qui est à peu près la même chez toutes les malades. Le sang s'écoule presque sans interruption, mélangé au pus fétide, ichoreux, fourni par l'ulcération, et de temps en temps des caillots sanguins s'échappent par la vulve, surtout lorsque la malade se lève ou qu'elle se livre à des efforts de défécation. De véritables métrorrhagies plus ou moins abondantes surviennent en outre à des époques variables et peuvent êtres suivies de mort.

C'est aussi pendant le cours de cette période du cancer utérin, que les douleurs deviennent cruelles, intolérables. Or, dans le traitement de cette redoutable affection, ces deux symptômes morbides, hémorrhagie et douleur, méritent toute l'attention du médecin, lorsqu'il se voit réduit, par le progrès du mal, à faire une médication purement palliative : adoucir, calmer les souffrances si vives, modérer les pertes sanguines qui, par leur abondance ou leur retour trop fréquent, vont hâter le terme fatal, telles sont donc les indications principales qui se présentent. On remplit la première avec l'opium et les autres stupéfiants; nous n'avons pas à nous en occuper; la seconde, au moyen des divers agents hémostatiques, mais ils ne possèdent pas tous la même efficacité ni les mêmes avantages. Les nombreuses expériences faites par M. Teissier, dans le but de constater la valeur relative de ces divers agents, nous ont démontré que l'ergotine et la teinture de cannelle sont les deux médicaments qui réussissent le mieux dans le cas qui nous occupe. L'ergotine jouit, en effet, d'une vertu merveilleuse pour modérer ces pertes, mais elle provoque une telle exacerbation des souffrances, que ce seul inconvénient suffit pour faire rejeter son emploi. C'est du reste ce qu'on peut voir dans l'observation suivante :

(*La suite au prochain numéro.*)

Deuto-chloro-bromure de mercure. — De sa préparation et de son emploi thérapeutique.

Par M. Stanislas Martin.

Le deuto-chloro-bromure de mercure est blanc, cristallisé en aiguilles légèrement aplaties sur les deux faces et hérissées de quelques arêtes; il est soluble dans l'eau et l'alcool, d'une saveur âcre et caustique; à l'air il perd un peu de son eau de cristallisation; il est volatil chauffé en vase clos; mis sur les charbons, il répand une abondante fumée à odeur chloriforme; l'acide sulfurique, l'ammoniaque, la potasse caustique le décomposent; il forme, avec l'eau de chaux, un précipité brun marron; ce qui le distingue *essentiellement* du deuto-chlorure de mercure, dont le précipité est d'un beau jaune oranger.

Ce nouveau sel à combinaison mercurielle n'aurait pas quelques propriétés distinctes et ne pourrait-il pas être employé dans quelques cas spéciaux de tumeurs syphilitiques ou cancéreuses? Cette idée nous a été suggérée par la lecture des essais du traitement de M. Landolfi.

On prépare de deux manières le deuto-chloro-bromure de mercure.

Le premier consiste à mettre dans un flacon en verre, bouché à l'émeri, 50 gram. d'eau distillée et 2 gram. de chlorure de brome; on agite puis on ajoute, par petites portions, du calomel préparé à la vapeur, et en suffisante quantité pour que le liquide, de rouge foncé qu'il est, devienne complétement incolore; on filtre, on évapore le liquide au bain-marie jusqu'à réduction des deux tiers; les cristaux se forment par le refroidissement et le repos; on décante l'eau-mère qu'on fait évaporer pour subir une nouvelle cristallisation; les cristaux obtenus sont desséchés entre deux feuilles de papier à filtrer.

Pour le deuxième procédé, on opère de même; seulement, au lieu de calomélas on y met une dissolution aqueuse de sublimé corrosif, qu'on verse goutte à goutte, jusqu'à décoloration complète du liquide. Nous avons noté que si on verse dans une dissolution alcoolique de sublimé corrosif une portion égale de chlorure de brome, il y a presque une détonation, tant les molécules des corps ont d'affinité les unes pour les autres; il est donc prudent de ne faire ce mélange qu'avec une très-grande réserve.

(*Bull. de thér.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Les aztèques; leur véritable caractère; leur origine; leurs aventures; leurs droits sociaux.

Les deux êtres misérables à l'aide desquels on cherche à alimenter depuis quelque temps un des plus tristes côtés de la curiosité publique, ont singulièrement perdu de leur prestige depuis leur apparition dans l'enceinte de l'Académie. A la première vue, il a été parfaitement prouvé pour tout le monde que ces deux êtres ne sont autre chose qu'un humiliant spécimen de la dégradation humaine, deux idiots, différant à peine de certains types qui se rencontrent dans diverses parties de l'Europe, et notamment dans certaines vallées de nos Pyrénées. Ce que l'examen scientifique permettait d'affirmer *a priori*, des documents authentiques émanés de personnes éminemment recommandables, et relatifs à l'origine de ces deux idiots, le démontrent d'une manière irrécusable. Nous devons à notre excellent ami, M. J. Boursier, ancien consul en Amérique, naturaliste dont l'extrême modestie égale seule le talent, qui a déjà rendu des services signalés à la science, tant en faisant connaître un grand nombre d'espèces ornithologiques nouvelles qu'en signalant au public scientifique diverses erreurs ou supercheries, nous lui devons, disons-nous, la copie d'une lettre, déjà communiquée depuis longtemps à notre très-distingué confrère, M. J. Guérin, et de laquelle il résulte que les deux idiots qui servent d'aliment à un odieux trafic, sont les enfants de deux mulâtres qui n'appartiennent nullement à une race à part. Nos lecteurs liront sans doute avec intérêt cette lettre, écrite en 1853, à la demande de M. J. Boursier, par le général à M. White, ami particulier de M. J. Boursier. Voici cette lettre :

Paris, le 19 septembre 1853.

A Monsieur Charles White, 35, *Queen ann. Street Cavendish-Square, à Londres.*

« Mon très-estimable Monsieur,

« Je m'empresse avec plaisir de vous faire une relation de la véritable origine de deux enfants que l'on expose à Londres sous le nom d'aztèques, sur lesquels on a fait une histoire pour étonner le public, en prétendant qu'ils appartiennent à une nation indigène du Centre-Amérique, mon pays.

« J'ai été indigné d'une pareille imposture aussi bien que du trafic que l'on fait de ces malheureux, sans aucun profit pour leurs parents qui les ont confiés, par mon entremise, à la personne que je vais citer.

« Je ne me rappelle plus bien si ce fut en 1849 ou 1850 qu'eut lieu le fait, mais ce que j'ai présent à l'esprit, c'est qu'étant gouverneur politique et militaire de San-Miguel, département de l'État de Salvador, dans la république du Centre-Amérique, j'allai vers le mois de mars visiter le district d'Usulatan. En chemin, je rejoignis un sieur Raymond Selva, qui allait à la ferme de don Léon Avila, située dans cette localité : nous arrivâmes à un endroit appelé le *Jacotal*, où nous déjeunâmes; je me souvins que là étaient deux enfants, le frère et la sœur, très-curieux à cause de leurs traits et de la petitesse de leur taille; je me les fis amener pour les faire voir à M. Selva, qui ne les connaissait pas, puisqu'il était de l'Etat de Nicaragua. En effet, la mère étant venue avec eux, nous les admirâmes pendant assez longtemps, puis leur ayant donné quelques menues pièces de monnaie, je les remis à la mère.

« En continuant notre route, je dis à M. Selva que si cette pauvre femme pouvait présenter ses enfants en Europe, soit elle-même, soit avec le concours d'une personne intelligente, elle y trouverait une fortune. Cette idée, éveillant la cupidité de M. Selva, il profita de mon retour le jour suivant et m'accompagna; en arrivant à *Jacotal*, il me dit qu'il allait proposer à la mère de lui donner les enfants, offrant de partager avec elle les bénéfices; que cette transaction paraissait facile si j'interposais mes bon offices : je promis de m'y employer. On appela la mère pour que M. Selva lui parlât. Celle-ci tout d'abord résista à toute espèce de proposition, mais lorsque je lui fis observer qu'il serait bon que de sa propre infortune ses enfants tirassent quelque profit du produit de cette exhibition, qui les mettrait à même d'avoir une petite ferme avec quelques troupeaux, la malheureuse femme me répondit ces paroles : « Que M. le gouverneur fasse ce qu'il jugera convenable. » Je lui réitérai mon opinion, qui était que M. Selva les emmenât, ce qu'il fit sur-le-champ, laissant la mère plongée dans la plus profonde douleur.

« J'avais assez de confiance en M. Selva, qui, outre qu'il était du pays, appartenait à une famille respectable, pour pouvoir me promettre qu'il accomplirait ses engagements.

« M. Selva se disposa donc à partir du Centre-Amérique par le Rio de San Juan de Nicaragua, accompagé d'un Nord-Américain (celui qui possède actuellement les enfants), et ayant touché au port appelé aussi San Juan, il se trouva que les Anglais venaient de l'occuper au nom d'une tribu sauvage qu'ils appellent nation *Mosquitos*, amie et alliée; les voisins du port, qui étaient Nicaraguens, entrèrent en fermentation, et comme il n'y avait pas alors de troupes, ils s'ameutèrent une nuit et vinrent menacer les commerçants anglais; ceux-ci étaient sur leurs gardes, et, de concert avec le charge d'affaires d'Angleterre, M. Fédéric Chafield, ils parvinrent à saisir les turbulents et à leur faire infliger la peine du fouet.

« Parmi les prisonniers, et considéré comme chef des rebelles, se trouvait M. Raymond Selva, qui reçut cinquante coups de fouet.

« Ce châtiment qui lui occasionna une grave maladie, le força de retourner chez lui, et ce fut ainsi que le Nord-Américain gagna seul les Etats-Unis avec les enfants.

« Longtemps après, M. Selva vint m'assurer qu'ayant voulu recouvrer les enfants et les profits, l'Américain l'avait méconnu, et qu'il l'avait appelé devant les tribunaux.

« Ceux-ci mirent les enfants en dépôt, et M. Selva fournit caution pour sa personne, puis étant venu, pour ces raisons, me trouver dans le Centre-Amérique, et m'ayant relaté ce que je viens de dire, je lui fis donner des pouvoirs par la mère des enfants, ainsi que d'autres documents, et avec le tout il alla aux Etats-Unis pour rentrer en possession. Je me rendis moi-même à New-York, où des compatriotes et des personnes respectables me dirent que M. Selva, au lieu d'avoir recouvré les enfants, les avait vendus *dix-huit mille dollars* à l'Américain, et qu'il était parti les dépenser à la Havane, tandis que le spéculateur partait pour Londres, où il a rencontré une telle crédulité, que, d'après ce que l'on m'a assuré, ces enfants passent pour des individus d'une race d'hommes différente de la commune, et qu'ils ont même été présentés à la reine.

« Je sais aussi que quelques médecins intelligents de Paris se disposent à faire un voyage à Londres, pour se renseigner au sujet de ces individus de la fameuse nation Aztèque ; il ne sera donc plus possible de cacher la vérité sur l'origine de ces enfants.

« Que les crédules qui se laissent si facilement abuser sachent donc que, ces fameux et célèbres Aztèques, sont les enfants d'une jeune et vigoureuse mulâtresse d'environ vingt ans et d'un mulâtre; leur père naturel, lesquels n'appartiennent à aucune nation spéciale, et qui ont eu le malheur d'avoir ces enfants dégénérés et phénoménaux.

« La mère est meunière, dans une ferme, c'est-à-dire qu'elle prépare la farine de maïs pour les ouvriers, et le père, pêcheur dans la lagune de Ulupa, vend du poisson sur la place de San-Miguel.

« Je me rappelle que l'enfant mâle des Aztèques se nomme Maximo, et qu'il a été confirmé en ma présence, au mois de mars de l'année 1846, par monseigneur l'évêque don Jorje Victory, qui alors était prélat de San-Salvator, et occupe aujourd'hui le siége de Nicaragua.

« Quand l'évêque vit le jeune Maximo, il en fut émerveillé, et l'ayant demandé à la mère, celle-ci lui répondit qu'elle lui donnerait quand il serait plus grand.

« Il se trouve par hasard, à Paris, un dignitaire, don Félix Quiroz, qui a exercé l'an dernier dans le gouvernement de San-Salvador les fonctions de vice-président. Ce personnage connaît les aztèques en question, puisqu'il est de San-Miguel, où pour les distinguer, on les appelle *monitos* (petits singes). Quiconque douterait de ma relation, pourrait demander sur ces faits, des informations à M. Quiroz ; sans doute il ne les donnera pas aussi détaillées que moi, qui ai pris part dans toute cette affaire, mais je suis certain qu'il connaît les enfants et leur origine.

« La première fois que la mère se présenta avec son fils sur la place du marché de San-Miguel, cela parut une si grande nouveauté, qu'elle en fut incommodée, et qu'elle devint même furieuse en entendant appeler son enfant *monito*.

« Comme je suis persuadé, que ce fut pour céder à mes conseils que cette malheureuse mère donna ses enfants, j'éprouve un vif déplaisir de voir que jusqu'à présent, elle n'a pas reçu une obole Je suppliai donc le consul don Edouard Wallerstein de demander l'*embargo* de ces enfants, m'engageant à prouver de concert avec le senor Quiroz, leur provenance et leur origine ; mais le consul a cru que sans pourvoirs de la mère on ne pouvait arriver à rien ; pour mon compte j'ai protesté qu'à mon arrivée à mon pays, je remettrais tous les documents nécessaires pour recouvrer ces enfants, et réparer ainsi le mal qu'involontairement j'ai fait à cette pauvre mère. Comme homme d'honneur et en conscience, je crois de mon devoir d'aider la susdite à retrouver ses enfants.

« Vous pouvez, Monsieur, faire de cette relation l'usage que vous jugerez convenable.

« Je vous prie d'agréer l'assurance de ma parfaite considération.

Signé : Général VARIOUS, »

De San-Salvador, république du Centre-Amérique.

Après l'examen de l'Académie, surtout après la publication d'une pareille lettre, tout l'intérêt qui pouvait s'attacher aux deux prétendus représentants d'une race non décrite, s'évanouir. Mais s'il en ne convient plus après cela de s'occuper de ladite race, peut-être est-il convenable de dire quelques mots des droits que peuvent avoir les représentants de la race ordinaire à exploiter une des plus affligeantes infirmités de la nature humaine.

Dans ce moment, les deux prétendus aztèques sont la propriété (illicite d'ailleurs à ce qu'il paraît), sont la *chose* d'un spéculateur habile qui se fait payer *mille francs* pour montrer et prêter *sa marchandise* pendant une journée, et *trois cents francs* pour la prêter pendant une soirée ; ainsi le porte l'affiche. Les deux créatures informes qui servent à enrichir leur propriétaire sont, en outre, à sa disposition absolue ; il est est libre de se livrer sur elles à toutes les manœuvres que les diverses passions humaines peuvent provoquer ; peut-être lui sera-t-il permis de les faire disparaître de ce monde quand elles ne pourront plus lui être d'aucune utilité. Il nous semble que toutes les circonstances ne sont guère en harmonie ni avec nos lois, ni avec nos mœurs, et qu'il est désirable, dans l'intérêt de la moralité autant que de la dignité humaine, qu'on mette un terme à un pareil état de choses. Qu'un homme géant, qui jouit de son intelligence et de sa liberté, exploite lui-même la vaine curiosité de la populace, permis à lui ; mais qu'un spéculateur voulût aller s'emparer d'un malheureux hôte de Bicêtre ou de la Salpêtrière pour l'exposer aux regards du public, c'est ce que l'administration, c'est ce que le procureur impérial ne tolérerait pas. Qu'ils ne se montrent pas plus indulgents pour le spéculateur transaltantique, et ils auront acquis un titre de plus au respect et aux sympathies de tous les hommes sérieux.

— *Conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Lariboisière.* — M. Chassaignac, chirurgien des hôpitaux, ouvrira ces conférences le lundi 13 août 1855, et les continuera le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine.

La visite des malades aura lieu de huit à neuf heures.

Leçons et opérations de neuf à dix.

Les principales opérations seront faites le lundi.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital la Riboisière, par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation ; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie ; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Sous presse : Leçons sur l'écrasement linéaire. — Prix de chaque partie : 2 fr ; à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX ; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX recevront gratuitement cet ouvrage.

En cours de publication dans le MONITEUR DES HOPITAUX, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du journal. — Prix : 2 fr.

Traité des maladies des femmes, par le Dr Alexis Favrot. 1 vol. in-8. — Prix 5 fr. — Au bureau du Journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851) ; par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix ; 1 fr. — Au bureau du Journal.

Notice sur quelques points relatifs a l'art du bandagiste, et sur plusieurs instruments et appareils nouveaux ; par M. B. POUILLIEN, bandagiste et orthopédiste. In-8° de V-48 pages avec 29 figures intercalées dans le texte.— Chez l'auteur, rue Montmartre 62.

Essai sur la névralgie intercostale, par le docteur LECADRE, président du Conseil de la Société havraise d'études diverses, médecin des épidémies, vice-président au Conseil d'hygiène du Havre. — Paris, 1855, un vol. in-8° de 30 pages. — Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 95. 3e année. Mercredi 8 Août 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90 et 92.)

§ II. *Affections de la matrice.*

D'après ce que nous avons dit dans le précédent paragraphe, on ne sera pas étonné si quelques auteurs ont pu rapporter des observations de femmes qui, dans l'absence congéniale de l'utérus, ou après l'ablation de cet organe, avaient éprouvé plus ou moins régulièrement des symptômes de molimen menstruel. Cela n'a eu lieu que parce que, chez toutes ces femmes, il y avait des ovaires qui fonctionnaient. Il serait inutile de nous étendre davantage là-dessus; passons de suite à l'examen successif de différentes affections de l'utérus en commençant par les plus simples. Parlons d'abord des douleurs hystéralgiques idiopathiques.

Observation. Une dame de trente-cinq ans environ a été, pendant dix-mois, tourmentée de tranchées utérines qui se répétaient périodiquement tous les soirs. Les règles, malgré ces souffrances, n'éprouvaient aucun dérangement, bien que la malade fût arrivée à la fin dans un grand état de faiblesse. Les narcotiques et les antiphlogistiques furent en vain employés; la maladie s'est dissipée complétement par suite d'une commotion morale occasionnée par la mort subite d'une personne de la maison (1).

Observation. M. Duparcque cite l'observation d'une femme chez qui les douleurs hystériques ont paru le premier jour des règles, qui eurent lieu après huit jours de retard. Ces douleurs avaient le caractère tout à fait propre aux névralgies. L'utérus n'offrait aucune lésion. Les accès se sont répétés tous les jours, et ils devenaient de plus en plus intenses. Les menstrues, qui ont paru simultanément avec le premier accès, se sont prolongées pendant tout le cours de la maladie. Dans l'intervalle des accès, le sang coulait en petite quantité, mais durant l'accès l'écoulement devenait très-abondant. Les antiphlogistiques ont échoué contre cette affection, et elle a été parfaitement guérie par du sulfate de quinine. En même temps que les accès ont disparu, l'écoulement sanguin a cessé de couler (2).

Les faits de cette nature, quoiqu'ils ne soient qu'au nombre de deux, permettent néanmoins déjà de faire quelques réflexions qui ne sont pas dépourvues d'intérêt. Nous voyons en premier lieu que les souffrances idiopathiques de l'utérus, loin de supprimer les règles, semblent plutôt favoriser l'hémorrhagie menstruelle en y appelant le sang davantage. Les névralgies utérines ressembleraient donc en cela à d'autres névralgies, et particulièrement aux névralgies faciales, dont les accès sont généralement caractérisés par une congestion sanguine active vers les parties traversées par la douleur. Chez la malade de M. Duparcque, les règles, qui étaient déjà huit jours en retard, ont commencé à couler le jour même du premier accès, et elles ont été chaque fois plus abondantes pendant les accès. L'effet exercé par la douleur sur la menstruation ne serait donc pas identique selon que la douleur occupe les parties voisines de l'utérus ou l'utérus même. Ici la douleur rend la menstruation plus abondante; le résultat, au contraire, le plus ordinaire des souffrances abdominales qui accompagnent quelquefois le travail de l'ovulation, est la diminution ou même la suppression de l'hémorrhagie. Il en est encore de même dans les douleurs intestinales qui caractérisent la colique de plomb. M. Tauquerel parle d'une femme chez qui les règles, étant venues au début de cette affection, se sont arrêtées subitement, et n'ont reparu que le mois suivant, lorsque la malade était déjà guérie. Dans deux autres cas, les règles ont manqué complétement à l'époque de l'invasion de la colique saturnine. Ce résultat est assez significatif quand on l'oppose surtout à ce qui a lieu ordinairement lorsque la douleur occupe l'utérus même. On dirait presque que la douleur, attirant toujours le sang vers les parties qui en sont le siége, le détourne ici de la matrice au moment où, sans cela, il s'y serait dirigé. Quand, au contraire, la douleur occupe l'utérus lui-même, alors sa puissance d'attraction ne peut qu'augmenter les effets de la congestion physiologique qui s'opère déjà dans cet organe, et rend ainsi l'hémorrhagie menstruelle plus facile et plus copieuse. Passons maintenant aux déplacements de l'utérus.

Nous avons noté vingt fois l'état de la menstruation dans des cas de prolapsus à différents degrés, d'antéversion et de rétroversion de l'utérus. Ces déplacements étaient quelquefois accompagnés de rougeurs ou d'érosions superficielles au col. Malgré cette légère complication, nous n'avons pas remarqué que la marche de la menstruation ait été influencée d'une manière sensible.

Notre savant confrère, M. Valleix, n'a vu, sur vingt et un cas d'antéversion, les règles diminuer qu'une seule fois; chez deux autres malades, elles étaient, au contraire, plus abondantes, et ont même pris une fois les caractères d'une véritable métrorrhagie (1). Nous ferons remarquer que la malade de cette observation (observation IV) nous semble avoir été atteinte en même temps d'une métrite, ce qui rendrait compte de ses pertes. Nous lisons, en effet, qu'elle a éprouvé en même

(1) Pauly, ouvrage cité.

(2) Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques de la matrice.*

(1) *Des Déviations de l'utérus.*

temps des douleurs dans les seins et la *fosse iliaque droite, et que la douleur s'est étendue ensuite jusqu'à l'hypogastre.* La malade s'est trouvée très-bien d'une application de ventouses scarifiées qui lui a été faite dans le service du docteur Heurteloup.

Si les déplacements de l'utérus n'influent pas d'une manière sensible sur la marche de la menstruation, en est-il de même des flexions? Dans l'opinion générale, on est en quelque sorte persuadé que les flexions de l'utérus doivent gêner la menstruation, la rendre moins abondante, occasionner des souffrances pendant les époques menstruelles et empêcher la fécondation. Pour ce qui regarde la menstruation, qui est la seule qui doit nous occuper dans ce moment, nous pouvons affirmer que cette opinion n'est rien moins que fondée. Avant même de consulter les faits, si on avait pris seulement la peine d'examiner de plus près les modifications physiques amenées par l'antéflexion dans le conduit utérin, on se serait de suite aperçu que les obstacles au cours du sang menstruel, qu'on y supposait, n'ont été rien moins qu'imaginaires. Est-ce que la courbure normale de l'urètre chez l'homme a jamais été considérée comme un obstacle à l'écoulement des urines? Cette disposition aurait elle-même existé si elle avait pu gêner la sortie de ce liquide ?

Or, l'antéflexion de l'utérus rappelle précisément très-bien, par sa disposition anatomique, la courbure normale dont nous parlons. La matrice est courbée en avant sur la vessie, et, comme le museau de tanche continue de rester à sa place, la cavité de l'utérus et du col forme nécessairement un conduit représentant une courbure à concavité antérieure. Mais ce conduit n'en est pas moins libre et ne peut gêner en rien l'écoulement du sang menstruel. En 1852, est morte à la Pitié, dans le service de M. Aran, une femme atteinte de phlébite suppurée. Cette femme avait en même temps une antéflexion de l'utérus très-prononcée. *L'ouverture du col, étroite et régulière, admettait néanmoins la sonde, qui pénétrait facilement dans la cavité de l'utérus sans être arrêtée ni au niveau de l'orifice interne du col, ni au niveau de la flexion* (1).

Mais voyons ce que nous apprend à cet égard l'observation. Sur quatre cas d'antéflexion et deux de rétroflexion que nous avons observés, nous avons vu la menstruation chaque fois continuer. Trois malades offraient en même temps des symptômes de métrite; aussi perdaient-elles habituellement beaucoup de sang et offraient de temps en temps de véritables pertes.

Sous ce rapport, notre observation est entièrement conforme à celle de notre honorable confrère, le docteur Valleix. Sur onze cas d'antéflexion observés par ce médecin distingué, *la menstruation n'avait été irrégulière que dans deux cas, une malade ayant une dysménorrhée habituelle, l'autre ayant eu une suppression momentanée des règles, qui avaient depuis longtemps repris leur cours régulier quand l'antéflexion s'est produite* (2). Le même auteur dit que dans la rétroflexion l'état de la menstruation ne diffère point de celui qu'elle offre dans d'autres déviations.

C'est à Hippocrate qu'il faut remonter pour trouver l'origine de l'opinion qui considérait les déplacements de l'utérus, et surtout les flexions, comme une cause mécanique de la gêne au cours du sang menstruel. « Lorsque l'orifice de l'utérus se replie sur lui-même, la femme n'a point de règles, ou bien elle en a peu, de mauvaise qualité (3). » Nous croyons avoir prouvé suffisamment que cette opinion est entièrement dénuée de fondement. Règle générale, les déplacements et les flexions de l'utérus n'apportent de troubles dans la menstruation qu'autant qu'il y a en même temps une métrite.

La métrite aiguë, par la nature même des causes telles que des accouchements, des fausses couches, etc., etc., donne rarement l'occasion d'observer la marche de la menstruation.

C'est en étudiant cette marche dans la métrite chronique ou sub-aiguë, que l'on peut se faire surtout une juste idée de la nécessité, sur laquelle nous avons déjà insisté, de séparer ce qui appartient, dans la menstruation, aux ovaires, de ce qui appartient à l'utérus. Règle générale, dans toutes les formes de métrite chronique ou sub-aiguë, l'acte physiologique de l'ovulation continue tant qu'il ne subit pas la loi générale que nous développerons par la suite, en vertu de laquelle cet acte s'arrête sous l'influence de l'action prolongée des causes affaiblissantes telles que : une longue diète, des pertes de sang considérables, différentes affections chroniques accompagnées d'abondantes évacuations et conduisant au marasme, etc.

Toutefois, les conséquences du molimen menstruel provoqué physiologiquement par les ovaires ne sont pas absolument les mêmes dans les différentes formes de métrite et sont subordonnées à l'état anatomique de l'utérus.

M. Duparcque a le premier décrit avec soin les deux principales formes anatomo-pathologiques auxquelles on peut réduire la plupart des variétés d'engorgement utérin, et en particulier l'engorgement inflammatoire. Il les distingue sous le nom d'*engorgement mou* ou *hémorrhagique* et sous celui d'*engorgement dur* (1).

Dans l'engorgement mou, le tissu de l'utérus, ou, ce qui arrive peut-être plus souvent, celui du col, paraît d'un rouge foncé et il semble que le sang coule de sa surface comme par regorgement ou par expression. Dans une période plus avancée, lorsque l'affection passe décidément à l'état chronique, la portion malade est changée en quelque sorte en un *tissu caverneux dont les aréoles sont remplies de sang.* Le parenchyme utérin est réduit en une masse de filaments fibro-celluleux et vasculaires se déchirant avec la plus grande facilité, perdus au milieu du sang coagulé qui s'y est infiltré.

Nous avons recueilli six observations de cette forme de métrite sub-aiguë. Cinq fois l'affection paraissait être bornée au col. Dans toutes ces observations les règles étaient plus abondantes que de coutume et duraient plus longtemps. La moindre excitation locale, une simple exploration des organes sexuels à l'aide du spéculum, quelquefois même le toucher seul suffisent déjà pour faire couler le sang. Une simple émotion morale produit d'autres fois le même effet. De telle sorte qu'il suffit que le véritable molimen menstruel ne s'annonce pas chaque fois avec des caractères bien tranchés, pour qu'il soit facile de ne plus reconnaître la véritable menstruation au milieu de toutes ces hémorrhagies se répétant avec tant de facilité, et de la confondre ainsi avec les pertes ordinaires. Les malades font encore plus facilement cette confusion, seulement ils la font dans un sens inverse, et croient que ce sont leurs règles qui reviennent à chaque instant.

L'état de l'utérus décrit dans ces dernières années sous le nom de *fongosités de la cavité utérine*, pourrait bien n'être autre chose qu'une des formes de l'altération que nous venons de décrire ; les parois de l'utérus y sont également ramollies et imprégnées de sang, et les malades ont des pertes abondantes et répétées, de sorte qu'il est aussi très-difficile de distinguer au milieu d'elles les véritables époques menstruelles. Ce qui semble prouver que dans cet état de l'utérus il doit y avoir également de la diminution de consistance dans les parois, c'est la facilité avec laquelle on réussit parfois à enlever, par le grattage, des parcelles de la membrane interne imbibées de sang.

Il n'y a pas longtemps encore, un de nos jeunes chirurgiens les plus distingués, M. le docteur Richard, fit part à la Société de chirurgie d'un accident arrivé à un autre chirur-

(1) Valleix, *des Déviations utérines*, p. 93.
(2) Ouvrage cité, p. 83.
(3) Ouvrage cité.

(1) *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice.*

gien, qui semble mettre hors de doute cette diminution de consistance.

Le confrère dont parlait M. Richard, voulant gratter avec une curette l'intérieur de la cavité utérine pour remédier aux hémorrhagies, perfora sans s'en douter les parois de l'utérus et fit sentir à M. Richard la présence de la curette au dehors, à travers les parois abdominales. Le même accident était arrivé déjà plusieurs fois, à ce qu'il paraît, au même chirurgien sans avoir eu d'autres résultats fâcheux. Si le grattage avec la curette réussit quelquefois à faire cesser les hémorrhagies de cette espèce, ne serait-ce pas plutôt grâce à des contractions qu'il provoque dans les parois de l'utérus, qu'à la destruction des fongosités dont l'existence ne paraît pas être constante et est même niée par quelques chirurgiens (1)?

Les retours périodiques du molimen menstruel ajoutent chaque fois une nouvelle excitation, font affluer davantage le sang vers les parois de l'utérus et alimentent ainsi le mal. C'est là un des effets les plus évidents de la menstruation sur le cours de cette affection ; les règles donnent ainsi souvent le signal du retour des hémorrhagies, lesquelles semblaient déjà vouloir s'arrêter quelques jours avant.

(La suite au prochain numéro.)

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1855, n° 15.

CHIMIE MÉDICALE.

De la présence du manganèse dans le sang, et de sa valeur en thérapeutique.

Par M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon.

Le manganèse existe-t-il dans le sang?

Le manganèse a-t-il une valeur réelle en thérapeutique?

Ces deux questions, que nous avions précédemment abordées, viennent d'être traitées contradictoirement ; nous allons, en conséquence, essayer de les rétablir dans leur véritable sens :

Le manganèse accompagne presque toujours le fer dans ses minerais. — Il fait partie des terres arables, et, comme ce dernier, il paraît indispensable à la nutrition et au développement d'un grand nombre de plantes. — On rencontre le manganèse dans les cendres de la plupart des végétaux qui servent à la nutrition de l'homme et des animaux.

M. Herapoth (*Archiv. de Pharm.*, t. LXIII, p. 51) a trouvé le manganèse dans les cendres du chou-fleur et des pommes de terre, dans celles de la rave commune, de la rave de Suède, de la betterave et de la carotte.

M. Richardson (*Journal für prakt. Chemie*, t. XLII, p. 319) donne une analyse des cendres de sucre brut, de la canne à sucre et de la mélasse, où figure le manganèse. — D'après le duc de Salm Hortsmar (*Ouv. cit.*, t. XLVI, p. 193), le manganèse est indispensable à la végétation de l'avoine. — Les cendres du fourrage ordinaire renferment constamment le manganèse à côté du fer.

« Comme boissons, dit J. Liébig (dans sa 35me *Lettre sur la Chimie*, p. 250, année 1852), le thé et le café sont remarquables en ce qu'ils renferment du fer et du manganèse. Lorsqu'on évapore à siccité une infusion limpide de thé Pékoe ou Souchong, et qu'on incinère le résidu, on obtient des cendres, souvent colorées en vert par du manganate de potasse, et dégageant par conséquent du chlore au contact de l'acide chlorhydrique. La présence du fer et du manganèse est d'autant plus intéressante, que les réactifs les plus sensibles n'accusent pas le fer dans le thé.

« Une infusion de 70 grammes de thé Pékoe contenait 0,104 milligrammes de sesquioxyde de fer et 0,20 centigrammes de protoxyde de manganèse (Fleitmann). — M. Lehmann, de son côté, a trouvé 0,71 centigrammes d'oxyde de manganèse sur 100 gr. 77 centig. de cendre de thé Souchong.

« Les parties incombustibles ou les sels du sang, dit le célèbre chimiste allemand (*Ouv. cité*, p. 152, 153 et 154), sont les médiateurs des fonctions organiques par lesquels les aliments plastiques, comme les aliments de respiration, sont rendus aptes à entretenir la vie, et leur concours étant indispensable pour l'assimilation des aliments de l'économie, il est clair qu'aucune substance où manquent ces corps ne saurait entretenir la vie.

« Les pommes, les navets, et en général les plantes mangées par les herbivores, contiennent les mêmes éléments incombustibles, et presque dans les mêmes proportions que le sang de ses animaux. Les cendres du sang des granivores ont la même composition que les cendres des graines qu'ils mangent ; les éléments incombustibles du sang de l'homme et des animaux qui prennent une nourriture mixte, sont également contenus dans les cendres du pain, de la viande et des légumes. Le carnivore contient dans son sang les éléments de la chair qu'il mange. »

Et plus loin : « Le sang de tous les animaux présente invariablement une réaction alcaline, due à la présence d'un alcali libre incombustible. — C'est à cet alcali libre que le sang doit la propriété de dissoudre les oxydes de fer qui font partie de sa matière colorante, *ainsi que d'autres oxydes métalliques*, de manière à donner avec eux des liqueurs entièrement limpides. » (*Ouv. cité*, p. 156.)

L'exposé qui précède, du célèbre chimiste de Giessen, ne justifie pas seulement la présence du manganèse dans le sang de l'homme et des animaux, mais il démontre de plus, *à priori*, que le manganèse se trouvant dans les cendres des aliments de l'homme, il doit forcément se trouver dans son sang.

Et en effet Vauquelin assure avoir toujours trouvé le manganèse à côté du fer dans les poils et les cheveux (*Chimie gén.* de Pelouze et Frémy, t. III, p. 817.)—Berzélius (dans son *Traité de Chimie*, t. VII, p. 474) dit que le résidu de la calcination des os renferme des traces d'oxyde de fer et d'oxyde de manganèse. (*Ouv. cité*, p. 152.) Le même chimiste signale le manganèse dans le résidu du suc gastrique desséché, toujours en compagnie du fer. — Gmelin fait, de son côté, la même remarque ; — John le signale dans l'épiderme.

Même dans le rachitisme, les os, d'après de Bibra, contiennent toujours du fer et du manganèse ; ce chimiste a en effet, constaté la présence de ces deux métaux dans le crâne, le radius, le fémur et la rotule. (Pelouze et Frémy, t. III, p. 822.)

M. Marchand a également trouvé le manganèse à côté du fer dans le fémur d'un homme sain. (*Annuaire de Chimie*, année 1848, p. 467.)

Le fer et le manganèse se trouvent également presque toujours dans le résidu des cendres de l'urine de l'homme et des animaux. MM. John et Lassaigne l'ont trouvé dans l'urine d'un cheval diabétique ; — Springel et de Bibra, dans l'urine de bœuf.

Il nous serait facile de trouver un beaucoup plus grand nombre de citations semblables et tout aussi probantes, mais en nous bornant à celles qui précèdent, nous n'en sommes pas moins autorisé à dire que, pour que tant d'éminents chimistes aient trouvé le manganèse dans les os, les poils, les cheveux, l'épiderme et l'urine, il faut nécessairement que ce métal existe dans le sang, par lequel il a fallu que ce corps passât forcément pour se rendre dans les os, les poils, les cheveux, l'épiderme et l'urine.

Or, c'est, en effet, ce qui arrive : Burdach, après avoir parlé de la présence de la silice et du manganèse dans nos organes (*Physiologie*, t. VIII, p. 26), ajoute que, si la silice et le manganèse n'ont pas encore été démontrés dans le sang, il faut s'en prendre à leur petite quantité. (*Ibid*, p. 463.)

Toutefois, Wurzer, en 1830, signala catégoriquement ce dernier métal dans le résidu de la calcination du sang. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1849, p. 177.) — En 1844, M. Marchessaux indique le manganèse parmi les éléments chimiques du sang. (*Anatomie générale*, p. 159.) — D'après Berzélius, Wurzer assure avoir trouvé, dans l'oxyde de fer provenant des cendres du sang de bœuf, un tiers de son poids d'oxyde manganique ; le célèbre chimiste suédois trouve pourtant cette quantité trop élevée. (*Traité de Chimie*, t. VII, p. 60.)

Enfin, dans l'année 1848, M. E. Millon adressa à l'Institut un Mémoire ayant pour titre : *De la présence normale de plusieurs métaux dans le sang de l'homme, et de l'analyse des sels fixes contenus dans ce liquide.* (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. XXVI, p. 41.) — Dans ce travail, M. Millon donne l'exposé d'une nouvelle méthode analytique, qui permet, dit-il, d'isoler avec la plus grande facilité la partie saline incombustible du sang, « et à l'aide de laquelle on constate, en effet, que le sang de l'homme contient constamment de la silice, du manganèse, du plomb et du cuivre. » — Dans 100 parties de résidu insoluble des cendres du sang, il a trouvé que

La silice varie de	1	à	3	pour 100.
Le plomb —	1	à	5	—
Le cuivre —	0,5	à	2,5	—
Le manganèse—	10	à	24	—

Comme on le voit, le manganèse figure ici en beaucoup plus grande quantité que les deux autres métaux et la silice.

M. Millon continue en donnant le détail de diverses opérations qui lui ont permis d'établir que le manganèse se fixe avec le fer dans les globules. Le travail de M. Millon fut l'objet d'un article critique d'un chimiste, M. Melsens, sous ce titre : *De l'absence du plomb et du cuivre dans le sang* (*Annales de chimie et de physique*, 3me série, t. XXIII, p. 358) ; « dans lequel ce dernier dit *qu'il passerait volontiers le manganèse à M. Millon*, s'il lui avait prouvé qu'il ne s'était servi ni de vases de porcelaine, ni de verre; mais quant au cuivre et au plomb, il les niait de la manière la plus absolue. »

Observons pourtant en passant, *à titre de réflexion et de renseignement*, qu'après la négation si nette de M. Melsens à l'égard du plomb et du cuivre, M. Deschamps déclare que le dernier métal existe dans les cendres du sang. Et de plus, MM. Malagutti, Durocher et Sarzeaud, dans un travail sur le sang de bœuf, sont arrivés au même résultat. (Voir leur travail intitulé : *De la présence du cuivre, du plomb et de l'argent dans les eaux de la mer, et sur l'existence de ce dernier métal dans les êtres organisés*, comptes rendus, t. XXIX, p. 780, et *Annales de chimie*, 3me série, t. XXVIII, p. 129.)

Après M. Millon, le docteur Hannon, de Bruxelles, constata de nouveau par l'analyse la présence du manganèse dans les globules du sang humain, et il partit de ce fait scientifique pour proposer le manganèse comme succédané du fer dans les cas de chlorose, où ce dernier métal reste souvent impuissant.

De notre côté, et sur la demande de M. le docteur Pétrequin, qui employait aussi avec succès, depuis près de quatre années, les préparations de manganèse dans la chlorose, nous reprîmes en juin 1851 les analyses de MM. Millon et Hannon ; et, comme eux, nous trouvâmes du manganèse en quantité notable dans le caillot du sang humain.

Les mêmes essais, tentés par M. Glénard, l'ont conduit à nier l'existence normale du manganèse dans le sang, par cette raison que ce professeur n'a trouvé qu'une seule fois, dit-il, nettement ce métal dans le sang humain, bien qu'il ait analysé par divers procédés le sang de quarante individus d'âge, de sexe, de tempérament divers.

Le travail de M. Glénard se divise en deux parties : la première comprend l'analyse des faits chimiques qui ont motivé, d'après lui, l'emploi thérapeutique du manganèse ; nous y reviendrons plus loin. — Dans la deuxième partie, M. Glénard donne l'exposé d'un travail chimique qui, nous nous empressons de le dire, nous a paru fait avec toute la bonne foi désirable, bien que nous ne puissions pas en accepter les conclusions. Nous n'aurons à faire ici qu'une seule observation : M. Glénard, dans son argumentation contre les faits allégués par MM. Millon, Hannon et nous, s'appuie surtout sur l'autorité de M. Melsens pour démontrer que le sang ne contient pas habituellement du manganèse. Or, ainsi que nous l'avons démontré plus haut, en répétant ses propres paroles, M. Melsens n'a jamais nié positivement la présence du manganèse dans le sang. Quant au cuivre et au plomb, les chimistes qui se souviennent de cette discussion scientifique, n'ont certainement pas oublié en quels termes énergiques M. Melsens nia la présence normale ou même fréquente de ces deux métaux dans le sang.

Or, M. Glénard répétant aujourd'hui les mêmes essais analytiques que M. Melsens, et dans le même but que ce dernier, arrive à une conclusion toute différente; car, tandis qu'il ne trouve qu'une fois et à grand'peine le manganèse, il trouve, au contraire, toujours ou presque toujours, et très-nettement, le plomb dans ses nombreux essais analytiques. — Ce dernier résultat est intéressant au point de vue scientifique d'abord, et, d'autre part, parce qu'il donne *raison à M. Millon contre M. Melsens*. Mais, en ne lui accordant pas une attention plus grande et en glissant si rapidement là-dessus, M. Glénard ne semble-t-il pas avoir craint d'enlever la plus grande partie de leur valeur aux arguments qu'il emprunte au travail de M. Melsens?

Nous avons lu avec la plus grande attention le travail de M. Glénard et les critiques qu'il nous adresse, comme à tous ceux qui croient à l'existence normale du manganèse dans le sang humain, et nous avouons tout d'abord que cette lecture, pas plus que les faits sur lesquels reposent les arguments de M. Glénard, n'ont ni changé, ni modifié notre manière de voir. — Pour nous, le manganèse, en petite quantité, il est vrai, n'a pas cessé de faire partie des principes constituants du sang.

C'est là un point sur lequel nous reviendrons, du reste, un peu plus tard.

L'essai analytique, fait par M. Glénard sur le sang d'un homme de Romanèche (où il existe, comme on le sait, des mines de manganèse), ne pouvait apporter aucune lumière dans la question au point de vue où elle est placée à nos yeux ; car, en effet, si le sang dans lequel M. Glénard a trouvé du manganèse eût appartenu à l'homme de Romanèche, il se serait certainement cru autorisé à s'appuyer sur ce fait pour nous dire que le manganèse n'était qu'un accident dans le sang, à l'exemple d'une foule d'autres substances qui peuvent s'y trouver après avoir été fortuitement, ou de toute autre manière, introduites dans l'économie ; or, c'est là ce que nous ne saurions admettre.

Nous ne sommes pas seuls, du reste, en opposition avec les conclusions du travail de M. Glénard.

Ainsi, par exemple, la *Gazette médicale de Milan* (dans son numéro du 14 août 1854) « reproche à M. Glénard d'avoir omis de citer à point les expériences analogues aux siennes, publiées depuis douze années par l'illustre professeur de Kramer, dans un Mémoire spécial qui a pour titre : *Ricerche per discoprire nel sangue, nell'urina ed in varie altre secrezioni animali le combinazioni minerali somnistrate per Bocca* (1). »

M. de Kramer expose « comment il a, quoique à petites doses, toujours pu trouver le manganèse dans le sang d'un grand nombre d'individus, et il en conclut *que le sang normal contient constamment ce métal en petite quantité*. »

L'opinion de M. de Kramer, chimiste très-distingué de Milan, est d'autant plus importante qu'il a une très-grande habitude de semblables travaux, dans lesquels il a acquis depuis longtemps une habileté extrême, ainsi que le prouve son remarquable travail, fait en commun, en 1842, avec l'illustre professeur Panizza, *sur l'Absorption des poisons*.

Dans la première partie de son travail, M. Glénard, ainsi que nous l'avons dit plus haut, commence par donner l'exposé analytique des travaux de MM. Millon, Hannon et des nôtres; puis il continue ainsi :

« Voilà l'origine, l'explication de l'espèce de célébrité qu'a acquise tout à coup le manganèse en médecine. Telles sont les causes qui ont tiré ce métal de l'obscurité où on le laissait depuis longtemps, pour l'élever au rang de principe nécessaire à l'organisation animale, et lui faire jouer dans le sang un rôle que le fer remplissait seul jusqu'ici.

« Mais le manganèse conservera-t-il cette importance récente ? S'installera-t-il définitivement dans la place qu'on lui assigne? Peut-on admettre comme parfaitement établie l'idée de M. Millon, comme suffisamment concluants les faits qui lui servent de base ? »

M. Glénard se plaint de voir le manganèse élevé au rang de l'un des principes constituants de l'organisation animale; nous serons très-empressé, pour notre part, à effacer ici notre individualité; mais M. Glénard est-il bien certain d'avoir suffisamment établi les preuves du contraire, en face de l'autorité de chimistes, tels que Fourcroy, Vauquelin, Berzélius, Gmelin, John, Bibra, Marchand, Lassaigne, qui déclarent, d'une part, que le manganèse se trouve à côté du fer dans presque toutes les parties constituantes de l'économie animale et de la plupart de nos sécrétions; et de l'autre, de Burdach, Wurzer, Marchessaux, de Kramer, qui le signalent parmi les éléments du sang?

Pourrait-on admettre *à priori* que la présence du manganèse dans nos organes et dans nos fluides, ainsi constatée par tant d'hommes illustres, ne soit due qu'à des causes fortuites, et que ce métal ne se trouve là que comme par hasard?

Mais pour soutenir cette thèse avec quelque apparence de raison, il faudrait d'abord que nous fussions plus avancés dans la connaissance des phénomènes physiologiques et chimiques qui président à l'entretien de la vie et au développement de nos organes. — Ainsi, par exemple, le fer existe en quantité très-notable dans la matière colorante des globules sanguins, c'est là un fait acquis; eh bien! M. Glénard pourrait-il nous dire quel est le rôle que ce métal (rôle exclusif, selon lui) joue dans le sang, et de quelle manière il concourt à l'entretien de la vie? et sait-on même seulement sous quel état chimique le fer réside dans les globules du sang?

On nous a dit, d'autre part, et puisque l'occasion s'en présente, nous allons y répondre : Mais le fer et le manganèse ont une très-grande affinité l'un pour l'autre; ce sont deux inséparables. Or, ne serait-il pas possible que le fer de l'économie ne fût que du fer impur, contenant du manganèse? — Certes, la question, ainsi posée, pourra paraître un peu paradoxale aux yeux des chimistes, mais cela n'est pas notre faute, et nous répondrons simplement :

---

(1) Ce travail du professeur de Kramer se trouve dans le tome I des *Mémoires de l'Institut lombard* (Milan, 1842); recueil, ajoute le journaliste, que le chimiste de Lyon aurait bien fait de consulter.

Il est impossible d'admettre que nos organes (nous ne parlons pas de certains de nos fluides) puissent s'accommoder d'une substance étrangère à leur état constitutif, sans en être troublés dans leurs fonctions vitales et normales ; le contraire ne saurait être admis sérieusement en face de cette admirable harmonie qui constitue la vie normale, mais que la moindre cause de l'ordre physique comme de l'ordre psychologique suffit pourtant pour troubler. — Lorsqu'une substance quelconque, plomb, manganèse ou toute autre, existe ordinairement dans une partie quelconque de l'organisme à l'état de santé, c'est que sa présence y est nécessaire et qu'elle y concourt d'une manière ou d'une autre aux phénomènes vitaux.

Sous ce rapport donc, si le rôle physiologique de la petite quantité de manganèse relativement au fer, que contient l'économie, est loin d'être établi, il est vrai de dire que l'on ne connaît pas mieux le mode d'action de ce dernier, et que l'avenir seul pourra nous fixer à cet égard.

Suivant M. Martens, encore d'autre part, le manganèse n'entrant dans la constitution des globules sanguins qu'en quantité infiniment petite, il ne paraît point être nécessaire à la sanguification, et sous ce rapport il est inutile de s'en préoccuper.

Mais que voyez-vous donc de commun entre les merveilleux arcanes qui président à la vie et nos idées de poids, de quantité, de volume, etc. ?

Si les petites quantités, les quantités infinitésimales, ont souvent peu d'importance dans le règne inorganique, il ne saurait en être ainsi chez les êtres organisés. Quel est donc, avant la gestation, le poids de l'embryon qui doit donner naissance à l'animal de la plus forte espèce, et que croyez-vous que soit le poids des éléments qui le constituent ? Jugez pourtant du parti que la nature saura en tirer.

Quel est le volume d'une goutte d'eau ? et pourtant examinez-la au microscope solaire, et vous réfléchirez alors au poids des principes constituants de cette myriade d'êtres vivants, divers de forme et de taille, qu'elle renferme, qui s'y agitent en tous sens, suivant leurs propriétés instinctives, et dont la curieuse existence se relie très-certainement par des liens mystérieux à celle des animaux de l'ordre supérieur, jusqu'à celle de l'homme lui-même.

Pour en revenir au travail de M. Glénard, nous nous résumerons de nouveau (sans entrer plus avant, pour le moment, dans sa partie purement expérimentale) en disant comme précédemment :

1° Que le sang contient toujours du manganèse, en petite quantité, mais en quantité nettement appréciable ;

2° Qu'il ne saurait y avoir d'état chlorotique ou anémique par *défaut de fer*, de *manganèse* ou de *toute autre substance élémentaire* des *globules* du *sang* ; mais seulement que le sang des chlorotiques et des anémiques renferme moins de globules qu'à l'état de santé, sans que la constitution chimique de ces derniers paraisse modifiée en rien.

Mais supposons pour un instant que les choses soient ainsi que M. Glénard les a vues, et raisonnons dans cette hypothèse. Serait-on autorisé pour cela à mettre en doute la valeur thérapeutique du manganèse ? Et M. Glénard n'a-t-il pas obéi à son insu à un sentiment étranger, lorsqu'il a écrit ces mots : « Voilà l'origine, l'explication de l'espèce de célébrité qu'a acquise tout à coup le manganèse en médecine ; » et en ajoutant après : « Mais le manganèse conservera-t-il toujours cette importance récente ? »

Mais, de ce que nous nous serions réellement trompé, après tous nos illustres devanciers, et que le manganèse ne se trouverait jamais dans le sang humain, ce métal serait-il devenu pour cela incapable de guérir la chlorose, ainsi que cela découle *forcément* et *logiquement* de vos appréciations écrites ?

Evidemment non. — Le fer est jusqu'à ce jour le véritable spécifique de la chlorose. Or, pourrait-on nous dire comment ce métal s'y prend pour la guérir ? Nullement ; car nous ne sommes pas même certains que le fer, administré dans la chlorose et l'anémie, soit assimilé de manière à concourir directement à la régénération des globules du sang.

Ce n'est que sous toutes réserves que notre savant confrère, M. Quevenne, hasarde sur ce point, par déduction de ses belles et patientes observations, une théorie nouvelle dans le plus intéressant travail qui ait jamais été publié sur la médication ferrugineuse. (Voir l'analyse de ce travail, *Gazette Médicale de Paris*, n° du 26 août, p. 517.)

Pour démontrer combien il est difficile de résoudre la question de l'assimilation directe du fer, il nous suffira de rappeler que ce métal n'est capable de guérir la chlorose que sous la condition que le malade reçoit, en même temps que la médication ferrugineuse, une nourriture abondante, azotée et réparatrice. Or, en supposant l'état chlorotique le plus exagéré, la quantité de fer contenue dans les aliments absorbés par un malade adulte, dans l'espace de deux mois, par exemple, en supposant qu'elle eût servi tout entière à former des globules sanguins, serait suffisante pour avoir fait passer dans ce même espace de temps le même malade à l'état pléthorique le plus complet ; — et comme il est hors de doute que l'administration du fer coïncide avec le développement de nouveaux globules sanguins, on est forcé de se demander, dans l'état actuel de la science, quel est ici le fer qui va se fixer dans les globules régénérés ; est-ce celui que l'on administre directement au malade, mélangé à ses aliments, ou bien est-ce le fer contenu dans les aliments eux-mêmes ?

Mais à côté de ces raisonnements théoriques, toujours discutables, il y a des observations cliniques plus difficiles à renverser et même à mettre en doute.

Or, si le manganèse ne mérite pas, comme le dit M. Glénard, l'importance qu'il a acquise en médecine, il faudra forcément en conclure que M. Pétrequin a mal vu et mal observé, et que son travail, si remarquable, sur l'emploi thérapeutique du manganèse, n'est qu'une erreur, un jeu de l'esprit ! (Voy. *Gaz. méd.*, 1849, et *Bulletin thérap.*, 1852.)

Il faudrait aussi faire peser cette étrange accusation sur MM. Gensoul, Montain, Gubian, Richard de Nancy, Desgaultières, à Lyon ; Godefroy, à Vienne ; Guilland, à Chambéry ; Blanc et d'Espine, à Aix en Savoie, etc. (Voy. *Bulletin thérapeutique*, mars 1852.) Il faudra dire également que MM. Bonnaric, médecin de l'Antiquaille, Célestin Perrin et Paul Delorme, qui ont publié des guérisons remarquables, se sont trompés en croyant avoir guéri leurs malades avec des préparations ferro-manganiques !.. (1) Enfin, MM. Gromier, Leriche, Keisser, Bouchet, Brevard, Chatin, Guichon, etc. (2), qui tous ont employé, les uns le manganèse, les autres les préparations de fer et de manganèse, se seraient trompés de même pour être agréables aux partisans de la médication manganifère ! !..

Évidemment une pareille thèse est insoutenable. Nous pourrions ajouter ici les témoignages d'un très-grand nombre de praticiens distingués des départements, qui ont eu beaucoup à se louer des préparations ferro-manganiques. Nous n'en citerons que quelques-uns ; MM. Bouillé, Bienaymé et Darnault, médecins à Semur (Côte-d'Or), déclarent « avoir *obtenu les meilleurs résultats* avec les préparations ferro-manganiques dans tous les cas qui nécessitent l'emploi des ferrugineux. » — M. Choisy, médecin à Chantelle (Allier), en dit autant (3) ; M. Sabatier, médecin à Béziers, accorde une préférence marquée aux préparations ferro-manganiques (4), de même que M. Baraduc (5), médecin à Latour (Puy-de-Dôme). M. Brunache, médecin au Val, près Brignoles (Var), n'est pas explicite sur ce point (6).

Voici comment M. Grillet, médecin de l'hospice de Gex (Ain), mo-

(1) M. C. Perrin établit que « l'adjonction du manganèse rend la médication martiale plus énergique. » (Voyez *Revue médicale*, 15 février 1853.)
M. Bonaric conclut de sa propre expérience que « l'on a eu raison de dire que l'introduction des préparations ferro-manganiques dans la thérapeutique était une des plus importantes conquêtes de la médecine contemporaine. » (Voyez *Journal des Connaissances médic.-chirurg.*, 1er novembre 1853.)

(2) Nous avons entre les mains tous les témoignages écrits que nous citons ; et nous les tenons à la disposition des médecins qui voudraient les consulter.

(3) « Il est avéré pour moi que les préparations ferro-manganiques ont droit à prendre rang parmi les agents regardés comme reconstitutifs du sang, toutes les fois qu'on aura à réparer un appauvrissement dans la quantité ou la qualité des globules sanguins. » CHOISY.

(4) M. Sabatier affirme « avoir guéri par l'association du manganèse au fer, selon les formules de M. Pétrequin, des chlorotiques et des anémies *dont l'affection avait résisté* aux ferrugineux simples. »

(5) M. Baraduc annonce « avoir employé souvent dans sa pratique les préparations ferro-manganiques avec un succès marqué sur les ferrugineux simples, et avoir observé que l'addition du manganèse a pour effet *bien constaté* dans la chlorose de rendre beaucoup plus rares les cas de récidive auxquels les malades traités par le fer seul sont malheureusement très-souvent exposés. »

(6) « En faisant, dit M. Brunache, connaître au monde médical le résultat de ses recherches sur le manganèse comme adjuvant du fer, M. Pétrequin a rendu un service immense aux praticiens et à cette classe de malades qu'on appelle chloro-anémiques ;... — il a su faire l'application pratique de la découverte du manganèse dans les humeurs de l'homme, et il a tourné au profit de l'humanité ce fait annoncé par la chimie. » — Après avoir cité une guérison fort remarquable de chlorose, M. Brunache ajoute : « J'ai eu souvent recours aux préparations ferro-manganiques, et toujours j'ai obtenu le même succès. »

tive son opinion : « Depuis deux ans j'emploie les préparations ferro-manganiques ; elles ont été très-avantageuses chez tous les chlorotiques qui en ont fait usage.

« Des chloroses réfractaires au fer seul ont été guéries en assez peu de temps par le fer et le manganèse réunis.

« En adjoignant la poudre aux autres préparations, la constipation, qui est la règle avec les ferrugineux seuls, devient alors une exception très-rare.

« Je considère le manganèse comme le plus utile adjuvant du fer.» (Grillet, juillet 1853.)

Les autorités médicales les plus imposantes (1) viennent déposer dans le même sens. Dans un Mémoire, lu à la Société de médecine de Bordeaux par M. Costes (sur l'action thérapeutique des préparations de fer), le lecteur impartial sera, comme nous, frappé de ces paroles : « Il est des cas, mais que je ne saurais déterminer par avance, où l'appauvrissement du sang ne se laisse pas réparer par les préparations martiales seules, et *qui indiquent d'une manière plus spéciale des combinaisons avec le manganèse.* » (*Journal de Médecine de Bordeaux*, juin 1854, et *Bulletin de Thérapeutique*, 15 août 1854.)

Ajouterons-nous que M. le professeur Stœber, de Strasbourg, fait mention d'une chlorose chronique, rebelle à l'action du fer prescrit sous toutes les formes, et qui céda facilement à l'administration du manganèse ?

Nous ne devons point omettre l'intéressant travail du professeur Gintrac, de Bordeaux, qui a vu un cas de chloro-anémie grave, compliquée d'anasarque et d'ascite, céder à l'emploi du sulfate de manganèse; ses conclusions sont trop importantes pour ne pas être rappelées :

« Au sulfate de manganèse seul revient l'honneur de la guérison.

« Le manganèse doit être regardé comme succédané et comme adjuvant du fer; il est réparateur et régénérateur du sang, dont il fait partie intégrante. » (*Journal de Médecine de Bordeaux*, avril 1853.)

Les témoignages les plus probants sont venus de toute part corroborer les conclusions posées par M. Pétrequin : « Le manganèse, dit M. Barthez, partage les propriétés du fer... ; il paraît agir particulièrement sur l'appareil vasculaire sanguin. » (*Guide aux eaux de Vichy*, 1851.)

M. L'Héritier écrit de son côté : « L'analyse nous a-t-elle fait connaître qu'une eau minérale contient du fer et du manganèse? nous l'opposons aussitôt à la dyscrasie anémique ou chlorotique. » Il les considère comme des modificateurs qui agissent puissamment sur l'organisme, quelque peu abondants qu'ils se trouvent dans les eaux minérales. (*Eaux de Plombières*, 1853, p. 48.)

M. Patissier, dans son savant rapport à l'Académie de médecine, sur les établissements thermaux de France (12 novembre 1853), établit que l'association du manganèse au fer dans les eaux minérales de Cransac (Aveyron), leur donne des propriétés éminemment toniques; — on les emploie (source haute) avec beaucoup de succès pour combattre la chlorose, l'aménorrhée, la leucorrhée, les hémorrhagies passives, le scorbut, divers accidents hystériques, certaines formes de scrofules, etc.

L'expérience éclairée de M. Prunelle a mis en relief l'efficacité des combinaisons ferro-manganiques contre la cachexie qui complique les obstructions de la rate : « Il y a quelques années, les engorgements de la rate, si nombreux à Vichy dans la population indigente qui s'y presse, ne présentaient presque jamais de diminution sensible, mais les digestions des malades et leur santé se rétablissaient. On les abreuvait de bicarbonate de soude, et leur rate ne se dissolvait pas. Depuis qu'une source ferroso-manganique (source Lardy) a été ajoutée à celles que possédait Vichy, *on obtient des résultats beaucoup plus satisfaisants*, quant au retour de la rate vers son volume normal.»— « J'ai, ajoute M. Durand-Fardel, j'ai assisté moi-même à ce dernier ordre de faits. » (*Eaux de Vichy*, 1851, p. 34.)

M. Dupraz a constaté aussi que, dans les obstructions de la rate et du foie, on se trouve beaucoup mieux des eaux alcalines d'Evian, lorsqu'on leur associe les eaux d'Amphion, qui sont ferro-manganifères (2). (*Essai sur les sources d'Evian*, 1854.) M. Andrier avait déjà fait la même remarque. (*Eaux d'Evian et d'Amphion*, 1848.)

(1) Nous ferons remarquer que dans les deux Amériques, et surtout aux États-Unis, on fait un large emploi des préparations manganiques et ferro-manganiques et que les médecins se louent beaucoup de leur usage.

(2) « Je suis convaincu, écrivait M. Pétrequin en 1852, que partout où le fer se montre en quantité notable, le manganèse y existe aussi, *et qu'en le cherchant mieux* on le rencontrera dans plusieurs parties où il n'a pas encore été soupçonné. » (*Bullet. thérap.*, mars 1852.) Cette prévision s'est déjà vérifiée pour plusieurs eaux minérales. — MM. Viale et Latini, professeurs à l'Université de Rome, viennent aussi de le démontrer pour l'urine et la sueur, à l'aide d'analyses chimiques rigoureuses.

En résumé, il est donc ajourd'hui démontré, comme l'avait indiqué M. Pétrequin, que les combinaisons ferro-manganiques jouissent d'une efficacité toute spéciale dans les maladies du sang (chlorose, hémorrhagies passives, scorbut, etc.), dans les troubles de la menstruation (dysménorrhée, aménorrhée, flueurs blanches), dans les affections nerveuses de l'appareil digestif (dyspepsie, gastralgie, etc.), dans les cachexies qui compliquent les obstructions viscérales, comme celles du foie ou de la rate ; enfin dans les maladies chroniques (1) qui ont débilité l'organisme, comme les fièvres paludéennes, etc.

Les réflexions, vraiment décisives, que ces faits inspirent à l'habile rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*, sont bien propres à saisir tous les esprits non prévenus : « D'après, dit-il, les faits connus de l'emploi du manganèse, ses propriétés réparatrices et régénératrices du sang ne sont plus douteuses, et sa place est marquée d'orres et déjà dans les nouveaux formulaires, à côté du fer, comme son succédané et son adjuvant.

« . . . . Nous demanderons même si *sa place ne serait pas plutôt avant le fer, et si ses propriétés reconstitutives ne seraient pas plus sûres et plus énergiques que celles de ce dernier agent?* » (*Bulletin de Thérapeutique*, 15 juillet 1853.)

Certes, après de pareils témoignages et cet ensemble d'autorité, le moindre doute ne saurait subsister; la démonstration est complète, et tout argument nouveau semble superflu. Mais nous avons à cœur de convaincre les plus incrédules. Écoutons encore M. Delarue, médecin de l'hospice des vieillards, à Bergerac; voici comment il présente la question à son point de vue particulier : « Le manganèse, dit-il, vivement recommandé à l'attention médicale par MM. Hannon et Martin Lauzer a été pour M. Pétrequin l'occasion d'une heureuse et féconde initiative. — Empreints d'une expérience sûre et raisonnée, les travaux du savant professeur de Lyon sont appelés à combler bien des lacunes en thérapeutique. L'emploi du manganèse, comme adjuvant du fer, aura bientôt, nous le croyons, conquis tous les suffrages, malgré les obstacles si nombreux qui tendent sans cesse à empêcher la propagation de la vérité. »

« Quant à nous, nous avons déjà plusieurs fois constaté au lit des malades l'exactitude des assertions de notre honorable confrère : un certain nombre de chloroses notamment, qui avaient résolûment résisté tant que nous ne leur opposions que le fer, ont disparu comme par enchantement sous l'influence du fer et du manganèse associés ensemble. »

M. Delarue cite ensuite une observation intéressante de chlorose confirmée, datant de six mois : « Après un grand mois de tentatives infructueuses par les ferrugineux, dit M. Delarue, nous prescrivîmes le manganèse avec le fer, suivant les formules de M. Pétrequin. En moins de huit jours, tous les symptômes s'amendèrent; bientôt la guérison fut entière. (*Revue de thérapeutique médico-chirurg.*, nº du 15 septembre 1854, et *Bulletin thérapeutique*, nº du 15 octobre 1854.)

Nous terminerons donc en disant que si M. Glénard se croit suffisamment autorisé à nier l'existence normale du manganèse dans le sang, en mettant à néant ce qui avait été établi, même avant M. Millon, par les hommes les plus compétents, il est parfaitement libre de prendre cette responsabilité; mais, quant à vouloir partir de cette opinion pour donner à douter de la valeur thérapeutique du manganèse, nous dirons que cela n'est pas possible, parce qu'il est incontestablement et définitivement acquis aujourd'hui à l'art de guérir, que son administration dans l'anémie et la chlorose facilite la régénération des globules sanguins, et que, sous ce rapport, rien ne saurait faire déchoir le manganèse du rang thérapeutique où l'ont placé les travaux remarquables de MM. Hannon et Pétrequin, appuyés par les observations pratiques recueillies depuis par un très-grand nombre de praticiens distingués de tous les pays.

Utilité des préparations de cannelle, principalement dans la métrorrhagie.

Par M. le docteur Chomier.

Observation III. — *Métrorrhagie symptomatique d'un cancer ulcéré de l'utérus. — Inconvénients de l'ergotine. — Bons effets de la teinture de cannelle.*

Marie C..., âgée de quarante-six ans, blanchisseuse, mère de huit

(1) M. Pétrequin a fait une observation fort importante, à savoir que dans les scrofules et dans les maladies chroniques des os, comme la carie, le spina ventosa, etc., l'adjonction des iodures ferro-manganeux augmente beaucoup l'efficacité des anti-scrofuleux et de l'huile de foie de morue. Nous savons qu'on doit à cette combinaison des cures inespérées.

enfants, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Tessier, le 18 novembre 1854. Cette femme, qui a eu toute sa vie de grandes fatigues à supporter et qui, dans ces dernières années surtout, a éprouvé de violents chagrins, a commencé à éprouver, il y a neuf jours, une douleur sourde et gravative, quelquefois lancinante, dans l'excavation pelvienne. A la même époque et pour la première fois, léger écoulement vaginal; puis pendant cinq mois suppression des menstrues, à laquelle ont succédé des métrorrhagies graves et fréquentes. La malade présentait tous les symptômes locaux et généraux du cancer ulcéré de la matrice : douleurs térébrantes et pongitives, se faisant sentir surtout profondément vers la région anale, tiraillement douloureux dans les aines, à la vulve et à la partie interne et supérieure des cuisses. La station, la marche et la défécation augmentaient toutes ces souffrances. Ecoulement continuel par la vulve de matières sanieuses, brunes, d'une fétidité repoussante; expulsion à chaque instant de caillots de sang noirs, volumineux, à demi putréfiés. Lèvre postérieure du col complétement détruite; le doigt pénétrait dans une excavation profonde, anfractueuse, à bords déchiquetés, d'où s'élevaient des fongosités mollasses. La malade présentait en outre tous les symptômes de la cachexie cancéreuse : appétit faible, digestions lentes, difficiles, constipation opiniâtre, pâleur des muqueuses, teinte hâve et blafarde de la peau, bouffissure de la face, amaigrissement extrême, bruit de souffle dans les carotides.

Le 19 novembre, dans le but de modérer les souffrances et de rendre moins abondant l'écoulement sanguin, qui était continu, nuit et jour, M. Tessier prescrivit une potion avec 0,50 d'ergotine et 15 grammes de sirop de diacode et un suppositoire olivaire composé de : extrait de belladone et extrait thébaïque, de chaque, 2 centigrammes. L'ergotine, administrée pendant quatre jours consécutifs réussit merveilleusement à modérer la perte de sang; malheureusement elle avait déterminé des coliques utérines si violentes, malgré l'emploi des suppositoires calmants, qu'on se vit obligé d'en suspendre l'usage. Le 25, la perte ayant repris son cours habituel, M. Teissier ordonna une potion avec 2 grammes de teinture de cannelle et 10 gouttes de laudanum, en continuant l'usage des suppositoires. Au bout de quelque temps, on remplaça la potion par les prises suivantes : cannelle pulvérisée et limaille de fer, de chaque, 10 centigrammes; une prise avant chaque repas.

Sous l'influence de cette médication, la perte sanguine diminua très-rapidement; les souffrances devinrent très-supportables et permirent à la malade de goûter pendant la nuit quelques heures d'un sommeil réparateur; ainsi les fonctions digestives se relevèrent et les forces se rétablirent un peu. La malade, très-satisfaite de l'amélioration obtenue, quitta le service le 26 décembre.

Quelle est la raison de ces douleurs si vives causées par l'ergotine? On la trouve dans son mode d'action; elle n'agit qu'en déterminant vers l'utérus des contractions assez fortes qui tendent à dilater le col et produisent ici des tiraillements extrêmement douloureux sur cette partie enflammée et ulcérée. La teinture de cannelle jouit d'une efficacité aussi puissante, sans présenter ce grave inconvénient. Donnée en potion, à la dose de 2, 3 et 4 grammes, elle supprime souvent en très-peu de temps une métrorrhagie même assez forte. Dans tous les cas, on parvient, par son usage prolongé, à modérer très-sensiblement les pertes sanguines journalières qui existent chez presque toutes les femmes dans la deuxième période de l'affection cancéreuse du col; souvent même, on réussit à suspendre tout écoulement de sang pendant un temps plus ou moins long. La teinture de cannelle exerce, en outre, sur toute l'économie, cette influence heureuse que nous avons signalée en parlant de la chlorose : les malades reprennent un peu leurs forces, elles digèrent plus facilement et si, au moyen des stupéfiants, on a pu calmer les souffrances, on obtient, dans quelques cas, une amélioration assez grande pour donner à la malade l'espoir d'une guérison prochaine.

§ 3. *Métrorrhagies puerpérales.* — Tous les accoucheurs ont remarqué que chez les femmes grosses, une constitution débile ou détériorée, un tempérament lymphatique et nerveux, constituent une prédisposition puissante aux métrorrhagies. Les femmes lymphatiques, faibles, cachectiques, dont les tissus sont mous, la circulation languissante, qui ont une menstruation irrégulière et sont affectées de leucorrhée chronique, sont très-souvent, pendant leur grossesse, prises d'hémorrhagies, qui finissent par les faire avorter. « Chez elles, dit M. Cazeaux, la face est pâle, le pouls mou, petit, irritable, la langue blanche, les digestions pénibles, les intestins paresseux, les extrémités froides; le moindre exercice les fatigue, quelquefois même épuise leurs forces, et souvent cette fatigue s'accompagne de pesanteur, de tiraillements douloureux dans les reins et dans les aines; pour peu qu'elles soient restées longtemps debout, il leur semble que la matrice a besoin d'être soutenue et qu'elle est sur le point de s'échapper par le vagin et le rectum. Le traitement est ici clairement indiqué : on prescrit, pour prévenir l'accident, un régime tonique, les ferrugineux et les amers; la cannelle, conseillée dans ces cas par les auteurs, présente les mêmes avantages que chez les chlorotiques dont les menstrues sont trop abondantes.

Les femmes qui présentent cette constitution faible et délicate ne sont pas hors de tout danger lorsqu'elles ont pu arriver au terme de la grossesse : il est fréquent de voir survenir chez elles, immédiatement après la sortie du fœtus, une hémorrhagie souvent très-grave, causée par l'inertie de matrice, hémorrhagie d'autant plus redoutable qu'elle s'est déjà reproduite un plus grand nombre de fois. Il est important de prévoir cet accident, lorsque son existence dans les grossesses antérieures le fait redouter. C'est dans ce but que les accoucheurs donnent le conseil d'avoir recours, pendant les derniers temps du travail, à tous les moyens propres à réveiller la contractilité de l'utérus, avec pressions et frictions sur les parois abdominales; à l'application sur le ventre de compresses trempées dans un liquide froid et vinaigré, mais surtout à l'administration de 1 à 2 grammes de seigle ergoté, vingt ou trente minutes avant l'expulsion du fœtus. L'efficacité de l'ergot de seigle ainsi administré est incontestable; néanmoins, son emploi soulève quelques objections : il n'est pas toujours possible de déterminer l'heure précise à laquelle se terminera l'accouchement, et, en l'administrant trop tôt ou trop tard, on s'expose, soit à produire des contractions trop énergiques, soit à ne pas prévenir l'hémorrhagie. M. Teissier n'ose pas recourir au seigle ergoté par un autre motif encore, la crainte de déterminer la mort du fœtus par empoisonnement. Quoi qu'il en soit de cette dernière opinion, c'est une des raisons qui ont déterminé ce médecin à expérimenter la cannelle comme agent préventif de ce redoutable accident, et l'observation suivante montre la conduite qu'il suit dans le cas où la connaissance des antécédents fait redouter une hémorrhagie puerpérale.

Observation. IV — *Bons effets de la teinture de cannelle pour prévenir les hémorrhagies puerpérales; quatre accouchements successifs suivis d'une forte métrorrhagie; cinquième accouchement; administration de la teinture de cannelle, point d'hémorrhagie; suites naturelles.*

Madame C..., âgée de vingt-neuf ans; tempérament lymphatique sanguin, constitution assez bonne, mais à chairs molles et légèrement bouffies, devient enceinte pour la cinquième fois au commencement de 1854; les quatre premiers accouchements ont été faciles et naturels; mais chaque fois, immédiatement après la sortie du fœtus, elle eut une hémorrhagie utérine abondante que n'arrêta pas la délivrance. Cette métrorrhagie s'accompagnait de syncopes, de petitesse du pouls, de pâleur extrême, symptômes effrayants qui duraient environ six ou sept heures, malgré l'administration du suc de citron, de l'ergot de seigle, malgré la compression de l'utérus, et laissaient à leur suite une altération profonde de la santé et un état de chloro-anémie qui se prolongea pendant trois ou quatre mois.

En présence d'une cinquième grossesse, qui probablement devait se terminer de la même manière que les précédentes, M. Tessier donna le conseil de soumettre madame C... à l'emploi de la teinture de cannelle dès que le travail de l'accouchement serait commencé. Ce conseil fut suivi; madame C... accoucha à la fin de septembre. Dès les premières douleurs, on lui administra par cuillerée une potion contenant 4 grammes de teinture de cannelle. Six heures après, l'accouchement avait lieu; on fit la délivrance au bout d'un quart-d'heure; les lochies s'établirent ensuite d'une manière naturelle; il

n'y eut pas d'hémorrhagie, et madame C..., au bout d'une dizaine de jours, était parfaitement rétablie et jouissait d'une bonne santé, qui ne s'est pas démentie depuis cette époque.

Les fait sont encore trop peu nombreux pour permettre d'asseoir un jugement définitif sur la valeur de cette médication préventive, mais ils méritent l'attention des médecins, à cause de l'importance de cette partie de la thérapeutique obstétricale. Pendant les suites de couches, les femmes présentant cette malheureuse organisation sont encore très-fréquemment affectées de métrorrhagie; la perte est alors le plus souvent peu abondante, mais elle présente une certaine gravité, à cause de sa durée et à cause de l'état alarmant de chloro-anémie qu'elle détermine très-rapidement. La cannelle jouit encore ici d'une vertu merveilleuse.

(*Bull. de thérapeutique*).

Réfutation de l'opinion des médecins qui soutiennent que la puissance absorbante de la peau et des muqueuses est éteinte dans la période algide du choléra asiatique.

Par M. Thomas.

(*Extrait d'une Note lue à l'Académie des sciences.*)

L'auteur s'attache à prouver que l'opinion qu'il combat, désolante pour le médecin qu'elle condamne à l'inaction au moment du plus grand danger, n'est en aucune manière justifiée par les faits. Il annonce, en effet, avoir depuis 1852 recueilli grand nombre d'observations qui prouvent que la puissance d'absorption persiste chez des cholériques déjà depuis longtemps glacés ; il n'en rapporte d'ailleurs qu'une seule que nous reproduisons ici.

Pendant la seconde épidémie de choléra, à la Nouvelle-Orléans au printemps de 1833, épidémie dont l'excessive gravité égala celle de la première, qui avait eu lieu l'automne précédent et s'était terminée en hiver, madame T..., alors agée de vingt et quelques années, en fut atteinte on ne peut plus gravement. Le troisième jour, après des évacuations continuelles haut et bas, elle était au *summum* de la période algide. Le corps était réduit au marasme le plus complet, froid, recouvert d'une espèce de sueur glacée et poisseuse, les yeux à demi ouverts, ternes, enfoncés dans les orbites avec *facies* cholérique, cyanose envahissant une portion de la figure et plusieurs parties du tronc et des membres. Le pouls et la sensibilité étaient nuls depuis le matin (il était deux heures après midi); il n'y avait plus pour ainsi dire de vomissements ni de selles, mais une matière liquide analogue à de l'eau de riz, suintait continuellement par le coin de la bouche entr'ouverte, et on l'entendait également sortir par l'anus avec un bruit semblable à celui de l'eau mêlée de beaucoup d'air, s'écoulant du robinet ouvert d'une barrique presque vide. Elle était couchée sur le dos, paraissant sans connaissance, et ne donnant d'autre signe de vie qu'une respiration à peine sensible : l'haleine était froide, de même que la langue qui était large et plate.

Ce fut à ce moment qu'en désespoir de cause nous eûmes la pensée, le docteur Fortin et moi, d'essayer l'application du vésicant de Gondret sur le centre épigastrique. En conséquence, m'étant aussitôt procuré le remède, je l'étendis sur un linge arrondi, de la grandeur du creux de la main, l'appliquai au lieu désigné, et nous attendîmes.

La malade ne manifesta aucune sensibilité, pas plus au reste qu'elle n'en témoignait depuis la veille aux autres moyens excitants employés, tels que les frictions les plus irritantes et même les caustiques. Au bout de huit minutes, nous examinâmes l'endroit où était le vésicant, et à notre grand étonnement y trouvâmes une phlyctène complète ! L'épiderme enlevé, une légère couche de basilicum fut étendu sur un linge, saupoudrée de 3 centigrammes d'acétate de morphine, et maintenue sur la peau dénudée, au moyen d'un bandage approprié. On continua les remèdes usités pour réchauffer le corps, principalement les frictions aux membres exercées avec énergie, par plusieurs domestiques et par moi-même.

Il n'y avait guère plus d'une demi-heure que l'onguent saupoudré de morphine était appliqué, lorsque nous vîmes se manifester des symptômes évidents de narcotisme, caractérisés par une dilatation extrême de la prunelle survenue tout à coup, quelques spasmes ou convulsions légères aux mains, etc., preuves d'une faculté d'absorption encore extraordinairement énergique, sur un corps arrivé aux dernières limites de la vie. Je me hâtai d'enlever l'onguent morphiné, et d'en substituer d'autre sans morphine, mais n'enlevai pas cependant les quelques parcelles de ce sel restées sur la petite plaie de la peau dénudée. Par cette seule substitution, les signes de narcotisme cessèrent très-promptement, et ne tardèrent pas à être remplacés par un bon sommeil, pendant lequel et successivement les évacuations haut et bas s'arrêtèrent, le pouls qui n'existait plus reparut, la chaleur revint à la peau, etc.

A partir de ce moment, on cessa toute médication, enveloppant convenablement la malade pour ne pas troubler ce bienfaisant sommeil dont la durée dépassa quinze heures ; la réaction s'établit franchement et graduellement, sans secousses ni accidents quelconques, et le lendemain elle se réveilla à peu près en convalescence. Au bout de fort peu de jours, il ne restait d'une aussi affreuse maladie qu'une grande faiblesse accompagnée de maigreur, dont la diminution successive marcha rapidement, et amena dans peu de temps l'état normal. Madame T...., depuis ce moment, est restée bien portante et habite à présent Paris.

Traitement de la gangrène du poumon par les inspirations de vapeurs thérébentinées.

Le professeur Skoda a communiqué à la Société de physiologie et de pathologie de Vienne, un fait duquel il résulterait que les inspirations de thérébentine ont été suivies d'un résultat des plus avantageux chez un malade atteint de gangrène du poumon.

A cette occasion, le professeur Helm a informé ses collègues qu'il divise la gangrène pulmonaire en deux espèces : dans l'une la partie mortifiée serait principalement formée d'hydrogène sulfuré d'ammoniaque et de sulfhydrate de cette base, tandis que, dans l'autre, la portion sphacélée serait composée d'*acides gras volatils*. Il suppose que c'est contre cette dernière variété que la thérébentine peut être utile. (*Woch. der Zeitschr. der Aerzt. zu Wien*, n° 27.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Académie royale de médecine de Belgique. — Une des questions que l'Académie a proposées, pour le concours de 1855-1856, est ainsi conçue : « Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations sanguines dans les maladies fébriles? »

La Compagnie, statuant sur une demande d'explication faite sur cette question, a décidé, dans sa séance du 30 juin dernier, sur le rapport de sa deuxième section, qu'il faut entendre par *maladies fébriles* toutes les affections où il y a fièvre.

L'Académie a également décidé que les mémoires écrits en langue flamande seront admis à prendre part au concours.

Le secrétaire, D. Sauveur.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 96. 3e année. Vendredi 10 Août 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De la paralysie du mouvement des membres supérieurs.

Par le docteur Parmentier,

Ex-interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation (1).

INTRODUCTION.

La paralysie du mouvement des membres supérieurs est, de toutes les paralysies locales, celle qui offre le plus d'intérêt, après les paralysies de la face; cependant jusqu'ici elle n'a pas été suffisamment étudiée. L'histoire de cette paralysie est, en quelque sorte, un chapitre oublié dans les nosographies. Néanmoins les causes nombreuses et variées qui peuvent produire cette affection, font qu'elle intéresse, à la fois, le chirurgien et le médecin. Les pathologistes mentionnent seulement la paralysie du mouvement des membres supérieurs en traitant des diverses maladies dans lesquelles on l'observe; les causes et les symptômes de cette affection se trouvent épars dans les divers articles de leurs ouvrages; quant au diagnostic et aux moyens d'y arriver, ils renvoient, pour ainsi dire, le praticien aux livres d'anatomie et de physiologie. Toutefois il existe dans la science de nombreuses observations de paralysie du mouvement des membres supérieurs; plusieurs travaux ont été publiés tant sur les causes, les symptômes, le diagnostic et le traitement de cette affection; de sorte que les matériaux ne manquent pas pour en tracer l'histoire. C'est en effet à l'aide de ceux-ci et de plusieurs observations qui me sont propres, que je vais entreprendre d'écrire ce mémoire. Je m'étendrai surtout sur le diagnostic, sur les moyens d'arriver à déterminer quels sont les muscles paralysés; après avoir exposé dans une partie historique les divers travaux déjà publiés sur mon sujet, je traiterai successivement des causes, des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement de la paralysie du mouvement des membres thoraciques en ayant soin de renvoyer le lecteur aux divers travaux déjà publiés, et en rapportant mes propres observations; enfin, je résumerai sous forme de conclusions l'histoire de la paralysie qui fait le sujet de ce travail.

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

Dans les écrits les plus anciens il est fait mention de paralysie restreinte à un membre; ainsi *Hippocrate*, *Galien* savaient que les luxations pouvaient être compliquées de paralysie du membre qui en était atteint.

Nicandre et *Dioscoride*, en traitant des maladies produites par le plomb, ont signalé la paralysie des avant-bras.

Tous les médecins qui ont écrit sur la colique dite végétale de Poitou, de Madrid, décrite par Huxham, ont dit quelques mots de la paralysie des extrémités supérieures qui survient dans le cours de ces affections, sans s'en occuper d'une manière bien précise.

Vers le milieu du siècle dernier, Pouteau parle de la paralysie qui survient aux extrémités des membres après la ligature des artères et des nerfs (1).

Boerhaave avait signalé la paralysie, suite de luxation, et son illustre commentateur, Van Swieten, a laissé sur elle quelques lignes importantes :

« Si jam caput ossis humeri in cavum axillæ delapsum, magnos truncos nervorum ibi decurrentes comprimat, potet facilè eadem mala (paralysin) in partibus suppositis fieri posse... Si ergo integrè compressi fuerint nervi motui et sensui dicati paralysis erit perfecta cum insensibilitate, si levior tantum compressio, minuet quidem non occupabit torpor, qui uti pulchrè dixit Galenus inter paralysin et integram valetudinem medius affectus est. »

On voit d'après cela que ces auteurs avaient fixé leur attention sur les paralysies, suite de luxation.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner l'hypothèse par laquelle ils expliquent le phénomène, hypothèse qui fut admise par Boyer. Dans le cours de sa vaste pratique chirurgicale il n'a constaté à la suite des luxations de l'épaule, que trois fois la paralysie, et encore celle-ci se trouvait-elle limitée au muscle deltoïde. Il mentionne dans son *Traité des maladies chirurgicales* les deux faits de paralysie observés par Desault, et s'appuie pour formuler l'opinion qu'il émet sur l'apparition de ces paralysies à la suite des luxations, beaucoup plus sur la tradition que sur une expérience personnelle et profonde des faits (2).

En 1825, M. Descot, dans une dissertation sur les affections locales des nerfs, signale la paralysie du sentiment ou du mouvement qui accompagne diverses maladies des nerfs du plexus brachial.

Tous les journaux de médecine antérieurs à l'année 1828 ne rapportent aucun exemple de paralysie des membres supérieurs. Cette affection était restée en quelque sorte dans l'oubli, lorsqu'il fut publiée en 1828, dans la *Gazette de santé*, une observation de paralysie des muscles extenseurs de la main gauche chez un homme qui s'était endormi la tête appuyée sur cette main.

(1) Mémoire présenté au concours des prix de l'internat, année 1851.

(1) *Œuvres de Pouteau*, t. 2, 1760.
(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*

Dans la *Gazette médicale* de 1832, on trouve l'observation d'une jeune dame qui, à la suite d'une chute sur le poignet, eut le petit doigt et l'annulaire privés de mouvement.

En 1833, M. Dubois, d'Amiens, fut consulté par un marchand de Tournay qui était atteint de paralysie des avant-bras. Étonné de rencontrer pour la première fois une pareille affection, ce savant médecin résolut de provoquer des éclaircissements sur l'étiologie et le diagnostic à la Société médicale d'émulation. Une discussion s'engagea sur ce point : après plusieurs hypothèses sur le développement de cette maladie, bientôt abandonnées par leurs auteurs, M. Sedain fit observer que le tabac produit sur les ouvriers qui le manipulent des vertiges, de la céphalalgie. L'action vireuse de cette plante pourrait peut-être, ajouta-t-il, expliquer les symptômes offerts par le malade de M. Dubois. M. Gautier de Claubry raconta qu'il avait connaissance de deux faits pareils à celui que présentait ce marchand, et qui avaient été offerts par deux ouvriers employés à la manufacture des tabacs au Gros-Caillou. La majorité des membres de cette Société fut d'avis qu'il n'était pas déraisonnable de penser que l'influence délétère du tabac, plante d'une famille signalée par plusieurs espèces vénéneuses, pût produire les symptômes de paralysie partielle dont il est question (1).

En 1836, M. Christison fit mention des paralysies produites par l'empoisonnement arsenical (2).

M. Tanquerel des Planches parle de la paralysie des membres supérieurs avec beaucoup de détails, dans son *Traité des maladies produites par le plomb* (3).

M. Segond rapporte quatre observations bien circonstanciées de paralysie des avant-bras, ayant succédé à la colique végétale (4).

Dans la *Gazette médicale* de 1838, on trouve deux observations très-détaillées appartenant à un Mémoire de M. Pétrequin, de Lyon, sur les paralysies locales.

Le docteur Kennedy (5) a décrit une affection paralytique chez les jeunes enfants, et qui se présente le plus souvent aux extrémités supérieures; il la compare à celle dont a déjà parlé brièvement, l'année précédente, le docteur Healy (6), et que ce médecin attribue à une compression prolongée de l'avant-bras ou de la main.

Le docteur Marshal-Hall a publié deux observations de paralysie locale du bras produite par la dentition (7).

Le docteur Bird a fait paraître, en 1842, un travail sur diverses paralysies essentielles, qui renferme plusieurs observations de paralysie des avant-bras produite par des causes multiples. Ces observations ont été publiées de nouveau, ainsi que quelques autres, dans un ouvrage sur l'électricité et le galvanisme (8).

Le docteur Bourdon, dans sa thèse inaugurale (1843) sur les paralysies produites par l'asphyxie, par le charbon, fait mention de deux observations de paralysie de l'avant-bras produite par cette cause, et de deux autres observations de paralysie du membre supérieur tout entier.

En 1845, M. Buel publia, dans la *Gazette médicale*, un article sur une forme de paralysie particulière siégeant dans l'avant-bras et les doigts. Les parties qui reçoivent l'influence du nerf cubital sont ordinairement plus paralysées, et quelquefois elles le sont seules. Dans tous les cas que l'auteur a eu l'occasion d'observer, l'affection paraissait avoir été causée par la pression prolongée du poids du corps sur les nerfs de l'avant-bras pendant le sommeil.

M. Duchenne, de Boulogne, a fait paraître dans les *Archives de médecine* (1850) un travail sur l'état de la contractilité électrique dans les paralysies du membre supérieur.

Parmi les thèses de la Faculté de médecine de Paris (1850), on trouve une thèse de M. le docteur Tailhé, *Sur la paralysie des avant-bras*, et une autre thèse de M. le docteur Empis, sur la paralysie du membre supérieur à la suite de la luxation du bras.

Dans le compte rendu des séances de la Société de chirurgie, on trouve une discussion sur la paralysie du membre supérieur; suite de la luxation scapulo-humérale, discussion qui a eu lieu dans la séance du 22 mai 1851, à propos d'un malade atteint de cette affection, et qui fut présenté à cette Société savante par l'un de ses membres. Enfin, on trouve, dans les divers journaux de médecine, plusieurs observations qui ont été publiées par quelques autres auteurs; j'aurai occasion d'en parler dans les autres chapitres de ce Mémoire.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, année 1833.
(2) Christison, *On Poisons*, London, 1836.
(3) *Traité des maladies produites par le plomb*, tome II, 1837.
(4) *Essai sur la névralgie du grand sympathique, ou colique végétale*, etc.
(5) Dublin, *Médical press*, septembre 1841.
(6) Dublin, *Hospital reports*.
(7) *On the diseases and derangements of the nervous system*, London, 1841.
(8) *Lectures on electricity and galvanism*, London, 1849.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90 et 92.)

D'après ces considérations, il n'est pas sans intérêt pour un praticien de suivre attentivement la marche des époques menstruelles. Dès qu'on s'aperçoit que le molimen menstruel est suivi d'une perte et que cet état de choses prend du développement à l'époque suivante, il faut se hâter d'opposer un traitement convenable, capable de rendre aux parois de l'utérus leur tonicité, et d'arrêter ainsi l'hémorrhagie à son début. Le seigle ergoté et surtout l'ergotine associée à quelques préparations astringentes nous a été plusieurs fois d'un grand secours dans les circonstances semblables.

Profitant de ce que nous avons appris précédemment des bons effets des bains tièdes au début de l'ovarite folliculeuse, accompagnée de symptômes de dysménorrhée, nous avons voulu étudier leur action chez les femmes sujettes aux pertes utérines, lorsque celles-ci semblaient être favorisées par l'état de l'utérus que nous venons de décrire. Aussitôt qu'après une plus ou moins longue suspension de la perte, le sang recommençait à couler et que nous avons cru pouvoir l'attribuer au réveil périodique de l'ovarite folliculeuse, nous prescrivions un bain tiède dans l'espoir de calmer l'orgasme nerveux et inflammatoire qui accompagne l'ovulation, et diminuer ainsi l'impulsion du sang vers l'utérus. La même chose a été continuée pendant deux ou trois jours de suite.

Nous n'avons eu qu'à nous louer de ce procédé, lequel n'a jamais eu d'ailleurs de suites fâcheuses.

Voici un fait, entre beaucoup d'autres, que nous allons citer, car il vient seulement de se passer, et peut intéresser, sous plus d'un rapport, les praticiens.

Observation. — Madame Ch..., âgée de trente ans, grande, brune et bien constituée, nerveuse et sanguine à la fois, à figure fortement colorée, a eu trois enfants, dont le dernier, il y a dix ans. Sa santé est habituellement bonne, mais, depuis quelques années, elle ressent un peu de douleur dans la région iliaque droite, laquelle douleur augmente quelquefois aux approches des règles. Il y a quatre ans, cette dame avait éprouvé un retard de trois semaines à un mois environ. Ses règles sont venues abondamment après, et se sont prolongées sous forme d'une perte pendant trois semaines, au bout desquelles, sous l'influence du repos, du régime rafraîchissant et du seigle ergoté, la malade s'est rétablie après avoir rendu en dernier lieu un caillot de sang d'ancienne formation, formant une boule noire de la

grosseur d'un œuf de poule, offrant une cavité au centre, et exhalant une odeur infecte. Examinée par nous et par notre savant confrère et ami M. le docteur Lebert, cette pièce paraissait être formée exclusivement d'une concrétion fibrineuse du sang.

Il y a un an, étant à la campagne, la malade a eu également une perte assez abondante qui a été combattue par les mêmes moyens et s'est terminée heureusement après l'expulsion de quelques caillots récemment formés.

Le 18 mai dernier, la malade a vu paraître ses règles après huit à dix jours de retard ; elles étaient très-abondantes et ont pris de nouveau l'aspect d'une perte. La malade rendait tous les jours, après quelques coliques, des caillots mous, arrondis, légèrement aplatis, sans odeur. Très-souvent, elle nous a dit avoir senti distinctement quand le sang affluait dans la cavité de la matrice; elle éprouvait alors un sentiment de distension suivi presque toujours, au bout d'un certain temps, de coliques suivies bientôt de l'écoulement de sérosité rougeâtre et à la fin de l'expulsion des caillots. Le repos le plus absolu a été prescrit. La malade gardait constamment la position horizontale, avait le bassin légèrement élevé, ne prenait que des bouillons ou des potages froids, et, dans l'intervalle, de la limonade. Nonobstant cela, cet état continuait et faisait chaque jour de nouveaux progrès. L'ergotine, à la dose de 3 grammes, associée à autant de sulfate d'alumine et de potasse, ainsi qu'à 1 gramme d'acide benzoïque, à prendre en vingt-quatre heures, a été administrée sans aucun résultat. Les forces s'affaiblissaient tous les jours; la malade est devenue excessivement pâle, son pouls était à peine perceptible et battait 80 fois par minute, la peau plutôt froide que chaude; souffle dans les carotides et au cœur. Une nouvelle dose d'ergotine, associée de la même manière, semble diminuer la perte.

Le 12 juin, M. le professeur Bouillaud est demandé en consultation ; comme nous, il considère la position de la malade comme fort grave ; il conseille de continuer le même traitement. De plus ayant constaté avant l'arrivée de notre illustre maître la présence d'un caillot ferme et infecte dans la cavité du col, nous avons cru devoir tenter son expulsion à l'aide de contractions provoquées par des injections prolongées pratiquées sur le col lui-même, et, au besoin, de procéder à l'extraction du caillot avec des pinces. Cette idée, approuvée par M. Bouillaud a été mise immédiatement à exécution. Les injections n'ayant pas tout entraîné, le reste du caillot a été saisi à l'aide de pinces introduites au moyen d'un spéculum brisé, dans la cavité du col, et nous l'avons entraîné en trois ou quatre fragments qui exhalaient une odeur infecte. Depuis lors la malade ne rendait plus qu'un peu de liquide noirâtre et de mauvaise odeur pendant à peu près vingt-quatre heures. On s'est contenté de continuer les injections deux ou trois fois par jour, chaque fois pendant cinq minutes, et tout est rentré dans l'ordre. La malade prenait tous les jours de plus en plus de nourriture, ses joues et ses lèvres avaient déjà recommencé à se colorer, lorsque le 24, il a paru de nouveau un peu de sang rosé. La douleur de la région iliaque droite qui n'avait, il est vrai, jamais cessé complétement, avait en même temps un peu augmenté; cependant, de même que les autres fois, on n'y distinguait qu'un peu d'empâtement sans aucune tuméfaction sensible. 1 gramme d'ergotine associée comme précédemment n'a produit aucun effet. Le lendemain, la malade, après avoir éprouvé de nouveau une sensation de tension dans la matrice, a rendu, après quelques coliques, de l'eau roussâtre suivie plus tard de l'expulsion d'un gros caillot de récente formation, sans odeur. Il nous a paru évident que ce retour de l'hémorrhagie devait être attribué au molimen menstruel, et malgré les appréhensions de la malade à prendre un bain dans cet état, nous lui en avons fait prendre un immédiatement. Elle y est restée pendant trois quarts d'heure et s'y est très-bien trouvée. Depuis lors la perte a été arrêtée et le linge continuait à peine d'être légèrement teint de sang, comme pendant les règles faibles. Cependant le mari de la malade, effrayé du retour de la perte, nous a prié, avant la prescription du bain, d'organiser, pour le lendemain une nouvelle consultation avec notre excellent confrère et ami M. le docteur Vernois, qu'il connaissait particulièrement. Notre habile confrère a été mis ainsi à même de constater l'excellent effet du bain, et n'a pas pu s'empêcher de porter un pronostic favorable. Le surlendemain l'écoulement de sang continuait, plus faible encore que la veille. La malade a pris un nouveau bain et s'en est encore parfaitement trouvée; elle nous a dit éprouver un sentiment de légèreté et de bien-être dans l'hypogastre où elle avait toujours senti un peu d'embarras auparavant.

Au lieu d'offrir cette diminution de consistance qui fait que ses parois se laissent infiltrer de sang et qu'il coule avec la plus grande facilité au dehors, la matrice présente quelquefois une disposition inverse, c'est une espèce d'exagération de consistance normale qui rend son tissu plus ferme au toucher. Cet état désigné par M. Duparcque sous le nom d'*engorgement dur*, est propre surtout à certaines formes de congestion de l'utérus, mais il peut aussi accompagner la métrite chronique. Ici les vaisseaux de l'utérus sont très-gorgés de sang, surtout aux époques de l'ovulation, mais les parois de cet organe offrent tant de rigidité que le sang coule à peine dans sa cavité. Souvent cet état congestif occasionne beaucoup de douleur et constitue à lui seul une cause de *dysménorrhée*. Quelquefois l'hémorrhagie menstruelle peut même complétement manquer pendant toute la vie; tout se borne alors aux symptômes de molimen, comme par exemple dans l'observation suivante que nous empruntons à l'ouvrage de M. Duparcque.

Observation. — Mademoiselle L... présente, dès l'âge de quinze ans, le développement extérieur qui caractérise l'entrée en puberté. Les phénomènes qui préludent d'ordinaire à l'apparition des règles se manifestent, pendant quelques mois, à des époques irrégulières, mais sans écoulement de sang ; chaque fois, des douleurs de reins et de bas-ventre, une leucorrhée modérée, de la courbature, un malaise général, la retiennent au lit pendant deux ou trois jours. Plus tard, ces phénomènes affectent une marche périodique très-régulière, et deviennent de plus en plus intenses et d'une plus longue durée. A la neuvième époque, l'engorgement prend le caractère de métrite aiguë : douleurs hypogastriques et sacro-lombaires, très-violentes, tension de l'abdomen, vomissements spontanés, délire, fièvre, etc. Ces accidents cèdent à un traitement antiphlogistique prompt et actif.

Les époques menstruelles suivantes reviennent avec le même appareil de symptômes, tantôt plus, tantôt moins violents. Des phénomènes nerveux s'y joignent sous forme de suffocations, de palpitations, de convulsions, et parfois de catalepsie.

Des traitements rationnels et empiriques furent successivement, alternativement et simultanément mis en usage, mais sans succès. Les émissions sanguines, pratiquées au début des accidents, ont toujours été de tous les moyens employés, celui qui a le plus efficacement prévenu leur recrudescence.

On pense enfin que le mariage pourrait être avantageux; il eut lieu à l'âge de vingt ans : loin d'en être diminués, les phénomènes pathologiques sévirent avec plus de violence.

Cette dame avait vingt-trois ans lorsque je fus appelé pour enlever les accidents auxquels elle était alors en proie : c'était au commencement de juillet 1829. Elle était levée, mais ne pouvait se redresser à cause des douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre, et qui se prolongeaient dans les reins, les aines, les fesses et la partie antérieure des cuisses; elle se plaignait d'étouffements, de céphalalgie; le pouls battait cent-dix fois par minute; il était dur et concentré; le teint général était frais et la figure animée. Le toucher me fit reconnaître le col de l'utérus court, épais, et s'élargissant en se confondant avec le corps de l'organe, que je pouvais sentir à travers la paroi vaginale en promenant le doigt autour du col; il me parut développé comme à deux mois de grossesse; son orifice était entr'ouvert et rempli par une matière visqueuse.

Je pus saisir le fond de l'organe en appliquant la main gauche au-dessus du pubis, et refoulant la paroi abdominale vers le bassin; il était régulièrement sphéroïdal et à peu près du volume d'un œuf d'oie. Cet examen ne peut se faire sans augmenter les douleurs : un accès d'hystérie en fut le résultat. (Saignée d'une demi-livre, répétée le soir; cataplasmes, bains.) Je voulus essayer ce que produisait un traitement antiphlogistique et résolutif prolongé et rigoureux; mais la malade s'y refusa; l'insuccès de tout ce qu'elle avait pu faire l'ayant persuadée que son état pouvait être seulement pallié, mais non guéri.

La malade avait été admise à l'Hôtel-Dieu, puis à la Charité, et là on s'était assuré, par l'introduction d'un stylet qui avait pénétré jusque dans la cavité utérine, que l'aménorrhée et les accidents consécutifs n'étaient pas occasionnés par une imperforation; la même exploration me fournit les mêmes résultats (1).

Il n'y a pas le moindre doute que chaque retour de molimen menstruel ne peut qu'ajouter à l'état de congestion de l'uté-

(1) Ouvrage cité p. 22

rus. L'influence de la menstruation est ici on ne peut pas plus évidente. Mais dans ce cas l'hémorrhagie menstruelle est abondante, et plus il y aura à craindre de voir s'aggraver la lésion utérine ainsi que ses symptômes, aux époques suivantes. Diminuer l'état de congestion par des saignées dérivatives et des bains, éloigner toutes les excitations directes ou sympathiques des organes sexuels, telles sont les principales indications dans cette circonstance. Ce sera le meilleur moyen de faciliter l'hémorrhagie menstruelle et lui donner en même temps l'occasion de contribuer pour sa part, qui peut être assez large, dans l'espèce, à la résolution de l'engorgement de l'utérus.

Des corps fibreux, des polypes et d'autres tumeurs plus ou moins analogues, qui se développent dans les parois ou dans la cavité de l'utérus, n'amènent pas ordinairement de troubles notables dans la menstruation proprement dite. Cependant, il est important de faire observer que cette question a été rarement jugée à son véritable point de vue. La plupart du temps, les tumeurs dont nous parlons, irritant sans cesse par leur présence l'utérus, provoquent des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Aux yeux de ceux qui confondent la menstruation avec toute autre hémorrhagie, ces tumeurs semblent, par conséquent, modifier la menstruation elle-même, la rendre abondante et irrégulière. Mais les ouvertures des cadavres ont prouvé suffisamment que les produits morbides dont nous parlons peuvent séjourner quelquefois pendant assez longtemps dans la matrice, sans qu'on ait observé pendant la vie d'autres hémorrhagies utérines que l'hémorrhagie menstruelle parfaitement caractérisée. D'un autre côté, quand on examine avec attention, il n'est pas rare de pouvoir suivre, au moins pendant quelque temps, au milieu de nombreuses hémorrhagies pathologiques, la marche assez régulière des époques menstruelles. Les malades elles-mêmes savent très-bien faire cette distinction; la confusion n'arrive forcément qu'à une époque avancée de la maladie. Alors il peut même arriver que le travail de l'ovulation, subissant la loi commune, arrête son développement périodique sous l'influence de l'appauvrissement du sang et de l'affaiblissement progressif de l'économie, et que l'hémorrhagie menstruelle disparaisse alors complétement pour être remplacée par des hémorrhagies pathologiques.

Ce que nous venons de dire s'applique également aux affections cancéreuses de l'utérus. Nous avons vu plus d'une fois le cancer faire déjà des ravages considérables avant que le moindre trouble de la menstruation en ait fait soupçonner l'existence. Le cancer de l'utérus n'est donc pas opposé par sa nature au travail de l'ovulation; et si cette opinion avait encore besoin de nouvelles preuves, nous n'aurions qu'à rappeler des exemples assez nombreux de femmes qu'on a vues devenir enceintes malgré l'état squirreux déjà très-avancé du col de la matrice.

Avec les progrès de la maladie, il survient souvent des métrorrhagies abondantes qui peuvent devenir presque continuelles, mais ici également ces pertes de sang n'ont rien de commun avec l'hémorrhagie menstruelle proprement dite. M. Brière de Boismont a évidemment confondu ces deux choses, tout à fait distinctes, quand il dit que « le squirre, le cancer, les champignons, les ulcérations cancéreuses, *offrent à un haut degré les troubles de la menstruation*; quelquefois même ce désordre est le seul, dit cet honorable confrère, qui vienne révéler, avec la rapidité de la foudre, l'existence de cette affreuse maladie. Quel est le praticien, poursuit M. Brière de Boismont, qui n'a vu la perte utérine se montrer au milieu de toutes les apparences de la santé, et le toucher révéler, mais trop tard, une désorganisation arrivée au dernier terme (1). »

L'opinion de notre honorable confrère n'est pourtant contraire à celle que nous avons émise tout à l'heure qu'en apparence; elle n'est contraire que dans l'appréciation, qui est évidemment erronée; mais il n'en est plus de même quant au fait principal qui a servi à cette appréciation. Nous sommes aussi du nombre des praticiens qui ont eu l'occasion d'assister à des pertes venant quelquefois subitement trahir les désorganisations déjà profondes du col, que rien jusqu'alors ne semblait encore annoncer, pas même le moindre dérangement dans la menstruation. En disant que ces pertes peuvent arriver *au milieu de toutes les apparences de la santé*, M. Brière de Boismont ne nous semble pas avoir voulu dire autre chose que nous. L'idée *de toutes les apparences de la santé* semble évidemment, en cette circonstance, exclure celle d'un trouble tant soit peu notable dans la menstruation.

(1) Ouvrage cité, p. 510.

Voilà ce qu'une observation attentive nous a appris de l'influence des affections cancéreuses sur la menstruation. Quant à l'influence réciproque de la menstruation sur ces affections, ce serait vraiment une tâche stérile que de l'examiner partiellement à chaque époque des règles; on n'arriverait ainsi assurément à aucun résultat satisfaisant. Pour apprécier cette influence à sa juste valeur, il est nécessaire d'envisager la menstruation dans l'ensemble de son exercice.

Jusqu'ici nous avons vu que l'influence des règles a été généralement défavorable à la métrite chronique; que les retours périodiques du molimen menstruel ajoutaient toujours au mal et l'alimentaient, pour ainsi dire, sans cesse. Ce résultat a été tellement frappant pour nous, que nous l'avons adopté pour base de notre pronostic. Toutes les fois que nous donnons des soins à une malade affectée de métrite chronique rebelle, dans un âge voisin de celui de la ménopause, nous aspirons le plus ardemment après l'époque de la cessation définitive de la menstruation, persuadé que nous sommes, par l'expérience, que la maladie étant alors réduite à ses propres éléments, il nous serait plus facile de nous en rendre maître.

Marche du choléra en Autriche.

Nous savons par les journaux de médecine de Vienne, notamment par la *OEster. Zeitshr. f. pract. Heilkunde*, que les derniers cas de choléra de l'épidémie de 1854 se sont montrés jusque vers le milieu du mois de janvier de la présente année; on pensait bien alors cependant, d'après la marche des épidémies antérieures, qu'une nouvelle invasion serait à craindre pour l'été suivant. C'est, en effet, à cause de cette crainte, qu'au mois de mai, on accueillit avec quelque appréhension les nombreuses diarrhées séreuses, presque cholériformes, qui ont pris un caractère épidémique à Vienne et dans les environs; mais tout se passa bien encore, et l'état sanitaire rentra dans son *statu quo* ordinaire, lorsque, le 28 mai, on apprend à Vienne que le choléra sévit à Pesth, sur le Danube. (Il serait très-intéressant de savoir comment l'épidémie a cheminé le long des rives de ce fleuve.) Ce que nous savons, c'est qu'un employé des bateaux à vapeur qui font le service du Danube, de Pesth à Vienne, est arrivé à la date indiquée ci-dessus dans cette dernière ville, et qu'il a été conduit aussitôt à l'hôpital des Frères de Charité du faubourg. Léopold, où il est mort après avoir présenté tous les symptômes du choléra asiatique.

Le 2 juin, l'épidémie commence à se répandre parmi les malades qui séjournent, pour des affections différentes, déjà depuis plus ou moins de temps dans ce même établissement, et cela sans qu'ils aient eu quelque communication avec le cholérique venu de Pesth; beaucoup même ne couchaient pas dans la salle où est mort ce dernier. C'est ainsi que, dans le courant du mois, 20 individus ont été pris de choléra dans l'hôpital, et 2 y sont venus du dehors. Sur ces 22 cas, 16 se sont promptement terminés par la mort, avec les symptômes les plus caractéristiques de cette épidémie; 3 seulement ont guéri et 3 sont encore en traitement (fin de juin).

Quelques jours après l'explosion de l'épidémie dans cet établissement de charité, elle apparaît aussi dans l'hôpital voisin des sœurs de charité, situé dans le même quartier Léopold;

là, sur 8 femmes atteintes de choléra, 2 seulement meurent.

Du 4 au 8 juin, les faubourgs de Vienne sont envahis, principalement celui de Wieden, dans lequel se déclarent, jusqu'à la fin du mois, 80 cholériques, desquels 41 sont morts, 18 ont guéri, et dont les autres étaient encore en traitement le 13 juillet 1855. Dans l'hôpital cantonal de ce faubourg, on admet, pendant le mois de juin, 30 cholériques, dont la plupart succombent; dans l'hôpital impérial, on en reçoit 56, dont 10 seulement meurent. Dans l'intérieur de la ville, on constate 2 cas seulement pendant ce même mois de juin, encore ces cas se rapportent-ils à deux individus qui travaillaient dans le faubourg de Wieden pendant que l'épidémie y sévissait, et qui, de là, sont rentrés en ville.

Les hôpitaux militaires ont reçu pendant le mois de juin jusqu'au 4 juillet, en tout 93 cholériques, sur lesquels 22 ont succombé et 21 guéri; les autres restent en traitement. A la même époque il y avait quelques cas à Lemberg, à Stuhlweissenburg, mais à Pesth on en voyait encore en assez grande proportion, tandis que Ofen, située également sur le Danube et en face de cette dernière ville n'en comptait pas un cas. Trieste était encore indemne alors. Tout le monde sait d'ailleurs combien les provinces de l'Italie septentrionale ont été ravagées depuis le mois de janvier jusque vers la fin du mois de juin!

En Allemagne l'épidémie s'est concentrée autour de quelques villes, surtout autour de Vienne où il a existé dans le mois de juin, 228 cholériques dont 94 ont succombé et 50 guéri. Le chiffre de ceux qui restaient en traitement, tant dans les hôpitaux civils et militaires que dans la pratique de la ville, s'est accru jusque vers le 20 juillet. Depuis lors on ne remarque plus que des cas isolés dans les quartiers qui ont été les premiers atteints et ils deviennent aussi moins graves qu'au début de l'invasion.

Nous ne pouvons cependant manquer de signaler ce fait, quelle que soit l'interprétation que nos lecteurs voudront lui trouver, fait dont voici la substance. La caserne de Kaiser-Ebersdorf, près de Vienne, renfermait au mois de juin, le quatrième bataillon du régiment d'infanterie Wasa; l'apparition de plusieurs cas de choléra parmi les soldats, décida l'administration à faire changer de garnison à ce bataillon. Il est remplacé le 13 juillet par le troisième bataillon des chasseurs. (Il serait très-important de savoir d'où sont venus ces soldats et dans quelles conditions ils ont été installés; tout fait supposer cependant qu'il n'y avait pas de cholériques parmi eux.) Nous apprenons que du 13 au 18 juillet déjà il y a eu, dans ce corps, 12 cas de choléra (*OEster. Zeitschr. f. pract. Heilk*, 20 juillet 1855); huit jours plus tard (*ibidem*, 27 juillet) on nous annonce une diminution générale dans la proportion des cholériques des faubourgs de Vienne, tandis que ce bataillon de chasseurs est de plus en plus ravagé par l'épidémie. Une exacerbation pareille se montre parmi la garnison de la ville de Laibach peu de jours après.

Quoique ces renseignements ne soient pas aussi précis que nous les eussions désirés, ils nous éclairent néanmoins sur le mode d'envahissement de l'épidémie cholérique; ils donnent un démenti formel à ces médecins rhéteurs qui posent des lois avant d'avoir des faits, et qui proclament que le choléra présente toujours son intensité maximum au commencement de l'invasion, et qu'à cette période, également, il a la plus grande tendance à se propager. Dr B.-S.

Note sur la tumeur et la fistule lacrymales,

Par le docteur Tavigot.

(*Communiquée à l'Académie des sciences.*)

1° La véritable origine et la seule cause de la tumeur lacrymale, dont la fistule n'est qu'une conséquence plus ou moins éloignée, résulte d'un *désaccord organique* survenu entre les propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologiques de la muqueuse, qui tapisse les voies lacrymales;

2° Ce défaut de consensus vital m'a paru dépendre moins d'un vice spécial de l'organe sécréteur des larmes que d'une modification morbide survenue dans la vitalité de la muqueuse du sac et du canal nasal;

3° Les causes, encore obscures, qui provoquent cette absence d'harmonie physiologique entre deux parties éloignées d'un même appareil, ont des conséquences fâcheuses qui se traduisent à l'extérieur par une inflammation tantôt aiguë et tantôt chronique de la muqueuse du sac lacrymal et du canal nasal; un rétrécissement plus ou moins prononcé, simple ou multiple, du conduit des larmes, ne tarde guère lui-même à survenir consécutivement;

4° Or, pour guérir cette inflammation ou dacryocystite, il faut, soit ramener à l'état normal la vitalité de la muqueuse en question, soit prévenir le contact des larmes avec le tissu de cette muqueuse;

5° Eu égard à l'impuissance à peu près complète des différentes méthodes de traitement destinées à favoriser l'un ou l'autre de ces résultats, et en présence des accidents fâcheux qu'entraîne la suppression des voies lacrymales par la méthode de Nannoni, dont on a tant abusé dans ces derniers temps, je me suis décidé à pratiquer l'ablation de la glande lacrymale pour guérir une tumeur lacrymale jusqu'alors rebelle à toutes les médications;

6° Cette opération, des plus simples et des plus rapides,— de même que l'oblitération des conduits lacrymaux que j'ai également mise en usage dans d'autres circonstances, — en s'attaquant au point de départ de la dacryocystite plus ou moins ancienne, n'amène pas par elle-même, et immédiatement, la suppression de l'état phlegmasique de la muqueuse naso-lacrymale; elle fait cesser sa cause originelle et prévient son retour; mais il faut encore traiter directement cette inflammation par des moyens appropriés, parmi lesquels nous plaçons, en première ligne, les injections de teinture d'iode étendue d'eau par portions égales.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Barrier.

Épidémie d'ergotisme gangréneux observée à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1854 et 1855.

L'ergotisme gangréneux n'avait été observé, depuis plusieurs années, que d'une manière tout à fait sporadique à l'Hôtel-Dieu de Lyon; mais, depuis un an, cet établissement a reçu une trentaine de malades atteints de cette espèce de gangrène, et venant, pour la plupart, des départements de l'Isère, de la Loire, de la Haute-Loire, de l'Ardèche; quelques-uns du Rhône et des autres départements limitrophes. L'épidémie semble, à en juger par les cas soignés à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avoir frappé plutôt les hommes que les femmes. L'âge des malades a varié de douze à soixante ans. Le plus grand nombre des malades étaient déjà, antérieurement à la débilité due à la gangrène, dans un état de faiblesse constitutionnelle ou acquise, qui a dû constituer une prédisposition fâcheuse. La gangrène s'empara surtout des pieds et des mains, pour remonter de là vers le tronc. Aucun malade n'a eu la tête ni le tronc atteints de mortification; chez la plupart, la gangrène a détruit un pied entier ou presque entier; chez quelques-uns, un orteil seulement; chez d'autres, les deux membres inférieurs ont été sphacélés jusque auprès du genou; chez un enfant de quatorze ans, la maladie ne s'est arrêtée qu'au milieu de la cuisse. Moins fréquente aux membres supérieurs, la gangrène a le plus souvent compromis un ou plusieurs doigts, elle a parfois gagné, mais rarement dépassé, le poignet. L'examen local a paru démontrer, dit M. Barrier,

que l'artérite, primitive ou consécutive, existait chez presque tous les malades. Nous regrettons bien vivement que l'honorable chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon n'ait pas mis à profit ces cas pour nous donner une description un peu complète de l'artérite. La gangrène était en général sèche; il y eu cependant quelques cas de gangrène humide. Chez la plupart des malades, le chirurgien s'est borné à attendre l'élimination spontanée des parties gangrénées, en régularisant, autant que possible, les moignons qui présentaient des saillies osseuses ou des lambeaux trop inégaux. L'amputation de la jambe fut pratiquée deux fois au lieu d'élection : un des malades guérit, l'autre succomba. Cette épidémie présente la plus grande ressemblance avec celle de 1814, qui a été décrite par le docteur Janson, de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(*Gaz. méd. de Lyon*, 1855, n° 10, et *Gaz. heb.*)

CLINIQUE CIVILE.

Herpès tonsurant guéri sans aucune médication topique.

Par M. le docteur DE LA MARDIÈRE.

M..., âgée de trois ans, bien constituée, quoique d'un tempérament un peu lymphatique, souffrait depuis quelque temps d'un engorgement des ganglions du cou, dont un s'était abcédé.

Vers le milieu du mois de mars, sa mère me montra trois petites tonsures, de la largeur d'une pièce de deux centimes environ, qui s'étaient manifestées spontanément juste sur le sommet de la tête.

Les parents étaient effrayés par ce symptôme, quoique l'enfant ne témoignât aucune douleur, parce qu'ils craignaient d'abord que cette dénudation du cuir chevelu n'augmentât, et parce qu'ils redoutaient surtout sa persistance dans un lieu aussi exposé à la vue.

En examinant attentivement le siége du mal, je reconnus que la dénudation n'était qu'apparente; la peau, qui paraissait d'un blanc un peu plus mat que dans les environs, n'était le siége d'aucune exsudation, ne présentait ni vésicules, ni pustules, ni croûtes d'aucune espèce ; mais chacun des cheveux qui y étaient implantés paraissait avoir été cassé à environ 1 millimètre et demi de la peau. L'extrémité brisée ne présentait pas une section nette, comme celle qui est opérée par le rasoir ou les ciseaux; mais on y distinguait de petits linéaments irrégulièrement frisés, qui rappelaient tout à fait la cassure d'une branche de chêne au mileu de sa longueur.

A ces signes, je ne pouvais méconnaître l'affection singulière désignée sous le nom d'herpès tonsurant ou *ring-worm* des Anglais. La longue durée que présente ordinairement cette affection me faisait craindre que les appréhensions des parents ne se justifiassent chez ma petite malade ; et cependant la grande susceptibilité de cette petite fille m'engagea à différer de recourir aux nombreuses formules de pommades publiées par M. Cazenave dans un remarquable article sur l'alopécie qu'il a publié en 1850 dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*.

Avant donc de recourir aux topiques, comme il m'était facile de surveiller la malade, je me bornai à continuer le traitement interne que j'avais institué contre les manifestations strumeuses que présentait l'enfant.

Les toniques variés, les amers, le sirop antiscorbutique et un régime approprié furent continués pendant un certain temps. Au bout de quinze jours, l'état de la malade ne s'étant pas aggravé, je persévérai dans la même voie, et l'affection finit par disparaître d'elle-même au bout d'environ trois mois, sans que j'eusse fait aucune application médicamenteuse sur le cuir chevelu.

Je signale ce fait, non pas pour en tirer une conclusion opposée aux topiques, mais parce qu'il m'a semblé que cette maladie, dans ce cas particulier du moins, pouvant être considérée comme une des manifestations du tempérament lymphatique, exigeait avant tout un traitement général.

Je n'ai, du reste, pu découvrir aucune vésicule qui justifiât le nom d'*herpès* donné à cette maladie, qui depuis trois ans ne s'est pas reproduite sur l'enfant qui fait le sujet de cette observation.

M. de la Mardière présente ensuite à la Société le squelette de la tête du dernier condamné qui a été exécuté à Poitiers pour le crime de fratricide. Cette tête offre ceci de remarquable qu'on y voit une longue fêlure en forme de T, située le long de la suture lambdoïde, et intéressant le pariétal du côté gauche et le frontal. Cette fêlure présente un commencement de consolidation. Cette pièce paraît curieuse à M. de la Mardière, qui se demande s'il est possible de déterminer, d'après le degré de consolidation qui existe, à quelle époque peut remonter cette fracture. A-t-elle ou non précédé le crime? La médecine légale peut avoir intérêt à la solution de cette question. La pièce est déposée au musée de l'École de médecine.

(*Bull. de la Soc. de méd. de Poitiers.*)

Gangrène spontanée des deux jambes consécutive à une oblitération des veines.

Pierre B..., journalier, âgé de quarante-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 4 janvier dans un état déplorable; les orteils des deux pieds jusqu'aux métatarses sont sphacélés et desséchés; les tarses et la partie inférieure des jambes sont gonflés, livides et excessivement sensibles au moindre contact.

Comme phénomènes généraux : faiblesse excessive, stupeur, délire, calme continuel; pouls petit et fréquent; peau chaude et sèche; langue aride.

On ne connaît aucune cause appréciable à cette lésion si grave; la température extérieure n'a rien d'extraordinaire pour la saison.

Malgré tous les secours de l'art, ces symptômes vont s'aggravant jusqu'au 9 février, jour du décès.

Autopsie. — Les deux pieds jusqu'aux malléoles sont sphacélés, momifiés et entièrement desséchés; au-dessus du sphacèle, on voit une ulcération circulaire déchiquetée, qui indique un travail d'élimination déjà très-avancé.

Membre inférieur gauche. — L'artère crurale présente à sa partie supérieure quelques caillots peu adhérents; dans toute son étendue, surtout inférieurement, elle est le siége d'incrustations calcaires des plus prononcées.

L'artère poplitée présente les mêmes lésions que l'artère fémorale ; les vaisseaux poplités forment un cordon dur.

L'artère tibiale antérieure présente quelques caillots, mais seulement à sa partie tout à fait inférieure.

La veine crurale est dans toute son étendue oblitérée par des caillots fibrineux, demi-organisés, très-adhérents à sa membrane interne, très-solides, grisâtres et prolongés dans toutes les ramifications de la veine.

La veine poplitée présente les mêmes lésions.

La veine tibiale antérieure est également oblitérée; mais les caillots paraissent moins gris, moins adhérents et plus récents; du côté de la veine iliaque, les caillots sont blanchâtres, formés de couches concentriques et entièrement semblables à ceux que l'on rencontre dans les vieilles tumeurs anévrismales.

Le tissu cellulaire, à l'articulation du genou, est infiltré de pus.

Membre inférieur droit. — L'artère présente les mêmes lésions que celles déjà observées dans le membre inférieur gauche ; la veine est oblitérée de la même façon, et tout à fait imperméable à la circulation.

Le foie est énormément hypertrophié, triple de son volume ordinaire; il est lardé et farci, dans toute son étendue, de masses encéphaloïdes qui varient du volume d'une noisette au volume d'une grosse noix. Dans quelques points, il existe des abcès métastatiques circonscrits.

L'artère iliaque primitive et l'aorte descendante ne présentent aucune lésion appréciable; mais la veine iliaque primitive et la veine cave inférieure, jusqu'au niveau des veines rénales, sont entièrement remplies d'un coagulum épais, adhérent, semblable à celui qui existe dans les veines des deux membres inférieurs, mais plus décoloré, semblable à une bouillie grisâtre mêlée de quelques filets de sang. Cette altération cesse brusquement au point où le foie comprime la veine. On peut penser que la compression exercée sur la veine cave inférieure par le foie a été pour quelque chose dans l'oblitération de cette veine, qui a déterminé la gangrène.

L'ouverture pylorique de l'estomac présente un rétrécissement considérable de trois centimètres d'épaisseur et de cinq de longueur, dû à un dépôt de matière encéphaloïde. (*Bulletin de la Soc. de méd. de Poitiers.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 *août* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Remèdes secrets. — Mémoire du docteur Vigil-y-Mora, accompagné d'une boîte qui renferme des mouches qui, d'après le système de ce médecin, produiraient la larve cholérique. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Eaux minérales. — Rapport de M. le docteur Bellety, médecin-inspecteur des eaux minérales de Sail-les-Bains (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

Rapport de M. le docteur Morrineau, médecin-inspecteur des eaux de Bilazais pour 1853. (Comm. des eaux minérales.)

Vaccine. — Tableau des vaccinations pratiquées dans les départements du Cher, de la Charente, du Pas-de-Calais, de Maine-et-Loire et d'Indre-et-Loire, pendant l'année 1854. (Comm. de vaccination.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Réclamation. — Lettre de M. le docteur Marchessaux, qui réclame la priorité des idées émises par M. le docteur Roux (de Brignoles), sur les tumeurs enkystées du cou. Un mémoire sur ce sujet, publié en 1839, est joint à cette lettre.

Étiologie. — Travail intitulé : *Projets de classification des causes de mort physiologiques, accidentelles et morbides*, par le docteur Marc d'Espine.

(Renvoyé à une commission composée de MM. Joly, Bourdon et Guérard.)

Pathologie. — Mémoire de M. le docteur F. Jacquot, ayant pour titre : *Etudes sur les maladies des pays chauds; gastro-rhumatiques.* (Commissaires MM. Melier, Gerardin et Michel Levy.)

M. Guérard offre, au nom de l'auteur, en hommage à l'Académie le *Traité de Toxicologie générale et spéciale*, de M. Galtier. Le savant académicien recommande cet ouvrage comme étant plus pratique que tous ceux qui ont paru jusqu'à ce jour.

M. Robert rappelle la communication faite par M. Jobert, dans la dernière séance, relativement à l'arrachement d'une portion de doigt avec les tendons des muscles fléchisseurs et extenseurs qui s'y insèrent. Il cite des faits analogues consignés dans les mémoires de l'Académie, deux cas qui lui sont propres et un autre qui appartient à son collègue, M. Huguier. L'un des faits qui lui sont particuliers se rapporte à l'arrachement d'un pouce auquel restent appendus les tendons de tous les muscles qui s'y insèrent; la même chose a eu lieu dans le fait observé par M. Huguier et qui a consisté dans l'arrachement du poignet par une machine. M. Robert fait remarquer que, dans tous ces cas, les tendons et les fibres musculaires ont résisté, qu'il n'y a pas eu section, mais seulement séparation des fibres musculaires à leurs points d'insertion sur les tendons. Le chirurgien pense que cela se passe ainsi, parce que la contraction musculaire n'est pas mise en jeu (volontairement non, mais instinctivement); il rappelle que dans les efforts violents ce sont généralement les tendons qui cèdent et qui se rompent; il ne connaît qu'un cas où la rupture s'est faite dans la continuité des fibres musculaires; c'est le biceps brachial qui s'est rompu dans sa partie charnue chez un homme qui avait fait un effort violent.

Il est remarquable aussi, dit ce chirurgien, combien ces plaies présentent d'innocuité; le malade de M. Jobert, de même que celui de M. Huguier, ont guéri sans accident; celui de M. Robert a eu quelques mouvements tétaniques sans suites graves, et il a guéri comme les autres.

M. Malgaigne rappelle qu'il existe un règlement de l'Académie qui accorde, à la fin des séances, un certain temps pour les présentations. Il trouve que c'est une chose fort bonne, puisque les membres de la compagnie peuvent en prendre connaissance et en faire le sujet de discussions intéressantes; mais cette manière d'entretenir l'Académie n'est plus régulière quand la présentation est faite par une personne étrangère à la compagnie, dans ce cas les usages académiques ne permettant plus la discussion. Il n'y a donc là qu'une sorte d'exhibition de malades opérés, ou d'individus qu'on se propose de soumettre à une opération; la science n'y gagne rien, et il résulterait de ces exhibitions des abus sans nombre qu'il convient de prévenir ou d'empêcher.

A cet effet l'orateur propose que le conseil académique désigne une commission qui serait chargée de prendre connaissance des présentations et de décider s'il y a lieu de les autoriser.

M. le Président dit que le conseil académique s'est déjà préoccupé de cette question, et qu'il a pensé à instituer une commission qui examinerait le sujet à exhiber et l'intérêt qu'il peut avoir pour la science et pour la compagnie, avant d'en accorder la présentation.

(Renvoyé au conseil.)

Lectures de mémoires.

Composition de l'eau de la Seine. — M. Poggiale donne lecture d'un Mémoire intitulé : *Recherches sur la composition de l'eau de la Seine à diverses époques de l'année.*

Après avoir indiqué les résultats différents auxquels ont été conduits les auteurs qui, jusqu'à ce jour, ont entrepris de faire l'analyse des eaux de ce fleuve, l'auteur s'attache surtout à démontrer que leur composition varie avec les différentes époques de l'année. A cet effet, il examine successivement :

1° Les matières ténues en suspension dans l'eau puisée au pont d'Ivry, et conclut de ses recherches : que la proportion maximum de ces matières s'est élevée à 0,118 par litres, et que le minimum a été de 0,007; que, d'une manière générale, leur quantité est proportionnelle à la hauteur de l'eau; que les chiffres les plus élevés ont été obtenus pendant l'hiver à la suite des pluies abondantes.

2° Les gaz contenus dans l'eau de la Seine. A cet égard, il a obtenu les résultats suivants : leur proportion, et particulièrement celle de l'air, est susceptible d'une grande variation; la quantité d'air et d'acide carbonique est plus considérable en hiver qu'en été; l'eau est moins riche en oxygène pendant l'hiver que pendant l'été; les chiffres de l'acide carbonique ne sont pas exactement proportionnels à la quantité de carbonates de chaux et de magnésie; généralement, la proportion des gaz croît en même temps que le volume de l'eau; l'eau de la Seine contient, en moyenne, pour 1000 grammes, $0^{\text{lit.}},023$ d'acide carbonique, $0^{\text{lit.}},009$ d'oxygène, et $0^{\text{lit.}},020$ d'azote; la proportion d'oxygène est en moyenne de 31,03 pour 100 parties d'air.

3° Les principes fixes et les matières organiques. La proportion de matières solubles contenues dans l'eau de la Seine atteint, en général, son maximum, lorsque la hauteur de la Seine est entre 2 et 3 mètres, et décroît au-dessus et au-dessous de ce niveau. — Le maximum des principes fixés a été de 0,277, et le minimum de 0,190 par litre. En général, l'eau de la Seine est plus chargée de substances solubles en été qu'en hiver. La moyenne de vingt et une analyses donne un résidu de 0,241.

La proportion des carbonates de chaux, de magnésie, est généralement plus élevée en été qu'en hiver; elle est en raison inverse de la hauteur de l'eau.

Les quantités de sulfate de chaux et de chlorures alcalins ont présenté moins de variations, mais toujours dans le même sens.

On a obtenu plus d'acide silicique pendant les fortes crues de l'hiver.

L'eau de la Seine contient une proportion notable de matières organiques qui augmentent considérablement pendant l'été.

L'auteur a trouvé de 0,00009 à 0,00037 d'ammoniaque pour un litre d'eau. Il a remarqué que cet alcali augmente par les pluies, la

fonte des neiges, et qu'elle paraît en rapport avec la quantité des matières organiques. (Comm., MM. Bussy, H. Gaulthier de Glaubry et Chevalier.)

Eaux minérales. — M. O. Henri lit, au nom de la Commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau acidulée gazeuse bromo-iodurée de la source de Bondonneau (Drôme). L'eau de cette source est minéralisée par l'acide carbonique libre, tenant en dissolution quelques carbonates terreux, alcalins et ferrugineux; mais elle contient, en outre, certains éléments capables de lui donner des propriétés toutes spéciales; ainsi, outre l'acide sulfhydrique, on y reconnaît aussi la présence de l'arsenic à l'état d'arséniate, sans doute, et particulièrement celle de l'iode et du brôme en combinaisons salines; ces deux substances s'y trouvent même dans des proportions fort notables, qui paraissent supérieures à celles indiquées jusqu'ici dans la plupart des eaux minérales de la France.

Le rapporteur conclut qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

Absorption des liquides à la surface de l'œil. — M. Gosselin lit un travail qui a pour titre : *Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil.*

L'auteur se propose de rechercher quel est le trajet suivi par les liquides après leur absorption sur l'œil, il se demande s'ils passent, en totalité, dans les vaisseaux extra-oculaires, ou bien en partie, dans les membranes et les milieux de l'organe? Pour ses expériences, il choisit des substances qui sont promptement absorbées et qui peuvent être facilement recelées dans l'organisme; telles sont : l'iodure de potassium, la chaux et le sulfate d'atropine.

Les expériences tentées avec l'iodure de potassium conduisent l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Que l'iodure de potassium absorbé à la surface de l'œil passe dans la cornée et dans l'humeur aqueuse, où l'on commence à la retrouver au bout de deux minutes et il séjourne dans cette dernière pendant vingt à trente minutes avant que la circulation générale puisse en avoir apporté une quantité appréciable ;

2° Que les autres parties de l'œil, et particulièrement le corps vitré, la sclérotique et la choroïde en reçoivent plus tard que la cornée et l'humeur aqueuse;

3° Que l'humeur aqueuse retient, pendant plus longtemps que les autres éléments de l'œil, la substance absorbée, tant celle qui est entrée directement que celle qui a pu être apportée plus tard par les capillaires.

L'expérience avec le lait de chaux s'est offerte spontanément à l'observation de M. Gosselin qui a reçu à l'hôpital Cochin un malade ayant une opacité de la cornée à la suite de projection accidentelle d'eau de chaux des badigeonneurs dans l'œil gauche; la rapidité avec laquelle la transparence de la cornée est revenue, a prouvé à l'observateur que l'opacité ne tenait non à une mortification, mais simplement à une imbibition du tissu de la cornée par la chaux. Voulant s'en convaincre d'une manière plus directe, il instille du lait de chaux dans les yeux de lapins et de chiens, et après deux minutes, il voit blanchir la cornée; la calcination et les réactions chimiques décèlent la présence de la chaux dans ces cornées blanchies; en faisant d'autre part réagir sur elles l'acide chlorhydrique étendu, il leur rend leur transparence normale. Les mailles de la cornée ainsi imbibées de chaux n'en laissent filtrer que des proportions très-minimes dans la chambre antérieure.

Les expériences avec le sulfate d'atropine sont faites dans la proportion de 1 gramme pour 40 grammes d'eau. L'auteur instille quelques gouttes de cette solution dans les yeux de lapins, et quand la dilatation des pupilles est bien prononcée, il extrait l'humeur aqueuse de ces yeux et l'instille goutte à goutte dans l'œil gauche d'un chat; la pupille se dilate et reste immobile pendant six à huit heures. Il instille ensuite de la solution de sulfate d'atropine dans l'œil droit seulement de deux chiens; les pupilles sont énormément dilatées au bout d'une demi-heure, mais celles de l'œil gauche ont conservé leur mobilité naturelle. Les quatre yeux sont ensuite enlevés et l'humeur aqueuse de ceux du côté droit est instillée dans l'œil droit d'un chat, tandis que l'humeur aqueuse des yeux gauches est instillée dans l'œil gauche du même animal. La pupille droite de celui-ci se dilate et reste immobile pendant dix heures, tandis que la pupille de l'œil gauche reste très-mobile.

Les déductions physiologiques que M. Gosselin cherche à tirer de ces expériences le portent naturellement à poser cette question : les larmes ne peuvent-elles pas passer à travers la cornée et dans la chambre antérieure; n'est-ce pas à ce passage continuel et au renouvellement du liquide qu'est due la remarquable transparence de ces milieux?

Les conclusions cliniques auxquelles conduisent les expériences de M. Gosselin sont également de la plus grande importance en ce qu'elles tendent à prouver que la dilatation pupillaire est due à une action toute locale sur les fibres musculaires ou les fibrilles nerveux de l'iris et que, par conséquent, dans l'opération de la cataracte par extraction, il n'y a plus à craindre de dilater la pupille par la belladone puisque, l'humeur aqueuse étant évacuée, la pupille perd aussitôt sa dilatation.

(Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Velpeau, Jobert et Cloquet.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Souscription pour le buste de Pinel. — Une Commission vient de se former spontanément au sein de l'Académie de médecine, pour faire exécuter une copie en marbre du buste en plâtre de Pinel qu'elle possède déjà, et qui a été exécuté par M. Bra. Cette Commission se compose de MM. Ferrus, Fairet, Baillarger, Bricheteau et Fr. Dubois. Il est à espérer que, grâce à l'active et pieuse intervention de M. le docteur Pinel, neveu, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Madrid (bois de Boulogne), la Commission arrivera au but de ses travaux un peu plus promptement que ne le font habituellement les Commissions analogues.

Prix de la Société médico-psychologique, offert par M. Ferrus. — La Société annonce que, acceptant l'offre généreuse de M. Ferrus, elle met au concours, pour l'année 1857, la question suivante : « *Traité médico-psychologique du crétinisme.* »

Le prix est de 500 francs. Le mot *traité* ne doit pas être entendu dans sa signification rigoureuse et scolastique. Il s'agit, en quelque sorte, d'un Mémoire médico-psychologique sur le crétinisme, c'est-à-dire d'un travail inédit dans lequel la question soit envisagée dans ses divers éléments et résolue au moins dans quelques-uns. Les concurrents pourront ainsi y traiter avec quelques développements la partie du sujet qu'ils auraient plus particulièrement étudiée, en ayant soin, toutefois, que l'ensemble y soit exposé avec méthode et concision, et que la place qui leur est due y soit donnée à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la prophylaxie.

Les Mémoires seront envoyés à l'École de médecine, à l'adresse du secrétaire général de la Société, avant le 20 janvier 1857. Ils seront écrits lisiblement, en latin ou en français, et accompagnés d'une enveloppe cachetée reproduisant à l'extérieur l'épigraphe placée en tête du manuscrit et à l'intérieur le nom de l'auteur.

Sont seuls exceptés du concours les membres titulaires de la Société et les membres correspondants demeurant à Paris.

Clinique de M. le professeur Bouillaud. — Avis. — M. Groux, affecté de fissure congénitale du sternum, sera présenté au public médical, par M. le professeur Bouillaud, dans l'amphithéâtre de la Charité, jeudi prochain, 16 août, à trois heures de l'après-midi. M. le professeur Bouillaud a bien voulu faire la démonstration sur ce cas intéressant.

Nous donnons cet avis aux médecins et aux élèves qui voudraient assister à cette séance.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital la Riboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Sous presse : Leçons sur l'écrasement linéaire. — Prix de chaque partie : 2 fr; à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix; 1 fr. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 97. 3e année. Lundi 13 Août 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De la folie, de son caractère essentiel et de ses rapports avec l'ordre social.

A Monsieur Ferrus, *inspecteur général des établissements d'aliénés de France.*

(2e article.—Voir le numéro du 25 juin 1855.)

Celui qui, par l'élévation de ses vues et de son caractère, par la pureté de ses principes, par la distinction et clarté habituelle de son langage, reste encore, malgré ses erreurs et les progrès de la science, le véritable législateur de la folie, Esquirol a dit :

La folie, l'aliénation mentale, est une affection cérébrale *ordinairement* chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté.

Il existe d'autres définitions de la folie; il en est d'aussi bonnes ; il en est de plus défectueuses; il en est même d'inintelligibles; mais je n'en connais pas de meilleure, et cependant celle d'Esquirol ne vaut rien.—Pourquoi?—1° Parce que le mot désordre, sur lequel repose cette définition, n'ayant pas été lui-même défini, il n'a aucune signification précise ; 2° parce que Esquirol ne dit pas si un seul des désordres qu'il indique suffit pour constituer la folie, ou si, au contraire, il est nécessaire que deux d'entre eux ou tous les trois soient réunis. Or, suivant l'une ou l'autre de ces conditions, celui qui se croit Dieu pourrait être classé parmi les sages, et celui qui souffre d'une névralgie, parmi les fous.

Pourquoi Esquirol n'a-t-il pas donné une meilleure définition de la folie?—Parce que, moins sage que d'Aguesseau, il a confondu, à l'exemple de tous les médecins ses prédécesseurs, la science et la pratique; parce qu'il a cru à tort que toutes les folies devaient nécessairement tomber sous l'action de la médecine militante, que tous les fous devaient nécessairement être renfermés à Bicêtre ou à Charenton.

Là fut la première, la plus grande erreur d'Esquirol, erreur que presque tous les médecins de nos jours partagent, et qu'un seul, à qui il n'a pas été rendu une justice suffisante pendant la discussion, a tenté de détruire incomplétement.

Il faut le dire ici, car l'Académie n'a point paru en être assez convaincue, Leuret était un des esprits les plus profonds, un des écrivains les plus clairs et les plus corrects de notre temps. Son esprit pénétrant n'avait pu s'arrêter aux limites où ses prédécesseurs avaient conduit l'étude de la folie. Frappé du vague ou de la défectuosité de leurs définitions, il avait voulu pénétrer plus avant; il avait essayé d'arriver jusqu'au caractère essentiel de l'aliénation ; il y avait en partie réussi ; il y aurait réussi complétement sans doute s'il n'avait pas subi à son insu l'influence du joug qu'il secouait, s'il n'avait pas cherché la distinction de la raison et de la folie dans la comparaison de phénomènes naturels avec des faits sociaux, c'est-à-dire dans la comparaison de ce qui n'était point comparable. Cherchant la différence des idées qu'il observait à Charenton d'avec celles qui ont cours dans le monde, il s'aperçut avec étonnement et humiliation que cette différence n'avait souvent rien de réel, et il le déclare humblement dans l'aveu suivant :

Il ne m'a pas été possible, quoi que j'aie fait, de distinguer, par sa nature seule, une idée folle d'une idée raisonnable.

Bien plus, parmi les hommes qui occupent à juste titre le premier rang dans la hiérarchie intellectuelle, parmi les médecins, les savants, les philosophes et surtout les théologiens, il trouva des théories, des raisonnements ou plutôt des assemblages d'idées qui diffèrent à peine des discours qu'on peut entendre à l'hospice de Bicêtre ou de la Salpétrière, et en constatant cette triste vérité, il s'écrie, dans un mouvement de désespoir :

Cependant, il y a pour les médecins, pour les philosophes, pour les théologiens, des chaires, des académies, des facultés, et pour les fous, des hospices ! Est-ce que le hasard seul aurait présidé à la répartition des individus dans chacun de ces lieux?

Ne pouvant toutefois s'arrêter longtemps à une pareille question, Leuret se met de nouveau à la poursuite de la distinction qu'il cherche, et il est enfin amené à penser que ce n'est point la nature même de l'idée qui constitue la folie, mais bien l'absence de preuves à l'appui de cette idée, ou le désordre, le défaut d'art dans l'exposition de ces preuves. — Telle a été la cause de l'erreur de Leuret et de la confusion dans laquelle il est tombé à son tour, après l'avoir découverte et signalée chez les autres. D'après sa doctrine, un homme qui se croirait à tort poursuivi par des assassins, des empoisonneurs, des conspirateurs, mais qui entourerait son idée fausse par des raisonnements spécieux, ce qui arrive souvent, serait parfaitement raisonnable, et Leuret, cependant, ne pouvait ignorer que ceux qui se trouvent dans cette condition sont les fous les moins équivoques, quelquefois les plus dangereux. Avec un peu plus de fermeté et en rompant plus complétement avec les doctrines qu'on lui avait enseignées, Leuret aurait déclaré hautement, parce que là est la vérité, que celui qui croit avoir englouti le diable dans ses entrailles en mangeant une laitue, est un fou, soit qu'il invoque ou non des preuves à l'appui de sa croyance, soit qu'il l'étaye de raisonnements spécieux ou grossiers, soit qu'il habite un palais ou un hospice, qu'il occupe une chaire ou un cabanon. En théorie, c'est-à-dire en science pure :

L'erreur, voilà la folie;
La raison, c'est la vérité.

Quiconque nie ou conteste ce qu'on peut démontrer être vrai, est un fou ;

Quiconque accepte comme vrai ce qu'on peut démontrer faux, est un fou ;

Quiconque considère comme certain ce qui est douteux, ou comme démontré ce qui n'est qu'incertain ou même probable, est un fou (1).

Hors de cette définition, il n'y a qu'équivoque, subtilités, logomachies. Tous ceux qui ont voulu établir la différence entre l'erreur et la folie, ou sont tombés dans un de ces défauts, souvent dans tous les trois, ou n'ont établi que des distinctions de degré, non des distinctions de nature. Leuret n'a donc pas eu tort de dire qu'un *fou est un homme qui se trompe* ; mais il a eu tort de ne pas dire nettement : *Tout homme qui se trompe est un fou* (2).

A ce compte, dira-t-on peut-être, qui de nous peut se regarder comme exempt de folie? Ne devons-nous pas renfermer dans les asiles le genre humain tout entier?

Quant à la première question, qui est une question de science, je ne vous dissimulerai, vénéré maître et bien cher collègue, pas plus que ne le dissimulait le chancelier d'Aguesseau, que le nombre des hommes est bien petit qui, à aucun moment de leur existence n'ont jamais manifesté une idée folle, fait un acte de folie ; dans ce nombre, on ne peut même comprendre les sept sages de la Grèce, puisque, d'après les témoignages les plus dignes de foi (3), le plus sage d'entr'eux avait des visions qu'il prenait pour des réalités.

Mais en ce qui concerne la seconde question, qui est une question pratique qu'à tort on a confondue avec la première, bien loin de vouloir augmenter la population des asiles, je crois que le nombre des fous qu'on y enferme est déjà trop grand, et je connais assez la rectitude de votre esprit et la générosité de vos penchants pour oser espérer que, si vous prenez la peine de me lire jusqu'au bout, vous n'hésiterez pas partager ma conviction.

Si, en théorie, toute erreur est folie, chaque folie a des degrés, et chaque degré, en pratique, n'entraîne pas les mêmes conséquences sociales. Le fou dont toute la folie se borne à se croire le premier médecin, le premier poëte du monde; celui qui borne son ambition à se croire prophète, empereur ou Dieu ; celui qui, comme l'homme d'Horace, fait de son ventre un théâtre, et qui donne satisfaction à tous ses désirs en assistant chaque jour à la pièce qu'on y joue, tous ces fous peuvent, sans inconvénients, vivre libres parmi nous, et la preuve, c'est que nous en coudoyons à tout moment qu'on pourrait reconnaître à cette esquisse succincte.

Ces faits, vénéré maître et cher collègue, n'avaient point échappé à d'Aguesseau, et tout en admettant que « les limites entre la démence et la sagesse sont *presque imperceptibles* », tout en faisant remarquer combien sont rares les hommes dont toute l'existence soit exempte d'un seul acte de folie, le grand magistrat ne voulait pas qu'on renfermât tout le monde, et, pour la pratique ordinaire de la vie, il trouvait parmi nous beaucoup de sages ;

Un sage, dit-il, *dans le sens des lois et des jurisconsultes*, est celui qui peut mener une vie commune et ordinaire; un insensé est celui qui ne peut pas même atteindre *à la médiocrité des devoirs généraux*.

Mais dans les matières de ce genre, il ne faut laisser aucune équivoque : Que doit-on entendre par devoirs généraux, et par une vie ordinaire? Pour le définir nettement, il faut remonter à la destination de l'homme, non pas à cette destination sur laquelle les philosophes et les théologiens peuvent écrire des volumes plus ou moins inintelligibles et parfaitement stériles, mais à celle que peuvent comprendre et remplir ceux précisément *qui peuvent mener seulement une vie commune et ordinaire*.

Vivre conformément aux lois visibles et palpables de son organisation, telle est la destination de l'homme;

Etre heureux, c'est-à-dire rechercher le plaisir et éloigner la douleur, telle est la première, la plus impérieuse de ces lois;

Se réunir en société, tel est le premier besoin, telle est la première condition dictée par notre instinct, imposée à notre faiblesse;

Y voir notre liberté, notre vie et nos biens respectés, telle est la première de nos jouissances, tel est le premier de nos droits ; y respecter la vie, la liberté et les biens des autres, tel est le premier de nos devoirs.

Ainsi, *en pratique*, celui-là seul sera fou, qui sera incapable d'accomplir la destination humaine, c'est-à-dire, qui ne saura travailler à se rendre heureux sans porter atteinte au bonheur d'autrui.

Il serait désirable, sans doute, que beaucoup de fous qui restent en dehors de cette catégorie, invoquassent les secours à la médecine, comme il serait désirable que beaucoup d'autres malades n'attendissent pas, pour se faire traiter, d'être arrivés à l'incurabilité ou aux portes du tombeau. Mais je ne vois pas où l'on puiserait le droit de contraindre à se faire traiter plus tôt, et ce serait, il me semble, un singulier moyen de leur faire du bien que de commencer par leur enlever celui qui leur est le plus cher, la liberté. Ajoutez que le bien qu'on leur ravit est parfaitement réel, tandis que celui qu'on leur promet en échange est le plus souvent fort problématique, et vous aurez une idée exacte des conséquences dues à la doctrine régnante en aliénation mentale.

Quelques exemples pour terminer, car les faits frappent bien autrement que les raisonnements.

H. DE CASTELNAU.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Pour ne pas entrer dans des développements incompatibles avec les proportions d'un article de journal, je ne m'occupe ici que des aberrations de l'intelligence, laissant à dessein de côté les aberrations de la *volonté*, qui constituent *peut-être* une espèce de folie, en tous cas très-rare.— Quant aux aberrations de la sensibilité, elles ne constituent *jamais* la folie, tant que l'intelligence reste saine

(2) Il a été dit dans la discussion que c'était trop spiritualiser la folie que de la considérer comme une erreur. J'avoue franchement que je n'ai pu saisir la raison de cette manière de voir; je ne pense pas que parmi ceux qui, comme moi, sont convaincus que tous les phénomènes de la vie de relation sont sous la dépendance immédiate de l'organisation cérébrale, il se trouve quelqu'un de plus heureux que moi.

(3) De Xénophon spécialement.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. RACIBORSKI.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90 et 92.)

Ce serait vraiment une étude intéressante à faire que de rechercher si cette influence défavorable de la menstruation ne s'étend pas jusqu'aux affections cancéreuses de l'utérus. Nous regrettons de ne pas posséder de documents suffisants pour pouvoir résoudre cette question directement par nous-même à l'aide d'une statistique bien faite. Quoi qu'il en soit, si nous jugeons d'après l'impression générale produite sur notre esprit par des cas qui se sont présentés à notre observation, nous serions disposé de croire que le rôle de la menstruation ne diffère pas, dans cette circonstance, de celui que nous lui avons vu jouer dans les altérations organiques simples de l'utérus. M. Duparcque paraît avoir été impressionné de la même manière :

« Généralement, dit ce médecin distingué, les altérations organiques qui se développent dans l'utérus des femmes âgées, ou qui, développées à une époque plus ou moins antérieure, n'ont pas reçu du retour d'âge une impulsion dangereuse, « ont une marche lente, et malgré les désordres organiques,

souvent considérables, qui les constituent, elles n'exercent aucune action notable sur la santé générale (1). »

A chaque pas, on pourrait rencontrer ainsi quelque nouvelle preuve de l'exagération de l'opinion, qui a prétendu faire de l'âge de la ménopause une espèce d'*enfer de femmes*, qu'elles auraient été condamnées de traverser avant d'aborder la vieillesse.

Rien pourtant n'est plus faux que cette manière de voir. Mais telle est la puissance des idées préconçues, que des hommes des plus distingués sont venus, les chiffres en main, sacrifier aux préjugés, sans se douter même que ces chiffres, car rien n'est impertinent, on le sait, comme les chiffres, prouvaient précisément tout le contraire. La chose vaut réellement la peine qu'on l'examine de plus près.

Sur 409 cas d'affections cancéreuses de l'utérus notés à la maison royale de santé dans l'espace de douze ans, par madame Boivin, il y en avait :

12	au-dessous	de	20	ans
83	de	20	à	30 »
102	de	30	à	40 »
106	de	40	à	45 »
95	de	45	à	50 »
7	de	50	à	60 »
4	de	60	à	70 »

La conclusion la plus simple, la plus naturelle, la plus logique que l'on puisse tirer de l'examen de ce tableau, peut être formulée en ces termes : « les affections cancéreuses de l'utérus, rares au début de la période menstruelle de la vie, deviennent de plus en plus fréquentes à mesure que cette période s'avance et que les ovaires comme l'utérus jouent un rôle plus actif chez la femme, pour diminuer ensuite progressivement, à partir de l'âge de quarante-six, qui peut être considéré comme l'âge moyen de la cessation de la menstruation en France (2).

En dégageant ainsi l'esprit de l'influence des préjugés, on pourrait arriver à faire parler d'une manière impartiale tous les tableaux statistiques qui ont été faits pour cette circonstance et arriver à peu près aux mêmes conclusions.

Dupuytren (3), qui, à l'exemple de tant d'autres, croyait encore à la fiction du *retour d'âge*, et à ses dangers exagérés, attribue à sa fâcheuse influence la fréquence relativement plus grande des polypes aux approches de la cessation de la menstruation. Voici le tableau qui devait consacrer cette erreur. Sur 57 femmes affectées de polypes, les accidents dépendant de cette affection se sont déclarés :

Chez	1	de	15	à	20 ans
Chez	10	de	20	à	29 »
Chez	19	de	30	à	39 »
Chez	23	de	40	à	49 »
Chez	3	de	50	à	59 »
Chez	1	de	60	et	au-dessus.

Que prouvent ces chiffres, sinon que la fréquence des polypes est toujours en raison directe de la durée du temps qui s'est écoulé depuis le commencement de l'exercice de la menstruation. Le chiffre le plus élevé, 23, tombe précisément sur l'intervalle compris entre quarante et quarante-neuf ans, c'est-à-dire sur une époque où les ovaires, de même que la matrice, comptaient déjà plus de trente années d'exercice attaché à leurs fonctions. Une fois ce terme dépassé, nous voyons la fréquence des polypes diminuer avec une rapidité surprenante.

Le molimen menstruel peut donc être considéré comme très-défavorable à toutes les affections de l'utérus, en général, et en particulier aux affections cancéreuses. Les retours périodiques de l'excitation physiologique qui part des ovaires peut favoriser le développement des affections simples et rendre la transformation cancéreuse plus rapide chez les sujets qui s'y trouvent prédisposés. Ce résultat ne se trouve pas seulement sanctionné par des tableaux statistiques des auteurs, mais il est conforme aux principes les mieux établis de la physiologie et de la pathologie générale, d'après lesquels chaque organe possède déjà, dans les rouages nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions, des conditions prédisposantes à ses altérations, à ses maladies. Toutes choses étant égales d'ailleurs, la probabilité de ces troubles est en raison directe de la durée des fonctions et de l'activité déployée par les organes.

Mais comment se fait-il, pourra-t on demander, qu'une pareille erreur ait pu traverser tant de générations médicales sans plus de contrôle. A cela nous répondrons : n'a-t-on pas cru aussi jusqu'à ces derniers temps que les accidents décrits sous le nom d'*étranglement intestinal*, dans les hernies inguinales, étaient provoqués par la constriction exercée sur l'intestin par des anneaux du canal qui porte ce nom ? N'a-t-on pas cru que ces anneaux pouvaient couper l'intestin, le faire tomber en gangrène? que les accidents décrits sous le nom d'*engouement* étaient provoqués par l'embarras stercoral dans l'anse intestinale. Cependant M. Malgaigne a démontré que tous les grands chirurgiens qui pensait ainsi, étaient dans l'erreur ; l'opinion du savant professeur a triomphé !

Nous n'aurions que l'embarras du choix si nous voulions citer d'autres exemples de différentes fictions médicales ou chirurgicales dues au déroulement logique d'une série des conséquences d'un faux principe qu'on avait d'abord accepté comme vrai. Il a été généralement admis jusqu'à ces derniers temps que la menstruation était une fraction éliminatoire destinée à débarrasser l'économie du trop plein de sang et même de certaines matières *peccantes*.

Cette opinion une fois adoptée, que de préoccupations pour de pauvres femmes et même pour les médecins, au moment où cette soupape de sûreté allait être tout à coup fermée ! La crainte de la voir fermée relativement trop tôt devait s'emparer tout naturellement des esprits.

On redoute généralement, et non sans raison, la fermeture d'un exutoire dont on a eu l'habitude pendant longtemps, et comment ne pas redouter l'époque de la suppression des règles, laquelle, d'après les idées qu'on se formait du rôle de la menstruation dans l'économie, équivalait au moins à la suppression d'un vieux cautère de trente à trente-cinq ans? Nous avons choisi à dessein cette comparaison, car non-seulement elle rend bien l'idée que l'on attachait d'abord aux dangers de l'âge critique, mais elle démontre en même temps, comment, pour s'être écarté de la route tracée par des inductions logiques, on a fini par tomber dans un labyrinthe dont il est difficile de sortir. Que l'on craigne, en effet, la suppression d'un ancien cautère, cela se conçoit à merveille; on conçoit encore très-bien qu'on se sente disposé d'attribuer à cette suppression des accidents ou des maladies qui peuvent se déclarer après, mais qu'un médecin s'avise d'attribuer déjà à cette suppression des accidents qui se déclarent, lorsqu'elle n'est encore qu'en projet, on ne manquerait pas de le prendre en pitié. Cependant ceux qui attribuent à la ménopause, les maladies qui surviennent quatre ou cinq ans avant la cessation des règles, ne font pas en vérité autre chose !

Mais nous ne voulons pas dire pour cela que la cessation des règles soit complétement indifférente pour l'économie, ni que, ce qu'on appelle ordinairement l'âge critique, ne mérite pas de fixer une attention sérieuse du médecin. Ce serait donner une tâche trop facile à tout observateur attentif, qui n'aurait qu'à vouloir pour trouver de suite une foule de faits à nous opposer qui prouveraient le contraire. Comment supposer même qu'une fonction aussi importante que la reproduction de l'espèce, puisse être rayée du programme de la vie

(1) Ouvrage cité, p. 54.

(2) Ayant noté le moment de la cessation des règles chez 110 femmes de l'hospice de la Salpêtrière, nous avons obtenu, pour la moyenne, l'âge de 46,05.

(3) *Leçons orales de clinique chirurgicale, faites à l'Hôtel Dieu de Paris*, t. III, p. 483.

sans que cela provoque quelques troubles sympathiques dans les fonctions avec lesquelles elle a été pendant longtemps si étroitement liée; sans que cette rupture n'amène de changements dans l'équilibre de différents systèmes de l'économie. L'organisme doit nécessairement passer par différentes modifications avant d'arriver physiologiquement à la suppression de l'ovulation. Ces modifications doivent s'annoncer plus ou moins longtemps à l'avance et avoir déjà des caractères propres avant que l'hémorrhagie menstruelle, qui continue toujours d'avoir lieu, y fût pour quelque chose. Les effets de la cessation des règles ne peuvent pas être ainsi escomptés. Mais lorsque l'acte physiologique de l'ovulation est définitivement arrêté, et qu'avec lui cesse l'excitation qui provoquait périodiquement la menstruation, alors la suppression de l'hémorrhagie, dont l'économie avait contracté une longue habitude, peut à son tour, mais alors seulement, occasionner des troubles en rapport avec sa nature, son abondance passée, ses relations physiologiques ou pathologiques antérieures, et la constitution des sujets. Telle est, croyons-nous, la seule manière rationnelle, d'envisager les différents symptômes qui caractérisent les dernières années de la vie menstruelle, et qu'on a confondus à tort dans le fantôme épouvantable désigné sous le nom d'âge critique des femmes.

Chapitre II.

De l'influence des affections des organes respiratoires sur la menstruation et de celle que cette évacuation exerce sur la marche de ces affections (1).

§ Ier. — *Affections aiguës des organes respiratoires.*

Quelle est l'influence des inflammations aiguës des organes respiratoires sur la menstruation? Pour répondre convenablement à cette intéressante question, nous avons divisé les affections aiguës de poitrine en trois ordres: 1° bronchite; 2° pleurésie; 3° pleuro-pneumonie.

Nous avons recueilli douze observations de bronchite aiguë, dont six appartiennent à l'épidémie de la grippe qui a régné dernièrement. Chez six malades l'affection était assez intense et accompagnée de fièvre; chez toutes d'ailleurs elle était caractérisée par des signes stéthoscopiques, tels que les différentes formes de râle bullaire, râle muqueux, sous-crépitant, crépitant, les râles sibilant, ronflant, etc.

Nous n'avons remarqué chez aucune de ces malades d'influence notable de la part de l'affection des bronches sur l'évacuation menstruelle. Les règles sont venues chez toutes ces malades à leur époque ordinaire, et si quelquefois il y avait un peu de différence dans la durée ou dans l'abondance de cette évacuation périodique, cela pouvait être toujours expliqué par des circonstances étrangères à la maladie. Ainsi, règle générale, cette modification n'a été observée que chez les malades auxquelles on avait pratiqué quelques saignées avant l'arrivée des règles ou chez celles qui avaient gardé le lit pendant toute la durée de l'évacuation menstruelle.

D'un autre côté, nous n'avons pas non plus remarqué que la menstruation eût jamais influé avantageusement sur la marche de l'affection des bronches. Toutes nos malades continuaient à tousser pendant les règles. Quatre ont déclaré avoir éprouvé plus de malaise et une augmentation dans la toux et l'oppression aux approches des règles et pendant les premiers jours de leur écoulement. Chez aucune malade l'affection n'a été jugée par cette évacuation.

Un des problèmes les plus difficiles à résoudre est sans contredit l'influence des phlegmasies aiguës intenses sur la marche de la menstruation et réciproquement l'influence que cette évacuation peut exercer sur ces phlegmasies. La difficulté augmente encore dans les affections telles que des pneumonies, des pleurésies, etc., où très-souvent on a recours aux émissions sanguines abondantes et répétées, lesquelles pourront déjà par elles-mêmes modifier singulièrement la marche de la menstruation et celle des maladies.

Il est indispensable de procéder dans cette circonstance à l'analyse des faits avec une extrême sévérité, *perpendendo semel observationes;* sans cela on risque d'attribuer à la maladie ou à la menstruation ce qui peut être le résultat du traitement. Aussi, pour ces affections, au lieu de nous borner à des conclusions générales, nous croyons devoir donner une description détaillée de plusieurs observations de pleuro-pneumonie capables de jeter quelque jour sur cette importante question.

Le premier fait est relatif à une femme de dix-neuf ans, culottière, menstruée régulièrement tous les mois depuis l'âge de dix ans. Ses règles donnaient ordinairement quatre à cinq jours et étaient assez abondantes. Sa maladie datait depuis quinze jours.

A son arrivée à l'hôpital (le 1er mars 1839), on a trouvé 104-108 pulsations et de la crépitation fixée au sommet du poumon gauche en avant et en arrière. Deux saignées de trois palettes furent pratiquées. Le lendemain cinq autres palettes furent retirées à l'aide de ventouses scarifiées. Le quatrième jour, un large vésicatoire fut posé sur le côté affecté de la poitrine.

Les règles sont venues dans la nuit du 5 au 6 mars. Nous avons constaté par nous-même l'existence de cette évacuation. Ayant examiné de nouveau la malade, nous avons trouvé que les crachats continuaient encore à être rouillés, et nous avons entendu distinctement de la crépitation. A partir de la deuxième saignée, il y a eu déjà une amélioration notable. Le 7 mars, on a commencé à donner un bouillon. Les règles ont cessé de couler le 7 au soir.

Cette observation est réellement fort intéressante. A elle seule, elle prouve déjà que les affections aiguës des organes respiratoires n'ont pas une influence aussi grande sur la menstruation, comme on est généralement porté à le croire. Ce qu'il y a encore de remarquable, c'est que l'évacuation menstruelle n'a pas été modifiée par des émissions sanguines assez abondantes et qu'elle n'a pas amené de changement notable dans la maladie.

La deuxième observation a pour sujet une femme de quarante ans, blanchisseuse, admise à l'hôpital le 24 avril 1839 le quatrième jour de sa maladie. Cette femme, de constitution moyenne, était bien réglée toute sa vie, depuis l'âge de 15 ans. Ses règles donnaient ordinairement deux à trois jours et étaient peu abondantes. Le deuxième jour de la maladie on pratiqua une saignée et on fit appliquer 15 sangsues sur le côté douloureux.

Le jour de son entrée à l'hôpital, nous avons noté 36-40 inspirations et 100-104 pulsations par minute, toux augmentant la douleur de côté, matité à la partie antérieure et externe du côté gauche. En arrière, la matité occupait toute l'étendue depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, et nous avons entendu distinctement le souffle bronchique et la bronchophonie avec un peu de crépitation fine. Le sommet du poumon droit était également malade; nous y avons trouvé de la matité; dans la fosse sus-épineuse, du souffle bronchique et de la bronchophonie. Les crachats étaient safranés, gélatiniformes. Une saignée d'une livre a été pratiquée au moment de l'arrivée à l'hôpital; le deuxième jour, une autre saignée de trois palettes et une application de ventouses scarifiées de trois palettes également. Le troisième jour, la malade allant sensiblement mieux, on s'est borné à l'application d'un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine.

Le même jour, le 26 avril au matin, les règles sont venues à leur époque habituelle. Elles ont duré un peu moins que de coutume et se sont arrêtées dans la nuit du 27 au 28.

Le 28, on a donné un peu de bouillon, et la malade n'a pas tardé à entrer en convalescence.

La malade de la troisième observation est une femme de chambre, âgée de dix-neuf ans, affectée depuis trois jours de pleuro-pneumonie du premier au second degré, à la base des deux poumons, mais surtout à gauche. A son entrée à l'hôpital, nous avons noté l'existence du râle sibilant en avant, des deux côtés; un peu de râle crépitant à la partie inférieure du poumon droit en arrière; résonnance faible à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche, accompagnée de souffle bronchique et de crépitation bien distincte; crachats rouillés; 120 pulsations.

On a pratiqué à la malade, le jour de son entrée, une saignée d

(1) Ce chapitre est la réimpression de l'article publié dans la *Gazette médicale de Paris*, le 25 juin 1842. Nous le reproduisons sans aucun changement. Il nous eût été facile d'ajouter de nouveaux faits pour corroborer les opinions qui s'y trouvent exprimées, mais nous avons mieux aimé de ne faire aucune modification n'ayant rien à changer aux conclusions.

trois palettes ; le lendemain, une autre saignée de trois palettes et une évacuation de trois palettes de sang à l'aide de ventouses. Le troisième jour, son pouls était encore à 120 pulsations, et il y avait encore 28-32 inspirations par minute ; les crachats étaient albumineux, fortement spumeux; cependant il y avait une grande amélioration dans les signes locaux, et les règles sont arrivées dans la journée.

Le lendemain des règles, les crachats étaient encore spumeux, et il y avait 112-116 pulsations. Le troisième jour des règles, le mieux était notable. Les règles cessèrent vers la fin de la journée.

La quatrième malade était âgée de trente ans, toujours bien réglée depuis l'âge de quatorze ans. Il s'était déjà écoulé à peu près trois semaines depuis ses dernières règles, lorsqu'elle a été prise d'un point de côté à gauche, avec toux et crachats sanguinolents. Nous avons noté, le troisième jour de la maladie, l'existence de la matité du souffle bronchique et du râle crépitant à la partie postérieure du côté gauche. Deux saignées de trois palettes et une application de 40 sangsues sur le côté douloureux furent faites les deux premiers jours de son séjour à l'hôpital. Le troisième jour le mieux était sensible; les règles ont paru dans la journée et ont continué pendant trois jours.

A ces observations, nous pouvons en ajouter une cinquième, qui nous a été communiquée par M. Gauthier de Claubry, membre de l'Académie de médecine. Ce médecin distingué, après avoir prescrit un jour une saignée à une malade affectée de pleuro-pneumonie, a eu à lutter contre une énergique opposition de la part des parents de la malade, qui, sachant qu'elle se trouvait au moment des règles, avaient jugé la saignée inopportune. M. Gauthier de Claubry agit dans cette circonstance en praticien éclairé. Malgré cette apparente contre indication, il fit pratiquer immédiatement la saignée, et la même opération fut répétée le lendemain matin. Cependant la menstruation n'a pas discontinué, et loin de produire les fâcheux effets que l'on redoutait, la conduite de notre habile confrère a été couronnée d'un plein succès. La malade n'a pas tardé à être entièrement rétablie.

Examinons actuellement quelques faits relatifs à l'inflammation de la plèvre.

Dans une de nos observations, il s'agit d'une domestique, âgée de vingt-sept ans, habituellement bien réglée, malade déjà depuis deux mois. La malade s'est refroidie, ayant eu chaud, et a commencé à tousser. La toux, d'abord sèche et sans aucune douleur de côté, a été plus tard accompagnée d'une expectoration muqueuse et d'un point au-dessous du rein gauche. A son entrée à l'hôpital de la Charité (le 15 février 1839), nous avons constaté ce qui suit : résonnance généralement plus faible en arrière et à gauche qu'à droite, surtout en bas, bruit de frottement pleural, et de temps en temps un peu de râle sibilant; 84-88 pulsations. La malade a eu deux saignées, une de trois et l'autre de 4 palettes, une application de ventouses scarifiées et un large vésicatoire sur le côté affecté.

Dans le commencement de la maladie, lorsque la malade était encore chez elle, les règles avaient déjà paru à leur époque ordinaire et avaient duré comme d'habitude. Elles ont reparu la veille de l'entrée de la malade à l'hôpital, et nous avons constaté leur existence à notre premier examen. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, malgré de si abondantes saignées, la menstruation a duré trois jours, comme de coutume, et que nous n'avons remarqué aucune influence salutaire de la part des règles sur la marche de l'affection des organes respiratoires.

Dans une autre observation, il s'agit d'une portière, âgée de trente-quatre ans, affectée depuis six jours de pleurésie, avec épanchement occupant la moitié inférieure du côté droit de la poitrine. Nous avons constaté chez elle : matité, avec absence de la respiration vésiculaire, et souffle bronchique près de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit. Cependant les règles sont venues le troisième jour de la maladie à leur époque ordinaire, et ont duré comme de coutume, sans avoir eu aucune influence favorable sur la marche de l'inflammation de la plèvre.

Une autre observation a pour sujet une femme âgée de quarante-deux ans, toujours bien réglée. Sa maladie datait déjà depuis deux mois, mais elle est devenue évidemment plus aiguë depuis peu de temps. Nous avons trouvé chez elle de la matité dans le tiers inférieur du poumon gauche, avec souffle bronchique, égophonie et 100-104 pulsations par minute. Cette femme eut d'abord ses règles dans le commencement de sa maladie, et la seconde fois, le lendemain de son entrée à l'hôpital. L'évacuation menstruelle n'a montré, à aucune de ces deux époques, d'influence sensible sur la marche de la maladie. A la première époque les règles ont duré comme d'habitude; à la seconde elles se sont supprimées, il est vrai, au bout de vingt-quatre heures. Mais ceci se laisse expliquer à la fois et par l'arrivée récente de la malade à l'hôpital et par des émissions sanguines qu'on lui avait pratiquées.

Le fait que nous allons rapporter n'est pas moins concluant que les précédents; c'est par lui que nous allons terminer les observations relatives aux rapports de la menstruation avec les phlegmasies aiguës des organes respiratoires.

Au mois d'août 1837, nous fûmes mandé, par M. le docteur Payn, auprès d'une dame, demeurant rue de Latour-d'Auvergne. Nous avons reconnu l'existence d'une pleurésie, avec épanchement remplissant le côté droit, datant depuis cinq jours. Il y avait 104-108 pulsations. Avant notre arrivée, on s'était borné à faire une application de 10 sangsues sur le point douloureux. Ayant essayé de pratiquer immédiatement une saignée, et une autre le lendemain matin, la malade nous fit observer que ses règles avaient paru le jour même, et elle voulait savoir si cette circonstance ne devait pas modifier notre prescription. Nonobstant cela, ces deux saignées furent pratiquées. Le lendemain, nous avons trouvé la malade dans un état fort satisfaisant. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette amélioration subite est survenue malgré que les règles se fussent supprimées après la première saignée.

Ainsi, la suppression des règles, regardée pendant longtemps comme une crise salutaire dans les maladies aiguës, n'a pas empêché, dans le cas dont il s'agit, la terminaison heureuse de la pleurésie.

A côté de ce fait, nous allons en citer un autre, que nous empruntons à Morgagni. Nous verrons, par l'examen de cette observation, que la réapparition des règles, supprimées d'abord au début des phlegmasies aiguës des organes respiratoires, n'a pas non plus la faculté de juger ces maladies, et qu'elle n'est pas capable de prévenir leur terminaison funeste.

Une servante de dix-neuf ans, fille un peu trop grosse et pléthorique, étant dans ses règles, qui déjà depuis trois mois avaient coutume de couler moins abondamment qu'auparavant, fut prise, après avoir été exposée à un vent froid, d'une douleur pongitive à la poitrine et d'une difficulté de respirer. Cette douleur restait fixe au-dessous de la mamelle gauche, et elle augmentait par le toucher, de sorte que le décubitus sur le côté était impossible.

On a fait deux saignées à la malade ; après la deuxième saignée, il s'écoula le même jour par l'utérus un peu de sang, ou plutôt un peu de sérosité, très-légèrement sanguinolente. Tout allant plus mal, et le pouls étant devenu plus profond, comme si l'artère avait éprouvé une rétraction en dedans, elle mourut au commencement du septième jour, en rendant par la bouche une humeur semblable à de l'eau écumeuse, dans laquelle on aurait récemment lavé de la chair.

Ce fait est d'un très-grand intérêt pour la pratique. Les anciens, qui regardaient la menstruation comme une crise destinée à débarrasser l'économie de beaucoup de principes nuisibles, attribuaient souvent à tort une foule d'indispositions à la suppression de cette fonction. Comme nous le verrons plus bas, la suppression brusque des règles n'est, dans la plupart des cas, qu'une coïncidence des maladies qu'on lui attribue, et reconnaît avec elles une cause commune, telle que, par exemple, le refroidissement. Il résulte des faits que nous venons d'examiner que le médecin qui, pour guérir la maladie principale, se bornerait, dans un cas pareil, à chercher à rappeler les règles, perdrait son temps et ne réussirait que rarement à sauver son malade.

En résumé, nous pouvons conclure de ce que nous avons dit dans ce paragraphe :

1° Que les phlegmasies aiguës des organes respiratoires n'exercent généralement aucune influence sur la marche des règles, et que, dans la plupart des cas, on voit l'évacuation menstruelle s'opérer comme à l'ordinaire, au début de ces phlegmasies.

2° Dans les cas où les phlegmasies aiguës des organes respiratoires débutent peu de temps après une époque menstruelle, les règles peuvent manquer ou être très-peu abon-

dantes à l'époque suivante; mais ce résultat ne doit pas être attribué à la nature de la maladie, mais aux émissions sanguines et à l'affaiblissement occasionné par la diète. La même particularité se représente toutes les fois qu'on a l'occasion d'appliquer ce genre de traitement.

3° L'évacuation menstruelle qui arrive dans le cours des phlegmasies aiguës des organes respiratoires n'a aucune influence sur la marche de ces maladies; par conséquent, on ne doit jamais dans ces maladies chercher à provoquer les règles, ni à favoriser leur retour quand elles ont été supprimées, dans l'espoir d'obtenir une amélioration.

Il est vrai que quelques auteurs, et en particulier Forestus (1), et plus récemment M. Andral (2), ont cité des exemples de fluxions de poitrine qui se sont terminées heureusement immédiatement après des hémorrhagies utérines. Mais, comme le fait observer M. Andral lui même, il faut se garder de confondre ces sortes de métrorrhagies, véritablement critiques, avec le simple flux menstruel, qu'on a souvent considéré comme jugeant différentes maladies.

4° Que les suppressions des règles, occasionnées par des émissions sanguines, pratiquées pour combattre les phlegmasies aiguës des organes respiratoires, n'ont jamais été suivies de résultats fâcheux, et que, par conséquent, la présence des règles ne doit jamais servir de contre-indication pour les émissions sanguines lorsqu'on les aura jugées nécessaires.

§ II. — Affections chroniques.

Parmi les affections chroniques des organes respiratoires, les unes, comme la bronchite chronique simple, l'emphysème, ne diffèrent des affections que nous venons de passer en revue que par la lenteur de leur marche et par l'intensité moindre de l'inflammation; d'autres, comme la phthisie tuberculeuse, en sont entièrement distinctes. C'est un des plus grands nonsens de l'école dite *physiologique* que d'avoir confondu des affections aussi différentes, et d'avoir regardé les tubercules pulmonaires qui résultent d'une altération profonde de l'économie entière, d'une véritable cachexie, comme une forme de l'inflammation chronique des organes respiratoires.

Une fois qu'on est pénétré de cette vérité, on doit trouver fort intéressant de savoir jusqu'à quel point la différence qui existe entre ces affections peut se traduire dans l'influence qu'elles exercent sur l'évacuation menstruelle.

Nous avons rcueilli quarante-quatre observations relatives à la marche de la menstruation chez les femmes phthisiques. Rapporter ces observations avec tous leurs détails, ce serait nous exposer à nous attirer les reproches qu'on adresse généralement à beaucoup d'auteurs modernes, qui, pour faire ajouter plus d'importance à leurs travaux, les grossissent d'un grand nombre d'observations. Mais comme nous n'écrivons pas pour les gens qui se laissent prendre au leurre d'une pareille gloire, comme nous ne cherchons que les intérêts de la science, nous sacrifions à dessein la description de toutes les observations, qui n'auraient même probablement pas l'honneur d'être lues par personne, et nous nous bornerons à en rapporter les conclusions.

Sur quarante-quatre malades chez lesquelles nous avons constaté l'existence de phthisie tuberculeuse à différents degrés, nous avons noté chez trente-huit l'aménorrhée. Chez les six autres, la menstruation continuait à peu près comme à l'état normal.

Une de ces malades ne nous a pas offert, il est vrai, de signes positifs des tubercules; mais la persistance de la toux pendant un an, les hémoptisies assez souvent répétées, l'amaigrissement de plus en plus prononcé, etc., nous faisaient présumer qu'il y avait réellement une affection tuberculeuse des poumons. Les règles venaient tous les mois et duraient comme d'habitude; leur abondance était également normale.

Chez la seconde malade, l'affection paraissait dater depuis un an; nous avons reconnu l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. Au milieu de ces circonstances, les règles continuaient à revenir périodiquement à l'état normal.

Chez la troisième malade, nous avons également reconnu l'existence d'une excavation au sommet du poumon droit, et la maladie paraissait dater depuis au moins cinq mois, tandis que la menstruation n'avait pas encore éprouvé le moindre trouble.

Chez la quatrième malade, l'affection tuberculeuse datait déjà depuis près de deux ans; nous avons constaté l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. Les règles se sont supprimées une fois pendant quatre mois consécutifs; mais depuis huit mois avant notre examen, elles avaient repris une marche ordinaire et revenaient tous les mois.

Chez la cinquième malade, l'affection tuberculeuse datait déjà depuis plus d'un an; cependant la menstruation continuait; seulement l'hémorrhagie était un peu moins abondante et le sang plus pâle que dans l'état de de santé.

Chez la sixième malade, l'affection datait depuis plus d'un an; nous avons noté l'existence de cavernes, et la menstruation n'a pas éprouvé le moindre dérangement dans le cours de la maladie.

Deux de ces malades quittèrent l'hôpital, et nous les avons perdues de vue. Chez quatre autres, le diagnostic a été entièrement confirmé par l'examen cadavérique.

Les faits exceptionnels que nous venons de citer prouvent que, malgré la grande tendance que présentent les tubercules pulmonaires à supprimer le flux menstruel, l'aménorrhée n'est pas cependant une conséquence absolue de la phthisie.

L'époque à laquelle arrive la suppression des règles n'est pas la même chez toutes les malades. Le tableau suivant indiquera sommairement les rapports entre le début de la phthisie et celui de l'aménorrhée.

PREMIÈRE CATÉGORIE : TUBERCULES DISSÉMINÉS SANS EXCAVATION.

Ancienneté de la maladie.	Ancienneté de l'aménorrhée.
7 mois	2 mois.
3 ans	2 »
8 mois	3 »
1 an	4 »
11 mois	3 »

DEUXIÈME CATÉGORIE : TUBERCULES AVEC EXCAVATIONS.

Ancienneté de la maladie.	Ancienneté de l'aménorrhée.
15 mois	10 mois.
11 »	10 »
3 »	2 »
2 ans	18 »
18 mois	16 »
10 »	5 »
6 »	4
9 »	2 »
1 an	1 an.
5 mois	5 mois.
4 »	4 »
2 »	2 »
6 »	4 »
2 ans	3 »
1 an	1 an.
16 mois	7 mois.
5 »	3 »
19 »	10 »
1 an	2 »
5 mois	5 »
4 »	4 »
2 ans	5 »
7 mois	5 »
2 »	1 »
3 »	3 »
1 an	3 »
5 mois	4 »

Il résulte de ce tableau que, dans la plupart des cas, la sup-

(1) Lib. I, obs. xx, et lib. XVI, obs. xxxv.
(2) *Clin. méd.*, 3e édit., tome IV, p. 417.

pression des règles ne commence que plus ou moins longtemps après les premiers symptômes de la phthisie.

Cinq malades seulement avaient rapporté à la même époque le commencement de la toux et la suppression des règles. Trois malades furent enceintes à l'époque de l'origine de la toux, et la menstruation ne reparut point depuis leurs couches.

Chez toutes les autres malades, la suppression des règles arrivait ordinairement d'autant plus tard que la marche de la maladie était plus lente, et que l'affection tuberculeuse était moins profonde. Ainsi, en prenant la moyenne des faits de la première catégorie, c'est-à-dire celle où les tubercules étaient encore disséminés, nous trouvons trois mois d'aménorrhée pour quatorze mois de tubercules, c'est-à-dire que, règle générale, la suppression des menstrues n'arrive, dans des cas semblables, que vers le onzième mois de la maladie L'examen des faits de la deuxième catégorie nous donne au contraire comme moyenne 5 à 6 mois ($5\frac{20}{33}$) d'aménorrhée pour un peu plus de 9 mois ($9\frac{10}{33}$) de maladie ; c'est-à-dire que, dans l'affection tuberculeuse qui suit une marche ordinaire et qui offre dans l'espace de quelques mois les signes du ramollissement, la suppression des règles arrive généralement vers le quatrième mois de la maladie.

Chez une seule malade, l'aménorrhée a précédé environ de deux mois la toux. Cette malade était d'une constitution délicate et d'un tempérament lymphatique.

Une seule malade attribuait l'affection de poitrine à la suppression des règles occasionnée par la peur. Mais comme la malade n'a été soumise à l'influence de cette cause que plusieurs jours après sa dernière époque menstruelle, il nous semble qu'il ne serait pas rationnel d'admettre son explication, et que, dans ce cas encore, il faudra regarder l'aménorrhée plutôt comme le résultat que comme la cause de l'affection tuberculeuse.

Cependant, nous sommes loin de vouloir nier d'une manière absolue que la suppression subite des règles ne puisse jamais favoriser le développement de la phthisie. Tous les jours, on voit la suppression brusque de l'évacuation menstruelle occasionner des congestions dans les différents organes, et en particulier dans les poumons ; or, nous ne voyons pas pourquoi des congestions de ce genre ne pourraient pas quelquefois faire éclater la phthisie tuberculeuse chez des femmes qui seraient déjà précédemment disposées à cette affection. Ce que nous avons voulu constater, c'est que, parmi les malades qui se sont présentées à notre observation, la phthisie n'a jamais été l'effet, mais toujours la cause de l'aménorrhée.

Dans la plupart des cas, la suppression des règles chez les femmes phthisiques s'opère lentement et progressivement. D'abord, c'est la quantité du sang qui diminue ; plus tard, le sang devient plus pâle que de coutume ; il survient ensuite quelques irrégularités, enfin l'évacuation menstruelle est entièrement supprimée.

L'aménorrhée étant un des résultats les plus communs des tubercules pulmonaires, nous avons cru qu'il devait être intéressant de rechercher les rapports qui unissent si intimement ce trouble de la menstruation à la phthisie.

La marche chronique des tubercules pulmonaires suffirait-elle pour expliquer l'aménorrhée? N'y aurait-il là rien autre chose que ce qu'on voit ordinairement dans toutes les maladies de longue durée où les malades sont soumis pendant longtemps à des évacuations plus ou moins abondantes et à un régime affaiblissant? Telle était la question qui s'est présentée en premier lieu à notre esprit.

Ce qu'il y avait de mieux à faire, selon nous, pour répondre à cette question, c'était de comparer l'influence qu'exerce sur la menstruation la phthisie, avec celle qu'exercent sur cette fonction d'autres affections chroniques des organes respiratoires. Nous avons recueilli dans ce but six observations de catarrhe chronique avec emphysème plus ou moins prononcé. Quatre malades furent obligées de recourir aux émissions sanguines pour trouver du soulagement. Une d'elles avait gardé le lit pendant un mois, avait eu deux applications de vésicatoires sur la poitrine, et avait pris pendant huit ours le tartre stibié. Nous ne vîmes, chez aucune de ces malades, de suppression totale de la menstruation. Chez cinq, les règles avaient continué à revenir, pendant tout le cours de la maladie, comme à l'état de santé. Une seule a offert une suppression de trois mois. Cependant, ses règles avaient repris ensuite leur marche ordinaire, et avaient continué ainsi encore pendant un an jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, époque où elles ont entièrement cessé. Tout nous porte à croire que la suppression de trois mois que nous avons notée dans cette circonstance était due tout simplement à l'influence de l'âge climatérique. Il n'est pas rare de voir cette sorte d'irrégularité dans la menstruation aux approches de l'âge critique.

Il résulte de ce que nous venons de dire que l'influence exercée par la phthisie tuberculeuse sur les règles diffère complétement de l'influence qu'exercent sur cette fonction d'autres affections chroniques des organes respiratoires, et que, par conséquent la marche seule de la phthisie ne suffit pas pour rendre compte des troubles de la menstruation chez les femmes affectées de cette maladie.

Selon M Louis, dans le cas où la phthisie avait une marche lente, on n'a pas pu trouver la cause qui retardait ou accélérait la suppression du tribut périodique ; mais quand elle arrivait au terme fatal en moins d'une année, cette suppression coïncidait dans la plupart des cas avec le début de la fièvre, c'est-à-dire avec une époque à laquelle l'influence de la maladie principale sur les fonctions des différents organes devenait plus évidente et plus réelle (1).

Nous avons été plus d'une fois à même de constater la justesse de l'observation de M. Louis. De même que ce médecin distingué, nous avons remarqué que chez la plupart des femmes phthisiques qui avaient continué à être réglées pendant les premiers mois de leur maladie, la menstruation se supprimait entièrement à l'époque où la fièvre hectique prenait plus d'intensité. Mais, d'un autre côté, il est également bien démontré pour nous que, dans d'autres cas, au moins aussi nombreux, la menstruation se trouve troublée pour ainsi dire dès le commencement de la maladie, quoiqu'il n'y ait encore qu'à peine un léger mouvement fébrile.

Si à ces faits nous en ajoutons d'autres, tels que les exemples de phthisies développées aux approches de la puberté, et qui empêchent constamment l'éruption des règles, nous sommes forcés de reconnaître que c'est plutôt dans la nature même de la phthisie tuberculeuse, et non dans la forme de sa marche, qu'il faut chercher la raison de l'aménorrhée qu'on observe si souvent dans le cours de cette affection chez les femmes pubères.

Nous avons appris également par nos recherches que les ovaires, que nous regardons comme organes très-étroitement liés à la menstruation, sont toujours chez les phthisiques plus ou moins atrophiés. Nous n'avons trouvé dans aucune autre affection une atrophie aussi prononcée que dans la phthisie tuberculeuse. On reconnaît cet état à l'extérieur, à l'espect très-ridé et à une sensation de dureté presque cartilagineuse qui fait un contraste avec l'élasticité des ovaires à l'état normal.

D'un autre côté, chez presque toutes les femmes phthisiques qui ont succombé après une aménorrhée plus ou moins prolongée, nous avons remarqué des cellules très-petites en grande partie vides et pâles au lieu de vésicules ovariennes.

A ces altérations, nous devons ajouter l'anémie générale des organes génitaux. Les parois de l'utérus incisées ne font sortir généralement que très-peu de sang à la pression et leurs sinus paraissent presque vides.

(1) Louis, *Recherches sur la phthisie.*

Enfin, chez plusieurs femmes qui ont succombé à la suite de la phthisie tuberculeuse, nous avons noté une altération des cellules ovariennes semblable à celle qu'elles subissent à l'état normal à l'époque de l'âge critique.

Il résulte de ce que nous venons de dire qu'il y a une grande différence entre l'influence qu'exercent sur la menstruation la phthisie et les différentes formes de catarrhe chronique. La première de ces affections donne lieu presque constamment à l'aménorrhée, tandis que les affections purement catarrhales occasionnent rarement des suppressions permanentes des règles. Ce caractère distinctif pourrait, par conséquent, servir de moyen de diagnostic dans certains cas où les signes physiques ne suffiraient pas pour décider la question (1).

Pour terminer ce que nous avions à dire des rapports qui existent entre la phthisie et la menstruation, il nous reste à examiner quelle peut-être l'influence des règles sur la marche de l'affection tuberculeuse.

Nous avons vu plus haut que parmi les femmes dont nous avons recueilli les observations, il y en avait quelques-unes chez lesquelles la menstruation continuait pendant tout le cours de la maladie, et d'autres chez lesquelles l'aménorrhée ne se manifestait qu'à une époque plus ou moins avancée de l'affection des poumons. Nous avons cherché avec la plus grande attention quelle pouvait être, dans tous ces cas, l'influence de cette hémorrhagie périodique, et nous sommes arrivés à cette conclusion qu'elle n'exerce pas la moindre influence salutaire sur la marche de la phthisie. Nous ferons remarquer que chez plusieurs femmes qui avaient continué à être réglées, les désordres locaux étaient plus profonds que chez d'autres, chez lesquelles il y a eu aménorrhée.

Deux femmes nous ont assuré avoir constamment éprouvé une augmentation sensible dans la toux et l'oppression aux époques des règles.

Une malade a vu reparaitre ses règles une fois après quatre mois d'aménorrhée. Cependant il n'en est résulté aucun bien, et la maladie avait continué ses ravages. Que conclure de ces faits, sinon que les malades que l'on voit souvent réclamer instamment l'administration des emménagogues dans l'espoir de guérir après le retour des règles, s'abusent sur leur position, et que toutes les tentatives de ce genre seraient absolument inutiles sinon dangereuses.

M. Brière de Boismont paraît, sous ce rapport, plus heureux. « Deux fois, dit cet honorable médecin, on constata des phénomènes absolument analogues à ceux qui signalent la présence des tubercules; la menstruation se rétablit et les femmes guérirent. »

Nous regrettons vivement que M. Brière de Boismont n'ait pas donné une description détaillée des phénomènes qui, selon lui, étaient absolument analogues à ceux qui se présentent dans la phthisie. La chose en valait bien certainement la peine; car les exemples de guérison de la phthisie sont par trop rares pour que la science ne les recueille pas avec empressement. Tout nous porte à croire que notre honorable confrère s'est laissé induire en erreur par l'apparence des symptômes généraux ou par l'absence de signes locaux suffisamment accentués. Les erreurs de ce genre ne sont pas très-rares; mais souvent elles passent inaperçues. Il y a quelques années on a vu publier un grand nombre d'observations comme exemples de guérison de la phthisie par des fumigations chlorurées. Or, nous croyons avoir, pour ainsi dire, mathématiquement démontré, dans le travail qui a obtenu une médaille en 1841 à l'Académie royale de médecine, qu'il n'y en aucune parmi ces observations qui soit relative à la phthisie. Aujourd'hui nous croyons également devoir maintenir nos conclusions à l'égard de l'influence des règles sur cette affection, et nous défions qu'on puisse nous citer un seul exemple authentique de phthisie pulmonaire jugée par l'évacuation menstruelle.

(1) M. le docteur Hérard a eu, depuis, l'occasion de mettre deux fois à profit le caractère distinctif que nous venons de signaler. « Dans deux cas de pneumonie mal caractérisée, dans lesquels les crachats n'étaient pas sanguinolents, les phénomènes stéthoscopiques incertains, nous pûmes, dit ce médecin distingué, d'après l'état de la menstruation, présumer qu'il s'agissait (ce que l'observation ultérieure démontra) d'une inflammation du poumon et non d'une phthisie pulmonaire, comme le pensaient les médecins éclairés qui donnaient des soins à ces deux malades. » (*Ouv. cit.*, 1852, p. 14.)

CLINIQUE CIVILE.

Fistule vésicale consécutive à la taille hypogastrique depuis vingt-trois ans.

G. François, journalier, âgé de vingt-six ans, de Poitiers, a été taillé par M. Amussat, en 1827, à l'âge de deux ans. La pierre était grosse comme une dragée. Une grosse sonde fut maintenue dans la plaie hypogastrique pendant vingt-quatre jours; puis les urines reprirent leur cours naturel. Depuis cette époque, il était resté un orifice fistuleux très-étroit, qui parfois et rarement donnait passage à l'urine.

En 1849, G... est atteint d'un paraphimosis qui dure deux jours; les urines éprouvent un obstacle à sortir. A partir de cette époque, la fistule devient plus perméable aux urines. Quand le malade est debout et travaille, l'urine *suinte continuellement*, et mouille ses vêtements. On a employé inutilement le repos, les cathétérismes répétés trois fois le jour.

Le 13 octobre 1850, le malade se trouve dans le même état; une cicatrice déprimée existe sur la ligne médiane au-dessus du pubis; au fond de cette cicatrice, un pertuis étroit donne incessamment passage à des gouttes d'urine; un stylet suit le trajet de la fistule et pénètre dans la vessie à la profondeur de 6 centimètres. Le cathétérisme constate une saillie valvulaire du col de la vessie, que la sonde ne franchit ni sans difficulté, ni sans quelque douleur. On place une sonde dans la vessie, on la laisse ouverte. Tout le temps que demeure cette sonde, l'urine ne sort pas par la fistule.

Cette sonde étant mal supportée, on se propose d'établir sur le point fistuleux une compression permanente; mais le malade ne veut pas rester davantage à l'hôpital et sort sans être guéri. (*Bull. de la Soc. de méd. de Poitiers.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— La présentation des candidats à la chaire d'anthropologie vacante au Muséum d'histoire a été faite aujourd'hui par l'Académie des Sciences. Au premier tour de scrutin, M. de Quatrefages a obtenu 32 suffrages pour la place de premier candidat, contre 12 suffrages donnés à M. Gratiolet. Au deuxième tour, M. Gratiolet a obtenu 35 suffrages pour la place de second candidat, contre 6 voix données à M. Hollard et 3 à M. Jacquart. — Ce vote, qui justifie entièrement nos prévisions, fournira à M. de Quatrefages une belle occasion pour perfectionner ses études sur l'anatomie de l'homme.

AVIS.

MM. les Abonnés sont prévenus qu'à l'occasion de la fête du mercredi 15 août, le journal ne paraîtra pas.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 98. 3e année. Vendredi 17 Août 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 17 août,

Quelques mots sur le progrès et sur le doute en matière de science, à propos des fonctions de la moelle épinière.

Les expériences de M. Brown-Séquard viennent de remettre en question tout ce qu'on croyait savoir sur les fonctions de la moelle épinière, et sur ce que j'appellerais volontiers la dynamique générale du système nerveux. Les lecteurs de ce journal ont pu prendre connaissance du rapport que j'ai lu à la Société de biologie sur ces questions épineuses, et plusieurs d'entre eux, sans doute, éprouvent quelque regret en comparant le présent avec le passé, et en trouvant un abîme d'incertitude là où hier encore brillait un système bien complet, bien simple, bien clair et bien affirmatif.

Ce regret a été exprimé par quelques-uns de mes confrères de la presse. Je commence par les remercier de la bienveillance avec laquelle ils ont accueilli mon œuvre, qui n'a d'autre mérite que de renfermer une narration exacte des dernières expériences de M. Brown-Séquard. Je remercie particulièrement M. Amédée Latour, dont l'indulgence m'est d'autant plus précieuse, qu'il professe, sur le progrès et sur le doute en matière de science, des opinions très-différentes des miennes. Je saisirai même cette occasion pour lui présenter quelques remarques à cet égard.

Après avoir constaté toute l'étendue du vide que laisse dans la science la chute récente du système de Charles Bell, j'ai terminé mon rapport par les lignes suivantes : « M. Brown-Séquard ne nous a pas encore communiqué ses idées dans leur ensemble, nous savons seulement qu'il s'est mis courageusement à l'œuvre pour reconstruire après avoir démoli. Faisons des vœux pour qu'il réussisse; mais dût-il échouer dans cette entreprise difficile, sa part serait encore assez belle, car *il est aussi glorieux de renverser l'erreur que de trouver la vérité.* »

C'est ce dernier aphorisme qui a donné lieu aux réflexions pleines de courtoisie de M. Amédée Latour, et je crains bien que sur ce point nous ne soyons pas près de nous entendre. Je ne me dissimule pas que la plupart des hommes partagent la manière de voir de l'habile rédacteur en chef de l'*Union Médicale*. On applique communément aux choses de la science un raisonnement conservateur qui est applicable tout au plus aux choses de la politique. Lorsqu'un orateur, un publiciste démontre la fausseté ou l'injustice d'un système de finances, d'administration ou de gouvernement, on lui répond : C'est très-bien, tout cela est absurde; mais que mettrez-vous à la place? — Et on a raison, car après tout un pays a besoin d'être administré et gouverné d'une manière quelconque. Mais en matière de science, il en est tout autrement; il vaut mieux ne rien savoir et ne rien croire que de croire des sottises et de savoir des erreurs. Celui qui nie ou qui doute est plus près de la vérité que celui qui est imbu d'une fausse doctrine, et j'aime mieux Montaigne disant naïvement : Que sais-je? que Leibnitz usant toutes les ressources de son étonnant génie pour arriver à la théorie des monades et de l'harmonie préétablie.

Cependant, toutes les fois qu'un savant ou un philosophe vient arracher ses contemporains à leurs tranquilles croyances, et leur démontrer la fausseté d'un dogme ou d'un système, on ne manque pas de lui dire : « A quoi servent vos négations, sinon à nous embarrasser et à nous précipiter dans le doute? C'est une affirmation qu'il nous faut. Vous attaquez nos doctrines; les preuves que vous invoquez sont difficiles à réfuter; vous nous dites où est l'erreur, mais cela ne suffit pas; il faut encore que vous fassiez briller la vérité à nos yeux. Au lieu de cela, vous éteignez nos feux-follets, et vous nous laissez dans les ténèbres. Votre œuvre est une œuvre de destruction. Si vous voulez qu'on vous suive, vous devez commencer par édifier un système nouveau que vous nous présenterez à la place du système ancien. Jusque-là nous resterons fidèles à des illusions qui nous sont chères, parce qu'elles répondent à ce besoin de certitude qui est dans l'esprit de tous les hommes. Donnez-nous donc quelque chose de mieux, ou laissez-nous en repos. »

Sin melius quid habes, arcesse, vel imperium fer[1] (Hor.).

Un de mes amis, qui fait de la philosophie l'objet spécial de ses études, formulait la même pensée d'une manière plus concise, et me disait encore il y a quelques jours : On ne détruit pas, on remplace!

Certes, pour celui qui se borne à lire dans le passé l'histoire de l'esprit humain, il n'est pas douteux que cet aphorisme : *On ne détruit pas, on remplace*, a été presque ici le grand mobile des révolutions de la pensée; il est certain que les religions et les systèmes qui ont tour à tour disparu, n'ont été renversés que par des novateurs qui combattaient au nom d'une religion nouvelle ou d'un système nouveau. Pour lutter contre un ordre de choses établi et accepté par tout le monde, il faut une persévérance et un courage que possèdent bien rarement ceux qui ne sont pas soutenus par une croyance bien arrêtée. Il y a eu, il est vrai, quelques hommes qui ont osé entreprendre de pareilles luttes, sans autre mobile que le désir de détruire l'erreur; mais ils n'y ont gagné que l'épithète de sceptiques et les suffrages d'un petit nombre d'esprits d'élite. Les masses sont restées impassibles en présence de leurs négations. Parmi ces démolisseurs exclusifs, il n'y en a eu qu'un

(1) *Epist.* Horat, Lib., I. Epist. v, v. 6.

seul peut-être qui ait eu le privilége de se faire écouter et applaudir par la foule; je veux parler de Voltaire, mais Voltaire était le plus grand homme de son siècle, et le succès qu'il a obtenu s'explique d'ailleurs par les tendances de l'époque où il vivait. On peut donc dire en thèse générale, *qu'au point de vue du succès*, l'histoire est favorable à l'opinion de ceux qui disent : On ne détruit pas, on remplace.

C'est précisément pour cela que les savants et les philosophes qui entreprennent de déraciner un système, et qui sont tous plus ou moins amoureux de la gloire, se croient obligés de remplacer ce qu'ils détruisent, et de substituer à l'ancien ordre de choses, un ordre de choses nouveau : « Vous étiez « dans l'erreur, disaient-ils, je vous apporte la vérité; vos « théories étaient mauvaises, voici les miennes qui sont « bonnes. » On les écoute, on les suit, on les admire; ils ont cherché le succès, ils l'obtiennent; ils auront même la gloire, car l'histoire inscrira leur nom en tête d'un système ou d'une secte. Mais vient un second novateur qui, procédant comme eux, détruit leur œuvre d'un jour, et la remplace par une autre qui ne sera pas plus durable. Et c'est ainsi que l'humanité, comme la chaste Pénélope, défait chaque soir sa toile pour la recommencer le lendemain.

Voilà ce que nous enseigne l'histoire; et voilà où conduit l'application de ce principe : on ne détruit pas, on remplace! Avec cela le progrès serait impossible, s'il n'y avait pas, à côté des grands hommes qui font les systèmes, des travailleurs moins ambitieux qui étudient la nature et qui réussissent de temps en temps à trouver quelque vérité nouvelle. Somme toute, malgré tant d'oscillations, la science s'agrandit toujours et devient de plus en plus positive; mais ce progrès, qui est le seul véritable, s'accomplit par le concours de tout le monde, et malgré les théories de ceux qui se croient capables de construire à eux seuls une doctrine, parce qu'ils ont réussi à renverser l'édifice de leurs prédécesseurs.

Or, qu'on ne s'y trompe pas : il est possible à un homme isolé de porter le coup de mort à un système. Il lui suffit pour cela de découvrir un seul fait incompatible avec ce système. Celui qui a découvert le phénomène de l'interférence des rayons lumineux, a ruiné pour toujours la théorie neutonienne de l'émission. Celui qui a démontré que la section des faisceaux postérieurs de la moelle produit l'hyperesthésie et non l'anesthésie des membres abdominaux, a fait rentrer dans le néant la doctrine de Charles Bell. Celui qui a constaté que les artères sont pleines de sang, a culbuté pour toujours le système d'Erasistrate et toutes les sectes pneumatiques. Celui qui, agenouillé devant l'inquisition, s'est relevé en disant que la terre tourne, a abattu du même coup.... Mais il a abattu trop de choses, et ce nouvel exemple me conduirait où je ne veux pas aller. Ceux qui précèdent suffisent pour prouver que les efforts d'un seul homme sont capables de changer la face de la science en détruisant l'équilibre de ces châteaux de cartes où habite l'erreur, et qu'on appelle des systèmes.

Mais pour faire succéder à cette œuvre de destruction une réparation solide et durable, pour bâtir sur les ruines de l'erreur le palais de la vérité, c'est trop peu d'un homme, quel que soit d'ailleurs son génie. Un homme peut trouver quelques vérités partielles, mais il se trompe s'il croit que ces vérités soient toute la vérité, qu'il suffise d'en faire un faisceau pour créer une doctrine définitive, et que la science puisse ainsi se constituer d'un seul coup! Que voulez-vous pourtant qu'il fasse au milieu d'une foule qui lui crie : Vos négations nous laissent dans l'incertitude; dites-nous ce que nous devons croire maintenant. Vous avez détruit, remplacez! Alors, sans réfléchir que pour trouver la *vérité vraie* il faut le concours de plusieurs générations laborieuses, il se met à l'œuvre dans le silence du cabinet; il dispose habilement les quelques faits qu'il possède, il les coordonne, il les complète par le raisonnement ou par l'imagination, et remplace bientôt un système par un système, c'est-à-dire presque toujours l'erreur par l'erreur.

C'est pourquoi je ne connais rien de plus funeste au progrès que cette maxime si chère à ceux qui ne savent pas douter : on ne détruit pas, on remplace! C'est pourquoi je loue ceux qui, ayant eu le bonheur de rencontrer un instrument de démolition, s'en servent avec courage, avec intelligence, pour pulvériser les systèmes, qui déclarent la guerre à l'erreur et qui *écrasent l'infâme* sans s'inquiéter de ce qui en adviendra. Je prétends que ceux-là font une œuvre grande et utile, parce qu'ils déblaient un sol que d'autres pourront féconder, et sur lequel tôt ou tard la vérité germera. C'est ce que j'ai voulu exprimer lorsque j'ai terminé mon rapport en disant : *Il est aussi glorieux de renverser l'erreur que de trouver la vérité.*

L'erreur! mais ne sait-on pas que c'est le plus grand ennemi des hommes? Elle nous environne de toutes parts; elle nous saisit dès le berceau, nous entoure de ses chaînes, s'empare de notre jugement et met un bandeau sur nos yeux. Élevés sous son joug depuis notre enfance, nous le subissons sans même nous en apercevoir. Nous vivons heureux au milieu des chimères, dans une confiance naïve et pleine de charmes. L'erreur subvient à tous les besoins de notre esprit; pour toutes nos questions, elle a des réponses prêtes. Nous n'aimons pas le doute : elle affirme. Nous voulons savoir le comment et le pourquoi des choses : elle nous satisfait outre mesure, et résout même au besoin l'insoluble problème des causes finales. Cependant, notre pensée s'étiole; habitués à croire, nous ne savons plus chercher, et au lieu de faire usage de nos facultés naturelles, nous nous endormons dans un stérile esclavage. L'erreur n'est pas seulement un aliment illusoire, c'est un poison narcotique qui paralyse nos forces; — elle n'est pas seulement dangereuse par elle-même, elle est funeste surtout parce qu'elle nous empêche de chercher la vérité.

Et nous ne louerions pas celui qui en nous arrachant le bandeau de l'erreur rend à notre esprit toute sa liberté et toute son initiative? Nous serions donc moins sages que les Lyciens, qui élevèrent des statues à Bellérophon pour avoir tué la Chimère. Que le vulgaire profane se complaise dans une croyance absurde et préfère l'erreur au doute, c'est très-bien, — *vulgus vult decipi*. Mais l'homme de science doit préférer, au contraire, le doute à l'erreur. C'est déjà quelque chose de savoir qu'on ne sait rien. D'ailleurs, cette incertitude ne sera pas de longue durée. De toutes parts, les ouvriers de la pensée, désabusés sur les mensonges du passé, se mettront à l'œuvre avec ardeur; leurs forces, jusqu'alors perdues, agiront dans un but déterminé. Ce n'est pas un seul homme, c'est toute une génération qui se chargera de remplacer la chose détruite. Les faits positifs se multiplieront; les découvertes se succéderont sans relâche, et au lieu de faire un système, on fera tout simplement une science.

Aussi, lorsque je vois un homme battre en brèche une doctrine reçue, je commence par l'écouter, et si ses raisons sont bonnes, je ne lui en demande pas davantage. Je me lève et je le suis en disant : Vous avez bien mérité de la science, car il est aussi glorieux de renverser l'erreur que de trouver la vérité.

En m'élevant à ces considérations générales, je n'ai pas l'intention d'exagérer l'importance des questions que M. Brown-Séquard vient d'aborder. Mais les lois du progrès sont les mêmes pour les choses grandes ou petites, pour celles de la philosophie et pour celles de la science; pour les problèmes relatifs à l'ensemble de la nature, comme pour ceux qui s'agitent dans un cercle plus restreint. M. Brown-Séquard, dont je n'ai été que l'interprète, a renversé le système de Charles Bell. Nous devons, avant tout, l'en féliciter et l'en remercier. Mais il nous laisse dans le doute? Eh bien! doutons! Quant à ceux qui veulent qu'on leur donne la science toute faite, et qui

demandent ce qu'ils doivent croire, je leur répondrai : Vous ne devez rien CROIRE ; vous devez *savoir*, ou *douter* : savoir ce ce qui est démontré, et douter de tout le reste. Si le doute vous pèse, eh bien! cherchez!

Quant à ce doute, qui effraye tant ceux qui ont l'habitude de croire, il est au fond de toutes choses : les systèmes ont été inventés pour l'éloigner et le dérober ainsi aux regards des myopes ; mais ceux qui voient deloin l'aperçoivent toujours à l'horizon. On explique les phénomènes par d'autres phénomènes, qui ont eux-mêmes besoin d'explication. On procède ainsi jusqu'à ce qu'on soit arrivé au fait principe, à la force ou à la propriété dont tous ces phénomènes dépendent, et dont l'explication, cette fois, est impossible à trouver. Une force, une propriété ne se comprennent pas ; on les constate, on les définit, on plutôt on les décrit; on leur donne des noms plus ou moins exacts. Mais si par malheur on en cherche la cause, on finit, bon gré mal gré, par avouer qu'on n'en sait pas le premier mot. « Que de choses dans l'homme dont il faut « douter ; depuis sa glande pinéale jusqu'à sa rate, dont « l'usage est inconnu, et depuis le principe de la pensée et « des sensations, jusqu'aux esprits animaux dont tout le « monde parle, et que personne ne vit jamais (1). »

Il n'y a pas de système, quelque complet qu'on le suppose, qui puisse soustraire notre esprit à ce doute ultime. Prenez, par exemple, le système de Charles Bell et demandez-lui pourquoi le pincement de la peau des membres provoque de la douleur? — C'est parce qu'on ne peut pincer la peau sans agir sur les fibres nerveuses. — Pourquoi maintenant l'action exercée sur ces fibres est-elle douloureuse? — C'est parce qu'elles sont en continuité avec les racines postérieures et sensitives des nerfs rachidiens. A merveille. Mais pourquoi ces racines postérieures sont-elles sensitives? — C'est parce qu'elles sont en connexion avec les cordons postérieurs de la moelle, qui sont *sensitifs*. Acceptons cette réponse qui renferme pourtant deux erreurs, puisque d'une part les racines postérieures aboutissent à la corne correspondante de la substance grise et non aux cordons postérieurs, et que, d'une autre part, ces cordons ne sont pas sensitifs. Négligeons ce dernier point, découvert par M. Brown-Séquard. Ne chagrinons pas les partisans de Charles Bell. Disons comme eux que les racines postérieures sont sensitives parce que les cordons postérieurs le sont aussi ; disons comme eux encore que les cordons postérieurs sont sensitifs parce que leurs fibres, après avoir traversé les corps restiformes, qui sont sensitifs, pénètrent dans l'encéphale et vont aboutir au *sensorium*, c'est-à-dire au point où les impressions se changent en sensations. Où est ce point? Est-il dans le cervelet, dans les corps striés, dans les couches optiques, dans le corps calleux, dans les lobes cérébraux, voire dans la glande pinéale? Hélas! personne n'en sait rien. Supposons pourtant qu'on vienne à le trouver. Il restera toujours deux questions insolubles : Pourquoi l'action exercée sur les fibres nerveuses de la peau se transmet-elle au sensorium, et pourquoi celui-ci perçoit-il les sensations? Avouez que vous l'ignorez comme moi, car vous n'avez sans doute pas la naïveté de croire que vous expliquez ces deux phénomènes en disant que les fibres sensitives ont la *propriété* de transmettre les impressions, et que le sensorium a la *propriété* de sentir. Ces deux propriétés, comme la *virtus dormitiva* de Molière, sont des mots derrière lesquels s'abrite notre ignorance. Vous teniez à votre système parce qu'il était bien clair, et qu'il vous faisait tout comprendre. Et il se trouve maintenant que vous ne comprenez rien! *Mus in pice.*

Je ne fais pas ici le procès d'un système en particulier, ni celui des systèmes en général, et moins encore celui de la science. Je dis seulement, qu'au delà de ce que nous savons, il y a toujours quelque chose que nous ne savons pas, et qu'*une teste bien faicte*, comme disait Montaigne, doit savoir se reposer lorsqu'il le faut sur le *doulx et mol chevet* du doute. Qu'on ne répète donc plus que celui qui renverse un système, et qui n'en met pas un autre à la place, fait succéder le doute à la certitude. On peut dire tout au plus qu'il étend provisoirement le domaine du doute, en diminuant celui de la certitude. Mais cela même n'est pas exact, car le plus souvent la certitude gagne d'un côté ce qu'elle perd de l'autre. La plupart des négations ne sont que des affirmations déguisées. Ce sont des faits affirmatifs par eux-mêmes, et qui ne semblent négatifs que parce qu'on les met en présence d'une erreur accréditée. Par exemple, M. Brown-Séquard nous dit, entre autres choses : Lorsqu'on coupe les faisceaux postérieurs de la moelle, on produit l'hyperesthésie des membres abdominaux. Il démontre ce fait expérimentalement. Voilà une vérité positive.

Il se trouve maintenant que cette vérité est négative par rapport au système de Charles Bell. Ce système s'écroule : que l'histoire lui soit légère! Mais M. Brown-Séquard n'a pas diminué la masse de nos connaissances, il l'a augmentée au contraire, puisque nous savons maintenant une chose qu'on ignorait avant lui. Son *Traité de la moelle épinière*, qui est actuellement sous presse, et qui renferme le résultat de ses longues et persévérantes recherches, nous apprendra sans doute plusieurs autres vérités aussi positives que la précédente ; j'espère même qu'il ne nous apprendra que cela, et que l'auteur aura la prudence de laisser dans le doute ce qu'il ne pourra pas démontrer. Mais quoi qu'il advienne, la science lui devra d'être débarrassée de plusieurs grandes erreurs qui l'entravaient depuis longtemps.

M. Amédée Latour, en terminant son article, jette un regard bienveillant sur l'ingénieux système qui vient de tomber. Il espère que ce système ne mourra pas tout entier et que de nouvelles recherches permettront de le concilier avec les faits que M. Brown-Séquard a découverts. Cette conciliation me semble bien difficile, mais je crois, comme M. Amédée Latour, qu'il restera quelque chose de la doctrine de Charles Bell. Il en restera même beaucoup, car la distinction des deux ordres de racines semble devoir survivre définitivement. Un système repose toujours sur un certain nombre de faits réels, et le plus faux renferme encore quelques vérités. C'est pour cela qu'on est disposé à demander grâce en faveur des systèmes. On craint, en les poursuivant à outrance, de tuer du même coup l'erreur et la vérité. Qu'on se détrompe. La vérité ne meurt pas. Détruisez le système qui l'emprisonne, et sans beaucoup chercher vous la trouverez au milieu des ruines. C'est pourquoi j'appliquerais volontiers aux systèmes cet exécrable mot d'un prêtre fanatique : « Tuez toujours; Dieu saura bien reconnaître les siens ! »

PAUL BROCA.

(1) Voltaire, *Dictionnaire philosophique*. Article TESTICULE.

Faculté de médecine.

Cours de pathologie interne. — M. BECQUEREL, suppléant.

Leçons sur la maladie de Bright, — la cirrhose et le diabète.

Recueillies et rédigées par M. le docteur F. MAURIN.

M. Becquerel ayant donné une attention toute particulière à ces leçons, et ayant réuni à l'exposition des travaux des médecins étrangers le résultat de ses recherches encore inédites sur ces maladies, nous avons cru qu'il était intéressant de les recueillir et de les offrir aux lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux*. Ce sont, en effet, autant de monographies de ces maladies, dont l'histoire est encore entourée de tant d'obscurités.

La maladie de Brigt est une affection caractérisée par une

lésion passagère ou permanente des reins, capable de déterminer le passage d'une notable proportion de l'albumine du sang par les urines, et consécutivement de produire des hydropisies.

Les mots de néphrite albumineuse, néphrite granuleuse, ne doivent pas être employés pour désigner la maladie qui nous occupe, parce qu'ils semblent préjuger de la nature des altérations qui la caractérisent. Je conserverai donc le nom de maladie de Bright, autant par respect pour les beaux travaux du médecin anglais que pour laisser l'esprit libre de toute fausse interprétation des mots.

Dans l'antiquité, les hydropisies avaient attiré l'attention des médecins, et un grand nombre avaient même cherché à les rattacher à des lésions organiques du foie, des reins, du poumon, etc. A une époque plus rapprochée de nous, à la fin du dernier siècle et au commencement du nôtre, les reins malades ont été étudiés, et on a même signalé les urines albumineuses; sous ce rapport, Morgagni, Lepois Willis et bien d'autres, ont signalé des faits qui plus tard ont été fécondés, mais jamais on n'avait songé à relier les trois faits et à faire dépendre de l'altération des reins les urines albumineuses et l'hydropisie. C'est là que réside la gloire de Bright, et tous les travaux qui ont été faits depuis 1821, époque de sa découverte, n'ont fait que confirmer ce qu'il avait annoncé.

On peut établir trois périodes à partir de cette époque : 1° de 1821 à 1835. Cette première période comprend tous les auteurs qui ont écrit sur la maladie dans le même sens que Bright; en France, MM. Rayer, Martin Solon, Forget de Strasbourg, etc., etc... en Angleterre, Christison, Gregory, Bostock, Blackall, etc., etc.

Une deuxième période peut être établie de 1835 à 1842. Elle comprend ceux qui prévoyaient ce qu'on devait trouver; qui ont essayé une démonstration, mais qui, n'ayant à leur disposition que des moyens d'investigation imparfaits, n'ont pu donner une explication suffisante de la question.

De cette période datent les études microscopiques, les noms qui s'y rattachent surtout sont ceux de Gluge et de Valentin; j'ai moi-même étudié cette question avec soin, et je n'avais vu rien autre chose que ce qu'avaient signalé ces auteurs.

La troisième période, de 1842 jusqu'à nos jours, renferme les travaux les plus beaux, les recherches les plus complètes et des applications très-sérieuses du microscope à l'étude anatomico-pathologique des reins : Nasse, Gluge, Henle, Canstast, Malmsteen, Maraum, Frìericks, Reinhart, Johnson à l'étranger; en France, Lebert, Robin, voilà les noms qui ont le plus contribué à la connaissance des altérations rénales.

Permettez-moi de résumer devant vous les travaux de ces observateurs, et de contrôler les résultats par ma propre expérience.

Nous avons dit que la *maladie de Bright était caractérisée par une lésion passagère ou permanente des reins.* C'est là une division capitale qu'il faudra suivre rigoureusement dans notre étude, parce qu'elle existe réellement dans le développement de cette affection. La première sera, dans la lésion passagère, la maladie de Bright aiguë; la deuxième, la lésion permanente ou la maladie de Bright chronique. D'avance je crois pouvoir vous le dire, les altérations sont différentes, les symptômes différents, le pronostic différent.

1° Maladie de Bright aigue.

Anatomie pathologique. — Pour beaucoup de médecins, deux altérations caractérisent la maladie de Bright aiguë : 1° une hypérémie des reins ; 2° une anémie. L'étude faite à l'aide du microscope conduit bien plus loin, et ces deux altérations distinctes, bien faciles à constater, sont susceptibles de guérison à l'aide d'un traitement convenable.

Les auteurs, M. Rayer surtout, avaient déjà remarqué que cette hypérémie avait des caractères particuliers. On trouve, dit-il, le rein augmenté de poids et de volume, un rein qui pèse en moyenne 125 grammes à l'état normale, peut acquérir un poids de 300 grammes jusqu'à 500 grammes; le tissu en est plus friable; enfin on aperçoit à la coupe longitudinale un grand nombre de points rougeâtres, saillants, qui ne sont autre chose que les glomerules ou glandules de Malpighi tuméfiés. Quand on plonge le rein dans l'eau, la substance ne se décolore pas complétement; il est certain, par conséquent, qu'il y a dans ces cas combinaisons du sang avec le tissu rénal lui-même.

Etude microscopique. — Un mot sur la structure intime normale du rein, avant de commencer l'étude microscopique des altérations pathologiques.

Les tubes droits de la substance tubuleuse se terminent en anse, en cul-de-sac ou en ampoule, quand ils arrivent dans la substance corticale. Vus au microscope, ces tubuli sont composés d'une membrane interne formant la membrane enveloppante, qu'on appelle gaîne épithéliale. Intérieurement, on trouve que ces gaînes épithéliales sont remplies complétement de cellules appelées *cellules épithéliales* pour beaucoup d'auteurs, et que je désignerai sous le nom de cellules sécrétantes polyédriques des reins; elles sont irrégulièrement polyédriques et ne contiennent dans leur intérieur qu'un seul noyau arrondi et assez volumineux. Elles sont pressées les unes contre les autres et on n'y aperçoit pas de canal central. Les vaisseaux des reins se divisent à l'infini dans le tissu cellulaire très-fin qui sépare les canalicules. Dans certains endroits se trouvent des pelotonnements de vaisseaux, ce sont les glamerules, les glandules de Malpighi, qui n'ont pas une importance capitale dans la maladie de Bright.

Que se passe-t-il dans la maladie de Bright aiguë, c'est-à-dire dans l'hypérémie des reins? Tous les vaisseaux s'engorgent de sang, la circulation s'y arrête, il y stagnation et agglomération des globules du sang dans tout le tissu vasculaire. J'insiste sur ce fait, que la stagnation n'est que partielle, c'est-à-dire qu'à côté de vaisseaux dans lesquels il y a stagnation, il y en a d'autres dans lesquels la circulation continue à se faire régulièrement et sans entraves.

Toutes ces cellules subissent une altération particulière, elles se remplissent de granulations (Reinhart) qui sont de deux espèces : 1° granulations albuminoïdes; 2° granulations salines, ces dernières se dissolvent dans l'acide acétique. L'accumulation se fait dans les cellules, le noyau est atrophié et finit par disparaître remplacé par ces granulations; la paroi cellulaire est distendue, refoulée vers la circonférence, elle prend une forme arrondie, et sous le microscope on l'aperçoit beaucoup plus volumineuse qu'à l'état physiologique. Souvent même on les voit rompues; c'est alors qu'on a pu trouver ces granulations libres et disséminées dans le tube lui-même; mais qu'elles soient déchirées ou distendues, dans un cas comme dans l'autre, elles se détachent isolément ou bien conservent encore leur gaîne épithéliale qui les emboîte comme un cylindre. Elles passent dans les calices et on peut les retrouver dans les urines à l'aide du microscope.

Le passage de l'albumine a lieu en même temps à travers les parois des tubuli vides de leurs cellules et le sérum du sang qui filtre pendant la période de la stase sanguine à travers la membrane hyaline et inerte du tubuli qui n'offre aucune organisation.

J'ai dit que tous les tubuli n'étaient pas altérés, cela est vrai; ces derniers continuent à sécréter de l'urine saine, et c'est le mélange des deux sécrétions, c'est-à-dire l'urine saine et le sérum du sang, qui constituent les urines albumineuses.

Henle et Nasse ont étudié avec soin une autre altération très-importante dont je dois dire quelques mots.

On trouve bien souvent dans les urines des filaments fibrineux. Qu'est-ce que c'est que ces filaments? Pour certains auteurs ces filaments sont sécrétés dans les canalicules, la fibrine du sang en est le point de départ.

Les concrétions fibrineuses seraient analogues aux pseudo-

membranes de l'angine couenneuse du croup, etc. M. Robin incline à penser que ces filaments ne sont point de la fibrine, et que leur origine est la suivante : les canalicules, vides de leurs cellules, se rapprochent, se condensent, et les filaments fibrineux trouvés dans les urines ne sont autre chose que les canalicules privés de leurs cellules et désormais inutiles à l'organisation rénale. J'avoue que malgré l'opinion séduisante de M. Robin, je me rangerai volontiers aux idées de Friericks et des Allemands, sans toutefois regarder ces produits fibrineux comme un produit phlegmasique des tubuli et comme analogue aux pseudo-membranes diphtéritiques. Je crois, en effet, que les cellules nouvelles peuvent remplacer, dans les canalicules, celles qui ont été évacuées par les urines, que les tubuli peuvent se reconstituer à leur état normal, et enfin que c'est la fibrine du sang coagulé sans inflammation antérieure qui constitue ces filaments qui n'ont aucun point de ressemblance avec les tubuli des reins.

Ainsi donc, les phénomènes peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Engorgement d'une partie du système capillaire placé entre les canalicules sécréteurs; engorgement consistant dans la réplétion de ces organes par des globules du sang en stagnation.

2° Les cellules sécrétantes des reins se remplissent de granulations de deux espèces, les unes albuminoïdes, les autres salines, qui entraînent, comme conséquence, la séparation des cellules sécrétantes des tubuli dans les urines.

3° Séparation du sérum du sang qui filtre à travers les canalicules et laisse déposer en passant la fibrine coagulée dans les tubuli.

4° Mélange de l'albumine du sérum avec des urines saines pour constituer les urines albumineuses.

Anémie des reins.—L'anémie des reins, avec coloration jaunâtre ou plutôt jaune chamois peu foncé, est une altération qui est la conséquence, le deuxième degré de l'hypérémie. On la trouve souvent comme lésion anatomique de l'albuminurie cholérique, ou de l'albuminurie des femmes enceintes, et dans bien d'autres cas encore. Microscopiquement, cette altération est absolument semblable à celle de l'hypérémie, moins les globules de sang qu'on n'y retrouve plus. En un mot, c'est la lésion à laquelle j'ai donné, avec M. Robin, le nom d'infiltration granuleuse des cellules sécrétantes des reins. Les granulations étant comme celles qu'on trouve dans les mêmes cellules dans l'hypérémie de nature albuminoïde et saline, mais non de matière grasse.

L'anémie des reins dans la maladie de Bright chronique est toute différente de celle-ci ; elle offre des caractères parfaitement tranchés, et présente comme attribut principal d'être incurable, tandis que l'anémie que j'ai décrit tout à l'heure, et qui est une conséquence, un deuxième degré de l'hypérémie des reins est guérissable, comme l'expérience le démontre chaque jour.

Reinhart, à qui l'on doit la connaissance et une bonne description de l'infiltration granuleuse des cellules sécrétantes des reins dans l'hypérémie et l'anémie de la maladie de Bright aiguë, a cru pouvoir considérer cette maladie comme une inflammation, comme une néphrite. Je ne puis admettre une telle conclusion ; on ne trouve jamais de globules de pus dans un cas comme dans l'autre, et c'est une preuve très-convaincante.

Je conserve donc le nom de maladie de Bright aiguë.

Les canses sont internes ou externes.

1° Externes, en première ligne l'influence du froid humide sur le corps en sueur; j'en ai vu des cas nombreux et très-concluants ; — le passage d'une température très-élevée à une température basse et humide; l'habitation dans un milieu humide, une cave ou rez-de-chaussée; le décubitus sur la terre humide, je ne saurais trop insister sur ce point, parce qu'il est malheureusement trop habituel dans les campagnes et dans les camps, ou bien encore chez les ouvriers qui travaillent dans les carrières : j'ai observé dans les journées de Juin 1848 plusieurs gardes nationaux qui avaient été atteints de cette affection d'une manière aiguë; toutes les causes qui agissent en congestionnant les organes internes, toutes les causes inflammatoires, et enfin une prédisposition individuelle dont il faut également tenir compte.

Les excès alcooliques sont rangés parmi les causes actives, on conçoit aisément que tous les aliments ou les boissons qui ont pour effet d'activer la sécrétion des urines, puissent avoir un semblable résultat et produire une maladie de Bright aiguë.

Causes internes. —Il est un grand nombre de maladies générales, d'états pathologiques locaux ou généraux, qui ont pour résultat, pour conséquence secondaire, de déterminer une congestion, une hypérémie des reins. Nous trouvons en premier lieu la grande classe des fièvres, et encore observe-t-on des différences très-grandes; nous pouvons les classer dans l'ordre suivant, sous le rapport de fréquence des congestions rénales secondaires : 1° la scarlatine pris à un degré beaucoup plus éloigné; 2° la rougeole; 3° la variole; 4° la fièvre typhoïde; 5° la fièvre intermittente.

Un des symptômes les plus fréquents de la maladie de Brigt aiguë, surtout au début, c'est la fièvre. Dans la forme de cette maladie qui s'accompagne de bronchite, de nausées, de vomissements et de douleurs lombaires, la fièvre existe tant que durent ces symptômes; il est rare même, en pareil cas, qu'elle dure plus d'un septenaire, rarement on la voit dépasser ce terme; quand cela arrive, on doit l'attribuer à une phlegmasie survenue comme complication.

Appareil de secrétion.—Il n'y a aucun phénomène caractéristique à noter de ce côté-là. Les sueurs sont manifestement plus rares même quand il y a de la fièvre ; il est parfois aussi difficile de déterminer des sueurs profuses par des bains d'air chaud, moyen qu'il est si bon d'employer dans cette maladie.

Système nerveux.—Dans le plus grand nombre des cas, on ne constate aucun désordre nerveux ; il n'y a ni cephalalgie, ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles, ou bien ces phénomènes sont la conséquence de la fièvre et non pas de l'hypérémie ou de l'anémie des reins. Mais dans un certain nombre de cas, on observe comme complication un certain nombre de phénomènes nerveux graves ; ces phénomènes nerveux peuvent être de trois espèces : 1° l'éclampsie; 2° un coma pur et simple ; 3° des convulsions.

1° *Eclampsie.*—L'éclampsie est un état complexe dans lequel il y a simultanément convulsions, abolition de l'intelligence et de la sensibilité avec écume à la bouche et issue involontaire des matières fécales et des urines. L'éclampsie est en général précédée d'un certain nombre de phénomènes nerveux qui sont la cephalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, un sentiment de pesanteur général, un état de stupeur et d'étonnement, et parfois un certain désordre dans les idées.

L'éclampsie, une fois survenue, c'est principalement dans quelques albuminuries des femmes enceintes à l'instant de l'accouchement qu'on les observe.

Quelle est la cause de cette éclampsie? Pour la plupart des médecins, elle est inconnue, et nous n'en connaissons pas le mécanisme ; pour d'autres, elle est la conséquence d'une alteration particulière du sang, l'urémie, j'ai besoin de m'expliquer sur ce mot.

D'après M. Rayer et son école, il n'existe pas d'urée dans le sang à l'état normal ; dans la maladie de Bright, l'urine cessant d'être sécrétée, en aussi grande quantité p[illegible] reins, il arrive ce qui a lieu quand dans les expériences [illegible]siologiques on enlève les reins à des animaux. Ce princ[illegible] concentre dans le sang, et on peut en constater la présence. Suivant l'honorable médecin, cette concentration de l'urée dans le sang est la cause des accidents cérébraux qu'on observe

parfois dans la maladie de Bright. Depuis les progrès récents de la chimie organique, on a pu constater la présence de l'urée dans le sang à l'état normal (Herviez); il a donc fallu modifier la théorie. On a dit alors : dans la maladie de Bright, l'urée se concentre dans le sang, il y est en plus grande quantité que dans l'état normal, et c'est là l'origine des accidents cérébraux de la maladie de Bright. Cette dernière explication n'était pas satisfaisante. Aussi Friericks a-t-il donné une autre théorie qui eut momentanement beaucoup de vogue en Allemagne et qui aujourd'hui, je ne sais pourquoi, a été délaissée presque aussi complétement qu'elle avait été généralement admise. Cette théorie est celle à laquelle on a donné le nom d'urémie. Dans la maladie de Bright, l'urée s'accumule dans le sang en plus grande quantité que dans l'état normal; tant qu'il n'y a que cette simple accumulation, aucun phénomène morbide ne se manifeste. Ces derniers n'apparaissent que lorsque cette urée en excès se décompose en carbonate d'ammoniaque, et c'est l'action de ce carbonate d'ammoniaque sur l'organisme qui produit l'éclampsie. L'excès d'urée dans le sang est une cause prédisposante de sa transformation en carbonate d'ammoniaque, mais nous ne connaissons pas la cause immédiate de la production du phénomène.

Telle est la théorie de l'urémie de Friericks, peu connue encore; bien qu'elle ne soit pas prouvée par l'expérience, je n'hésite pas à l'admettre comme rendant parfaitement compte des phénomènes. J'ai dit, il y a un instant, qu'en dehors de l'éclampsie d'autres phénomènes cérébraux pouvaient se montrer. Ces phénomènes nerveux sont les convulsions et le coma. Voici la cause de leur production dans la maladie de Bright aiguë : l'hydropisie se produit quelquefois dans le tissu sous-arachnoïdien ou bien dans les ventricules cérébraux. Lorsque l'épanchement se fait, l'instant de sa production est en général marqué par un accès de convulsions dont la durée est variable, qui est bientôt remplacé par un état comateux de plus en plus profond, variable aussi dans sa durée, interrompu parfois par des accès convulsifs au milieu desquels succombe en général le malade.

Dans la maladie de Bright aiguë des enfants, l'épanchement ventriculaire aigu se traduit à peu près exclusivement par des convulsions au milieu desquelles les jeunes sujets succombent assez rapidement.

Terminaisons.—Dans le plus grand nombre des cas, la maladie de Bright se termine d'une manière favorable. D'après des observations personnelles, j'ai cru pouvoir établir que les choses se passaient de la façon suivante :

Sur cinq cas, trois terminaisons par la guérison;

Un, passage à l'état chronique;

Un, par la mort; et ce sont des phénomènes cérébraux qui la produisent presque toujours.

Durée. — La durée présente quelques observations importantes à signaler. Dans l'immense majorité des cas, l'affection dure de quinze à trente jours; lorsque la maladie complique une grossesse ou une maladie du cœur, elle peut durer très-longtemps sans offrir par elle-même de caractère éminemment fâcheux. Il est important de signaler un fait qui peut induire en erreur. Ce fait est le suivant : un individu sous l'influence d'une cause quelconque est pris d'une maladie de Bright aiguë, c'est-à-dire que les reins se congestionnent, l'albumine paraît dans les urines, le sérum se désalbuminise et les hydropisies se produisent. Telle est la filiation des phénomènes. Or, la douleur disparaissant, les choses ne se passent pas de même, spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié la congestion rénale disparaît, et par conséquent les urines cessent d'être albumineuses. Mais ces deux phénomènes passés, le sang reste appauvri, il n'a plus sa quantité d'albumine normale, et par conséquent les hydropisies peuvent encore persister. C'est ainsi qu'on explique ces cas nombreux et qu'on voit tous les jours des individus hydropiques entrer dans les hôpitaux; on ne constate dans ces cas qu'une hydropisie et la diminution de l'albumine du sang. On croit avoir affaire à une hydropisie ou plutôt à une désalbuminisation essentielle du sang, tandis que ce ne sont que des cas dans lesquels l'hypérémie rénale et les urines albumineuses ont disparu avant que le sérum du sang n'ait reconquis son albumine.

Traitement. — C'est ici qu'un traitement bien dirigé produit des effets merveilleux et prompts. On guérit le plus grand nombre de maladies de Bright aiguë quand on est appelé à temps et qu'on agit avec vigueur.

A l'exemple de M. Rayer, je commence par une saignée générale, et en même temps je fais appliquer sur la région rénale des ventouses scarifiées ou des sangsues, dans le but de combattre la congestion. Je proscris les diurétiques qui, de toutes les façons, aggravent la maladie en faisant travailler l'organe malade et en augmentant, par conséquent, la quantité d'albumine qu'il fournit.

Les purgatifs sont excellents et surtout les purgatifs drastiques appelés hydragogues; entre autres préparations, je signalerai la préparation de M. Cruveilher qui produit des effets excellents.

Miel ordinaire. . Sirop de nerprun	ana 30 gr.
Poudre de jalap. . Poudre de sené. .	ana 4 gr.
Scammonée. . .	1 gr.
Digitale. . . . . Scille. . . . . . Calomel.	ana 0,40 cent.

Une cuillerée à bouche le matin à jeun tous les deux jours.

Les jours intermédiaires à l'administration de cette mixture, je fais prendre un bain de vapeur, ou plutôt un bain d'air chaud, dans le but d'amener une transpiration abondante à la suite de laquelle je fais donner une douche froide d'après la méthode de M. Fleury.

J'entoure le malade d'une couverture de laine maintenue autour du cou. Assis sur un escabeau, celui-ci est soumis à la température d'une lampe à alcool à cinq becs brûlant sous le siége. Le corps entre rapidement en transpiration, et lorsque celle-ci est très-abondante on enlève rapidement la couverture et on fait passer le malade sous une pluie froide qui dure une minute ou deux. On l'essuie vivement avec des linges chauds et la réaction s'opère avec rapidité.

On conçoit que sous cette énergique influence, la circulation soit activée à la périphérie et que les organes internes congestionnés soient rapidement dégorgés. Je regarde l'hydrothérapie ainsi appliquée comme l'un des adjuvants puissants du traitement des maladies de Bright aiguë. Il est rare que l'emploi de ces moyens continué une quinzaine de jours ne triomphe de la maladie. Quand l'albumiue se trouve encore dans l'urine au bout de ce temps, et après ce traitement énergique, il est rare que la maladie ne soit pas passée à l'état chronique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 août 1855. —Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Rapport de M. Dauson sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Montigny-en-Gobelle.

— Compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de l'Isère en 1854. (Comm. des épidémies.)

Choléra. — Série de rapports sur les épidémies de choléra qui ont régné dans l'arrondissement de Bordeaux, par M. le docteur H. Gintrac fils; dans l'arrondissement de Forcalquier, par M. le docteur Dauvergne; dans le département du Gard, par M. le docteur Boileau, de Castelnau, à Montereau-sur-Yonne, par M. le docteur Goupil. (Comm. du choléra 1854.)

Eaux minérales. — Rapport de M. Délissade, médecin-inspecteur des eaux minérales du Cambo (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1833. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Bains. — Rapport de M. le docteur Pouget, médecin-inspecteur des bains de mer de Royan, sur son service.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que la question soulevée par M. Malgaigne, dans la dernière séance, relativement aux présentations, a été examinée et discutée au sein de la commission académique et qu'il a été arrêté qu'une note écrite par le présentateur sera soumise aux membres du bureau sur le sujet avant qu'il y ait lieu d'accorder ou de refuser l'exhibition de ce dernier.

M. JULES CLOQUET fait passer sous les yeux des membres de l'Académie une collection de concrétions intestinales (enterolithes, égagropiles, bézoards, etc.,) qu'il a pu composer avec des pièces empruntées aux musées français et étrangers ou qu'il a tirées des collections particulières. Le savant académicien paraît subdiviser les enterolithes, suivant leur mode de formation, en deux grandes classes, rapportant les uns aux concrétions et les autres à de simples agrégats.

Le mode de formation des concrétions calcaires dans l'économie est parfois une véritable sécrétion analogue à la production de la coque de l'œuf des oiseaux, de la coquille de certains mollusques et du fret des crustacés; il suffit pour cela un excès de sel calcaire et un certain degré d'irritation de la muqueuse intestinale due à la présence d'un corps étranger; il se forme dans ces cas une véritable incrustation. L'auteur montre, à cette occasion, le dessin d'un enterolithe formé par un pessaire qui avait perforé la vessie et le rectum et qui a été incrusté de deux espèces de concrétions vésicales et intestinales. Les concrétions et incrustations dures ne sont pas rares, comme chacun le sait; mais il existe surtout une variété de concrétions stercorales logées dans les circonvolutions du gros intestin qu'elles tapissent de toutes parts, qui, percées au centre, ne troublent pas considérablement les fonctions de l'intestin et dont le diagnostic est assez difficile.

Les bézoards (de Bedzahar, antidote, dénomination empruntée aux usages qu'on faisait dans les Indes orientales et occidentales de ces entérolithes,) sont des agrégats de sels calcaires, phosphate de chaux, autour d'un noyau, sous les formes les plus variées, et qu'on trouve le plus communément dans le canal intestinal des animaux ruminants ou mieux des herbivores. Ainsi M. Cloquet montre un bézoard dont le noyau est un fer de lance qui a pénétré dans l'intestin d'un cheval et qui s'est enveloppé de phosphate de chaux. C'est sous la forme de cylindres aplatis, de disques, qu'on les trouve le plus fréquemment et même en grand nombre dans le gros intestin du bœuf et du cheval. Le savant académicien fait remarquer combien la surface de ces disques est attaquée, creusée et usée même par le frottement que ces enterolithes exercent les uns contre les autres. C'est peut-être aussi à ces influences réciproques qu'on peut rapporter la forme tétraédrique de deux bezoards que contient la collection de M. Cloquet; chacune de leurs faces était recouverte de bézoards à forme de disques, de sorte que le tétraèdre constituait un noyau secondaire.

Les concrétions intestinales dont le noyau est surtout formé de poils prennent plus particulièrement le nom d'égagropile (assez peu harmonieux, et qu'il serait plus correct et plus euphonique d'écrire égagriopile). Ces productions calcaires sont souvent très-volumineuses; elles ne sont pas exclusives au canal intestinal, elles se trouvent aussi dans les voies urinaires. M. Cloquet présente un échantillon dont le noyau est formé d'une mèche de cheveux, et un autre, également extrait de voies urinaires, formé de poils et de sels calcaires, offrant cela de singulier que la péripherie est hérissée de poils.

Les égagropiles végétaux, formés surtout de balles d'avoine ou de glumes de céréales ou d'aigrettes qui les surmontent, constituent des concrétions fort remarquables dont les surfaces sont fines, lisses, avec un éclat soyeux et dont la disposition en couches concentriques est très-régulière. Les plus beaux échantillons existent au Musée de Dublin; cependant M. Cloquet en possède également, et il a reproduit d'autres par le dessin.

Les fibres détachées des zostères, leurs racines et celles d'autres hydrophytes roulées par les eaux de la mer forment des masses d'agrégats qu'on appelle égagropiles de mer.

Les aliments, la paille chez les ruminants et le caséum chez les jeunes animaux mammifères, peuvent devenir la base d'égagropiles mixtes quand les sels calcaires les incrustent ou les pétrifient. M. Cloquet présente surtout comme une des plus curieuses pièces de sa collection un entérolithe dont la base est un voile de mousseline qui avait été avalé par un cheval et qu'on a trouvé imprégné d'une concrétion d'oxalate de chaux; les mailles de la mousseline sont encore parfaitement visibles.

M. Oudet demande à M. Cloquet s'il suffit, pour que de semblables productions prennent naissance dans l'économie, de la présence d'un corps étranger; s'il n'est pas indispensable que l'organisme se trouve dans une condition particulière et spéciale?

M. Cloquet répond qu'on trouve le plus ordinairement une modification de la muqueuse intestinale, qu'elle peut être enflammée, adhérente en un ou plusieurs points de son étendue ou avec l'entérolithe lui-même, qu'elle peut être enlevée et enfin perforée.

M. Velpeau se rappelle d'avoir eu l'occasion d'observer, il y a au moins 30 ans, un fait de concrétion calcaire qui avait pour noyau une épingle, comme un des entérolithes de la collection de M. Cloquet, mais dont l'observation, quelque succincte qu'elle soit, n'est pas sans avoir une véritable importance surtout au point de vue du diagnostic.

Le savant professeur de l'hôpital de la Charité avait reçu dans son service un malade qui présentait une étroitesse considérable de la fin du rectum; en y introduisant le doigt il semblait qu'on l'enfonçât dans une muraille, percée juste assez pour laisser passer le doigt. Malgré une exploration sérieuse et renouvelée, l'habile professeur ne pouvait savoir le genre d'affection dont son malade était atteint, lorsque celui-ci mit fin à son existence en se précipitant par la fenêtre. On trouva à l'autopsie, entre le col ou ascendant de l'urétère, un calcul de la grosseur d'une noix qui avait déchiré, enlevé le conduit excréteur de l'urine de manière à établir une fuite pour celle-ci qui infiltrait le tissu cellulaire du bassin. Les sels calcaires chayirés par l'urine s'étaient ainsi déposés autour du rectum en le resserrant de plus en plus dans un espèce d'anneau pierreux. Le centre, le noyau de cette masse était une épingle dont la pointe avait perforé l'intestin. M. Velpeau ajoute que cet énorme calcul était presque en entier composé d'acide urique.

M. Cloquet remercie son collègue de l'intéressante communication qu'il vient de faire et qui lui permet d'ajouter un fait de plus à ceux qui rentrent dans les entérolithes mixtes. Selon lui, cette masse est le produit de deux espèces de concrétions, l'une appartenant à l'appareil urinaire et l'autre au rectum.

LECTURE DE MÉMOIRES.

M. Verneuil lit un mémoire intitulé : *Du siége réel et définitif des varices des membres inférieurs.* L'auteur rappelle d'abord qu'il n'y a pas eu de travail d'anatomie pathologique sur ce sujet depuis la très-remarquable thèse de M. Briqau (1823). Il s'agissait donc de vérifier à l'aide d'injections et de dissections habiles les idées qui ont cours dans la science. Les pièces anatomiques sur lesquelles repose ce travail ont été déposées au musée Dupuytren, quelques-unes ont été reproduites par l'auteur et forment de très-belles planches que M. Verneuil a montrées à l'Académie. Ces recherches anatomiques ont amené l'auteur, relativement au siége des varices, à émettre les propositions suivantes :

1° Les varices des membres inférieurs n'affectent aucune prédilection pour le côté gauche ;

2° Les varices ne débutent jamais par le tronc de la veine sophène interne ; ce vaisseau reste le plus souvent à l'état normal, parfois même il s'atrophie quand le membre tout entier est couvert de dilatations veineuses ;

3° Loin d'être rares, les varices profondes sont plus communes que les varices sous-cutanées ;

3° Le siége primitif, réel des varices réside dans les veines profondes, la dilatation y apparaît d'abord par des raisons que l'anatomie et la physiologie rendent péremptoires; de là elle se propage dans les veines sous-cutanées. Cette propagation se fait par les veines anostomotiques de plusieurs sortes, étendues des vaisseaux sous-cutanés aux vaisseaux profonds. Après avoir reconnu que les varices peuvent siéger tantôt sur les veines profondes et tantôt sur les veines superficielles sans qu'il existe forcément une corrélation entre la dilatation des différents ordres de vaisseaux, l'auteur résume ses observations de la manière suivante :

1° Toutes les fois que des varices superficielles spontanées existent sur les membres inférieurs, on observe, en même temps, des varices profondes dans la région correspondante de ce membre;

2° La réciproque n'est pas vraie, car on peut trouver la dilatation des veines inter ou intramusculaires sans que les vaisseaux superficiels soient atteints; mais lorsque les premières sont encore seules dilatées, il est presque certain que dans un délai plus ou moins long

les dernières, à leur tour, s'amplifieront et deviendront serpentées et apparaîtront alors sous la peau ;

3° La phlébutasie, telle qu'on la connaît aux membres inférieurs, ne porte donc pas primitivement sur les vaisseaux sous-cutanés, pas plus sur la saphène interne que sur toute autre ; elle prend au contraire son origine dans les veines profondes, en général, dans les veines musculaires du mollet le plus souvent. Ces vaisseaux profonds sont d'abord atteints de dilatation et d'insuffisance valvulaire ; ces deux lésions se propagent de là aux branches sus-aponévrotique de deuxième ou troisième ordre ;

4° Non-seulement la dissection pure et simple légitime ces conclusions ; mais une étude approfondie des dispositions toutes spéciales du système veineux du membre abdominal rend très-bien compte de cette succession de phénomènes ;

5° Ces faits, que je crois nouveaux, jettent de la clarté sur l'histoire entière des varices des membres inférieurs, ils en élucident l'étiologie, les symptômes ; ils permettront de juger plus sûrement les méthodes thérapeutiques ;

6° Le mécanisme de la récidive, se comprendra désormais plus aisément ; jusqu'à ce jour, en effet, le retour si opiniâtre de la maladie avait été reconnu par l'expérience, mais expliqué plutôt rationnellement que démontré directement. (Commissaires : MM. Gerdez, Cloquet, et Robert, rapporteur). M. Leroy d'Etioles donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Des moyens de guérir les rétrécissements fibreux rétractiles de l'urètre et de l'excision en particulier.*

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— La *Revue médico-chirurgicale* publie, d'après le professeur Neumann, l'extrait suivant d'une série *d'études sur la Chine*, dont nous laissons la responsabilité à l'auteur et aux reproducteurs :

« Les Chinois, dit le savant professeur, aiment à lire, à s'instruire, et, malgré leur esprit de routine, à imiter les autres peuples.

« On ne peut en citer de meilleure preuve que le succès obtenu par un *Traité snr la physiologie*, dû au célèbre missionnaire et médecin, M. Hobson de Canton ; ce livre a produit une vive sensation parmi les hautes classes des provinces méridionales de la Chine, et la révolution qui a lieu en ce moment n'en a pu arrêter le succès. En effet, ce traité, paru en 1851, a bientôt été épuisé, et un riche indigène de Canton, Puantscheshing, en a fait paraître à ses frais, en 1854, une deuxième édition, qu'il a enrichie d'une préface, où l'on trouve de curieux documents sur l'état de la médecine dans le Céleste Empire.

« Il y a en Chine plusieurs systèmes de médecine : l'école du Midi, répandue dans les provinces de Tsche-Kiang et de Kiang (Kiangsi et Kianguan) dont le père est Lo-Kienfu ; l'école du Nord, dont Liu-Kuangho a propagé les doctrines dans les cercles de Schansi et de Ssetschuen. Les Chinois distinguent de même deux écoles de boudhisme, l'une du Nord, l'autre du Midi ; deux écoles de peinture, etc. Il y a aussi une école orientale, qui appuie son système sur le *Miroir précieux*, ouvrage de Ihutsien, prince de Jauping en Corée. On voit par là que les Chinois n'ont jamais dédaigné d'introduire chez eux les livres d'auteurs étrangers pouvant être de quelque utilité.

« Les Occidentaux (c'est Puantscheschin qui parle) ont un esprit « vif et ingénieux qui sonde tous les mystères de la science. Leurs « écrits sur l'astronomie et les mathématiques sont depuis longtemps « traduits en langue chinoise, et passent chez nous pour des ouvra- « ges classiques. Quant à leur système de médecine, il ne nous était « pas aussi bien connu.

« Au commencement du règne de Kiakin (1796 à 1820), les Eu- « ropéens ont introduit chez nous la vaccine, et depuis quelque « temps, ils ont fondé à Canton un hôpital pour les malades. Nous « aurons désormais une 4e école, celle de l'Occident. Le traité sur « le corps humain, qu'on va lire, est dû à un médecin de l'Occident, « M. Hobson. En ce pays, lorsqu'un homme meurt d'une maladie « extraordinaire, les docteurs ouvrent son cadavre pour connaître la « cause de sa mort. On fait divers essais pour savoir comment la « maladie aurait pu être guérie. Nous autres Chinois, nous pouvons « donc tirer un grand profit de ces sortes d'ouvrages, dus à des « Occidentaux. La manière de M. Hobson se rapproche de celle de » ce médecin vivant au temps de la dynastie Song qui, dans un ou- « vrage illustré, a décrit et expliqué une figure du corps humain en « cuivre, que l'on conserve encore aujourd'hui à Pékin.

L'auteur chinois termine sa préface par ces mots :

« Quoique cet ouvrage s'appelle *Nouveau système de physiologie*, « toutes les idées qu'on y trouve ne sont pourtant pas nouvelles. Le « cerveau, dit M. Hobson, est le siège de l'intelligence humaine. « Cette assertion est prouvée depuis longues années chez nous par « l'histoire de l'académicien Isetssefong, que raconte Wuiting dans « ses *Mélanges de prose et de vers*. Cet académicien possédait une « grande variété de connaissances ; sa mémoire était prodigieuse ; on « l'avait surnommé la *Bibliothèque vivante*. Mais voici qu'un jour il « tombe de cheval et se fend le crâne. Un habile médecin mongol « lui remplace heureusement le cerveau par une cervelle de vache. « Sa vie fut ainsi préservée ; mais, hélas ! sa science s'était envolée « pour jamais ! »

Les gravures sur bois qui accompagnent l'ouvrage sont dues au Chinois Jehsuiong, père de Jemingschin, le gouverneur actuel des deux Kuang (Kuangtong et Kuangsi). Elles feraient honneur, dit le *North China Mail*, à un artiste d'Europe. Les 271 gravures sont contenues dans 8 planches qui peuvent être détachées facilement, de manière à être étudiées plus commodément.

« Ceux qui veulent étudier la médecine, dit l'artiste chinois, peu- « vent puiser ici une parfaite connaissance de la structure intérieure « et extérieure du corps humain, ainsi que de tout l'organisme. Nous « n'avions pas encore de pareilles images en Chine ; on voit combien « notre science est encore en arrière de celle de cet étranger. »

« Deux ouvrages en langue chinoise, du médecin américain Mac Gowan, à Ningpo, ont obtenu un égal succès. L'un traite des télégraphes électriques, l'autre des lois des tempêtes. Le nouveau gouverneur de Hong-Kong, le docteur Bowring, les a fait imprimer à ses frais et répandre parmi la population chinoise. Quant à la vaccine, dont il est question dans l'introduction au *Traité* de Hobson, c'est en 1805 et 1806 que M. Alexandre Pearson l'a popularisée dans le Céleste-Empire. Son livre sur la découverte de Jenner, traduit en chinois par sir G.-Th. Staunton, fut débité dans toutes les provinces de la Chine et chez tous les peuples de même race. Pearson et Staunton ont ainsi sauvé la vie à plusieurs millions d'êtres dans l'Asie orientale. Pendant la captivité de Golowin et de ses compagnons au Japon, un médecin japonais traduisit dans sa langue un traité russe sur le même sujet. Mais c'est le docteur Mohnike de Stralsund qui a introduit l'usage de la vaccine au Japon. Le docteur allait une fois par mois à Nangasaki, où les enfants des deux sexes accouraient des points les plus éloignés du royaume. « Le gouvernement japonais favorise mes efforts, écrit-il, avec une générosité remarquable ; dans notre Europe civilisée, on n'en fait pas davantage. » Le directeur de la factorerie hollandaise à Nangasaki, M. Levysson, a pu se convaincre de ses propres yeux, pendant son voyage à la cour en 1850, des progrès qu'a faits la vaccine dans les plus petites bourgades du vaste empire japonais. C'est vers le même temps qu'un autre Allemand, M. Beltelheim, a introduit la vaccine aux îles Liéu-Kiéu. »

Le même journal emprunte à M. Montigny les détails suivants dont nous lui laissons bien plus encore la responsabilité.

M. de Montigny, consul de France en Chine, assure que les Chinois du Nord mêlent de l'arsenic à leur tabac, et qu'ils le fument dans leurs petites pipes. « Cette coutume, dit-il, est particulière aux habitants des provinces du Ho-Nou, du Het-Chouen et du Chan-Tou. MM. les vicaires apostoliques de la Mantchourie et de la Corée, qui ont longtemps habité le Seao-Tou, m'ont raconté que les populations de cette vaste contrée fumaient avec délices les vapeurs alliacées de la drogue pernicieuse. L'usage du tabac arsénié est même tellement répandu dans cette région, qu'il leur était impossible de s'en procurer exempt de tout mélange toxique : ils étaient obligés de faire venir des provinces centrales celui qu'ils fumaient. Les évêques que j'ai cités m'ont également affirmé que les fumeurs d'arsenic étaient ornés du plus bel embonpoint, que leurs poumons fonctionnaient comme le soufflet d'un forgeron, et qu'ils étaient en outre, rouges comme des chérubins ; car les Chinois du Sud seuls ont la teinte safranée dont on gratifie la race entière. »

— M. Paul Broca, chirurgien par intérim de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le lundi 20 août, des conférences cliniques dans lesquelles il s'occupera surtout des applications du microscope à la clinique chirurgicale. — La visite aura lieu à huit heures. Les conférences commenceront à neuf heures et demie, et auront lieu le lundi, le mercredi et le vendredi. Les élèves seront gratuitement exercés au maniement du microscope.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 99. 3e année. Lundi 20 Aout 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont Il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 20 aout 1855.

GLUCOGÉNIE

Intervention, opinion et position de M. ANDRAL dans la question.— GRANDE DÉCOUVERTE du savant professeur.

Quoi qu'il advienne à M. Figuier du débat qu'il a soulevé, il lui restera au moins un mérite que nous lui avons déjà définitivement octroyé, celui d'avoir démontré (en France, du moins) la présence du sucre dans le système sanguin général, dans des proportions et avec une constance qu'on ne soupçonnait point. — Il lui en restera un autre, c'est d'avoir donné à la question une secousse qui a retenti jusque dans les régions les plus comateuses de la science. M. Andral lui-même en a été réveillé, et il a voulu faire assister à son réveil ses confrères de l'Académie et le public scientifique.

Sa nouvelle communication a les qualités et les défauts de ses précédents travaux . à part la *rupture de la diète* (régime), qui nous a paru d'une rhétorique un peu trop avancée, sa note est écrite avec cette élégance discrète et cette clarté qui conviennent aux sujets scientifiques. et qui excluent également les recherches prétentieuses de style et la trivialité. — On y trouve aussi quelques-uns de ces aperçus élevés qui donnaient un si grand éclat à l'ancien cours de M. Andral (celui de pathologie interne et qui faisaient tant réfléchir les auditeurs. — Mais on y trouve aussi ces hésitations d'esprit, ces principes séduisants au premier abord, mais équivoques en réalité. qui dénotent ou une insuffisance de méditation ou une disproportion regrettable entre la faculté de l'imagination et celle du raisonnement. Un exemple à l'appui de cette appréciation :

« Un fait physiologique, *quel qu'il soit*, dit M. Andral, ne me paraît pouvoir être regardé comme hors de toute contestation et avoir acquis toute la certitude désirable, que lorsque, repris tour à tour par l'expérimentation, par l'observation de l'homme sain ou malade. par l'anatomie comparée, il est resté inébranlable et s'est montré toujours le même. »

Voilà un de ces apophtegmes qui peuvent éblouir les esprits peu réfléchis et leur donner une haute idée de l'étendue des vues et de la sévérité d'esprit de celui qui les émet, mais qui, vus de plus près et soumis à l'épreuve de l'application, se réduisent promptement aux proportions d'un vague lieu commun, juste ou faux suivant les circonstances. En quoi, par exemple, la circulation du sang, qui est un fait physiologique assez gros, je suppose, a-t-il besoin d'être observé sur l'homme malade pour être regardé comme hors de toute contestation? Si M. Andral le sait, il a eu bien tort de ne pas nous le dire ; nous ne pensons pas que personne le devine.

Ces réflexions générales posées pour faire pendant et, s'il est possible, pour servir de contre-poids à celles du savant académicien, arrivons aux faits qu'il a annoncés, et qui sont bien plus importants qu'il n'a paru s'en douter lui-même.

Ce n'est pas toutefois relativement à la doctrine de M. Bernard que ces faits ont de l'importance ; ils n'ont même, on peut le dire, aucun rapport avec cette doctrine ; car de ce qu'on trouverait plus de sucre dans les urines qu'il ne s'en introduit dans l'économie par l'alimentation, il pourrait bien en résulter que le sucre se forme au sein de l'organisme, mais non pas qu'il se forme dans le foie plutôt qu'ailleurs. C'est là une vérité trop vraie pour qu'il soit utile d'y insister. Quant à l'argument en faveur du foie, tiré de ce que la *substance blanche* de cet organe aurait disparu sous l'hyperhémie qui le gorge, outre que cette observation tend à placer la sécrétion sucrée sous l'influence de la circulation (ce qui serait *contraire* à l'opinion de M. Bernard, qui place cette sécrétion sous la dépendance de l'innervation) M. Andral ne peut plus ignorer aujourd'hui que la distinction du foie en substance rouge et substance jaune ou blanche est contraire aux recherches les plus exactes des anatomistes modernes, et absolument erronée. Il ne peut donc résulter aucune conséquence d'une explication basée sur une erreur anatomique.

Ainsi, la seule démonstration qui serait résultée des faits cliniques observés par M. Andral, si cette démonstration n'avait déjà été faite expérimentalement par M. Poggiale, c'est que le sucre peut se former de toutes pièces dans l'économie animale. Mais cette découverte n'est rien en comparaison de la suivante, qui serait certainement la plus inattendue et la plus importante du siècle :

Non-seulement l'organisme a la puissance de former de toutes pièces du sucre, mais aussi, suivant M. Andral,

L'ÉCONOMIE ANIMALE FABRIQUE DU CARBONE.

Et voici comme :

Une des malades de M. Andral, *nourrie exclusivement de viande, pendant deux mois*, a rendu, par jour, 650 grammes de glucose;

650 grammes de glucose représentent d'après la formule de ce principe ($C^{12} H^{14} O^{14}$) 260 grammes de carbone ;

Il se consomme par jour, dans l'acte de la respiration, suivant M. Andral lui-même et suivant beaucoup d'autres, de 250 à 300 grammes de carbone (voir *Traité de physiol.* de Bérard, art. respir.) — Prenons le minimum, 250;

Voilà donc une femme consommant 250 grammes de carbone par la respiration et qui en excrétait 260 par les urines ; soit 510 grammes de carbone, au minimum qui sortait

de son économie, sans compter celui qui peut être contenu dans les fèces, l'urée, etc.

La viande théorique, *sans os*, *de qualité supérieure*, contient, pour 100 grammes, 11 grammes de carbone.

Pour suffire à sa consommation quotidienne de 510 grammes, la malade de M. Andral devait donc manger par jour la qualité de viande indiquée par la proportion suivante :

$$11 : 100 :: 510 : x$$

Or, $x = 4636$ grammes.

En d'autres termes, la malade de M. Andral mangeait environ dix livres de viande désossée par jour !!!

Personne ne croira qu'une diabétique puisse jouir d'un tel appétit. — Aussi, tout le monde reconnaîtra-t-il ce que nous avons dit en commençant, que cette malade fabriquait du carbone..., à moins qu'on n'aime mieux admettre que les analyses de M. Andral ne soient pas à l'abri de toute espèce d'illusion, ou que le savant professeur ne se soit pas assez mis en garde contre les supercheries, pourtant bien connues, des malades. Nous avouons n'être pas absolument réfractaires à ces deux explications, et nous terminerons par un mot sur les deux causes d'erreur qui nous semblent de nature à voiler d'un léger doute, jusqu'à nouvel ordre, la grande découverte de M. Andral.

La première cause d'erreur est assez connue; il devrait sembler superflu d'en parler avec des médecins, et cependant chaque jour, dans les hôpitaux, nous voyons des observateurs la perdre de vue et montrer une confiance inexplicable dans des expérimentations sur l'action physiologique ou thérapeutique de certaines substances médicamenteuses. L'exemple suivant, pris entre mille, donnera une idée des déboires auxquels sont exposés les expérimentateurs qui ne savent pas prendre un excès de précautions.

Pendant mon internat, j'ai vu un médecin expérimentateur qui poussait le scrupule jusqu'à mettre lui-même dans la bouche des malades certaines pilules qu'il prescrivait; un bon nombre de malades fermaient aussitôt les lèvres, opéraient un mouvement de déglutition, et la pilule paraissait avoir passé dans l'estomac; mais lorsque le médecin était à quelques lits plus loin, les malades montraient à l'externe goguenard la pilule escamotée qui arrivait à la chaise percée par un chemin plus court que le tube intestinal. Il est à craindre qu'une mésaventure analogue ne soit arrivée à M. Andral.

La seconde cause d'erreur peut être moins familière aux médecins et mériterait un instant d'attention ; mais nous ne savons si elle a pu exercer quelque influence sur les étranges résultats qu'a obtenus M. Andral, le savant professeur ne nous ayant fait connaître que le nom, fort recommandable assurément, du chimiste qui a fait ses analyses, mais non pas ce qui était plus important, le procédé employé. Or, c'est ce procédé lui-même qui peut exposer à des erreurs considérables dont les analystes ne nous paraissent pas avoir tenu assez de compte. — Quand M. Andral nous aura fait connaître celui que M. Favre a mis en usage, nous verrons quelle part on peut lui attribuer dans la découverte que nous avons trouvée dans la Note de M. Andral.

H. de Castelnau.

De la paralysie du mouvement des membres supérieurs.

Par le docteur Parmentier,

Ex-interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation

Chapitre III.

Étiologie.

La paralysie du mouvement des membres supérieurs peut être produite par un grand nombre de causes que l'on peut diviser en huit ordres, et qui constituent autant d'espèces distinctes de paralysie :

1° Paralysie par empoisonnement;
2° Paralysie rhumatismale;
3° Paralysie causée par la dentition;
4° Paralysie par compression lente et longtemps prolongée, soit sur l'un des centres nerveux, soit sur les nerfs;
5° Paralysie traumatique;
6° Paralysie tenant soit à une maladie d'un des centres nerveux, soit à l'affection des nerfs;
7° Paralysie due à une névrose générale;
8° Paralysie de cause obscure idiopathique.

1° *Paralysie par empoisonnement.* — A cet ordre de causes appartiennent les paralysies saturnines, celles occasionnées par les préparations arsenicales, les paralysies par asphyxie par le charbon, celles produites par les émanations du tabac, et enfin la paralysie qui survient pendant cette maladie de l'Inde et de la Guyane, qui existe sous forme épidémique et décrite par M. Segond sous le nom de névralgie du grand sympathique. A ce dernier groupe, doit se rattacher la paralysie qu'on observait autrefois dans le cours de la colique dite *végétale*, du Poitou, de Madrid, etc.

Les paralysies saturnines sont évidemment produites par l'absorption des molécules du plomb ou de ses divers composés; que cette absorption ait lieu par la peau, par la membrane muqueuse des poumons ou par d'autres voies, peu importe. On rencontre, en effet, dans presque tous les cas de paralysie, avant la perte du mouvement ou de la sensibilité des phénomènes qui indiquent l'action toxique du plomb, tels que, coloration grisâtre des gencives, couleur pâle et terne de la peau, colique, arthralgie, etc.; rarement ces paralysies sont primitives.

On trouve dans la thèse de M. Bourdon deux observations de paralysie des avant-bras et deux autres observations de paralysie affectant, l'une le membre supérieur droit tout entier, l'autre le membre supérieur gauche dans toute son étendue, paralysies qui sont consécutives à l'asphyxie par la vapeur de charbon. Dans les deux premiers cas, les muscles qu'anime le nerf radial étaient seul paralysés, et, chez l'un des malades, on vit les traces d'une ecchymose qu'il portait au bras sur le trajet du nerf radial. On est amené à se demander si ces paralysies, à cause de leur exacte ressemblance, ne furent pas produites toutes les deux par des causes traumatiques; néanmoins, il est à remarquer que leur développement a eu lieu lorsque les malades ont été soumis à l'action des gaz délétères, et que des paraplégies, des hémiplégies, des paralysies générales et des organes des sens se sont développées sous l'influence de cette cause.

Ces paralysies pourraient encore s'expliquer par l'arrêt de la circulation à l'extrémité du bras. En effet, Harmond (*Traité sur les funestes effets du charbon allumé*, Nancy, 1774) et Pia (*Détails des succès de l'établissement fait par la ville de Paris en faveur des noyés*, 1775) prétendent que chez l'homme asphyxié par le charbon il peut se former, pendant la vie, des caillots dans le système circulatoire.

Dans la *Gazette médicale de* 1832, on explique ce singulier phénomène de la manière suivante : chez un individu asphyxié, le cœur suspend ses fonctions, la circulation s'arrête, et le sang, échappant alors par une tendance qui lui est propre, aux lois de l'organisme vivant qui le maintiennent liquide, se prend çà et là en grumeaux. D'un autre côté, M. Kag a prouvé, par des expériences, qu'on pouvait à volonté paralyser un membre en liant son artère principale. Pouteau était arrivé au même résultat; Bichat (*Recherches sur la vie et la mort*) a répété ces expériences, et ses conclusions sont les mêmes que celles de ses devanciers; il ajoute que quand on ne produit pas d'altération du mouvement, c'est que les capillaires suppléent à la circulation.

Les paralysies produites par l'empoisonnement par l'arsenic sont très-rares; le docteur Falione (*Mémoires de la Société médicale de Londres*) rapporte un cas d'empoisonnement par l'arsenic dans lequel les mains furent privées de mouvement, et deux cas dans lesquels la paralysie s'étendit graduellement des doigts sur tout le bras.

L'observation du marchand de Tournay est la seule que nous possédions avec deux autres, mentionnées par M. Gaultier de Claubry, sur la paralysie produite par l'action du tabac.

Les paralysies produites par cette maladie singulière décrite par Segond sont rares; quant à celles qui étaient produites par la colique du Poitou, elles ont disparu avec l'affection d'où elles tiraient leur origine.

2° *Paralysie rhumatismale.* Elle se manifeste à la suite d'une exposition plus ou moins immédiate à l'eau froide, à l'humidité, à des pluies abondantes ou à l'action d'un courant d'air.

Observation. Le nommé Pinsonnat (Hubert), âgé de trente-quatre ans, cultivateur, est entré, le 5 mai 1851, à la Charité, dans le service de M. le professeur Cruveilhier. Cet homme est fort, vigoureux et jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a deux mois, après avoir beaucoup travaillé, et étant tout en sueur, il se déshabilla et se refroidit. Dans la soirée, il éprouva de l'engourdissement à la nuque, néanmoins il travailla les deux jours suivants comme à l'ordinaire. Ce fut alors qu'il éprouva de l'engourdissement dans tout le membre supérieur droit; il fut pris de frisson, de fièvre, la sensibilité s'affaiblit, et le membre supérieur fut totalement privé de mouvement. Chez lui, le malade fut soumis à des frictions avec un liniment ammoniacal, et un emplâtre de poix de Bourgogne émétisé fut appliquée sur l'origine du plexus brachial.

Sous l'influence de ce traitement, le mouvement reparut peu à peu dans les doigts, ce fut alors que le malade entra à l'hôpital.

État actuel. Les mouvements des doigts s'exécutent, mais avec peu de souplesse; les radiaux se contractent difficilement, le mouvement d'extension et d'abduction de la main sur l'avant-bras, le mouvement de supination s'exécutent avec peine; le biceps fait presque à lui seul les frais du mouvement de supination. Le moignon de l'épaule est aplati, l'acromion est très-saillant; aucune tumeur dans le creux de l'aisselle, même longueur des deux bras, aucun changement dans la direction de l'axe du membre. Le malade ne peut porter le bras dans l'abduction; les mouvements de translation du membre thoracique, en avant ou en arrière, sont complétement impossibles lorsque l'avant-bras est étendu sur le bras.

Traitement. Ventouses scarifiées sur le creux sus-claviculaire, bains de vapeur, cautères sur le trajet du nerf circonflexe, frictions avec le liniment volatil camphré, tels sont les moyens employés. Quelques jours après son entrée, le malade put écrire une lettre, et les mouvements de la main et de l'avant-bras sur le bras avaient presque complétement reparu, le deltoïde seul était resté paralysé; mais il fut obligé de sortir de l'hôpital et je n'ai pu le revoir.

La perte du mouvement est survenue chez un individu qui a été pris de fièvre après avoir abusé de boissons froides. (6e Obs. du docteur Bird. *Gaz. des Hôpit.*, an 1842, p. 191.)

La paralysie rhumatismale a été observée chez des individus qui ont été saisis par une pluie abondante en travaillant. (7e Obs. du docteur Bird. *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 191.)

Enfin, comme exemple de paralysie à le suite d'un refroidissement, je citerai celle du docteur Knopp, de Berlin. (*Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 540.)

3° *Paralysie causée par la dentition.*—Le docteur Henry Kennedy a décrit une paralysie des extrémités supérieures chez les enfants à la mamelle, qu'il attribue à un dérangement des intestins, ou bien à une irritation causée par la dentition. Il rapporte qu'il a vu un homme, qui, chaque fois qu'il qu'il a mal aux dents, perd la faculté de remuer un des bras.

4° *Paralysie par compression lente et longtemps prolongée, soit sur l'un des centres nerveux, soit sur les nerfs.*—L'observation que l'on va lire et la suivante sont deux observations de paralysie par compression : dans la première, il s'agit d'un homme dont l'avant-bras a été soumis à une compression ; chez le malade qui fait la sujet de la seconde observation, on a trouvé du pus dans le canal rachidien; ce pus comprimait surtout le faisceau antéro-latéral de la moelle épinière.

Observation. — Le nommé Terminé François, âgé de trente-cinq ans, mouleur, entre à la Charité le 3 février 1851, dans le service de M. le professeur Cruveilhier.

Cet homme a les yeux gris, les cheveux châtains foncés, le système pileux assez développé, la peau pâle, le visage marqué de cicatrices de variole, affection dont il a été atteint à l'âge de deux ans environ. Cet homme a toujours habité une chambre sèche et bien exposée. Il s'est toujours bien nourri et faisait même quelques excès de boisson, il n'a jamais eu d'accidents vénériens.

Il y a onze ans, il fut pris un matin de tremblement dans la jambe gauche et tomba à terre quelques instants après, mais sans perdre connaissance. Lorsqu'il voulut se relever, il ne put le faire, les deux membres du côté gauche étaient privés de mouvement et de sentiment; sa parole était embarrassée et sa bouche était déviée à droite. Avant cet accident, il éprouvait déjà depuis trois mois de la céphalalgie, et de temps en temps des éblouissements pendant son travail.

L'hémiplégie fut combattue par deux saignées et soixante sangsues à l'anus dans l'espace de huit jours. On lui administra plus tard des bains et des douches de vapeur sur les membres.

Trois mois et demi après l'accident, la sensibilité et le mouvement avaient reparu, mais incomplétement, ce ne fut néanmoins que huit mois après qu'il put reprendre ses travaux. Les membres du côté gauche restèrent toutefois plus faibles que ceux du côté droit; les orteils du pied gauche restèrent légèrement fléchis sur les métatarsiens.

Il y a onze jours, après avoir eu pendant longtemps l'avant-bras gauche placé entre le dos d'une personne et le dosier d'une chaise, il éprouva de l'engourdissement dans la main et l'avant-bras gauches, et il lui fut impossible d'exécuter aucun mouvement de supination ni d'extension de la main et des doigts.

Le lendemain on lui fait une saignée de quatre palettes et on lui ordonne de prendre toutes les trois heures une pilule purgative. Il en prit quatorze dans l'espace de onze jours; son état ne s'étant pas amélioré il entra dans le service de M. le professeur Cruveilhier.

L'avant-bras et la main du côté gauche offrent au toucher une température inférieure à celle de l'avant-bras et de la main du côté droit. Du côté gauche si l'on pique ou si l'on pince la peau des membres thoraciques, on trouva que la sensibilité est aussi développée de l'un comme de l'autre côté; les mouvements des articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale se font avec une précision égale des deux côtés. L'avant-bras gauche est dans la pronation et la main est fléchie sur l'avant-bras et les doigts rapprochés les uns des autres sont fléchis sur la main.

L'articulation radio-carpienne est saine et ses mouvements communiqués ne donnent lieu à aucune douleur.

Si l'on dit au malade de ramener la main dans la supination, il rapproche le coude du corps, le porte en avant; il fléchit l'avant-bras sur le bras, puis exécutant brusquement le mouvement d'extension; la main se trouve ramenée dans la supination. Si l'on maintient le coude et l'avant-bras étendus, tout mouvement de supination est impossible.

L'extension de la main sur l'avant-bras, l'extension des phalanges, l'inclinaison de la main sur le bord radial ou sur le bord cubital de l'avant-bras est impossible ; les doigts ne peuvent s'écarter les uns des autres. Les mouvements de flexion des doigts, d'abduction, d'apposition du pouce et de l'auriculaire s'exécutent aisément.

4 février. On prescrit : une saignée de trois palettes, tilleul-orangé sucré, sulfate de magnésie, 45grammes, lavement émollient, bouillon, potage.

5 février. Le malade exécute un peu le mouvement d'abduction du pouce et étend un peu mieux les phalanges, du reste même état, ventouses scarifiées.

6 février. Le malade étend un peu la première phalange sur le métacarpien et peut écarter les doigts les uns des autres quand sa main es placée sur un plan résistant.

Au moyen du galvanisme on constate que tous les muscles ont conservé leur contractilité, excepté les radiaux externes dont la contractilité électrique est un peu diminuée.

Le malade est soumis à partir de ce jour au galvanisme trois fois par semaine. Au bout d'un mois on remarque la disparition de la paralysie dans les extenseurs et dans les interosseurs, ces muscles se

contractent bien, mais ils sont encore faibles. Le mouvement de supination s'exécute avec difficulté, le biceps paraît en faire toujours presque tous les frais; quant aux radiaux, ils sont toujours paralysés.

3 mai. Le malade demande sa sortie; avant son départ on constate que tous les muscles paralysés lors de l'entrée peuvent actuellement se contracter à l'exception du court supinateur et des radiaux externes qui sont dans un état de demi-paralysie; en effet, le malade exécute à peine l'abduction de la main; quant à la supination elle est presque impossible lorsque l'on maintient l'avant-bras étendu sur le bras; lorsque le malade veut ramener la main dans la supination on voit manifestement que le biceps tend à se contracter pour venir en aide au court supinateur.

Résumé. — Un homme de trente-cinq ans, habituellement bien portant, mais ayant été hémiplégique pendant trois mois, il y a onze ans, est privé, à la suite d'une compression longtemps prolongée de l'avant-bras et de la main gauche, de la supination, de l'extension des doigts et de l'abduction du pouce et de la main.

Réflexions. — J'ai rapporté cette observation comme un exemple de paralysie par compression, en effet, la contractilité électrique demeure intacte dans les extenseurs des doigts; l'absence d'intoxication doit faire rejeter la paralysie due à l'absorption des sels de plomb; enfin l'absence de toute cause capable d'amener un rhumatisme doit éloigner de l'idée d'une paralysie rhumatismale; du reste on trouve dans la science plusieurs cas de paralysie qui se sont développés dans des conditions analogues à celle-ci.

Observation. — Le nommé Martin (Pierre), âgé de trente-huit ans, tailleur, est le 28 mai 1851 à la Charité dans le service de M. le professeur Cruveilhier. Cet homme, d'une constitution ordinaire, éprouva dans les premiers jours de janvier un malaise général, et ne put travailler avec autant de courage qu'à l'ordininaire, l'appétit ne fut point modifié toutefois. Depuis le 12 de ce mois, il a cessé de travailler, accusant dans la région lombaire une douleur vive, contusive, qui l'obligea à se coucher. Cette douleur, qui l'empêcha de dormir, fut combattue par trois vésicatoires volants pansés avec du chlorhydrate de morphine. Cette douleur persista huit jours, mais il se leva étant en sueur, et le lendemain, il éprouva une douleur lancinante dans le dos et entre les deux épaules répondant dans la région du sein droit, douleur qui fut combattue par un grand nombre de vésicatoires qui furent toujours pansés avec du chlorhydrate de morphine, ils furent au nombre de douze à quinze. Cette douleur ne l'empêchait pas de se lever et même de sortir.

Dans une de ses promenades, il éprouva subitement une douleur très-forte dans le dos, il perdit connaissance et il fut obligé de revenir chez lui dans une voiture. On le coucha, et depuis il ne quitta plus le lit. Le lendemain un moxa fut appliqué au point douloureux, et on lui prescrivit 18 grammes d'huile de ricin. La douleur du dos n'en persista pas moins.

Dans le courant de mars, la jambe gauche étant devenue douloureuse, on lui fit prendre des pilules d'extrait gommeux thébaïque à 3 centigrammes; de plus, on appliqua un vésicatoire anglais de la grandeur d'une pièce de 2 francs entre les deux omoplates. Il fut aussi pansé avec un sel de morphine de six en six heures. Dans le courant d'avril la douleur de la jambe gauche cessa complétement, mais celle du dos persista toujours.

Du 17 avril au 5 mai, on lui fait faire des frictions sur la colonne vertébrale avec une pommade d'éther chlorhydrique chloré, on lui applique un large vésicatoire, il prend un julep avec sirop diacode et de belladone, et une pilule d'aconit de 0,01 de quatre en quatre heures.

11 mai. On n'obtient aucun résultat satisfaisant, la douleur du dos s'exaspère tous les soirs à six heures. 75 centigrammes de sulfate de quinine en quatre paquets, un toutes les trois heures; on élève successivement la dose jusqu'à 2 grammes, et l'on continua pendant douze à quinze jours sans résultat. (Tels sont les renseignements qui m'ont été fournis par mon ami M. le docteur Lecointe.)

28 mai. Lors de l'entrée : décubitus dorsal, membres grêles, faiblesse dans les bras et les jambes qui sont le siége de douleurs obtuses, même pendant l'immobilité, il y ressent des secousses, les mouvements du bras droit sont douloureux, la sensibilité de la peau est intacte, elle n'offre pas d'hyspéresthésie, mais on détermine de la douleur en comprimant les masses musculaires des membres ainsi que ceux de la nuque. Il suffit de toucher cette dernière région pour que le malade éprouve immédiatement une douleur vive s'irradiant jusqu'au milieu du dos et dans l'omoplate gauche. Le malade compare les douleurs qu'il éprouve dans l'immobilité à des picotements; il lui semble que son thorax est serré par une cuirasse qui l'empêche de se développer. Il y a de la gêne dans l'émission de l'urine; il n'a pas uriné depuis la veille trois heures; on sent à l'hypogastre que la vessie est distendue. Les douleurs qu'il éprouvait à la nuque étant tellement vives le soir qu'il ne pouvait s'empêcher de crier, on lui donne une potion avec 15 grammes de sirop diacode. Les digestions se font bien, l'appétit est conservé, constipation depuis un mois, on n'entend aucun bruit anormal soit dans les poumons, soit au cœur. (Saignée de deux palettes, limonade purgative, extrait de jusquiame, cinq pilules de 1 centigramme chaque; diète.)

31 mai. Le bras et la nuque sont moins sensibles, le malade a pu dormir sans potion calmante, pas de douleur dans les jambes, ni dans les bras, point de secousses, respiration plus aisée. (Limonade, un pot; lavement purgatif.; diète.)

1er juin. Douleur très-vive à la partie supérieure de la nuque, s'exaspérant par les moindres mouvements de la tête. (Limonade, quatre pilules de scille; vingt sangsues; diète.)

Jusqu'au 9 juin, point de changement. (Deux cautères sur les parties latérales de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre cervicale, deux autres sont appliqués en dehors des précédentes.) Les muscles des jambes et des bras sont très-douloureux; lorsque le malade remue les orteils, il éprouve une commotion à la partie supérieure de la colonne vertébrale; il en est de même lorsqu'on lui remue les bras, surtout le droit. Les muscles intercostaux sont douloureux et, au niveau de la vertèbre épineuse de la vertèbre dorsale, se voit une tumeur fluctuante sans changement de couleur à la peau et faisant peu de relief; la pression la plus légère au niveau détermine une douleur très-vive. (Limonade, julep diacodé, lavement d'assa-fœtida, cautère au niveau de l'abcès, une portion.)

13 juin.—Douleur excessivement vive à la partie supérieure de la nuque; le moindre mouvement de la tête, même sur l'oreiller, provoque une exaspération de la douleur. Le malade ne peut soulever le bras droit au-dessus de son lit; si on le soulève, il retombe immédiatement. Le malade ne peut que remuer un peu les doigts; le bras gauche n'est pas paralysé. On constate par le galvanisme que la sensibliité musculaire et l'irritabilité sont intactes. (Houblon, huile de foie de morue, 30 grammes, vin anti-scorbut,—limonade purgative, deux cautères à la partie la plus élevée de la nuque, lavement avec assa fœtida, deux portions.)

15 juin.—Le diaphragme ne peut plus se contracter; la respiration costale seule existe; il y a 30 inspirations par minute; le pouls donne 118 pulsations; le malade ne peut uriner sans être sondé. On continue le traitement (diète).

22 juin.—Sensibilité de la peau des membres; normales; douleur vive dans les muscles; absence de contraction du diaphragme; 32 inspirations par minute; 118 pulsations; douleur de la nuque exagérée; le malade dit qu'il va à tout moment étouffer; urine sans être sondé. (Julep avec kermès, 10 centigrammes.)

24 juin.—Douleur très-vive dans l'abdomen; constipation opiniâtre. Au palper on trouve l'S du colon pleine de matières fécales; on ne sent pas d'autre tumeur. Du reste, même état. (Lavement purgatif, frictions avec l huile de camomille camphrée sur le ventre.)

26 juin.—Dypnée; douleur très-vive dans l'abdomen. La mort arrive le 28, à 6 heures du matin. Autopsie 27 heures après la mort.

L'abcès de la partie postérieure étant disséqué et le pus évaqué, on arrive sur la lame droite de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale; le pus était placé dans la gaîne des muscles longs du dos. De plus, il avait fusé dans le tissu cellulaire sous-pleural, à travers les trous qui donnent passage aux branches externes des intercostales. Le pus a pénétré dans l'intérieur du canal par le trou de conjugaison, comprime le faisceau antéro-latéral de la moelle, qui présente un léger aplatissement. On se rappelle que pendant la vie, la contractilité et la sensibilité électro-musculaire ont été trouvées intactes; aussi avait-on reconnu que la moelle n'était point altérée, mais seulement comprimée.

On trouve (*Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 181) l'histoire d'une femme qui a été affectée de paralysie des avant-bras et des doigts, après avoir fait usage pendant 14 jours de béquilles qui ont comprimé les nerfs dans le creux axillaire.

Dans la même année, p. 515, on trouve l'observation d'un homme, qui, s'étant endormi la tête appuyée sur l'avant-bras gauche, eut à son réveil une paralysie des muscles extenseurs et supinateurs de la main et des cinq doigts, avec conservation de la sensibilité.

Dans la *Gazette médicale* de 1846, p. 251, M. Pigeolet a

rapporté l'observation d'un individu qui eut une paralysie des extenseurs de la main et des supinateurs de l'avant-bras gauche, survenue à la suite d'un voyage en chemin de fer de Gand à Bruxelles, pendant toute la durée duquel il avait dormi la tête appuyée sur l'avant-bras qui reposait contre le bord du vagon.

M. Duchenne, de Boulogne, a eu l'obligeance de me communiquer l'observation d'un homme, qui, étant au spectacle, resta plusieurs heures les deux mains appuyées sur une rampe, le poids du corps portant sur les membres supérieurs. En sortant il eut une paralysie de tous les muscles extenseurs, adducteurs et abducteurs de la main, des extenseurs des doigts et du conrt supinateur.

Enfin, dans les paralysies par compression, rentre celle qui survient par l'effet du développement de certaines tumeurs qui compriment les nerfs du bras et de l'avant-bras, les anévrismes de l'artère axillaire et ceux plus communs qu'on observe au pli du coude, et qui sont le résultat de blessures de l'artère brachiale ; le nerf médion supportant, dans ce cas, le poids et les battements de ces tumeurs, toutes les parties qu'il anime sont alors frappées d'engourdissement et même de paralysie : dans les cas où on a pu examiner les muscles, on les a trouvés atrophiés, décolorés.

M. Mercier a vu une tumeur développée dans l'épaisseur du nerf médion, à deux pouces au-dessous du coude. Tous les muscles qui reçoivent exclusivement des branches de ce nerf, étaient atrophiés, décolorés, réduits à du tissu fibreux. Chose curieuse! la portion interne du muscle fléchisseur profond, qui reçoit en même temps des filets du cubital, était rouge, à l'état normal, tandis que la portion externe se trouvait décolorée. De plus, la portion du court fléchisseur du pouce qui se trouve en dehors du tendon du long fléchisseur, était complétement blanche et atrophiée, tandis que la portion interne qui reçoit d'autres branches nerveuses, présentait la rougeur et les autres apparences du tissu musculaire. (*Bullet. de la Soc. anat.*)

Essai sur le cathétérisme du canal nasal,

Par M. Béraud.

M. Béraud, déjà connu par d'intéressantes études sur la fistule lacrymale, vient d'apporter d'ingénieux et utiles perfectionnements au cathétérisme du canal nasal par la méthode dite *de Laforest*. Au lieu de se servir toujours et pour tous les sujets d'un seul et même instrument, il en a fait construire trois, qui diffèrent entre eux surtout par l'ouverture plus ou moins considérable de l'angle suivant lequel la partie lacrymale de l'instrument rencontre son autre partie ou tige ; et il se sert de l'un ou de l'autre de ces cathéters, suivant que le canal nasal est plus ou moins oblique en arrière; obliquité qui varie selon les individus, mais dont il peut s'assurer avant de commencer l'opération, en prenant chez le sujet la mesure qui sépare les deux grands angles de ses yeux. Cette précaution préliminaire lui apprenant à quelle profondeur il convient d'enfoncer le bec de l'instrument pour qu'il rencontre l'ouverture inférieure du canal nasal, il n'a plus besoin de le faire pénétrer, pour le ramener ensuite en avant, jusqu'au point où son contact éveille une vive susceptibilité et provoque l'éternument. En outre, il peut, de cette manière, éviter les tâtonnements, les tentatives multipliées qui, par les anciens procédés, étaient le plus souvent nécessaires pour réussir.

Grâce à la construction de ses cathéters, M. Béraud, au lieu do passer entre le bord inférieur du cornet inférieur et le plancher des fosses nasales (espace beaucoup trop étroit et où l'on ne pouvait s'engager sans craindre de fracturer le cornet), fait glisser le bec de l'instrument sous l'extrémité antérieure de ce cornet.

Ces ingénieuses modifications, en diminuant l'irritation qui accompagnait presque inévitablement les tentatives de cathétérisme nasal, en ôtant à cette opération la plupart de ses chances d'incertitude, contribueront puissamment à en vulgariser la manœuvre, et, par conséquent, à dispenser souvent de l'opération sanglante pour la cure de la fistule lacrymale.

(*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*)

Des règles à suivre dans l'emploi de la glace après l'opération de la cataracte; question de priorité;

Par M. Baudens.

(*Communiqué à l'Académie des sciences.*)

Dans la première partie de son Mémoire, l'auteur, à l'occasion d'une communication récente de M. Magne, réclame la priorité pour l'application de la glace à toutes les lésions de causes traumatiques, et à l'opération de la cataracte par abaissement, en particulier; puis, discutant l'opinion des praticiens qui, tout en employant la glace pour prévenir ou modérer l'inflammation, n'y ont pas reconnu un calmant de la douleur, il continue en ces termes :

Si mes honorables confrères n'arrivent pas sur ce point au même résultat que moi, c'est que leur manière d'appliquer la glace diffère de la mienne. Or, leur manière (l'application de la glace enveloppée de baudruche) me paraît défectueuse; c'est du moins pour moi le résultat d'une expérience de plus de vingt années, de l'emploi du froid dans les lésions traumatiques. En effet, il ne faut pas perdre de vue que la glace doit être graduée dans son application, et en raison même de la somme de calorique à soutirer. Tant qu'elle ne soustrait que du calorique en excès, le malade n'éprouve que du bien-être; il est calmé, soulagé, il se sent comme rafraîchi. Mais du moment qu'après épuisement du calorique en excès, on arrive à enlever le calorique normal, alors commence ce sentiment de douleurs insupportables que notre confrère a dû combattre énergiquement afin que les applications de glace fussent continuées par ses opérés.

Époque de l'application de la glace. — Étant donnée une blessure du globe oculaire, l'opération de la cataracte, par exemple, du moment qu'il y a du calorique morbide à soustraire, même après plusieurs jours d'invasion, l'application de la glace est indiquée; mais le moment le plus rapproché de l'accident doit toujours être préféré, attendu que le temps perdu porte préjudice, et que s'opposer dès l'origine au développement des accidents traumatiques, c'est empêcher le mal de grossir, c'est abréger d'autant la durée du traitement. Au moment même où l'opération de la cataracte vient d'être faite, il n'y a pas encore de foyer phlogistique. L'inflammation surgira sans doute, mais elle n'existe pas encore. Or, si dès ce moment on met sur la région oculaire un morceau de glace gros comme un petit œuf de poule, on fait trop, car on n'enlève encore que du calorique normal, et l'on provoque des douleurs quand on devrait tout mettre en œuvre pour les prévenir, attendu que ces douleurs provoquées amèneront une réaction fâcheuse qu'il faudra enrayer à grands renforts de glace. Plus tard, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, quand surgit l'inflammation traumatique, si c'est toujours le même morceau de glace que l'on emploie, il est possible qu'il soit insuffisant, et peut-être faudrait-il en augmenter le volume, puisque nous avons établi qu'il faut graduer l'intensité du froid à l'intensité du foyer de l'inflammation.

Voici donc comment je procède quand il s'agit d'une cataracte : Immédiatement après l'opération, j'applique sur la région oculaire une simple compresse trempée dans de l'eau rendue de plus en plus froide, en y ajoutant un peu de glace. Au bout d'une demi-heure, quand la région s'est refroidie

doucement et sans souffrance, je maintiens à demeure, entre les plis de la compresse, un tout petit morceau de glace, dont on augmente graduellement le volume suivant les indications; on le supprime même par intervalles s'il occasionne de la douleur. Après quelques heures passées ainsi en tâtonnements, le travail intérieur se fait, et l'opéré, qui éprouve du froid un grand soulagement, sait parfaitement mesurer lui-même, d'après ces sensations, ce qu'il faut de glace, et, selon que le foyer augmente ou diminue d'intensité, il en use en plus ou en moins.

Durée de l'application de la glace. — Un de mes savants confrères semble en avoir fixé la durée à trois jours consécutifs. Pour nous, il n'y a ici rien d'absolu, rien d'arrêté à l'avance; la durée est subordonnée à l'intensité du foyer. En moyenne, nos malades ont gardé la glace huit jours, en usant des ménagements indiqués et qui sont les mêmes, qu'il s'agisse d'appliquer ou de supprimer la glace. Le froid doit être continué tant qu'il y a production de calorique morbide. Le malade reconnaît qu'il y a encore du calorique morbide, à la sensation agréable, bienfaisante que lui procure le froid; il juge, à ne s'y méprendre jamais, que la glace agit sur le calorique normal, quant au sentiment de bien-être, de soulagement, succède celui d'un refroidissement désagréable d'abord, douloureux ensuite; le moment est venu de supprimer graduellement, et avec les précautions prises au début, le froid dont la prolongation ne serait plus que nuisible.

Au lieu de baudruche, j'applique tout simplement sous le bandeau soulevé par en haut, et entre les plis d'une compresse, un petit morceau de glace aplati, rarement plus gros qu'une amande, et portant en plein sur le globe oculaire sans le comprimer. Je dépose sur la paupière, et surtout dans les angles et dans les dépressions, quelques brins de charpie fine, et quand le froid est trop intense, j'enlève un peu de glace, ou mieux je place sur la région oculaire quelques brins de plus de charpie, afin que la glace agisse moins directement. La glace fond très-lentement, et l'eau qui en découle tombe doucement sur une petite éponge soutenue sur la joue par un mouchoir. De cette façon, j'obtiens ce que j'appelle un *cataplasme à la glace.*

Ce cataplasme répartit le froid d'une manière uniforme sur toute la région oculaire et avec une précision que le sac de baudruche ne saurait donner. D'ailleurs, le sac de baudruche donne un froid privé d'humidité; ma compresse est un sac perméable qui procure un froid humide bien préférable et toujours au même degré d'intensité.

Sans doute je n'ai pas rendu la vue à tous les malades opérés de la cataracte, mais j'ai obtenu des résultats extrêmement satisfaisants, dont je rapporte l'honneur à la glace, qui a enrayé l'inflammation traumatique. Pendant les dix années que j'ai passées au Val-de-Grâce, j'ai fait neuf opérations de cataracte et huit fois la vue a été rendue aux opérés. J'ai obtenu chez des malades civils des résultats analogues. Chez l'un d'eux, la glace est restée en permanence pendant dix jours, le succès a été parfait.

Chimie médicale et pharmacologie.

Sirops de pointes d'esperges, de fumeterre et autres sucs de plantes.

Par M. Vassy, pharmacien à Lunéville.

Tous les sirops préparés avec les sucs des plantes, ont une tendance à s'altérer pour les raisons suivantes :

1° Ces sirops ne se renouvellent qu'une fois par an au moment de la végétation.

2° Les sels contenus dans le suc de la plante précipitent, au bout d'un certain, le sucre du sirop sous forme de cristallisation plus ou moins régulière.

3° Le sirop, par ce fait, privé d'une partie notable de son condiment conservateur, se trouve réduit, et, par conséquent, accessible à toutes les influences fermentescibles.

Voilà un fait constant.

Un moyen très-simple et qui m'a toujours réussi depuis dix ans, c'est de préparer d'abord ces sirops *secundum artem*, puis avant de les retirer du feu, d'y ajouter, par 500 grammes de sirop, une solution de 10 grammes de gomme Sénégal faite à froid dans le moins d'eau possible, puis de faire faire un bouillon et de passer ensuite à la chausse.

On conserve en lieu froid et on n'a pas à redouter la cristallisation du sucre, et par suite, la fermentation du sirop, la solution de gomme s'y opposant.

L'observation que je fais sur la préparation des sirops de sucs ci-dessus désignés, est applicable à tous les sirops en général susceptibles de cristallisation. Je comprends dans ce nombre les mellites de roses, de mercuriale, etc., et même ceux par simple infusion, tels que le sirop de violette; car j'aperçois déjà au fond de mes bouteilles de sirop de violettes des rudiments de cristallisation, ce que j'aurais évité sans doute, si j'avais suivi, pour ce sirop, la méthode que je viens d'indiquer. Toutefois, pour le sirop de violettes, le solutum de gomme clarifié ne serait ajouté au sirop qu'après que celui-ci serait relevé du bain-marie; on opérerait le mélange en agitant un instant dans un vase d'étain.

Sirop de baume de Tolu.

Voici une préparation plus fastidieuse que les résultats thérapeutiques de son emploi ne sont avantageux.

Je ne retracerai pas ici les différents modes de préparation de ce sirop, pour ne pas ennuyer mes lecteur. Je me contente de dire que le *Codex* (dernière édition), a, contre son habitude, adopté le meilleur procédé.

Je propose un moyen fort simple; ce serait de préparer ce sirop extemporanément en prenant : quantité suffisante de sirop simple et d'y ajouter une ou plusieurs gouttes de teinture de baume de Tolu par 30 grammes de sirop.

On aurait de cette manière une préparation toujours sous la main, toujours identique, d'une couleur plus ou moins opaline à la vérité; mais on sait que ce défaut de transparence tient à la précipitation excessivement ténue des molécules du baume de Tolu par l'hydrate du sirop, ce qui n'est un inconvénient que pour l'œil, qui tolère, du reste, très-bien la non-transparence du sirop d'orgeat (1).

Considérations sur les vases de cuivre non étamés,

par M. Vasy, pharmacien à Lunéville

Je faisais dernièrement de l'extrait de feuilles de sureau avec le suc exprimé de la feuille, non dépuré, c'est-à-dire d'après le procédé de Storck, de Vienne (usage externe, hémorrhoïdes). J'opérais dans un vase de cuivre rouge, non étamé et parfaitement décapé. Le liquide arrivé au degré de l'ébullition, j'agitai avec une spatule de fer bien décapée pour arrêter le soulèvement. Au bout d'un instant je retirai cette spatule et fus étonné de la voir recouverte d'une couche de cuivre. Je ne me rendis pas compte d'abord de ce résultat. Je nettoyai parfaitement la spatule et la replaçai dans le liquide en agitant de nouveau. Un moment après je la retirai encore et ne vis plus de cuivre, mais bien une couche noire, résultat probable de la réaction du tannin de la feuille de sureau sur le fer. Je nettoyai et plongeai plusieurs fois la spatule sans obtenir aucune trace de cuivre, mais toujours la couche noire ci-dessus mentionnée.

Je conclus de là qu'une partie de l'acide carbonique libre, contenu dans le suc de feuilles de sureau, comme dans le suc

(1) Ce sirop de Tolu préparé par la teinture ne vaut pas celui du Codex.

de tous les végétaux possibles, s'est combinée à une petite quantité de cuivre, avant que l'ébullition ait volatilisé complétement l'acide carbonique. Cette petite quantité de sel cuprique, très-appréciable cependant, est d'autant plus petite qu'une seule immersion, d'une petite spatule de fer décapé, a suffi pour le neutraliser en ravivant le cuivre sur le fer.

Ne serait-il pas convenable, quand on a à rapprocher sur le feu un suc de plante quelconque dans un vase de cuivre non étamé, de se servir de spatule de fer, du moins au commencement de l'opération, surtout si l'on fait une préparation destinée à l'usage interne?

De l'instabilité du cyanhydrate de morphine,

Par M. Vanden Corput.

La morphine, qui forme avec l'acide chlorhydrique un sel stable et parfaitement soluble ne s'unit à l'acide cianhydrique que pour donner naissance à une combinaison douteuse et très-éphémère, qui peut être obtenue, soit directement, en faisant passer un courant d'acide cyanhydrique sur de la morphine suspendue dans l'eau ou dissoute dans l'alcool, soit par double décomposition, en traitant par le cyanure de potassium une dissolution de sulfate ou d'acétate de morphine.

Récemment préparée, cette combinaison renferme de l'acide cyanhydrique en quantité, sinon constante, du moins très-appréciable; mais, sous les plus légères influences, celui-ci se dégage peu à peu, et bientôt le prétendu cyanhydrate n'est plus que de la morphine plus ou moins libre. En analysant quelques échantillons de cyanhydrate de morphine de diverses provenances, M. Vanden Corput a pu se convaincre que la plupart ne renferment aucune trace d'acide cyanhydrique. Un seul échantillon lui a fourni des preuves non équivoques de l'existence de cet acide; mais un examen plus approfondi lui a fait constater en même temps la présence d'une petite quantité de potasse qui, sous forme de cyanure de potassium, se trouvait à l'état de mélange avec de la morphine libre. Partant de cette observation, M. Vanden Corput substitue au cyanhydrate de morphine, dont l'obtention est difficile et la conservation impossible, un simple mélange de parties égales de cyanure de potassium et d'un sel de morphine : l'acétate, par exemple. C'est ce mélange, désigné par lui sous la dénomination assez inexacte de cyanhydrate morphine officinal, qu'il propose d'employer toutes les fois qu'on voudra associer les propriétés thérapeutiques de la morphine à celles de l'acide cyanhydrique. (*Presse méd. belge*, 24 juin 1855.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 *août* 1855. — Présidence de M. Régnault.

Sur la constatation du sucre dans les urines des diabétiques.

M. Baudrimont adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Andral sur laquelle nous aurons à revenir, la note suivante :

Depuis le mois d'octobre 1854, ayant été appelé à donner mes soins à Madame de P..., affectée du diabète depuis six années, je fis de ses urines une analyse suivie. Malgré un régime sévère, une alimentation presque entièrement privée de féculents et une médication fortement alcaline, l'urine présentait à l'analyse des quantités de sucre allant jusqu'à 30 grammes par litre; mais ces quantités étaient tellement variables d'une époque à l'autre (elles décroissaient de 30 grammes à des traces de glucose), qu'il me fut conseillé d'analyser les urines émises quelques heures après le dîner de la malade, et celles qui étaient rendues le matin, douze à quatorze heures après ce repas. Trois ou quatre essais successifs m'ont prouvé constamment que ces dernières contenaient à peine quelques traces de glucose, tandis que les premières (recueillies dans la même journée) en renfermaient 12, 16, 22 et jusqu'à 25 grammes par litre. Une distance de dix à douze heures suffisait donc chaque jour pour faire varier dans des proportions aussi considérables la composition de l'urine.

En présence d'une pareille observation, je me suis demandé si, dans l'essai chimique des urines pour le diagnostic du diabète, il ne serait pas prudent et même nécessaire de tenir compte du moment où elles auraient été émises par le malade, en l'interrogeant sur l'heure de son dernier repas. Partant de ce fait, j'ai aussi tenté des expériences sur moi-même en prenant de fortes doses de sirop (jusqu'à 500 grammes à la fois), et en recherchant en temps convenable, dans mes urines, la présence du sucre de canne ou celle du glucose, suivant que j'avais expérimenté sur le sirop de sucre ou sur celui de groseille. Le dégoût que m'inspira un tel breuvage, après sept ou huit tentatives, et les douleurs qui s'ensuivirent vers les régions lombaires, me firent suspendre ces expériences avant d'avoir pu constater le passage du sucre dans mes urines.

Fonctions motrices du grand sympathique.

M. Remack adresse la note suivante :

Nous connaissons, par les découvertes de Petit (1712) et de M. Claude Bernard (1849), deux fonctions motrices de la partie cervicale du grand sympathique : l'une sur les dilatateurs de la pupille, l'autre sur les vaisseaux sanguins. Je désire ici établir une troisième action motrice de ce nerf sur les muscles des paupières. Chez le chat et le chien, la section de la partie cervicale du grand sympathique est suivie immédiatement d'un rétrécissement considérable de l'ouverture des paupières; la membrane semi-lunaire sort de l'orbite pour couvrir à moitié le bulbe, et la paupière supérieure s'approche de l'inférieur. Quand on excite alors la partie périphérique du nerf par un courant électrique induit, la membrane semi-lunaire se retire et la paupière supérieure se relève, malgré la résistance de l'animal qui, par une contraction spasmodique du muscle orbiculaire, cherche à fermer l'œil. Quand on interrompt le courant, la paupière retombe sur l'œil. On peut répéter cette expérience, après des intervalles de quelques minutes, autant de fois que l'on veut, toujours avec le même succès. (Pendant les intervalles on observe encore une accumulation de larmes, qui semble produite par un relâchement des vaisseaux sanguins dans la glande lacrymale.) Chez le mouton, le cochon d'Inde et le lapin, tous ces phénomènes sont moins prononcés que sur le chat et le chien, mais toujours très-distincts. Dans la grenouille, l'excitation électrique du grand sympathique ne semble pas agir sur les paupières ni sur la pupille, quoique la section du même nerf soit suivie d'un rétrécissement de la pupille.

Comme les phénomènes observés sur les paupières ne peuvent être expliqués que par un relâchement et une contraction de muscles, et comme les paupières ne possèdent, autant que nous le savons, d'autres muscles que des muscles soumis à la volonté, il me semble bien démontré que le grand sympathique agit aussi sur des muscles volontaires.

Rapport entre la distribution du système nerveux et la disposition du système musculaire chez l'homme.

M. Pucheran demande l'ouverture d'un paquet cacheté dont l'Académie a accepté le dépôt dans la séance du 30 septembre 1839, et qui renferme la Note suivante :

Quand on suit chez l'homme la distribution du système nerveux au système musculaire, on ne tarde point à s'apercevoir que la disposition des muscles, suivant qu'ils sont larges ou bien longs et courts, exerce une assez grande influence sur la manière dont se comportent envers eux les branches nerveuses qui leur sont destinées.

Les muscles longs occupent principalement les membres où ils sont disposés par régions : or, chacune de ces régions a les muscles qui la composent animés exclusivement par un nerf ou par une branche nerveuse spéciale. Chaque région musculaire a son nerf ou sa branche nerveuse particulière. Quand, dans une région musculaire, il existe deux couches de muscles, l'une profonde, l'autre superficielle, cette disposition n'influe nullement sur celle que nous avons fait connaître : le même nerf ou la même branche nerveuse donne des filets aux muscles des deux couches. Par conséquent, un muscle long ne reçoit, en général, ses nerfs que d'un seul nerf ou d'une seule branche nerveuse. Si l'on voulait appliquer aux nerfs ou aux branches nerveuses les rapports fonctionnels que l'on établit entre les muscles, en les appelant congénères ou antagonistes suivant qu'ils exécutent les mêmes mouvements ou des mouvements différents, rien ne serait plus facile : le nerf radial, à l'avant-bras par exemple, serait le nerf antagoniste du médian, tout comme le médian serait congénère du nerf cubital.

Au lieu de recevoir leurs filets nerveux d'une seule branche ner-

veuse, les muscles larges reçoivent les leurs de plusieurs branches nerveuses différentes. Cette large distribution nerveuse est en rapport avec la multiplicité d'action des muscles larges. Les muscles larges sont disposés par couches ou par plans musculaires successifs dans une même région : les mêmes branches nerveuses animent les muscles faisant partie de ces divers plans musculaires.

Les muscles courts se rapprochent, en général, des muscles longs sous le point de vue de leur distribution nerveuse, ils ne reçoivent leurs nerfs que d'un seul nerf ou d'une seul branche nervense.

Sous le point de vue de leur distribution nerveuse, les muscles peuvent donc se diviser en deux grandes classes : ceux qui reçoivent leurs nerfs d'une seule branche nerveuse, comme la presque totalité des muscles longs et courts; ceux qui reçoivent leurs nerfs de plusieurs branches nerveuses, différentes, comme la presque totalité des muscles larges.

Gluten ioduré–iodo-phosphate sodique.

M. Gagnage présente deux Notes, l'une sur un produit dont il avait déjà fait l'objet de plusieurs communications (le gluten ioduré), et dont il signale aujourd'hui les propriétés thérapeutiques récemment constatées par un médecin; l'autre sur un produit désigné par lui sous le nom d'iodophosphate sodique. Il adresse un échantillon de ce dernier composé, dans l'espoir que l'Académie voudra bien faire faire les expériences destinées à montrer s'il a réellement les propriétés que lui suppose l'auteur de la Note. — M. Gagnage paraît bien simple, à moins cependant qu'il ne soit très-fort.

Cerveau du Cabiai.

M. Camille Dareste adresse la Note suivante :

Dans un Mémoire que j'ai présenté, il y a plus de trois ans, à l'Académie sur les circonvolutions du cerveau chez les mammifères, et dans lequel je faisais connaître une relation singulière entre la taille des animaux et le développement de leurs circonvolutions cérébrales, je faisais valoir, comme une des preuves les plus remarquables à l'appui de ma thèse, le grand développement des circonvolutions chez un mammifère de l'ordre des rongeurs, le cabiai.

L'existence des circonvolutions dans un rongeur était alors un fait bien contraire aux idées généralement admises. D'Aubenton l'avait indiqué, il est vrai ; mais la phrase très-brève de l'*Histoire naturelle* où il parle du cerveau du cabiai était restée ignorée des naturalistes ; et dans tous les ouvrages d'anatomie comparée, on parlait du cerveau lisse des rongeurs, jusqu'au moment, très-rapproché de nous, où Duvernoy annonça de nouveau ce fait à l'Académie, sans toutefois entrer à son égard dans des détails descriptifs. Ayant eu récemment, depuis la mort de Duvernoy, connaissance des deux cerveaux de cabiais qu'il avait observés, j'ai pu reprendre ce travail et faire l'étude extérieure de ces cerveaux, qui sont actuellement déposés dans la galerie du Muséum.

Ce cerveau est très-rétréci et assez bas à sa partie antérieure, tandis que la partie postérieure est très-développée en largeur et en hauteur. Il est même, en cette région, beaucoup plus large que long; car sa longueur n'est que de 0m,045, tandis que sa largeur, prise d'une extrémité d'un hémisphère à l'autre, est de 0m,055.

La surface supérieure du cerveau nous présente des sillons très-profonds, qui délimitent des circonvolutions très-prononcées ; mais ces circonvolutions diffèrent de celles que l'on observe chez les autres mammifères, en ce qu'elles n'occupent point toute la surface d'un hémisphère et qu'elles ne s'étendent jamais au delà d'une moitié de ces parties de cerveau. Elles ont des contours droits et qui ne présentent point les sinuosités que l'on observe fréquemment sur les cerveaux des autres mammifères.

Je ne les décrirai point ici ; car il serait difficile de comprendre cette description sans le secours d'une figure. Je dirai seulement que leur disposition ne paraît pas se rattacher à aucun des types cérébraux que j'ai décrits dans un récent mémoire, et que le cerveau du cabiai paraît dériver d'un type à part qui serait propre aux rongeurs. Quand on examine, en effet, la disposition des dépressions et des anfractuosités que présentent les cerveaux de certains rongeurs, comme le paca, l'agonti et le porc-épic, on reconnaît que la disposition de ces anfractuosités représente, sur une très-petite échelle, les sillons si profonds et si nettement indiqués du cabiai.

On ne trouve point, parmi ces sillons, de sillon comparable à la scissure de Sylvius, qui existe, plus ou moins développée, dans les trois types cérébraux des primates, des carnassiers, des ruminants et des pachydermes, et qui partage les cerveaux de ces animaux en deux lobes, l'un antérieur, l'autre postérieur à cette scissure. Ce fait, qui se retrouve chez les insectivores et les chéiroptères, annoncerait-il que le cerveau de ces animaux est construit sur le même type que celui des rongeurs ou sur un type différent. C'est une question assez difficile à résoudre; car les insectivores et les chéiroptères sont des animaux de petite taille, et dont la surface du cerveau est lisse. Toutefois Leuret signale l'existence des circonvolutions dans un chéiroptère de grande taille, la roussette : je n'ai pu me procurer jusqu'à présent le cerveau de cet animal. Si le type cérébral du cabiai se retrouvait dans la roussette, nous trouverions dans ce fait une confirmation d'idées anciennement émises par M. Jourdan et par le prince de Canino, sur la réunion dans un seul groupe de tous les mammifères dont le cerveau n'a qu'un seul lobe.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Par arrêté du ministère de l'instruction publique en date du 9 août 1855 :

Sont chargés de présider les sessions d'examen des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain :

Pour les écoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen, MM. Grisolle, professeur de la Faculté de médecine, et Bussy, directeur et professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour les écoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers, MM. Denonvilliers, professeur de la Faculté de médecine, et Guibourt, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour les écoles situées dans les Académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux, MM. Jaumes, professeur de la Faculté de médecine, et Bérard, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier ;

Pour les écoles situées dans les Académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon, MM. Ehrmann, professeur de la Faculté de médecine, et Oppermann, directeur et professeur de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

— Dans une circulaire aux recteurs en date du 7 août 1855, le ministre de l'instruction publique donne le tableau suivant, qui servira désormais de règle pour la conversion des inscriptions d'École préparatoire de médecine et de pharmacie en inscriptions de Faculté :

INSCRIPTIONS d'École préparatoire.	INSCRIPTIONS de Faculté.	
De 1 à 8......	Conservent toute leur valeur.	
9.........	Équivalent à	8
10.........	—	9
11.........	—	10
12.........	—	10
13.........	—	11
14.........	—	12

Les dispositions du 1er paragraphe de l'article 12 du décret du 22 août 1854 seront d'ailleurs entièrement applicables aux étudiants qui passeront ainsi d'une école préparatoire dans une Faculté de médecine. Ces jeunes gens, quelles que soient les épreuves qu'ils auront dû subir dans l'École préparatoire d'où ils sortent, ne pourront être admis à prendre la 5e, ou la 9e, ou la 13e inscription de Faculté, qu'après avoir subi avec succès, devant la Faculté elle-même, l'examen de la fin de l'année à laquelle les conduit immédiatement le nombre des inscriptions qui leur est accordé. Cette condition, qui, en offrant une garantie essentielle pour les Facultés, ne peut que contribuer à relever le niveau des études dans les écoles préparatoires, doit être scrupuleusement observée.

— Aux nominations que nous avons annoncées, nous devons ajouter celles de M. Frédéric Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, qui a été élevé au grade d'officier, et de M. Davaine, qui a été nommé chevalier.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 100. 3e année. Mercredi 22 Août 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Relation d'un cas de kyste hydatique intra-thoracique, guéri par la ponction suivie d'une injection iodée.

Par le docteur VIGLA,
Médecin de la maison impériale de santé.

(*Extrait d'une Note lue à l'Académie de médecine, le 15 août* 1855.)

Par une de ces bonnes fortunes qui font époque dans la carrière d'un médecin vraiment épris de son art, il m'a été donné de reconnaître sur l'homme vivant une maladie rare, et d'en obtenir le premier exemple de guérison, du moins à ma connaissance. J'ai pu, à l'aide des admirables procédés d'Avremburger et de Laënnec, et de l'étonnante précision qu'ils ont apportée dans la connaissance clinique des maladies de l'intérieur de la poitrine, effectuer, qu'on me passe l'expression, un tour de force médical, c'est-à-dire annoncer, sous toute réserve cependant, l'existence d'un kyste hydatique de la cavité thoracique, sans communication avec l'extérieur, chez un malade qui paraissait devoir succomber prochainement aux progrès de cette affection. Dix jours d'examen et de réflexions, en présence de phénomènes que je ne pouvais rapporter à aucune des maladies habituellement soumises à mon observation, m'avaient amené à ce résultat, en grande partie par voie d'exclusion. L'exactitude de cette conception fut démontrée par une ponction exploratrice. Mettant dès lors à profit pour mon malade, d'une part les résultats heureux obtenus depuis quelques années par la thoracenthèse perfectionnée, et pour ainsi dire restaurée, ceux tirés, d'autre part, de l'application récente des injections iodées au traitement des kystes de diverse nature, j'ai, de concert avec mon collègue de la maison de santé, M. Monod, vidé complétement le kyste, et à l'instigation de cet habile chirurgien, injecté une solution d'iode et d'iodure de potassium. Une guérison complète est venue couronner nos efforts.

Il y a près de deux ans que l'homme qui fait l'objet de cette communication entra à la maison de santé (20 novembre 1853). C'était la première maladie sérieuse dont il fût atteint, quoique naturellement d'une apparence pâle et chétive. Quinze mois avant d'être soumis à mon observation, cet homme, qui est conducteur de bestiaux, fut terrassé par un taureau qui lui porta un violent coup de pied sur le côté droit de la poitrine. Depuis ce moment, douleur dans le côté de la poitrine, dyspnée habituelle, qui, dix mois plus tard, le force de renoncer à ses occupations. D'ailleurs, peu ou point de toux, pas d'expectoration, pas d'hémoptysie, pas de fièvre. Le malade ne peut même pas affirmer que, pendant ce temps la maigreur et la pâleur, qui lui sont en quelque sorte naturelles, aient augmenté.

J'expose maintenant, aussi succinctement que possible, les données fournies par un examen de plusieurs jours lors de l'arrivée du malade.

Douleur assez intense, assez circonscrite au-dessous du sein droit; oppression constante, extrême après les moindres efforts faits par le malade en marchant, parlant ou seulement en voulant exagérer sa respiration. Demi-décubitus habituel sur le dos, quelquefois sur le côté droit, impossible sur le côté gauche; voix faible, altérée dans son timbre.

La forme de la poitrine présente quelque chose de très-insolite. En avant on trouve un développement considérable du côté droit, avec voussure très-prononcée, écartement des espaces intercostaux et dilatation des veines sous-cutanées; en arrière c'est l'inverse qui a lieu, le côté droit paraissant avoir l'aspect normal, le gauche offrant une saillie assez prononcée; la direction du sternum n'a pas sensiblement changé; la colonne vertébrale est légèrement déviée à gauche et convexe dans ce sens.

Par la mensuration comparée des deux côtés de la poitrine, nous avons trouvé de 2 à 4 centimètres de différence, suivant que nous mesurions plus haut ou plus bas, en faveur du côté droit.

Les éléments fournis par la percussion ont été de la plus haute importance pour le diagnostic, et une certaine attention me paraît nécessaire pour en saisir la valeur, quelque soin que j'aie apporté à leur description.

En avant. Son mat dans toute la largeur et la hauteur du côté droit de la poitrine, à partir du second espace intercostal ; son mat dans l'hypocondre et le flanc du même côté, jusqu'au niveau de l'ombilic ; son mat dans toutes les parties latérales correspondantes ; et que l'on remarque bien ceci : des deux points que je viens de signaler comme limites de la matité en haut et en bas, celle-ci se prolonge obliquement du côté gauche de la poitrine, vers l'aisselle, de manière à dessiner assez exactement une sorte de cône, ou, si l'on veut une autre comparaison, les deux lignes qui circonscrivent la matité dans le côté gauche se dirigent vers l'aisselle comme les deux courbures de l'estomac de la grosse tubérosité vers le pylore.

En arrière. La matité occupe aussi tout le côté droit à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, et elle empiète sur le côté gauche par un prolongement analogue à celui que j'ai signalé en avant, mais moins étendu en hauteur, et limité à son extrémité entre la 7me et la 9me côte.

D'autre part on trouve un son normal.

1° *En avant.* Dans le premier espace intercostal droit et gauche ; dans la partie inférieure gauche.

2° *Latéralement.* Dans tout le côté gauche.

En arrière. Dans presque tout le côté gauche, dans la partie supérieure droite depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

AUSCULTATION. — *En avant.* Soit à droite, soit à gauche, on n'entend le murmure vésiculaire que sous la clavicule, encore est-il faible et mélangé de quelques râles sibilants. Partout où il y a de la matité, il y a aussi absence de tout bruit respiratoire. Si l'on fait parler le malade, la main appliquée sur les mêmes points ne perçoit aucune vibration, et l'oreille ne distingue aucune résonnance.

En arrière. Bruit respiratoire exagéré dans tout le côté gauche et

dans les trois quarts supérieurs du côté droit; de ce même côté, timbre amphorique de la voix et même du bruit respiratoire semblable à celui que l'on entend dans certains épanchements de la plèvre; absence de souffle et d'agophonie; absence de tout bruit, et de toute vibration dans le quart inférieur droit.

Les bruits du *cœur* ne sont guère entendus que sous l'aisselle gauche, sans aucune modification anormale et seulement dans une très-petite étendue.

Ce fait établit mieux que la percussion le refoulement de cet organe à l'extrême gauche de la poitrine, et à un point de cette région plus élevé que cela n'a lieu d'ordinaire.

Aucun bruit de souffle dans la direction de l'*aorte*. La palpation attentive des espaces intercostaux, de la partie antérieure droite de la poitrine, donne aux doigts une sensation qui approche beaucoup de celle de la fluctuation.

En présence de phénomènes extraordinaires, après plusieurs explorations et plusieurs jours de méditation, je m'arrêtai à l'idée de l'existence possible d'un kyste hydatique du poumon développé dans l'intérieur du thorax.

Voici les raisons sur lesquelles je me fondai :

Aucune lésion du parenchyme pulmonaire ne me paraissait capable de produire une semblable déformation de la poitrine. Il fallait pour effectuer une dilatation partielle aussi considérable le développement d'un produit morbide liquide ou solide, susceptible à la fois d'acquérir un volume énorme et d'exercer sur les os une pression énergique. Le cancer parmi les produits solides, un kyste hydatique parmi les produits liquides me paraissaient seuls réunir de semblables conditions. Il semblait plus rationnel au premier abord de chercher dans un épanchement pleural, dans un hydrothorax chronique enkysté, l'explication de tous ces désordres; mais cette idée ne pouvait tenir contre une distribution aussi inégale, aussi irrégulière du produit respectant le premier espace intercostal droit, les trois-quarts postérieurs et supérieurs de ce côté de la poitrine, et envahissant une grande partie du côté gauche refoulant le diaphragme jusqu'au niveau de l'ombilic.

Non, une semblable disposition ne me paraissait devoir se concilier qu'avec le développement d'un produit morbide organisé, ayant une existence en quelque sorte indépendante, refoulant ou s'assimilant tous les tissus qu'il trouvait dans son voisinage. En un mot, je ne pouvais m'arrêter à l'idée d'une maladie du parenchyme pulmonaire de la plèvre ou du tissu cellulaire environnant, sans l'intervention d'un tissu de nouvelle formation, sans un élément hétérologue. Celui-ci une fois admis, je ne me préoccupais pas qu'il eût son siége, son point de départ dans le poumon ou dans la plèvre ; la chose pouvait se faire dans l'un comme dans l'autre.

La question ainsi restreinte, il me fallait opter entre une tumeur solide et une tumeur formée par un liquide. Avant tout, j'avais d'abord éliminé celle qui aurait eu pour origine un anévrisme de l'aorte ou de l'une de ses branches; il me suffit de rappeler que les caractères bien connus de cette lésion manquaient. Je ne voyais guère de probable, parmi les tumeurs solides, que le cancer; or, dans un fait de ce genre longtemps soumis à mon observation, dans le service de mon savant maître, M. Rayer, j'avais été frappé de la transmission exagérée de tous les bruits respiratoires et cardiaques, circonstance parfaitement en rapport avec les conditions physiques de transmissibilité par un corps solide : et ici, ce qui me frappait, c'était précisément l'absence de tout bruit dans une étendue très-considérable. Et puis, un cancer aussi étendu n'aurait-il pas été accompagné de cachexie? Or, ce qui était digne de remarque chez mon malade, c'était précisément le caractère tout local, en quelque sorte mécanique, des altérations fonctionnelles. D'ailleurs, n'avais-je pas perçu une sensation assez probable de fluctuation ? Un kyste hydatique me paraissait bien mieux approprié aux symptômes, et c'est pour cela que, avec toute la réserve commandée par la rareté du fait, je m'arrêtai à ce dernier diagnostic, ou si l'on veut à cette présomption.

J'exposai donc mes impressions à mon collègue, M. Monod, et le priai de faire une ponction exploratrice, qui ne pouvait, même en dehors des conditions prévues, avoir de graves inconvénients. Elle fut donc pratiquée le 9 décembre 1853; on donna issue à un liquide transparent comme l'eau de roche, sans réaction sur le papier de tournesol, qui ne perdit rien de sa transparence par son mélange avec l'acide nitrique, non plus que par l'action de la chaleur. On introduisit alors une canule de Reybard, et on tira 2,450 grammes d'un liquide semblable au premier, et dont les dernières portions entraînèrent des débris de membranes transparentes comme celles de l'œuf, et qui, ultérieurement soumises à l'examen de M. Robin, juge si compétent, furent reconnues par lui de nature hydatique.

Le malade supporta cette opération sans fatigues, sans accidents. Ce fut alors que M. Monod eut la très-heureuse idée d'injecter une solution composée comme il suit :

Eau distillée	450	grammes
Alcool	150	—
Iode	15	—
Iodure de potassium	15	—

La moitié environ du liquide injecté fut extraite quelques minutes après, puis la canule fut retirée; un morceau de diachylon fut appliqué sur la piqûre et maintenu par un bandage de corps.

Au moment où le malade subit l'opération, la dyspnée avait atteint un degré voisin de la suffocation, l'amaigrissement était considérable, l'anémie très-prononcée; le malade venait de subir une influence cholérique dont il ne se relevait que difficilement; mais nous avions pour nous une circonstance favorable, l'absence de fièvre hectique. Une première période nous paraît devoir être établie du jour de l'opération au 24 ou 25 décembre, comprenant environ quinze jours, pendant lesquels les choses se passèrent d'une manière satisfaisante. Le volume du kyste diminua progressivement, les organes se rapprochèrent de plus en plus de leur position normale, la respiration redevint libre au delà de ce que nous pouvions espérer, le bien-être fut immédiat, la réaction fut modérée, et le pouls diminua de fréquence d'une manière soutenue. Une pleurésie légère, enrayée heureusement par l'application d'un large vésicatoire, ne ralentit pas sensiblement la marche rétrograde de la maladie. Une seule circonstance vint vraiment contrarier cette ère prospère, c'était la susceptibilité des voies digestives, qui ne nous permitpas d'alimenter le malade autant que nous l'eussions voulu : somme toute, néanmoins, tout alla bien. Dans une seconde période, qui commence aux derniers jours de décembre et se continue jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le 15 janvier 1854, nous sommes délivrés de la préoccupation de la première à l'endroit des fonctions digestives, et le malade peut-être alimenté modérément. Mais l'apparition d'un mouvement fébrile, d'une petite toux avec expectoration muqueuse, une augmentation dans l'étendue de la matité, nous font craindre la suppuration du kyste ou la formation de tubercules. Néanmoins, les renseignements fournis par l'auscultation n'ont rien d'inquiétant au dernier point de vue, et la suppuration du kyste ne serait pas sans remède.

C'est au milieu de cette incertitude que le malade est obligé de quitter la maison de santé, et nous avons l'espoir que les conditions hygiéniques assez favorables qu'il va trouver chez une de ses parentes habitant les environs de Paris pourront contribuer plus efficacement à la guérison que les moyens employés par nous dans un milieu qui nous a toujours paru peu convenable à son état.

Nous pouvons faire dater de ce moment une troisième période dans laquelle nos espérances se sont réalisées de la manière la plus complète. N... est venu nous voir quelques semaines après sa sortie, et sa transformation était déjà accomplie au point de vue de l'état général. Nous l'avons revu plus

d'un an plus tard, le 3 décembre 1854, et sa guérison locale, comme nous l'avons établi par un examen minutieux, pouvait être considérée comme définitive.

J'ai pu savoir que la santé de cet homme n'avait pas cessé d'être bonne.

Ce fait a été pour moi le point de départ de recherches nombreuses et l'objet d'un Mémoire dont je vais commencer la publication, le mois prochain, dans l'un de nos journaux de médecine. Je n'ai voulu entretenir l'Académie que de la partie positive de mon travail, du fait mère en quelque sorte. Ce que je veux dire seulement du résultat de mes investigations, c'est que si j'ai parcouru le premier la voie dans toute sa longueur, le chemin avait été indiqué par d'autres. Je n'ai trouvé, il est vrai, que des faits épars, méconnus avant la mort; mais quelques-uns de ceux-ci avaient assez vivement frappé les observateurs pour leur faire entrevoir la possibilité d'en reconnaître la nature pendant la vie des malades, et d'en obtenir la guérison par une opération. Il en est deux surtout qui ont eu foi dans l'avenir de la science, dans les ressources de l'art sur ce sujet difficile, Laënnec et M. Cruveilhier. Qu'on me permette de terminer cette lecture par une citation de l'immortel auteur de l'auscultation médiate.

Il s'agit d'un malade observé par Andry et Geoffroy, dont l'autopsie fut faite par ce dernier et Dupuytren, dont la relation originale est consignée dans le *Bulletin de la Faculté de médecine* (1805, n° 12), et que Laënnec, a cité deux fois dans le *Traité de l'auscultation médiate*. Une première fois il en parle au chapitre des acéphalocystes du poumon, où il le rapporte *in extenso* (t. II, p. 289), et le préambule suivant nous montre quelle confiance il avait dans les applications ultérieures de la méthode nouvelle : « Je crois devoir donner ici « un extrait de cette observation, parce qu'on pourra recon- « naître clairement qu'il eût été facile de suivre les progrès de « la maladie à l'aide du stéthoscope, et qu'il eût peut-être « même été possible d'arriver à un diagnostic assez exact pour « se déterminer à tenter la guérison par l'ouverture de la « poitrine. »

Me permettra-t-on d'ajouter que je suis heureux d'avoir démontré par l'expérience l'exactitude de cette prévision?

Le second passage où Laënnec parle de ce fait est dans le chapitre consacré aux *productions accidentelles de la plèvre*, et cette indication, empruntée à une autre source (*Essai sur l'anatomie pathologique*, par M. Cruveilhier), lui a fait croire qu'il s'agissait de deux malades, tandis qu'en réalité il n'en existe qu'un. Ce que je veux reproduire ici, ce sont les déductions pratiques, je dirais volontiers les spéculations cliniques qu'il en tire.

« Quoi qu'il en soit, il est presque certain que, dans des cas « de cette espèce, on obtiendrait par la comparaison attentive « de la marche de la maladie, et des signes donnés par la per- « cussion et l'auscultation, une connaissance assez claire de « la nature de la maladie pour être conduit à tenter l'opéra- « tion de l'empyème, qui probablement *serait assez souvent « suivie de succès, surtout en faisant ensuite des injections « propres à procurer l'inflammation et l'adhérence du kyste.* »

Je ne sais si mes auditeurs éprouvent à la lecture de ce passage la même impression que moi, mais je suis pénétré d'admiration pour le génie de Laënnec, qui signalait avec une telle précision et en termes aussi concis la conduite à tenir dans un cas qu'il ne lui avait pas encore été donné d'observer : il élève vraiment la médecine à la hauteur d'une science exacte ; il n'a rien à envier à l'astronomie qui par ses études mathématiques découvre une planète, et il a pour lui l'avantage que la science, sous sa main, devient l'art par excellence, celui qui guérit.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales,

Par M. Chassaignac,

Chirurgien de l'hôpital La Riboisière.

Pour bien comprendre les indications qui peuvent conduire un chirurgien sage et prudent à entreprendre une opération aussi importante que l'est celle dont on fait usage pour détruire les bourrelets hémorrhoïdaux, il ne suffit pas d'examiner à tel ou tel moment donné l'état de la région malade chez les sujets atteints de l'affection hémorrhoïdaire, il faut suivre ces sujets pendant un certain temps, il faut se faire rendre compte de ce qu'ils éprouvent, de toutes les particularités qui se rattachent à l'existence de leur affection, et alors on comprend toute l'importance de l'opération.

Les accidents liés à l'existence habituelle d'un bourrelet hémorrhoïdal peuvent se rattacher à trois groupes distincts : influence sur le rectum et la région périnéale, influence sur d'autres organes plus ou moins rapprochés, influence générale sur l'organisme.

1° Du fait de la présence d'un bourrelet hémorrhoïdal résulte, pour l'intestin rectum et la région anale, l'existence, sinon constante, du moins fréquente, des complications que voici : abcès périnéal, fistule à l'anus, gerçures de la muqueuse et névralgies sphinctériennes, procidence de la muqueuse rectale, douleurs et difficultés de la défécation, phlegmasies ou fluxions inflammatoires temporaires et plus ou moins fréquemment répétées, malpropreté habituelle, suintement mucoso-purulent et même hémorrhagies, altérations diverses de la peau circonvoisine de la région anale, sentiment de pesanteur et gêne incessante dans cette région, soit spontanément, soit par le contact des vêtements, assujettissement pénible pour la réduction des hémorrhoïdes après chaque défécation.

2° Troubles variés dans l'exercice des fonctions urinaires et génératrices : dysurie, besoin plus ou moins fréquent d'uriner, quelquefois rétention d'urine, hypertrophie des parois vésicales, dilatation de la vessie, hypertrophie prostatique.

3° En général : effets généraux de l'anémie, état permanent de dépression des forces, affaissement moral, tristesse, mélancolie, défiance de soi-même.

Parmi les nombreux inconvénients inhérents à l'existence des tumeurs hémorrhoïdaires, il en est que nous avons observés chez plusieurs de nos malades, et qui, du reste, ont été mentionnés par presque tous les observateurs, nous voulons parler des différents troubles de la digestion, parfois l'inappétence, d'autres fois des digestions lentes, difficiles, douloureuses, les flatuosités, la constipation. Mais ce qui mérite surtout d'appeler l'attention du praticien, c'est l'état d'inertie des parois intestinales, état qui explique la fréquence de la constipation, la distension de l'intestin par des gaz, et, dans la période qui succède à l'opération, le développement considérable que peut prendre le ventre, développement qui en a imposé quelquefois pour une péritonite commençante.

Dans ce gonflement abdominal qui succède en certains cas à l'opération, il importe de distinguer deux causes : d'une part, la rétention d'urine ; d'autre part, la distension de l'intestin par des gaz, distension due à l'inertie intestinale dont nous avons parlé et à l'occlusion trop complète de l'orifice anal immédiatement après l'opération.

Il suffit d'être prévenu de ces diverses circonstances pour ne point attribuer à une péritonite commençante des accidents faciles à dissiper et qui s'aggraveraient indubitablement par le traitement de la péritonite. Les grandes douches intestinales, qui sont un moyen excellent pour combattre ces constipations rebelles, doivent être employées en pareille circonstance. Et quant au resserrement anal, l'emploi des mèches pendant quelques jours suffit, habituellement du moins, à la suite de l'opération faite par écrasement linéaire.

Nous avons observé des individus qui, possédant originairement des aptitudes et des facultés d'initiative très-distinguées, étaient descendus à un état de torpeur et de pusillanimité dont ils se faisaient à eux-mêmes l'aveu, et qui leur créait une existence vraiment malheureuse. Plusieurs même avaient complétement perdu leur carrière ou étaient menacés de la perdre par suite des empêchements sans cesse renaissants auxquels ils étaient exposés.

Ce que nous venons de dire des nombreux inconvénients qui sont attachés à l'existence d'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux, donnerait lieu de penser que les individus qui sont atteints de pareilles tumeurs viennent tous réclamer les secours de la chirurgie. Il n'en est point ainsi, et l'on croirait à peine jusqu'où l'on peut pousser l'incurie de soi-même pour supporter tant de souffrances et d'ennuis, si l'on ne savait à quel degré de tolérance peut être amenée l'organisation pour des accidents qui ne surviennent pas d'une manière brusque, si l'on ne savait aussi combien la crainte de la cautérisation par le fer rouge, et l'ennui d'avoir à subir des destructions successives par le caustique, empêchent longtemps les malades de réclamer l'intervention du chirurgien. Ils préfèrent donc composer indéfiniment avec leurs souffrances, écouler leur vie dans un état presque continu de dépression et de tristesse, et ne pas se soumettre à des méthodes qu'ils considèrent comme barbares ou dangereuses. Joignez à cela que chez aucun des sujets atteints de bourrelets hémorrhoïdaux volumineux, il n'y a continuité des accidents habituels au même degré. La chose leur serait absolument intolérable. C'est pour ainsi dire par accès, par poussées inflammatoires que ces bourrelets deviennent douloureux. Or, il est d'observation que dans les affections de ce genre les malades se résignent beaucoup mieux à leurs souffrances, et ajournent volontiers un parti grave qu'ils auraient à prendre.

Il règne dans l'esprit de quelques médecins des erreurs assez fâcheuses touchant la question des tumeurs hémorrhoïdales. Frappés d'une part de la disparition spontanée de certaines dilatations variqueuses, celle du cordon, par exemple, chez les vieillards, ils sont portés à faire application de ce fait aux hémorrhoïdes. C'est là une grave erreur, et les opérations que nous avons faites chez des sujets qui avaient dépassé leur soixante-cinquième année, l'existence des varices aux jambes, chez des individus très-avancés en âge, viennent démentir de la manière la plus complète l'analogie qu'on voudrait établir entre ce qui a lieu pour le varicocèle et ce qui s'observe pour d'autres développements variqueux.

On ne croit guère généralement qu'une tumeur hémorrhoïdale puisse amener la perte des sujets autrement que dans le cas d'une intervention chirurgicale suivie d'accidents, ou bien dans l'une de ces circonstances exceptionnelles, comme la phlébite spontanée des veines hémorrhoïdaires, ou bien enfin dans le cas d'une hémorrhagie foudroyante dont on ne connaît probablement que bien peu d'exemples. Mais la mort par le fait d'hémorrhoïdes volumineuses doit au mécanisme par lequel elle est amenée de paraître beaucoup moins fréquemment la suite des tumeurs hémorrhoïdales que cela n'a lieu réellement. En d'autres termes, l'hémorrhagie chronique, comme cause de mort, est très-souvent méconnue, et, à cet égard, nous prierons le lecteur de se reporter à quelques-unes des considérations exposées dans notre travail sur les hémorrhagies des cavités muqueuses (1).

Le fait qui nous a servi de point de départ dans ces recherches est celui ci : il est des sujets qui périssent par hémorrhagie, sans qu'on se doute du rôle que l'hémorrhagie a joué comme cause de mort.

Ce qui fait méconnaître l'influence des hémorrhagies comme cause de mort, c'est : 1° que les symptômes des hémorrhagies mortelles ne sont pas toujours suffisamment appréciables, et que, même dans le cas où ils sont perceptibles, ils ne sont pas toujours suffisamment appréciés ;

2° Que des pertes abondantes de sang, tout en étant la cause réelle de la mort dans certains cas, ne laissent pas de traces anatomiques assez palpables pour que l'autopsie ait un caractère démonstratif à cet égard ;

3° Que ces pertes coïncident quelquefois avec des lésions anatomiques insuffisantes pour amener la mort, mais auxquelles ce résultat est imputé parce que l'attention du pathologiste s'arrête sur ce qui est palpable quoique insuffisant, et s'éloigne de ce qui est réel, mais en quelque sorte latent.

Pour bien expliquer toutes ces causes de méprise et faire comprendre la nécessité de les éviter, j'ai dû entrer dans d'assez longs développements que je résumerai dans les propositions suivantes :

1° Le sujet qui meurt d'hémorrhagie ne périt que très-rarement par l'acte même de l'hémorrhagie, celle-ci étant, soit spontanément, soit artificiellement arrêtée un certain temps avant la mort ; en un mot, les malades qui meurent d'hémorrhagie pendant l'hémorrhagie constituent l'exception, tandis que ceux qui ne périssent qu'un temps plus ou moins long après la cessation de l'écoulement du sang forment la règle.

2° Une des choses les plus difficiles à démontrer par l'autopsie, c'est que la cause de mort est bien réellement l'hémorrhagie.

3° La répugnance que nous éprouvons instinctivement et à notre insu à attribuer une terminaison fatale à un accident qu'on se reprocherait de n'avoir pas dominé à temps, est encore une cause d'illusion qui ajoute aux difficultés de la question.

4° Enfin on n'a peut-être pas suffisamment étudié le caractère et la succession des phénomènes de la mort par hémorrhagie. Des accidents nerveux ou congestifs, qui sont l'effet de pertes abondantes de sang font prendre le change sur les véritables causes de la mort.

Soit un amputé. Ce sujet aura eu plusieurs hémorrhagies, on les aura arrêtées ou elles se seront suspendues d'elles-mêmes. Au bout de quelques jours, il se déclare des accidents vers telle ou telle cavité viscérale. L'opéré succombe. Mais à l'autopsie, on ne trouve pas d'abcès métastatiques ; il n'existe qu'un peu d'engouement dans le parenchyme pulmonaire. Aux yeux de certains observateurs, ce sujet n'aura pas succombé par l'effet des hémorrhagies successives qu'il a éprouvées, et cependant il n'existe chez lui aucune lésion suffisante pour rendre compte de la mort.

Comme exemple venant encore à l'appui de ces idées, nous citerons, outre les hémorrhoïdaires qui, après des flux de sang abondants et répétés, périssent après avoir traversé toutes les phases de l'anémie, les femmes chez lesquelles des tumeurs fibreuses ou des polypes ayant déterminé des métrorrhagies abondantes et sans cesse renouvelées, la mort survient par cette difficulté d'être qui résulte de l'absence ou de l'insuffisance du sang, et non par les affections sous l'influence desquelles les pertes sanguines se sont produites.

Des considérations qui précèdent il résulte donc : 1° que des hémorrhagies, en apparence non mortelles, sont des causes réelles de mort ; 2° qu'il y a nécessité d'arrêter le plus promptement possible ces pertes de sang et, par conséquent, d'enlever les bourrelets hémorrhoïdaux qui, par leur présence, donneraient lieu à des flux sanguins répétés.

Toutefois, en attendant l'opération, ou bien dans le cas où les malades refuseraient de s'y soumettre, on pourrait recourir aux suppositoires de glace, dont j'ai fait un usage avantageux dans plusieurs circonstances, et notamment chez des sujets atteints de flux hémorrhoïdaux qui avaient déterminé l'épuisement et résistaient aux astringents les plus énergiques administrés soit en lavement, soit par l'ingestion buccale.

Les premières introductions de ces suppositoires que l'on

(1) *Arch. gén. de méd.*, juin 1851.

taille au couteau, ainsi que je l'ai indiqué dans mon Mémoire sur les hémorrhagies des cavités muqueuses (p. 34), sont très-douloureuses et comparées par les malades à la pénétration d'un fer rouge; mais dès le troisième suppositoire, la tolérance s'établit et l'écoulement sanguin diminue bientôt ou cesse complétement.

La méthode de l'écrasement linéaire appliquée au traitement des tumeurs hémorrhoïdales a des avantages réels et sérieux quand on la compare à toutes les méthodes qui ont été employées jusqu'à ce jour.

Je dois reconnaître toutefois que la chirurgie possède aujourd'hui des méthodes assez bonnes pour la guérison des tumeurs hémorrhoïdales. J'appelle une méthode bonne, lorsque, sans faire courir de dangers aux malades, elles les délivre d'une affection rebelle capable de porter atteinte à leur constitution.

Dans ce cas se trouvent les méthodes généralement adoptées aujourd'hui, je veux parler de la destruction des tumeurs hémorrhoïdales par la cautérisation, soit qu'on la pratique au moyen du fer rouge, comme le fait de notre temps, avec beaucoup de succès, M. Philippe Boyer, dont les observations sont fidèlement reproduites dans la thèse de M. de Beauvais, soit qu'on ait recours au procédé proposé par M. Amussat, procédé qui consiste à détruire le pédicule des tumeurs hémorrhoïdales par le caustique de Vienne appliqué au moyen de pinces très-ingénieuses.

J'ai employé ces deux méthodes avec des résultats qui confirment pour moi l'exactitude des assertions émises par les savants confrères qui les ont préconisées. Je ne les ai pas employées toutes deux un égal nombre de fois; j'ai plus fait usage, tant en ville qu'à l'hôpital, du cautère actuel que du caustique, et je possède quatorze observations où l'on voit que la destruction des tumeurs hémorrhoïdales, dont quelques-unes sont énormes, a été faite par le fer rouge avec succès.

L'un des faits les plus remarquables à cet égard est celui d'un capitaine de la marine anglaise, que j'opérai en 1852 avec l'assistance de MM. Marcé, Letellier, Lobligeois, et chez lequel je n'arrivai au but qu'après avoir éteint sur la tumeur huit ou dix cautères volumineux.

La méthode de M. Amussat m'a également donné des résultats très-favorables, et j'ai eu à me louer de l'emploi de ces moyens de traitement, en tant du moins qu'on obtenait la guérison des malades sans leur faire courir de graves dangers. Car c'est chose remarquable de voir comment ces brûlures qui, théoriquement, paraîtraient susceptibles d'entraîner des accidents fâcheux, menacent peu la vie des malades. Je déclare, pour mon compte, qu'il ne m'est pas encore arrivé d'en perdre un seul à la suite de la cautérisation.

Mais, de ce que ces méthodes sont bonnes, s'ensuit-il d'abord qu'elles n'aient aucun inconvénient, et, en second lieu, qu'on n'en puisse pas trouver de meilleures? Je ne le pense pas, et j'ajoute que la méthode de l'écrasement linéaire, qui n'a ni les inconvénients de l'excision, qui expose aux hémorrhagies et aux phlébites, ni ceux de la ligature, laquelle a été bannie avec raison comme donnant lieu à la péritonite, à la phlébite, aux accidents nerveux, est supérieure à la cautérisation, et c'est ce que je vais prouver.

Quels sont, de l'aveu même de ceux qui ont préconisé l'emploi de la cautérisation, les accidents qui peuvent en être la conséquence? Ce sont :

1° Le délire nerveux suivi d'un état d'éréthisme durant parfois plusieurs jours, se réveillant sous l'influence de la moindre cause de douleur (toucher anal, introduction d'une mèche dans l'anus, cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent) ;

2° La brûlure plus ou moins étendue de la peau ;

3° Le ténesme vésical, soit qu'il se déclare dès les premières vingt-quatre heures, comme c'est la règle, soit qu'il ne survienne qu'au quatrième ou cinquième jour de l'opération ;

4° La rétention d'urine;

5° L'hémorrhagie, qui est certainement beaucoup moins fréquente après la cautérisation qu'après l'excision, mais qui a lieu quelquefois, et d'une manière assez grave, non-seulement au moment de l'opération ou aussitôt après, mais encore consécutivement. C'est ainsi qu'on l'a vue se déclarer au moment même de la première application du cautère actuel, soit par la perforation instantanée des tumeurs veineuses, soit par des artères d'un certain calibre. On a même été obligé, dans des cas de ce genre, de recourir à la ligature et au tamponnement. L'hémorrhagie, à un degré assez considérable, a été encore observée consécutivement à la chute des escarres. M. Ph. Boyer a même vu ce genre d'hémorrhagie se présenter avec un caractère intermittent et avec abondance chez un malade anémique, épuisé, qui succomba le douzième jour de l'opération (1).

Nous n'insisterons pas sur l'adénite inguinale double, qui succède presque constamment à l'application du fer rouge, quoiqu'il ne soit assurément point indifférent pour le malade d'ajouter à ses souffrances un accident de ce genre, si léger qu'on le suppose.

Mais le point qui, à la suite de nos opérations de cautérisation, nous a le plus frappé, c'est d'une part la longue durée de la suppuration, d'une autre part le resserrement de l'anus qui succède, quoi qu'on en dise, à l'application du fer rouge, quelque bien faite qu'elle ait été.

Ajoutons à tout cela des pansements extrêmement douloureux, tels que ceux qui consistent à introduire, après la chute des escarres, des mèches dans l'anus, afin de régulariser la cicatrisation.

Notons enfin que, dans les évaluations les moins suspectes d'être défavorables à la méthode de la cautérisation, on ne porte pas à moins de trente cinq à quarante jours le temps pendant lequel persiste la suppuration.

De ce qui précède, il résulte qu'avec un système d'opération qui est bon, nous en sommes convaincu, il y a néanmoins une certaine somme d'accidents qui forcent à penser que c'est d'une excellence relative qu'il s'agit. Car, que doivent donc être les autres méthodes, pour que l'on soit réduit à considérer comme la meilleure celle qui laisse en perspective le délire nerveux, la brûlure plus ou moins étendue de la peau, le ténesme vésical, la rétention d'urine, l'hémorrhagie primitive ou consécutive, l'adénite inguinale, le resserrement de l'anus et une suppuration de six semaines à deux mois?

Il faut que nous ayons recours aux écrits de ceux-là mêmes qui ont préconisé cette méthode pour dresser ce tableau des accidents dus à l'opération. Car je déclare qu'en ce qui me concerne (et cela résulte des quatorze observations que j'ai recueillies) je n'ai, pour mon compte, noté que le rétrécissement de l'anus à un degré prononcé dans quelques cas, l'adénite, le ténesne vésical; mais j'ai eu beaucoup à me plaindre de la suppuration, qui, chez plusieurs sujets, s'est prolongée au delà de deux mois, ainsi que de l'excessive sensibilité des malades, sensibilité qui transformait en un véritable supplice les moindres attouchements de la région anale. Ainsi donc, les accidents consécutifs à la cautérisation, qu'on en présente le tableau complet avec tous ses développements, ou qu'on en fasse une peinture mitigée comme celle qui nous a paru ressortir de notre pratique, sont encore une chose assez considérable pour qu'on doive chercher le moyen de les éviter.

La méthode de l'écrasement linéaire, que nous avons employée avec un succès soutenu pour l'affection dont il s'agit, est exempte de tous ces inconvénients. Son usage ne compte pas encore néanmoins un assez grand nombre de faits pour que l'on puisse, dès à présent, prévoir tout l'avenir qui lui est

(1) *Thèse citée*, p. 93.

réservé. Nous nous abstiendrons donc de préjuger une question que le temps seul peut résoudre, et nous indiquerons le manuel opératoire, qui est d'une extrême simplicité.

Avant de procéder à l'opération, il est utile de débarrasser complétement l'intestin par des purgations répétées et suffisamment énergiques. Le tact du chirurgien lui fera facilement apprécier à quelles limites il doit s'arrêter à cet égard, mais il importe de ne pas oublier que la plupart des sujets atteints d'affections douloureuses à la région anale, telles que cancer, fissures, bourrelets hémorrhoïdaux, sont habituellement constipés et présentent souvent une accumulation de matières fécales dures et sèches. Le but des purgations dont nous venons de parler est de débarrasser aussi complétement que possible l'intestin de tout ce qui pourrait devenir l'élément d'un amas fécal susceptible d'exercer des pressions douloureuses contre la plaie à laquelle donnera lieu l'ablation du bourrelet hémorrhoïdal.

Une douche intestinale donnée la veille ou le jour même de l'opération est un complément fort utile des purgatifs.

Chez tous les malades qui ont été soumis à l'emploi de l'écrasement linéaire pour le traitement des hémorrhoïdes, nous avons eu recours à l'inhalation du chloroforme. L'usage de cet agent au degré où il amène la tolérance anesthésique est encore plus nécessaire dans cette opération que dans beaucoup d'autres, par la raison toute simple que l'immobilité la plus complète doit être obtenue pendant tout le temps qu'exige la séparation de la tumeur. Or, on sait que pour une tumeur hémorrhoïdale volumineuse, le temps nécessaire est de dix à douze minutes. Nous disons que c'est à l'état de tolérance anesthésique que doit être amené le malade, parce que, si l'on s'est contenté d'obtenir l'insensibilité cutanée, le malade, bientôt réveillé, s'agite, se débat, souffre beaucoup, ce qui rend l'opération plus difficile et fait perdre, par la précipitation des battements du cœur, les avantages de l'effet antihémorrhagique du chloroforme. Voyez à ce sujet nos *Recherches cliniques sur le chloroforme* (p. 2 et 7).

D'un autre côté, la nécessité de prolonger l'anesthésie pendant dix à douze minutes ne permet pas de songer un seul instant à l'idée de maintenir les malades dans l'état de collapsus pendant un pareil espace de temps. Ce serait aller au devant d'un danger auquel tout chirurgien prudent se gardera bien d'exposer ses opérés. L'anesthésie à l'état de tolérance est donc ici de rigueur, et à cette occasion nous avouons ne rien comprendre à ce qui est raconté au sujet d'opérations nombreuses dont parlent certains chirurgiens, opérations pratiquées sans rien spécifier sur le degré d'anesthésie auquel avaient été amenés les malades. Il n'y a pas aujourd'hui un externe de première année dans les hôpitaux qui ne sache que, si l'on s'arrête dans l'emploi du chloroforme à la limite de la simple constatation de l'insensibilité cutanée, le malade se réveille aussitôt que les instruments pénètrent dans ses tissus, et qui ne sache aussi que, si l'on maintient l'anesthésie au degré de collapsus pendant plusieurs minutes, on expose le malade aux plus grands dangers. L'état de tolérance est donc ici tout à fait indispensable; il n'est nullement facultatif.

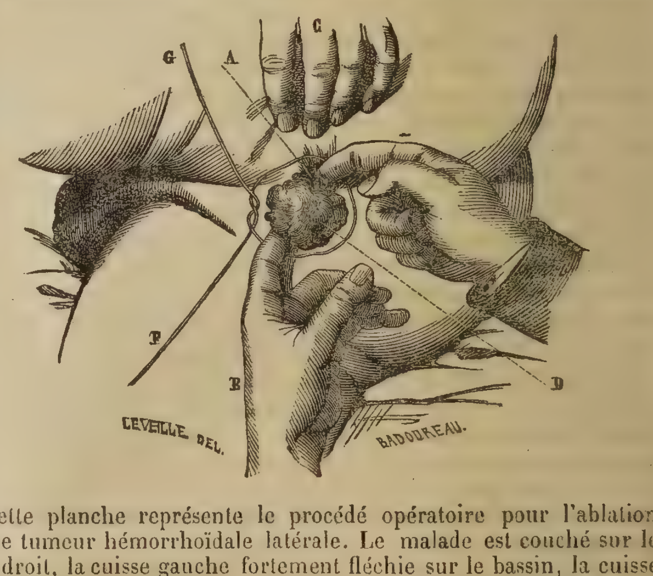
Il est bien entendu aujourd'hui, quelle que soit la méthode de traitement que l'on emploie, que la première chose à faire, quand on veut attaquer une tumeur hémorrhoïdale, c'est de la pédiculiser. En agissant ainsi, on concentre les difficultés opératoires sur un seul point, et l'on rend par ce moyen l'action chirurgicale beaucoup plus sûre et plus efficace.

M. Ph. Boyer pédiculise la tumeur au moyen d'un fil ciré passé à l'aide d'une aiguille courbe autour de cette portion des parois de l'intestin à laquelle semble être appendue la tumeur hémorrhoïdale. M. Amussat arrive au même résultat en saisissant avec des pinces cannelées la partie mince de la tumeur, celle qui en forme le pédicule. L'un ou l'autre de ces procédés peut être employé comme préliminaire obligé pour la bonne application de la méthode par écrasement linéaire.

Soit donc une tumeur hémorrhoïdale dont on se propose d'étrangler le pédicule au moyen de l'appareil à écrasement. On prend une aiguille courbe portant un fil ciré; on pénètre sur un des points de l'ouverture anale; on circonscrit, à l'intérieur de l'intestin, une portion de tissu équivalent à ce que l'on croit représenter l'épaisseur du pédicule, et l'on vient ressortir à une certaine distance du point par lequel on a fait pénétrer l'aiguille. Cela fait, on noue les deux chefs du fil, et l'on comprend ainsi, dans l'intérieur de l'anneau qu'il représente, le trajet des veines qui aboutissent à la tumeur hémorrhoïdale. Il faut bien savoir que cet anneau, formé par la ligature, répond par une de ses moitiés à la surface libre de l'intestin et se trouve engagé par l'autre moitié de sa circonférence dans la profondeur des tissus. Toujours est-il qu'une fois placé et serré il donne lieu sur un point plus ou moins élevé de l'ouverture anale à une encoche profonde qui cerne le pédicule de la tumeur par son côté intestinal ou muqueux. C'est dans cette encoche que doit tomber la ligature métallique fermée par l'appareil à écrasement linéaire. Mais, dira-t-on, nous voyons bien comment l'anneau de la ligature métallique va porter sur le côté du pédicule qui répond à la muqueuse du côté de l'intestin, mais la partie externe du pédicule, celle qui est plongée dans l'intérieur des chairs, comment sera-t-elle saisie? Rien de plus facile à comprendre. Un mot d'explication sur ce point.

Parmi les tumeurs hémorrhoïdales, il en est, ainsi que cela a été noté, dont la muqueuse seule forme l'enveloppe, ce sont les hémorrhoïdes internes. Il en est d'autres dont l'enveloppe est bien toujours en plus grande partie formée par la muqueuse, mais qui empruntent aussi à la peau du pourtour de l'anus une portion qui concourt à former la paroi enveloppante du sac hémorrhoïdal. Ce genre de tumeur constitue ce que nous appelons une hémorrhoïde cutanéo-muqueuse, tandis que nous réservons le nom d'hémorrhoïde muqueuse à celle qui n'emprunte rien à la peau pour se recouvrir.

Eh bien! supposons une hémorrhoïde cutanéo-muqueuse. L'anneau qne représente la ligature métallique de l'appareil à écrasement linéaire doit tomber d'une part, sur l'encoche que présente la muqueuse, et, d'autre part, sur la limite de



Cette planche représente le procédé opératoire pour l'ablation d'une tumeur hémorrhoïdale latérale. Le malade est couché sur le côté droit, la cuisse gauche fortement fléchie sur le bassin, la cuisse droite dans l'extension. — D indique la tumeur hémorrhoïdale. — A, le doigt indicateur droit de l'opérateur, doigt introduit dans la cavité du rectum pour ramener vers l'extérieur de l'anus la tumeur hémorrhoïdale. — E, le doigt indicateur gauche de l'opérateur. Ce doigt est glissé sous la tumeur, afin que l'anse de fil F, G, serrée par un aide, arrive sur le collet de l'hémorrhoïde. — C, représente la main d'un aide relevant la fesse gauche du malade pour faciliter la manœuvre.

la portion de peau qui concourt à former l'enveloppe de l'hémorrhoïde. L'hémorrhoïde est-elle purement muqueuse, l'anneau embrasse le pédicule sans comprendre une portion de peau.

Le mode opératoire que j'emploie pour pédiculiser l'hémorrhoïde diffère complétement des deux modes employés, l'un par M. Amussat, l'autre par M. Ph. Boyer. Voici comment je procède :

Le doigt indicateur, portant à sa base une anse de fil très-largement ouverte, est introduit dans la cavité du rectum. Courbé à sa dernière phalange en matière de crochet, il ramène vers l'extérieur de l'anus la tumeur hémorrhoïdale sans toutefois sortir de la cavité. L'anse de fil est alors refoulée par un aide, de manière à être glissée sur la convexité de l'ongle de l'opérateur jusqu'au lieu où le tranchant de cet ongle marque le point où va être formé le pédicule. C'est alors que l'on serre le collet de la tumeur au moyen du fil et qu'on la pédiculise de manière à permettre l'application directe de l'appareil à écrasement linéaire. Quand on opère chez une femme, le doigt introduit dans le vagin permet de repousser au dehors la muqueuse pour mieux saisir celles des hémorrhoïdes qui se trouvent correspondre à la paroi recto-vaginale.

Une fois placé, l'instrument est mis en jeu de manière à exercer une constriction de plus en plus forte. Si l'on se hâtait de pousser cette constriction à sa dernière limite, on ferait une section beaucoup trop prompte du pédicule de l'hémorrhoïde, et l'on rentrerait presque dans les conditions de l'excision, avec cette différence capitale toutefois que la solution de continuité qui s'obtient par l'écrasement n'expose pas à l'hémorrhagie ainsi que la section faite à l'aide de l'instrument tranchant. Mais, au lieu de procéder par une constriction prompte, on agit graduellement, on donne le temps à un coagulum de se former au-dessus du lieu où la solution de continuité devra porter, on condense peu à peu les tissus de manière à écraser le pédicule de la tumeur, et quand, après avoir étreint de plus en plus ce dernier, on arrive à obtenir la séparation complète de l'hémorrhoïde, on constate qu'il ne s'écoule pas une seule goutte de sang.

Il était permis de penser que l'écrasement du pédicule de la tumeur se faisant dans l'espace en somme assez court de sept, huit, dix minutes, la condensation des tissus n'aurait sur l'écoulement du sang qu'un effet temporaire et que, les vaisseaux redevenant béants, ce mode opératoire exposerait à l'hémorrhagie. Mais l'expérience n'a nullement confirmé ces prévisions. Non-seulement il n'y a aucune hémorrhagie, mais les quelques gouttes de sang qui s'écoulent consécutivement à l'opération n'apparaissent que lors de la première selle. Que le bourrelet hémorrhoïdal ne donne pas de sang veineux, cela n'a rien de bien extraordinaire, parce que quelquefois le sang est coagulé par des inflammations antérieures dans les anses hémorrhoïdales; mais ce qui appartient en propre au procédé, c'est l'absence d'hémorrhagie artérielle, c'est l'absence d'hémorrhagie veineuse, même alors que les veines sont ouvertes dans des points où le sang se trouve à l'état liquide et en pleine circulation. D'ailleurs, à ceux qui objecteraient que si l'écrasement ne produit pas d'hémorrhagie, cette immunité est due peut-être à ce que le sang est coagulé dans les tumeurs que l'on divise, il suffirait de rappeler que, quand on ose couper avec le bistouri les tumeurs hémorrhoïdales, il survient des hémorrhagies terribles.

Il y a parfois, après l'emploi de l'écrasement linéaire, quelques douleurs analogues à celles que toute solution de continuité à l'anus, si petite qu'on la suppose, ne manquerait certainement pas de produire lors de la défécation.

La suppuration, quand elle existe, consiste en un suintement très-faible, une sorte d'humidité muqueuse, et aucun trouble ne s'observe dans les fonctions de l'opéré.

Les tumeurs hémorrhoïdales, considérées dans leur forme et dans l'étendue qu'elles occupent, offrent deux grandes divisions : les unes, qu'on peut appeler tumeurs hémorrhoïdales latérales, n'occupent que l'un des points du pourtour anal; les autres, que l'on peut nommer circulaires, forment un relief non interrompu tout autour de l'anus.

Les tumeurs hémorrhoïdales latérales peuvent se présenter à l'état simple, c'est-à-dire qu'il n'existe qu'un seul point de l'intestin sur lequel on voit se détacher une tumeur, ou bien à l'état multiple, quand plusieurs tumeurs qui ne se continuent pas entre elles naissent sur des points distincts de l'orifice intestinal.

Les tumeurs hémorrhoïdales annulaires peuvent être accompagnées d'un prolapsus plus ou moins considérable de la muqueuse du rectum.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 *août* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémie. — M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet à l'Académie un Mémoire de M. le docteur Barret, médecin des épidémies de l'arrondissement de Carpentras sur les modifications à introduire dans le tableau nosologique des décès annexés à la circulaire ministérielle du 24 septembre 1853. (Comm. des épidémies.)

Vaccine. — Etat de vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements du Rhône et de la Côte-d'Or. (Comm. de vaccination.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Forceps. — M. Moret, de Savenay, soumet à l'Académie un instrument qu'il désigne sous le nom de *pince-forceps* dont il a fait usage pour l'extraction d'un polype utérin et qui, suivant lui, pourrait servir à amener au dehors de la vulve la matrice elle-même dans le cas d'amputation de cet organe. (Comm. M. Depaul.)

Fièvres.—M. le docteur Orange, médecin à Saint-Eugène (Algérie) propose un nouveau traitement de la fièvre continue rémittente, intermittente, typhoïde, etc. (Comm. MM. Michel Lévy et Blache.)

Spedalsked. — M. le docteur Delioux, médecin en chef de l'hôpital de la marine à Brest, adresse un Mémoire intitulé : *De la spedalsked et de la radesyge,* maladies endémiques dans le nord de l'Europe. (Comm. MM. Rayer et Gibert.)

Eaux minérales. — M. le docteur Aulagnier, médecin de l'hôpital militaire de Sédan, adresse un travail ayant pour titre : *Recherches sur la glairine ou la barégine* des eaux minérales. (Comm. Chevallier, Caventou, H. Gaultier de Glaubry et I. Bourdon.)

Température animale. — M. João da Camara Leme, de Madère, adresse un Mémoire sur la température de l'homme et des animaux. (Comm. MM. Longet et Guérard.)

Embryotomie. — M. Depaul présente, au nom du professeur Fayl (?), un nouvel instrument devant être utilisé dans l'embryotomie, ainsi qu'un Mémoire donnant la description du procédé nouveau que cet accoucheur met en usage dans les cas de présentation anormale ou de vices du bassin. Sans préjuger de l'utilité de cet instrument, le savant académicien fait remarquer les avantages qu'il offre déjà sur le forceps-scie de Van Huevel, lequel est plus compliqué, plus cher et dont le maniement est aussi plus compliqué.

LECTURE DE RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robiquet lit une série de rapports sur les remèdes secrets dont les conclusions négatives sont adoptées.

Cancer de la face. — M. Bégin donne lecture d'un rapport sur un Mémoire intitulé : *Du cancer de la face et du traitement qu'il convient de lui appliquer,* par M. le docteur Chapel, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo.

M. Bégin rappelle brièvement la discussion récente qui a été soulevée au sein de l'Académie, sur la curabilité du cancer et de laquelle résulte, dit-il, la confirmation du principe, depuis longtemps consacré dans la pratique, à savoir que, toute réserve étant faite

quant aux moyens à employer, la condition la plus assurée de la guérison du cancer consiste dans la destruction, là où ils se manifestent, des altérations morbides qui le constituent.

Tout le monde est d'accord qu'il faut, avant tout, enlever le tissu pathologique de l'économie; mais les cancers profonds ne sauraient être attaqués par les caustiques, selon la plupart des chirurgiens; pour les cancroïdes ou les ulcérations épithéliales, on peut les attaquer indifféremment par ces agents et par l'instrument tranchant.

M. Chapel a étayé sa prédilection pour l'instrument tranchant, de raisonnements et de considérations qui ont une valeur réelle, mais qui ne constituent pas le véritable intérêt que présente son Mémoire.

Il rapporte huit observations de cancroïdes des lèvres ou du nez, traités par les caustiques et par l'ablation.

Parmi les causes les plus fréquentes du cancer des lèvres, l'auteur cite l'action irritante du tabac, mais surtout la chaleur, souvent très-forte, des tuyaux de pipe, de ces pipes en terre dont les tuyaux sont très-courts et qui sont d'un usage si répandu.

Des faits recueillis par M. Chapel, d'une multitude d'autres consignés dans la séance, le rapporteur conclut que dans les cas de cancroïde, les caustiques, lorsqu'ils ne guérissent pas, irritent toujours, exaspèrent le mal et précipitent ses progrès. Que l'ablation, au contraire, lorsqu'elle doit être suivie de récidives, a l'avantage du moins, dans la majorité des cas, de procurer un soulagement immédiat et une guérison temporaire plus ou moins prolongée.

Le travail de M. Chapel manque sur plusieurs points de détails d'une assez grande importance. Ainsi on n'y trouve aucune indication des caustiques solides ou liquides employés, et dont les effets n'ont été que désastreux. Le rapporteur signale ces lacunes et pense qu'elles sont surtout à regretter en ce moment où se font, dans un des plus grands hôpitaux de Paris, des expériences analogues dont les résultats n'ont pas encore transpiré.

Les conclusions du Mémoire de M. Chapel sont :

1° Que les caustiques doivent être rejetés du traitement chirurgical du cancroïde;

2° Que l'opération à l'aide de l'instrument tranchant est, *sous tous les rapports*, préférable;

3° Que cette opération doit être pratiquée aussitôt que la nature du mal est connue, en ayant le soin de faire agir l'instrument assez loin dans les tissus sains pour que toutes les expansions cancroïdales soient certainement comprises dans la portion enlevée;

4° Que si, après l'excision, quelque récidive sur place ou dans les ganglions voisins se manifeste, il est *important* d'attaquer sans retard le mal et de se conduire comme dans le cas où il est primitif.

M. Bégin termine son rapport en proposant à l'Académie d'adresser à M. Chapel une lettre de remerciement, et de déposer honorablement son travail dans les archives.

Les conclusions sont adoptées.

M. Collineau lit un rapport sur un travail qui a pour titre : *Des lois de la nature pour fournir les principes d'hygiène matérielle, physique et morale*, par M. Coinze, ancien agriculteur.

Les idées émises dans ce travail sont tellement en dehors de la science, qu'il paraît impossible d'en faire un rapport.

LECTURE DE MÉMOIRES.

Hypertrophie du cœur.

M. Brachet, de Lyon, lit des observations *sur l'emploi thérapeutique du sucre de saturne contre l'hypertrophie du cœur.*

L'auteur rappelle la série des remèdes employés contre cette maladie, dont l'issue est si souvent fatale; ce n'est qu'après avoir eu quelques succès contre l'anévrisme, à l'aide du sucre de saturne, qu'il ose appeler l'attention de ses collègues sur cet agent thérapeutique. Le sel de plomb a été toujours employé sous la même forme et de la manière suivante :

Prenez : Sous-acétate de plomb cristallisé. 2 grammes
Extrait de digitale............ 1 —

Mêlez et faites 20 pilules. Le malade en prend jusqu'à 3 le matin et le soir.

L'auteur ne rapporte que trois observations, quoiqu'il en possède un grand nombre qui lui permettent de déclarer que le moyen qu'il propose n'est pas infaillible, que dans les anciens anévrismes surtout il n'obtient pas plus qu'avec d'autres, mais, que dans les cas récents, il en obtient des avantages réels. L'auteur, tout en confessant son ignorance sur le mode d'action du sucre de saturne, pense cependant qu'il détermine une sorte *d'astringence* qui favorise le resserrement et la crispation des capillaires de l'organe, et qu'il détermine ainsi l'absorption des molécules hypertrophiques. Le sucre de saturne aurait une action élective et spéciale sur le cœur, d'après les recherches de M. Brachet, action qui serait analogue à celle du curare sur l'appareil cérébro-spécial, du mercure sur l'appareil salivaire, des cantharides sur la vessie et des diurétiques sur les reins.

M. Robert fait remarquer tout d'abord que le sous-acétate de plomb cristallisé a déjà été employé par Dupuytren contre les anévrismes des gros vaisseaux; que ce chirurgien n'y a même eu recours que sur la recommandation d'un médecin allemand qui suivait ses visites (1), et qu'il est resté douteux pour lui que ce sel de plomb ait produit un avantage réel. M. Robert ne trouve pas assez de précision dans les observations de M. Brachet; les caractères de l'hypertrophie lui paraissent indiqués d'une manière insuffisante pour qu'on ne soit pas tenté de rapporter ces faits à de simples névroses du cœur contre lesquelles le repos et la diète ont agi plus que le sucre de plomb.

M. Brachet ne préconise pas ce sel de plomb contre les anévrismes des grosses artères, il ne le croit au contraire utile que dans les cas récents d'hypertrophie du cœur, dont il a donné les caractères, autant que faire se peut, dans de pareilles affections.

Kyste thoracique. — M. Vigla lit un Mémoire qui a pour titre : *Relation d'un cas de kyste hydatique intra-thoracique guéri par la ponction, suivie d'un injection iodée.* (*Voir plus haut.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La souscription, pour le buste de Pinel, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, paraît devoir se remplir, malgré les préoccupations du moment, avec une rapidité qu'on n'osait espérer. Deux noms qu'on trouve toujours au premier rang quand il s'agit de généreuses inspirations, MM. Rostan et Voisin ont souscrit chacun pour 100 francs; le premier de ces honorables académiciens, qui est en vacances, n'a pas même voulu attendre son retour pour s'associer à la bonne pensée qu'a eue M. le secrétaire perpétuel de l'Académie, et il a envoyé sa souscription de Marseille.

— On sait combien nous sommes curieux, même avec nos amis. En voici une nouvelle preuve. L'Académie a reçu hier en hommage plusieurs publications allemandes, et notamment une brochure homœopathique, qui paraît avoir été accueillie par le bureau sans aucune difficulté. Voici la question que la réception nous engage à poser au bureau de l'Académie :

Est-ce que l'homœopathie serait moins hérétique et moins digne de proscription en allemand qu'en français? ou bien l'allemand aurait-il le privilége du latin, et pourrait-il, non-seulement dans les mots, mais dans les doctrines, braver l'honnêteté? Nous attendons l'avis de M. le président de l'Académie pour nous prononcer à cet égard.

— Par décret du 8 août 1855, l'Empereur a confirmé les nominations faites par le général en chef de l'armée d'Orient, en faveur des médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Boudier, médecin major de 1re classe. — *Au grade de Chevalier* : MM. Cassard, médecin aide-major de 1re classe; Campardon, médecin aide-major de 1re classe.

Par décrets impériaux en date du 11 août, rendus sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers : MM. Parchappe, inspecteur général de première classe des établissements d'aliénés; Vée, inspecteur de l'administration générale de l'assistance publique.

Chevaliers : MM. Dubois, médecin du bureau de bienfaisance du 8e arrondissement de Paris; Pétrequin, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (Rhône); Voillemier, médecin en chef de l'hôpital général de Senlis (Oise).

(1) C'est Koref qui a employé le sucre de saturne contre les affections du cœur et les anévrismes du gros vaisseaux; mais Scarpa déjà l'avait associé, dans des circonstances semblables, aux émissions sanguines, et administré aux doses de 5 centigrammes, jusqu'à 2 grammes par jour, comme tonique antiphlogistique. (*Note du rédacteur.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 101. 3e année. Vendredi 24 Aout 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales,

Par M. CHASSAIGNAC,

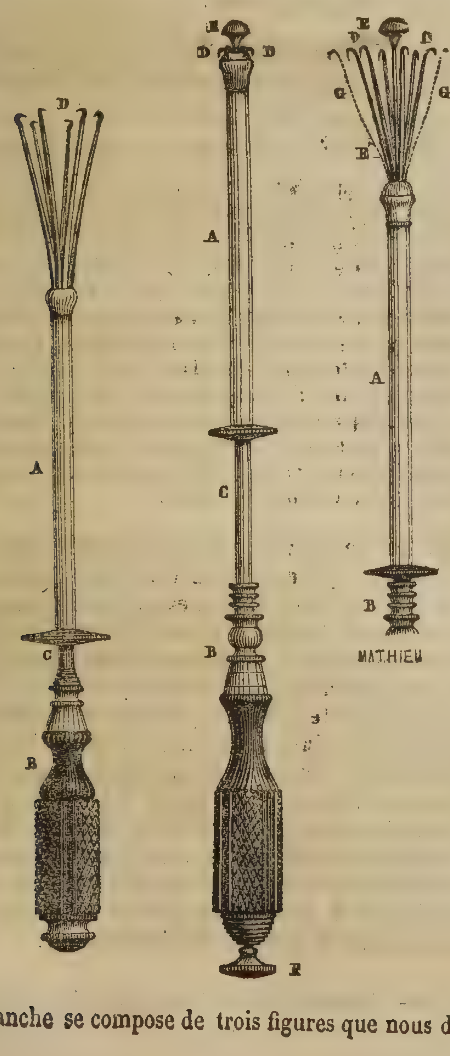
Chirurgien de l'hôpital La Riboisière.

Nous avons déjà indiqué le mode opératoire à employer dans ces diverses circonstances. Mais il est un genre d'opération dont j'ai fait plusieurs fois l'application aux bourrelets hémorrhoïdaux complétement circulaires. Voici en quoi consiste ce mode opératoire :

Je fais pénétrer à l'intérieur de l'intestin l'érigne à six branches que j'ai fait construire pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. L'érigne, une fois entrée, est déployée fortement et accroche sur tout le pourtour de l'intestin le bourrelet hémorrhoïdal. Celui-ci est fortement amené au dehors. Plus on l'attire à soi, plus il tend à former un pédicule sur lequel on applique une ligature en masse. Après quoi l'on fait agir sur la partie pédiculée la chaîne de l'écraseur linéaire, de sorte qu'on opère la séparation en une seule fois.

L'érigne dont je viens de parler n'ayant encore été décrite nulle part, ni représentée dans ses détails de construction, j'ai cru utile d'en placer ici le dessin, afin que le lecteur puisse juger d'un coup d'œil le mécanisme de cet instrument.

Dans le cas où la masse du bourrelet paraîtrait trop considérable, on peut, au moyen de fils passés avec des aiguilles,



Cette planche se compose de trois figures que nous distinguerons, en procédant de gauche à droite, par les dénominations de fig. 1, fig. 2, fig. 3.

La figure 1 représente un système d'érignes multiples convergentes.

L'instrument se compose d'une canule renfermant dans son intérieur une tige qui se divise à l'une de ses extrémités en six crochets convergents. — Ces crochets tendent à se déployer et à s'écarter les uns des autres quand on fait sortir de l'intérieur de la canule l'extrémité de la tige porte-érigne. Si, au contraire, on retire vers l'intérieur de la canule l'extrémité de cette tige, les crochets sont ramenés les uns vers les autres et tendent à saisir solidement les objets reçus dans l'espèce d'infundibulum à jour que représente l'épanouissement des érignes.

La lettre D de la fig. 1 représente les six érignes sorties de la canule centrale. — A, indique la gaîne de l'instrument. — B, le manche de celui-ci, et C, le relief circulaire au moyen duquel on fait mouvoir la gaîne pour fermer ou pour ouvrir l'instrument.

La fig. 3 représente l'érigne multiple à crochets divergents. — Le mode d'action de cette érigne est le contre-pied de celui qui appartient à l'érigne de la fig. 1. — En effet, dans l'érigne de la fig. 1, c'est l'objet à saisir qui doit s'engager à l'intérieur des érignes, tandis qu'avec l'érigne de la fig. 3, c'est l'érigne elle-même qui entre dans l'intérieur de l'objet à accrocher.

La fig. 3 et la fig. 2 représentent l'érigne à crochets divergents ; la fig. 3 représente l'instrument ouvert, la fig. 2 le représente fermé. — L'indication des diverses parties de ces figures complétera les explications.

Détails de la fig. 2. — A, indique la gaîne de l'instrument. — B, indique l'articulation du manche avec la tige porte-érigne. — C, D D, indiquent les crochets divergents ramenés contre l'extrémité de la gaîne. — F, représente une petite virole servant à retenir la tige centrale portant le bouton E.

Détail de la fig. 3. — A, indique la gaîne de l'instrument. — B, l'articulation du manche avec la tige porte-érigne. — E, le bouton terminal de la tige centrale. — D D, les crochets multiples à l'état de divergence. — G G, indiquent la position des érignes dans leur écartement le plus extrême.

subdiviser le bourrelet total en deux ou même en trois segments que l'on pédiculise d'une manière isolée. Dans ce dernier cas, on est obligé, lorsqu'on n'a pas un nombre suffisant d'écraseurs, d'opérer successivement sur chacun des pédicules, ce qui augmente la durée de l'opération.

Nous avons à signaler un point très-important relatif aux suites de l'ablation en un seul temps de la totalité des bourrelets hémorrhoïdaux circulaires. Nous voulons parler du travail adhésif cicatriciel qui, chez certains sujets, s'établit immédiatement après l'opération à un degré suffisant pour produire l'occlusion immédiate de l'orifice anal, occlusion facile, il est vrai, à prévenir, mais qui, pour être évitée, exige certaines précautions que le chirurgien doit connaître.

Parmi les observations qui vont être rapportées, il en est deux, celle de madame Horry et celle relative au nommé Rouzé, qui prouvent que la section d'un bourrelet hémorrhoïdal peut être suivie d'une adhésion complète avec oblitération positive de l'extrémité inférieure du rectum. Cette adhésion a des inconvénients. En effet elle détermine la rétention complète des gaz et des matières fécales. Il résulte de là que quand, pour faire cesser cette oblitération, on vient avec le doigt chercher à refaire l'orifice oblitéré pour remédier aux phénomènes de rétention fécale, on est exposé à produire des déchirures qui peuvent avoir des suites fâcheuses. En conséquence, il faut prévenir l'adhésion intempestive des parois du rectum. Quel est le meilleur moyen à employer dans ce but?

On peut, ou bien immédiatement après l'opération établir une mèche, ou bien ne la mettre qu'au bout de vingt-quatre heures, ou enfin diviser le bourrelet de manière à écraser chaque moitié séparément.

Le placement d'une mèche immédiatement après l'opération peut avoir l'inconvénient de décoller des parois vasculaires qui viennent d'être adossées entre elles il n'y a qu'un instant, et ce décollement peut avoir pour conséquence une hémorrhagie.

Mettre la mèche au bout de vingt-quatre heures expose moins à l'hémorrhagie, et comme les adhérences sont très-récentes, on peut les décoller sans violence. Ce dernier parti me semblerait assez proposable. L'expérience peut seule nous éclairer à ce sujet.

Mais qu'on arrive au but, soit par le placement immédiat de la mèche, soit par son placement au bout de vingt-quatre heures, soit par l'opération faite en deux moitiés, ce qu'il y a de certain, c'est que la précaution dont nous parlons doit être prise sous peine de voir survenir des accidents.

Nous avons dû à la méthode de l'écrasement linéaire de pouvoir étudier la structure intime des tumeurs hémorrhoïdales, ce qu'il est tout à fait impossible de faire quand on opère par la cautérisation. On trouvera dans une très-bonne observation de M. Eugène Nélaton quelques détails fort exacts et fort intéressants sur la structure intime de la tumeur enlevée chez la dame Horry. La tumeur, par ce mode opératoire, se présente dans des conditions qui facilitent l'étude, par la raison qu'elle est comme une pièce d'anatomie pathologique qui viendrait d'être recueillie par la main d'un anatomiste soigneux.

Parmi de nombreuses observations, nous rapporterons les cas suivants, comme exemples de tumeurs hémorrhoïdales latérales extirpées par écrasement linéaire. Nous devons rappeler que dans aucun cas, sans exception, nous n'avons eu d'exemple d'hémorrhagie.

Observation première. — *Tumeur hémorrhoïdale latérale. — Pédiculisation. — Ablation par écrasement linéaire. — Guérison complète.*

Boulanger François, trente-quatre ans, cordonnier, rue Popincourt, 34, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 6 septembre 1853. Les hémorrhoïdes chez ce malade forment à l'extérieur une tumeur d'un volume d'une noix. Elles ont donné lieu la veille à une hémorrhagie abondante. Depuis longtemps, le malade était fortement incommodé par ces hémorrhoïdes; il ne pouvait marcher que très difficilement; il ne s'asseyait qu'à grand'peine; son travail était souvent interrompu par cette infirmité; c'est, du reste, un homme d'une bonne constitution, et chez lequel on ne constate, après un examen attentif, l'existence d'aucune maladie chronique ou constitutionnelle; il accepte de très-bonne volonté l'opération qu'on lui propose pour le débarrasser de sa tumeur.

Cette opération est pratiquée d'après la méthode que nous avons décrite et dont il est inutile de reproduire ici les détails. Nous dirons seulement que la tumeur fut pédiculisée par le procédé que nous employons pour les hémorrhoïdes latérales. L'appareil mis en place, la constriction se fit graduellement et avec des temps de repos. On obtint ainsi le détachement de l'hémorrhoïde.

Le lendemain de l'opération, il y eut une selle facile, mais suivie de douleurs très-vives, et qui durèrent environ deux heures.

Quatre jours après, seconde selle également facile; les douleurs sont moins fortes, mais persistent un peu plus longtemps.

Le cinquième jour à dater de celui de l'opération, il ne s'est manifesté ni hémorrhagie, ni apparence d'inflammation. La petite plaie, qu'on a saupoudrée tout simplement avec la poudre d'amidon, est presque cicatrisée; le malade repose parfaitement toutes les nuits. Nous le considérons comme étant à l'abri de tout danger.

Le 14 septembre, il sort parfaitement guéri.

Quoique la tumeur hémorrhoïdale eût le volume d'une noix, on voit quelle a été l'extrême simplicité des suites de l'opération. Rien, absolument rien, du côté des voies urinaires, selles très-faciles, quoique la première eût été suivie de quelques douleurs; cicatrisation presque complète vers le cinquième jour. Que l'on compare de pareils faits à ceux de la cautérisation, sous quelque forme qu'elle soit employée, et l'on verra, d'après le simple récit des observations, quels sont les avantages de l'écrasement linéaire.

Dans l'observation suivante, les résultats sont encore plus décisifs, puisque, dès le troisième jour, le malade quitte l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

Observation II. — *Tumeur hémorrhoïdale latérale. — Ablation par écrasement linéaire. — Guérison au bout de trois jours.*

Philippe Claude, cinquante ans, porteur d'eau, rue du faubourg Saint-Antoine, 224, est entré le 25 décembre 1853 à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme était affecté depuis très-longtemps de tumeurs hémorrhoïdales qui n'avaient jamais donné lieu à aucun écoulement de sang et n'étaient sorties que depuis quinze jours.

L'opération est proposée et acceptée. La tumeur, qui présente le volume d'une petite noix, est pédiculisée à l'aide d'un fil qui sert en même temps à l'attirer au dehors. Elle est engagée dans l'anse de la chaîne qui la serre graduellement et l'étrangle bientôt à sa base; la constriction augmentant toujours, les tissus sont écrasés; de temps en temps on suspend l'action; la tumeur est enfin séparée.

Pas une goutte de sang ne s'est écoulée pendant ni après l'opération. La douleur a été assez vive, mais pourtant très-supportable.

Trois jours après, le malade n'ayant éprouvé aucune incommodité à la suite de l'opération, demande sa sortie.

L'observation qui va suivre, et dans laquelle l'écrasement de la tumeur hémorrhoïdale a été effectué dans l'espace d'une minute, offre un exemple que nous n'engagerions pas à imiter. Nous croyons qu'il faut toujours se soumettre à la règle que nous avons adoptée à l'égard des tumeurs vasculeuses, et qui consiste à ne faire marcher l'instrument que dans la proportion d'un quart de minute pour chaque cran de la crémaillère. Nous n'avons pas été conduit à conseiller l'application de cette règle par la crainte des hémorrhagies, puisque nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer ce genre d'accident à la suite d'aucune de nos opérations par écrasement linéaire; mais nous croyons qu'une mesure uniforme est utile pour la pratique, en ce sens qu'elle exclut l'arbitraire et qu'elle évite au praticien l'embarras de décider si, pour tel ou tel cas en particulier, il accélérera ou retardera la marche de l'instrument.

Observation III. — *Tumeurs hémorrhoïdales latérales pédiculées.* —

Ablation par l'écrasement linéaire. — Guérison au bout de dix jours.

Bouillon Joseph, soixante-dix-huit ans, garçon boulanger, entre le 13 janvier 1853 à l'hôpital Saint-Antoine.

Ancien militaire; constitution robuste; depuis quatre ans, il s'est aperçu qu'il avait à l'anus de petites tumeurs qui lui faisaient, après chaque selle, éprouver de la cuisson; de plus, la défécation s'est accompagnée, depuis quatre mois, d'un suintement sanguin plus ou moins abondant. L'anus examiné présente effectivement deux tumeurs rouges pédiculées, du volume d'une petite pomme, et qui font saillie au dehors.

On procède à leur ablation, le 14 janvier, par la méthode de l'écrasement linéaire; les tumeurs sont embrassées chacune par une ligature de fil ciré; puis, le long des quatre bouts de fil réunis, on fait glisser l'anneau formé par la chaîne de l'instrument; on serre peu à peu les deux tumeurs avec cette chaîne, de manière que l'excision complète soit faite au bout d'une minute; il s'écoule à peine deux ou trois gouttes de sang.

Le 16, aucun accident n'est survenu; point de douleurs; sommeil bon; on panse avec de l'amadou.

Le 23, la cicatrisation de la petite plaie est complète.

Le 28, le malade sort guéri.

Observation IV. — *Tumeur hémorrhoïdale latérale. — Ablation par écrasement linéaire. — Guérison quinze jours après l'opération.*

Le 14 mars 1854, est entré à l'hôpital Lariboisière le nommé Marchand, manouvrier, cinquante-sept ans, demeurant rue de la Chapelle, 2.

Ce malade dit avoir été opéré, il y a quelque temps, de fistules anales par M. Nélaton. Il entre dans nos salles avec une tumeur hémorrhoïdale de la grosseur d'une petite noix, tumeur située à la partie latérale gauche du pourtour de l'anus.

Le 20 mars, on procède à l'ablation de la tumeur par la méthode de l'écrasement linéaire; l'opération est accomplie dans l'espace de huit minutes; issue d'une très-petite quantité de sang qu'on arrête au moyen d'un tampon d'amadou.

Les jours suivants, la plaie présente un bon aspect et ne fournit qu'une médiocre quantité de pus; on la touche tous les matins avec la solution de nitrate d'argent.

Le 6 avril, il n'est survenu aucune espèce d'accident depuis l'opération; cicatrisation complète de la petite plaie; le malade sort guéri.

Les observations que nous venons de rapporter présentent la maladie dans ses formes les plus simples. Elles offrent, eu égard à l'exécution de l'opération et dans ses résultats, une telle uniformité, que le lecteur ne pourrait supporter la monotonie qu'entraînerait la reproduction d'un plus grand nombre de faits analogues. Toutefois, comme dans l'observation suivante nous aurons à relever quelques circonstances particulières, nous la rapporterons avant de terminer ce que nous avons à dire des hémorrhoïdes latérales.

Observation V. — *Tumeur hémorrhoïdale latérale compliquée d'accidents syphilitiques inoculables. — Guérison préalable de ces accidents. — Opération par écrasement. — Guérison de la tumeur hémorrhoïdale.*

Le 23 décembre 1853, la nommée Rossette, lingère, rue de Londres, 15, est entrée à l'hôpital La Riboisière. Cette femme eut, en 1849, un flux hémorrhoïdal sans tumeur ni douleur, puis resta cinq ans sans rien ressentir. Au mois de décembre dernier, survint à l'anus une tumeur hémorrhoïdale très-douloureuse; mais, cette fois, sans écoulement sanguin. Cet état dura environ trois semaines. Pour calmer les douleurs, un médecin de la ville fit appliquer des sangsues au pourtour de l'anus; mais soit que les sangsues eussent déjà servi sur un individu malsain, soit par toute autre cause, plusieurs des piqûres s'ulcérèrent et prirent un mauvais aspect.

C'est dans cet état que la malade entra dans nos salles; elle ne paraît offrir aucun antécédent syphilitique. Les tumeurs hémorrhoïdales sont flétries, peu volumineuses, disposées en deux groupes latéraux occupant les bords de l'anus, et formés chacun de deux à trois petites bosselures de la grosseur d'un pois.

Avant d'enlever ces tumeurs, on voulut s'assurer de la nature spécifique des ulcérations grisâtres qui bordaient l'anus. Pour cela, on pratiqua sur la face interne de la cuisse gauche une inoculation qui fut bientôt suivie d'une pustule, puis d'une ulcération caractéristique. Dès lors, l'opération fut ajournée, et la malade soumise à un traitement général. 2 pilules de Sédillot; cautérisation quotidienne des ulcères avec la solution de nitrate d'argent.

Le 2 février, on applique l'écraseur sur un seul groupe de tumeurs hémorrhoïdales, celui du côté gauche, après l'avoir pédiculisé à l'aide d'une ligature. L'instrument est mis en jeu et serré d'un cran toutes les quinze secondes. La tumeur se trouve détachée dans l'espace de dix minutes environ. Il ne s'écoule que quelques gouttes de sang.

La malade, qui avait été préalablement endormie, éprouve si peu de douleur après l'opération, qu'elle témoigne le désir de retourner à pied à son lit, ce qui, du reste, ne lui est point accordé. Pansement avec rondelles d'amadou, compresses, bandage en T.

Le 3 février, la malade a éprouvé de petites douleurs pendant une heure ou deux après l'opération; puis, à partir de ce moment, indolence complète. Le pansement est laissé en place.

Le 4, la malade va à la selle et souffre beaucoup, mais la douleur se calme ensuite complétement.

Le 8, la petite plaie, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, tend à se cicatriser; point de douleur, si ce n'est au moment des selles; santé générale excellente; appétit.

Le 19, la cicatrisation est presque achevée; douleurs à peu près nulles. On procède à l'ablation du second groupe de tumeurs. Celles-ci sont détachées en cinq ou six minutes par le même procédé que la première fois, et sans plus d'écoulement sanguin. Il faut dire cependant qu'une demi-heure environ après l'opération, la malade commença à ressentir des douleurs assez intenses qui persistèrent pendant trois ou quatre heures.

Le 20, les selles ne sont plus douloureuses. La nuit s'est bien passée.

Le 21 et jours suivants, même indolence de l'anus. Santé générale parfaite.

Le 1er mars, l'état général et local étant toujours excellent, la malade sort de l'hôpital, bien qu'il reste encore une petite plaie de la largeur d'une lentille, et un simple sentiment de pesanteur au fondement pendant une ou deux heures après chaque selle.

Dans l'observation précédente, que je dois à l'obligeance de M. Eugène Nélaton, interne des hôpitaux, les tumeurs hémorrhoïdales furent compliquées d'accidents syphilitiques dont on dut obtenir la guérison avant d'opérer. Si l'on eût adopté une autre marche, il n'est guère douteux que la plaie faite par l'opération ne se fût inoculée au voisinage des piqûres chancreuses qui avaient succédé à une application de sangsues et qui donnèrent un résultat positif lors de l'inoculation explorative pratiquée sur la cuisse.

Cet incident ayant été écarté, l'opération fut pratiquée en deux fois, parce que, la division bilatérale du bourrelet étant parfaitement dessinée, il était inutile d'enlever un anneau complétement circulaire de la muqueuse et de la peau. Toutefois, nous ferons remarquer que, dans les cas de ce genre, nous pratiquons les deux opérations dans une même séance, ce qui abrége de moitié le temps qu'exige la guérison. C'est même là l'une des supériorités de l'écrasement linéaire sur d'autres méthodes dans lesquelles on attaque en plusieurs fois les bourrelets hémorrhoïdaux volumineux, de telle sorte que le malade doit subir un traitement long, dès lors très-pénible, et reste quelquefois six mois, une année même, sans pouvoir se considérer comme guéri, tandis qu'avec notre méthode, et sans courir aucun danger, il obtient sa guérison par une seule opération.

Les observations qui vont suivre se rapportent toutes à des hémorrhoïdes formant bourrelet circulaire et volumineux, accompagnées, pour plusieurs d'entre elles, de procidence plus ou moins notable de la muqueuse rectale. Chez quelques-uns des sujets, l'âge avancé, le déplorable état de la constitution, auraient été loin de faire prévoir une terminaison heureuse, et il est très-douteux que tout autre genre d'opération eût pu réussir dans des conditions aussi défavorables.

Avant de faire connaître les observations que nous possédons, et qui constituent la partie fondamentale et tout à fait

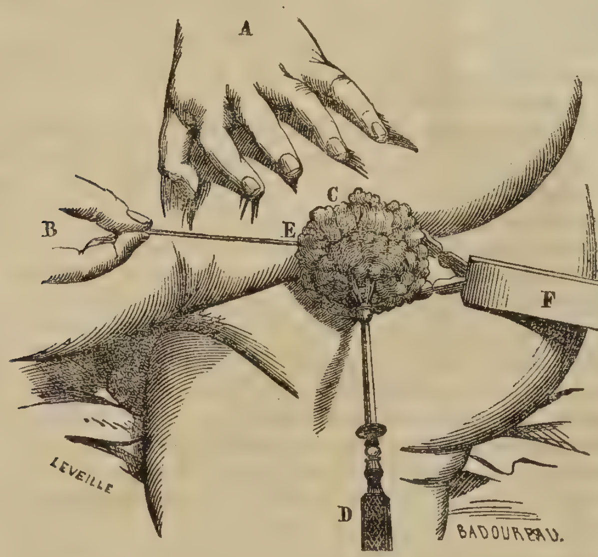
importante de ce travail, nous rappellerons brièvement la description du procédé opératoire qui a été employé.

Le malade, préalablement amené à l'état de tolérance anesthésique avec les précautions que nous avons indiquées dans nos recherches cliniques sur le chloroforme, est placé dans le décubitus latéral droit tournant le dos au chirurgien.

Celui-ci, armé de l'érigne divergente à six branches, érigne qu'il tient fermée, la fait pénétrer dans le centre du bourrelet hémorrhoïdal. Il ramène à lui la canule pour que l'écartement des branches de l'érigne puisse s'effectuer librement, et, afin de rendre cet écartement plus complet et plus stable, il exerce une traction sur la tige centrale de l'instrument, et par conséquent sur le bouton par lequel cette tige se termine. Une fois l'érigne bien implantée, ce que l'on reconnaît au moyen d'une traction modérée, puis un peu plus forte, on fait jeter par un aide un anse de fil, qui a pour objet d'embrasser circulairement à sa base la tumeur hémorrhoïdale tout entière, afin de la pédiculiser. Cette anse de fil peut être serrée directement par un double nœud, ou bien par l'emploi d'une canule à serre-nœud ordinaire.

Aussitôt que cette ligature a été serrée, on met en place, sur le pédicule qui vient d'être formé, la chaîne de l'écraseur. Après quoi l'on met l'instrument en jeu, d'après les règles formulées ailleurs, jusqu'à séparation complète de la tumeur hémorrhoïdale.

Nous devons dire maintenant, et ce point est d'une grande importance dans l'évaluation comparative de la méthode de l'écrasement et de celle des cautérisations potentielles ou actuelles, qu'aucun des sujets que nous avons opérés n'a présenté la moindre suite fâcheuse dans les fonctions de la défécation. Mais nous ne disons pas, cela est bien entendu, que, dans les temps qui ont suivi l'opération, l'émission des matières fécales n'ait pas été douloureuse. Nous reconnaissons même que chez quelques malades, il a été utile de placer une mèche. Mais, à part cette seule précaution, aucun des sujets opérés n'a conservé, à la suite de son traitement, ces cicatrices douloureuses et résistantes qui succèdent à la destruction des tumeurs hémorrhoïdales par la cautérisation. Aucun n'a jamais eu besoin d'un traitement ultérieur relatif à des difficultés quelconques de la défécation.



La planche représente le procédé opératoire pour l'amputation d'un bourrelet hémorrhoïdal complétement annulaire par la méthode de l'écrasement. — La lettre C indique la tumeur hémorrhoïdale. — D, l'érigne multiple divergente, implantée au centre de la tumeur et la ramenant au dehors. — E, indique la ligature préable employée dans le but de pédiculiser la tumeur. — B, indique celle des mains de l'aide qui tient les deux chefs de la ligature préalable. — A, la main gauche du même aide, main qui relève la fesse gauche du malade pour mettre la tumeur en évidence. — F, l'écraseur dont on voit la chaîne engagée sur le pédicule de la tumeur hémorrhoïdale.

Observation 6e.—*Tumeurs hémorrhoïdales circulaires avec chute du rectum. — Emploi de l'érigne multiple. — Ablation des bourrelets hémorrhoïdaux par écrasement linéaire. — Guérison au bout de quelques jours.*

Léon Peigné, quarante-cinq ans, courtier en librairie, entre le 12 octobre 1854, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, 22. A l'âge de quinze ans, il eut une blennorrhagie qui, mal soignée, dura cinq ou six ans. Un an après, il fut atteint de quelques accidents secondaires, tels que roséole, plaques muqueuses, accidents pour lesquels il entra à l'hôpital Saint-Louis. En sortant de cet hôpital, le malade fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, et quelques années plus tard, il aurait fait deux fluxions de poitrine.

Léon Peigné entre en ce moment dans nos salles pour se faire traiter d'un bourrelet hémorrhoïdal avec chute du rectum. Son père était hémorrhoïdaire. Il semble lui-même être sous l'influence d'une espèce de diathèse variqueuse; car il présente un varicocèle à gauche, et des varices peletonnées et volumineuses aux jambes et aux cuisses. Il a, de plus, une hernie inguinale gauche qui date de dix ans; à droite, une petite tumeur herniaire qui paraît due à une éventration de la paroi abdominale. Un double bandage maintient ces hernies.

Le malade fait remonter l'apparition de ses hémorrhoïdes à l'âge de quatorze ans. Très-longtemps stationnaires, ces tumeurs auraient acquis depuis dix ans un volume plus considérable; mais depuis cinq ans, elles sont devenues, à des intervalles irréguliers et surtout dans les temps chauds, le siége d'hémorrhagies d'ailleurs peu intenses et se manifestant principalement au moment de la défécation. L'écoulement sanguin n'a jamais été précédé ni accompagné de phénomènes généraux. Il n'y a pas habituellement de constipation.

Il y a environ deux mois, le malade, étant resté plusieurs jours sans aller à la selle, s'adressa à un médecin qui lui conseilla une bouteille d'eau de Sedlitz. Une débâcle abondante s'ensuivit. C'est à cette époque, au dire du malade, qu'il y aurait eu pour la première fois sortie de la muqueuse du rectum.

La procidence du rectum et les tumeurs hémorrhoïdales n'ont fait que s'accroître à dater de ce moment, et voici dans quel état nous le trouvons aujourd'hui.

Quand on invite le malade à pousser comme pour aller à la selle, on voit sortir, à l'orifice anal, un énorme bourrelet muqueux formé par une portion de la muqueuse du rectum et par des tumeurs hémorrhoïdales. Considéré dans son ensemble, ce bourrelet offre l'aspect d'une masse rouge, irrégulière, sineuse, constituée par une série de bosselures et de dépressions; saillante de 3 centimètres environ hors de l'anus.

Si maintenant on examine cette masse dans ses détails, elle paraît formée de deux tumeurs circulaires concentriques à l'anus. La portion interne, qui n'est autre chose que l'intestin hernié, a la forme d'une collerette charnue, mollasse, mais lisse, uniforme, et se continuant directement à l'intérieur avec la muqueuse rectale. D'une autre part, sur la face externe du bourrelet, se détachent trois tumeurs isolées qui constituent la tumeur la plus excentrique. Ces tumeurs ne sont autre chose que des hémorrhoïdes qui présentent une coloration d'un rouge violacé, sont résistantes, ovalaires et assez sensibles au toucher, tandis qu'on peut presser et manier impunément la partie centrale.

Dans l'état de repos, ces tumeurs offrent un développement beaucoup moins considérable. Cependant le malade ne peut les faire rentrer complétement, excepté au bain. Sous l'influence des hémorrhagies répétées dont nous avons parlé, la constitution du malade s'est profondément débilitée. Il a perdu ses forces, et aujourd'hui il se présente à nous pâle, défait, les traits altérés et les membres inférieurs notablement œdématiés. En outre, son moral est vivement affecté, et il réclame comme une grâce l'opération qui le débarrassera de ses tumeurs anales. Les fonctions digestives et respiratoires paraissent intactes, mais la marche occasionne de l'anhélation et des palpitations. L'auscultation du cœur ne fait constater qu'une grande irrégularité dans les battements. Point de bruit de souffle.

On se décide à enlever le bourrelet recto-hémorrhoïdal à l'aide de l'écrasement linéaire, et dès le lendemain de son entrée, le malade est soumis à l'usage de l'alcoolature d'aconit.

Le 15 octobre, on procède à l'opération en présence de M. Paul Guersant et de plusieurs autres confrères. Un lavement a été administré dans la matinée.

Le malade ayant été préalablement assoupi au chloroforme, on introduit dans l'anus l'érigne à ravivement, et, en tirant à soi le bouton qui termine la tige de l'instrument, on amène au dehors la muqueuse du rectum et les tumeurs hémorrhoïdales. Un aide em-

brasse la tumeur à sa base avec un fil ciré. Le bourrelet est ainsi pédiculisé au moyen de cette ligature. On circonscrit alors le pédicule avec la chaîne de l'écraseur. On met en jeu la crémaillère de l'appareil en avançant d'un cran toutes les quinze secondes, et au bout de dix minutes, la section est opérée. L'extirpation faite, il s'écoule à peine quelques gouttes de sang. La plaie est très-nette, régulière, et semble avoir été produite comme par l'instrument tranchant. Le pansement consiste dans une application de fragments d'agaric, formant une pyramide dont la base est soutenue par un grand nombre de compresses longuettes, que l'on fixe en avant et en arrière à un bandage de corps. Potion calmante.

Quelques douleurs se sont manifestées après l'opération, mais elles n'ont pas duré plus d'une heure.

Le 16 octobre, pas de fièvre. L'appareil est resté en place; il ne porte pas la moindre trace de sang. Limonade; eau de Seltz; pilules de ratanhia comme moyen préventif de l'hémorrhagie.

Le 17, après de légères coliques, selle mêlée d'un peu de sang.

Les 18, 19 et 20, constipation; pas d'hémorrhagie. Sedlitz. Plusieurs selles liquides contenant quelques filets de sang.

Le 24 octobre, l'anus se présente sous la forme d'un infundibulum déprimé. Régularité parfaite au niveau de l'excision. Pas trace de l'opération. Il ne reste plus aucune hémorrhoïde.

A dater de ce moment, le malade est mis à un régime tonique. Deux portions; vin de Bagnols. On combat la constipation par des purgatifs de distance en distance. Le malade ne tarde pas à recouvrer ses forces.

Le 19 décembre, embonpoint, appétit excellent, plus de palpitations. Il n'est survenu ni hémorrhagie ni récidive d'hémorrhoïdes. Guérison complète.

Nous avons revu ce malade au mois de février 1855. La guérison ne s'est pas démentie. La cicatrice est simple et parfaitement régulière, et l'état général excellent. Il n'y a aucune trace de l'apparition d'une nouvelle tumeur.

(*La suite au prochain numéro.*)

Effets remarquables du persulfure de fer dans l'intoxication saturnine.

Nous reproduisons, avec la réserve nécessaire, l'article suivant, que publie le *Bulletin de thérapeutique:*

« Nos lecteurs se rappellent probablement que, il y a quelques années, MM. Sandras et Bouchardat proposèrent le persulfure de fer comme un bon contre-poison du plomb, du cuivre, du sublimé corrosif et de l'arsenic, et que M. Sandras est parti de cette propriété utile du persulfure de fer pour faire de cet agent la base d'un traitement particulier de l'intoxication saturnine. Le traitement proposé par M. Sandras est loin, d'ailleurs, d'être exclusif, et si M. Sandras se propose principalement de maintenir dans le tube digestif un excès de persulfure de fer, destiné à conserver à l'état insoluble toutes les parcelles saturnines excrétées par le foie jusqu'à excrétion définitive, il a aussi la précaution de nettoyer le malade en dedans et en dehors du poison qui existe en nature au contact des organes, à l'aide des bains savonneux et des purgatifs, et de remédier attentivement aux accidents consécutifs de l'intoxication. C'est sous forme de sirop que M. Sandras administre le persulfure de fer; il fait avaler, matin et soir, dès le premier ou le deuxième jour du traitement, une cuillerée à bouche d'un mélange de sirop et de persulfure de fer, dont nous avons donné la formule un peu plus haut. Nous avons recueilli, dans le service de ce médecin, deux observations, qui montrent que ce traitement, et le persulfure de fer en particulier, ne méritent pas le dédain et l'indifférence dont ils ont été l'objet jusqu'ici.

« S... (Étienne), âgé de quarante ans, d'une santé habituellement bonne, se présenta pour la première fois, le 17 novembre, à la fabrique de Clichy, où il travailla cinq jours à la céruse, et treize au minium. Dès les premiers jours, il sentit diminuer son appétit, toujours bon jusqu'alors, et le perdit complétement, après sept ou huit jours de travail. A la même époque, se succédèrent chez lui de la céphalalgie, des douleurs dans la continuité des membres, accompagnées de faiblesse plus prononcée le matin. Après dix-sept jours de travail, S... fut arrêté au milieu de ses occupations par une syncope, qui l'obligea à les suspendre; il fut ramené chez lui par ses camarades. La céphalalgie continuait, limitée à la région sus-orbitaire gauche, en même temps que les douleurs dans la continuité des membres supérieurs et inférieurs; pas d'arthralgies ni de coliques. Le malade se purge avec l'aloès : son état ne s'améliore pas, et, le 14 décembre, il entre dans le service de M. Sandras, salle Saint-François, n° 30.

« Le 15 décembre, perte d'appétit, céphalalgie frontale gauche, douleur dans la continuité des membres. Teint jaunâtre; odeur caractéristique de l'haleine, liséré violacé des gencives, collet des dents noir. Traitement : deux cuillerées de sirop de persulfure de fer. Bain savonneux. Le 16, l'appétit reparaît un peu; les douleurs des membres sont déjà moins fortes. Même traitement. Le 18, l'appétit est tout à fait revenu; les douleurs des membres ne sont plus que très-faibles; la céphalalgie persiste encore, mais moins intense; elle augmente chaque nuit, vers deux heures du matin, pour disparaître huit ou neuf heures après. Même traitement. Le 20, les douleurs des membres ont disparu entièrement; le malade a recouvré sa vigueur habituelle; assez bonne coloration de la face, liséré des gencives en partie effacé; il ne conserve plus qu'un peu de céphalalgie et quitte l'hôpital.

« Dans le second cas, les accidents étaient plus intenses. D... (Jean-François), âgé de cinquante-sept ans, était occupé, depuis un mois, à brasser la céruse dans la fabrique de Clichy, lorsqu'il perdit complétement l'appétit, et fut pris de nausées fréquentes, sans vomissements toutefois; vives douleurs épigastriques, coliques, maux de tête et battements de cœur. Il entra à la Charité, où il fut purgé avec l'huile de ricin et de croton, et prit quelques bains sulfureux. Deux jours après, il quittait l'hôpital en assez bon état; mais à peine avait-il repris ses travaux, que, trois jours après, le 13 novembre, il entrait dans le service de M. Sandras (salle Saint-François, n° 17). Perte d'appétit, douleurs vives à la région épigastrique, coliques violentes et constipation, céphalalgie frontale, éblouissement et affaiblissement de la vue. Douleurs presque continues, s'aggravant par intervalles dans les membres inférieurs, principalement à la partie interne des cuisses, et que le malade calme par la pression; douleurs analogues, mais moins intenses, dans les membres supérieurs. Affaiblissement général de la motilité; les jambes fléchissaient sous le poids du corps. L'état général dénote aussi l'influence délétère des émanations plombiques : face pâle et amaigrie, jaunâtre; haleine, liséré et coloration des dents caractéristiques. Traitement : deux cuillerées de sirop de persulfure de fer; le soir, une pilule d'opium de 0,03.

« Le 16, après trois jours, l'appétit reparaît; le malade mange avec plaisir une portion d'aliments. On continue le persulfure. Le 19, trois jours plus tard, les douleurs gastriques et intestinales, presque continuelles au moment de l'entrée à l'hôpital, ne se montrent qu'à de rares intervalles et moins intenses. Peu de douleur dans les membres. Les forces reviennent. Même traitement. Deux portions d'aliments. Le 25, le malade peut déjà se promener deux ou trois heures par jour; douleurs des membres et des articulations moins fréquentes et moins vives; depuis le 21, les douleurs de membres et les coliques, qui coïncident toujours, offrent une intermittence régulière à type tierce. Chaque jour, même dose de persulfure. Le 30, tous les accidents ont presque complétement disparu; la convalescence est assez avancée pour lui permettre de sortir et de reprendre ses travaux.

« On voit que ce traitement s'adresse surtout aux accidents chroniques de l'intoxication saturnine, à ces douleurs vagues dans diverses parties du corps, aux troubles de la motilité, de la nutrition, etc., qui témoignent certainement d'un empoisonnement plus profond que la colique saturnine, accidents qui, soit dit en passant, résistent beaucoup plus à nos moyens

thérapeutiques que la colique, et laissent surtout une empreinte plus marquée sur la constitution que celle-ci. Le persulfure de fer semble donc combler une véritable lacune dans le traitement des affections saturnines. »

Chimie médicale et pharmacologie.

DES ALCOOLATURES COMPARÉES AUX EXTRAITS GOMMEUX QUI EN DÉRIVENT.

Par M. FERRAND, pharmacien à Lyon.

Quoique les recherches de notre distingué collaborateur, M. Imbert-Gourbeyre, nous aient complétement confirmé, et sans doute nos lecteurs avec nous, dans l'idée peu avantageuse que nous avions des alcoolatures, et en particulier de celle d'aconit, nous avons pensé qu'on ne lirait pas sans intérêt les réflexions suivantes d'un pharmacien distingué. Elles montreront une fois de plus combien peu les praticiens doivent compter sur l'alcoolature, qui peut contenir une quantité d'extrait variant entre 1,40 et 6,85 pour 100! et combien un pharmacien très-habile de Clermont-Ferrand, M. Gautier-Lacroze, a eu raison de substituer le sirop d'aconit à l'alcoolature.

Notre très-estimé confrère M. Guillermond vient de modifier d'une manière très-notable la composition de ses extraits gommeux d'alcoolature, et d'appeler l'attention des médecins sur les avantages que présente ce mode de préparation.

Ajoutons que l'opération qui donne naissance à ces produits a pour objet d'obtenir avec des alcoolatures et par l'intermédiaire de la gomme, des extraits parfaitement secs.

Or, la modification importante dont il s'agit devrait être plus radicale encore, et parmi les avantages cités par notre collègue, il en est, en second lieu, dont l'exagération nous paraît avoir entraîné l'auteur dans une appréciation qui s'éloigne de la vérité.

Et d'abord, la modification susdite a réduit la proportion de la gomme de 96 à 80 centimètres, c'est-à-dire à 16 parties de gomme pour 4 d'extrait; c'est là une réduction heureuse mais qui devrait être plus grande encore, avons-nous dit, car il n'est pas indifférent de grossir inutilement et plus ou moins la proportion des matières inertes mélangées à des principes actifs, attendu qu'il importe d'éviter de ne point quintupler, par exemple, sans nécessité, leur volume, notamment celui des pilules et des pommades. S'agit-il, en effet, de prescrire 4 grammes d'extrait réel pour constituer avec un corps gras un mélange ne représentant qu'une petite quantité de produit homogène, on compte d'abord 20 grammes d'extrait gommeux, puis 10 grammes d'eau environ pour l'amener à une consistance convenable, soit déjà 30 grammes l'élément graisseux non compris, ce n'est point là, sans doute, une difficulté, mais c'est un inconvénient : il disparaîtra toutefois le jour où il sera démontré, par l'expérience, que les extraits gommeux d'alcoolatures peuvent, en raison de leur activité plus grande, être employés à la dose des extraits ordinaires. Je suis, sous ce rapport, très-disposé à partager les espérances de mon très-honoré confrère, mais il est certain que, considéré sous ce point de vue, le bénéfice de la méthode se réduirait à un équivalent. Déjà pourtant, cette réduction peut être plus grande, car les essais que je viens de tenter avec les alcoolatures d'aconit et d'anémone pulsatile m'ont permis d'obtenir pour eux, dans la proportion de la gomme, une diminution de 25 pour 100. Quoi qu'il en soit de cette question secondaire, je passe au point plus important des avantages énoncés par l'auteur.

Et déjà l'on se demande ce que devient, d'abord dans les bains-marie de notre collègue, chauffés à près de 80 degrés, sinon plus, puis dans des étuves, portées de 25 à 30 degrés, jusqu'à déperdition complète de 96 pour 100 d'alcool et d'eau de végétation, ce principe précieux et fugace qui caractérise les plantes fraîches signalées et leur alcoolature préparée selon les règles de l'art. Et pourtant, le but de l'auteur était de faciliter l'emploi des alcoolatures en les transformant en extraits gommeux d'abord très-chargés de gomme (l'alcool était remplacé poids pour poids), et actuellement plus riches en extrait. Cette transformation ne reproduit donc pas l'alcoolature sous une autre forme, et ce n'est point, quant à la composition, ce qu'a voulu l'auteur, c'est-à-dire l'alcoolature, plus la gomme et moins l'alcool : ce n'est point conséquemment, quant à l'application, ce qu'il en attendait, savoir : offrir à la thérapeutique des médicaments qui, avant tout, représentent l'activité de la plante dans son état naturel. Le but poursuivi et la confiance manifestée ne sont donc pas en tout point légitimés par les résultats des procédés opératoires. Est-ce à dire pour cela que les extraits gommeux d'alcoolatures de M. Guilliermond soient des produits défectueux? Cette pensée est loin de nous, car elle nous ferait commettre le péché d'exagération, que nous reprochons dans l'espèce, ce serait même une injustice, car la gomme est surtout pour eux une addition favorable, les extraits alcooliques étant encore plus exposés à être déliquescents ou hygrométriques que les extraits ordinaires. Notre confrère est-il plus heureux dans l'extension de ses procédés à la préparation des sirops, alors qu'il ajoute l'alcoolature titrée au sirop simple, et porte le tout à l'ébullition, c'est-à-dire à une température de 100 degrés de plus?

Il donne particulièrement, comme exemple, une formule pour le sirop de digitale devant contenir par 40 grammes une quantité d'alcoolature contenant 5 centigrammes d'extrait réel, mais n'est-ce pas reproduire par un procédé, différent par le point de départ, mais très-analogue quant au résultat, le sirop de Labelonye, fait avec 5 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique?

Notre collègue de Paris se sert, il est vrai, de la teinture pour l'obtention préalable de son extrait, mais tous deux recourent à l'action de la chaleur pour épuiser l'alcool. M. Labelonye chauffe plus longtemps, mais M. Guilliermond chauffe à une température plus élevée.

N'est-il pas infiniment préférable de laisser dans les susdits 30 grammes de sirop les quelques gouttes d'alcool qui constituent la quantité d'alcoolature nécessaire, alcool qui ne saurait être incompatible avec l'emploi des narcotico-âcres, à une vingtaine de gouttes et moins encore, si l'alcoolature est constamment plus riche, ce qui est parfaitement réalisable (et je reviendrai sur ce point), que de s'exposer à une altération certaine du produit complexe qu'il importe surtout de conserver intact?

Il ajoute enfin qu'il serait très-utile de faire ainsi l'application de l'emploi des alcoolatures contenant 4 pour 100 d'extrait aux sirops qui ont pour base des substances végétales très-actives, altérables, et dont la composition chimique est peu connue. Ce n'est sûrement pas de ma part que l'on doit s'attendre à la critique d'une méthode exigeant l'emploi direct des alcoolatures titrées, car, en 1851, dans ce même journal (numéro d'avril), à propos de mon sirop d'aconit préparé à froid et par simple mélange avec l'alcoolature, dont la richesse en extrait alcoolique, préalablement déterminée, me permet depuis lors d'obtenir constamment un produit identique, j'ajoutai : cette précaution par nous prise du dosage préalable a non-seulement l'avantage de donner plus de garantie dans le cas qui nous occupe, mais soulève une question de pharmacologie très-grave, celle de l'infidélité de composition des sucs plus ou moins aqueux et des teintures de même plus ou moins riches en extrait, suivant mille influences faciles à prévoir et trop longues à énumérer de nouveau.

Aux alcoolatures s'adressait nécessairement le même reproche et c'est par là que je termine en voyant avec satisfaction notre collègue marcher dans cette même et importante voie qui ne peut s'élargir que sous l'influence d'efforts collectifs.

En effet, à cette époque (hiver de 1850 à 1851) encore éloignée de la récolte, j'eus recours à l'obligeance de plusieurs de mes confrères de Lyon et de Paris, pour me procurer des quantités d'alcoolatures nécessaires à mes essais et à ma première fabrication.

Un certain esprit de convenance ne me permit pas de publier alors l'examen que je fis de ces divers produits, mais aujourd'hui cette réserve n'a plus sa raison d'être, car les faits que je vais signaler sont moins que jamais de nature à faire naître le moindre soupçon de blâme. En effet, depuis que l'attention générale a été appelée sur ce sujet, il doit être actuellement avéré, pour tout le monde, qu'ils sont la conséquence nécessaire des prescriptions incomplètes de nos formulaires et non celle des défauts de soin. D'autre part enfin, l'honorabilité des pharmaciens que je vais citer et les liens de bonne confraternité, qu'ont resserrés depuis lors entre nous des rapports plus fréquents, m'autorisent à donner les preuves suivantes qui complètent mon sujet :

100 grammes alcoolature d'aconit m'ont donné extrait :

De M. Guilliermond	3,60
De M. Davallon	6,85
De M. Mouchon	3,16
De M. Mialhe (Paris)	6,05
De nous-même, récolte 1851	4,80
De nous-même, récolte 1852	5,30
De la pharmacie Béral (Paris), succ. Acaut (1).	1,40

(1) Cette alcoolature doit vraisemblablement être considérée comme un suc d'aconit alcoolisé.

Les densités étaient de même très-différentes et ne correspondaient point aux proportions d'extrait. Un alcoomètre, par exemple, ne devant me fournir entre elles qu'un moyen de comparaison, m'a donné des dissemblances de 14 à 27.

En me prouvant la nécessité de doser constamment mon alcoolature, ces résultats m'ont fait comprendre la convenance d'étendre ce soin à tous les autres produits officinaux analogues, et m'ont imposé, comme conséquence dans l'espèce, le devoir d'adopter un titre facile à obtenir, soit, celui de 5 pour 100, qui est le chiffre le plus voisin de la moyenne ci-dessus, et de le reproduire chaque année. La précaution que je prends pour obtenir cette constante composition, consiste à mettre en réserve 1/5e de l'alcool prescrit pour la macération, ce qui me permet d'ajouter, au produit obtenu et essayé, la dose spiritueuse nécessaire pour ramener la liqueur au degré voulu, de telle sorte que j'ai toujours et la même proportion d'extrait et conséquemment la même proportion d'alcool.

Plus on considère cette question des alcoolatures, plus on la trouve importante; on la voit en effet embrasser toute la série des végétaux les plus actifs de nos climats : *aconit*, *anémone pulsatille*, *arnica*, *belladone*, *ciguë*, *digitale*, *laitue vireuse*, *rhus radicans*, etc., et représenter à toutes les époques de l'année, l'énergie de la plante au moment de sa récolte faite à propos. Il était donc urgent de donner à leur composition et la précision et la fidélité que comporte une série aussi précieuse. Les homœopathes ne paraissent-ils pas avoir les premiers recherché, dans la puissance de cet ordre de remèdes, la compensation des doses diluées qu'ils administrent? Pour ma part, je n'hésite point à en préparer la collection complète, à l'étendre même à d'autres espèces, scille, phélandre, colchique, etc., et à titrer tous les individus, ne fût-ce que pour recueillir quelques observations utiles.

Considérés enfin au point de vue de la forme médicamenteuse, s'ils ne se prêtent pas comme les extraits gommeux, à la préparation des pilules et des prises, sous les autres rapports ils offrent un dosage et une administration plus faciles et non moins sûres : potions mixture, sirop, liniment simple ou huileux.

En définitive les extraits gommeux d'alcoolatures de M. Guilliermond ne sont point assimilables aux extraits aqueux ordinaires dont ils diffèrent essentiellement.

Comparés aux extraits alcooliques dont ils se rapprochent beaucoup, ils présentent des avantages certains, notamment celui d'une siccité parfaite.

Comparés enfin aux alcoolatures, ils ne représentent point comme eux les propriétés des plantes à l'état frais et dans toute leur force d'activité. (*Gazette médicale de Lyon.*)

La théorie de Charles Bell est-elle morte?

A M. le rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

Monsieur le rédacteur,

« La vérité, a dit M. Broca, ne meurt pas. Détruisez le système qui l'emprisonne, et, sans beaucoup chercher, vous la trouverez au milieu des ruines. . . . .

..... C'est pourquoi j'appliquerais volontiers aux systèmes cet exécrable mot d'un prêtre fanatique : « *Tuez toujours; Dieu saura bien reconnaître les siens!* »

Si je commence par où finit la déclaration de principes de M. Broca (*Moniteur des hôpitaux* du 17 août) c'est pour avoir l'occasion de me ranger immédiatement à l'avis de M. Broca sur ce point, ce sera un gage de concorde qui me donnera le droit d'avoir aussi mon opinion.

M. Broca me permettra donc de penser qu'il est essentiel de distinguer entre un fait et un système et d'affirmer que malheureusement cela n'est pas toujours possible. Certains systèmes sont des faits; certains faits sont des systèmes. Exemple : la circulation; exemple encore : les fonctions respectives des divers faisceaux de la moelle. Car, pour le dire tout de suite, je n'ai pu me résoudre à prendre encore le deuil de mes croyances sur ce sujet; bien mieux, j'y tiens plus encore qu'avant les expériences de M. Brown-Séquard, car, pour moi, maintenant, tout est plus net, tout est plus clair, tout se comprend à merveille. Non, M. Brown-Séquard n'a pas détruit; il n'a pas même remplacé; il a ajouté: il a perfectionné!

C'est là une gloire nullement méprisable, et je la crois plus conforme aux destinées humaines que le stérile mérite de faire des ruines autour de soi.

Détruire ou remplacer, c'est toujours manquer à cette loi de perfectibilité qui régit le progrès. Le progrès ne consiste pas à remplacer éternellement les notions de la veille par celles du lendemain; s'il en était ainsi, le progrès serait le doute. Le progrès, c'est ce constant apport des générations qui viennent aux connaissances des générations qui passent; il ajoute, il modifie, il rectifie; il ne détruit ni ne remplace, en parlant au point de vue absolu. Au moins est-ce ainsi que je le comprends, et c'est ainsi que je voudrais en voir pratiquer les voies. Alors nous cesserions d'assister à ces luttes, sans dignité comme sans profit pour la science, du passé, que la destruction menace, contre le présent qui le méconnaît.

Mais là n'est pas la question, et je reviens à mon sujet.

La théorie de Charles Bell est morte, dites-vous. Pas tout à fait, je pense; on a exprimé l'espoir qu'elle ne mourra pas entièrement, c'est quelque chose; moi, je crois qu'elle ne mourra pas du tout; voici mes raisons.

D'abord les expériences de M. Brown-Séquard ne prouvent rien contre elle; et ensuite, loin de l'anéantir, elles la confirment, la revivifient et la complètent. Ici nous différons beaucoup de sentiment, M. Broca et moi, mais j'ignore par quel mécanisme :

Il s'agit des mêmes faits; ses déductions partielles sont identiques aux miennes, et quand nous venons à conclure pour lui, c'est *non*, pour moi, c'est *oui*. Il faut cependant que l'un de nous ait tort, et l'autre raison.

Mais avant d'aller plus loin, il est bon de bien déterminer ce que contient la théorie de Charles Bell.

Charles Bell a avancé, et d'autres après lui ont confirmé cette opinion, que *les faisceaux antérieurs de la moelle sont exclusivement affectés au mouvement; les postérieurs exclusivement destinés à la sensibilité.*

Or, rappelons-nous qu'avant Charles Bell (1811) la physiologie de la moelle n'existait pas; qu'à peine avait-on songé à considérer cet organe autrement que comme un gros nerf; que les fonctions surtout de ces divers faisceaux n'étaient ni connues, ni même soupçonnées (1).

C'était donc un pas immense que d'avoir aperçu les rapports des faisceaux postérieurs avec la sensibilité et des faisceaux antérieurs avec la motilité; aussi dans la constatation de ce *fait* résidait toute la découverte, qui fut bientôt érigée en système, appréciée, commentée, et dont on déduisit, enfin, des conclusions contestées et contestables puisqu'elles s'appuyaient sur des expériences contradictoires. Mais, je le répète, le *fait* qui constitue réellement la théorie de Charles Bell, c'est la distinction des faisceaux antérieurs en faisceaux moteurs et des postérieurs en faisceaux sensitifs. Ces cordons sont-ils ou ne sont-ils pas les conducteurs des impressions et de la volonté? Les uns ont répondu par la négative, le plus grand nombre, avec M. Longet, a été pour l'affirmative; quant aux observations pathologiques et aux vivisections, tour à tour elles ont dit oui ou non. Cette seconde question restait donc pendante; M. Brown-Séquard vient d'en trouver la solution, au moins je le crois.

En nous montrant la sensibilité et le mouvement volontaire intacts après la *section* des faisceaux postérieurs et antérieurs, il nous a donné la certitude que ces cordons ne sont les *conducteurs* ni des impressions, ni de la volonté; et lorsque, coupant à son tour la *substance grise*, il a supprimé la faculté de se mouvoir volontairement et de percevoir les impressions sensitives, nous avons conclu avec lui et avec M. Broca que cette partie de la moelle seule remplit ce rôle.

Ainsi, la transmission de la volonté et des impressions n'a pas lieu par les faisceaux blancs, mais par la substance centrale de la moelle; voilà ce que paraissent démontrer jusqu'à l'évidence les expériences de M. Brown-Séquard.

Or, je ne vois dans ce résultat rien qui anéantisse la théorie de Ch. Bell. Les cordons postérieurs, ne sont-ils plus sensitifs, et les antérieurs, moteurs, comme croit l'avoir découvert Ch. Bell, et comme nous l'admettions naguère encore? La *destruction* des cordons postérieurs laisse-elle subsister la sensibilité, et celle des cordons antérieurs le mouvement? S'il en était ainsi, en effet, Ch. Bell et bien d'autres, après lui, auraient été dupes de quelque trompeuse apparence, l'ingénieux système, auquel nous nous tenons depuis cinquante ans, aurait fait son temps; mais M. Brown-Séquard n'a entrepris, que je sache, aucune expérience de ce genre. Il a divisé ces cordons par une simple section, et voyant la sensation et le mouvement intacts, il a pu affirmer : la substance blanche ne transmet ni la volonté, ni les impressions du cerveau aux organes et des organes au cerveau; mais il n'a pu conclure que les faisceaux postérieurs sont inutiles à la sensi-

(1) Alexandre Walker (1809) avait pourtant émis l'idée de cette différence fonctionnelle des faisceaux antérieurs et postérieurs, mais sans aucune expérience à l'appui de cette opinion.

bilité, et les antérieurs au mouvement; il n'a pu conclure qu'une altération pathologique des premiers ou des seconds ne changerait rien à la faculté de sentir ou à la faculté de se mouvoir. Les faits qu'il nous a fait connaître ne l'y autorisaient nullement.

Mais, direz-vous, les faisceaux postérieurs président à la sensibilité? Voyez, ils sont coupés, l'animal sent toujours; bien mieux! Il sent d'avantage! Avec votre théorie, cela est inexplicable.

Je sens, en effet, qu'il faut ici quelques mots d'explication, et peut-être celle que je vais vous donner vous surprendra-t-elle autant que les expériences de M. Brown-Séquard.

Je m'engage donc à couper TOUTE L'ÉPAISSEUR de la moelle, sur un *animal vivant*, en deux, trois ou quatre et plus de segments, et à vous faire voir, non-seulement quelques minutes ou quelques heures après l'opération, mais aussi huit jours, quinze jours, un mois, *trois mois* après, si cela est nécessaire, que les fonctions de la moelle n'en ont été nullement modifiées, bien que chacun de ces segments soit resté isolé pendant tout ce laps de temps, et le soit encore au moment de l'autopsie. Vous pourrez vous convaincre que les phénomènes sensitifs *propres à la moelle*, sa puissance motrice, son action reflexe et aussi la faculté conductrice de la substance grise, persistent et s'exaltent dans tous ces tronçons séparés; les muscles paralysés conserveront même toute leur irritabilité, et répondent aussi bien à l'excitation électrique que les muscles non paralysés.

En un mot, une seule chose fera défaut, ce sera le lien qui unissait ces divers segments entre eux et au cerveau; la volonté d'une part, les impressions de l'autre, ne seront plus transmises; voilà tout. Mais, je le répète, la moelle continuera à remplir ses fonctions comme lorsqu'elle ne faisait qu'un organe indivis.

Maintenant, au lieu d'une simple section, écrasons la moelle dans une étendue considérable, de manière à ce que au-dessous de cette altération se trouve encore un segment bien sain: le cordon rachidien se trouve ainsi divisé en trois portions, une supérieure intacte, et en rapport avec le cerveau; tout s'y passera comme dans l'état normal; une intermédiaire, complément détruite; dans toutes les parties qu'elle inerve, vous ne trouverez plus de mouvements reflexes, et bientôt l'irritabilité musculaire diminuera et s'abolira; enfin, dans le troisième segment, isolé du cerveau et du reste de la moelle par un espace de plusieurs centimètres, vous constaterez la plus parfaite intégrité fonctionnelle, une exaltation marquée des propriétés de ses diverses parties. L'irritabilité des muscles auxquels elle envoie des nerfs restera normale, — l'action reflexe, la faculté motrice, etc., paraîtront même exagérées.

Je ne chercherai pas à expliquer cet accroissement d'action des parties de la moelle ainsi isolées les unes des autres, je sais seulement qu'après l'avoir constaté, je ne m'étonnerai plus de l'hyperesthésie observée après la section de faisceaux postérieurs; j'en conclurai même que ce dernier fait ne prouve rien, malgré l'importance qu'on lui a attribuée.

Mais l'intégrité fonctionnelle de la moelle, malgré sa segmentation, est un fait qui porte avec lui son enseignement. Il montre, en effet, que tout segment de la moelle constitue un centre nerveux complet, une véritable moelle en raccourci, et que le cordon rachidien n'est que la réunion de tous ces petits centres reliés entre eux, et au cerveau par la substance grise, *probablement*. La physiologie, en cela, serait d'accord avec l'anatomie comparée qui montre la moelle se segmentant peu à peu à mesure qu'on descend des mammifères aux poissons, et de ceux-ci à des animaux plus inférieurs encore, les crustacés, par exemple.

Ne vous étonnez donc plus que la simple section des faisceaux extérieurs ou postérieurs ne change rien ni à la faculté de se mouvoir, ni à la faculté de sentir, tant que l'élément conducteur de la volonté et des impressions, *la substance grise*, ne sera pas interrompue, tant que chaque segment de la moelle, ou, pour mieux dire, chaque centre moteur et sensible, resté sain dans sa structure, sera en rapport avec le centre de volition et de perception.

Ainsi, comme je l'ai avancé en commençant, la conservation, et même l'exaltation de la sensibilité, après la section des faisceaux postérieurs de la moelle, ne prouve pas qu'ils ne soient pas affectés à la *réception* des impressions sensitives; que ce ne soit pas en eux que se forme la sensation avant d'être perçue par le sensorium. Ils soutirent, pensez-vous, leur sensibilité de la substance grise? Mais vous oubliez qu'elle est complétement insensible; autant vaudrait dire que les cordons antérieurs soutirent leur puissance motrice de cette même substance, qu'on peut piquer ou déchirer sans provoquer la moindre contraction, que M. Longet a pu détruire sans rien changer aux propriétés de ces cordons, que M. Duchenne a trouvée absente chez un paralytique dont tous les muscles restaient parfaitement irritables.

Mais j'ai dit plus encore; loin de porter atteinte au *fait* qui constitue le système de Ch. Bell, les expériences de M. Brown-Séquard le confirment de tout point.

Au moment de la section des cordons postérieurs, la Commission dont M. Broca a été l'organe a toujours constaté une *vive* douleur.

L'irritation de ces cordons a toujours paru déterminer de la douleur, et on ne parle nullement de contractions musculaires.

Mieux encore, après la section les membres abdominaux sont plus sensibles, le segment inférieur des faisceaux divisés est plus sensible qu'auparavant. En serait-il ainsi s'il n'existait pas un rapport quelconque entre ces parties de la moelle et la sensibilité? Coupez ainsi les cordons antérieurs, et, j'ose l'affirmer, la sensibilité ne changera ni en plus ni en moins.

D'autre part, l'écrasement des cordons antérieurs (Exp. IV) ne provoque aucune douleur et s'accompagne de convulsions dans les membres postérieurs.

Ces résultats diffèrent-ils de ceux indiqués par Ch. Bell et M. Longet. Je ne le crois pas, et si, avant les expériences de M. Brown-Séquard, ils prouvaient le rôle sensitif des cordons postérieurs, et moteur des cordons antérieurs, je n'entrevois pas pourquoi ils prouveraient autre chose après.

M. Longet électrise les faisceaux postérieurs, pas de contractions musculaires; il agit de même sur les antérieurs, contractions immédiates. Avez-vous vu le contraire? Non. Vous n'êtes donc pas fondé à nier ce que l'on considérait comme vrai il y a quelques jours encore.

La théorie de Ch. Bell subsiste donc dans le fait important, capital, qui l'a placé au rang des plus belles découvertes physiologiques de notre siècle. Les faisceaux postérieurs restent toujours affectés à la sensibilité, les antérieurs à la motilité; seulement ils ne sont les conducteurs ni de la volonté, ni des impressions; la substance grise seule a la faculté de transmettre à la moelle les ordres du cerveau, et au cerveau les sensations.

Tel est, à mes yeux, la seule conclusion à déduire des expériences de M. Brown-Séquard, et, loin de vouloir amoindrir l'intérêt de ces recherches, je juge que M. Brown-Séquard a mieux mérité de la science en consolidant une théorie, à la fois simple et si vraie, qu'en la ruinant.

Aujourd'hui s'expliquent à merveille toutes les contradictions si fréquentes des physiologistes; si les uns ont nié les fonctions sensitives des faisceaux postérieurs de la moelle, c'est que les sections pratiquées avaient intéressé la substance grise, ce conducteur ménagé sans doute par les partisans d'une opinion différente, même cause d'erreur propablement pour les faisceaux antérieurs; et ceux qui, après avoir coupé tantôt les faisceaux antérieurs, tantôt les postérieurs, ont toujours vu subsister, comme M. Brown-Séquard, la sensibilité et le mouvement volontaire, ont pu, avec autant de raison, en inférer que la moelle était à la fois affectée à la sensibilité et à la motilité dans toutes ces parties.

Les expériences de M. Brown-Séquard, en dévoilant la source de ces contradictions, a, je le répète, consacré la théorie de Ch. Bell, loin de la détruire.

Là se bornent toutes les observations que je voulais avoir l'honneur de vous présenter, Monsieur le Rédacteur; car les autres résultats obtenus par M. Brown-Séquard sont encore de simples faits, faits pleins d'intérêt, sans contestation, mais dont je n'aperçois pas encore toutes les conséquences physiologiques.

Nul plus que moi, d'ailleurs, n'attache un véritable intérêt aux travaux de M. Brown-Séquard sur un sujet dont je fais depuis plusieurs années une étude particulière, quoique à un point de vue différent. Le seul désir de repousser ce que je crois une erreur a donc pu dicter cette lettre, et, peut-être le nouvel élément que j'introduis dans la question aura-t-il pour effet de modifier une interprétation fondée sur des données insuffisantes.

Veuillez agréer, etc.

O. Landry.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 102. 3e année. Lundi 27 Août 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De la paralysie du mouvement des membres supérieurs.

Par le docteur PARMENTIER,

Ex-interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation

Suite. — Voir les nos 96 et 99.

5° *Paralysie traumatique.* — Les causes traumatiques qui peuvent amener la paralysie du membre supérieur sont très-nombreuses et peuvent affecter indistinctement tous les nerfs, soit dans leurs rameaux soit dans leurs principaux troncs. En premier lieu je parlerai des cas où il y a eu seulement contusion.

Un marchand forain étant chargé d'un fardeau de 15 livres fit en marchant une chute sur la poitrine et l'épaule droite; il eut une paralysie du deltoïde et du biceps brachial. (*Gaz. méd.* de 1838, p. 681, M. Péterquin.)

Un peintre en bâtiment, âgé de quarante ans, fit une chute d'une hauteur d'environ 12 pieds. La tête et le coude du côté gauche vinrent frapper sur le sol et il eut entre autres lésions, une paralysie partielle de la main gauche bornée à la sensibilité et aux mouvements des doigts annulaires et auriculaires. (*Gaz. des hôp.*, 1846, p. 515, M. le professeur Jobert, de Lamballe.)

Un homme travaillant dans une carrière fut pris sous un éboulement; lorsqu'on le retira il avait entre autres lésions, une paralysie du deltoïde. (*Gaz. des hôp.*, 1845, p. 421, M. Jobert, de Lamballe.)

Les fractures peuvent se compliquer de paralysie. Une jeune personne, âgée de vingt-quatre ans, reçoit sur l'épaule un lourd morceau de craie tombé de très-haut; elle a une fracture de l'acromion et une paralysie du mouvement et du sentiment du bras. (*Gaz. des hôp.*, 1842, p. 128, Boulley, chirurg. à l'hôpital Berkshire.)

Un artilleur reçoit un coup de feu qui brise l'humérus vers son milieu; la fracture se consolide et on constate, après la formation du cal, que le mouvement d'extension des doigts est aboli.

Un cal difforme, résultant d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, a déterminé l'adhérence des tendons de l'indicateur et conséquemment la paralysie de ce doigt.

Après la contusion et les fractures, viennent les luxations comme causes de paralysie traumatique.

A la suite d'une luxation du coude, qui fut réduite un peu tardivement, on a observé la paralysie de l'avant-bras gauche.

M. le docteur Empis rapporte, dans sa thèse inaugurale, l'observation d'un homme qui eut à la suite d'une luxation scapulo-humérale une paralysie du mouvement du membre supérieur.

Un malade affecté de la même lésion a été présenté en 1851 à la Société de chirurgie.

M. le docteur Demarquay vient d'observer à la maison de Santé un homme atteint d'une luxation scapulo-humérale, luxation dans laquelle la tête de l'humérus reposait sur le bord spinal de l'omoplate; après la réduction on remarqua que le deltoïde était paralysé, les autres mouvements se faisant bien ; on soumit alors ce malade à l'électricité, mais il demanda sa sortie avant que l'on ait eut le temps d'obtenir un peu d'amélioration.

Dernièrement j'ai vu, avec M. Demarquay, un jeune homme atteint de paralysie du deltoïde, survenue à la suite d'une chute de cheval dans laquelle le malade s'était luxé l'épaule; je reviendrai plus loin sur ce fait en parlant de la paralysie du deltoïde.

Nous avons déjà dit que Boyer avait observé trois fois la paralysie du deltoïde à la suite de luxations de l'épaule. M. le professeur Cruveilhier en rapporte un fait dans son *Traité d'anatomie pathologique.*

Quelle est ici la cause intime de la paralysie? Boyer expliquait la paralysie de la manière suivante : « Cet accident dépend de la compression et de la contusion des nerfs du plexus brachial par la tête de l'humérus au moment où elle s'échappe de sa cavité. En réfléchissant sur la situation de ce plexus, on aurait lieu d'être surpris de ce que cet accident n'arrive pas plus souvent, si l'on ne considérait en même temps que les muscles qui entourent l'articulation ne permettent que rarement un déplacement très-étendu et que la forme de la tête de l'humérus la fait aisément glisser sur le plexus brachial et sur les vaisseaux axillaires, qui échappent par là à une forte compression. Dans quelques cas, cette compression s'étend à tous les nerfs qui forment le plexus brachial, et alors la paralysie affecte tous les muscles du bras et de l'avant-bras; dans d'autres cas, elle est bornée au nerf circonflexe, que sa direction contournée sur la partie supérieure interne de l'humérus rend plus suceptible de cette compression que les autres nerfs du plexus brachial. »

Boyer se borne donc à constater la paralysie et l'attribue par son raisonnement, et sous une seule démonstration anatomique, à la contusion de la substance nerveuse.

M. Flaubert, de Rouen, rapporte dans son Mémoire plusieurs observations de luxation de l'humérus, dans lesquelles des efforts exercés pour la réduction ont été suivis de la paralysie du membre. Une de ces observations renferme la preuve de la rupture et de la déchirure des nerfs du plexus brachial. « On découvre vers les muscles scalènes les extrémités rom-

pues des nerfs qui ont été rompus ou plutôt arrachés de la moelle à leur implantation, et l'on distingue très bien à leur extrémité les filaments délicats par lesquels ils prennent naissance. La moelle à ce niveau est plus grosse que dans l'état ordinaire, et présente un ramollissement telle qu'elle n'offre plus que la consistance d'une bouillie d'un brun rougeâtre, où la substance grise semble confondue avec la substance blanche. »

On se rend aisément compte comment la rupture des nerfs a donné lieu à une paralysie caractéristique, non seulement par la perte des mouvements et par la perte de la sensibilité, mais il est assez difficile de comprendre comment la contusion d'un nerf mixte, ainsi que toutes les paires rachidiennes, pourrait, comme le dit Boyer, entraîner seulement la paralysie du mouvement.

M. le professeur Malgaigne rapporte, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, quelques expériences sur les luxations scapulo humérales; ces expériences, dit-il, apportent de graves modifications à l'opinion générale des chirurgiens.

« Sur un jeune sujet, gras et fortement musclé, dit M. le professeur Malgaigne, je produisis une luxation dans l'aisselle des auteurs et je disséquai avec soin les artères et les nerfs. Le faisceau nerveux et vasculaire du bras, soulevé par la tête de l'humérus, glissait en dedans et au-devant d'elle, entre le sous scapulaire et le grand pectoral, et semblait assez fortement *tiraillé* quand le membre était dans l'extension ; la flexion de l'avant-bras le relâchait.

« On voit par là que la paralysie, lorsqu'elle existe, devrait d'abord être attribuée plutôt au tiraillement forcé des nerfs qu'à leur compression, et que ce tiraillement n'a lieu que quand le malade est tombé sur le bras étendu, et non pas seulement sur le coude ; mais je dirai ici, par avance, que le tiraillement et la paralysie qui le suit sont dus, le plus souvent, au procédé ordinairement suivi pour la réduction, comme j'ai eu plus d'une occasion de m'en assurer.

« Quant au nerf circonflexe, il passait très-librement dans une sorte de cadre triangulaire formé par le grand dorsal, le sous-scapulaire, et enfin la tête de l'humérus : il n'était nullement tiraillé, et il paraît *impossible*, dans une luxation de ce genre, qu'il soit jamais comprimé entre les os. »

Dans son *Mémoire sur la détermination du siége et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales*, M. le professeur Malgaigne reconnaît trois causes possibles à la paralysie consécutive aux luxations. La première serait ce tiraillement dont il vient d'être question, la deuxième serait la commotion produite par le choc ou la chute qui a déterminé le déplacement, le troisième le déchirement des nerfs déterminé par les efforts de réduction.

A la paralysie traumatique se rapporte également la paralysie déterminée par la compression exercée par l'extrémité du forceps; un cas de cette espèce a été observé, en 1851, à la Maternité, par M. Danyau, qui en a rapproché celui observé par Smelli, et relatif à un enfant qui présentait, en naissant, une paralysie des deux membres supérieurs.

Dans le cas de M. Danyau, on reconnut une paralysie du nerf facial et une paralysie du bras gauche, paralysie presque complète pour tout le membre, portant seulement sur la motilité, et laissant intacte la sensibilité.

En examinant l'enfant, on vit que l'extrémité de la branche droite du forceps avait dépassé la base de la mâchoire, et avait laissé une empreinte dans le triangle sus-claviculaire, exerçant sur le trajet du plexus brachial une pression assez forte pour qu'il se soit formé une petite escarre qui se détacha ensuite.

Dans le fait de M. Danyau, on constata à l'autopsie un épanchement de sang autour du plexus brachial à son origine. Depuis ce point, jusqu'en dehors des scalènes, les branches qui concourent à la formation du plexus, présentaient une teinte sanguinolente qui ne disparaissait pas par le frottement. Au delà des scalènes, au niveau du creux axillaire, les nerfs étaient décolorés comme dans l'état normal. Le tissu nerveux présentait, du reste, partout sa constitution normale.

De simples piqûres donnent naissance à la paralysie. Une jeune dame, s'étant blessée à la partie interne du doigt annulaire avec une aiguille à pointe mousse, fut privée de mouvement, non-seulement dans le doigt blessé, mais encore dans le petit doigt.

Je rapprocherai des paralysies traumatiques celles qui ont leurs sources dans des opérations chirurgicales entreprises pour atteindre divers buts.

Néanmoins la section d'un nerf n'amène pas forcément pour toujours la paralysie des parties auxquelles il se rend. Dans les premiers moments qui suivent l'opération, la paralysie existe; mais les deux bouts du nerf peuvent se réunir immédiatement et alors la paralysie disparaît; c'est l'explication donnée par les physiologistes; ils ont du reste vérifié le fait par des vivisections. Il existe dans la science plusieurs faits à l'appui de ce que je viens d'avancer, à savoir : que la section d'un nerf n'amène pas forcément pour toujours la paralysie des parties auxquelles il se distribue; je vais en rapporter un exemple :

Un homme reçut un coup de sabre qui, traversant la partie interne du bras, ressortait par l'épaule et avait coupé complétement l'artère brachiale.

Le chirurgien qui fit la ligature des deux bouts de l'artère, ayant vu que le nerf médian était incomplétement coupé, en acheva la section de peur qu'il ne survînt des accidents tétaniques. Immédiatement il y eut, dit l'auteur de l'observation, une demi-paralysie de l'index et du médius ; la sensibilité y était très-obtuse; le surlendemain, les mouvements des doigts médius et index devinrent plus faciles.

Le cinquième jour après l'opération les mouvements s'exécutaient avec assez de facilité, la sensibilité était plus vive, et le treizième jour le malade avait recouvré assez de mouvement pour soutenir des corps assez lourds (1).

Si l'on peut expliquer le retour du mouvement dans le cas précédent par la réunion immédiate des deux bouts du nerf, je ne sais comment on peut s'en rendre compte dans le fait suivant, qui est extrait des bulletins de la Société anatomique et appartient à M. le docteur Lenoir.

Une tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, développée dans l'aisselle, dans l'épaisseur du nerf médian, a été extirpée et avec elle une portion du nerf, sans qu'il soit survenu aucun changement dans la sensibilité et la motilité du bras ni de la main.

Sur les mouvements absolus et relatifs du cœur,

Par M. Hiffelsheim,

(Lu à l'Académie des sciences. — Deuxième Mémoire.)

Au mois de novembre 1854, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie un travail intitulé : RECHERCHES THÉORIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA CAUSE DU BATTEMENT DU COEUR. Prenant ce phénomène dans son acception et sa manifestation la plus ordinaire, tel qu'il se produit en général chez l'homme, je crois avoir démontré à l'aide d'un théorème physique nouveau, appuyé d'expériences exécutées sur un appareil de mon invention, que le battement du cœur est dû à un mouvement de recul, éprouvé par la totalité de cet organe.

Ce mouvement de recul est produit par l'expulsion du liquide à travers les orifices artériels et suit théoriquement une direction déterminée par la diagonale du parallélogramme construit sur les deux lignes que représentent les forces des cœurs droit et gauche.

Je résume ici, en les examinant successivement : 1° les principales théories sur les mouvements du cœur, qui ont cours

(1) *Gaz. des hôp.*, 1839, p. 186, Haspel.

dans la physiologie; 2° leurs rapports avec la théorie que j'espère faire prévaloir, en substituant à l'hypothèse la démonstration; 3° enfin un mouvement absolu du cœur non décrit jusqu'à ce jour, et qui est, je pense, indispensable à l'activité cardiaque.

Personne, jusque dans ces derniers temps, n'avait établi de distinction entre les deux genres de mouvements du cœur. On n'a donc pas songé non plus à considérer le battement comme un mouvement absolu par opposition avec les mouvements relatifs d'allongement, de raccourcissement, de torsion.

Il en résulte que si, dans les auteurs, on rencontre une opinion un peu explicite sur la cause du battement, elle est décrite dans les mouvements relatifs.

De cette confusion de deux notions, que nous avons, pour la première fois, scientifiquement établies et distinguées, résulte pour nous une situation équivoque en apparence, en tant que des physiologistes croient les avoir implicitement renfermées dans leur doctrine, ce qui, certes, est souvent difficile à constater. Mais le plus grand nombre des médecins, encore aujourd'hui, ne sont pas fixés sur la signification et la portée de cette distinction, je puis ajouter, sur son opportunité.

Or, on pourrait rappeler, en cette circonstance, que l'obscurité est aussi voisine de l'erreur qu'elle abrite, que la clarté est proche de la vérité qu'elle force à ressortir.

En établissant que le cœur est sujet à une translation totale, je n'ai pas cherché à préciser l'étendue de ce mouvement absolu que tout le monde connaît déjà sous le nom de battement du cœur.

Ce mouvement est-il tel que je l'indique et tel que sa *cause* m'autorise à l'envisager? telle est la première question que j'essaye de résoudre dans ce second Mémoire.

Ce mouvement, en tant qu'effet de la cause que j'ai étudiée? se manifeste-t-il de la manière dans toute la série animale, et même à toutes les périodes de l'existence d'un même individu, telle est ma seconde proposition; elle est considérable, car elle embrasse toute la physiologie et toute l'embryogénie comparées.

Les variations que le battement du cœur offre chez l'homme, même à l'état de santé, dans les diverses attitudes, montrent toute la complexité du problème. Mais la mobilité du cœur dans le péricarde, l'extensibilité et l'élasticité des organes qui forment son milieu, ou qui lui servent de liens, la puissance considérable qu'engendre la compression du sang équivalant à un quart d'atmosphère, voilà les données fondamentales qu'il faut prendre en considération.

Jusqu'ici on ne semble pas s'être aperçu d'un fait qui a bien son importance dans la question. *Au moment où le cœur entre en contraction, la force contractile manque d'un point d'appui assez fixe pour assurer toute son utile et effective application.*

C'est vers la base surtout que réside ce point d'appui; de mobiles que sont ces lieux, le cœur tend à les rendre fixes, ce qui n'est possible qu'à l'aide d'une translation vers sa base. Ce mouvement est nécessaire dans l'étroite limite de la possibilité.

Ce mouvement absolu a-t-il une relation avec le mouvement de haut en bas que décrit Skoda; quelle est sa relation générale avec le battement? c'est ce que j'examinerai plus tard.

Le déplacement du centre de gravité de la masse constituant les mouvements absolus est possible; il est nécessaire aux mouvements relatifs: cela ressort du mode de fixité du cœur à sa base. Son mécanisme ne saurait être qu'un glissement, entre les organes, qui fuient, en quelque sorte, devant son énergique et infatigable activité.

Ce mouvement, comme conséquence de la systole et immédiatement lié à l'expulsion du liquide qu'elle détermine, ne se prête pas à la théorie qui attribue les battements du cœur à la réplétion du ventricule sous l'influence de la systole auriculaire. J'ai d'ailleurs longuement discuté la théorie de M. Beau, et je ne pense pas qu'elle doive prendre rang dans la science autrement que pour marquer la première doctrine moderne qui ait tenu compte du rôle du liquide sanguin dans le battement du cœur.

En examinant le prétendu rôle des oreillettes chez l'homme adulte, j'ai fait observer combien une interruption complète du cercle circulatoire dans le cœur est incompatible avec les lois reconnues en hydraulique, et qu'il est au moins superflu dès lors de chercher si les valvules peuvent ou non se clore hermétiquement. J'expose à cette occasion une nouvelle théorie hémo-dynamique, conséquence de mes premiers travaux sur la circulation, et confirmée par les expériences que je réalise avec mon appareil.

Dans le Mémoire que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, je crois avoir démontré, à l'aide d'un théorème physique nouveau, appuyé d'expériences exécutées sur un appareil de mon invention, que le battement du cœur est dû à un mouvement de recul éprouvé par la totalité de cet organe. Ce mouvement de recul est produit par l'expulsion du liquide à travers les orifices artériels, et suit théoriquement une direction déterminée par la diagonale du parallélogramme construit sur les deux lignes que représentent les forces des cœurs droit et gauche.

En établissant que le cœur est sujet à une translation totale, je n'ai pas cherché à préciser l'étendue de ce mouvement absolu que tout le monde connaît déjà sous le nom de battement du cœur. Ce mouvement est-il tel que je l'indique et tel que sa cause m'autorise à l'envisager? Telle est la question que j'essaye de résoudre dans ce second Mémoire.

Ce mouvement, en tant qu'effet de la cause que j'ai étudiée, se manifeste-t-il de la même manière dans toute la série animale, et à toutes les périodes de l'existence d'un même individu? Telle est ma seconde proposition.

Les variations que le battement du cœur offre chez l'homme, même à l'état de santé, dans les diverses attitudes, montrent toute la complexité du problème. Mais la mobilité du cœur dans le péricarde, l'extensibilité et l'élasticité des organes qui forment son milieu ou qui lui servent de liens, la puissance considérable qu'engendre la compression du sang équivalent à un quart d'atmosphère : voilà les données fondamentales qu'il faut prendre en considération.

Jusqu'ici on ne semble pas s'être aperçu d'un fait qui a bien son importance dans la question. Au moment où le cœur entre en contraction, la force contractile manque d'un point d'appui assez fixe pour assurer toute son utile et effective application.

C'est vers la base surtout que réside ce point d'appui. De mobiles que sont ces liens, le cœur tend à les rendre fixes, ce qui n'est possible qu'à l'aide d'une translation vers sa base. Ce mouvement est donc nécessaire dans l'étroite limite de sa possibilité. Ce mouvement absolu a-t-il une relation avec le mouvement de haut en bas que décrit Skoda? quelle est sa relation générale avec le battement? C'est ce que j'examinerai plus tard.

Le déplacement du centre de gravité de la masse constituant les mouvements absolus est possible, il est nécessaire aux mouvements relatifs : cela ressort du mode de fixité du cœur à sa base. Son mécanisme ne saurait être qu'un glissement entre les organes qui fuient, en quelque sorte, devant son énergique et infatigable activité.

Ce mouvement, comme conséquence de la systole, et immédiatement lié à l'expulsion du liquide qu'elle détermine, ne se prête pas à la théorie qui attribue le battement du cœur à la *réplétion diastolique du ventricule* sous l'influence de la systole auriculaire.

En examinant le prétendu rôle des oreillettes chez l'homme adulte, j'ai fait observer combien une interruption complète du cercle circulatoire dans le cœur est incompatible avec les

lois reconnues en hydraulique, et qu'il est au moins superflu, dès lors, de chercher si les valvules peuvent ou non se clore hermétiquement.

J'expose, à cette occasion, une nouvelle théorie hémodynamique, conséquence de mes premiers travaux sur la circulation, et confirmée par les expérience de mes appareils.

En effet, tandis que la plupart des physiologistes admettent: 1° la possibilité d'une occlusion parfaite des valvules; 2° la possibilité pour le ventricule de se vider complétement, je crois avoir démontré l'impossibilité d'une interruption absolue du cercle circulatoire. Le liquide sanguin chemine sans cesse à travers le cœur dont la capacité augmente et diminue; la colonne liquide qui le traverse peut diminuer considérablement de volume lors de la systole; mais, d'une part, la pression du sang s'oppose à l'arrêt du courant que ne sauraient supporter les valvules si délicates du cœur, et d'autre part cette juxtaposition parfaite des parois est impossible anatomiquement.

De là résulte que les valvules ne sauraient être distendues aussi brusquement qu'on le pense, et de là aussi la nécessité de vérifier l'origine réelle des bruits.

Mon appareil s'y prête fort bien : la distension des valvules ne saurait être très-rapide; mais on remarquera que dans la nature les valvules sont purement passives; que les valvules auriculo-ventriculaires aussi bien que les sigmoïdes, n'ont pas de puissances propres. Les premières ont, du reste, cet avantage sur les secondes, qu'elles sont sous l'influence directe d'un complexe appareil musculaire, tandis que les secondes sont placées hors de la sphère musculaire. Pour qu'il y ait une mobilité aussi soudaine des valvules, il faudrait que le sang, leur agent, fût brusquement mis en mouvement avec une grande vélocité. Or cela n'est pas, puisqu'il n'y a que des vides relatifs dans les cavités et que les parties se remplissent insensiblement. Les mouvements valvulaires sont sous la double influence d'un premier liquide pressant de haut en bas, et d'un second pressant de bas en haut; le liquide seul mettant en mouvement les sigmoïdes, l'intervention de leur part dans les bruits me paraît devoir être examinée de nouveau.

Je suis porté à croire que le redressement de la pointe du cœur favorise à tous égards la manifestation du battement; cependant, l'influence d'un mouvement de recul dans le battement a été constatée dès que Gutbrod eut publié son opinion. Outre que chaque terme de mon théorème réfute chacune de ces objections, je crois devoir insister sur une seule de ces argumentations : Valentin coupe la pointe du cœur, et celui-ci continue de battre; donc, dit-il, le recul n'est pas la cause du battement. Je nie d'abord que le recul doive anatomiquement se manifester à la pointe même, qui est en dehors et plus basse que l'axe des vaisseaux artériels; de plus, je ne pense pas qu'il y ait de l'importance à déterminer le point exact où la résultante produit son action sur le cœur. Ce point varie suivant l'inclinaison de l'axe des vaisseaux, et sous ce rapport rarement deux cœurs se ressemblent. Le recul se manifeste sur les points opposés à la section vasculaire; il entraîne la masse totale du cœur, et alors il est indifférent de savoir où la force résultante est appliquée. Aussi les cœurs de Valentin ont continué à battre, parce qu'il a fait une expérience (en elle-même incomplète) et confirmative nécessairement de la théorie du recul, alors à peine ébauchée dans les esprits.

En faisant à tous les points de la question que je traite, dans les comptes rendus de l'Académie, l'application de la physique, je m'expose à encourir le reproche fait aux écoles iatro-mécaniques; mais les seuls principes que je reconnaisse et qui me guident sont avant tout d'ordre relatif, et en définitive je ne tends qu'à substituer des théories plus ou moins exactes à des théories plus ingénieuses que fondées en réalité.

M. Bouillaud, négligeant dans sa théorie le rôle du liquide, fait dépendre le battement de la systole, comme nous, mais il l'attribue directement au redressement spiroïde de la pointe du cœur. M. Bouillaud, l'un des maîtres les plus savants dans la physiologie cardiaque, le premier cependant a accepté en grande partie et professé notre doctrine (voyez le *Moniteur des Hôpitaux*, février 1855). Le mouvement spiroïde, qui n'est qu'une variété de mouvement relatif, coïncide, dans l'un de ses temps, avec la translation totale; il peut la favoriser, par la forme qu'il donne au cœur, par la direction qu'il donne à la pointe; mais je n'ose encore me prononcer complétement sur cette question, que n'ont pu résoudre définitivement tant de savants prédécesseurs, à cause de l'extrême difficulté d'observer dans de bonnes conditions.

Remarquons cependant que le mouvement spiroïde, comme tout autre mouvement relatif, ne peut déplacer le centre de gravité que pour chercher un point d'appui, et de là, ainsi qu'il a été dit plus haut, ne saurait naître le battement contre la poitrine. Du reste, je m'en rapporte sur cette question à la haute impartialité dont le savant professeur de notre Faculté m'a donné d'éclatants témoignages.

On a cherché à relever une troisième théorie, qui, seule d'entre toutes les anciennes, a survécu; c'est la théorie du redressement de la courbure de l'aorte. Ce redressement, impossible par les liens du vaisseau, transformerait soudain cœur et vaisseaux en appareil continu, et rigide au point de transmettre un contre-coup au cœur entier; de là le battement.

Cette théorie, reprise par M. J. Béclard, qui l'emprunta aux Hunter et à Cénac, est encore aujourd'hui dépourvue de toute démonstration, et s'est constamment produite sous la forme d'une opinion. Nous avons également discuté cette doctrine, après l'avoir soumise à une expérimentation dont tous les résultats furent négatifs; et si personne ne conteste en principe la tendance au redressement de la courbure, personne, je pense, ne songera plus à démontrer l'hypothèse que je combats, réfutée qu'elle est par la théorie et par l'expérience.

En Allemagne, autant qu'en France, il a paru des théories qui se rapprochent plus ou moins de celle de Cénac; elles s'en distinguent peut-être en ce qu'elles ne sont pas même fondées en apparence, ne reposent sur aucun principe, et ne comportent, en conséquence, aucun examen.

Toutefois, ainsi que la théorie de l'impulsion diastolique et la théorie de Sénac, elles ont le mérite de tenir compte du liquide, c'est-à-dire de la moitié trop négligée des éléments de toute question relative à la circulation.

L'influence d'un mouvement de recul dans le battement a été contestée, dès que Gutbrod eut publié son opinion. Toutes les objections que nous avons rencontrées sur notre chemin se trouvent réfutées à l'avance par chacun des termes de notre théorème. Ces objections des Müller, des Valentin, etc., se produisent naturellement sous forme d'opinion, comme la théorie de Gutbrod elle-même, dénuée de toute démonstration, soit théorique, soit expérimentale.

Dans ce travail, j'ai démontré de plus que l'expérience de Valentin, consistant à couper la pointe du cœur qui continue à battre, est loin de prouver contre nous.

Enfin, je signale, en terminant, à l'attention des physiologistes, la locomotion des céphalopodes, qui donne une éclatante et vivante consécration à mon théorème.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales,

Par M. Chassaignac,

Chirurgien de l'hôpital La Riboisière.

Suite. — Voir les nos 100 et 101.

L'observation qu'on vient de lire se rapporte à l'un des faits les plus remarquables de notre collection. L'état général de l'économie au moment de l'opération était tout à fait mau-

vais, et l'infiltration œdémateuse des deux membres inférieurs, coïncidant avec des bruits anormaux dans la région du cœur, permettait de supposer l'existence d'une lésion valvulaire. Ce n'est donc pas sans un étonnement partagé par tous ceux qui ont suivi ce malade que nous l'avons vu recouvrer ses forces, l'embonpoint et la santé. La plupart des phénomènes graves observés chez lui tenaient à un état d'anémie, et, de plus, il existait à la surface du corps des manifestations nombreuses de l'atonie des tissus. Témoin les varices jambières, le varicocèle, les hernies.

Le succès obtenu chez ce malade donne lieu à cette conséquence : 1° que les pertes hémorrhoïdales et les souffrances dues à la présence d'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux peuvent plonger l'individu dans un état qui va jusqu'à simuler les lésions organiques; 2° que, tout désespéré que paraisse l'état d'un malade atteint de tumeurs hémorrhoïdales, il ne faut pas renoncer à l'opération, celle ci pouvant devenir le point de départ d'une amélioration tout à fait inattendue.

Il s'est présenté chez ce malade une circonstance qui n'a pas été notée dans l'observation, mais qui mérite d'être mentionnée d'une manière particulière : c'est l'existence d'un rétrécissement sur deux points de l'urètre. Ce double rétrécissement n'avait point été révélé par le malade, qui avait, du reste, l'habitude de se sonder. Or, voici ce qui arriva : le soir même de l'opération, le ventre se tuméfie énormément; des douleurs très-vives, une tension considérable de l'abdomen se déclarent. On croit à l'imminence d'une péritonite, Le lendemain, lorsque j'examine le malade à la visite du matin, la percussion me fait reconnaître que la vessie est énormément distendue. Je pratique le cathétérisme, et je trouve deux rétrécissements : l'un à trois travers de doigt du méat urinaire; l'autre au niveau de la portion membraneuse. Les accidents, qui avaient pris des proportions effrayantes, se calment promptement, et à partir de ce moment, rien ne vient entraver la guérison. Seulement le malade porte pendant quelque temps une sonde à demeure d'abord très-fine, puis assez volumineuse.

Les accompagnements d'une tumeur hémorrhoïdale volumineuse sont très-fréquents, et sont de plus d'un genre. Les uns peuvent être considérés comme des effets; les autres comme des causes de l'affection hémorrhoïdaire. Nous avons vu coïncider avec l'existence des bourrelets hémorrhoïdaux volumineux : 1° des fistules à l'anus; 2° des abcès à l'anus; 3° la fissure anale avec ou sans spasme du sphincter; 4° des dilatations ampullaires considérables du rectum; 5° des hernies abdominales, soit simples, soit multiples. Mais nous n'avons peut-être rencontré aucune complication aussi constante que celle qui s'observe du côté des voies urinaires. On peut être à peu près sûr que toutes les fois qu'il existe un bourrelet hémorrhoïdal volumineux, il y a quelque désordre plus ou moins notable, soit anatomique, soit fonctionnel, dans l'appareil génito-urinaire.

Parmi les troubles qui portent, tant sur l'état anatomique que sur l'état physiologique, il en est qui peuvent être considérés comme cause, d'autres comme effet, d'autres, enfin, comme cause et comme effet à la fois. Exemple : comme cause, on conçoit que, pour peu qu'il ait la moindre prédisposition hémorrhoïdaire, l'individu qui est affecté de rétrécissements chroniques et multiples, faisant journellement des efforts répétés et plus ou moins prolongés pour l'expulsion de l'urine, présente un état de congestion et de dilatation des veines du bassin, et particulièrement des veines hémorrhoïdales. Comme effet, nous avons noté l'hypertrophie de la vessie, la distension pathologique de cet organe et le ténesme vésical, par suite des dysuries plus ou moins passagères que présentent les sujets qui portent un bourrelet hémorrhoïdal volumineux et douloureux. Comme cause et comme effet à la fois, nous avons observé l'engorgement de la prostate. Il suffit, en effet, de la moindre réflexion pour comprendre que la congestion hémorrhoïdaire et les troubles vésicaux qu'elle entraîne donnent lieu à un état hypérémique du système vasculaire vésico-prostatique, état hypérémique dont l'effet est de disposer la prostate à l'hypertrophie. D'un autre côté, quand la prostate est devenue volumineuse, cet excès de volume produit un effet fâcheux sur la circulation en retour des veines hémorrhoïdales. Les hémorrhoïdes poussent à l'hypertrophie prostatique, l'hypertrophie prostatique aux hémorrhoïdes, et, dans ce renvoi mutuel d'influences, il y a aggravation des deux maladies l'une par l'autre C'est à ce titre que nous avons pu dire que les engorgements prostatiques pouvaient être considérés comme cause et comme effet dans les affections hémorrhoïdaires.

De ce que nous venons de dire touchant les concomitances des troubles urinaires et des hémorrhoïdes, il y a cette double conséquence à tirer : 1° qu'il ne faut jamais commencer le traitement d'une tumeur hémorrhoïdale, sans avoir constaté avec un soin particulier l'état de l'appareil urinaire; 2° que le traitement complet des tumeurs hémorrhoïdales comprend non-seulement la cure de la tumeur hémorrhoïdale en elle-même, mais aussi celle des affections urinaires concomitantes. Il y a même une considération particulière qui s'élève en faveur du cathétérisme préalable dans tous les cas d'opération dirigée contre les tumeurs hémorrhoïdales, et voici à quoi elle se rapporte.

Vous devez toujours vous attendre à ce que, quel que soit, au moment de l'opération, l'état des voies urinaires, quelque sain même que vous le supposiez, vous aurez très-probablement à recourir au cathétérisme. Or, on sait que, chez les sujets soumis à cette opération, surtout quand c'est pour la première fois, on voit survenir dans certains cas un frisson suivi de tout le développement d'un véritable accès de fièvre intermittente. Ce frisson, qui ne nous alarme pas beaucoup chez un sujet sur lequel il n'existe encore aucune suppuration, nous le redoutons vivement chez les opérés. Non-seulement il inquiète par l'incertitude où l'on est sur la question de savoir s'il ne serait point le frisson initial d'une infection purulente, mais, à tort ou à raison, nous avons la croyance que tout frisson intense qui survient chez un sujet atteint de plaie suppurante, constitue une prédisposition au développement des abcès métastatiques. C'est en vertu de cette manière de voir que nous nous sommes désormais imposé de soumettre à un cathétérisme préalable, dût-il ne consister que dans l'introduction d'une simple bougie, tout sujet destiné à être opéré d'une tumeur hémorrhoïdale.

Il y a, en résumé, dans l'emploi préalable du cathétérisme chez les sujets hémorrhoïdaires que l'on se propose d'opérer, le double avantage : 1° d'une exploration fort utile; 2° d'une sorte d'acclimatement ou de préparation des voies urinaires au contact de la sonde.

Observation VII. — *Tumeur hémorrhoïdale circulaire. — Emploi de l'érigne à ravivement. — Pédiculisation. — Ablation par écrasement linéaire. — Guérison au bout de treize jours.*

Dardelle, trente-trois ans, menuisier, est entré le 10 septembre 1854 à l'hôpital de La Riboisière, salle Saint-Louis, n° 30.

Il y a une dizaine d'années environ que ce malade, étant soldat en Afrique, s'aperçut qu'en allant à la selle il perdait du sang, puis, peu de temps après, qu'il avait des grosseurs à l'anus. Les hémorrhagies anales se répétèrent pendant un an, à des intervalles très-rapprochés, puis cessèrent durant quelque temps. Mais, il y a quatre mois, un écoulement de sang très-abondant se manifesta par l'anus en même temps que les tumeurs reparaissaient avec un volume plus considérable. Nouvel intervalle de deux mois pendant lequel le malade ne s'aperçut de rien. Réapparition des accidents il y a dix jours. C'est alors que Dardelle se décida à réclamer les secours de l'art. Notons qu'il n'y a jamais eu chez ce malade de suintement puriforme par l'anus.

A l'arrivée du malade, on constate au pourtour de l'orifice anal l'existence de deux tumeurs semi-circulaires, rénitentes, d'un rouge brun, assez douloureuses à la pression, et qui ne laissent pas suinter de sang. Le malade est habituellement constipé. L'état général est

bon. En ce moment il existe un écoulement urétral assez épais que le malade dit avoir contracté il y a quatre jours. La miction n'est pas douloureuse.

12 septembre. Le malade est conduit à l'amphithéâtre, après avoir pris le matin un lavement. Il est soumis aux inhalations de chloroforme, qu'il supporte assez difficilement, et l'on est obligé de lui faire inspirer une assez grande quantité de l'agent anesthésique. On introduit l'érigne à branches multiples à l'aide de laquelle les bourrelets sont amenés au dehors. On pédiculise les tumeurs au moyen de deux ligatures, puis on entoure les hémorrhoïdes au delà du fil constricteur avec la chaîne de l'écraseur, laquelle opère la séparation dans l'espace de huit minutes environ. Il ne s'est écoulé que quelques gouttes de sang. Il est bon de faire remarquer que l'opération a dû être un peu brusquée en raison des mouvements désordonnés du malade. Le pansement consiste dans une compression légère faite avec une pyramide de morceaux d'agaric. Le pansement est assez douloureux.

13. Bien; pas de suintement sanguin; la surface opérée est complétement sèche.

15. Même état; pas d'hémorrhagie. Le malade est allé à la selle sans grandes douleurs. On touche la plaie avec la solution de nitrate d'argent.

19. Pas de selles depuis trois jours; un bain.

20. Pas de garde-robes; lavement.

23. Il reste une petite surface traumatique grande comme une pièce de 50 centimes et qui fournit un léger suintement séreux. Le malade n'accuse aucune douleur. On le garde encore quelques jours pour s'assurer que la guérison est complète et définitive.

On voit, dans cette observation quelle est l'extrême simplicité des suites de l'écrasement linéaire dans le traitement des bourrelets hémorrhoïdaux. Notre confiance à l'égard de ces suites a plusieurs fois été telle, que nous avons parfois négligé, impunément il est vrai, des précautions dont il n'y a pas lieu de se dispenser et auxquelles nous ne manquons pas habituellement. Ainsi, chez un sujet atteint d'affection urétrale, avons-nous habituellement soin de traiter cette affection préalablement à toute opération sur les hémorrhoïdes.

OBSERVATION VIII. — *Bourrelet hémorrhoïdal circulaire. — Emploi de l'érigne à branches multiples. — Ablation par écrasement linéaire. — Guérison au bout de seize jours.* (Recueillie par M. Eugène Nélaton.)

Madame Horry, fabricante de capotes en baleine, demeurant rue Saint-Denis, 374, âgée de quarante et un ans, bien réglée, commença à éprouver, il y a six ans, un flux hémorrhoïdal qui dura, presque sans discontinuer, pendant cinq années consécutives, l'affaiblit beaucoup et la rendit anémique. Son médecin, M. le docteur Despréaux, parvint à suspendre les hémorrhagies pendant près d'une année à l'aide d'un traitement interne : pilules de ratanhia, de fer, etc. Mais depuis six semaines il s'est développé un bourrelet hémorrhoïdal saillant à l'extérieur, composé de quatre à cinq tumeurs arrondies, chacune de la grosseur d'une petite noix, se reliant entre elles par leur base, et qui sont le siége d'une exhalation sanguine assez abondante pour compromettre sérieusement la santé générale. C'est par suite de ces circonstances que la malade s'est décidée à l'opération.

Le 6 janvier 1855, on procède à l'extirpation du bourrelet par écrasement linéaire.

La malade est amenée à l'état de tolérance anesthésique au moyen du chloroforme. On commence par faire saillir autant que possible la tumeur en introduisant dans le rectum une érigne à branches multiples et l'implantant au niveau de l'anus par un mouvement de traction. Cela fait, l'écraseur est appliqué au-dessus de la tumeur et mis en jeu; une vive résistance est opposée à l'action de l'instrument par les tissus qui se gorgent bientôt de sang noir au-dessous du point de constriction.

Dans la crainte d'ouvrir une voie à l'hémorrhagie en sectionnant trop rapidement les tissus, et afin d'obtenir l'adhésion par mâchure des parois vasculaires artérielles et veineuses, on agit avec lenteur, et pour cela on ne fait avancer la crémaillère que d'un cran toutes les quinze secondes environ. De cette manière l'opération dure de vingt-cinq à vingt-six minutes.

La plaie presque linéaire résultant de l'opération ne donna pas une goutte de sang. Elle fut recouverte néanmoins de quelques rondelles d'amadou soutenues par des compresses et un bandage en T.

La dissection de la tumeur fit reconnaître qu'elle était constituée par la réunion d'un certain nombre de lobules qui tous, à l'exception d'un seul complétement œdémateux, offraient un lacis inextricable de canaux veineux de 3 à 4 millimètres de diamètre et à parois extrêmement minces. L'apparence bosselée de ces lobules leur donnait une ressemblance assez frappante avec les vésicules séminales; seulement les canaux, au lieu de communiquer, comme dans ces dernières, tous les uns avec les autres, étaient fréquemment interrompus par des cloisons, comme on pouvait s'en assurer en les ouvrant en divers points. On en retirait alors tantôt un caillot unique, rougeâtre et arrondi, occupant une cellule close de toutes parts, tantôt un caillot un peu plus allongé et présentant comme appendices d'autres petits caillots provenant de cellules voisines en communication avec la première par un assez petit orifice. La muqueuse qui recouvre la tumeur devient extrêmement mince vers le point culminant des bosselures, de sorte qu'il est à peu près impossible de la séparer en ce point du paquet veineux; en certains endroits, elle est même érodée et laisse à nu le tissu spongieux qu'elle recouvre, ce qui peut rendre compte de la transsudation facile du sang. Le lendemain de l'opération, 7 janvier, la malade dit avoir un peu souffert; il n'y a aucun écoulement sanguin par la plaie ; peu de fièvre ; point de selles.

8. En examinant la plaie, on s'aperçoit que les parois opposées du rectum ont contracté adhérence l'une avec l'autre; on introduit avec précaution le doigt pour faire casser cette agglutination, et aussitôt après la malade rend une selle.

10. La malade est toujours calme, sans douleur, sans fièvre.

12. Même état; peu d'appétit. Cependant, madame Horry prend des bouillons et des potages depuis quelques jours. Elle se lève plusieurs heures pendant la journée.

22. L'appétit est revenu. La malade commence à reprendre ses occupations habituelles, bien qu'elle n'ait pas encore recouvré toutes ses forces. Elle ne se plaint d'aucune douleur du côté de l'anus, si ce n'est une cuisson légère qui se manifeste au moment des garde-robes. Quoi qu'il en soit, la guérison peut dès aujourd'hui être considérée comme complète.

Dans les premiers jours de février, la santé de la malade est complétement rétablie. Les selles s'effectuent avec facilité. La cicatrice est peu étendue, solide. Il n'y a pas de rétrécissement.

L'observation qu'on vient de lire constitue un document d'un grand intérêt dans l'histoire de l'écrasement linéaire. Nous devons donc mettre en lumière, à son occasion, certaines particularités dont il importe de tenir compte.

Nous avons mentionné déjà plusieurs fois le fait si curieux de la réunion primitive fort solide qui s'établit entre les parois de l'intestin rectum chez les sujets qui ont subi l'ablation totale d'un bourrelet hémorrhoïdal circulaire. Chez quelques sujets, l'occlusion n'est pas tellement complète qu'il ne puisse s'échapper des gaz dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération. Chez ces opérés, les phénomènes de distension du ventre ne sont pas très-prononcés, mais chez la malade qui fait le sujet de cette observation, l'occlusion fut absolue, et le lendemain il y avait un météorisme qu'il était urgent de faire cesser, lorsque nous arrivâmes près de la malade. Nous croyons donc que, dès le lendemain de l'opération, il est indispensable de s'assurer de la perméabilité de l'intestin, sous peine de voir survenir quelques accidents. Peut-on se contenter de ce simple décollement? Doit-on, sur-le-champ, mettre une mèche? C'est là un point sur lequel des observations ultérieures pourront seules nous édifier. Du reste, nous ne parlons ici que des phénomènes d'occlusion qui succèdent immédiatement à l'opération; car c'est une des choses vraiment remarquables du procédé opératoire auquel nous avons recours que l'absence complète de tout rétrecissement ultérieur durable. C'est là, il faut le dire, l'une des grandes supériorités de l'écrasement sur la cautérisation.

Toutes les personnes qui ont vu pratiquer l'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux par notre procédé sont frappées d'un contraste bien remarquable, quand elles mettent l'absence de toute perte de sang ou l'exiguïté de ces pertes en regard de cette espèce d'éponge sanguine dont il semble que le sang va ruisseler de toutes parts, au moment où la tumeur, attirée par l'érigne à branches multiples, s'épanouit en un énorme champignon dont les mamelons, plus gros que le pouce, ressemblent à des cotylédons placentaires.

Dans de pareilles conditions, il n'est guère de chirurgien, si osé qu'on le suppose, qui ne recule devant l'idée de porter l'instrument tranchant sur une pareille masse vasculaire. On comprend dès lors combien est grave le traitement opératoire d'une tumeur semblable par toute autre méthode que par celle dont il s'agit en ce moment.

Parmi les observations que nous possédons, il en est peu qui s'élèvent plus hautement en faveur de l'opération que l'observation précédente, si l'on a égard à l'énorme développement du bourrelet hémorrhoïdal, à la simplicité de l'opération et de ses suites, et à la rapidité de la guérison.

Observation IX. — *Tumeur hémorrhoïdale circulaire compliquée de chute du rectum. — Application de l'érigne à branches multiples. — Opération par écrasement linéaire. — Guérison.* (Recueillie par M. Parisot, interne des hôpitaux.)

Wartet (Emilie), soixante-huit ans, demeurant à Montmartre, rue Sainte-Marie, 6, entre le 12 septembre 1854 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marthe, 22.

16. Septembre. Cette femme, autrefois d'une bonne santé, cessa d'être réglée à l'âge de trente-six ans. Il y a dix ans, elle commença à perdre du sang deux ou trois fois par mois, dans la proportion d'un à deux verres chaque fois, en allant à la selle. Il y a quatre ans, à Dunkerque, fièvre intermittente quotidienne coupée par le sulfate de quinine.

Depuis huit mois, douleurs au fondement, surtout pendant et après la défécation.

Il y a six mois, apparition à l'anus d'une tumeur sortant au moment des garde-robes, rentrant sous l'influence du séjour au lit, diminuant de volume dès que du sang avait été expulsé. Ces pertes de sang ont encore lieu maintenant par petites quantités, mais tous les jours. Depuis huit mois environ, teinte jaune-paille très-prononcée du visage, sans coloration ictérique des sclérotiques, qui paraissent un peu amincies. Perte des forces, refroidissement facile des extrémités. La malade s'essouffle et est prise de palpitations dès qu'elle fait un effort quelconque. Appétit capricieux. Quatre pillules d'extrait de mou de quinquina et six pilules de proto-iodure de fer. Bruit de souffle intermittent, doux, mais très-intense, aux vaisseaux du cou.

Etat actuel : Il existe au pourtour de l'anus un bourrelet circulaire volumineux et dont le volume augmente encore quand on fait faire à la malade des efforts de défécation. Ce bourrelet est composé de deux portions également circulaires et toutes deux mamelonnées, l'une externe et cutanée, l'autre centrale ou muqueuse. Le bourrelet muqueux est ulcéré en quelques points ou il est le siége d'un suintement séro-sanguinolent qui tache le linge. Mais aujourd'hui, 19 septembre, la tumeur, comparée à ce qu'elle était avant que la malade se reposât à l'hôpital, est moins volumineuse, moins tendue, un peu flétrie, à peine saignante. La pression n'y réveille pas de douleurs. Le doigt, introduit dans le rectum, reconnaît que cette tumeur a la forme d'une virole faisant saillie dans l'intestin, haute partout de 4 centimètres et demi, qu'elle est peu dure, sa consistance étant à peine supérieure à celle de la portion des parois du rectum sur laquelle elle siége. Au-dessous de cette tumeur on sent les battements d'une ou deux artères. Cette exploration est à peine douloureuse. Le rectum est mobile, non adhérent au tissu cellulaire des fosses ischio-rectales. Selles normales, mais suivies de douleurs dans le côté droit du fondement.

Le 20 septembre, la malade, ayant été amenée par le chloroforme à l'état de tolérance anesthésique, est placée comme pour l'opération de la fistule anale. L'opérateur plonge dans le rectum l'érigne à branches multiples, il en écarte les crochets et attire au dehors, avec une grande facilité, la tumeur solidement saisie. On essaie alors de porter une forte ligature sur la base de la tumeur pour étreindre et pédiculiser de la sorte toute la partie saillante de celle-ci, afin d'appliquer plus facilement ensuite l'écraseur. Mais, bien que l'on attire fortement au dehors l'érigne à branches multiples, la ligature pince les crochets de cette érigne en même temps que les tissus à isoler. On renonce donc à cette ligature préalable, et attirant de nouveau l'érigne et la tumeur au dehors on étreint dans l'anse métallique de l'écraseur toute la base de cette dernière. On pousse cette anse aussi haut que possible; on la resserre graduellement en faisant avancer la crémaillère d'un cran chaque demi-minute environ; on parvient d'abord à isoler complétement la tumeur, laquelle se trouve à ce moment lisse, tendue, violacée, toujours composée d'une portion de peau et d'une partie muqueuse. On détache l'érigne devenue inutile, puis, continuant à serrer l'anse, on obtient la section complète de la virole rectale. Douze à quinze minutes ont suffi pour faire cette opération, pendant laquelle il s'est écoulé à peine quelques gouttes de sang.

La malade, grâce au chloroforme, n'a nullement souffert. La plaie est fort nette, presque linéaire, à peine saignante. Elle a la forme d'une circonférence qui circonscrit l'anus. Cette plaie étant bien lavée, un petit cône formé de rondelles d'amadou superposées et unies par un fil placé dans l'axe du cône est introduit dans l'anus et sert à tamponner le lieu de la section; il est maintenu en place par un épais gâteau de charpie, des compresses et un bandage contentif assez fortement serré. La malade, portée à son lit, prend une potion avec l'extrait de ratanhia; bouillons, potages.

Examen de la tumeur extirpée.— Elle se compose de deux parties, l'une superficielle, formée par la peau très-nettement sectionnée; l'autre interne, formée par la muqueuse qui a été arrachée inégalement plutôt que sectionnée. Entre la muqueuse et la peau existe un tissu cellulo-adipeux assez abondant, un peu épaissi. L'examen à l'œil nu montre que évidemment la tumeur enlevée n'est pas autre chose qu'une portion de la muqueuse rectale prolapsée et accompagnée d'ampoules hémorrhoïdales. L'examen microscopique fait par M. Broca confirme cette donnée et ne montre dans la pièce aucun mélange d'éléments soit épithéliaux, soit fibro-plastiques, soit cancéreux proprement dits, etc. Il y a plus de peau enlevée que de muqueuse. Cette peau lobulée, mamelonnée, présente des circonvolutions ayant pour la forme beaucoup de ressemblance avec les circonvolutions du cervelet. Ce cylindre a 2 centimètres de hauteur. La muqueuse présente, outre la déchirure produite par l'opération, quelques points ulcérés. Dans le tissu cellulaire qui sépare la peau de la muqueuse, tout près de cette dernière membrane, se voient des renflements veineux en tout identiques à ceux qu'on trouve dans l'intérieur des tumeurs hémorrhoïdaires. Il n'y a aucune trace de fibres musculaires indiquant que le sphincter anal aurait été détruit.

Après l'opération, la malade éprouve une douleur cuisante qui dure une heure environ et s'apaise ensuite au point de devenir très-facilement supportable. Toute la journée se passe sans fièvre, sans le moindre suintement sanguin.

Le 21 septembre, même état satisfaisant.

Le 22, on renouvelle le pansement; la plaie n'est ni enflammée, ni douloureuse, pas de fièvre.

Le soir, le ventre est ballonné et douloureux. On enlève de nouveau le pansement, la malade voulant aller à la garde-robe. Pas de selles, pas d'écoulement sanguin. Le pansement est rétabli.

Le 23, le ballonnement douloureux du ventre persiste. Cataplasmes sur l'abdomen. Un lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale est donné avec précaution. Ce lavement purgatif n'a pas été rendu. On administre une douche intestinale. Cette douche entraîne quelques matières fécales, mais elle est très-douloureuse. La plaie est lavée ensuite avec de l'eau tiède additionnée d'alcool camphré, puis on y applique une solution de nitrate d'argent, et le pansement avec l'agaric est encore rétabli. Quelques heures après, la malade a eu une selle suivie d'un soulagement marqué et de la disparition de la tympanite. Pas le moindre mouvement fébrile.

Les jours suivants, l'amélioration continue. Ni fièvre, ni douleurs. Une selle chaque jour. Retour de l'appétit, bonnes digestions. On continue le pansement à l'amadou. La malade garde le lit.

Le 28 et les jours suivants, la malade se lève. Le souffle carotidien et les palpitations ont presque disparu. Le teint est moins jaune. Cette femme a complétement cessé de perdre du sang par l'anus depuis l'opération. Elle reprend des forces. La plaie, touchée de temps à autre avec la solution de nitrate d'argent, puis pansée à l'amadou, n'est le siége d'aucune douleur. Elle est rose, couverte de bourgeons charnus très-réguliers, et n'a jamais fourni que très-peu de suppuration. A son centre est un orifice étroit qui représente l'anus; le doigt indicateur peut y pénétrer en forçant un peu le passage, ce qu'on fait tous les deux ou trois jours, pour éviter un rétrécissement. Selles quotidiennes et faciles.

Le 3 octobre, un peu de constipation; lavements suivis de garde-robes.

Du 3 au 6, santé parfaite.

Les 6 et 7, envies fréquentes d'aller à la selle, mais pas de garde-robes, pas de diarrhée. Aucune incontinence de matières fécales.

Le 14, la plaie d'opération est à peu près cicatrisée. Quelques douleurs en allant à la garde-robe.

Le 16, le doigt ne peut franchir que difficilement l'anus, arrêté qu'il est par l'anneau cicatriciel qui circonscrit cet orifice. La plaie est complétement cicatrisée.

Les jours suivants, la rétraction de la cicatrice augmente encore. A partir du 19 octobre, on y remédie en dilatant l'extrémité inférieure du rectum au moyen de mèches laissées à demeure, et dont on augmente graduellement le volume.

Du 1er au 13 novembre, l'anus est toujours un peu rétréci ; au lieu d'être arrondi, il offre une forme linéaire, vulvaire pour ainsi dire, circonstance due au développement légèrement hypertrophique de la cicatrice, laquelle forme un relief marqué au-dessus du niveau de la peau. La défécation se fait sans effort, mais il y a toujours des envies assez fréquentes d'aller à la garde-robe. Les matières fécales sont globuleuses et petites. Continuation des mèches.

Quelques jours après, on néglige une seule fois d'introduire un corps dilatant, et le lendemain la coarctation inodulaire tend à reparaître. Introduction du doigt indicateur. Les mèches sont continuées avec régularité.

Le 26 décembre 1854, l'anus a repris de la souplesse ; mais on reconnaît que la dilatation est encore nécessaire pour maintenir cet état. Si, un doigt étant introduit dans le rectum, on engage la malade à serrer, on sent que ce doigt est étreint par la contraction du sphincter. Les selles sont tout à fait normales. Disparition complète des bruits vasculaires du cou et des palpitations. La teinte jaune de la peau existe encore, mais à un degré beaucoup moindre. La malade a recouvré ses forces et la santé. Elle prend toujours des pilules de fer et de quinquina ; elle continue l'usage des mèches. Bientôt celles-ci sont inutiles, la défécation redevient complétement normale, et la malade sort parfaitement guérie dans le courant de janvier 1855.

Si quelque chose peut donner l'idée de l'innocuité d'une méthode opératoire, c'est assurément ce qui s'est passé dans l'observation que nous venons de rapporter.

L'âge avancé de la malade, soixante-huit ans, la longue durée des accidents hémorrhoïdaires, l'état de dépérissement profond dans lequel était tombée cette femme, eussent contre-indiqué formellement, pour nous du moins, l'emploi de toute méthode qui eût donné lieu au traumatisme que supposait l'ablation d'une pareille tumeur par tout autre moyen que l'écrasement. Il en eût été de même de tout procédé qui eût donné lieu à des douleurs vives ou prolongées, à une suppuration abondante ou durable, en un mot à tout ce qui pouvait causer un ébranlement notable sur une organisation aussi débilitée.

Grâce à l'écrasement et à l'état de tolérance anesthésique obtenu pendant toute la durée de l'opération, il nous a été possible d'éviter tout accident fâcheux.

Si nous résumons comme dans une sorte de tableau les principaux accidents survenus sous l'influence des flux hémorrhoïdaux répétés, chez la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, nous voyons que ces pertes de sang ont eu pour effet d'amener la diminution grogressive des forces, la teinte jaune-paille très-prononcée du visage, le refroidissement facile des extrémités, les palpitations au moindre exercice, la dépravation de l'appétit, des bruits de souffle dans les carotides, en un mot un état général qu'on pourrait qualifier à bon droit de cachexie hémorrhoïdaire.

Pour saisir des bourrelets hémorrhoïdaux circulaires et plus ou moins glissants, l'érigne à branches multiples est assurément le moyen qui agit de la manière la plus sûre et la plus complète ; mais l'on peut voir par la lecture de l'observation précédente que l'emploi d'une ligature pour la formation du pédicule est un moyen accessoire auquel nous ne négligeons jamais de recourir.

Ce moyen pourrait paraître superflu en ce sens que la chaîne de l'écraseur semble être à elle seule un élément plus que suffisant pour former le pédicule de la tumeur. C'est là une erreur, et voici en quoi la ligature préalable est utile et même indispensable. On a vu, dans l'observation qui précède, qu'au moment où cette ligature avait été appliquée, on avait bien vite reconnu qu'elle avait compris dans son anneau une des branches de l'érigne multiple. Couper cette ligature et en réappliquer une seconde fut l'affaire d'un instant. Mais supposer qu'au lieu de la ligature préalable on eût appliqué d'emblée la chaîne à écrasement ; n'est-il pas évident qu'on eût brisé l'un des crochets, ce qui eût amené de sérieuses difficultés pour terminer l'opération. La ligature préalable est donc utile pour former le pédicule. Elle est indispensable comme moyen de vérifier que les crochets de l'érigne multiple ne seront point compris dans la chaîne de l'écraseur.

Un élément important à noter dans l'appréciation de la valeur comparative des diverses méthodes, c'est la durée de la douleur consécutivement à l'opération. Généralement, nous avons constaté que dans la première heure qui suit l'opération il existe des douleurs assez vives, mais bientôt elles s'apaisent, et font place alors à un calme complet. Il est loin d'en être ainsi après la destruction des hémorrhoïdes par le fer rouge.

La cautérisation par le caustique occasionne aussi des douleurs beaucoup plus prolongées que celles produites par l'écrasement, et il est facile d'en comprendre la raison. En effet, quelque soin qu'on mette à prévenir la diffusion du caustique, il est très-rare qu'une petite quantité de celui-ci ne s'étale pas sur les parties de la muqueuse avoisinant le lieu précis de l'opération, et alors les malades éprouvent une cuisson qui se prolonge au moins pendant plusieurs heures. Du moins c'est là ce que nous avons conclu de nos propres observations et de celles qui appartiennent à d'autres chirurgiens. On voit en effet, dans l'une des observations de M. Amussat, que le malade dut séjourner dans un bain excessivement prolongé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Université d'Édimbourg. — M. le docteur Alison, professeur de pathologie interne à *Édinburgh University*, vient de donner sa démission pour des motifs de santé. En acceptant cette démission, le conseil supérieur de la ville d'Édimbourg a exprimé des regrets unanimes et a décidé que M. Alison deviendrait professeur émérite et jouirait, par conséquent, d'une retraite qui lui sera faite par le sénat académique.

Nous ne saurions trop louer le désintéressement du professeur qui privé par la maladie de l'activité nécessaire à un bon enseignement, n'hésite pas à descendre volontairement de sa chaire, et à demander un successeur dans l'intention des élèves, avant même de savoir si on lui fera une retraite. Cet acte est d'autant plus méritoire qu'il est plus rare. Ce sera, sans doute, l'objet des méditations de plusieurs maîtres, très-vénérables d'ailleurs, qui ont eu autrefois de légitimes succès, mais qui ont fini, comme l'archevêque de Tolède, par perdre quelques-unes des précieuses facultés qui rendirent leur parole si instructive pour nos pères. Nous doutons cependant que M. Alison ait beaucoup d'imitateurs en France où il n'y a malheureusement aucune institution semblable à celle des professeurs émérites d'Édimbourg.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Pieraggi et Jubiot, médecins-majors ; Japhet, Mannet, Mongrand, Arnaud, Berenguier et Margain, chirurgiens de marine.

— M. le Ministre de la guerre a arrêté ainsi qu'il suit la composition des trois jurys qui doivent se réunir simultanément, le 16 de ce mois, à Paris, à Strasbourg et à Montpellier, pour les concours que nous avons annoncés. (Voir nº 31.)

Paris. — M. Maillot, président, MM. Hutin et Larrey ; M. Tripier, pharmacien.

Strasbourg. — M. Michel Lévy, président, MM. Scoutetten et Antoine ; M. Dieu, pharmacien.

Montpellier.—M. Vaillant, président ; MM. Goffres et Gaudineau ; M. Fournez, pharmacien.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 103. 3e année. Mercredi 29 Aout 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Recherches sur les effets des cautérisations de la poitrine dans l'asphyxie et quelques autres genres de mort apparente accidentelle.

Par M. le docteur FAURE.

(*Lu à l'Académie des sciences.*)

Des procédés nombreux ont été employés contre l'asphyxie qui résulte ou de l'introduction dans la poitrine des gaz irrespirables, ou d'un arrêt mécanique de la respiration. Ces moyens, empruntés aux ordres d'idées les plus contradictoires, ont été appréciés très-diversement, et on est loin d'être fixé sur leur valeur absolue ou comparative.

Cependant les cas d'asphyxie sont de ceux qui réclament une sûre et rapide décision, il suffira souvent de quelques minutes pour décider de la vie ou de la mort, et des tâtonnements indécis peuvent, en faisant perdre du temps, laisser échapper une dernière chance de salut.

J'ai pensé entreprendre un travail profitable en soumettant au contrôle de l'expérimentation les procédés usités de manière à apprécier leur degré d'utilité et à établir entre eux une subordination fondée sur des faits C'est le résultat de ces expériences que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie. Je dois dire d'abord que j'ai écarté tous les essais qui exigent des appareils considérables et d'un difficile entretien, tous ceux pour lesquels la main d'un opérateur exercé est indispensable, et, enfin, tous ceux qui, à côté d'un avantage supposé par des vues théoriques, offrent des dangers certains. Il m'a paru que la première condition que dût remplir une méthode de thérapeutique propre à combattre l'asphyxie, c'était d'être assez simple pour que les éléments matériels de son exécution se rencontrassent partout, et d'une telle innocuité qu'on pût sans trop d'appréhension la confier à des assistants inhabiles. Le nombre des moyens à expérimenter s'est trouvé ainsi singulièrement réduit, il l'a été encore plus dans le cours des expériences.

Les animaux que j'asphyxiais étaient renfermés dans une petite pièce disposée de façon à rendre possible et facile l'observation de chaque instant, et ils étaient, autant que faire se peut, placés dans des conditions identiques à celles où succombent les individus qui périssent par les vapeurs du charbon. J'ai suivi ainsi l'asphyxie degré par degré depuis le premier malaise jusqu'à la mort. En soustrayant les animaux des expériences à l'influence du milieu asphyxiant pour les replacer à l'air libre à différentes périodes, j'avais la mesure de la curabilité à des degrés plus ou moins avancés; en appliquant à chacune de ces périodes les divers secours dont on a conseillé l'usage, j'avais la mesure de leur efficacité relative, et en même temps de leur action comparée aux simples efforts de la nature.

Ces premières expériences m'ont conduit à des conclusions peu satisfaisantes; elles m'ont confirmé l'opinion souvent émise que les moyens propres à rétablir la chaleur et à exercer sur le système nerveux une vive réaction réussissent dans les asphyxies très-incomplètes à la condition d'être continués avec une grande persévérance, elles m'ont démontré de la manière la plus positive que ces moyens sont presque toujours impuissants quand l'asphyxie est portée assez loin pour que la mort soit vraiment imminente.

J'en étais là, quand un cas d'asphyxie des plus graves vint se présenter à mon observation. Après avoir employé sans résultat les procédés dont l'expérience m'avait prouvé l'insuffisance, j'eus recours à une méthode de cautérisation non encore pratiquée et dont l'effet a été de rappeler la malade à la vie.

Voici le fait :

Le 4 février 1855, une jeune fille s'était asphyxiée volontairement. Je la trouvai inanimée, pâle, insensible; sa respiration était à peine saisissable, les battements du cœur très-faibles ne se faisaient entendre qu'à de rares intervalles, le pouls était nul dans toute l'étendue du corps.

La saignée, les affusions froides, la titillation des narines avec une plume, l'irritation des voies respiratoires par des vapeurs sulfureuses, les sinapismes, la flagellation, la respiration artificielle, tout resta inutile. J'appliquai des fers à repasser presque chauffés au rouge sur les membres inférieurs; il en résulta de profondes escarres, mais la malade ne bougea point. Deux heures s'étaient écoulées, ayant épuisé sans aucun succès tous les procédés ordinairement en usage, près de perdre tout espoir, je cautérisai le haut de la poitrine avec la pointe du fer; je touchai ainsi successivement le dessous des clavicules, les aisselles, les espaces intercostaux, etc., etc. Elle resta d'abord inerte, mais après deux minutes, les doigts s'étendirent en s'écartant, les mains, jusque-là appliquées contre le corps, s'ouvrirent; bientôt elles se portèrent en avant en s'agitant, comme pour repousser quelque chose. Si faible que fût ce succès, il me parut significatif, la croyant sauvée je quittai les cautérisations; quelques instants après elle était retombée dans le même état. Je recommençai, le résultat fut plus marqué encore, elle fit un mouvement, ouvrit les yeux, leva la tête et poussa un faible cri. Cependant comme j'avais cru pouvoir m'arrêter, je la vis de nouveau plongée dans un état aussi grave que celui dont je venais de la tirer; je recourus une troisième fois au fer rouge, et je continuai à la cautériser malgré sa résistance que j'eus enfin le bonheur de voir devenir énergique. Quand je fus assuré que la sensibilité se réveillait définitivement; tout en persistant à la cautériser, je la flagellai avec un martinet à plusieurs lanières. Il était sept heures et demie du soir; épuisé de fatigue, je fus forcé de m'arrêter. Mais M. Dourlans, commissaire de police, qui avait été témoin de ces manœuvres, comprenant de quelle importance il était pour le salut de cette femme de ne pas interrompre un instant son traite-

ment, fit rester auprès d'elle un agent, avec ordre d'agir comme il m'avait vu faire. Plusieurs fois, en effet, elle s'assoupit ; dans la nuit je fus rappelé auprès d'elle ; ce ne fut que trente-huit heures après l'accident qu'elle était entièrement revenue, ne se souvenant ni des brûlures ni des coups.

Encouragé par un si notable succès, j'ai repris de nouvelles expériences afin de rechercher si les résultats obtenus étaient dus à des conditions accidentelles, ou si l'ensemble des moyens que j'avais employés était de nature à constituer enfin un mode de secours applicable à toutes les asphyxies graves. Ces expériences m'ont conduit aux faits les plus concluants. Elles me permettent surtout d'établir les propositions suivantes :

1° Après l'asphyxie, les cautérisations du thorax provoquent constamment une réaction tant qu'il reste une ombre de souffle. Je les ai vues rappeler la vie dans les cas de mort apparente les plus graves. Je n'ai jamais réussi, il est vrai, chez les animaux dont le cœur avait cessé de battre entièrement, mais j'en ai ranimés chez lesquels les mouvements de cet organe étaient tombés relativement à l'état normal dans la proportion de 3 à 7,50, état qui, lorsqu'il coïncide avec une extrême faiblesse, est le plus voisin de la mort.

2° La sensibilité va en s'éteignant des extrémités du corps vers le centre : elle revient, au contraire, des parties centrales vers les extrémités. Très-souvent, et ainsi qu'on l'a vu dans l'expérience précédente, le fer rouge peut rester pendant un temps illimité sur les parties inférieures sans donner lieu au moindre signe de sensibilité, tandis qu'il suffit d'une application de quelques secondes sur la région thoracique supérieure pour provoquer bientôt des mouvements énergiques. Chez mademoiselle S..., cette particularité était des plus remarquables; après quatre ou cinq applications du fer les mouvements du thorax se développaient, et ce n'est que lorsqu'ils avaient acquis une certaine ampleur que les bras et les jambes devenaient sensibles. On ne saurait trop insister sur l'importance de ce fait, car il démontre toute l'inutilité des efforts que l'on dirige vers les extrémités inférieures dans les cas d'asphyxie et dans les autres genres de mort apparente accidentelle, et tout l'avantage que l'on trouverait, au contraire, à agir de suite sur la région qui seule est restée excitable.

3° L'aptitude à ressentir la douleur est nulle tant que le sujet reste exposé à la cause qui a attenté à sa vie.

4° L'asphyxie a une très-grande tendance à reparaître alors même qu'elle semble le plus entièrement dissipée, souvent la mort surprend les individus au moment où depuis longtemps on les croyait hors de tout danger.

Dans l'histoire de l'asphyxie, il ne manque pas de faits semblables. Aussi, dans les cas graves, est-il important de persister dans le traitement et d'exercer une surveillance des plus attentives sur les malades longtemps même après leur plus complet rétablissement. Un chien m'a offert, sous ce rapport, un exemple des plus remarquables.

5° Ce n'est jamais une manifestation de douleur qui apparaît comme premier symptôme des cautérisations de la poitrine, mais une série de mouvements musculaires dont la conséquence est, en définitive, l'élargissement du thorax. Les signes de douleur ne se montrent que lorsque la respiration et la circulation sont rétablies au moins jusqu'à un certain point. Il semble, en un mot, que dans ces circonstances, l'organisme exige une quantité déterminée d'excitations pour sortir de son état de torpeur.

On ne peut jamais affirmer qu'un individu serait mort dans une circonstance donnée, si on ne lui eût appliqué tel ou tel genre de secours, mais sans préjuger de la valeur absolue d'un traitement, on peut toujours, en raison de ses effets immédiats, admettre qu'il sera plus ou moins puissant dans telle ou telle condition.

Après avoir reconnu d'une manière aussi positive l'efficacité des cautérisations dans l'asphyxie, je me suis demandé si l'on n'en pourrait pas étendre l'usage à tous les cas où la mort est causée par une lésion accidentelle des fonctions respiratoires, telles que : la strangulation, la pendaison, l'étouffement sous les décombres, dans les foules, la submersion, etc., etc. Enfin, j'ai étudié leurs effets dans quelques cas d'empoisonnement, particulièrement ceux qui sont dus à l'opium à haute dose et au chloroforme. Ces expériences qui ne m'ont laissé aucun doute, perdraient, je crois, à être rapportées seulement d'une manière sommaire et incomplète, mais elles seront publiées dans un autre travail. Je ne citerai qu'un seul exemple :

J'avais constaté la puissance des cautérisations dans les cas de mort apparente par la strangulation, je voulus savoir ce que l'on en pourrait attendre dans ces cas où la vie est tout à coup compromise par le fait d'une compression violente et invincible de la poitrine, comme cela se présente si souvent dans les éboulements, ou quand des individus sont écrasés en quelque sorte sous des décombres ou dans une foule.

Observation. — Je choisis un chien dogue de la plus forte taille, je plaçai une planche sur chaque côté et de toute la longueur du tronc, et au moyen de deux cordes solides munies d'un tourniquet je pus porter la constriction au plus haut degré. L'animal, comme on peut bien le présumer, se défend d'abord avec énergie, il se jette sur moi, saute en l'air, se précipite contre le mur et fait entendre, malgré sa muselière, un grognement sourd. Pendant trente minutes alternativement il se débat avec fureur ou il reste accablé, enfin il tombe et ne se relève plus, une assez grande quantité de sang écumeux s'échappe de ses narines, ses yeux sont tout grand ouverts, c'est à peine si un léger mouvement dans la poitrine vient de temps à autre indiquer qu'il lui reste un souffle d'existence. L'anesthésie est entière, je puis impunément laisser un fer rouge sur différentes parties du corps et même, quand j'applique cet instrument sur la poitrine, il se passe près d'une minute avant qu'il n'apparaisse aucun signe de sensibilité, puis quelques contractions très-vagues se dessinent, elles deviennent plus fortes à mesure que je persiste ; bientôt les côtes se déplacent, les parois thoraciques se meuvent, et je vois toute la respiration sortir lentement du profond anéantissement où elle était tombée.

Dans aucune des expériences, je ne fus autant que dans cette dernière à même de constater la puissance des cautérisations : l'animal ne revint à lui que progressivement et avec effort, chaque fois que j'appliquais le fer sur sa poitrine la respiration s'accélérait, souvent même il poussait un gémissement, mais il restait immobile, évidemment il avait la sensation mais non le sentiment du mal. Enfin, il fit quelques efforts pour échapper à la douleur, et il se rétablit si bien que la nuit suivante il rompit sa corde, cassa un carreau et s'échappa.

Il faut le dire, rien n'est plus fait pour donner une idée de la confusion où se trouvent les facultés intellectuelles dans cet état que la contenance de l'animal que l'on cautérise; il se débat, s'agite dans tous les sens en poussant des cris, souvent il se jette lui-même contre le fer rouge, quelquefois il le saisit avec ses dents et le serre fortement.

La succession des phénomènes observés rend assez bien compte du mode d'action des cautérisations. En appliquant aux membres le cautère actuel le plus énergique, on ne détermine pas la moindre réaction ; en l'appliquant à la poitrine, on ranime la vie qui s'éteint; toute la puissance du remède dépend donc de sa localisation.

Enfin, par un avantage qu'on ne saurait trop apprécier ici, rien de plus simple que l'exécution de ce traitement, il ne demande aucune connaissance médicale ; du courage et de la persévérance suffisent.

Un morceau de métal est chauffé fortement, sa forme n'est pas déterminée, il suffit qu'il s'y trouve un bord mince et une surface, un fer à repasser, une pelle à feu, un marteau, etc.; à défaut même de ces objets, on pourrait en attendant prendre des charbons allumés comme paraît avoir fait M. de Confreron.

Les cautérisations portent en haut de la poitrine et sous les aisselles, sur le trajet des quatre ou cinq premières côtes et dans les espaces qui les séparent, alternativement à droite

et à gauche, elles se succèdent rapidement et coup sur coup.

On commence, pour éprouver la sensibilité, par appliquer légèrement le bord ou la pointe de l'instrument en décrivant des lignes de 3 ou 4 centimètres de longueur, mais si cela est nécessaire, augmentant la puissance du moyen, en raison de la résistance du mal, on n'hésite pas à appuyer fortement et avec une large surface. J'ai vu très-souvent une cautérisation profonde et large obtenir un résultat qui avait échappé jusque-là, malgré les applications réitérées mais plus faibles.

D'une manière générale on devra multiplier les cautérisations plutôt que d'insister trop fortement sur chacune d'elles, mais il faut s'attendre, dans les cas graves, à avoir de nombreuses et fortes cautérisations à faire avant d'obtenir les premières manifestations.

Quand l'asphyxié a donné quelques signes de sensibilité, son salut dépend presque toujours du degré de persévérance que l'on apportera dans le traitement. Il faut se rappeler que l'état morbide, quel qu'il soit, a pris dans l'économie un droit de résidence fixe qu'il ne cède jamais immédiatement et qu'il est toujours prêt à ressaisir. On ne peut le vaincre que par une de ces luttes qui puisent leur force bien plus dans l'obstination du traitement que dans sa rigueur; ici, une longue et active patience l'emporte forcément sur une énergie impétueuse et par cela même temporaire. Aussi, loin de s'arrêter aux premiers signes de sensibilité, et quels que soient les cris de douleur, on devra persister longtemps à irriter le malade par des brulûres, et quand la poitrine agira avec ampleur on devra les étendre à toutes les parties du corps.

Une fois assuré d'avoir réveillé la sensibilité dans les membres, il faudra recourir à la flagellation, c'est de tous les moyens d'excitation celui qui mérite la préférence : on peut à volonté augmenter ou diminuer instantanément sa puissance, elle ne laisse que des traces passagères et ne porte aucune atteinte à l'organisme; enfin, loin de perdre de son énergie par l'emploi, elle en acquiert davantage à chaque instant, car les coups portant sur des parties déjà meurtries ne sont que plus douloureux. Quelques lanières de cuir, un martinet, des cordes, une poignée de verges flexibles ou d'orties fraîches suffisent parfaitement; on frappe à coups redoublés sur toute la surface du corps et avec le plus de force possible, en se souvenant que plus on provoque d'efforts et d'agitation mieux on assure le retour à la vie. Sachant enfin combien il serait dangereux de s'arrêter aux signes les plus évidents du rétablissement, on devra pendant les premières heures s'opposer à toute tendance au sommeil; car laisser le malade s'abandonner à ce repos, dont il a pourtant un si grand besoin, ce serait s'exposer peut-être à le voir expirer subitement.

Ces expériences, n'eussent-elles pas d'autre utilité, prouvent que le lieu d'élection, dont on n'est pas habitué à tenir compte, modifie singulièrement le mode d'action des caustiques alors même qu'ils ne sont pas destinés à parer à une lésion locale, et elles ouvrent par conséquent à la thérapeutique une nouvelle voie d'investigations.

(*La suite au prochain numéro.*)

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales,

Par M. CHASSAIGNAC,

Chirurgien de l'hôpital La Riboisière.

Suite. — Voir les nos 100, 101 *et* 102.

Un élément très-important encore dans la comparaison qu'on peut faire des diverses méthodes pour la destruction des tumeurs hémorrhoïdales se déduit de l'étude de la constipation à la suite de l'emploi des divers procédés. Tandis que presque tous les malades qui ont été opérés par la cautérisation sous ses diverses formes sont assujettis, par suite de la formation inévitable des tissus inodulaires, à une constipation rebelle, nous avons presque constamment observé qu'à la suite de l'écrasement linéaire les cicatrices souples qui succèdent à l'opération n'opposent aucun obstacle sérieux et durable au libre exercice de la défécation. Les seuls cas où il ait été nécessaire de recourir à l'emploi des mèches sont ceux dans lesquels il y avait, antérieurement à l'opération, un état de phlegmasie chronique qui avait profondément modifié les conditions anatomiques des tissus sur lesquels avait dû porter l'instrument. C'est ce qui eut lieu dans l'observation de la femme Emilie Wartet, et c'est là ce qui explique la nécessité où nous nous trouvâmes de recourir à l'emploi des mèches pendant quelque temps. Et encore est-il à noter que, même chez cette malade, le resserrement dû à la cicatrice était assez peu prononcé pour permettre l'issue de matières fécales globuleuses, ainsi que cela est noté à plusieurs reprises dans l'observation.

OBSERVATION X. — *Bourrelet hémorrhoïdal circulaire opéré par écrasement linéaire. — Fracture de l'instrument. — Infection purulente. — Mort.*

Rouzet (Auguste), quarante et un ans, menuisier, entre le 14 décembre 1854 à l'hôpital La Riboisière, salle Saint-Louis, 14.

Il n'a jamais eu de grandes maladies. Son père était hémorrhoïdaire, et perdait du sang tous les mois. Pas d'antécédents syphilitiques ou scrofuleux. Jamais d'excès, sinon de travail.

Il y a dix ans, Rouzet s'aperçut qu'il rendait du sang en allant à la selle. Cette excrétion s'accompagnait de coliques légères. Le malade continua pendant quelques mois à perdre ainsi du sang, mais ne s'en inquiéta pas autrement, et ne suspendit pas son travail. Enfin, après une hémorrhagie un peu plus forte, il consulta un médecin qui lui prescrivit des pilules dont nous ne savons pas la composition. Le flux sanguin s'arrêta, mais revint au bout de six mois. Peu de temps après, le malade remarqua que de petites tumeurs se montraient à l'anus quand il allait à la selle. A partir de ce moment, il perdit du sang par intervalles irréguliers, mais toujours au moment des garde-robes

C'était surtout l'hiver qu'avaient lieu ces pertes de sang; elles cessaient l'été, et le malade revenait à la santé. Sous l'influence de ces hémorrhagies répétées, Rouzet ne tarda pas à maigrir, et aujourd'hui il offre une teinte jaunâtre avec dépérissement, chairs flasques, etc.

On observe du côté de l'anus une tumeur circulaire, d'un rose pâle, se gonflant quand le malade fait effort, et très-profondément sillonnée de plis irréguliers. C'est le bourrelet hémorrhoïdal. Il est mollasse et rentre facilement. Il y a en même temps prolapsus du rectum très-appréciable. Bon appétit d'ailleurs. Selles une fois par jour, mais avec coliques. Rien du côté des appareils respiratoire et circulatoire. Le malade est découragé de son état. On se propose d'enlever la tumeur au moyen de l'écrasement linéaire.

Le 20 décembre, on introduit par l'anus l'érigne multiple, à l'aide de laquelle on fait saillir le bourrelet hémorrhoïdal. Un premier écraseur est appliqué et fonctionne pendant dix minutes; mais cet instrument s'étant fracturé, on est obligé de le remplacer par le gros écraseur, qui opère très-promptement la section du pédicule.

Une petite artériole a produit un léger suintement sanguin. On ne s'en occupe pas. On applique sur l'anus des rondelles d'agaric superposées, et on les fixe avec des compresses qui viennent elles-mêmes s'attacher en avant et en arrère sur un bandage de corps. Pilules de ratanhia toutes les demi-heures; alcoolature d'aconit; infusion de tilleul.

Le 21 décembre, 92 pulsations. Légères coliques la nuit. Pas une goutte de sang n'a sali l'appareil. Deux pots de groseille. Bouillons, potages.

Le 23, frissons dans la journée. Eau de Sedlitz. Le soir, débâcle abondante mélangée d'un peu de sang noir coagulé. Irrigations rectales.

Le 24, toucher rectal. L'anus semble former deux lèvres qui sont légèrement agglutinées. On les sépare avec le doigt. Issue de matières fécales liquides et brunâtres.

Le 25, on s'aperçoit que le malade n'a pas uriné. Il dit n'uriner qu'avec peine depuis l'opération, ce qui ne lui arrivait jamais auparavant. Cathétérisme; issue facile d'une urine limpide.

Le 26, nouveau cathétérisme. Pas d'hémorrhagie dans les selles.

Le 27, on sonde encore le malade. Pas de selles; quelques coliques. La plaie va bien.

Le 29, sonde à demeure. État local toujours satisfaisant.

Le 30, phénomènes généraux de l'infection purulente.

Le 31, mort.

Autopsie. — Le foie contient un nombre considérable d'abcès métastatiques. Les uns occupent la périphérie de l'organe, mais particulièrement la face convexe, où ils sont très-multipliés. La section de l'enveloppe péritonéale au-dessous de laquelle ils sont situés suffit pour les vider. Les autres existent à l'intérieur de la glande. Ils sont également en nombre considérable. On en compte vingt-cinq sur une coupe du lobe gauche. Leur volume est en général celui d'une noisette. Cependant, à l'intérieur du foie, on en trouve plusieurs qui, provenant probablement de la fusion de plusieurs abcès voisins, présentent le volume d'une grosse noix. Le pus qu'ils renferment est jaune, tout à fait semblable au pus phlegmoneux des abcès du tissu cellulaire; mais il varie pour la consistance dans les différents abcès: ici il est complétement liquide; là, au contraire, il se présente sous la forme de petits noyaux concrets et semi-liquides. Sous l'enveloppe péritonéale, quelques ecchymoses noirâtres.

Les poumons, les reins, la rate, le cœur, le cerveau, examinés avec le plus grand soin, ne contiennent pas un seul abcès. Veine cave inférieure et veines hémorrhoïdales parfaitement saines.

Nulle trace d'abcès dans le petit bassin, dans le tissu très-épaissi du rectum. La section de la muqueuse rectale remonte à 5 centimètres au-dessus des plis radiés de l'anus. La surface de la plaie a bon aspect; elle est légèrement granuleuse. Les articulations n'ont pas été ouvertes.

Plusieurs circonstances propres à l'observation qu'on vient de lire expliquent le caractère tout à fait exceptionnel qu'a présenté le fait dont il s'agit. C'est, en effet, le seul dans lequel nous ayons eu l'occasion d'observer l'infection purulente comme conséquence de l'ablation d'un bourrelet hémorrhoïdal par l'emploi de l'écrasement linéaire.

Nous avons d'abord à noter que pendant l'opération, l'un des instruments s'étant brisé, on fut obligé d'en appliquer un autre. Ces substitutions ont des inconvénients graves. Elles dénaturent presque complétement le caractère essentiel du mode opératoire, lequel consiste à clore les vaisseaux avant que leur section ne soit accomplie. Aussi arriva-t-il ce que nous n'avons jamais vu dans aucune autre de nos opérations d'écrasement linéaire, à savoir qu'un jet de sang artériel se manifesta dans le lieu de la section aussitôt que celle-ci fut effectuée. Ce jet était peu considérable, cela est vrai; il n'exigea pas de ligature, et ne donna lieu à aucune hémorrhagie ultérieure; mais enfin il a existé, et cela seul suffit pour faire comprendre que, dans ce cas, l'écrasement n'avait point réalisé son programme.

D'un autre côté, on a vu qu'à plusieurs reprises, il avait été nécessaire de sonder le malade, qui n'avait jamais été sondé antérieurement à l'opération. Or, nous attachons beaucoup d'importance au cathétérisme pour les motifs que nous avons exposés.

En dernier lieu, l'adhésion primitive des surfaces de la plaie produite par l'écraseur fut tellement complète et opiniâtre, que l'on fut obligé de recourir plusieurs fois à la manœuvre du décollement, et cette manœuvre dut être abandonnée à des personnes qui n'avaient pas suffisamment observé de faits de ce genre. De sorte qu'il y a de très-fortes raisons de croire que ces manœuvres, plusieurs fois répétées par des mains peu expérimentées, n'ont pas été étrangères à l'issue fâcheuse qui a eu lieu dans ce cas.

Nous avons dû mentionner ces diverses circonstances pour mettre le lecteur à même de bien apprécier la signification de ce fait dans tout son ensemble. Il ne s'agit point ici de faire le panégyrique ou l'apologie de tel ou tel moyen thérapeutique, et nous ne pouvons pas donner de meilleure preuve de notre indépendance que la citation même que nous avons faite d'une observation susceptible d'être interprétée défavorablement pour la méthode dont nous nous occupons. Nous avons par devers nous un assez grand nombre de faits pour qu'il nous eût été facile de composer notre travail exclusivement ave des cas heureux; mais telle ne s'aurait être notre manière de comprendre la loyauté scientifique; et c'est à cette condition seulement que peuvent être dus, selon nous, des succès honorables et sûrs.

OBSERVATION XI. — *Tumeurs hémorrhoïdales compliquées de fistule à l'anus et de spasme douloureux du sphincter. — Opération par écrasement linéaire. — Guérison au bout de quatre jours.*

Le nommé Roux, mécanicien, quarante-cinq ans, entre le 10 avril 1855 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, 14.

Ce malade dit avoir des hémorrhoïdes depuis l'âge de vingt-quatre ans. Ainsi, à certaines époques ou après un travail un peu pénible, il ressentait quelques douleurs vers l'anus, et constatait alors dans cette région l'existence d'une petite tumeur qui, sous l'influence d'un jour de repos, disparaissait sans avoir donné lieu à aucun écoulement sanguin. Cela durait depuis vingt ans environ, lorsqu'il y a six mois, à la suite d'un travail forcé, la tumeur hémorrhoïdale reparut, et, pour la première fois, fut accompagnée d'un flux sanguin assez abondant. Depuis ce jour, et pendant six semaines environ, chaque effort de défécation donnait lieu à l'écoulement d'un verre de sang. Cet écoulement devint ensuite moins fréquent, mais la tumeur hémorrhoïdale persista, et conserva même une certaine sensibilité.

Depuis quatre mois, le malade, qui est ordinairement constipé, ressent chaque fois qu'il va à la selle une douleur vive à l'anus, douleur qui se manifeste le plus souvent un quart d'heure après la défécation, et se prolonge pendant un temps plus ou moins long, quelquefois même pendant cinq ou six heures. Il ne paraît pas exister de fissure.

Enfin, il y a un mois, le malade se fit ouvrir par son médecin un petit abcès de la marge de l'anus, sur le côté gauche et un peu en arrière de cet orifice. Depuis cette petite opération, il est resté une fistule par laquelle sortent des vents, mais qui n'a jamais livré passage à des matière fécales.

A l'examen, on trouve qu'il existe deux tumeurs hémorrhoïdales peu volumineuses et implantées sur le pourtour de l'anus. Toutefois, l'une d'elles a la grosseur d'une noix. On trouve aussi l'orifice externe de la fistule. L'exploration par le stylet fait reconnaître que cette fistule est complète, que son orifice supérieur s'ouvre au-dessus du sphincter, et que son trajet est situé en dedans du sphincter, c'est-à-dire sous la muqueuse (fistule intéro-sphinctérienne de M. Chassaignac). Enfin, le toucher rectal ne révèle l'existence d'aucune tumeur hémorrhoïdale interne; seulement l'introduction du doigt et très-douloureuse, et l'on sent parfaitement une forte constriction du sphincter.

L'état général est très-bon; le moral n'est point affecté; seulement les douleurs, par leur intensité, forcent souvent le malade à suspendre son travail.

Le 13 avril, le malade est endormi au chloroforme, et l'on se dispose à pratiquer dans la même séance une triple opération : 1° la dilatation du sphincter; 2° l'incision de la fistule; 3° l'ablation des hémorroïdes.

1° La dilatation est faite par les deux index introduits dans l'anus (procédé Récamier).

2° Un stylet armé d'un fil est introduit par l'orifice externe de la fistule jusque dans le rectum, puis ramené à l'extérieur par l'anus. L'un des chefs du fil est fixé par un nœud à l'extrémité libre de la chaîne de l'écraseur, et sert à conduire cette chaîne dans le trajet de la fistule et à la ramener à l'extérieur par l'anus. Cette extrémité libre de la chaîne est ensuite fixée à la tige qui lui correspond, de manière à former une anse dans laquelle se trouve comprise l'espèce de pont qui sépare l'anus du trajet de la fistule.

L'instrument est mis en jeu, et, en une minute et demie, le pont dont il s'agit est détruit sans qu'il s'écoule une goutte de sang.

3° On passe ensuite à l'ablation des hémorrhoïdes. On saisit les tumeurs avec une érigne, et l'on tire un peu sur elles pendant qu'on place une forte ligature à leur point d'implantation pour former un pédicule. L'anse de l'écraseur est placée sur le pédicule ainsi formé, et amenée à bonne constriction. Faisant alors marcher l'instrument d'un cran à chaque quart de minute, on parvient à détacher les tumeurs en six minutes et demie, sans donner lieu à aucun écoulement de sang. On applique quelques rondelles d'agaric sur la plaie, puis on les maintient en place par un bandage en T.

Le soir, le malade est très-bien; il ne souffre plus et n'a pas de fièvre.

Le lendemain, le malade a eu une selle qui n'a réveillé, du côté de l'anus, aucune sensibilité. Les jours suivants, le malade n'a éprouvé aucune douleur pendant la défécation. Il sort le 17 avril, et se rend à pied à son domicile.

Dans l'observation qu'on vient de lire, et que nous devons à M. Charnal, interne du service de chirurgie à Lariboisière, on voit que la tumeur hémorrhoïdale était compliquée de deux autres affections, le spasme sphinctérien et la fistule à l'anus.

Nous avons donc eu raison de dire, dans une autre partie de ce travail, que l'état hémorrhoïdaire pouvait engendrer les abcès, la fistule à l'anus, et ce que l'on appelle la fissure spasmodique; car il est évident que chez ce malade, les tumeurs hémorrhoïdaires qui existaient depuis longtemps n'ont amené, d'une part, l'état spasmodique du sphincter caractérisé par sa douleur pathognomonique; d'autre part, l'abcès, puis la fistule, qu'au fur et à mesure que l'affection primitive devenait plus douloureuse.

Les motifs qui nous ont déterminé à faire en une seule séance trois opérations qu'on fait d'ordinaire séparément, la dilatation du sphincter, l'opération de la fistule à l'anus et l'ablation des hémorrhoïdes, c'est : 1° l'innocuité de l'écrasement, qui permet des opérations multiples sans exposer à des inflammations trop violentes; 2° le désir de rendre plus promptement la liberté à ce malade, homme laborieux, et qui redoutait un long séjour à l'hôpital.

Ce n'est certainement point en employant les méthodes de cautérisation, quelles qu'elles soient, qu'on aurait pu mener les choses aussi rapidement, et permettre au malade de regagner, dès le troisième jour et à pied, un domicile très-éloigné de l'hôpital.

Depuis le retour du malade chez lui, M. le docteur Rodenberg a bien voulu nous écrire que la guérison de ce malade s'était parfaitement maintenue, de telle sorte que le résultat a été aussi complet qu'il avait été rapide.

Nous voudrions bien éviter cet écueil dans lequel tombent généralement les inventeurs, écueil qui consiste à déprécier la valeur des méthodes qui ne leur appartiennent pas, tandis qu'ils exaltent outre mesure ce qu'ils considèrent comme leur propriété scientifique. Toutefois, nous ne pouvons pousser la défiance de nous-même au point de laisser passer, sans y attirer l'attention des praticiens, des résultats du genre de ceux dont il vient d'être question, et qu'aucune méthode connue jusqu'ici n'a certainement jamais donnés.

(*La suite au prochain numéro.*)

De la paralysie du mouvement des membres supérieurs.

Par le docteur Parmentier,

Ex-interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

Suite. — Voir les nos 96, 99 *et* 102.

6° *Paralysie tenant soit à une maladie d'un des centres nerveux, soit à une affection des nerfs, soit à une maladie articulaire.*

On voit quelquefois le membre supérieur frappé seul de paralysie après une hémorrhagie cérébrale ; d'autres fois, après une hémiplégie complète le membre supérieur reste seul paralysé; j'en ai vu un exemple en 1851, dans le service de M. le professeur Cruveilhier.

Comme exemple de paralysie du membre supérieur consécutive à une lésion du cerveau, je citerai celle de MM. Lieven et Ch. Demoor (Société de méd. de Gand); cette observation a pour titre : *Paralysie du mouvement dans le bras droit avec affaiblissement de la sensibilité de contracture consécutifs à une plaie par arme à feu traversant les parties centrales du cerveau.*

Il s'agit d'une femme de 54 ans, qui avait reçu un coup de pistolet dans la tête; la balle avait pénétré à la hauteur de la ligne courbe supérieure de l'occipital, à 12 lignes de la ligne médiane, était sortie à la partie supérieure droite du front, à 4 lignes de la ligne médiane. Huit mois après l'accident la malade n'avait conservé qu'une paralysie du bras droit avec sensibilité obtuse et contracture des doigts, et, dans les mouvements du membre inférieur du même côté, une légère gêne qui ne l'a plus quittée (1).

Certaines maladies locales des nerfs produisent la paralysie. Ainsi, on trouve, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1848, p. 201, l'observation d'un individu qui fut pris, sans cause appréciable, d'une douleur vive siégeant dans les régions sus et sous-claviculaire du côté droit, et surtout dans la région axillaire, d'une douleur qui s'irradiait vers le muscle deltoïde en suivant le trajet du nerf circonflexe, et qui eut, après la cessation de la douleur, une paralysie du deltoïde.

7° *Paralysie due à une névrose générale.*

Quelques névroses générales finissent dans certains cas par amener un état paralytique qui vient siéger aux membres supérieurs, telle est l'épilepsie; on en trouve un exemple dans la *Gazette des hôpitaux* de 1847, p. 558, et qui a été observé à Bicêtre dans le service de M. Moreau (de Tours).

L'hystérie peut produire aussi la perte du mouvement chez les femmes qui sont atteintes de cette maladie; il en existe de nombreux exemples dans la science.

8° *Paralysie de cause obscure idiopathique.*

Enfin, il existe des paralysies dont l'étiologie est fort obscure et que les auteurs regardent, en général, comme idiopathiques; il en existe un grand nombre d'observations dans la science; lorsque je traiterai du diagnostic, j'espère pouvoir démontrer que, grâce aux moyens que l'on possède actuellement, le nombre de ces paralysies, qu'on ne peut rattacher à aucune cause, tend tous les jours à diminuer.

CHAPITRE III.

DESCRIPTION DE LA PARALYSIE DU MOUVEMENT DES MEMBRES SUPÉRIEURS.

Je vais exposer dans autant de paragraphes différents les symptômes, la marche, la durée et les lésions anatomiques de la paralysie du mouvement des membres supérieurs.

I. *Symptomatologie.*

La paralysie occupe tantôt le membre supérieur en totalité, tantôt elle est restreinte à une ou plusieurs parties du membre thoracique.

Je traiterai d'abord de la paralysie affectant le membre supérieur tout entier dans sa motilité, je parlerai ensuite de la paralysie restreinte à une ou plusieurs des parties dont se composent les membres thoraciques; enfin, dans un article à part j'examinerai si la cause de la paralysie se traduit par quelque symptôme capable de mettre l'observateur sur la trace de l'étiologie.

A. *Paralysie de la motilité occupant la totalité d'un membres thoracique ou les deux à la fois.* La paralysie de la motilité affectant la totalité des membres thoraciques consiste dans la perte du mouvement des muscles qui meuvent les diverses parties de ces membres les unes sur les autres. La paralysie peut attaquer en même temps les deux membres ou bien se borner à l'un d'eux, ce qui est plus fréquent. J'ai vu en 1851, dans le service de M. le professeur Cruveilhier, un

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1844, p. 267.

homme atteint d'une paralysie saturnine occupant les deux membres thoraciques dans toute leur étendue.

Lorsque la paralysie occupe le membre supérieur tout entier, on n'observe dans ses diverses parties aucun mouvement qui puisse annoncer une contraction musculaire.

Le membre est mou, flasque, les mouvements de totalité de l'épaule, quoique peu étendus et peu énergiques, subsistent et sont exécutés par les muscles qui s'insèrent à la fois sur l'omoplate et la colonne vertébrale.

La paralysie de la motilité occupant le membre supérieur tout entier est le plus souvent accompagnée d'anesthésie de la peau et des muscles, néanmoins quelquefois la sensibilité est intacte. La température est manifestement moins élevée, certains malades y accusent souvent du froid. Quand l'affection existe d'un seul côté, le pouls y est moins développé qu'à l'autre bras. Néanmoins il arrive quelquefois au début de la paralysie qu'on observe une exaltation de la sensibilité et des douleurs vagues, erratiques, se faisant sentir par intervalles dans divers points du membre supérieur.

Lorsque le malade est debout, le membre supérieur est pendant sur le côté du corps dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination, les doigts légèrement fléchis. Lorsque la paralysie n'existe que d'un seul côté, comme cela arrive habituellement, le malade le soulève avec l'autre main. Les malades ressentent dans tout le membre paralysé de l'engourdissement, des fourmillements, des picotements.

La nutrition devient languissante par suite de l'inaction du membre, celui-ci finit par s'atrophier.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *août* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Suette miliaire. — Rapport de M. le docteur Challette, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement.

Epidémies. — Huit rapports de M. le docteur Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), sur des maladies qui ont régné épidémiquement dans cet arrondissement. (Comm. des épidémies.)

Choléra. — Rapport de M. Charlet sur une épidémie de choléra qui a régné dans la commune de Cornimont (Vosges.) (Comm. du choléra 1854.)

Eaux minérales. — Le Ministre de l'agriculture et du commerce demande avis à l'Académie sur une source minérale située à Usson (Ariège.) (Comm. des eaux minérales.)

Nomination. — Le Ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un arrêté, en date du 23 août, par lequel M. Henri fils est nommé chef-adjoint des travaux chimiques à l'Académie impériale de médecine.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Pathologie. — Histoire d'un céphalœmatome, suivie de réflexions et de considérations pathologiques, par M. le docteur Danvin. (Comm. MM. Londe et Barth.)

Dépôt. — MM. Savoye et Reinvillier adressent un paquet cacheté, relatif à une préparation pharmaceutique. Le dépôt est accepté.

M. Collineau commence la lecture d'un rapport sur un travail intitulé : *Du rêve et de la folie,* que M. Fée, de Strasbourg, a adressé à l'Académie, avec une lettre à propos de la récente discussion au sein de la Société savante, sur l'aliénation mentale.

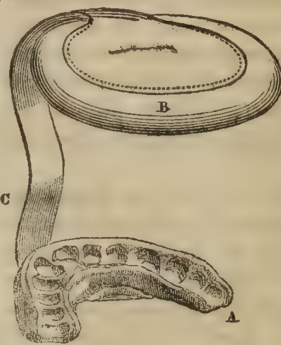
M. Velpeau réclame la parole. Il s'élève contre cette façon d'agir et de méconnaître ainsi le règlement académique. M. Fée est membre correspondant de l'Académie, et comme tel il a droit de faire produire son propre travail devant la Compagnie, quoiqu'en étant éloigné; nul membre ne peut faire de rapport sur l'œuvre d'un autre membre, mais il est admis, par convenance, par bienséance, que quelqu'un en donne lecture et qu'une discussion s'engage ensuite, s'il y a lieu, absolument comme si l'auteur du travail était présent à la séance.

Cette proposition est appuyée par plusieurs membres, dont un fait remarque que M. Fée n'est pas membre correspondant, mais bien membre titulaire.

M. le Président engage, en conséquence, M. Collineau à lire, d'abord la lettre de M. Fée, puis le Mémoire qui l'accompagne.

LECTURE DE MÉMOIRES.

Fractures. — M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, donne lecture d'un travail qui a pour titre : *Nouvel appareil pour les fractures des mâchoires et plus spécialement de l'inférieure.*



Après avoir établi l'insuffisance des simples bandages dans un grand nombre de cas et le danger des appareils mécaniques, M. Morel propose un nouveau moyen, qui lui a donné un succès complet chez deux malades.

La base de cet appareil est une gouttière de gutta-percha, que les dents se creusent elles-mêmes en s'enfonçant, en mordant, en quelque sorte, dans cette substance, préalablement ramollie dans l'eau. Le refroidissement spontané ou opéré par l'eau frappée, durcit en quelques minutes le moule en place. Une gouttière analogue est appliquée du côté sain, et séparée de la première par un intervalle suffisant pour l'introduction des aliments; une fronde complète l'appareil. Les dents sont solidement retenues dans les espèces d'alvéoles renversées que s'est formée leur couronne dans la gutta-percha; la gouttière est comme clouée sur la cassure de la tige osseuse. Cette gouttière a, en outre, l'avantage de s'enlever et de se replacer avec la plus grande facilité. La gutta-percha réunit ici toutes les conditions désirables : elle est aisée à manier, à la fois souple et résistante, impénétrable aux humeurs de la bouche, et ne contracte pas, comme le liége, l'odeur infecte qui doit le faire abandonner. Un cas où la mobilité des fragments était telle que le moindre mouvement de déglutition reproduisait le déplacement a été guéri, sans trace de difformité, à l'aide de cet appareil, quoique la violence de la chute eût déterminé, sous le menton, un abcès qui n'avait pas tardé à communiquer avec le foyer de la fracture. (Voyez *figure.*)

Voici un autre cas : la fracture datait de trois semaines, la réduction était d'une difficulté exceptionnelle, le déplacement opiniâtre ; et, non-seulement la guérison fut obtenue, mais, sitôt l'appareil appliqué, le malade put manger et parler, c'est-à-dire que la mâchoire conservait en partie ses fonctions; il y avait immobilité des fragments et mobilité générale de l'os. Cet appareil n'était autre que le moule précédent; mais, à sa face supérieure, on avait adapté un ressort prenant son point d'appui sous le menton. De cette façon, le maxillaire était pressé, d'un bord à l'autre, entre deux attelles en gouttière, et reprenait son indépendance.

Cet appareil, exécuté par M. Charrière fils, est également applicable aux fractures du maxillaire supérieur, à celles des arcades dentaires, aux luxations des dents. L'auteur pense, en résumé, que la gutta-percha, ramollie par une immersion dans l'eau à environ 80 degrés, peut constituer plusieurs excellents appareils pour les fractures des deux mâchoires.

A. *Fracture du corps des maxillaires, a,* — 1° Une double gouttière qui reçoit, par une de ses faces, les dents de l'os fracturé, et par sa face opposée les dents de l'os intact; 2° une gouttière analogue placée du côté sain, et séparée de la première par un intervalle convenable pour l'introduction des aliments; 3° une fronde. Voilà l'appareil dans toute sa simplicité.

b. — On peut rendre immédiatement la mâchoire inférieure à ses fonctions dans les fractures de la supérieure, et même dans ses propres fractures. Pour cela, il suffit d'ajouter au moule un ressort qui, contournant la mâchoire correspondante, va, par son extrémité extérieure rembourrée, prendre son point d'appui, dans le premier cas, sur la partie postérieure de la tête, dans le second, sous le menton.

B. *Fractures des arcades dentaires, a.* — Ces fractures se traitent avec l'attelle et la fronde, comme celles du corps de l'os.

b. — Pour conserver les mouvements du maxillaire inférieur, que ce soit son arcade ou la supérieure qui ait éprouvé la solution de continuité, on appliquerait sur le fragment un moule de gutta-

percha, qui le dépasserait à ses extrémités, et trouverait sa fixité sur les dents voisines et sur les inégalités de l'évasement alvéolaire; ou, ce qui serait plus sûr, au moyen du ressort.

c. — Pour une *dent* saine expulsée de son alvéole, un simple moule.

La gutta-percha se prête si bien à toutes les indications que, avec les types d'appareils précédents, les modifications réclamées par les cas particuliers se présenteront d'elles-mêmes. (Comm. composée de MM. Larrey, Cloquet et Robert.)

Compression. M. Apostolidès lit un Mémoire ayant pour titre : *De la compression en général, et particulièrement de son influence sur quelques affections chirurgicales.* . . . .

. . . .

(Comm., MM. Malgaigne, Roche et Lagneau.)

Compression chirurgicale. — M. Apostolidès lit un Mémoire étendu dont voici le résumé d'après l'auteur.

L'auteur commence par faire ressortir l'utilité de l'étude de la mécanique intime en médecine, par laquelle il prétend que tous les phénomènes s'expliquent. Il la définit ainsi qu'il suit :

« Le mécanisme (l'auteur, qui est grec, donne ce mot comme sy-
« nonyme de mécanique) n'est autre chose, selon nous, que les rap-
« ports qui existent tantôt entre molécules, tantôt entre parties,
« organes ou systèmes, mais dans des conditions plus ou moins va-
« riables. » Il ajoute que ces conditions se compliquent, se modifient à l'infini et d'une manière mystérieuse, que nous n'approfondirons jamais quoi que nous fassions, pour produire des phénomènes et des êtres plus ou moins analogues. Il en conclut que c'est en vain qu'on tâche de les simplifier, de les résumer en se déclarant, l'un spiritualiste, l'autre matérialiste, un autre vitaliste, etc. ; il se déclare cependant un peu plus loin partisan d'un principe inconnu qu'il voit à travers de ces conditions inconnues et qui, avec la matière, constitue *la nature*. Dans le cas contraire, il ne peut être qu'*ignoriste*.

Ce sont donc ces rapports qui se modifient aussi à l'état pathologique pour constituer la maladie.

Le traitement interne, d'après lui, n'est que microscopique, défaut que l'homœopathie augmente, ce qui fait qu'elle s'éloigne de la chirurgie, qui agit, au contraire, en gros, etc.

La compression, selon lui, doit être divisée en *permanente* ou *intermittente*; en *physiologique* ou *physique* (l'atmosphère, l'art); il les considère comme pouvant jouer un grand rôle sur l'issue, la marche et la terminaison de la maladie, ainsi que sur sa guérison. Il fait ressortir surtout l'avantage de la compression intermittente qu'il indique dans certaines maladies chirurgicales, dans certaines régions, dans certaines constitutions, etc. ; mais il s'occupe plus spécialement de la réunion immédiate, fractures, tumeurs blanches, éléphantiasis, etc. Il développe tous ces articles avec des connaissances anatomiques physiologiques et pathologiques.

Il présente en même temps quelques instruments dans le but de pratiquer cette compression dans la réunion immédiate, et de remplacer encore les autres moyens insuffisants dans beaucoup de cas. Ces moyens consistent d'abord dans un emplâtre qu'il appelle *élastique*, et qui n'est autre chose qu'une lame en caoutchouc vulcanisée sur laquelle on étale une couche de diachylon. Cet emplâtre élastique doit être coupé convenablement et un peu plus spécialement qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire qu'il doit être fendu au milieu et troué aux extrémités. Il l'indique dans les plaies très-superficielles et dans les amputations. (*Voir* le *Moniteur des hôpitaux*, n° 97, 1853. Dans ce numéro, nous avons commis une erreur ; nous avons dit que M. Apostolides est d'Athènes tandis que nous apprenons qu'il est du Bosphore.

Les bandages élastiques sont constitués d'une lame en caoutchouc vulcanisé, qui réunit deux coussinets mobiles ou fixes sur la lame elle-même. De sorte que si l'on tire sur les coussinets et qu'on les applique de chaque côté de la plaie, la lame cède, mais elle revient sur elle-même, si l'on arrête la force, et alors elle fait rapprocher les bords de la solution de continuité. Ces bandages sont indiqués dans les plaies profondes.

Il prétend enfin que ces moyens doivent attirer notre attention sur la compression qu'ils exercent, et qu'il considère comme une des conditions du succès de la réunion immédiate.

Il ajoute que les tissus élastiques n'ont pas les inconvénients qu'on leur attribuent en général, c'est plutôt au prolongement de la compression qu'il faut attribuer tout; ce qui a fait retarder les recherches sur cette méthode, dont les détails jouent le plus grand rôle dans la pratique. Il accorde une grande influence au degré surtout de la compression, qu'il conseille toujours de rendre intermittente comme règle générale, excepté pour les tumeurs érectiles, les tumeurs anévrismales et les varices.

Il tâche de s'accorder pour les fractures surtout avec les prétextes hippocratiques qu'il invoque à l'appui de ses idées, et il finit par indiquer une durée de compression qui ne doit pas être fixée, et la nature des appareils qui doivent permettre l'exploration de la maladie. Il accuse l'affaissement du membre et des appareils, il montre à ce propos deux espèces de nœuds, etc.

Dans son deuxième Mémoire il se propose de traiter les érysipèles et l'influence de la compression sur eux.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Facéties professorales.

1° *Faculté de Paris.* — *Cette Faculté appréciée par un de ses membres.* — Un étudiant était sur la sellette : — Pourriez-vous me dire, Monsieur, quelle était pour Stoll la principale indication à l'emploi des purgatifs? — Après quelques balbutiements, le jeune néophite se risque à répondre : Monsieur, on n'a pas dit dans les cours de la Faculté que j'ai suivis, la réponse à cette question. — Par Dieu, Monsieur, réplique le professeur, si vous n'avez appris que ce qu'on enseigne à la Faculté, vous ne savez pas grand chose ! — Après l'examen, le piquant professeur donne force poignées de mains à ses *chers* collègues, qui les lui rendent chaudement; ceux qui vont en consultation félicitent même, dit-on, le cher collègue de son esprit qu'ils trouvent seulement joyeux.

2° *La Faculté de Montpellier.* — Voici un mot qui, dans un autre ordre d'idées ne serait pas moins récréatif, s'il était aussi authentique. — Un autre étudiant était sur une autre sellette : Monsieur, lui dit un professeur vénérable, vous savez, sans doute que la colonne vertébrale se compose de plusieurs pièces?

— Oui, Monsieur, environ 70 ou 80, je crois.

— Pas tout à fait autant, mais peu importe. Savez-vous comment ces pièces sont unies les unes aux autres?

— Oui, Monsieur,... elles sont unies... par... un lien...

— Très-bien, elles sont unies par un ou plusieurs liens; mais quel est ce lien?

— Monsieur, ce lien..... s'appelle..... c'est..... le principe vital!

— C'est très-bien, Monsieur; il y en a assurément d'autres; mais le principal est incontestablement celui que vous venez de nommer ; sans lui, tous les autres ne serviraient à rien.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Sic transit gloria mundi, voire même la gloire d'être académicien. Hier encore, comme le voulait d'ailleurs la civilité puérile et honnête, nous pensions que le nom de tout académicien était destiné à vivre autant que celui d'Homère, qui, à la vérité, ne l'était pas (académicien), et ce sont les académiciens eux-mêmes qui se sont chargés de dissiper nos innocentes illusions, et cela en pleine Académie, comité non secret.

M. Collineau monte à la tribune pour lire un rapport verbal sur un Mémoire de M. Fée, de Strasbourg.

Un membre se lève et dit : « Mais il n'est pas d'usage de lire des rapports sur les membres correspondants de l'Académie, et M. Fée est membre correspondant. » — « Vous vous trompez, répond *le bureau*, le règlement autorise les rapports *verbaux*, et quoique le rapport de M. Collineau soit écrit, il n'en est pas moins verbal, puisque notre honorable collègue va nous le communiquer verbalement. » — « Je regrette, ajoute un troisième, d'avoir à rappeler à l'Académie, puisqu'elle paraît l'avoir oublié, que M. Fée n'est pas membre correspondant, mais bien membre titulaire, par conséquent notre pair, et que personne de nous n'a le droit de faire un rapport sur son travail. On peut seulement en donner lecture et le discuter, si on

le juge utile. » A ce mot de membre *titulaire*, chaque académicien se regarde avec étonnement; on court au règlement, en preuve de la confiance qu'on accorde au témoignage du collègue non oublieux, et l'on y trouve, en toutes lettres, le nom de M. Fée, *couché*, mais non pas mort, dans la section de pharmacie !

Comme je faisais observer, à ce propos, à un *ex*-immortel, l'*héphéméréité* des gloires humaines : — Oh ! cela ne tire pas à conséquence, répartit aussitôt avec impétuosité mon interlocuteur; M. Fée est de la section de pharmacie : qui diable se rappellerait le nom d'un membre de cette section, si l'on passait quatre séances sans l'apercevoir!—On voit que la mémoire et la bienveillance marchent de pair à l'Académie. Si ce mot était d'un journaliste, que de malédictions auraient fondu sur lui ! Qui sait même si, l'ayant seulement répété, il ne passera pas pour féroce?

— Après ce petit incident, le très-honorable M. Collineau a rentré son rapport et lu, avec une difficulté qui a empêché d'en apprécier le mérite, le Mémoire de M. Fée.

Après M. Collineau, M. Morel-Lavallée est monté à la tribune pour faire connaître à l'Académie un nouvel appareil destiné à contenir les maxillaires fracturés, spécialement le maxillaire inférieur. Nous ne savons si cet appareil aura un meilleur avenir que ceux fort nombreux qu'on a déjà imaginés ; pour dire toute notre pensée nous en doutons même beaucoup. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que, à propos de son appareil, M. Morel a présenté quelques considérations qui prouvent que, si l'heureux lauréat n'est pas précisément un aigle chirurgical, son front peut légitimement aspirer à d'autres lauriers que ceux dont sont formées les couronnes équivoques fabriquées par les culottières.

M. Morel a été remplacé à la tribune par un jeune chirurgien grec, M. Apostolides, qui a déjà enrichi la médecine opératoire de plusieurs instruments ou appareils fort ingénieux, et qui a développé, dans son nouveau travail, les avantages qu'il attribue à la compression chirurgicale, méthodiquement appliquée. M. Apostolides a fait précéder l'exposition de ses idées sur la compression, de considérations générales d'un ordreélevé, lesquelles nous ont paru conçues dans un excellent esprit. Il est à regretter que le défaut d une connaissance suffisante de notre langue n'ait pas permis à l'auteur d'exposer ces considérations avec toute la précision désirable ; dans ces matières, il est fort difficile d'être clair lorsqu'on est parfaitement maître de la langue, à plus forte raison cette difficulté se fait-elle sentir quand les mots manquent quelquefois à la pensée. Il est toutefois possible de saisir assez bien le sens général de la lecture de M. Apostolides pour se convaincre que le jeune savant n'est pas seulement un chirurgien ingénieux, mais encore un esprit cultivé.

— La Société de médecine de Strasbourg met au concours la question suivante :

De l'état puerpéral et des modifications que cet état imprime aux maladies qui se développent pendant la grossesse et pendant les couches.

En quoi consiste l'état puerpéral, c'ets-à-dire, qu'est-ce qui le caractérise à l'état physiolgique et à l'état pathologique.

Indiquer toutes les modifications qui surviennent pendant la gestation dans l'économie de la femme, principalement dans les humeurs sécrétées et dans le sang, abstraction faite des changements organiques ; indiquer de plus l'influence de ces modifications sur la production, la nature et le traitement des maladies dites puerpérales.

Un prix de 300 fr. sera décerné au Mémoire couronné.

Ce prix sera décerné dans la séance publique de juillet 1856.

Les Mémoires, écrits très-lisiblement en français, en allemand ou en latin, devront être adressés francs de port à M. le docteur Gabriel Tourdes, vice-président de la Société, rue des Juifs, 30, avant le 1er juin 1856.

Le membres résidents de la Société ne peuvent point concourir; les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître. Ils doivent distinguer leurs Mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leur adresse ou celle de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Le billet cacheté ne sera ouvert que lorsqu'une récompense aura été décernée.

Le travail couronné sera publié dans les *Mémoires* de la Société et l'auteur recevra le titre de membre correspondant de la Société.

— Dans la séance du 3 mars 1854, la même Société avait mis au concours, pour un prix de 300 fr., la question suivante :

Faire l'histoire anatomo-pathologique des tubercules considérés en eux-mêmes, en s'aidant de tous les moyens d'investigation modernes.

Un seul mémoire a été présenté. La Société, ne l'ayant pas jugé digne du prix, a accordé à l'auteur, dont la Société n'a pas encore divulgué le nom, un encouragement de 100 francs.

— L'assemblée générale des naturalistes et médecins allemands, qui devait avoir lieu à Vienne dans le courant de septembre, a été remise à l'année prochaine.

— Il y a plus de quinze jours déjà que des cas de choléra se sont manifestés à Paris dans la pratique civile, et depuis quelques jours quelques cas ont été observés dans les hôpitaux et à la maison impériale de santé. Après deux invasions aussi rapprochées que les deux dernières, et qui ont donné lieu à tant de médications ou de médicaments, nos lecteurs trouveront bon sans doute que nous ne leur donnions pas une seconde édition de toutes ces médications. Nous nous bornerons donc à leur faire connaître les résultats qui seraient publiés, ou qui nous seraient communiqués, et qui se présenteraient avec un caractère d'authenticité et en nombre suffisant pour permettre au moins un espoir de succès.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital la Riboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation; in-8o avec huit figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie; in-8o avec huit figures intercalées dans le texte.

Sous presse : Leçons sur l'écrasement linéaire. — Prix de chaque partie : 2 fr ; à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851) ; par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8o. — Prix ; 1 fr. — Au bureau du Journal.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. Gille, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du Moniteur des Hopitaux ; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au Moniteur des Hopitaux recevront gratuitement cet ouvrage.

En cours de publication dans le Moniteur des Hopitaux, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du journal. — Prix : 2 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois,

55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 104. 3e année. Vendredi 31 Août 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 31 *août* 1855.

GLUCOGÉNIE

Troisième Mémoire de M. Figuier.

On ne découvre pas tous les jours une fonction nouvelle dans l'organisme, et quand une telle découverte est arrivée à l'état de vérité démontrée, elle fait époque dans les annales de la science. On ne s'étonnera donc pas de l'extension que nous avons donnée dans ce journal à la discussion dont la glucogénie hépatique a été l'objet, et du soin que nous avons mis à placer sous les yeux de nos lecteurs tous les documents sérieux (1) qui se sont produits sur la question, et qu'on ne trouverait réunis nulle part ailleurs.

Nous publions aujourd'hui tout ce que le nouveau Mémoire de M. Figuier renferme d'essentiel, et nous allons le faire précéder de quelques remarques qui nous paraissent nécessaires pour bien déterminer l'état dans lequel ce travail laisse la question.

Nous n'entrerons pas toutefois en matière sans féliciter M. Figuier de la forme de son œuvre, qui prévient tout à fait en faveur de l'auteur. Après la vivacité qu'on avait donnée à la discussion, dans certaines publications postérieures aux premiers travaux de M. Figuier, après les niaiseries officielles et non officielles qui avaient été débitées sur la question, on aurait pu craindre que la plume de l'habile écrivain n'eût glissé un peu trop lestement sous sa main. Cette crainte ne s'est point réalisée; M. Figuier a gardé une réserve, une modération qui prouve que les journalistes, dignes de leur profession, peuvent non-seulement faire de la critique, mais encore donner des leçons de circonspection et de dignité, quand les lieux, les choses et les hommes le comportent.

Nos lecteurs n'ont point oublié que la dernière communication de M. Bernard, ainsi que le discours glucologique de M. Dumas (voir le *Moniteur des hôpitaux*, du 2 juillet 1855), avaient subordonné le sort de la doctrine gluco-hépatique à la présence du sucre dans le sang de la veine porte, où ni M. Bernard ni la commission, n'avaient pu le constater, « *en employant, il est vrai, la fermentation,* » suivant l'expression nonchalamment cavalière d'un brillant académicien. Comme nous l'avions fait pressentir dans nos remarques sur le discours de M. Dumas, M. Figuier est venu annoncer qu'il avait obtenu la réaction considérée comme indispensable, et il indique le procédé à l'aide duquel tous les expérimentateurs pourront l'obtenir à leur tour.

Ce proccédé est-il à l'abri de tout reproche? l'intervention d'un acide ne peut-il pas provoquer dans le sang la fermentation de quelques principes autres que le sang? Nous ne sommes pas en mesure de répondre à une telle question, laquelle d'ailleurs n'intéresse ni M. Bernard, ni son défenseur, M. Dumas, puisque ces deux honorables académiciens considèrent la fermentation comme absolument démonstrative de la présence du sucre. Si donc M. Figuier n'a pas pris pour une fermentation alcoolique ce qui ne l'était point, chose difficile à croire, la théorie gluco-hépatique doit être bien compromise aux yeux de son auteur. Mais, on se le rappelle, sur ce point nous sommes plus royalistes que le roi, et nous croyons qu'il ne suffit pas de démontrer l'existence du sucre dans le sang de la veine porte pour que la théorie de M. Bernard soit entièrement détruite; il faut à nos yeux démontrer qu'il entre dans le foie *à peu près* autant de sucre qu'il en sort; nous disons à peu près, parce que nous comprenons très-bien qu'on ne peut raisonnablement exiger, dans des analyses de ce genre, une précision mathématique.

Or, M. Figuier ne s'est que très accessoirement occupé, dans son nouveau travail, d'établir cette analyse comparative; il ne s'est même occupé de cette question que dans une simple Note. Dans cette Note il fait remarquer :

1° Que si le sang de la veine cave, à sa sortie du foie, contient plus de sucre que celui de la veine porte, cela tient à ce que celui-ci, en traversant le foie, s'est dépouillé d'une grande quantité d'éléments divers, ce qui a pour résultat d'*élever la proportion relative du sucre* qu'il contient, à sa sortie du foie.

Nous avouons n'avoir pas bien saisi la portée de cet argument. 1000 grammes de sang qui sortent du foie ne pèsent pas moins que 1000 grammes qui y entrent, et si les seconds ne renferment que *un gramme* de sucre, je suppose, et que les premiers en renferment *dix grammes*, il est bien évident qu'il s'en est formé *neuf grammes* dans le foie, à moins qu'on ne démontre que la quantité de sang qui sort de l'organe est dix fois moindre que la quantité qui y entre, ce dont M. Figuier, ni personne se s'est occupé, sauf M. Marchal (de Calvi), qui a émis à ce sujet une vue à peu près purement hypothétique.

2° La deuxième remarque de M. Figuier, est que l'analyse comparative que j'ai demandée n'est peut-être pas susceptible d'être *rigoureusement* exécutée.

(1) Malgré toute notre estime pour les bonnes intentions de l'auteur, M. Gibb, médecin du *West London Dispensary*, nous n'avons pu nous résoudre à reproduire la compilation qu'il vient de publier sous ce titre : *De l'assimilation du sucre sous le point de vue de la pathologie*. Ce travail, où la confusion des idées égale la confusion des mots, est dépourvu de toute valeur, et les faits nouveaux qu'on y signale, y étant affirmés purement et simplement, sans aucune preuve à l'appui, ne sauraient être considérés que comme de simples assertions à vérifier.

Il faut s'entendre sur le mot *rigoureusement*. Nous avons dit et nous répétons, que nous n'exigeons pas, dans une telle comparaison, une précision mathématique; mais si, par exemple, la chimie ne peut établir entre deux analyses de sang une différence à quelques millièmes près, à un centième au plus, il faut alors qu'elle renonce à la prétention de trancher des questions physiologiques, et qu'elle retourne pour longtemps à l'école avant d'aspirer à dicter des lois à la physiologie.

Si l'analyse comparative que nous avons demandée est impossible, cela équivaut à dire que la question à laquelle M. Figuier a déjà consacré trois Mémoires et M. Bernard un volume, est insoluble. Si l'analyse est possible, la question doit être promptement et nettement résolue. C'est ce que nous espérons démontrer catégoriquement un jour. En attendant que nous fassions cette démonstration, et sous la réserve que les procédés employés par M. Figuier soient à l'abri de tout reproche, la théorie gluco-hépatique a évidemment rétrogradé, c'est-à-dire, que de probable qu'elle était encore à nos yeux, il y a huit jours, elle est aujourd'hui absolument douteuse. C'est là le résultat dominant du Mémoire de M. Figuier, celui sur lequel nous avons dû insister

Quant aux considérations accessoires, fort ingénieuses, que l'auteur invoque à l'appui de son opinion, nous ne nous en occuperons pas, pour cette raison, que ces considérations ne peuvent établir que des présomptions, et que l'expérience que nous indiquons peut seule établir une preuve. Nous accordons volontiers, cependant, que ces présomptions, celles surtout tirées de l'unité anatomique de la structure du foie, sont favorables à l'opinion de M. Figuier, c'est-à-dire à l'unité de la sécrétion hépatique.

En dernière analyse, et toujours si les expériences de M. Figuier sont exemptes de toute cause d'erreur, on peut résumer ainsi l'état de la question glucogénique :

1° Il y a du sucre dans le foie et dans le sang des veines sus-hépatiques; — cette découverte est due à M. Bernard;

2° Il y a du sang du système sanguin général; — cette découverte est due à M. Figuier;

3° Il paraît qu'il y en a aussi dans le sang de la veine porte; — cette découverte, si elle est réelle, sera due à M. Figuier;

4° Il est probable que le sucre trouvé dans les veines sus-hépatiques est formé en partie dans le foie; — cette découverte, si elle est réelle, sera due à M. Bernard;

4° Pour décider si elle est une vérité ou une erreur, il est indispensable d'établir qu'il sort du foie une quantité de sucre notablement supérieure à celle qui y entre.

H. DE CASTELNAU.

Troisième Mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie.

Par M. L. FIGUIER, agrégé de chimie à l'École de pharmacie de Paris.

(*Lu à l'Académie des sciences dans la séance du* 27 *août* 1855.)

La théorie physiologique qui accorde au foie la fonction de sécréter du sucre, repose tout entière, ainsi qu'on l'a déclaré dès le début de cette discussion, sur l'absence du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal en digestion de viande. L'auteur de cette théorie déclare, conformément à ses travaux antérieurs, que « chez un chien en digestion de viande cuite ou crue, il n'y a pas de sucre dans la veine porte, ni une heure, ni deux heures, ni trois heures, etc., après le repas (1). »

D'autre part, j'ai affirmé, en m'appuyant sur plus de trente expériences faites sur des chiens soumis au régime exclusif de la viande, et saignés à la veine porte pendant la digestion d'un repas de viande que, dans le sang de la veine porte d'un animal placé dans ces conditions, on peut toujours, à l'aide du réactif de Frommertz, reconnaître la présence d'un principe sucré.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences, t.* XL.

L'Académie a confié à une commission le soin de juger ces faits contradictoires. Dans la séance du 18 juin, l'Académie a entendu la lecture du travail de la commission. Conformément aux faits dont j'eus l'honneur de la rendre témoin pendant l'expérience à laquelle je fus convoqué, la commission reconnaît qu'il existe dans le sang de la veine porte d'un animal qui a pris un repas de viande, *un principe qui réduit la liqueur de Frommertz*, c'est-à-dire le tartrate de cuivre dissous dans la potasse. Mais elle ajoute qu'à ses yeux ce phénomène de réduction est insuffisant pour caractériser le sucre, et que la fermentation peut seule fournir une conclusion rigoureuse sur la nature de ce principe.

Lorsque j'ai annoncé l'existence d'un principe sucré dans le sang de la veine porte, en m'appuyant sur le caractère positif fourni par le réactif cupro-potassique, je me conformais au mode de recherche qui était alors en honneur. Dans toutes les expériences publiques qui ont été faites, depuis six ans, relativement à la recherche du sucre, aussi bien pour le cas considéré ici que pour tous les autres, c'est au réactif de Frommertz que l'on avait recours. La fermentation était sans doute invoquée comme moyen de contrôle dans le cours des recherches de laboratoire; mais on avait, avec raison d'ailleurs, une confiance entière dans le réactif cupro-potassique, et l'on posait en principe que l'absence de réduction par ce réactif était une preuve *absolue* de l'absence du sucre dans le liquide examiné (1). Je me plaçais donc bien au cœur de la question en annonçant que, contrairement à ce qui avait été professé jusqu'à ce jour, il existe, dans le sang de la veine porte d'un animal en digestion de viande, un principe qui réduit facilement la liqueur cupro-potassique; ajoutant que l'erreur qui avait été commise sur ce point tenait à la présence, dans le sang de la veine porte, d'une matière albuminoïde qui a pour effet d'empêcher la réaction que le glucose exerce sur le liquide cupro-potassique. On a déclaré, à la suite de mon travail, que le liquide cupro-potassique, proclamé naguère comme infaillible pour établir l'absence du glucose, est un réactif infidèle ou insuffisant, et que la fermentation est le seul caractère à invoquer. J'ai accepté sans difficulté la question posée en ces termes, persuadé que, puisque une chimie attentive avait pu signaler la cause de l'erreur où la physiologie était tombée, relativement à l'emploi du liquide cupro-potassique, pour la recherche du sucre dans le sang de la veine porte, elle pourrait également réussir à trouver la circonstance qui mettait obstacle à la fermentation alcoolique du même produit.

I.

La chimie a fait connaître la liste d'un grand nombre de substances qui, ajoutées à un liquide sucré, ont la propriété de s'opposer à l'action du ferment; même en quantité très faible, elles mettent obstacle à la transformation du sucre en acide carbonique et en alcool. Mais il suffit de faire disparaître ces produits, grâce à un réactif approprié, pour voir la fermentation, jusque-là empêchée, se manifester aussitôt. C'est probablement un fait de ce genre qui se présente pour le sucre

(1) En 1853, M. Cl. Bernard exprimait ce fait en ces termes dans sa thèse *Sur la nouvelle fonction du foie* : « La réduction du tartrate de cuivre « dissous dans la potasse, en présence du glucose, est un caractère empiri- « que qui n'offre pas sans doute une valeur absolue comme la fermentation « alcoolique pour constater la *présence* du glucose. Mais il n'en est plus de « même quand il s'agit de constater l'*absence* du même principe sucré; *si la* « *réduction manque, on peut conclure avec certitude qu'il n'existe pas de* « *traces de glucose dans le liquide où on le cherche.* » (*Nouvelle fonction du foie*, par M. Cl. Bernard, p. 23.)

Le même physiologiste disait encore en 1854, dans ses *Leçons de physiologie expérimentale*, qui viennent d'être imprimées : « Leur caractère absolu « (il est question du réactif de Frommertz et de la potasse) n'est qu'un ca- « ractère negatif, *c'est-à-dire que l'on peut affirmer que toute liqueur qui ne* « *produit pas avec eux les réactions indiquées ne contient aucun des sucres* « *de la deuxième espèce.* » (*Leçons* du 26 décembre 1854.)

contenu dans le sang charrié par la veine porte, pendant la digestion de la viande. Pris dans le sang du système abdominal, ce principe ne fermente pas directement ; mais il suffit de le faire bouillir deux ou trois minutes avec un acide étendu, c'est-à dire avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou azotique, et de saturer ensuite exactement l'acide par un carbonate alcalin, pour que la fermentation alcoolique puisse se manifester par le contact de la levûre de bière avec sa dissolution.

L'expérience que nous allons rapporter mettra ce phénomène dans tout son jour ; elle a d'ailleurs l'avantage de répondre à toutes les objections que l'on pourrait élever, telles que le reflux du sang du foie dans la veine porte, et l'insuffisance du temps du régime animal.

Un chien de forte taille, nourri depuis huit jours de viande de cheval, a pris un repas composé de cette viande cuite. Six heures et demie après ce repas, on a fait sur l'animal vivant la ligature de la veine porte, en opérant comme je l'ai indiqué dans mon deuxième Mémoire ; le sang, défibriné, pesait 700 grammes.

600 grammes de ce sang ont été traités par deux fois et demie leur volume d'alcool à 36 degrés. Séparée du coagulum rouge dû à l'action de l'alcool, et acidulée par un peu d'acide acétique, cette liqueur a été évaporée à siccité au bain-marie. Le résidu, bien sec, a été repris par l'eau distillée et passé à travers un linge pour le séparer du dépôt albumineux formé pendant l'évaporation.

La liqueur ainsi obtenue a été divisée en deux parties égales.

La première partie a été mise, directement et sans traitement particulier, en contact avec de la levûre de bierre : elle n'a donné aucun signe de fermentation.

La seconde a été tenue en ébullition, pendant deux ou trois minutes, avec cinq gouttes d'acide azotique ordinaire. La liqueur, qui était trouble, d'un aspect demi-muqueux, et passant très-difficilement à travers le filtre, a donné, par l'ébullition, un dépôt de nature albumineuse ou caséuse, et s'est subitement éclaircie en prenant une belle teinte jaune. Neutralisée ensuite *très-exactement* par un peu de carbonate de soude en poudre, et mise en contact avec de la levûre de bière bien lavée, elle a donné, au bout d'un quart d'heure, des signes de fermentation qui ont continué pendant plusieurs heures, en ayant la précaution de maintenir l'appareil près d'un fourneau un peu chaud. Le gaz recueilli était entièrement absorbable par la potasse. Quant au liquide, on l'a placé dans une petite cornue, et on en a recueilli par la distillation environ le cinquième. Pendant cette distillation, il a été facile de reconnaître, dans le récipient où les vapeurs se condensaient, une odeur alcoolique bien caractérisée. Le produit de cette distillation ayant été placé dans une cornue plus petite, on a rectifié de manière à ne recue llir que les sept à huit premières gouttes du produit. Dans cette rectification, l'odeur alcoolique s'est encore manifestée avec évidence. Enfin, ce dernier liquide, additionné de quelques gouttes d'une dissolution de bichromate de potasse et traité par un peu d'acide sulfurique, et porté à l'ébullition, s'est coloré en vert, et a conservé, après l'ébullition, une légère odeur d'aldéhyde. Je me permets de recommander aux opérateurs cette manière simple et éminemment sensible de reconnaître la présence de l'alcool. Lorsque ce liquide existe en quantité trop petite pour pouvoir être enflammé, la constatation de l'odeur caractéristique de l'esprit-de-vin dans le récipient où viennent se condenser les vapeurs, et la coloration en vert par la réduction du bichromate de potasse, est un moyen qui permet de reconnaître les plus faibles traces de ce produit.

L'expérience que nous venons de rapporter est démonstrative, puisque l'on voit le même sang de la veine porte qui n'avait point donné directement de signes de fermentation, présenter ce phénomène dès qu'on le soumet à l'action de quelques gouttes d'un acide étendu.

On peut conclure de cette expérience que le principe sucré qui se forme pendant la digestion de la viande, s'accompagne, dans la veine porte, de quelque substance étrangère qui met obstacle à la fermentation alcoolique.

Si le sucre pris dans le foie et dans les veines hépatiques a la propriété de fermenter directement et sans l'intervention préalable d'un acide, cela tient sans doute à ce que ces produits étrangers ont disparu du foie, à la suite du temps et des mutations physiologiques dont cet organe est le siége.

L'expérience qui précède a été répétée plusieurs fois, avec cette différence qu'on ne partageait pas en deux parties le liquide, qui était consacré tout entier à constater le phénomène de la fermentation, grâce à l'ébullition préalable avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou azotique. Dans toutes les expériences exécutées de cette manière, en agissant sur 3 à 400 grammes de sang de la veine porte de chiens soumis, depuis une semaine au moins, à une alimentation exclusive avec de la viande de cheval, et opérés de cinq à six heures après le repas, il a toujours été possible de constater, par l'action de la levûre de bière, le dégagement d'une certaine quantité d'un gaz absorbable par la potasse, d'apprécier d'une manière très-manifeste l'odeur alcoolique dans le récipient où venait se condenser le produit des deux distillations, et de constater avec ce liquide la réduction et la coloration en vert du bichromate de potasse.

Quelques personnes regretteront que l'on n'ait pu recueillir des quantités plus considérables d'alcool. Je répondrai par une réflexion bien simple. Un chien reçoit un repas composé, par exemple, d'un kilogramme de viande. Commencée deux heures après le repas, la digestion de cette viande n'est pas encore terminée au bout de huit à neuf heures (dans l'estomac de chiens que nous avons opérés huit et quelquefois dix heures après le repas, il restait encore de la viande non digérée). Que l'on calcule, d'après cela, la quantité de sucre que l'intestin doit céder au sang des veines mésentériques pendant l'espace des quelques minutes que dure la saignée de la veine porte, et l'on comprendra qu'il ne puisse exister dans ce sang que des quantités très-faibles de sucre. Il faudrait, pour obtenir des quantités plus considérables d'alcool, réunir sept à huit chiens, recueillir sur chacun d'eux 2 à 300 grammes seulement du sang de la veine porte, afin de ne pas emprunter de sang à la circulation générale ; traiter ensuite tout ce sang par l'alcool, ce procédé étant le seul qui permette d'obtenir sans altération le principe sucré contenu dans le sang de la veine porte, et soumettre enfin à une fermentation commune les produits de ces diverses opérations. Cette belle expérience, mes humbles ressources d'expérimentateur ne m'ont pas permis de l'éxécuter ; les résultats si nets que j'avais obtenus la rendaient d'ailleurs peu nécessaire.

II.

Les faits que nous venons de rapporter paraîtront sans doute décisifs si on les met en regard de cette assertion proclamée par l'auteur de la théorie glycogénique, que pendant la digestion il n'y a *jamais* de sucre dans le sang de la veine porte. Mais l'expérience qne nous avons décrite demande à être exécutée avec soin, car aux difficultés que présentent les expériences sur un animal vivant, vient se joindre cette autre difficulté d'ordre chimique, qui consiste à trouver une petite quantité d'un produit assez altérable mêlé à une grande proportion de matériaux organiques étrangers. Je demanderai donc la permission de rappeler ici ce que j'ai dit dans mon deuxième Mémoire sur la manière d'exécuter la recherche du sucre dans le sang de la veine porte. La méthode que j'emploie n'a pas été, en effet, instituée, ainsi qu'on l'a dit, « vaguement et comme au hasard. » Elle a été, au contraire, le résultat de l'étude approfondie des moyens les plus convenables à employer pour résoudre, par la voie de l'expérience, l'importante question de physiologie dont elle renferme la solution.

Les conditions de cette expérience sont les suivantes :

1° Opérer sur le chien vivant afin de se procurer une quantité assez grande de sang. Si l'on commence, au contraire, par tuer l'animal au moyen de la section du bulbe rachidien, et que l'on ne recueille le sang que sur le cadavre, la quantité de ce liquide que l'on retire des vaisseaux est habituellement trop faible pour que l'on procède avec sûreté dans cette recherche. On peut sans doute avec plus d'attention et de soin

obtenir le même résultat dans ce dernier cas ; mais il est plus commode et plus sûr d'opérer sur l'animal vivant.

2° Ne pas opérer avec un chien, même de forte taille, sur plus de 300 à 400 grammes de sang de la veine porte, afin d'éviter que le sang qui provient de la saignée ne finisse par être emprunté à celui de la circulation générale.

3° Pour éliminer les matières coagulables du sang, opérer, comme je l'ai indiqué, au moyen de l'alcool, de l'évaporation à siccité, etc. Il est, en effet, un procédé que j'ai quelquefois mis en usage pour l'élimination complète de matières coagulables du sang, et qui permet d'obtenir, à moins de frais, le même résultat. Voici en quoi ce procédé consiste : Le sang défibriné par le battage est étendu de son volume d'eau et coagulé dans un bain-marie à la vapeur de l'eau bouillante. Le coagulum très-épais, déterminé par la chaleur, est exprimé dans un linge. Le liquide brun-rouge qu'on en retire, est acidifié par un peu d'acide acétique et porté à l'ébullition dans une capsule ; les dernières quantités d'albumine non coagulée, au bain-marie se séparent par cette courte ébullition. En saturant dans le liquide filtré la petite quantité d'acide libre au moyen d'un carbonate alcalin, on obtient très-promptement, à l'état de liberté, les parties non coagulables contenues dans le sang. Mais ce moyen, qui peut rendre beaucoup de services quand il s'agit de rechercher dans le sérum du sang des substances peu altérables, ne doit pas être employé dans le cas que nous considérons ici, dans la crainte que, sous l'influence de la chaleur, le carbonate alcalin contenu dans le sérum du sang n'altère on ne modifie le principe sucré qui existe dans le sang de la veine porte.

4° S'il s'agit d'examiner comparativement le sang de la veine porte et celui qui s'échappe du foie, dans le but de déterminer les quantités relatives de glycose dans chacun de ces liquides, pratiquer, ainsi que j'ai eu le soin de le dire dans mon deuxième Mémoire, une *saignée sur la veine cave inférieure dans la cavité thoracique*. En effet, et j'insiste sur ce point d'une manière toute spéciale, quand on prend le sang dans les veines hépatiques, selon le procédé connu et si recommandé, on se place dans des conditions *profondément vicieuses* au point de vue de la recherche que l'on exécute. Les veines hépatiques sont renfermées, comme on le sait, dans le tissu même du foie, et viennent se déverser dans la veine cave inférieure avant l'émergence de ce dernier vaisseau hors de l'organe hépatique, de sorte qu'il est impossible de pratiquer sur ces veines une véritable saignée. On est donc obligé pour recueillir le sang contenu dans les veines hépatiques, d'introduire un tube de verre dans le calibre intérieur de quelques-unes de ces veines, et de *presser ensuite sur le foie afin d'en exprimer le sang*, ou bien, sans employer de tube de verre, on se contente d'inciser la veine cave dans son passage à travers la scissure supérieure du foie, après l'avoir liée dans l'abdomen et dans la poitrine ; on incline alors le foie de l'animal pour en faire écouler le liquide contenu dans les veines hépatiques. Mais en opérant de cette manière, on recueille le *sang qui remplit le tissu du foie* et non celui qui circule dans un vaisseau. Autant vaudrait, si nous osons le dire, prendre le foie de l'animal, le couper en morceaux, et le faire bouillir avec de l'eau. L'organe hépatique étant le réservoir où le sucre se trouve accumulé, il n'est pas étonnant qu'en prenant le sang au sein même de cet organe, on ne recueille un liquide chargé d'une quantité, relativement considérable de sucre, puisqu'on vient de prendre ce produit au sein même du réservoir où il se trouve accumulé. On peut, il est vrai, nous objecter qu'en prenant, comme nous le recommandons, le sang de la veine cave inférieure dans la cavité thoracique, on ne prend pas uniquement le sang sortant du foie, et qu'il est mélangé avec celui qui provient des extrémités inférieures, puisque la veine cave, qui ne fait que traverser le foie, sans s'y ramifier, vient verser dans le cœur droit le sang qui provient des extrémités inférieures du corps. A cette objection je réponds qu'en liant la veine cave inférieure dans l'abdomen, au-dessus du foie et au-dessus de l'insertion des veines rénales, on peut arrêter le sang qui provient des extrémités inférieures, et que, dans tous les cas, il est bien préférable d'opérer, en se tenant averti de la circonstance, sur ce sang mélangé, que de tomber dans cette vicieuse méthode qui consiste à puiser dans l'organe même, où il est physiologiquement accumulé, le principe sucré dont on veut constater l'existence dans la circulation. Qu'on exécute l'expérience comme je l'indique, et l'on verra s'évanouir, entre les quantités de sucre contenues dans les deux sangs cette différence dont on fait tant de bruit.

Je rapporterai ici une expérience qui montrera bien qu'en effet lorsqu'on recueille le sang sortant du foie dans les conditions véritablement physiologiques que je signale, le résultat que l'on obtient sous le rapport de la quantité de sucre contenue dans ce sang, est loin d'être en rapport avec ceux que l'on a tant de fois obtenus en opérant avec le sang des veines hépatiques.

Un chien de forte taille, nourri depuis six jours avec de la viande de cheval, a reçu un repas de cette viande cuite. Six heures après, sans ouvrir la cavité abdominale, ce qui aurait troublé la circulation et empêché de recueillir, dans la veine cave inférieure, une quantité de sang suffisante, on a pratiqué à ce chien la résection de trois côtes pour découvrir la cavité thoracique. On a lié la veine cave inférieure au-dessous du cœur pour s'opposer aux reflux du sang de l'oreillette droite. La veine cave inférieure a été alors incisée deux pouces environ au-dessus du diaphragme pour y introduire un petit tuyau métallique terminé par un tube de caoutchouc. On a pu ainsi recueillir facilement le sang qui circulait dans la veine cave inférieure. Ce sang, après la défibrination, pesait 205 grammes. On l'a traité à la matière ordinaire, par trois fois son volume d'alcool, exprimé le coagulum et évaporé à siccité au bain-marie le liquide acidulé par un peu d'acide acétique. Après avoir repris le résidu par l'eau distillée et passé à travers un linge, le liquide, mis en contact avec de la levûre de bière préalablement lavée, n'a donné, au bout de huit à dix heures de fermentation, qu'environ 6 *centimètres* cubes d'acide carbonique. Il n'est pas douteux que si l'on eût opéré, ainsi qu'on le recommande, sur le sang des veines hépatiques pris dans le foie, on n'eût obtenu une quantité d'acide carbonique de beaucoup plus considérable (1).

III.

Arrivé au terme d'un travail qui a été fécond en difficultés de plus d'un genre, je demanderai à l'Académie la permission de résumer les faits nouveaux que je crois avoir mis en évidence dans le cours de ces recherches.

Dans mon premier Mémoire, j'ai établi ce fait, admis aujourd'hui comme une vérité incontestable, que, dans l'état normal, il existe une certaine quantité de sucre dans le sang de l'homme et des animaux.

M. Claude Bernard a essayé de m'enlever le mérite de cette découverte, en avançant qu'elle avait été faite, en 1846, par M. Magendie. Je suis obligé de rappeler que dans les expériences de M. Magendie, auxquelles on fait allusion, ce physiologiste ne s'était occupé que de constater la présence du

(1) Je ne veux pas agiter ici la question bien difficile des moyens qu'il faudrait employer pour déterminer et comparer d'une manière rigoureuse les quantités de sucre qui arrivent de la veine porte pendant la digestion et celles qui sortent du foie. Je ferai cependant remarquer que si le sang de la veine cave inférieure est chargé d'une quantité notable de sucre, cela tient à ce que par son séjour dans le foie et à la suite du travail de sécrétion qui s'accomplit dans cet organe, ce sang s'y dépouille d'une grande quantité d'éléments divers, et que comparé, à poids égal, au sang de la veine porte, le sang de la veine cave inférieure peut renfermer plus de sucre que celui de la veine porte, sans qu'il soit permis d'en tirer d'autre conséquence, sinon que le sang s'est débarrassé dans le foie de plusieurs produits étrangers dont la disparition a pour résultat d'élever la proportion relative du sucre contenu dans ce dernier sang. Je signale ce fait pour répondre à l'argument de quelques physiologistes qui voudraient que l'on établît une balance égale entre la quantité de glucose contenue dans les deux sangs, et montrer par là que cette détermination comparée se complique de beaucoup d'éléments et n'est peut-être pas même susceptible d'être vidée rigoureusement par l'expérience.

glycose dans le sang d'animaux *nourris exclusivement avec des matières féculentes;* que M. Bernard n'a jamais fait la moindre allusion à ces résultats de M. Magendie, soit pour les réfuter, soit pour y plier sa théorie, et qu'il ne s'en est souvenu que neuf années après, postérieurement à la publication de mon travail et dans le vain désir de me contester l'honneur d'une observation qu'il est impossible de m'enlever. J'ajouterai que M. Claude Bernard était si peu convaincu de la présence du sucre dans le sang, ailleurs que dans les veines hépatiques et la veine cave inférieure, qu'à l'apparition de mon premier Mémoire, il a prétendu que le glycose dont je signalais la présence dans le sang des animaux de boucherie, venait directement du foie, attendu, disait cet observateur, que, pour saigner le bœuf qui vient d'être abattu, le boucher plonge son couteau dans l'oreillette droite du cœur de l'animal, et que le sang, ainsi recueilli, provient du foie par la veine cave inférieure qui le déverse dans l'oreillette droite; attendu, disait-il encore, que le boucher presse du pied le foie de l'animal pour en exprimer plus de sang, etc. Ce fait, que l'oreillette droite soit intéressée par le couteau du boucher *est entièrement inexact*. Il prouve, toutefois, que M. Bernard ne pouvait croire, même à cette époque, à l'existence du sucre dans le sang de la circulation générale, c'est-à-dire à la réalité du fait qu'il affirme aujourd'hui avoir été découvert par M. Magendie en 1846.

Le second fait que j'ai établi dans les recherches que j'essaie de résumer, c'est la présence dans le foie, en quantité considérable, de l'*albuminose*, c'est-à-dire du produit de la digestion des matières azotées. Ce fait a une importance que l'on a peut-être trop négligée, au point de vue des fonctions physiologiques du foie, qu'il nous montre comme un organe chargé de servir de réservoir temporaire aux produits de la digestion.

Le rapprochement de ces deux faits, savoir, qu'il existe beaucoup d'albuminose dans le foie et très-peu dans le sang, — et qu'il existe beaucoup de sucre dans le foie et bien moins dans le sang, — m'ont conduit à émettre cette opinion, accueillie sans défaveur par les physiologistes, que le foie constitue une sorte de réservoir pour les produits de la digestion; que cet organe doit retenir quelque temps dans son tissu le glycose et l'albuminose provenant de la digestion, pour les déverser ensuite, peu à peu, dans le sang de la circulation générale.

Je me suis occupé ensuite de l'expérience fondamentale qui avait pour objet de démontrer, à l'aide du réactif de Frommertz, la présence du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal nourri de viande. Enfin, dans le travail que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à l'Académie, j'ai essayé de montrer que le principe sucré qui existe dans le sang de la veine porte est susceptible d'entrer en fermentation comme celui du foie.

Je crois donc pouvoir répéter, en terminant, ce que je disais à la fin de mon premier Mémoire : « Nous concluons, en résumé, que le foie, chez l'homme et les animaux, n'a point reçu pour fonction de fabriquer du sucre; que tout le glycose qu'il renferme provient du sang qui gorge son tissu, et que ce glycose a été apporté dans les vaisseaux par suite de la digestion. »

L'objet de la fonction glycogénique serait de créer un seul produit, le sucre; lequel produit, une fois versé dans le sang, disparaît sans que personne puisse dire ce qu'il devient.

Le théâtre de cette fonction serait le foie. Mais cet organe est déjà le siége d'une sécrétion qui n'a rien de mystérieux ni de latent; c'est celle de la bile. Le sang qui s'introduit dans le foie ne renferme point les éléments de la bile, et ce produit, sécrété aux dépens du sang, s'échappe au dehors par un canal excréteur. Au contraire, le sang qui pénètre dans le foie renferme déjà une certaine quantité de sucre, et l'on ne connaît pas encore de conduit excréteur pour le principe sucré. De plus, on ne trouve dans le foie qu'un seul genre de cellule, ce qui indique que cette glande, comme les autres glandes de l'économie, n'est anatomiquement organisée que pour une seule sécrétion.

L'apparition du glycose dans le foie est toujours subordonnée à l'alimentation. Chez un animal bien nourri, c'est pendant la digestion que la proportion de sucre qui se montre dans le foie est le plus considérable possible. Mais si l'on supprime l'alimentation, on voit ce produit diminuer rapidement dans le foie, et finir par disparaître à la suite d'une abstinence suffisamment prolongée. Certes, dans d'autres conjonctures, un tel fait aurait suffi à lui seul pour prouver que dans l'économie animale le sucre est un simple produit de digestion et non le résultat d'une sécrétion physiologique. Ajoutez cet autre fait, si confirmatif, emprunté à la pathologie, que, d'après M. Andral, les diabétiques mis à la diète cessent de rendre du sucre par les urines; ce qui montre que, dans l'état de maladie comme dans l'état de santé, l'apparition du sucre dans l'économie animale est subordonnée à l'alimentation.

La présence du sucre dans le foie ne paraît nullement sous la dépendance du système nerveux, comme le sont toutes les autres fonctions de l'économie. Cette bizarre démonstration de l'influence du système nerveux sur la fonction glycogénique, qui consiste à montrer que le sucre apparaît dans les urines du lapin à la suite de la piqûre d'un certain point, unique, de la moelle allongée, n'a, dans cette question, aucune signification. Il est, en effet, bien reconnu, d'après des travaux récents, que, dans cette expérience, le sucre ne se montre dans l'urine que par suite du trouble apporté par la lésion du système nerveux central, à l'assimilation et à la destruction du sucre dans l'économie. Le professeur Lehmann, dont l'autorité a été invoquée dans cette question, « déclare formellement, dans sa *Chimie physiologique*, qu'il serait *contraire aux lois les plus simples de la chimie* de penser que certaines excitations de filets nerveux dussent influencer l'apparition du sucre dans le foie; que si cela était admissible, il faudrait constater, tout d'abord, une accumulation des matières élémentaires et fondamentales du sang dans le foie pendant la durée de cette irritation. Or, ce physiologiste ajoute que, loin d'avoir remarqué une accélération dans la circulation hépatique, il a, au contraire, *toujours* observé un ralentissement dans la circulation chez les diabétiques et chez les animaux soumis à ses expériences. Il avoue d'ailleurs que, dans l'état actuel de nos connaissances (1853), il ne reste plus rien de vrai, quant à l'origine du sucre dans les urines, que ce fait, *que le sucre passe dans les urines parce qu'il n'est pas détruit dans le sang* (1). »

Quand la physiologie animale vient à s'enrichir de l'inestimable conquête d'une fonction nouvelle, cette découverte doit trouver et trouve toujours dans la pathologie un retentissement considérable. La fonction glycogénique, connue et affichée depuis plus de six ans, est demeurée absolument stérile dans la pathologie du foie. En fait d'applications à l'art de guérir, elle n'a produit que cette idée, que le diabète est une maladie du foie, c'est-à-dire une exagération de sa sécrétion normale, — opinion insoutenable.

Si l'on se demande, en résumé, quelles sont les acquisitions faites par la science à la suite des travaux retentissants dont cette question a été l'objet, elles se réduisent, selon nous, à ces deux faits, qu'il existe du sucre dans le tissu du foie, et que, par la digestion, la viande peut fournir une certaine quantité de sucre. Ces deux faits ont sans doute leur importance, mais on pensera peut-être qu'ils ont été un peu chèrement acquis au prix de tant de discussions et de traverses.

---

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 7 avril 1855. (*Note historique sur la présence du sucre dans l'organisme animal*, par M. Schnepf.)

Recherches sur les effets des cautérisations de la poitrine dans l'asphyxie et quelques autres genres de mort apparente accidentelle.

Par M. le docteur FAURE.

(*Suite, voir notre dernier numéro.*)

Encouragé par les résultats des cautérisations je me suis demandé s'il ne serait pas possible d'utiliser les cautérisations du thorax, ou plutôt ce traitement de l'axphyxie, dans quelques autres cas de mort accidentelle. Les expériences suivantes répondront mieux que toutes les assertions.

OBSERVATION. — Un jeune chien épagneul est pendu par le cou dans un nœud fixe qui passe derrière les mâchoires et l'occiput. La corde tourne sur elle-même. Il reste un quart d'heure d'une tranquillité complète, que j'avoue ne pas m'expliquer, surtout en me rappelant la rapidité avec laquelle apparaissent les symptômes de strangulation en pareil cas; son cœur n'ayant subi encore qu'une très-légère accélération, il est pris tout à coup d'une agitation convulsive des plus violentes, il se tord dans tous les sens, les extrémités inférieures se rapprochent de la poitrine, il a pu saisir la corde et la mordre avec rage, ses mâchoires grinçant l'une contre l'autre donnent un craquement bruyant et sec, il ouvre la gueule démesurément, sa langue tombe dehors, les yeux font saillie, les conjonctives, la muqueuse buccale et la langue à sa base surtout ont pris une teinte violette, il urine deux fois très-abondamment, les battements du cœur sont tellement désordonnés qu'il est impossible de les suivre.

Cette crise, après avoir duré deux minutes, s'apaise brusquement: il ne fait plus que quelques mouvements des pattes, les battements deviennent de plus en plus distincts; à la dix-neuvième minute je n'en compte plus que de trois à cinq pour dix secondes. L'animal est délivré, je le place sur ma table, il ne donne aucun signe de vie; les pulsations insaisissables à la main, sont très-difficilement perçues avec le stéthoscope, l'insensibilité est complète, le fer rouge est porté impunément sur tout le corps, il est aussi près de la mort que possible. J'applique alors le caustique sous l'aisselle et sur les côtes; il revient en quelques minutes. Cet animal que j'ai pendu ainsi plusieurs fois restait toujours de dix à douze minutes sans paraître très-incommodé, je l'ai placé ensuite dans un nœud coulant, il résista encore beaucoup plus longtemps que la plupart des autres animaux.

OBSERVATION. — Un chien de taille moyenne est pendu dans un nœud fixe; vingt-cinq secondes après, cris, convulsions des plus violentes, il se tord, ses dents craquent avec bruit; il urine abondamment, trois minutes après il urinait encore; les pulsations du cœur sont de trois à quatre pour dix secondes mais excessivement faibles; le fer rouge ne provoque aucun mouvement, même sur la poitrine. Etendu à terre, la langue, la gueule et les conjonctives sont noirâtres; les yeux semblent sortir de leur orbites, une écume sanguinolente s'échappe des narines. Quelques cautérisations fortes et prolongées et une flagellation énergique le font revenir en quelques minutes.

OBSERVATION. — Un chat de forte taille est attaché par les pattes, et après avoir ouvert sa trachée, je fixe dedans l'embouchure du tube en caoutchouc; je puis à volonté diminuer ou intercepter la colonne d'air. L'animal pouvait supporter assez longtemps une diminution lente et graduée, mais quand le cylindre était réduit à la moitié de sa surface environ, il était pris d'accidents qui s'aggravaient avec rapidité : respiration précipitée et pénible, battements tumultueux et petits, agitation, etc. Si, au contraire, l'air est intercepté subitement en entier, l'état du cœur et des poumons reste le même pendant trois ou quatre secondes, puis ces battements deviennent subitement tumultueux, le bruit respiratoire disparaît; on n'entend plus enfin qu'un bruit désordonné et sourd. Alors l'animal est pris d'une agitation des plus violentes, il se tord et se contourne convulsivement, bat la table avec son corps; sa bouche, ses narines et ses yeux sont démesurément ouverts; il mord avec rage ce qu'il peut atteindre, il urine, et enfin, après huit à dix secondes de cette crise terrible, il tombe inanimé. Dans cet état, le fer rouge, appliqué sur les membres à plusieurs reprises, ne donne aucun résultat; au contraire, à peine est-il appliqué à deux ou trois reprises sur le côté de la poitrine, que l'animal recommence à respirer, et il est rapidement rappelé à lui. J'ai répété plusieurs fois la même expérience, et toujours avec des résultats identiques.

Mais dans aucune de ces expériences, je n'ai été autant à même de constater la puissante efficacité des cautérisations que dans la suivante :

Un chien dogue de très-forte taille a le corps tout entier, depuis les clavicules jusqu'au bassin, serré entre deux fortes planches; deux cordes placées à la hauteur de la poitrine et du ventre, et munies d'un tourniquet, permettent de porter la constriction au plus degré possible. L'animal se défend d'abord avec la plus violente énergie, il se jette sur moi, saute en l'air, se précipite contre le mur, et fait entendre, malgré sa muselière, un grognement sourd et bruyant, mais bientôt il se calme, et dès lors tous les symptômes convulsifs ont la plus grande analogie avec ceux de l'asphyxie par le charbon; seulement, la poitrine étant maintenue dans une immobilité forcée, tout le mouvement respiratoire se passe en quelque sorte en longueur : les clavicules remontent très-haut vers le cou, les viscères abdominaux semblent refouler le bassin en arrière; tantôt l'animal est couché sur le côté ou sur le ventre, et il lutte avec effort pour respirer, tantôt il se relève brusquement, se dresse contre le mur, bondit avec rage, se tord, agite ses pattes; une écume abondante et mêlée de sang s'écoule de sa bouche; enfin, il tombe pour ne plus se relever, les mouvements de la poitrine, d'abord haletants et précipités, la suite de cette dernière crise, se ralentissent presque subitement, et bientôt ils sont à peine visibles.

Après quatre minutes de cet état, l'animal est dans une profonde stupeur, les cautérisations les plus fortes sur les jambes et sur la poitrine même ne sont suivies d'aucun résultat. Alors je le délivre : il reste inanimé, étendu, dans un état complet de résolution, les mâchoires entr'ouvertes, sa langue pend sur le sol, ses yeux sont tout ouverts, c'est à peine si un mouvement léger dans sa poitrine vient de temps à autre indiquer qu'il lui reste une ombre d'existence; en vain je le remue, je le secoue, il reste tout à fait inerte. Alors je commence à le cautériser sur les jambes, les cuisses, sous les orteils, la sensibilité est absolument nulle, le fer rouge est porté à plusieurs reprises, je le laisse une ou deux secondes à la même place : il ne bouge pas. Je le porte alors sur sa poitrine, il se produit d'abord quelques contractions vagues, elles s'accentuent à mesure que je persiste; les côtes se déplacent, les parois thoraciques se meuvent, et je vois toute la respiration sortir lentement et par degrés de cet anéantissement où elle était tombée; bientôt il lève la tête, ses yeux se fixent sur moi, j'applique le fer rouge sur sa poitrine, sa respiration s'accélère, il me voit et il reste parfaitement tranquille cependant; puis il fait entendre d'abord un sourd gémissement à chaque cautérisation, il aboie sans chercher à fuir : il sent le mal et il n'en a pas la conscience; enfin, le sentiment renaît manifestement : il fait quelques efforts pour se sauver, quatre minutes après je ne pouvais plus effleurer, si légèrement que ce fût, avec le fer, ses pattes et ses cuisses, sans qu'il jetât de violents cris de douleur. En somme, il se rétablit si bien, que la nuit suivante il rompit sa corde et s'échappa par une fenêtre.

Dans cette expérience qui présenta de grandes difficultés parce que l'animal que j'avais choisi à dessein parmi les plus robustes opposa une très-grande résistance, j'avais cherché à obtenir un état qui se rapprochât autant que possible de celui des individus étouffés sous les décombres ou dans une foule. Les résultats que m'ont donnés les cautérisations indiquent assez quel parti on en pourrait tirer et combien elles seraient préférables à tous les moyens que l'on emploie ordinairement. En effet, à l'hôpital Beaujon, en 1844, tous les individus qui furent écrasés aux Champs-Elysées, aux fêtes de juillet, étaient pâles, inanimés, plongés enfin dans le plus profond évanouissement quand on les apporta à l'hôpital, quelques-uns seulement avaient des symptômes convulsifs; dans une telle situation comme les révulsifs ordinaires ne pouvaient pas être d'un grand secours, on pratiqua d'abondantes saignées aux bras et aux veines jugulaires : c'était ajouter une cause d'évanouissement et d'hyposthénie à celles qui existaient déjà, et presque tous ceux qui étaient gravement malades lors de leur entrée moururent. En pareil cas, à cause même de l'imminence du danger, au lieu de se perdre en vaines tentatives par des

moyens qui n'ont pas de portée sérieuse, alors même qu'ils sont employés à leur plus haute puissance, il serait assurément bien plus rationnel de recourir de suite à un traitement qui, agissant d'une façon inverse à la cause du mal, tend tout d'abord à rétablir les fonctions que celui-ci a abolies.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales,

Par M. Chassaignac,

Chirurgien de l'hôpital La Riboisière.

Suite. — Voir les nos 100, 101, 102 *et* 103.

L'observation suivante, recueillie avec soin dans mon service par M. Charnal, est un nouvel et remarquable exemple des redoutables effets de l'affection hémorrhoïdale, quand elle se développe avec rapidité, et quand elle atteint des proportions considérables.

Observation 12e. — *Énorme bourrelet hémorrhoïdal annulaire compliqué de prolapsus de la muqueuse rectale. — Hémorrhagies de plus en plus rapprochées et abondantes, menaçant la vie du malade. — Opération par écrasement linéaire. — Guérison radicale des hémorrhoïdes et de la chute du rectum.*

Le nommé Hautemanière, vingt-huit ans, mécanicien, entre, le 5 avril 1855, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 26, pour se faire opérer de tumeurs hémorrhoïdales.

Ce malade, d'une constitution assez robuste, fait remonter le début de son affection à l'âge de vingt ans. Pendant six ans environ, il n'eut pas d'hémorrhagie et n'éprouvait de la gêne et de la douleur qu'après une marche pénible, un travail forcé.

La première hémorrhagie eut lieu il y a dix-huit mois; elle fut très-abondante; le sang sortait par un jet assez fort. Après cette première perte, le malade revint à son état antérieur, et ce n'est que six mois plus tard qu'eut lieu la seconde hémorrhagie. A partir de ce moment, les pertes devinrent de plus en plus fréquentes, et bientôt chaque défécation amena un flux sanguin souvent très-notable. En même temps, les tumeurs hémorrhoïdales prirent un développement considérable et amenèrent un prolapsus de la muqueuse rectale. Aussi le malade était-il toujours obligé d'en opérer la réduction, ce qui ne souffrait d'ailleurs aucune difficulté.

Au mois de février 1855, le malade fut pris d'ictère et d'embarras intestinal, son médecin lui prescrivit plusieurs purgatifs qui amenèrent une congestion plus grande encore vers le rectum et des douleurs plus vives. Aussi, pour combattre cet état, eut-il recours à des applications de sangsues sur les hémorrhoïdes et à quelques cautérisations avec une solution de nitrate d'argent, mais sans résultat. C'est alors que le malade entra à l'hôpital pour se faire opérer.

A l'examen, il se présente dans l'état suivant : on trouve à la région anale un énorme bourrelet hémorrhoïdal, de forme circulaire et résultant de la réunion de six ou sept tumeurs toutes recouvertes par la peau. Au centre de ce bourrelet, trois ou quatre tumeurs plus volumineuses, plus rouges que les précédentes et recouvertes par la muqueuse.

Le malade est dans une anémie profonde, cependant toutes les fonctions s'accomplissent très-régulièrement.

Le moral n'est pas affecté, et si depuis longtemps le malade ne se livre plus avec autant d'ardeur au travail, c'est principalement à cause de la faiblesse qui résulte pour lui d'hémorrhagies abondantes et répétées.

Le 16 avril, le malade est endormi au chloroforme. La tumeur est pédiculisée avec une forte ligature et enlevée par l'écrasement linéaire en seize minutes, sans qu'il y ait hémorrhagie.

Le malade, reporté à son lit, est pris de douleurs très-vives à l'anus, puis d'une agitation extrême qui se calme assez promptement sous l'influence d'un peu de sirop d'éther.

Ce soir, le malade est très-calme. Les douleurs à l'anus sont moins violentes; pas de fièvre; émission des urines facile; absence de garde-robes.

Le 17 avril, le malade est très-gai; il a dormi toute la nuit et n'éprouve plus que de faibles douleurs. Le pansement est enlevé, et l'on remarque que l'anus est considérablement rétréci par suite de la réunion primitive d'une grande partie de la plaie. On détruit ces adhérences par l'introduction du doigt, et l'on place une mèche de charpie pour maintenir les deux lèvres de la plaie écartées (2 verres d'eau de Sedlitz).

Le soir, le malade est bien; il a eu deux selles liquides dans la journée, l'émission des urines est toujours facile.

Le 18 avril, le malade continue à se bien trouver. La plaie ne présente rien de particulier; on prescrit un bain et quelques aliments.

Le 19 avril, même état; lavement.

Le 20, les évacuations alvines sont difficiles et un peu douloureuses (2 verres d'eau de Sedlitz).

Le 21, quelques douleurs à l'anus.

Le 22, douleurs très-vives; un peu d'érythème autour de la plaie; bain.

Le 23, le malade souffre moins et commence à se lever; les premiers jours se passent sans accidents et même sans fièvre.

Les jours suivants, le malade reste levé toute la journée; il n'éprouve plus de douleurs qu'au moment de la défécation, et lorsqu'il rend des matières solides. Aussi, pour éviter ces souffrances, demande-t-il lui-même alternativement de l'eau de Sedlitz, des lavements et des bains.

Enfin, il sort le 5 mai, non encore complétement guéri, mais se trouvant très-bien.

Depuis sa sortie, ce malade est revenu nous voir une fois. Il est très-content, car les douleurs sont rares et légères, et ne se font sentir qu'après une défécation difficile.

L'observation qui précède offre un type bien net et bien tranché du développement rapide d'une affection hémorrhoïdaire qui avait été longtemps exempte d'inconvénients graves. En effet, si le malade fait remonter à près de vingt annéee le début de sa maladie, il nous apprend aussi que c'est dans les dix-huit derniers mois qui ont précédé son entrée à l hôpital que, les hémorrhagies se rapprochant et devenant de plus en plus abondantes, s'accompagnant de la production d'un bourrelet volumineux et de chute du fondement, il a été amené à un état de délibité profonde et à l'impossibilité de travailler pour vivre. Or il est à remarquer que cet homme, quoique à peine âgé de vingt-huit ans, est déjà père de quatre enfants, dont son travail est le seul moyen d'existence.

Ainsi, voilà un homme qui est jeune, courageux, intelligent, et qui, dans l'espace de moins de deux années se trouve réduit à une incapacité absolue de travail, en outre sa vie même est menacée dans un avenir peut-être prochain.

C'est dans les cas de ce genre, c'est-à-dire dans ceux qui sont les plus graves, que le succès de l'écrasement linéaire apparaît dans toute son évidence; car ce malade n'était pas opéré depuis huit jours que déjà il se levait dans la salle, et y rendait quelques services dans la mesure que lui permettait le retour commençant de ses forces.

A cet égard, nous ferons remarquer qu'on se ferait une idée très-fausse de la rapidité de la convalescence et de la guérison, si l'on s'en rapportait, sans explication aucune, à la durée du séjour des malades dans nos salles après l'opération. Nous avons l'habitude de garder à l'hôpital le plus longtemps possible les malades opérés par écrasement linéaire. En agissant ainsi, nous avons un triple but. Nous nous proposons : 1° de contrôler pendant tout le temps nécessaire le résultat définitif de l'opération; 2° de surveiller la manière dont se rétablit l'exercice de la défécation; 3° de remédier à l'anémie profonde dans laquelle sont plongés la plupart des sujets que nous opérons pour des bourrelets hémorrhoïdaux, et il faut savoir que chez quelques-uns la reconstitution du fluide sanguin ne s'opère qu'avec lenteur et difficulté.

Si les motifs que nous venons d'indiquer n'existaient pas, ce n'est pas au bout de quinze, vingt et soixante jours que les malades quitteraient l'hôpital. La plupart seraient en état de regagner leur domicile au bout de quelques jours seulement, témoin le malade de M. Rodenberg, tant les accidents locaux qui succèdent à l'écrasement sont simples et inoffensifs.

La plupart du temps, la plaie n'exige point de pansement et ne réclame que quelques soins de propreté.

Observation XIII. — *Tumeur hémorrhoïdale annulaire énorme.* —

Anémie et prostration profondes. — Opération par écrasement linéaire. — Guérison. (Observation recueillie par M. Charnal.)

M. l'abbé Vencenti, vicaire à Passy, trente-huit ans, entre le 6 mars 1855 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 18.

Ce n'est qu'en 1843 que ce malade s'aperçut qu'il avait des hémorrhoïdes, bien que, chaque année, au mois de septembre, et cela depuis son enfance, il perdît par le rectum une quantité assez considérable de sang.

De 1843 à 1845, les tumeurs hémorrhoïdales ne prirent pas de développement et ne donnèrent lieu qu'à l'hémorrhagie annuelle; mais pendant l'année 1845, les tumeurs augmentèrent beaucoup et devinrent douloureuses; les hémorrhagies furent beaucoup plus fréquentes et se renouvelèrent même plusieurs jours de suite.

Pendant près de dix ans, de 1845 à 1855, les choses restèrent dans le même état, c'est-à-dire, tumeurs hémorrhoïdales toujours volumineuses et très-douloureuses, hémorrhagies toujours fréquentes.

Le 7 février 1855, après une perte de sang assez abondante, le malade fut pris de syncope et forcé par la faiblesse et des pertes de sang presque continuelles, à prendre le lit, qu'il garda pendant un mois.

Cet état de souffrance si prolongé a profondément altéré la constitution et le moral du malade. Autrefois d'un caractère vif et gai, il est devenu sombre et taciturne, indifférent à tout et souvent assiégé par des idées de suicide. En même temps, la santé générale s'est affaiblie; les fonctions digestives sont souvent troublées; il existe une constipation opiniâtre et de plus une anémie profonde. A l'examen, on trouve un énorme bourrelet hémorrhoïdal circulaire, formé par une douzaine de tumeurs dont les unes centrales sont recouvertes par la muqueuse rectale, et les autres périphériques présentent une enveloppe cutanée. L'ensemble de ces tumeurs représente à peu près le volume d'un gros œuf.

Les six premiers jours que le malade passe à l'hôpital sont employés à combattre la constipation, à le préparer à l'opération que l'on se décide à pratiquer le 12 mars.

Le malade est endormi au chloroforme. L'érigne multiple est introduite fermée dans le rectum, puis ramenée ouverte au dehors de l'anus de façon à bien faire saillir à l'extérieur toutes les tumeurs hémorrhoïdales. Une forte ligature est placée vers le point d'implantation des tumeurs et au delà des crochets de l'érigne, de manière à former un pédicule que l'on embrasse alors avec la chaîne de l'écraseur dont l'anse est ensuite amenée à bonne constriction; puis on fait marcher l'instrument d'un cran à chaque quart de minute.

Dès le commencement de l'opération, il s'écoule une certaine quantité de sang, mais ce sang ne provient pas du lieu de la section; il est fourni par les tumeurs hémorrhoïdales, et se fait jour à l'extérieur par les piqûres que l'érigne a produites. En douze minutes et demie, les tumeurs sont complétement enlevées; la plaie a donné à peine quelques gouttes de sang.

Le pansement est fait avec quelques rondelles d'agaric maintenues par un bandage en T.

L'opération a été pratiquée en présence d'un grand nombre de confrères français et étrangers. Parmi eux, nous citerons M. le docteur Follin, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à l'École de médecine et M. le docteur Houel, conservateur du musée Dupuytren et membre de la Société de chirurgie.

Pendant toute la journée qui suit l'opération, le malade se plaint de douleurs très-vives et est en proie à une grande agitation.

Le 12 mars au soir, mêmes douleurs, fièvre peu intense; pouls à 84; pas de selles; émission facile des urines.

Le 13 mars, distension de l'abdomen par des gaz qui ne peuvent sortir; douleurs toujours vives; pas de selles depuis l'opération; émission facile des urines; pouls à 96; peau assez chaude; pas de frissons. Le pansement est enlevé; l'anus semble oblitéré par l'adhésion des côtés opposés de la plaie. Le doigt détruit avec précaution les adhérences et rétablit l'orifice anal.

Dans la journée, le malade rend par l'anus une grande quantité de gaz; leur émission est très-douloureuse; mais le soir le ventre est moins tendu.

Le 14 mars, mieux; plaie en très-bon état; cessation des douleurs; on remarque qu'il existe encore une petite tumeur hémorrhoïdale qui n'ayant pas été comprise dans la ligature, n'a pu être enlevée avec les autres. Eau de Sedlitz. Dans la journée, évacuations abondantes, mais douloureuses.

Le 15 mars, le malade n'ayant pas uriné depuis la veille, on pratique le cathétérisme qui donne issue à un litre et demi environ de liquide.

Les jours suivants on a encore recours au cathétérisme et l'on administre alternativement au malade des purgatifs, des lavements et quelques bains, dans le but surtout de combattre l'état d'embarras gastrique qui existait avant l'opération, et qui a persisté depuis.

Le 27 mars, le malade urine sans sonde.

Le 9 avril, on enlève la petite tumeur qui avait échappé à l'action de l'appareil à écrasement. Cette petite opération se fait rapidement et sans occasionner de douleurs bien vives.

Les jours suivants l'état général est devenu satisfaisant; le malade se lève; retour de l'appétit et rétablissement de toutes les fonctions; l'anus est de temps à autre le siége d'une constriction, que l'on constate par le toucher et que l'on combat par les mèches de charpie; la gaieté est revenue avec les forces.

Le 4 mai, état général et local excellent; le malade marche toute la journée sans fatigue ni douleurs; la constriction anale diminue tous les jours.

Malgré la persistance assez prolongée de quelques douleurs à la région anale, le fait que nous venons de rapporter est, par suite du développement énorme de la tumeur hémorrhoïdale et de l'état de prostration profonde auquel avait été réduit le malade avant l'opération, l'un de nos plus beaux exemples de succès après amputation d'une tumeur hémorrhoïdale complétement annulaire.

Nous avons eu chez ce malade l'occasion de faire remarquer d'une manière très-nette que, quand il s'écoule du sang pendant l'ablation de ces tumeurs, le liquide provient non point de la section elle-même, mais des piqûres que les branches de l'érigne produisent sur la portion de tumeur qui doit être enlevée.

Nous avons eu d'autre part, chez ce sujet, occasion de constater combien les opérations secondaires offraient de bénignité, puisque l'ablation d'une portion qui avait été laissée de côté dans la première opération n'a pas donné lieu au plus léger accident. (*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous avons la satisfaction d'annoncer à nos lecteurs que notre collaborateur, M. Sée, vient d'être nommé aide d'anatomie de la Faculté de médecine, à la suite d'un concours qui n'a pas duré moins de trois mois.

— Plusieurs nouvelles évacuations de malades venant de Crimée ont été récemment effectuées sur les hôpitaux de Montpellier. MM. les professeurs et agrégés en exercice de la Faculté ont été appelés à faire le service des hôpitaux temporaires, conjointement avec M. le docteur Goffres, ancien agrégé de la Faculté, et médecin principal d'armée de 1re classe, chargé de l'organisation de ces établissements. (*Ann. de clinique de Montpellier.*)

— Le nombre et l'extrême gravité des cas de choléra qui se sont manifestés dans divers hôpitaux et en ville, depuis notre dernier numéro, prouvent que nous sommes en pleine épidémie. Mais nous croyons inutile de donner d'autres renseignements. Aucun des traitements mis en usage, dans les hôpitaux, n'a eu plus de succès que par le passé, c'est-à-dire que la mortalité est de près de moitié.

— Nous avons reçu de M. Apostolides, avec prière de l'insérer, une lettre, qui est surtout une lettre de remerciements pour l'appréciation que nous avons faite du Mémoire qu'il a lu mardi dernier à l'Académie. Les éloges beaucoup trop bienveillants que M. Apostolides nous donne, et dont nous lui savons tout le gré possible, rendraient la publication de sa lettre dans notre journal peu conforme à nos sentiments. Nous lui demandons, en conséquence, la permission de la conserver comme dédommagement de ce que d'autres peuvent écrire ou dire, mais non penser sur notre compte.

— Nous avons reçu, *d'un professeur qui n'a pas donné sa démission parce qu'il n'a pas de fortune*, une lettre que nous insérerons dans notre prochain numéro, *à moins d'avis contraire.*

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 105. 3e année. Lundi 3 Septembre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS: 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Faculté de médecine.

Cours de pathologie interne. — M. BECQUEREL, suppléant.

Leçons sur la maladie de Bright,— la cirrhose et le diabète,

Recueillies et rédigées par M. le docteur F. MAURIN.

Suite, voir le numéro 98.

Choléra. — Pendant la période de réaction, et même pendant la convalescence du choléra, les reins peuvent s'hypérémier : c'est en les étudiant dans cette période, que M Robin a démontré qu'ils étaient le siége d'une infiltration granuleuse des cellules précédemment étendues.

Les maladies du cœur, exerçant une action mécanique sur la circulation, conduisent aussi au même résultat; j'ai observé que dans un quart de cas environ, on trouvait de l'albumine dans les urines, et cette albumine était due à une congestion rénale. Dans la cirrhose du foie, l'on observe à peu près un cinquième des cas dans lesquels on voit apparaître de l'albumine comme phénomène concomitant dû à la même cause. L'emphysème pulmonaire, la phthisie, et en dernier lieu la grossesse, sont des causes signalées par tous les auteurs ; la grossesse, surtout, est une des causes malheureusement trop fréquentes, et toutes les fois qu'il surviendra une attaque d'éclampsie ou des convulsions, on devra en rapporter la cause au développement d'une hypérémie des reins : l'albumine apparaît presque toujours dans les urines.

Enfin, on devrait établir des statistiques pour savoir si l'âge, le sexe, la profession, exercent quelque influence spéciale sur le développement de la maladie de Bright aiguë. On l'observe à tout âge, et, comme l'a démontré M. Charcelay, chez les enfants nouveau-nés; elle est cependant très-rare après soixante ans. La profession ne semble pas donner des résultats aussi nets, cependant elle est plus ordinairement le partage des malheureux condamnés à travailler dans l'eau ou dans des endroits habituellement humides.

Symptômes. — La maladie de Bright aiguë a deux modes de début bien différents. Le début, en effet, peut être rapide ou lent.

1° *Début rapide.* — Les malades sont pris d'un frisson violent, de fièvre, de nausées, de vomissements, de douleurs lombaires, et, chose singulière, d'une bronchite aiguë, qui n'est cependant qu'un phénomène morbide concomitant et ne lui est pas nécessairement subordonné : c'est un effet pathologique différent, dû cependant à la même cause et développé simultanément. Les urines deviennent albumineuses, et l'œdème se manifeste, en commençant par la face le plus ordinairement.

Le deuxième mode de début est complétement différent. — Un individu s'est exposé au froid humide, ou bien a reçu la pluie sur le corps en sueur, il n'éprouve ni frissons, ni nausées, ni douleur lombaire ; mais tout à coup, en se regardant dans une glace, il aperçoit sa figure enflée, ses tissus œdématiés.

La filiation des symptômes a lieu de la manière suivante :
1° Passage de l'albumine dans les urines;
2° Altération du sang ;
3° Hydropisie.

Etudions-les successivement. Les urines sont fortement diminuées de quantité, presque de moitié. La proportion de l'eau, des matières solides, subissent la même diminution. L'aspect n'est plus le même qu'à l'état normal, elles sont plus colorées et généralement troubles. La chimie fait constater des principes étrangers : 1° l'albumine y est précipitée par l'acide azotique coagulée par la chaleur, l'alcool; c'est bien de l'albumine véritable, et non de l'albuminose, comme on l'avait avancé; outre qu'elle se comporte avec les acides et l'alcool absolument comme l'albumine de l'œuf, elle dévie à gauche la lumière polarisée. Sa quantité y est environ de 4 à 5 millièmes.

Leur couleur est celle du bouillon sale, et le microscope y démontre la présence de corps en suspension, qui sont précisément les detritus évacués des altérations dont j'ai tracé l'histoire ; des cylindres fibrineux, des cellules que l'on avait appelées des cellules épithéliales, mais qui ne sont autres que des cellules granuleuses qui ne font plus partie de l'organisation des reins; enfin, des globules du sang irrégulièrement frangés sur les bords, et, en dernier lieu, des granulations moléculaires.

2° *Altération du sang.* — Les altérations du sang sont caractéristiques. La fibrine et les globules sont intacts, l'albumine tombe du chiffre 80, qui exprime l'état normal, au chiffre 70, 60, et même 55 Le plus ordinairement, la diminution est comprise entre 60 et 65.

Une question des plus graves vient se placer ici. L'urée qui existerait dans le sang, comment y est-il, comment s'y comporte-t-il ?

Nota. — C'est par une erreur déplorable que la symptomatologie de la maladie de Bright aiguë a été omise dans l'article publié dans le numéro 98 (17 août 1855); nous nous empressons de la donner avant d'entrer dans la description de la maladie de Bright chronique. MM. les abonnés du *Moniteur des hôpitaux* comprendront tous nos regrets et notre empressement à combler cette lacune.

Docteur MAURIN.

Sa présence a d'abord été signalée en Angleterre, puis en France, par Guibourt, dans une analyse faite pour M. Rayer. On avait, d'après cela, admis que l'urée n'étant plus sécrété par les reins en aussi grande quantité, viciait le sang. MM. Quevenne et Pelouze ont en vain cherché l'urée dans le sang et ne l'ont pas retrouvé. M. Hervier a démontré qu'on pouvait le retirer du sang par un procédé très-simple, quel que fût d'ailleurs le sang sur lequel on opérât. En Allemagne, la question a été fort bien étudiée, et Frierichs a donné une théorie de cet empoisonnement du sang par l'urée.

Suivant cet auteur, il y a de l'urée dans le sang de l'homme sain absolument comme dans celui du malade atteint de maladie de Bright. Toutefois, chez ces derniers, la quantité est plus considérable. Or, toutes les fois qu'il y a un ferment morbide dans le sang, en présence de l'urée, l'excès se transforme en carbonate d'ammoniaque, et de là viennent des accidents d'intoxication. Ce n'est que dans un dixième des cas que ces accidents surviennent, accidents nerveux que met en jeu l'intoxication par le carbonate d'ammoniaque.

3° *Hydropisie.* — Le troisième symptôme est l'hydropisie, qui est la conséquence de la disparition de l'albumine du sang.

Ces hydropisies, dans la maladie de Bright aiguë, et dans la maladie de Bright chronique, tendent à se généraliser.

Leur siége est d'abord dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt aux parties supérieures, et tantôt aux parties inférieures, enfin dans toutes les parties du corps. Ensuite viennent les membranes séreuses, le péritoine, les cavités des plèvres, le tissu pulmonaire, le péricarde, et enfin les ventricules cérébraux.

Les liquides épanchés sont constamment moins riches en albumine que le sérum du sang, on n'y trouve que 25 à 30 pour 1,000 parties de liquide.

Du côté du tube digestif, il survient des troubles assez caractéristiques, les nausées et les vomissements persistent souvent pendant une partie de la maladie. Les douleurs lombaires qui se montrent dans la période aiguë peuvent persister jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'albumine dans les urines; quelques malades sont affectés de diarrhée.

Du côté de l'appareil respiratoire, on observe deux symptômes principaux : une bronchite aiguë, qui survient dans les cas rapides, et ne cède que lorsque l'albumine disparaît dans les urines; un œdème pulmonaire, qui cause une grande dyspnée, une fréquence très-grande de la respiration et de la toux. A l'auscultation, on entend du râle sous-crépitant.

MALADIE DE BRIGHT CHRONIQUE.

Lésions anatomiques. — Il faut considérer dans la maladie de Bright chronique :

1° La nature des altérations ;
2° Le siége ;
3° L'évolution.

Les altérations à étudier dans cette affection sont de trois sortes : 1° les dépôts de globules graisseux ; 2° les dépôts de matière albuminoïde; 3° les matières albuminoïdes organisées en tissu fibro-plastique ou plutôt en tissu fibreux de formation nouvelle. Il est nécessaire d'avoir présentes à l'esprit la structure intime des reins et la disposition des tissus à l'état sain, examinés à l'aide du microscope, ainsi que nous l'avons exposé dans une des leçons précédentes.

La substance corticale, ainsi que nous l'avons dit, est formée de tubes qui sont la continuation des tubes des pyramides; ces tubes sont garnis à leur paroi interne d'une gaîne épithéliale, et à l'intérieur de cette gaîne se trouvent les cellules sécrétantes. Le tissu inter-canaliculaire ou inter-tubulaire est formé par une trame cellulaire dans laquelle se ramifient à l'infini les vaisseaux des reins. La réunion de ces vaisseaux pelotonnés et réunis en grappes arrondies constitue les glandules ou glomerules de Malpighi. Voyons maintenant quel est le siége des trois espèces d'altérations que nous venons de mentionner. 1° Graisse. Les globules graisseux se montrent d'abord dans les cellules polyédriques des canalicules; elles les remplissent, étouffent et même atrophient leurs noyaux. Elles les distendent et parfois même les rompent en laissant alors la graisse s'épancher dans les tubuli ; d'autres fois les cellules infiltrées de graisse se détachent entières des tubuli et passent dans les calices et de là dans les urines.

On voit des cellules distendues outre mesure refouler les cellules intactes des canalicules, les atrophier et prendre leur place dans le tube, souvent même elles se rompent, et leur contenu, globules graisseux et matière albuminoïde, se répand dans la masse et infiltre le tube lui-même, après avoir infiltré les cellules et les tubuli.

Les globules graisseux se montrent dans le tissu inter-canaliculaire, mais ils n'y paraissent en général que lorsque ce même tissu a été préalablement infiltré d'une matière albuminoïde. C'est donc dans cette dernière et non dans le tissu inter-canaliculaire sain que la graisse se dépose. Plus tard, enfin, la graisse se montre dans les glomerules de Malpighi infiltrés eux-mêmes préalablement de matière albuminoïde.

Deuxième altération, matières albuminoïdes amorphes. — Cette altération peut avoir son siége dans le tissu inter-canaliculaire, c'est le cas le plus fréquent, ou bien dans les glomerules de Malpighi ; elles viennent enfin à prendre la place des canalicules détruits, lorsque ces derniers privés de leurs cellules sécrétantes se sont atrophiés et ont disparu.

Matière albuminoïde organisée en tissu fibreux. — Les matières albuminoïdes dont nous venons de parler peuvent avoir des degrés différents d'organisation; dans le commencement de leur production c'est une matière amorphe infiltrée à la fois de globules graisseux et de granulations moléculaires protéiques et salines; plus tard la graisse disparaît de ce tissu et l'organisation commence. On trouve des fibres droites et des fibres fusiformes à noyaux. C'est préférablement dans les glomerules de Malpighi qu'a lieu d'abord cette organisation, mais plus tard, quand le rein s'atrophie en s'indurant, la matière albuminoïde s'organise partout en tissu fibreux.

Evolution. — La question se réduit à celle-ci : y a-t-il ou n'y a-t-il pas congestion primitive? Toynbee l'affirme; d'après lui les globules sanguines sont l'origine de la matière albuminoïde organisée. Il a raison, et Johnson, qui a tant fait pour cette question, rejette ces idées; d'après lui, une congestion sanguine ne prouve pas nécessairement les globules graisseux ; quoi qu'il en soit, la graisse infiltre d'abord les cellules, les distend et les rompt; ce n'est que plus tard que l'infiltration graisseuse s'étend à la matière albuminoïde qui s'est formée entre les canalicules, et en dernier lieu que cette matière graisseuse tend à disparaître pour être remplacée par une organisation de la matière albuminoïde en tissu fibreux. Cette troisième période a été appelée période de réparation ; c'est en effet quand les canalicules ont disparu que l'organisation commence, il semble que ce soit là un travail cicatriciel.

Il s'agit maintenant de remonter aux six formes de M. Rayer.

En France les travaux de microscope sont peu suivis, très-peu de médecins s'en occupent sérieusement; quelques rares adeptes seulement ont fait preuve de l'attention soutenue que mérite une semblable étude ; aussi j apporterai toute la clarté possible dans cette partie, afin d'être bien compris de ceux qui n'ont qu'une connaissance imparfaite de ce qu'on voit et de ce qui est d'une manière constante.

Le microscope, loin de rien retrancher aux six formes de M. Rayer, les explique et les complète sans les modifier.

Première forme. — Les reins sont plus gros plus volumineux, ils ont un poids plus considérable; c'est là *l'hypérémie,*

nous en avons parlé, c'est le caractère anatomique de la maladie de Bright aiguë, nous n'y reviendrons pas.

Deuxième forme. — Mélange d'hypérémie et d'anémie. — Les reins sont friables, augmentés de poids, et sur un tissu blanchâtre anémié on aperçoit un grand nombre de vaisseaux sanguins. Cette forme ne peut être considérée comme formant une classe à part, elle n'est, pour beaucoup de pathologistes, qu'une période de transition.

Troisième forme. — L'anémie des reins. — C'est une mauvaise expression, comme je l'ai dit et démontré plus haut. Le poids est augmenté, le volume augmenté, la friabilité augmentée. La capsule fibreuse externe ne peut être séparée sans entraîner avec elle des fragments du rein. A l'intérieur, la substance corticale est blanchâtre, on la trouve augmentée de volume et elle envahit la substance tubuleuse. Cette troisième forme devrait être subdivisée en deux autres formes ou variétés : 1° La friabilité est moindre et la couleur jaunâtre ou jaune blanchâtre; elle n'empiète pas sur la substance tubuleuse; c'est l'infiltration granuleuse du rein dont j'ai parlé. La deuxième plus fréquente, c'est celle dans laquelle il y a empiètement de la substance tubuleuse par la substance; la couleur est particulière, c'est la couleur du saumon cru. Il y a dans ce cas infiltration graisseuse des cellules sécrétantes et du tissu inter-canaliculaire, préalablement infiltré de matières albuminoïdes et en quelque sorte distendu par des cellules infiltrées de graisse. Quant aux canalicules, tantôt ils sont remplis, tantôt ces cellules s'étant rompues par suite de l'accumulation trop considérable de cette même graisse, ils sont remplis de globules graisseux mêlés à des granulations moléculaires, tantôt enfin ils sont vides, ou bien étant vides leurs parois commencent à se rapprocher.

Quatrième forme. — Granulations. — Sur ce fond anémique, un peu friable, ayant empiété sur la substance tubuleuse, on voit apparaître des granulations blanchâtres plus nombreuses, accumulées en plus grand nombre aux deux extrémités des reins. Il existe trois opinions sur la nature de ces granulations :

Pour Johnson, les granulations sont des amas de graisse qui se font dans l'intérieur des canalicules vides, qui se distendent dans la partie où la graisse s'accumule, et se rétrécissent et adhèrent aux deux de la partie distendue de manière à représenter une espèce de boyau gonflé. Cette opinion est vraie comme fait particulier; elle ne saurait être admise pour expliquer les granulations dans tous les cas. Une autre opinion sur l'origine des granulations consiste à admettre qu'elles sont dues à des petits amas de matières abuminoïdes infiltrées de graisse et de granulations moléculaires, et déposées sous forme mamelonnée dans le tissu inter-canaliculaire. C'est là encore un fait partiel et qui peut expliquer un certain nombre de granulations. Enfin, la troisième opinion consiste à admettre que cette même matière albuminoïde infiltrée de graisse et de granulations se dépose exclusivement dans les glomérules de Malpighi, de là leur forme arrondie; quant à moi, je n'hésite pas à admettre cette troisième opinion comme exprimant la manière dont se forment la plupart des granulations.

Cinquième forme. — Cette forme est très-rare, et je ne l'ai rencontrée que dans deux cas de maladie de Bright développées d'une scarlatine. Sur un fond rouge, constitué par la substance corticale, on voit apparaître des graines analogues aux grains de semoule. Cette forme semble n'être qu'un dépôt d'albumine dans les glomérules de Malpighi, tandis que le tissu inter-canaliculaire est gorgé de sang et rouge.

Sixième forme — Cette dernière forme se rencontre assez rarement parce que les malades ne vivent pas jusque-là. L'altération que les reins ont subie, consiste dans l'induration et dans l'atrophie de toute la substance; aussi les micrographes allemands lui ont-ils donné le nom de période de réparation. C'est en effet une espèce de cicatrisation qui s'opère de la manière suivante : une fois le tissu inter-canaliculaire infiltré de matière albuminoïde et de graisse, les parois des canalicules vides de leurs cellules se rapprochent et n'étant plus maintenues dilatées par elles, perdent leur forme et disparaissent entraînées dans les urines ou éliminées par un mécanisme inconnu.

Le vide que la disposition des canalicules a produit ainsi fait, est comblé aux dépens de la substance du rein; de tous les côtés celle-ci se rapproche, se condense, et il en résulte une véritable cicatrisation consécutive; de là les irrégularités que l'on observe sur tous les points, et en même temps l'atrophie générale.

L'induration trouve son explication dans les changements moléculaires dont nous avons déjà parlé, la matière albuminoïde s'organise et passe à l'état de tissu fibreux.

Longtemps on a dit que le système vasculaire des reins subissait une diminution dans la maladie de Bright chronique; cela est vrai, mais seulement quand la maladie est arrivée à un certain degré, car plus la substance albuminoïde se condense et plus le système vasculaire diminue par suite de l'oblitération des ramuscules artériels et veineux.

Etiologie. — De même que pour la maladie de Bright aiguë, nous pouvons diviser les causes en externes et internes.

1° *Externes.* — Ce n'est guère que dans un quart des cas qu'on peut attribuer le développement de la maladie aux influences extérieures. Ces causes sont toutes celles qui ont pour effet de congestionner les reins.

A. L'influence du froid humide se retrouve ici comme dans la maladie de Bright aiguë.

B. Toutes les fois que la sécrétion de la peau est suspendue et que les reins fonctionnent d'une manière trop active, en un mot toutes les fois que la loi de balancement des sécrétions est modifiée par suite d'une cause quelconque, il peut se produire une maladie des reins par le travail anormal de ces organes. On trouve ainsi l'explication des maladies de Bright, que l'on observe si fréquemment chez les individus qui habitent des caves, des rez-de-chaussée humides, des prisons malsaines; ces hydropisies devaient autrefois être plus communes qu'aujourd'hui, c'est du moins ce qui ressort évidemment des descriptions laissées par les auteurs anciens et de ce que nous observons journellement dans les hôpitaux.

Comme profession on peut placer en première ligne : les bateliers, les blanchisseuses, les ouvriers qui voyagent sur l'eau; en Angleterre les statistiques établies ont semblé démontrer que ces individus y étaient en effet plus particulièrement disposés.

L'abus des alcooliques agit en débilitant l'organisme et en activant la sécrétion des reins ; aussi est-ce une des causes fréquentes de cette maladie. Enfin, ajoutons-y toute la série des causes tristes et prolongées, les passions dépressives, les travaux intellectuels trop assidus et trop sérieux.

La mauvaise alimentation, la misère par conséquent, sont des causes très-évidentes. On a pu l'observer en grand dans les départements de l'Est, lors de l'épidémie de 1817, dont nous devons la description à M. Gaspard. Jamais on n'a fait l'examen des urines, mais il est probable, d'après sa description, qu'il s'agissait d'une épidémie de maladie de Bright. En 1847, il y eut une épidémie qui régna dans quelques pauvres contrées de la Belgique, et la description donnée par quelques journaux de médecine et rapportée dans la thèse de M. Bouchardat, prouve, malgré qu'on n'ait pas examiné les urines, qu'il s'agissait très-probablement d'une épidémie de maladie de Bright, suite de la misère et de la mauvaise nourriture. Johnson, qui a beaucoup fait pour l'anatomie pathologique de cette maladie, a posé comme une loi : que la graisse qui n'a pas subi de transformation convenable pour être éliminée de l'économie ou servir à la nutrition, pénètre dans le système

circulatoire et fait effort pour s'échapper par le foie et par les reins. Cela supposerait la maladie de Bright identique à la maladie qui constitue le foie gras. Il dit que cette maladie est beaucoup plus fréquente dans les villes que dans les campagnes et qu'elle est due à toutes les causes débilitantes dont nous avons parlé; toute cette opinion me semble hypothétique et les preuves n'en sont pas encore faites.

2° *Internes.* — Il n'y a qu'à énumérer les causes internes et on peut en établir un tableau fidèle.

Sur 129 Autopsies :
- 35 cas, aucune cause appréciable.
- 38 maladie du cœur antérieure.
- 28 affection tuberculeuse antérieure.
- 9 emphysème pulmonaire.
- 7 cirrhose du foie.
- 3 cancers.
- 1 grossesse.

Symptômes. — La maladie de Bright chronique a trois modes d'invasion : ou bien elle succède à la maladie de Bright aiguë, et alors on ne peut pas saisir le point de transition, cela a lieu dans le cinquième des cas à peu près. Dans la grande majorité, le développement est lent, insensible. On commence par observer une bouffissure légère de la face, une décoloration graduelle de la peau avec un léger reflet jaunâtre; dans quelques cas insidieux, il se développe quelques altérations des reins sans que rien au dehors puisse mettre sur la voie de cette altération : il n'y a ni hydropisie, ni bouffissure, ni décoloration sensible de la peau.

La symptomatologie présente à étudier trois sortes d'altérations : 1° altération des urines; 2° altération du sang; 3° hydropisies Les urines albumineuses, de même que dans la maladie de Bright aiguë, ne sont pas constituées par des urines anormales, plus de l'albumine ; c'est de l'urine, plus du sérum du sang, comme je l'ai déjà démontré. Quelques auteurs ont affirmé qu'il y avait excès dans la quantité d'urine. Dans 69 cas observés par moi, jamais il n'y eut excès dans la proportion de ce liquide, elles ont toujours subi une diminution. Cette règle est à peu près sans exceptions ; c'est tout au plus dans quelques cas très-rares que leur quantité normale est conservée.

La couleur des urines est modifiée, elles deviennent jaunes-verdâtres, et bien souvent vert d'eau, vert limpide; il faut en excepter certains cas très-rares dans lesquels les urines sont alcalines; c'est probablement ce qui existe dans les cas où les malades ont pu résister aux accidents, et où les reins ont pu arriver jusqu'à l'atrophie et à l'induration ; que les urines soient acides ou alcalines, leur densité est toujours diminuée, mais elle l'est surtout quand elles sont restées claires et transparentes, la quantité n'est pas trop inférieure à celle de l'état normal.

Les qualités chimiques sont importantes à connaître. L'eau est, en général, diminuée de moitié, les sels de même ; toutes les parties solides sont diminuées dans la même proportion ; l'acide urique a disparu presque complétement. Lehmann a démontré que les chlorures étaient principalement diminués et dans une proportion assez considérable. Enfin, les matières extractives, de même que tous les éléments constitutifs, ont suivi la diminution progressive de l'eau.

Un corps nouveau vient s'y ajouter, c'est l'albumine. Cette albumine est exactement semblable à celle du sang, et elle se conduit exactement de même avec les réactifs connus. Elle précipite par l'alcool, par la chaleur, à 76 degrés, et elle dévie à gauche le plan de polarisation. Le plus grand chiffre que l'on ait obtenu, c'est 14 millièmes; c'est M. Guibourt qui l'a donné dans une analyse qu'il faisait pour M. Rayer, le plus souvent on y trouve 5, 7, 8, 9 millièmes.

Il est important ici de faire mention de quelques circonstances curieuses; je signalerai, en particulier, les suivantes : la quantité d'albumine varie bien souvent d'un jour à l'autre et ces variations ne sont pas toujours considérables ; il n'en est pas de même des parties solides. Si les 40 grammes de parties solides sécrétées en vingt-quatre heures dans l'état normal sont, dans la maladie de Bright, étendues dans une quantité plus ou moins considérable d'eau, et que cette quantité varie d'un jour à l'autre ; on pourra, en examinant une certaine quantité, se tromper; il est donc important, pour éviter l'erreur, de toujours rapporter l'examen des poids des parties solides et celui de l'albumine à la quantité de ce principe, sécrétés dans l'espace de vingt-quatre heures.

Christison a soutenu que dans les derniers instants de la vie on ne trouvait plus d'albumine dans les urines. Pour se permettre d'infirmer ou de confirmer cette assertion, il faudrait observer un grand nombre de malades et noter chaque jour l'état des urines; cela a été négligé en France; dans un certain nombre de cas, je n'ai pas trouvé qu'il en fût ainsi. On peut donc, relativement à l'opinion de Christison, élever, *à priori*, un doute sérieux. M. Rayer a appelé l'attention sur des individus dont les urines contenaient des carbonates d'ammoniaque et des phosphates ammoniacaux magnésiens. Cela est incontestablement vrai dans quelques cas, et j'ai tout lieu de croire que cela a surtout lieu chez les individus dont les reins ont pu arriver à l'état d'atrophie et d'induration.

Altération du sang. — Les altérations du sang sont toutes différentes de celles qu'on trouve dans la maladie de Bright aiguë. Le sang est plus riche en eau, on arrive à ne trouver que 820, 850, etc., etc. Les globules ont diminué dans une proportion assez considérable, et quelquefois presque aussi forte que dans la chlorose. La fibrine n'est jamais augmentée; vers la fin, elle tend à être représentée par les chiffres physiologiques les plus bas ; l'albumine est constamment abaissée ; c'est un fait général que de la trouver abaissée au-dessous de 60.

Y a-t-il de l'urée dans le sang? C'est une question que j'ai discutée en m'occupant de la maladie de Bright aiguë. Je ne pourrais que répéter ici ce que j'en ai dit, la discussion serait la même; car les choses se passent, relativement à l'urée de la même manière ; ce qui peut expliquer par le même mécanisme les accidents nerveux qui viennent quelquefois mettre fin prématurément à l'existence des malades.

Les hydropisies ne se montrent pas dans tous les cas, Gregory n'en a trouvé que 60 fois sur 80 cas, il n'y en avait aucune dans 20 cas. M. Rayer, sur 79 observations, a trouvé 10 cas où l'hydropisie manquait; moi-même, sur 69 cas je n'ai eu que 3 cas négatifs. Sur un chiffre de 238 cas, il n'y a eu que 38 cas où l'hydropisie n'ait pas paru.

Il y a un certain nombre de cas dans lesquels la lésion des reins est la conséquence d'une maladie interne, et c'est surtout dans ces cas exceptionnels qu'il n'y a pas d'hydropisie ; c'est, par exemple, ce que l'on observe quelquefois chez les tuberculeux ou chez les scrofuleux. Il est quelques individus, peu nombreux, il est vrai, qui ont de l'albumine dans les urines en quantité assez considérable, et qui ont cependant l'apparence d'une bonne santé. J'ai observé un infirmier de la Charité qui chaque jour donnait à l'examen par l'acide nitrique ou par la chaleur, des flacons d'albumine ; je l'ai observé trois ans; et il n'a pas eu pendant tout ce temps la moindre indisposition, depuis lors, je l'ai perdu de vue. J'en connais également quelques autres, et, en particulier, un personnage de trente-cinq ans qui depuis plus de dix ans a beaucoup d'albumine dans les urines sans présenter de phénomènes morbides.

Le siége de l'hydropisie n'est pas le même dans tous les cas. Sur les malades que j'ai observés :

Tissu cellulaire. . . .	66 fois
Péritoine.	49 —
Plèvres.	27 —
Péricarde	14 —
Ventricules cérébraux .	3 —

Le tissu cellulaire sous-cutané commence, puis vient le péritoine, ensuite les plèvres, et ainsi jusqu'à la fin.

Les symptômes concomitants ne nous offrent rien de particulier; du côté du tube digestif, on n'observe en général ni nausées, ni vomissements. L'appareil respiratoire n'offre pas de phénomènes morbides à moins qu'il n'y ait des complications, c'est ce qui arrive quand il y a épanchement considérable dans les plèvres ou œdème pulmonaire; dans ce dernier cas, qui du reste est assez fréquent, on trouve du râle sous-crépitant, de la toux, de la dyspnée avec expectoration de mucosités spumeuses et sans couleur.

On doit à M. Landouzy d'avoir signalé un fait qui est réel comme fait exceptionnel, mais faux comme fait à peu près général ou comme loi. Ce fait, c'est la coexistence d'une amaurose et d'une maladie de Brigth. Ce n'est, en effet, qu'une exception d'après tous les auteurs qui ont depuis lors cherché ce phénomène. L'amaurose existe en effet, mais assez rarement. La surdité est un phénomène presque aussi fréquent que l'amaurose, je dirai la même chose de l'aphonie; on doit rattacher tous ces symptômes, quand ils existent, à un affaiblissement de la puissance nerveuse.

Les convulsions et l'éclampsie sont des complications que l'on observe quelquefois dans la maladie de Bright chronique, mais beaucoup plus rarement que dans la maladie de Bright aiguë. Ce n'est guère que dans le vingtième des cas que la terminaison de la maladie se fait par ces accidents. Je renvoie donc l'étude de leur causalité et de leur origine à ce que j'ai dit à ce sujet, en parlant de l'urémie et de l'hydrocéphale aiguë en parlant de la maladie de Bright aiguë. Sur mes 69 cas observés, 4 fois seulement on a constaté des phénomènes cérébraux.

Formes particulières. — On peut admettre plusieurs formes, ce sont les suivantes :

Première forme latente. — C'est le cas le plus rare; la lésion rénale, l'albumine dans les urines et l'altération du sang ne s'accompagnent pas d'hydropisie.

Dexième forme commune, ordinaire. — Celle-ci consiste dans l'apparition de l'hydropisie et dans sa marche régulière jusqu'à la mort. Dans cette forme, il y a une variété à marche un peu plus rapide et presque subaiguë, et une variété à marche très-lente, cette dernière est plus commune.

La durée la moins longue est de deux mois et la plus longue de deux ans et demi; c'est entre ces deux termes extrêmes que l'on place la plupart des cas. Je regarde le terme de six mois comme représentant à peu près la durée moyenne.

Terminaison. — La terminaison à peu près nécessaire est malheureusement la mort. Si on en excepte ces cas rares et tout à fait exceptionnels dans lesquels on trouve de l'albumine dans les urines sans qu'il y ait d'hydropisie consécutive, ni le moindre phénomène morbide, on peut dire que dans tous les autres la terminaison fatale est malheureusement un fait nécessaire.

Cette terminaison n'est pas toujours amenée par les seuls progrès de la maladie; bien souvent c'est par des complications phlegmasiques que la terminaison fatale arrive prématurément.

Voici un tableau formé de la réunion des observations de M. Rayer et des miennes :

Sur 129 cas, 50 ont été terminés par les progrès seuls de la maladie, 79 par complication des maladies suivantes :

Péritonite aiguë.	12 fois.
Pleurésie aiguë.	10 —
Péricardite.	4 —
Pneumonie.	29 —
Méningite.	1 —
Bronchite aiguë.	2 —
Apoplexie pulmonaire. . . .	4 —
Gangrène de la peau.	2 —
Erisipèle.	5 —
Angine pseudo-membraneuse. .	2 —
Ulcération de l'intestin grêle. .	12 —
Eclampsie et accidents cérébraux.	3 —

Diagnostic. — La présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines, son existence d'une manière permanente et durable constituent le seul symptôme caractéristique, et il permet de reconnaître la maladie, soit qu'elle soit simple, soit qu'elle vienne compliquer des affections morbides plus complexes. La seule difficulté qui puisse se présenter est celle de savoir si la présence de l'albumine dans les urines n'est pas due à la présence du pus ou à celle du sang dans ce liquide. En effet, quand il y a du pus ou du sang dans le produit de la sécrétion urinaire, il y a de l'albumine, mais l'examen à l'œil nu et surtout l'examen microscopique permettent de reconnaître les globules de pus et les globules sanguins. Si on filtre ces urines on peut : ou bien ne pas trouver d'albunine dans le liquide filtré, ou bien sa quantité sera très minime et nullement en rapport avec celle qu'on trouve dans la maladie de Bright chronique.

Pronostic. — Le pronostic est tel que toutes les fois qu'une hydropisie un peu considérable commence à paraître, la guérison devient fort douteuse pour ne pas dire impossible. La mort peut se faire attendre, il est vrai, mais elle est malheureusement à peu près certaine.

Traitement. — L'histoire du traitement peut se diviser en deux parties : les méthodes peuvent avoir pour but d'employer : 1° des moyens spécifiques ; 2° des moyens reposant sur les indications.

1° *Moyens spécifiques.* — A. Limonade nitrique, 4 grammes à 15 grammes d'acide azotique dans 1,000 grammes d'eau convenablement édulcorée.

Tous les jours 1,000 à 2,000 grammes de cette limonade : voilà la méthode qui jouit encore de beaucoup de faveur auprès d'un certain nombre de médecins, soit en France, soit en Allemagne. C'est un médicament que je ne saurais trop proscrire; d'abord elle ne compte pas de succès bien évidents et elle peut même produire les accidents suivants : une dispepsie presque invincible, une gastralgie plus ou moins intense, enfin une entéro colite sub-aiguë ou chronique qui amène une diarrhée souvent très-rebelle et qui peut entraîner la mort du malade. C'est là ce qui résulte d'un certain nombre d'observations que j'ai recueillies. Cette médication a été également expérimentée par beaucoup d'autres médecins, et la majorité l'a abandonnée.

B. *Sulfate de quinine.* — Je ne crois pas à son efficacité. On l'a du reste peu employé d'une manière suivie.

C. *Huile de foie de morue.* — Gluge a démontré que l'huile de foie de morue, administrée à des malades atteints de maladie de Bright, était éliminée dans le sang et allait se déposer dans le foie, dans les reins, dans le tissu pulmonaire. C'est pour cela que dans une affection qui a pour but la transformation graisseuse, il faut, autant que possible, ne pas employer des médicaments qui peuvent apporter la graisse dans l'économie.

D. On a dit que l'urée manquait dans le sang et qu'il fallait en donner aux malades. La base de ce traitement étant tout hypothétique, on a fait quelques expériences peu nombreuses, il est vrai, et je ne sache pas qu'on ait eu à s'en louer.

E. La teinture de cantharides donnée par Christison en Angleterre, par M. Rayer en France, a eu quelques succès. C'est peut-être une des meilleures acquisitions qu'ait faites le traitement de la maladie de Bright chronique; il serait, toutefois, difficile de dire si c'est en vertu d'une action spécifique ou par tout autre mécanisme qu'il a semblé agir d'une manière favorable. Le fait est que je l'ai vu moi-même coïncider avec une diminution de l albumine et une amélioration de l'état

général sans que ses propriétés diurétiques aient été bien accentuées.

2° *Méthode des indications.* — La première indication consiste à combattre les altérations des reins. Les médecins français restent assez volontiers les bras croisés; en Angleterre on emploie des exutoires sur les reins : il faut suivre cet exemple, et je ne saurais trop recommander d'appliquer fréquemment et d'entretenir en suppuration des cautères sur les deux régions rénales. Les vésicatoires, en raison de leur action spéciale sur les reins et la vessie et de leur action plus passagère, sont loin de présenter les mêmes avantages.

Combattre l'hydropisie. — Dans un grand nombre de cas elle est peu considérable, et on peut ne pas la combattre d'une manière spéciale; si au contraire elle est notable, il faut avoir recours en particulier aux bains d'air chaud, qui, en pareil cas, rendent de grands services Il faut proscrire les diurétiques comme essentiellement nuisibles, parce que, de deux choses l'une : ou ils n'ont aucune action et ils sont inutiles, ou bien ils agissent en augmentant la quantité des urines, celle de l'albumine, et aggravent, par conséquent, la maladie. Quelquefois, quant l'hydropisie est considérable et qu'il faut dégager rapidement les malades pour éviter des accidents plus grands, on peut leur donner la mixture purgative de M. Cruveilher dont j'ai donné la formule dans la maladie de Bright aiguë. J'ai encore eu à me louer, en pareil cas, de la racine de caïnça qui constitue un excellent purgatif hydragogue. Ainsi 20 à 30 grammes de caïnça en décoction dans 1,000 grammes d'eau édulcorée avec sirop de fleurs de pêches et pris par verres en 24 heures, tous les deux jours, trois fois par jour.

Augmenter l'activité fonctionnelle de la peau. — On l'obtient avec des frictions de plusieurs espèces. Ainsi, les frictions sèches, les frictions avec la lie de vin, ou bien avec un liniment composé de la manière suivante :

Baume de Fioraventi.	ana, 40 grammes.
Alcool de mélisse. . .	
Alcool camphré. . .	
Ammoniaque. . . .	10 —

Reconstituer le sang. — On arrive à ce résultat par des moyens médicamenteux ou hygiéniques. Pour les moyens médicamenteux, je ne saurais trop recommander toutes les préparations ferrugineuses qui s'adressent à la diminution des globules et les préparations de quinquina qui s'adressent à la diminution de l'albumine. Ces deux sortes de médicaments jouissent, en outre, de la propriété de stimuler les fonctions de l'estomac et de favoriser la digestion. Comme moyen hygiénique, il faudra insister sur l'habitation à la campagne, l'insolation, les habitudes, sur l'usage des viandes rôties et des vins généreux, etc., etc.

Plaie de la moelle épinière dans la région dorsale. — Sensibilité exagérée dans le membre abdominal gauche, et anéantie dans le membre abdominal droit. — Guérison.

(Observation recueillie par M. le docteur VIGUÈS.)

Le 4 février 1850 est entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 41, service de M. Nélaton, le nommé A. C., âgé de vingt-huit ans. Vers deux heures, il se trouvait dans le quartier Saint-Martin, au moment où l'on arrachait un arbre de liberté, lorsqu'une charge de sergents de ville vint fondre, dit-il, sur le groupe dont il faisait partie; il se sauve, fait un faux pas et, sur le point de tomber (ses mains touchaient déjà le sol), il reçoit sur la tête et dans le dos deux coups après lesquels il lui est impossible de se relever. On le transporte à l'hôpital Saint-Louis.

A son entrée, on constate, au sommet de la tête une plaie transversale, linéaire, de 3 centimètres 1/2 d'étendue et n'intéressant que le cuir chevelu.

A la partie postérieure du thorax, du côté droit, entre la neuvième et la dixième vertèbre dorsales, à 5 centimètres en dehors de la ligne des apophyses épineuses, il existe une plaie tranversale, d'une étendue de 1 centimètre 1/2.

Le premier médecin qui avait vu le malade avait exploré cette plaie, il nous donna les renseignements suivants, dont nous nous gardâmes bien de vérifier l'exactitude : un stylet avait été introduit dans la plaie et avait pénétré à une profondeur de six centimètres, suivant un trajet oblique de droite à gauche et légèrement dirigé de bas en haut.

Ces plaies avaient été produites par une épée dont la pointe présentait à son extrémité une largeur de 8 millimètres.

Le soir, à la visite, quatre heures après l'accident, le malade se trouve dans un état d'excitation qui ne permet qu'un examen superficiel. Il est couché sur le dos et n'éprouve pas de douleurs bien vives, si ce n'est aux environs de la plaie dorsale. Les membres inférieurs sont dans une immobilité complète, il ne peut leur faire exécuter aucun mouvement. La vessie est distendue par une grande quantité d'urine, il n'a pas uriné depuis le matin. (Cathétérisme.)

Le lendemain, 5 février, on procède à un examen plus complet. Le malade n'a pas dormi la nuit, il a été très-agité et s'est plaint de douleurs violentes dans les membres inférieurs et principalement dans le membre gauche; il éprouve une sensation de brûlure et d'engourdissement qui augmente par instant d'un manière brusque et ressemble, selon lui, à des secousses électriques très-douloureuses. La sensibilité du membre abdominal *gauche* est très-évidemment exagérée. Lorsqu'on applique simplement la main sur ce membre, les douleurs deviennent très-vives, et la pression même la plus légère lui fait pousser des cris. Cet état de la sensibilité existe à un égal degré dans toutes les parties de ce membre, depuis et y compris le pied, jusqu'à la crête iliaque. Au-dessus de cette crête la sensibilité ne présente rien d'anormal. Dans la fesse gauche, même exaltation de la sensibilité jusqu'au sacrum et au coccyx.

Dans toutes ces parties la sensibilité est tellement vive que la simple impression de l'air froid sur elle, lorsqu'on découvre le malade provoque de la douleur.—Dans ce membre, qui hier était immobile, on remarque quelques petits mouvements dans les orteils; tout le reste du membre est immobile, et malgré tous ses efforts pour le mouvoir, le malade ne peut le faire changer de place.

A *droite*, au contraire, on observe dans le membre inférieur un affaiblissement de la sensibilité. La sensibilité tactile paraît conservée; ainsi le malade s'aperçoit bien qu'on le touche, mais si on le pique avec une épingle, puis qu'ensuite on presse seulement avec le doigt, il a bien la sensation du contact, mais il ne distingue pas la piqûre de l'épingle de la simple pression du doigt; la piqûre ne lui fait éprouver aucune douleur. Ce membre n'est plus immobile comme hier, le malade fléchit le pied sur la jambe, et celle-ci sur la cuisse; les mouvements sont assez étendus, il ne peut cependant pas soulever son membre assez pour qu'il ne touche plus le lit.

L'abdomen, la partie postérieure du tronc au-dessous de la blessure ont conservé leur sensibilité normale, à l'exception toutefois de la région lombaire gauche qui est aussi douloureuse à la pression que le membre inférieur du même côté.

La température des membres inférieurs est la même que celle du corps et ne présente pas de différence pour chacun des deux membres.

Depuis le cathétérisme il n'a pas uriné; il n'a pas eu non plus de garde-robe; l'état général est bon du reste; le pouls

est plein, mais sans fréquence; il y a de l'appétit; il n'existe rien d'anormal dans les autres fonctions. La respiration s'exécute très-librement. elle lui fait seulement éprouver une légère douleur au niveau de la plaie dorsale ; les côtes s'abaissent et s'élèvent d'une manière régulière ; les mouvements qu'exécute l'abdomen pendant la respiration ne présentent non plus aucune altération.

Les mouvements et la sensibilité sont tout à fait intacts dans les membres supérieurs et dans toute la partie supérieure du corps.

Pendant la journée le malade éprouve des secousses encore plus violentes. L'hypéresthésie du côté gauche s'est étendue au-dessus de la crête iliaque, l'hypochondre gauche, la partie gauche de l'hypogastre, le sacrum, le coccyx, qui le matin n'étaient pas douloureux à la pression, présentent ce soir, lorsqu'on les touche, les mêmes phénomènes que la cuisse et le reste du membre inférieur gauche. Le scrotum est aussi devenu douloureux, de même que la peau de la verge, mais à un moindre degré.

Si l'on applique sur la cuisse gauche une compresse imbibée d'eau à 30 degrés, le malade éprouve un sentiment de brûlure assez grand pour lui faire pousser des cris. Si l'on applique ensuite de ce même côté une compresse trempée dans l'eau à la température de la salle, il éprouve un sentiment de froid très-vif. Mêmes douleurs sur tous les points où nous avons vu qu'existait l'hypéresthésie.

A droite, au contraire, si l'on applique des compresses imbibées d'eau chaude ou d'eau froide, comme on l'a fait du côté opposé, le malade a bien la conscience d'un corps qui le touche, mais il ne peut juger ni de la température, ni du degré d'humidité ou de sécheresse de ce corps ; mêmes sensations sur la jambe et le pied de ce côté. Si on chatouille la plante du pied droit, il ne perçoit aussi qu'un simple contact, il est insensible au chatouillement. Cette manœuvre répétée à gauche est excessivement douloureuse.

Lorsqu'on promène les doigts sur la gouttière vertébrale en pressant sur les apophyses épineuses, le malade ne ressent de douleur qu'en un point limité, au niveau de la plaie dorsale.

A partir du 6 février les mouvements du côté droit deviennent de plus en plus énergiques; le malade qu'on a placé dans le décubitus latéral droit pour éviter la formation d'escarres au sacrum peut, malgré cette situation désavantageuse, faire mouvoir aisément le membre droit depuis le milieu du lit jusqu'au bord.

A gauche les mouvements sont toujours beaucoup moins forts; cependant ils ne sont plus bornés aux orteils, le malade commence à fléchir le pied sur la jambe. L'hypéresthésie est moins considérable sur la fesse gauche, le sacrum, le coccyx et la cuisse, mais elle persiste toujours au même degré, à la jambe, surtout à la partie postérieure et au pied.

A droite, si on applique simplement la main sur le membre sans presser, il n'en a plus conscience; si l'on pique un peu fortement, il éprouve bien une sensation, mais il ne peut préciser l'endroit où se fait la piqûre; ainsi piqué au pied ou à la jambe il hésite, lorsqu'on l'interroge, et répond qu'il croit que c'est à la cuisse. Lorsqu'on le presse fortement il a bien conscience qu'on le touche, mais cette sensation tient sans doute à l'ébranlement produit au membre quand on le comprime un peu fort, et à la traction de la peau de ce membre qui se transmet à celle de l'abdomen qui est restée sensible.

Il a pu, pour la première fois, uriner seul; il n'a pas encore eu de garde-robe.

Les jours suivants, même état de la sensibilité et du mouvent dans les membres inférieurs.

On administre plusieurs purgatifs; l'huile de ricin, puis 15 grammes d'eau de vie allemande n'ont produit aucun résultat; il prend deux gouttes d'huile de croton, il a, dans la journée du 17 février, une garde-robe, mais les matières ont été excrétées sans que le malade en ait eu la conscience.

Le membre gauche est toujours plus sensible qu'à l'état normal, il a augmenté de volume, la peau qui le recouvre est sèche, rugueuse, recouvertes d'écailles formées par l'épiderme. Accumulation de liquide dans l'articulation du genou, assez considérable pour éloigner la rotule des condyles de plus d'un centimètre. La partie postérieure du membre est surtout infiltrée.

Rien de semblable n'existe à droite. De ce côté, toujours même état de la sensibilité.

Même limite des mouvements à gauche.

20 février. Le malade, fatigué du décubitus dorsal, est placé alternativement sur les côtés, mais surtout sur le droit, la position sur le côté opposé étant trop douloureuse. On peut ainsi examiner le siége, et l'on apperçoit, sur la partie latérale droite du sacrum et sur la fesse de ce côté, une escarre, dont ne s'était pas plaint le malade, et qu'il n'avait pas sentie. Dans un espace de 7 à 8 centimètres, l'épiderme seul est soulevé et laisse voir le derme à nu; dans certains points très-limités, l'escarre est plus profonde et a atteint le derme. Sur la fesse gauche, aucune trace d'escarre.

Depuis l'administration des purgatifs, il a eu plusieurs fois des garde-robes, mais toujours involontaires.

25 février L'escarre ne s'est point étendue.

Le membre inférieur droit se meut de jour en jour avec plus de facilité. La sensibilité est toujours dans le même état.

A gauche, quoique n'ayant pas gagné en étendue, les mouvements s'exécutent d'une manière plus facile et plus prompte. Lorsqu'on dit au malade de fléchir la cuisse sur le bassin, il ne peut le faire, seulement on voit les muscles antérieurs de la cuisse se contracter ; les mouvements du pied sont faciles.

Le gonflement de la cuisse a beaucoup diminué ; les téguments sont toujours secs et couverts de lamelles d'épiderme. La sensibilité paraît revenue à l'état normal, à la cuisse et à la moitié supérieure de la jambe, mais à la partie inférieure et au pied, la moindre piqûre ou le tiraillement des poils causent au malade de très-vives douleurs.

5 mars. Les gardes-robes sont toujours involontaires, elles sont cependant assez régulières pour qu'on n'aie pas eu besoin d'administrer de nouveaux purgatifs.

A droite, même état de la mobilité. La même insensibilité existe toujours sur tout le membre droit, et remonte de ce côté jusqu'à l'ombilic ; elle s'arrête au niveau de la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'au pubis.

A gauche, l'hypéresthésie existe encore dans le pied et la moitié inférieure de la jambe. Les mouvements de ce côté sont plus étendus, ainsi le malade a pu, ce matin, fléchir la cuisse sur l'abdomen, presque à angle droit. Il se meut plus facilement dans son lit et peut presque, sans aide, changer de position et se placer sur les côtés.

20 mars. Hier, pour la première fois depuis son entrée, il est allé volontairement à la garde-robe.

L'amélioration a continué, il peut se mettre seul sur son séant et rester plusieurs heures dans cette position.

A gauche, les mouvements sont presque revenus à l'état normal. La sensibilité n'est plus exagérée de ce côté, même dans les parties inférieures du membre.

Même état de la sensibilité à droite.

Les jours suivants le malade est assez bien pour pouvoir rester pendant plusieurs heures assis auprès de son lit, il essaie de se tenir debout, et l'amélioration est telle que le 15 avril il peut marcher seul avec des béquilles. A cette époque la sensibilité et le mouvement sont revenus à l'état normal à gauche.

A droite, la sensibilité est toujours obtuse, le pied ne sent pas les inégalités du sol et ne peut apprécier les différences de température.

Le malade sort de l'hôpital le 15 juin 1850, après un séjour de quatre mois et demi. La sensibilité dans le membre inférieur droit n'est pas encore revenue à son état normal ; l'amélioration du côté gauche a persisté, et depuis quelque temps déjà il marchait en se soutenant seulement avec une canne.

J'ai revu ce malade au commencement de l'année 1853, il avait pu reprendre ses travaux quelques mois après sa sortie de l'hôpital. Depuis ce temps, il travaille comme avant d'avoir été blessé, sa profession exige qu'il travaille debout ; sa marche n'est nullement gênée, et il a pu faire plusieurs lieues dans un jour sans éprouver trop de fatigue.

Depuis sa sortie de l'hôpital, il a cohabité avec des femmes, les fonctions génitales n'ont été troublées en rien. Du reste, pendant son séjour dans les salles, on n'a jamais observé chez lui l'excitation des organes génitaux que l'on rencontre quelquefois dans les lésions traumatiques de la moelle.

L'année dernière ce malade est venu me consulter de nouveau, il avait à la partie interne du genou droit une plaie de 10 centimètres carrés environ, au centre de laquelle était une escarre très-profonde et qui était entourée de phystènes.

Il ne savait à quoi attribuer cette plaie ; la veille il avait fait une longue course, plusieurs lieues ; son pantalon qui était en drap avait frotté, sans qu'il s'en aperçût, sur le point que je viens d'indiquer ; ce n'est que le lendemain, à son réveil, qu'il vit son genou dans cet état ; il n'éprouvait dans ce point aucune douleur, quoique l'épiderme eût été enlevé dans une assez grande étendue. Malgré l'insensibilité qui existe dans le membre inférieur droit, ce membre a conservé ses fonctions, comme on a pu le voir par les longs trajets que peut faire ce malade sans se fatiguer.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'économie animale fabrique-t-elle du carbone ?

M. Andral a communiqué à l'Académie des sciences une Note de laquelle paraîtrait résulter cette conséquence inattendue. Pour apprécier la valeur des faits que M. Andral a communiqués à l'Académie, nous avons demandé que le savant professeur, ou son honorable et distingué collaborateur, M. Favre, fît connaître les détails de ses analyses. Depuis trois semaines, les deux auteurs gardent un silence qui nous semblent difficile à expliquer. Nous savons tout l'avantage qu'il peut y avoir quelquefois dans un silence opportun, et nous avons été souvent à même de l'apprécier ; mais cet avantage n'est point pour la science ; or, comme c'est pour la science que nous travaillons, nous sommes décidés, à l'avenir, à ne plus nous associer à ce [illegible]ème de silence succédant à des communications éclatantes, à l'ai[illegible]quelles on cherche à émouvoir le public scientifique, pour en[illegible] laisser s'endormir dans l'oubli. Toutes les fois donc que d[illegible]mes sérieux annonceront à une académie ou ailleurs des d[illegible] comme celle de MM. Andral et Favre, et que ces auteurs auront omis de faire connaître les détails essentiels qui empêchent le public de juger la valeur de leur œuvre, nous aurons soin de demander chaque jour ces détails, jusqu'à ce qu'il soit évident pour tout le monde que les auteurs n'y ont pas assez de confiance pour les livrer à la discussion.

Au nom de la science et de la vérité, nous prions donc instamment MM. Andral et Favre de faire savoir exactement au public scientifique :

1° Pendant combien de jours ils ont trouvé dans les urines de leurs malades 3 ou 4 ou 5 ou 650 grammes de glucose ?

2° Quels procédés ils ont employé pour doser le glucose ?

A partir d'aujourd'hui nous répéterons ces deux questions pendant deux mois, une fois chaque semaine.

— Nous annonçons avec plaisir qu'un travailleur aussi zélé que consciencieux, M. Charlier, de Reims, vient d'obtenir de la Société impériale d'agriculture une médaille d'or de 500 fr. pour l'invention de son procédé de castration des vaches. Nous ferons prochainement connaître une analyse complète des très-intéressants travaux de l'auteur sur cette question.

— Le nombre des récompenses justifiées vient de s'accroître par la nomination de M. Pétrequin, de Lyon, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

— Le choléra vient de faire sa réapparition à Amsterdam. D'après les renseignements que nous recevons, il a fait déjà jusque quatre-vingt-huit victimes en une semaine.

(*Presse médicale belge.*)

— Après la présentation de l'Académie des sciences, la nomination de M. de Quatrefages ne laissait plus guère de doute. Sa nomination comme professeur d'anthropologie au Muséum vient de paraître dans le *Moniteur*.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital la Riboisière, par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation ; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie ; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Sous presse : Leçons sur l'écrasement linéaire. — Prix de chaque partie : 2 fr ; à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851) ; par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix ; 1 fr. — Au bureau du Journal.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX ; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX recevront gratuitement cet ouvrage.

En cours de publication dans le MONITEUR DES HOPITAUX, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du journal. — Prix : 2 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 106. 3e année. Mercredi 5 Septembre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Departements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry.

(*Suite, voir les nos* 20, 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 68 a 71, 79, 80, 81, 82, 83, 85).

Observation CXL.—Epilepsie guérie après l'expulsion d'un tœnia. (*Gazette médicale* 1839, *p.* 601.)

Observation CXLI et CXLII.—Epilepsie chez une femme, emploi inutile de tous les antiépileptiques; expulsion de vers lombrics après l'administration du calomel : guérison (Tissot, t. V, p. 57); observation identique empruntée à Heister. (*Compend médic. pract.* cap. XIV, § 55.)

Observation CXLIII. — Névrose épileptiforme chez un homme, rapidement et définitivement guéri après l'expulsion d'ascarides et de lombrics. (*Gaz. méd.* 1843, p. 119.)

Observation CXLIV. — Accès épileptiformes chez une fille de dix ans, durant depuis cinq ans et supprimés après l'expulsion de plusieurs pelotons d'ascarides lombricoïdes. (*Gaz. des hôpit.* 1842, p. 369).

Observation CXLV. — Paralysie des quatre membres chez une fille de vingt ans sans aucun symptôme du côté des centres nerveux. Emploi inutile des émissions sanguines, des purgatifs, etc. Administration d'un anthelmintique : expulsion d'ascarides lombricoïdes ; retour immédiat du sentiment et du mouvement et guérison complète au bout de deux jours. (*Gaz. méd.* 1845, p. 655).

Observation CXLVI. — Paralysie des membres supérieurs subitement guérie par l'expulsion d'un tœnia (*Expérience*, t. VI, 1840, p. 47).

Observation CXLVII, CXLVIII. — Deux exemples de chorée brusquement guérie après l'expulsion de vers lombrics provoqué par un vermifuge. (Bouteille, *Traité de la chorée*, 1810, p. 276 et 279).

Observation CXLIX. — Chorée chez un enfant ayant des vers, guérie par les anthelmintiques et les purgatifs alternés (*Gaz. méd.*, 1834, t. II, p. 90).

Observation CL. — Convulsions choréiformes datant de six mois chez une fille de 10 ans, guérie après l'expulsion d'un tœnia (*Gaz. des hôpit.*, 1842, p. 458).

Observation CLI. — Catalepsie pendant trois ans chez une jeune fille qui finit par devenir épileptique, puis imbécile ; expulsion d'un tœnia : guérison des convulsions et de tous les autr saccidents. (Tissot, t. III, p. 59).

Observation CLII. — Accès cataleptiformes chez une fille de vingt-deux ans attribués à des vers intestinaux et guéris après l'expulsion de nombreux ascarides lombricoïdes sous l'influence du calomel et du semen-contra. (*Annal. méd. psychol.*, 1844, t. IV, p. 120).

Observation CLIII. — Accès cataleptiformes chez une fille de sept ans, guérie après l'évacuation de nombreux vers lombrics (*Journ. des connais. méd. chir.*, 11e année, 1er sémestre, p. 249).

Observation CLIV.—Toux spasmodique chez une fille de onze ans, subitement guérie après l'expulsion d'ascarides lombricoïdes. (L. Cerise, *Annal. méd. psychol.*, 1843, t. II, page 156).

Observation CLV. — Divers cas d'hystérie liée à des troubles de la menstruation, à des affections utérines ou à la grossesse (Landouzy, *Traité de l'hystérie*).

Observation CLVI. — Hystérie chez une femme de quarante-huit ans, atteinte d'un prolapsus utérin ; pessaire, guérison de l'hystérie. On retire le pessaire, l'hystérie se reproduit et disparaît de nouveau quand on a reproduit l'utérus dans sa situation normale (Piorry, *Mémoire sur la nature et le traitement de plusieurs névroses; clinique médicale de la Pitié*, 1833, p. 295).

Observation CLVII. — Hystérie paraissant liée à la rétention des règles par oblitération du museau de tanche ; portion du col, rétablissement de la menstruation, guérison de l'hystérie (Piorry, Mém. cité, p. 314. Observation empruntée à Dance).

Observation CLVIII. — Épilepsie reconnaissant pour cause des règles difficiles et douloureuses, et se reproduisant à chaque époque menstruelle chez une fille de dix-neuf ans gastralgique et chlorotique. Traitement tonique et ferrugineux ; guérison de la chlorose et de la dysménorrhée qui en dépendait. Plus d'attaques épileptiques. (Marotte, *Recherches sur la menstruation étudiée dans ses rapports avec l'épilepsie ; Revue médico-chirurg.*, Paris, 1851, p. 257).

Observation CLIX. — Chorée liée à une maladie utérine ; guérison de cette affection, et, consécutivement, de la névrose. (Lisfranc, *Journal des connaiss. méd. chirurg.*, novembre 1842, p. 179).

Observation CLX. — Aliénation mentale chez une femme atteinte d'une affection utérine ; guérison de l'affection utérine, guérison de l'aliénation pendant trois années. Récidive au bout de ce temps à l'occasion d'une grossesse, nouvelle guérison. (Lisfranc, *Journal des connaiss. méd. chirurg.*, novembre 1842, p. 179-180).

Observation CLXI. — Aliénation chez une femme atteinte d'une affection utérine. Insuccès des moyens ordinaires. Traitement et guérison de l'affection utérine; guérison de l'aliénation mentale. (Lisfranc, *loc. cit.*)

Observations CLXII, CLXIII, CLXIV. — Trois cas de folie paraissant liés à une affection utérine. (Belhomme, *Mémoire sur la folie sympathique*, lu devant la Société médicale d'émulation, janvier 1839, 2e partie.)

Observations CLXV, CLXVI, CLXVII. — Trois observations d'aliénation mentale attribuée à des troubles de la menstruation. (*Annal. méd. psychol.*, t. IV, p. 337, Germain et Bouchet, Mém. cit., Obs. I, VI et XV.)

Observation CLXVIII. — Chorée dans le cours de la première

grossesse chez une femme qui avait été déjà choréique à l'âge de seize ans; la chorée, disparue un mois avant l'accouchement, reparaît pendant le travail. (*Gazette hebdom.*, 10 mars 1854, p. 369.)

Observation CLXIX. — Chorée survenant pendant la grossesse chez une femme qui avait eu déjà la chorée dans sa jeunesse; au sixième mois, avortement. Guérison immédiate de la chorée. (Andral, *Cours de pathologie interne*, Paris, 1836, t. III, p. 303.)

Observation CLXX. — Accidents hystériques pendant deux grossesses consécutives; insuccès de tous les moyens employés; guérison immédiatement après l'accouchement. (Tissot, t. III, p. 138.)

Observation CLXXI. — Epilepsie survenant régulièrement deux fois par mois pendant chaque grossesse, et jamais en d'autres temps. (*Acta curiosorum naturæ*, decur. 2, ann. X, p. 160.)

Observation CLXXII. — Accidents nerveux très-variés, convulsions, symptômes tétaniformes, hémiplégie intermittente, etc., se reproduisant dans le cours de deux grossesses consécutives aux époques habituelles du retour des règles. Guérison après l'accouchement. (Ollivier d'Angers, *Traité des maladies de la moelle*, Paris, 1837, Obs. LXVII, p 12.)

Observation CLXXIII. — Paralysie intermittente non périodique, changeant de place à chaque accès, chez une femme enceinte non hystérique; guérison après l'accouchement. Des accidents semblables avaient eu lieu dans le cours d'une première grossesse. (*Gazette des hôpitaux*, 1844, p. 424.)

Observation CLXXIV. — Paralysie survenue pendant la grossesse et guérie par la strychnine après l'accouchement. (*Bulletin thérapeutique*, 1853, t. XLIX, p. 97 et 244.)

Observation CLXXV. — Vingt-six cas de manie survenue pendant la grossesse ou la période puerpérale, et paraissant liée à ces états. (*Ann. méd. psychol.*, t. IV, p. 337, Germain et Boucher, Mém. cité.)

Observation LCXXVI. — Catalepsie pendant le travail de l'accouchement. (*Gazette des hôpitaux*, 1844, p. 291.)

Cbservation CLXXVII. — Manie liée à l'état post-puerpéral. (A. Bérard, *Ann. méd, psychol.*, 1843, t. II, p. 290.)

Observation CLXXVIII. — Mélancolie pendant la grossesse, cessant après l'accouchement. (Cazeau, *Traité des accouchements*, 1853, p. 336.)

Observation CLXXIX. — Délire survenu dans l'état post-puerpéral après un refroidissement et la suppression d'une sueur et des lochies; émissions sanguines; affaiblissement extrême; calomel jusqu'à salivation abondante; état cachectique, refus de la nourriture. — Persistance du délire après quatre mois, essai d'une médication ferrugineuse et tonique; rapide guérison. (*Annal. méd. psychol.*, 1845, t. V, p. 150.)

Observation CLXXX.—Manie survenant trois fois après le sevrage chez la même femme. (*Bulletin de thérapeutique*, 1847, t. XXXII, p. 333.)

Observation CLXXXI. — Convulsions tétaniques revenant durant l'allaitement à la suite de cinq couches successives, et ne cessant qu'avec le nourrissage. (*Gazette hebdomadaire*, 10 mars 1854, p. 370.)

Observation CLXXXII. — Épilepsie chez une jeune fille, complétement guérie après l'expulsion de cinq calculs vésicaux rendus au milieu d'un violent accès. (Lamotte, *Traité de chirurgie*, observ. 174ᵉ, t. II, p. 419.)

Observation CLXXXIII. — Épilepsie liée à l'existence d'une pyélite calculeuse. (Bonet, *Sepulch.*, lib. I, sect. 12, observ. XIV.)

Observation CLXXXIV — Accès d'épilepsie et d'asthme chez un homme souffrant d'une rétention d'urine. Guérison par le cathétérisme. (Tissot, t. III, p. 74.)

Observation CLXXXV. — Paraplégie survenant dans le cours d'une pyélo-néphrite aiguë; autopsie; pas de lésions du système nerveux. (Rayer, *Traité des maladies des reins*, Paris, 1851, t. III, p. 168, observation 29ᵉ.)

Observation CLXXXVI. — Divers cas de paralysie paraissant liée à des affections des organes génito-urinaires chez l'homme, sans lésion appréciable du système nerveux. (Docteur Stanley, *De l'irritation de la moelle et de ses nerfs en rapport avec une alteration des reins. London medical transactions*, t. XVIII, p. 260; — Leroy-d'Etiolle fils, *Thèse*, 1850.)

Observation CLXXXVII. — Lypémanie et hypochondrie dépendantes d'une affection des voies urinaires.

Résumé. — Un officier en retraite, âgé de soixante-dix ans, d'une constitution robuste, présentant toutes les apparences d'un tempérament sanguin, urinait depuis plusieurs années du sable et de petits graviers. Plus tard, la gravelle disparut, mais fut remplacée par une hématurie accompagnée de sensations pénibles, sans être cependant douloureuses, à la région hypogastrique et dans l'urètre. Plusieurs examens pratiqués par des médecins spéciaux n'ont pu faire reconnaître de calculs dans la vessie. M X... ne tarda pas à s'affecter de sa position et tomba bientôt dans un état nerveux principalement caractérisé par une extrême irritabilité de caractère, de la tristesse, des larmes fréquentes, une préoccupation excessive au sujet de sa maladie, de l'insomnie, etc. L'appétit se perdit, et sous l'influence du régime débilitant qui lui avait été prescrit, M. X... maigrit beaucoup, se décolora et s'affaiblit. L'état nerveux empira encore, et il se manifesta de véritables crises hystériformes; hypochondrie et mélancolie profondes, crainte de la mort et, simultanément, pensées de suicide, etc.

Au mois de juillet 1854, ces symptômes avaient atteint une grande intensité. Jusqu'à ce moment, le traitement mis en usage avait consisté en boissons alcalines, tisane de graines de lin, eau de goudron et un régime végétal. Dès lors, des pilules composées d'extrait de ratanhia et de térébenthine furent prescrites; chaque matin et chaque soir, le malade prit 1 gramme de poudre de valériane, et aux repas du fer précipité par l'hydrogène; une nourriture substantielle et suffisante fut substituée au régime débilitant auquel il était soumis.

En moins de deux mois, une amélioration marquée se manifesta du côté des phénomènes nerveux et l'hématurie elle-même fut diminuée; enfin M. X... rentra peu à peu dans des conditions de santé à peu près normales, n'éprouvant plus que de loin en loin quelques atteintes passagères d'hypochondrie. Quant à l'hématurie, je dois dire qu'elle a persisté, mais moins fréquente et moins abondante, et le malade semble s'accoutumer à ce symptôme qui autrefois le jetait dans le désespoir.

Observation CLXXXVIII. — Contracture des extrémités au début d'une variole grave anormale.

Résumé. — Un homme de vingt-huit ans est apporté le 10 juillet 1852, à l'hôpital Beaujon, service de M. Sandras, dans un état d'apparence très grave. Trois jours auparavant, il s'était mis au lit avec une céphalalgie intense et un sentiment de courbature générale. A son entrée à l'hôpital, on constate ce qui suit : pouls à 115, chaleur sèche de la peau, figure exprimant l'abattement, rouge et tuméfiée; léger état de stupeur; langue blanchâtre et un peu rugueuse. — Dans la journée, cet homme éprouve dans les deux mains et les deux avant-bras une sensation très-douloureuse de crampe; les doigts, les mains et même les avant-bras s'infléchissent avec violence, et lorsque j'arrive auprès du malade, je trouve tous les phénomènes propres à la contracture des extrémités. Deux autres accès ont lieu le même jour et deux le lendemain 11 juillet. En même temps se fait une éruption vésiculeuse confluente, noire et remplie de sang par places. Le 13, il y a une hématurie considérable, l'état général s'aggrave encore et le malade meurt dans la nuit.

Note sur la suture profonde et sur un nouvel appareil pour la pratiquer.

Par M. Heurteloup.

(*Communiqué à l'Académie de médecine.*)

L'une des plus grandes nécessités de la chirurgie et l'un de ses plus grands buts, est la réunion des parties molles in-

cisées volontairement ou divisées par des circonstances accidentelles.

Le moyen le plus fréquemment employé pour obtenir cette réunion est la *suture*, ou la réunion des parties au moyen de liens qui les rapprochent et les rendent solidaires.

Ces liens s'appliquent aux lèvres des plaies, rapprochent ces lèvres, les affrontent, et les maintiennent jusqu'à agglutination.

Parmi ces liens, le plus fréquemment employé dans les plaies profondes, est celui que l'on appelle *suture entortillée*, qui consiste à percer avec une épingle les lèvres de la plaie à peu de distance de ses bords, et à rapprocher ces lèvres au moyen d'un fil qui, embrassant alternativement chacune des extrémités de l'épingle, forme une masse de fils disposés en huit de chiffres.

Cette suture, qui rend journellement de grands services, laisse pourtant, bien souvent, beaucoup à désirer.

1° Affrontant les bords de la plaie sans affronter ses parties profondes, elle est en opposition d'effet avec une des premières lois de la chirurgie, qui est de faire réunir la plaie du fond à la superficie et de la faire cicatriser de dedans en dehors.

2° Elle a donc pour résultat de ne pas mettre en contact les parois du fond des plaies, tout en mettant en contact la partie de ces plaies la plus rapprochée de l'extérieur; de là, imminence de clapiers, de fusées, et retard dans la cicatrisation, si ce n'est plus.

3° N'affrontant que les lèvres de la plaie qui, *dans le cas de perte de substance*, tendent à s'éloigner *avec force* l'une de l'autre, la cicatrice, lorsqu'on enlève les épingles, ce qu'il est de règle de faire après un temps assez court, n'a pas assez de force pour empêcher l'éloignement de ces lèvres, et alors la cicatrice se rompt quelquefois, ou bien, sortie linéaire des mains du chirurgien, elle prend de jour en jour une largeur plus grande, devient plus mince, plus rouge, et prend un aspect moins avantageux.

4° Comme ces points de suture sont séparés et espacés, il s'ensuit que spécialement dans le *cas de perte de substance*, la réunion se fait au point de contact, mais ne se fait pas dans les intervalles, qui, particulièrement dans le cas indiqué, présentent des bouches ouvertes, ne se réunissent pas, s'emplissent d'une suppuration qui les maintienne humides et écartées, et ne se réunissent qu'à la longue et par seconde intention. De là, *réunion irrégulière*.

5° Comme les chirurgiens reconnaissent en général la tendance de la suture superficielle à rapprocher les bords des plaies, et à ne rapprocher qu'imparfaitement leur partie profonde, ils veulent combattre cette tendance, génératrice des clapiers, par ces pansements, compliqués, difficiles, très-longs, échauffés, souvent impossibles, très-souvent illusoires, dans lesquels la *compresse graduée* joue un si grand rôle.

Ce sont principalement ces cinq inconvénients que je sépare pour être méthodique mais qui s'enchevêtrent l'un dans l'autre, qui m'ont engagé à examiner si on ne pouvait pas apporter à la chirurgie, dans le cas de plaies profondes, surtout compliquées de perte de substance, ce qui rend difficile le rapprochement et le contact des parois, un moyen mieux approprié pour obtenir un rapprochement plus prompt, plus sûr, plus immédiat dans le fond des plaies, plus large, moins encombré d'aiguilles et de fils, moins aggressif contre les lèvres des plaies, et surtout qui n'ait pas besoin de cet appareil difficile et compliqué de pansement, d'un emploi si difficile surtout à l'armée, que l'on cherche à opposer à ces sortes de canaux générateurs de clapiers, le désespoir des chirurgiens.

C'est ce que j'ai cherché à obtenir au moyen de la *suture profonde*, moyen de réunion que j'ai cherché à rendre aussi simple et aussi effectif que possible.

Voici en quoi consiste cette suture, que j'ai appelée *profonde*, parce que, contrairement aux sutures généralement connues et employées, elle rapproche du fond au sommet et du dedans en dehors, et que conséquemment, son action doit se passer *profondément*.

Chacun sait que lorsque le chirurgien veut appliquer la suture superficielle, il prescrit à son aide de rapprocher les bords de la plaie en appliquant les doigts à une distance plus ou moins considérable des bords, afin de rallier les tissus éloignés et de les faire concourir au rapprochement; il n'est personne qui n'ait été frappé de la précision quelquefois extraordinaire avec laquelle les bords venaient s'affronter sous une pression intelligemment faite, et à qui il ne soit arrivé de se dire que si la plaie pouvait être maintenue dans cet état par des mains patientes, la plaie serait bientôt remise.

Eh bien, ce sont ces mains intelligentes et patientes que j'ai cherché à remplacer, et voici comment.

A l'endroit où pressent les doigt opposés de l'aide, à la base de la montagne que forment les tissus comprimés, ramassés et rapprochés, je passe une aiguille courbe, la concavité regardant l ouverture de la plaie. Cela fait, je glisse sur les deux extrémités de cette aiguille qui est en argent, deux pièces également en argent, ou mieux en métal inoxydable duquel je vous entretiendrai plus tard. Ces deux pièces, destinées à remplir les fonctions des doigts de l'aide, glissant sur l'aiguille, se rapprochent l'une de l'autre par une pression méthodique opérée sur les tissus et la maintiennent dans la position désirée, munie chacune d'une vis de pression qui agit sur l'aiguille; ces deux pièces sont fixées à volonté à des distances variables, et permettent conséquemment d obéir à toutes les circonstances qui dérivent de l'augmentation ou de la diminution du volume des tissus.

Cette aiguille ainsi placée, ou ces aiguilles ainsi placées, car on peut en mettre plusieurs, voici quels sont leurs effets, que j'exprime en suivant l'ordre des reproches que j'ai adressés en commençant à la suture superficielle.

1° Affrontant les parties profondes de la plaie sans affronter les parties superficielles, la suture profonde est en relation d'effet avec une des premières lois de la chirurgie, qui est de faire réunir la plaie du fond à la superficie et de la faire cicatriser du dedans au dehors;

2° Elle prévient les clapiers et les fusées, accélère la cicatrisation, prévient les accidents de la résorption purulente;

3° Rapprochant sur une large surface des tissus propres, la suture profonde forme des cicatrices vraies ou par première intention dans une *large étendue*, et les réunions qui en dérivent ne sont pas sujettes à se détruire soit par ruptures subséquentes, soit par extensibilité et amincissement du tissu cicatriciel.

4° Affrontant les bords des plaies, à distance, ces bords se réunissent d'une manière plus franche et plus immediate, car elles ne sont pas sillonnées, transpercées et abcédées par des aiguilles et des fils.

5° La suture profonde maintenant le fond des plaies en contact fait éviter la nécessité d'employer tous les appareils imaginés pour arriver à cet important résultat, et peut-être lorsqu'elle sera bien étudiée fera-t-elle éviter une grande partie des pièces de pansements, qui deviennent souvent nécessaires pour obvier aux accidents inflammatoires que produisent des agents de contention trop multipliés et trop aggressifs pour les tissus qu'ils transpercent.

Telle est l'idée la plus générale que je puisse donner de la *suture profonde*, idée générale à laquelle je crois devoir borner la présente communication, car on comprendra que ce nouveau mode de contention des plaies devra s'entourer de beaucoup de détails, si l'on considère les cas nombreux où elle pourra être d'un utile emploi, les cas où elle balancera ou assistera les autres moyens de contention, et surtout les circonstances multipliées et complexes qui se présenteront dans l'étude de ce nouveau moyen chirurgical sous les cinq rapports principaux auxquels je viens de toucher d'une manière plus

particulière. Tous ces points donneront lieu à des communications subséquentes et séparées.

Je finis cette note préparatoire en faisant remarquer que je n'entends pas, en proposant la suture profonde, renverser ce qui est, j'amène seulement des troupes fraîches pour joindre aux anciennes, sans user la valeur et les services de ces dernières.

Je ne doute pas que si elles ont été d'un utile emploi dans mes mains, elles en triplent de valeur dans les mains plus habiles et plus expérimentées de ceux qui viennent de me faire le grand honneur de m'écouter.

Dans une prochaine communication, j'aurai l'honneur d'entretenir l'Académie sur les moyens d'exécuter la *suture profonde*, sur les mécanismes les mieux appropriés. Je me borne pour le moment à mettre sous ses yeux les instruments que j'emploie sans entrer dans des détails qui la distrairaient de l'idée principale.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales,

Par M. Chassaignac,

Chirurgien de l'hôpital La Riboisière.

Suite. — Voir les nos 100, 101, 102 *et* 103.

Il faut enfin remarquer que l'existence du malade avait été mise en péril par les conséquences excessivement graves de la tumeur hémorrhoïdale qu'il portait, et alors même que les choses n'en fussent pas arrivées au point que mort s'ensuivit, il est bien évident que tout exercice d'une profession quelconque était définitivement entravé chez ce malade. C'est donc là un exemple qui vient confirmer ce que nous avons dit de la manière dont la carrière de certains individus se trouve brisée par le fait de l'affection hémorrhoïdaire arrivée à un certain degré d'intensité.

Observation XIV. — *Tumeur hémorrhoïdale circulaire chez une nourrice. — Ablation par écrasement linéaire. — Guérison.*

Madame Béraud, trente et un ans, demeurant boulevard de Bercy, n° 36, est atteinte d'une affection hémorrhoïdaire qui remonte à environ six ans. A cette époque, cette femme accoucha heureusement d'un premier enfant; mais à la suite de sa couche, elle s'aperçut de la présence dans la région anale d'une petite tumeur qui donnait lieu par intervalles à un léger suintement sanguin. De temps en temps une tumeur plus volumineuse sortait principalement dans les efforts de défécation, mais elle se réduisait d'elle-même et presque aussitôt après sa sortie.

Cet état de choses se maintint pendant six années, sans que madame Béraud en éprouvât d'autre incommodité qu'un peu de gêne dans la marche, ou quelques douleurs au moment des garderobes; mais il y a trois mois, un second accouchement eut lieu qui se fit heureusement comme le premier, mais qui, au bout de quinze jours, fut suivi de pertes de sang très-considérables par l'anus et de douleurs assez vives se manifestant principalement quant la malade allait à la selle.

Il y a quatre jours, un bourrelet hémorrhoïdal volumineux vint faire saillie à l'anus, et son apparition fut signalée par une hémorrhagie dont l'abondance est évaluée par la malade à un verre de sang environ.

Le médecin ordinaire de la malade, M. le docteur Morison, fut appelé et prescrivit une application de sangsues et quelques grands bains. De plus, il cautérisa avec le crayon de nitrate d'argent une des tumeurs hémorrhoïdales qui présentait à la surface une excoriation. Cette cautérisation fut suivie de douleurs extrêmement aiguës, et la malade, qui allaite son second enfant, craignant d'être entravée dans ses fonctions de nourrice, soit par la reproduction des hémorrhagies, soit par la continuation des souffrances, se décida à se faire opérer.

Appelé auprès de cette malade le 20 mai 1855, je la trouvai dans l'état suivant :

Constitution débile, teint blafard, amaigrissement profond. Cependant, ainsi que nous l'avons dit, la malade est nourrice, et son enfant, qui a trois mois, est en assez bon état : elle était bien réglée avant sa couche.

A l'examen, nous trouvons au niveau de la région anale un bourrelet circulaire volumineux auquel sont comme appendues deux tumeurs hémorrhoïdales placées sur deux points opposés du pourtour de l'anus, l'une ayant le volume d'une noisette, l'autre celui d'une petite noix. Les autres points de la circonférence de l'anus sont le siége d'une congestion considérable, ce que l'on reconnaît à l'existence de dilatations variqueuses qui font sur la muqueuse rectale prolapsée une saillie très-prononcée.

Le 21 mai, on procède à l'opération en présence du docteur Morison. La malade ayant été amenée au moyen du chloroforme à l'état de tolérance anestésique, est placée sur son lit, comme pour l'opération de la fistule à l'anus, la cuisse gauche fortement fléchie, la jambe droite dans l'extension. Une érigne à crochets divergents est introduite fermée dans l'anus, et lorsqu'on juge qu'elle a pénétrée à une hauteur convenable, on la tire à soi, après avoir reporté en arrière la gaîne qui s'opposait à l'épanouissement des crochets. La masse entière du bourrelet hémorrhoïdal se trouve ainsi saisie par l'instrument. On place alors derrière le bourrelet une ligature qui sert à former le pédicule de la tumeur.

Le manche de l'érigne divergente et les deux chefs de la ligature ayant été confiés à un aide, la chaîne de l'écraseur est appliquée sur le pédicule et les crémaillères sont mises en jeu; on avance d'un cran par quart de minute, d'après les principes formulés dans une autre partie de ce travail, et au bout de quatorze minutes la tumeur est détachée.

On panse avec des rondelles d'amadou superposées, et sur lesquelles on applique des compresses, le tout maintenu par un bandage de corps; on prescrit une potion calmante pour la nuit et des pilules de ratanhia.

Immédiatement après l'opération, la malade éprouve des douleurs assez vives dans la région anale, douleurs qui provoquent des efforts répétés, comme pour aller à la garderobe; en même temps, la malade, qui est hystérique, est en proie à une agitation nerveuse qui se calme néanmoins avant notre départ. Cet état spasmodique du sphincter et les efforts auxquels il a donné lieu ont duré environ un quart d'heure. Il importe d'ajouter que la plaie de l'opération était nette, linéaire, d'une régularité parfaite et n'a pas donnée une goutte de sang. Les quelques gouttes de ce liquide qui ont taché l'alèze provenaient des piqûres faites par les crochets de l'érigne divergente.

Le 22 mai, pas d'hémorrhagie, aucun accident, une selle dans la journée, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'opération.

Les jours suivants, le mieux continu; la malade, qui est nourrice, n'a pas cessé de donner à téter à son nourrison, lequel n'a paru éprouver aucune influence de l'emploi que nous avions fait du chloroforme avant l'opération.

En moins de huit jours, la plaie était cicatrisée, et madame Béraud, qui était arrivée à un état de cachexie et de découragement extrêmes, a repris sa gaieté, ses forces et une partie de son embonpoint.

Il y a deux circonstances importantes à mentionner dans l'observation que nous venons de rapporter. La première est relative aux conditions où se trouvait notre opérée qui allaitait son enfant âgé de trois mois. Or il est à remarquer que les suites de l'opération ont été tellement simples que, dès le lendemain, la malade a pu offrir le sein à son nourrisson, et qu'à dater de ce moment, l'allaitement n'a plus subi aucune interruption. De plus, le chloroforme absorbé par la mère avant l'opération n'a paru exercer aucune influence sur l'enfant, qui n'a point dormi plus que d'ordinaire après avoir tété dans la journée qui a suivi l'opération.

Nous avons déjà eu occasion de signaler bien des fois la seconde circonstance qui nous a frappé dans ce cas intéressant, nous voulons parler de la rapidité avec laquelle la malade, délivrée par l'opération d'une infirmité qui avait profondément altéré la constitution et affaibli le moral, a repris son courage, sa gaieté, ses forces, son embonpoint et son appétit.

L'observation suivante, que nous devons à M. Charnal, interne à l'hôpital Lariboissière, nous a paru trop intéressante sous divers points de vue pour ne pas la consigner ici tout entière. La malade avait été soignée d'abord par notre honorable confrère, M. le docteur Ozouf, qui lui donna le conseil d'entrer dans notre service.

(*La suite au prochain numéro.*)

Chimie médicale et pharmacologie.

GÉLATINISATION DE L'ÉTHER; PAR M. GRIMAULT.

Au moment où la question de l'anesthésie locale occupe de plus en plus l'attention, je crois utile de faire connaître aux praticiens un moyen fort simple de gélatinisation de l'éther, qui évite les inconvénients nombreux de sa grande volatilité, permet de localiser son action et de la prolonger aussi longtemps qu'on le désire, sans exiger une surveillance continue. A l'aide de cette nouvelle préparation, on pourra plus facilement juger de l'action anesthésique de l'éther, en dehors de son action réfrigérante, cette dernière étant presque nulle, même lorsque la gelée est employée à l'air libre.

Si l'on met en contact, dans un flacon bouché, 4 volumes d'éther contre 1 blanc d'œuf, et que l'on agite vivement, on voit bientôt l'albumine se gonfler considérablement, absorber peu à peu la totalité de l'éther, avec lequel elle forme un collodion épais qui bientôt se transforme en une gelée opaline, tremblotante, se détachant des parois du vase sans séparation des deux éléments qui la constituent. Cette gelée, bien plus facile à manier que l'éther, sans adhérence aucune, s'étend avec la plus grande facilité, ne laissant dégager que lentement le liquide volatil qui en forme la majeure partie. Recouverte d'une bande de toile, ou mieux de caoutchouc, elle cause promptement une rubéfaction, sans que son contact prolongé donne lieu à aucun phénomène de vésication. On peut, lorsqu'elle commence à se dessécher, la remplacer par une nouvelle couche et soumettre, par son moyen, à l'action prolongée de l'éther, soit à l'air libre, soit sous enveloppe, une partie plus ou moins étendue de notre corps avec les mêmes moyens qui servent à établir un cataplasme ou un sinapisme.

Cette gelée doit être préparée au moment du besoin, car l'action de l'éther sur l'albumine se poursuit et amène peu à peu une solidification de plus en plus complète.

On obtient une solidification presque instantanée, sans séparation d'éther, en plongeant quelques minutes le flacon de gelée dans de l'eau à 70 degrés.

1° La proportion de 4 parties d'éther est la plus forte que j'aie pu faire absorber par 1 partie d'albumine. Pour plus de promptitude d'exécution, il vaudra mieux augmenter un peu la dose de cette dernière.

2° On ne produit une belle gelée bien homogène qu'avec l'éther pur, ou tout au moins exempt d'alcool et d'acide, ce que l'on obtient même avec l'éther du commerce par un battage préalable, en présence de l'eau et de la magnésie.

3° Suivant les circonstances, on pourra additionner l'éther de différentes substances : par exemple, de cyanure de potassium, de camphre, de morphine, de conicine, etc., etc., et obtenir quand même la gélatinisation.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Histoire naturelle médicale.

OBSERVATIONS SUR LES CAUSES DE LA MORTALITÉ DES SANGSUES ET MOYENS DE LA PRÉVENIR;

Par M. GAUTIER, pharmacien à Méréville (Seine-et-Oise).

Toutes les personnes qui s'occupent du commerce des sangsues, surtout les pharmaciens, qui, pour la plupart, conservent, pour le besoin de leurs officines, les sangsues dans des vases trop étroits, savent combien est grande la perte qu'ils éprouvent de ces annélides en été; effectivement, ce sont les mois de juillet, août et septembre où la mortalité est la plus commune.

Cette maladie s'observe par une diminution d'énergie, un ralentissement dans le mouvement oscillant; elles deviennent molles; les deux extrémités, et surtout le disque de l'extrémité anale, s'élargissent; les taches de pigmentum, de la peau, s'affaiblissent, s'effacent, pour prendre une teinte brune uniforme; elles salissent l'eau de leur réservoir, qui prend une couleur jaunâtre, brune, quelquefois sanguinolente; les sangsues sont alors atteintes de diarrhée, qui les épuise bientôt et les oblige à garder le fond du vase, où elles ne tardent pas à périr. Cette maladie est le résultat de l'altération de l'eau où elles séjournent, c'est-à-dire de la fermentation putride des corps organiques qu'elle contient et du produit de leurs excrétions. C'est un empoisonnement septique

Voici un moyen fort simple et peu dispendieux qui réussit parfaitement à les conserver en été, sans éprouver plus de perte que dans la saison froide, et j'ai toujours des sangsues vives :

Des sangsues me parviennent-elles malades, je fais bien nettoyer le vase qui doit les recevoir, j'ajoute chaque jour à leur eau 1 gramme de chlorure de sodium par litre, je préfère le sel gris au sel raffiné. Après quelques jours de ce traitement, les sangsues sont rétablies; la perte n'a été que de quelques-unes. Lorsqu'elles sont arrivées à cet état, je diminue la dose du sel, je n'emploie plus que 50 à 60 centigrammes par litre d'eau, et je continue à cette dose, sans interruption pendant les chaleurs, et mes sangsues restent dans un état normal parfait. (*Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 13, 20 et 27 *août* 1855. — Présidence de M. Régnault.

Séance du 13 août.

Goîtres suffocants.—M. Bonnet (de Lyon) lit un Mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe à l'union du cou et de la poitrine des tumeurs thyroïdiennes qui, malgré leur petit volume, produisent de graves dyspnées accompagnées quelquefois d'engourdissement du bras, d'aphonie, d'incapacité pour tout effort, et d'aplatissement du ventre pendant l'inspiration.

2° Ces accidents dépendent de la compression exercée sur la trachée artère, le plexus brachial, le nerf laryngé inférieur et le nerf diaphragmatique.

3° Ils se manifestent lorsque les tumeurs de la typhoïde glissent derrière le sternum ou derrière la clavicule, et sont refoulées par ces os contre la trachée artère et contre les nerfs placés au-devant de la colonne vertébrale.

4° Si des tumeurs primitivement développées dans le cou s'enfoncent dans la poitrine, c'est que leur premier effet ayant été la compression du conduit aérien, l'air, qui ne pénètre plus aisément dans les poumons, presse, sans équilibration intérieure, sur les parois de cette cavité et y pousse les parties qui occupent la région inférieure du cou.

5° Pour faire cesser les accidents que produisent les tumeurs engagées derrière le sternum et la clavicule, il faut soulever ces tumeurs, les ramener dans le cou et les porter en avant, loin des nerfs qui longent la colonne vertébrale.

6° Divers procédés peuvent servir à ce déplacement momentané; tels sont surtout l'emploi d'une aiguille courbe traversant la peau et la tumeur, ou celui d'une fourchette à bascule dont la pointe est enfoncée dans la partie saillante et le manche ramené contre la poitrine.

7° La fixité durable des goîtres suffocants dans la position nouvelle où ils ont été ramenés s'obtient avec douleur, mais sans danger, à l'aide d'une cautérisation par le chlorure de zinc, assez profonde pour détruire les parties molles sujacentes, ainsi qu'une portion de ces tumeurs elles-mêmes.

8° Huit cas de succès sur neuf tentatives, succès démentis une seule fois, démontrent toute la valeur du déplacement suivi de la cautérisation des goîtres suffocants. Cette méthode ne s'est pas bornée à faire disparaître la dyspnée et le renfle-

ment trachial; elle a réussi également contre les symptômes qui faisaient diagnostiquer une paralysie incomplète du nerf laryngé inférieur ou du nerf diaphragmatique.

Anatomie comparée.—M. Lavocat communique une note sur une nouvelle détermination d'une pièce métatarsienne représentant le pouce chez les ruminants.

L'existence du pouce chez les ruminants est encore contestable, parce qu'elle n'est indiquée que par des traces peu apparentes. Un examen plus approfondi m'a fait reconnaître, à ce sujet, une erreur que j'ai partagée avec M. Joly et bien d'autres anatomistes, dans nos études d'anatomie philosophique sur la main et le pied des mammifères. Il existe au métatarse de quelques ruminants, tels que le bœuf, la chèvre et le mouton, une pièce rudimentaire, constamment distincte, et jusqu'à présent considérée comme le métatarsien du quatrième doigt ou index. Cette détermination est inexacte; je cherche aujourd'hui à la rectifier.

La pièce métatarsienne dont il s'agit est lenticulaire: elle ressemble à un bouton aplati, dont la largeur est au moins de 2 centimètres chez le bœuf, et d'environ 1 centimètre chez le mouton. Elle est pourvue d'un petit pedicule articulaire avec la partie supérieure, postérieure et interne du métatarse.

A part cette pièce, le métatarse de ces mêmes animaux diffère peu du métacarpe. Cependant le premier et le quatrieme métatarsien sont visibles et soudés en haut et en arrière des deux grands métatarsiens réunis. Chacun d'eux affecte la forme d'un renflement pyramidal, à base supérieure, assez fort et long d'environ 5 centimètres chez le bœuf. En haut, ils se joignent et forment un arceau qui est le contour postérieur d'un conduit vasculaire large et court, compris entre eux et les deux métatarsiens, et qui n'existe pas dans la chèvre et le mouton. Leur extrémité supérieure, élargie, est en contact avec les os du tarse, savoir : le premier métatarsien avec une facette du *prototarse* ou première portion du cuboïde; le quatrième métatarsien avec toute la face inférieure du *tétrotarse* ou deuxième cunéiforme. Et chacun d'eux possède pour cette connexion, évidemment normale, une petite facette articulaire, bien séparée de la surface diarthrodiale supérieure des grands métatarsiens par une large fossette synoviale, comme toujours dépourvue de cartilage. C'est ainsi que les quatre premiers métatarsiens sont rassemblés en un seul faisceau; ce qui rappelle la disposition que présente quelquefois le métacarpe du bœuf, dans le cas de soudure de ses quatre pièces constitutives.

En arrière de la tête du renflement styloïde que les connexions tarsiennes font bien reconnaître pour le quatrième métatarsien, est une facette diarthrodiale : c'est là que s'articule l'os lenticulaire précédemment indiqué. Par conséquent, cette pièce est bien le rudiment du cinquième métatarsien, réduit à son extrémité supérieure. Elle est, du reste, parfaitement analogue, par sa forme et sa situation, à celle qui existe chez le porc.

C'est donc la trace métatarsienne du pouce, trace d'autant plus intéressante qu'elle est le seul vestige bien évident de ce doigt chez les ruminants.

Du traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée et appliquée au moyen de divers instruments nouveaux.—M. Boulu adresse une note qu'il résume ainsi :

Chez tous les malades traités par ce moyen, nous avons, dit l'auteur, observé, quant à l'état général, une amélioration sensible de la santé, alors même que l'engorgement ganglionnaire n'avait pas entièrement disparu. En second lieu, nous avons constaté que le traitement des adénites cervicales par l'application du fluide électrique réussit d'autant mieux que les sujets qui en sont atteints sont plus jeunes, qu'ils ont une bonne constitution, qu'il n'existe qu'un ou deux ganglions bien circonscrits; qu'ils se sont développés sous l'influence de causes plutôt locales que générales; qu'ils ne sont point encore arrivés par leur ancienneté à un état d'induration trop grande ou encore moins de dégénéresence fibreuse ou squirreuse, et qu'enfin ils ne sont pas le résultat d'une diathèse morbide quelconque.

Nous ferons connaître plus complétement ce travail pratique.

(Séance du 20 août.)

Asphyxie.—M. Faure donne lecture d'une note que nous avons publiée.

Pseudo-cancer de la mamelle. — M. Ch. Robin adresse une note intitulée: *Mémoire sur une altération du tissu propre de la mamelle, confondu avec le tissu hétéromorphe dit cancéreux.*

L'auteur résume ainsi cette note:

Ce Mémoire a pour but la description d'un fait nouveau qui, à côté de nombre d'autres, tend à démontrer que certaines tumeurs de la mamelle, considérées comme des productions nouvelles hétéromorphes ou parasitiques, ont pour point de départ les cellules normales de son tissu. Je communiquerai, dans un autre travail, des faits analogues observés sur la glande parotide, le foie, les glandes sébacées et même sur le testicule. De tous ces faits il résulte qu'on a souvent été conduit à appeler *hétéromorphes* des tumeurs dérivant d'une multiplication exagérée des élements normaux d'un parenchyme, avec ou sans augmentation de volume, déformation de ses cellules et modification de leur structure propre par dépôt de granulations, etc.

L'altération de la glande mammaire dont je parle est assez fréquente; par son aspect extérieur et son volume, caractères très-variables d'un sujet à l'autre, elle a été classée habituellement dans les tumeurs dites *cancer encéphaloïde cru ou lardacé*, etc. La structure en est remarquable par la présence fréquente, bien que non constante, d'une grande quantité de tissus fibreux, disposés en faisceaux volumineux, résistants, difficiles à dilacérer, parce qu'à leurs fibres sont interposées une grande quantité de matière amorphe très-tenace et surtout beaucoup de granulations graisseuses, tantôt éparses, tantôt contiguës.

Le fait essentiel à signaler dans cette structure, c'est la présence de gaînes d'épithélium glandulaire, ou mieux de cylindres pleins dans les parties où l'altération est la plus avancée. Ces cylindres sont ramifiés et subdivisés d'une manière régulière, et les subdivisions se terminent en doigt de gant arrondi, ou un peu conique, ou au contraire un peu renflé, autant de particularités que présentent les culs-de-sac glandulaires dans la mamelle normale. L'ensemble de ces extrémités des ramifications, au nombre de quinze, vingt ou davantage, compose encore comme à l'état normal des *acini*, c'est-à-dire de petits groupes de culs-de sac se réunissant en un cylindre ou conduit commun, représentant le canal excréteur normal.

Plusieurs particularités pathologiques rendent difficiles à constater ces faits qui se voient facilement dans les conditions ordinaires; la première est l'augmentation de volume de ces conduits et leurs extrémités en cœcum, devenus deux, trois et quatre fois plus larges qu'à l'état sain. Une autre consiste en l'atrophie de la paroi propre et homogène des culs-de-sac glandulaires; à l'état normal, la gaîne épithéliale tapisse la face interne de cette paroi propre, dont la résistance rend facile l'isolement des tubes glandulaires; mais ici son atrophie morbide, parallèle en quelque sorte à l'hypertrophie de l'épithélium glandulaire, fait que dans les tumeurs les cellules de cet épithélium se dissocient facilement. Cette dissociation, cet isolement des épithéliums sont d'autant plus faciles, d'autant plus inévitables, que la tumeur est enlevée depuis plus longtemps et approche davantage de la période où elle commencera à entrer en putréfaction. C'est là une difficulté que présente leur étude qu'il importait de signaler, parce qu'elle a été une des causes qui ont empêché de reconnaître, dans les cas morbides, les analogies des cylindres ramifiés terminés en doigt

de gant que je viens de décrire avec les acini de la mamelle, dont ils sont une altération directe, ou qui ont été l'origine de leur production.

Les éléments d'épithélium glandulaire qui par leur réunion composent les cylindres ramifiés, comme dans la mamelle normale, offrent plusieurs particularités qu'il importe de signaler brièvement.

1° Les cylindres ramifiés peuvent être composés entièrement de noyaux d'épithélium, ou épithélium nucléaire: les gaînes épithéliales à l'état normal sont aussi formées d'épithélium nucléaire, mais dans les cas morbides les noyaux sont devenus plus gros qu'à l'état normal du quart au double environ selon les cas; ils sont également plus granuleux. Les granulations sont graisseuses ; plus elles sont abondantes, plus les noyaux s'éloignent de l'aspect normal ; c'est dans ces conditions que certaines parties du tissu offrent la coloration jaunâtre et la friabilité du tubercule; qui lui ont fait donner le nom d'*aspect phymatoïde*. Entre les noyaux se trouve une certaine quantité de matière amorphe finement granuleuse; c'est dans cette variété d altération que les éléments se dissocient avec le plus de facilité et que leur spécificité de texture, leur disposition en cul de-sac est le plus facile à constater.

2° Dans d'autre circonstance les noyaux n'ayant pas perdu leurs caractères normaux, la matière amorphe qui s'est interposée à eux s'est segmentée autour de chaque noyau, de manière à donner lieu à la production de cellules pavimenteuses régulières.

3° Dans d'autres circonstances enfin, qui sont les plus habituelles, les noyaux qui existaient seuls à l'état normal sont devenus plus gros du double et souvent ont pris un ou deux nucléoles volumineux et brillants qu'ils ne possédaient pas. En même temps la matière amorphe abondamment déposée entre eux s'est segmentée dans la plupart des culs-de-sac et a donné naissance à des cellules nombreuses très-grandes, soit prismatiques, soit polyédriques pourvues d'un, deux ou trois noyaux.

Un fait important à signaler, c'est la présence sur la limite des tissus sain et malade, de tubes glandulaires ramifiés présentant sur un point de leur longueur la structure normale, et sur les autres l une ou l'autre des formes d'altérations précédentes avec toutes les formes intermédiaires de transition.

Mais il est une particularité plus importante encore que les précédentes qui se rattache au travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, sur la production accidentelle dans des régions dépourvues de glandes, de tissus analogues aux glandes. Cette particularité consiste en ce que, lorsque les altérations précédentes de la mamelle se sont développées, on voit souvent se produire dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle un tissu semblable à l'altération de la mamelle correspondante. Non-seulement les caractères extérieurs sont les mêmes, mais le tissu est formé de filaments ramifiés et terminés en cœcum de même forme et de mêmes dimensions que dans la mamelle; l'épithélium qui les compose est lui-même semblable à celui qui constitue les acini glandulaires de la mamelle malade. Décrire de nouveau ces éléments serait répéter la déscription précédente, et les dessins que je présente sont tous exécutés d'après les préparations prises dans des ganglions lymphatiques malades enlevés en même que la mamelle primitivement effectée.

Il résulte de tout ce qui précède que dans la production de ces tumeurs, les troubles de la nutrition et du développement qui amènent l'altération des éléments glandulaires existant, s'accompagnant aussi de perturbation de la propriété de reproduction dont jouissent les éléments anatomiques, ce fait entraîne ainsi la naissance hétérotopique, ou avec aberration de lieu d'éléments anatomiques, pour lesquels, chez l'adulte comme chez l'embryon, la propriété de naître est connexe avec celle de présenter dès cette origine une texture spéciale, en rapport avec leur nature de cellules épithéliales ou autres, de fibres, etc.

(Séance du 27.)

Physiologie de la moelle. — M. Brown-Sequard lit un travail dans lequel il cherche à démontrer que les impressions sensitives ne se transmettent pas seulement par les cordons postérieurs de la moelle, ni même en général par la substance blanche, mais surtout et peut-être exclusivement par la substance grise.

Glucogénie.—Mr. Figuier lit un mémoire que nous avons publié.

CORRESPONDANCE.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR L'ACIDE SULFURIQUE.

Paris, 4 septembre 1855.

Monsieur le Rédacteur,

Il a paru cette année un Mémoire intitulé : *Traitement préservatif et curatif du choléra asiatique par l'acide sulfurique dilusé et les bains salés.* Ce Mémoire, dans lequel sont combattues les opinions de M le docteur Worms, qui avait réclamé la priorité au sujet du même traitement, a eu un certain retentissement dans le public et dans le monde médical. Cette raison m'engage à vous communiquer cette note sur un mode de traitement que je regarde avec bien d'autres comme peu efficace, et qui plus est, comme *essentiellement dangereux.* Je commencerai par quelques observations sur la méthode de M. Worms.

En 1849 déjà (*Gaz. méd* , p. 525) M. Worms ayant à traiter sept malades chez lesquels les accidents cholériques s'aggravaient malgré la méthode ordinaire, « les mit immédiatement à l'usage de la limonade minérale avec double dose d'acide sulfurique, 20 grammes pour un litre d eau, et supprima toute autre médication. L'effet fut des plus frappants..... tous les malades ont promptement guéri. »

Je ferai remarquer en passant que la limonade minérale de M. Worms contient plus du double d'acide sulfurique, car celle du Codex est ainsi composée :

Sirop de sucre. . .	60	grammes.
Eau commune. . .	1,000	—
Alcool sulfurique. .	3	—

Or, dans l'alcool sulfurique ou eau de Rabel, il y a une partie d'acide pour trois parties d'alcool; et encore l'acide sulfurique y subit une modification dont l'effet est de le dulcifier en produisant de l acide sulfo-vinique.

Les malades de M. Worms ont pris, *en vingt-quatre heures*, jusqu à *vingt litres* de sa limonade; il est vrai qu'ils l'ont vomie, ce dont nous nous félicitons vivement, d'accord en cela seul avec notre confrère, car, sans ces vomissements, ils auraient pu absorber jusqu'à 50 grammes d'acide sulfurique en vingt-quatre heures; et je laisse à penser ce qu'une pareille dose du plus violent des acides aurait pu produire (1). Mais si l'acide sulfurique est et doit être rejeté par les vomissements, quelle est donc cette action curative si merveilleuse qu'on lui attribue? ce traitement n'est-il pas analogue à celui que d'autres praticiens mettent en usage, et qui consiste à faire abondamment vomir les malades? Or, pour déterminer des vomissements, ne vaut-il pas mieux recourir à des doses connues de tartre stibié ou d ipécacuanha ? et où a-t-on vu que l'acide sulfurique soit un vomitif dont on puisse calculer les effets ou les dangers? M. Worms dit en outre que les malades doivent boire de sa limonade tant qu'ils en veulent, qu'on ne

(1) Notons que cette limonade n'est suffisante, suivant l'auteur, que pour les cas légers ; il faut des acides à beaucoup plus haute dose encore dans les cas graves.

doit pas s'inquiéter de la fréquence des vomissements; qu'il ne faut point chercher à les supprimer. Je ferai, à ce sujet, deux simples remarques : 1° si on laisse les malades boire de cette limonade tant qu'ils en veulent, ils n'en boiront pas du tout ; car ceux à qui j'en ai donné, même à doses beaucoup médiocres, se sont obstinément refusés à en prendre lorsqu'une fois ils en avaient goûté; 2° M. Worms nous dit bien qu'on ne doit pas s'inquiéter de la fréquence des vomissements, ni chercher à les supprimer. Il oublie de nous dire si l'on ne devrait pas, au contraire, s'inquiéter dans le cas où ces mêmes vomissements viendraient à manquer. Pour mon compte personnel, si je voyais des malades absorber sans vomir de pareilles quantités d'acide sulfurique, je m'empresserais de leur administrer des vomitifs et des antidotes.

J'arrive au traitement préconisé par l'auteur du Mémoire, qui se félicite, dit-il, d'avoir *sauvé tous ses malades!* Il le divise en traitement préservatif et traitement curatif. Admettant que le choléra est toujours précédé de diarrhée, il dit que, grâce à l'acide sulfurique, « la diarrhée cholérique disparaît COMME UN CHARME ; » *et il mentionne* 450 CAS, *sans un seul revers!*

Le but que se propose l'auteur de ce traitement est essentiellement différent de celui que veut atteindre M. Worms. Il veut, en effet, arrêter les vomissements et la diarrhée ; et pour cela, outre des bains salés, ce qui n'est pas une innovation, il donne par cuillerées à bouche, de demi heure en demi-heure, ou plus souvent si les malades vomissent, une potion, variable suivant les âges, et contenant, pour un adulte de vingt-cinq ans, de 2 grammes, 75 à 3 grammes, 50 d'acide sulfurique, pour 250 grammes d'eau. En même temps, il fait prendre des lavements avec 2 grammes d'acide sulfurique, et quelquefois plus, pour douze cuillerées d'eau. On le voit, si le médicament qui fait la base des deux traitements est le même, les doses et la manière de l'administrer sont essentiellement différentes dans les deux méthodes. Cependant, les deux praticiens ont obtenu les mêmes succès; et l'un, citant 56 guérisons sur 60 cas de choléra asiatique, ajoute *qu'en présence de pareils résultats*, TOUTES DISCUSSIONS DOIVENT CESSER, TOUS LES PRATICIENS S'EMPRESSER DE SE RALLIER A SA MÉTHODE.

L'auteur nous permettra de trouver ses prétentions un peu ambitieuses. Nous qui aimons mieux voir que croire sur parole, et qui avons vu, nous ne trouvons pas que la discussion soit éteinte, et surtout nous nous garderons de nous rallier à un tel mode de traitement.

Nous avons employé l'acide sulfurique d'après les deux méthodes; nous l'avons fait sans parti pris d'avance. M. le professeur Piorry qui, d'abord avait donné la limonade de M. Worms, ne tarda pas à la remplacer par le traitement de son rival. Ce dernier traitement fut prescrit à la lettre tout en recommandant la plus grande observance. Mais comme les vomissements, la diarrhée, la cyanose et tous les accidents persistaient, comme les malades se refusaient absolument à prendre cette potion, sur les observations de l'habile pharmacien en chef de la Charité, M. Quévenne, qui regardait ces prescriptions comme essentiellement dangereuses, et d'après les indications de M. Piorry, nous avons diminué de plus de moitié les doses d'acide sulfurique; et alors encore nous avons vu survenir des accidents qu'il est utile de signaler pour en prévenir le retour.

Une jeune fille de dix-neuf ans, bien constituée, entre à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 6, pour une fièvre typhoïde. Dix jours après son entrée, la diarrhée avait totalement cessé, les accidents cérébraux étaient nuls, la malade commençait à prendre des aliments, et était regardée comme convalescente, lorsque surviennent des accidents de choléra asiatique (voix éteinte, extrémités froides, suppression de l'urine, diarrhée jaunâtre, crampes, vomissements aqueux, pouls très-faible, quoique encore perceptible.) Ceci se passait le 29 août 1855, vers trois heures. On donne la potion suivante à prendre par cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure :

Eau . . . . 225 grammes.
Acide sulfurique . . 1 gr. 10.
Sirop de sucre . . . 60 gr.

Je ferai remarquer que la dose d'acide sulfurique était beaucoup moindre que celle de la potion conseillée avec tant de confiance par M. Lepetit; car pour 285 grammes de véhicule, il n'y avait que 1 gr. 10 d'acide, tandis que M. Lepetit en prescrivait plus du double, et même quatre fois autant.

Nous avons donné en même temps à notre malade les lavements d'acide sulfurique au centième, et les bains salés, suivant la formule. La malade continue à vomir, plus encore qu'auparavant; mais dans la journée du 30, sans que les cuillerées de potion aient été rapprochées, elle commence à avoir les vomissements et des selles fortement colorées en noir; et il n'est douteux ni pour M. Piorry, ni pour moi, que ces matières ne contiennent du sang. On suspend la potion et les lavements sulfuriques le 31 au matin, et la malade meurt dans la soirée, sans qu'il y ait eu la moindre de ces améliorations si merveilleuses dont parle l'auteur du Mémoire.

A l'autopsie, faite trente-quatre heures après la mort, nous trouvons l'intestin rempli de matières noires; de larges plaques rouges, mais non ulcérées; de quelques éruptions prorentériques dans l'estomac, au pourtour du pylore et à la petite courbure toujours vers la région pylorique, la muqueuse épaissie, rouge lie de vin, avec des arborisations et de larges ecchymoses ; quelques ecchymoses également dans la première partie du duodénum (2).

Évidemment nous n'avons pas eu ici à nous louer de l'acide sulfurique, même employé avec plus de prudence que ne le fait l'auteur de la méthode. Dira-t-on par hasard que la fièvre typhoïde, encore incomplétement guérie, devait empêcher d'administrer l'acide sulfurique? Mais d'abord, nous avons diminué les doses de plus de moitié; ensuite le mémoire ne mentionne pas les contre-indications. Loin de là, c'est chez une malade convalescente de fièvre typhoïde et prise comme la nôtre de choléra, que l'auteur a administré 4 grammes d'acide sulfurique pour 250 grammes d'eau.

Je me borne à citer ces doses vraiment incroyables, et à rappeler aux praticiens qui oseraient employer une pareille méthode que, dans les expériences de M. Orfila, des chiens mouraient empoisonnés en sept heures avec un mélange de 260 grammes d'eau et 3 grammes d'acide sulfurique concentré.

Veuillez agréer, etc.

Dr H. BLAIN DES CORMIERS,
Chef de clinique de la Faculté.

Nous publions aujourd'hui sans commentaires la lettre de notre excellent correspondant. Mais les méthodes comme celle dont il parle doivent être stygmatisées autrement qu'il ne fait, nous reviendrons donc sur cette grave atteinte à la vie des malades.

H. DE CASTELNAU.

---

(2) J'ajouterai à côté de ce cas fâcheux que plusieurs autres malades, moins sérieusement pris, il est vrai, ont guéri après avoir fait usage d'une potion sulfurique, à dose infiniment moindre; ce qui n'empêche pas d'employer concurremment les autres moyens de traitement.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 107. 3e année. Vendredi 7 Septembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Étranger, chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 7 septembre 1855.

De la folie, de son caractère essentiel et de ses rapports avec l'ordre social.

A Monsieur FERRUS, *inspecteur général des établissements d'aliénés de France.*

(3e lettre. — Voir le numéro du 25 juin et celui du 13 août 1855.)

I. — Un savant distingué, un esprit charmant, d'une inaltérable gaîté, un admirateur enthousiaste de la philosophie voltairienne et de son incomparable auteur, avait consacré de longues veilles à rassembler des matériaux scientifiques d'un prix inestimable. Arrivé à la maturité de la vie avec tous les attributs de la santé la plus florissante, il devient tout à coup profondément mélancolique; bientôt il se suppose atteint d'un cancer de l'estomac ou même se croit dévoré intérieurement par un serpent qui aurait pénétré dans ses entrailles. Des mois, des années s'écoulent sans que la persistance de tous les signes sensibles de la santé puissent détruire cette fausse conception; elle prend même un tel empire, que le malheureux hypochondriaque attribue ses maux imaginaires à une punition céleste. Pour appaiser la colère divine, il a déjà abjuré, plus ou moins complétement, les principes philosophiques; cet holocauste lui paraissant insuffisant, il s'imagine de sacrifier à la providence irritée ce qu'il possède de plus précieux, il livre à la flamme les richesses scientifiques qu'il avait amassées en vingt cinq années d'un travail opiniâtre. — Un traitement hydrothérapique incomplet de nombreuses préoccupations, d insignes faveurs de la fortune ramènent, quelques années plus tard, un peu de gaieté et d'incrédulité dans cet esprit défaillant. Mais l'erreur n'y est pas entièrement déracinée, et lorsque plus de dix ans de santé sembleraient avoir rendu aujourd'hui toute erreur impossible, malgré la fraîcheur du teint, un embonpoint fort respectable et un appétit splendide, l'idée du cancer, si ce n'est du reptible dévorant, se représente souvent à l'imagination et n'en sera probablement jamais chassée d'une manière complète.

Qu'aurait fait d'un homme qui se trompe ainsi la doctrine médico-mentale, régnante si on le lui avait livré?— Elle l'aurait déclaré atteint de folie, non pas de folie *scientifique*, laquelle est bien évidente chez lui, mais de la folie sociale, *très-pratique* ; la doctrine l'aurait envoyé, bon gré, malgré, dans un asile d'aliénés, où la mélancolie, loin de se dissiper aurait sans doute fait de nouveaux progrès, et où la partie intacte des facultés intellectuelles aurait été envahie à son tour sous l'énervante influence de séquestration.

La doctrine n'a pas été consultée; une famille, pénétrée de ses véritables et saints devoirs, a laissé cet esprit fragile exposé au doux air de la liberté, aux bienfaisantes émotions de l'amitié et du foyer domestique et les événements ont fait ce qu'il n'eut pas été au pouvoir de la médecine de faire : ils ont dominé ses préoccupations maladives en l'absordant presque tout entier, en excitant chez lui une ambition dont il ne se savait peut-être pas capable, et, en définitive, jusqu'à ce jour, la Société a conservé dans son sein un homme aimable, la science un savant distingué, et l'enseignement, l'enseignement surtout, un professeur éminent qu'on eut bien difficilement remplacé.

II. — Dans une compagnie savante où vous aimez à porter le tribut de vos lumières, vous entendiez naguère un de nos collègues, nous raconter qu'à la suite d'une affection cérébrale cruelle qui a pendant longtemps menacé sa vie, il lui était arrivé souvent d'entendre la voix d'un frère chéri, qui n'était plus ; notre collègue entretenait des conversations avec cette voix, tantôt croyant qu'il était le jouet d'une illusion, tantôt, au contraire, hésitant, incertain, et demandant à la voix, qui répondait affirmativement si elle appartenait bien à la personne qui, depuis longues années, n'était plus de ce monde.

Une telle incertitude sur une telle illusion prouvait évidemment que l'honorable auteur de cette confidence n'avait pas conservé, à certains égards, le degré de discernement commun aux hommes les plus médiocres; ce degré il ne paraît même pas l'avoir retrouvé actuellement, puisqu'il méconnaît la portée des hallucinations qui l'ont si tristement obsédé, et qu'il les juge compatibles avec l'intégrité des facultés intellectuelles. Il croit fermement n'avoir jamais été fou.

Que faire d'un cerveau qui n'est pas entièrement revenu de telles aberrations? Le priver de sa liberté pour le contraindre à subir un traitement d'une utilité très incertaine? Il le faudrait pour être conséquent avec la doctrine, et une famille moins soucieuse de ses devoirs que de ses droits en aurait probablement obtenu sans peine l'autorisation. Et cependant, est-il un de nous qui ne se fût pas récrié devant un pareil abus de la puissance domestique ? N'aurions-nous pas craint que la contagieuse atmosphère d'un asile n'eut achevé de précipiter dans l'abîme de l'erreur et de la folie une intelligence qui n'était pas entièrement dévoyée des sentiers de la raison, et qui pouvait même les explorer encore avec quelque utilité pour la science? Ce qu'il y a de certain, c'est que la vie libre et les émotions qu'elle engendre, surtout lorsqu'on exerce une profession active où l'on doit rivaliser d'efforts avec la concurrence, n'ont point été contraires à la santé morale de notre

collègue ; tout au contraire, son cerveau, dans les luttes d'une vie active, s'est fortifié suffisamment pour que M. X... puisse siéger aujourd'hui dans une assemblée des plus sérieuses sans y paraître déplacé.

III. — Si le hasard vous conduit jamais, entre onze heures et midi, dans un des plus célèbres cafés du quartier latin, vous trouverez probablement à votre gauche, dans la seconde salle, un personnage âgé d'environ soixante ans, vêtu d'une longue redingote qu'on dirait composée de trois planches ajustées par leurs bords, tant les deux plans latéraux et le plan postérieur qu'elle présente sont unis et presqu'inflexibles; le corps grêle, abrité sous ce vêtement grotesque n'est pas moins raide que le vêtement lui-même. En entrant, le personnage lance un rapide et imperceptible coup d'œil dans la salle et va s'installer à la table la plus isolée ; il dépose sur la table un volumineux manuscrit qu'il couve d'un œil à la fois amoureux et féroce, et commande son austère brouet, qui se compose presque invariablement d'eau claire, qu'il va puiser lui-même à la fontaine commune, de deux œufs à la coque et d'un petit pain qu'il choisit entre plusieurs, et dont il inspecte rigoureusement l'écorce, qui doit être vierge de toute solution de continuité ou de toute maculature suspecte. Avant de boire, il a soin d'essuyer minutieusement son verre, non avec la serviette que lui fournit l établissement, mais avec un mouchoir qu'il tire de sa poche, et qui ne peut être imprégné d'aucun agent léthifère.

Pourquoi toutes ces précautions? Vous le devinez sans peine, bien cher et vénéré maître : vous reconnaissez à ces simples indices, un de ces mélancoliques si nombreux qui croient, avec Jean-Jacques, que l'univers ou du moins une fraction de la société conspire contre eux, leur tend sans cesse des embuches, et qui ont recours à tous les moyens imaginables pour se soustraire à des dangers chimériques. Vous ne vous trompez point : le personnage auquel je fais allusion est un de ces infortunés. Il a déposé les preuves de sa folie dans un écrit qui a déjà dix ans de date et qui montre que la folie est trois fois plus ancienne que l'écrit. Mais si cet écrit est un témoignage irrécusable de folie, il indique aussi chez l'auteur une instruction, une étendue de vues, une vigueur de raisonnement (l'erreur première étant une fois acceptée comme une vérité), un talent d'écrivain, que sont bien loin d'égaler, hélas! la plupart de ceux qui, moins modestes que d'Aguesseau, se croient assez puissants d'esprit pour marquer les limites « *presque imperceptibles* qui séparent la démence de la sagesse. »

Mais que prouve, me direz-vous peut-être, ce nouvel exemple? Une vérité, bien cher et vénéré maître, qui me semble fort importante : il prouve, de même que les précédents, que des hommes que la doctrine médico-psychologique régnante classe parmi les fous, peuvent, sans inconvénients pour eux ni pour leurs semblables, vivre libres dans la société, suffire à leurs besoins par leur propre travail, et, qui plus est, servir avec distinction la science et la patrie; car le dernier personnage dont j'ai esquissé les traits les plus saillants est un ancien officier du génie d'un mérite reconnu. Or, avec les armes que cette doctrine a mises aux mains de la famille, celle ci pourra, presqu'avec certitude, quand elle voudra, enlever à ces hommes tous les biens qu'une société civilisée pouvait leur assurer, les condamner à une véritable mort civile et morale, en attendant que la nature achève ce commencement de destruction. Vous savez mieux que moi, tous les aliénistes savent quels faits on pourrait citer à l'appui de cette triste vérité; je n'ajouterai donc pas des exemples inutiles à ceux que la science possède déjà. Il en est un, toutefois, que je vous demande la permission de vous raconter, non assurément qu'il soit plus concluant que beaucoup d'autres, mais parce qu'il a laissé dans mon esprit une impression qui ne se dissipera qu'avec ma vie.

IV. — J'ai été pendant près de cinq ans le commensal, et j'ai continué ensuite à voir de temps en temps, pendant dix ans, un de ces êtres généralement bons dont l'Evangile a dit avec autant de bon sens que de noble générosité : *Le royaume des cieux est à eux.*

Mon pauvre déshérité cependant n'avait pas l'esprit tellement simple, qu'il n'eût pu faire des études ordinaires, telles qu'on peut les faire sous la direction, d'abord d'un bon curé de campagne, puis des professeurs d'un petit séminaire. Il connaissait passablement la géographie et l'histoire profane; il possédait très-bien l'histoire sacrée; il avait une bonne teinture de littérature et de grammaire, et savait assez le latin pour se plaire à la lecture de l'Ancien Testament, des Pères de l'Eglise et même de plusieurs anciens auteurs latins. Une seule faculté paraissait lui faire entièrement défaut, celle des mathématiques : Sa sœur, plus âgée que lui, et son beau-frère, lui avaient répété souvent qu'il ne pourrait jamais apprendre l'arithmétique, et, soit par suite de la persuasion qu'ils lui avaient inculquée, car il avait grande confiance en eux, soit par défaut absolu de la faculté des nombres, le fait est qu'il paraissait n'avoir jamais su même la première et la plus simple des quatre règles. A l'époque où je le connus, il savait cependant compter les quarante sous qu'on lui donnait chaque semaine, mais à la condition qu'il les comptât soit en deux, trois ou quatre pièces d'argent, dont il connaissait très bien la valeur, soit en monnaie de cuivre, mais alors en commençant par un sou et continuant sans interruption jusqu'à quarante; s'il s'interrompait, il ne pouvait reprendre son compte où il l'avait laissé, et était obligé de recommencer par l'unité. Là paraissait s'être bornée en tous temps sa science en comptabilité.

Malgré cette grave imperfection, M. X..., au sortir du séminaire, entra chez un avoué ; il y copia des rôles, et même y rédigea des actes simples dont il se rappelle encore aujourd'hui les formules; mais il devint bientôt évident pour tout le monde que le jeune clerc ne parviendrait jamais à acquérir la science du procureur. Son père et sa mère étant morts quelques années après sa sortie du séminaire, on jugea aussi, avec raison, qu'il ne pourrait administrer sa fortune, laquelle s'élevait à 10 ou 12,000 francs de rente; pour la lui conserver intacte, son beau-frère provoqua l'interdiction de M. X..., qui fut prononcée sans difficulté, et M. X... fut déclarer incapable d'administrer non seulement ses biens, mais aussi sa personne. Il fut placé dans une maison de santé où l'on payait pour lui 500 francs de pension par mois L'aversion naturelle qu'à l'exemple de beaucoup de ses pareils, M. X... avait pour la lutte et la résistance, jointe à son extrême piété, lui firent accepter avec résignation sa nouvelle existence, à ce point qu'on jugea inutile, après une année d'épreuves, de le maintenir dans un asile, et qu'on le plaça dans une pension bourgeoise, où M. X... jouissait d'une complète liberté, mais où, en revanche, le prix de pension n'était que de 100 francs par mois, prix auquel on ajoutait 2 francs par semaine, que la maîtresse de la maison comptait chaque dimanche à M. X... pour ses menus plaisirs.

C'est dans cette situation que je l'ai connu; son interdiction remontait déjà à quatre années.

M. X..., âgé d'environ trente ans, était d'une taille assez élevée, bien proportionnée; sa physionomie était douce et même résignée, mais néanmoins fine et agréable; les traits de son visage ne manquaient pas de distinction; M. X... aimait peu les sociétés nombreuses et fuyait le bruit, qui, d'ailleurs, le fatiguait et provoquait chez lui de la céphalalgie; il se plaisait, au contraire, dans la société d'un petit nombre de personnes; il aimait beaucoup la lecture, et, parmi ses regrets, celui qu'il manifestait le plus souvent était de ne pouvoir se donner une belle bibliothèque; il était d'une grande piété; les 2 francs qu'on lui donnait chaque semaine pour ses plaisirs

étaient dépensées, pour la plus grande part, en locations de livres; le reste passait dans le tronc des pauvres Il en était ainsi, du moins dans les premiers temps où je connus M. X... Son maigre budget dut bientôt recevoir une autre destination.

Quoique déclaré incapable d'administrer sa personne, M. X... se promenait dans Paris en toute liberté depuis le matin jusqu'au soir; comme il était bon, discret, serviable, affectueux, plusieurs personnes étaient heureuses de lui procurer, en le recevant chez elles, quelques moments de distraction. Parmi celles qu'il visitait le plus souvent, se trouvait une jeune, honnête et laborieuse ouvrière, qui venait quelquefois travailler dans la maison qu'habitait M. X.. Malgré la piété sincère de M. X..., malgré la pureté des sentiments qui l'animaient, il arriva ce qui ne peut guère manquer d'arriver en pareille occurrence : il reçut, dans ses visites, des consolations que la simple amitié ne saurait donner, et le travail de la jeune ouvrière dut bientôt pourvoir à deux existences au lieu d'une.

A partir de ce moment, les cabinets de lecture et le tronc des pauvres cessèrent de recevoir le modeste tribut de M. X..., qui reçut une plus sainte destination. Non content de l'affecter tout entier à de nouvelles nécessités, M X.., se rappelant son premier métier de clerc, se mit à copier à vil prix des rôles pour les huissiers, et contribua ainsi, du moins mal qu'il put, à l'éducation d'un enfant (éducation d'ouvrier, on le comprend bien), à qui il ne put donner ni son nom, ni sa fortune. M. X... a continué pendant vingt ans cette vie de pénible et saint labeur, et il est mort en emportant pour toute consolation l'espoir que son enfant serait un fils assez dévoué et un ouvrier assez habile pour préserver sa mère de la triste ressource de l'hôpital.

Cette lamentable histoire, que je suis obligé d'abréger beaucoup trop, n'est-elle pas, vénéré maître et bien cher collègue, celle d'un très-grand nombre d'interdits? Les annales de la science n'en renferment-elles pas une foule de semblables, à quelques variantes près? La plupart des administrateurs de la fortune des interdits ne l'administrent-ils pas à la manière du beau-frère de M. X...? Tout cela ne saurait faire l'objet du moindre doute, et ce qui n'est pas plus contestable, c'est que ces faits déplorables sont la conséquence logique, nécessaire, d'une doctrine qui n'a pas su distinguer la science de la pratique, c'est-à dire les faits qui doivent rester dans le domaine de la philosophie de ceux qui doivent tomber sous l'empire de la loi Aussi, voyez à quelles monstrueuses erreurs morales et matérielles conduit cette doctrine.

Dans le cas qui précède, cette doctrine déclare, par l'organe de deux médecins et d'un tribunal, que M. X... est incapable de diriger sa personne, et pendant plus de vingt ans M. X... se promène librement dans les rues de Paris sans qu'il en résulte aucun inconvénient, ni pour lui ni pour les autres, et il meurt comme un modèle de sagesse et de dévouement.

Dans d'autres circonstances, dans beaucoup de cas de démence, par exemple, la doctrine enlève l'administration de sa fortune à un homme qui est encore en pleine possession des sentiments affectifs, c'est-à-dire de ce qui peut procurer le plus de jouissances, afin qu'il ne la dissipe pas follement, et qu'on puisse la lui conserver pour le moment où toute sensibilité sera éteinte chez lui, c'est à-dire où il lui sera parfaitement indifférent de dormir sur la paille ou sur l'édredon, de vivre dans un palais ou dans un hôpital (1).

Non-seulement cette doctrine porte une atteinte grave à la dignité de l'homme, à ses droits les plus sacrés; mais elle fausse radicalement l'esprit de la médecine, elle dénature la mission sacrée du médecin, qui est de soulager toutes les douleurs quand il ne peut les guérir; or, ici, c'est le médecin lui-même qui aggrave ou qui conseille d'aggraver la situation du malade en faveur de ceux qui se portent bien; et, ce qui prouve la triste influence des doctrines erronées, c'est de voir avec quelle facilité, avec quelle légèreté même, les médecins les plus consciencieux se laissent dévier des véritables et antiques principes de l'art.

Quelle doctrine substituer à celle qui règne encore pour éviter de tomber dans ces déplorables errements? Une doctrine fort simple, si simple même, qu'on ose à peine la formuler.

Vous avez professé que la folie est une maladie comme les autre; j'ai dit à quel point de vue cela *peut* être vrai; cela *doit* être vrai sous un autre rapport encore, c'est relativement au droit qu'on a de traiter les malades

Or, lorsqu'un homme souffre de la goutte, vous n'allez pas le prendre à la gorge et lui administrer de force des pilules anti-goutteuses ou les pastilles de Vichy. Faites de même pour le fou, attendez qu'il vienne vous consulter avant de le traiter.

— Mais si le propre de la folie est d'enlever au fou la conscience de sa maladie, il est évident qu'il ne songera pas à se faire traiter; en outre, sa liberté est dangereuse pour les autres et pour lui-même.

—A cela je réponds que c'est une chose très-fâcheuse assurément qu'un fou ne se fasse pas traiter dès qu'il est malade; mais que ce malheur est moindre que celui de violenter sa conscience et de lui enlever sa liberté sans être certain de pouvoir jamais lui rendre l'équivalent de ces biens précieux. Quant aux périls que la liberté d'un fou peut faire planer sur la tête de ses semblables, ces périls ne sont pas plus grands que ceux dont nous menacent une foule de libérés qu'on laisse libres parmi nous. Quand un fou aura porté atteinte à notre vie ou à notre propriété, qu'on l'enferme et qu'on le traite, rien de mieux; mais la punition ne s'inflige pas par prévention, elle suppose un attentat accompli. M. X... et bien d'autres avaient été déclarés dangereux pour leurs semblables, et cependant ils ont vécu pendant de longues années dans la société, sans jamais nuire à personne. Quel ne devrait pas être le désespoir d'un médecin digne de sa mission, si ces malheureux avaient été condamnés, par sa faute, à une séquestration perpétuelle!

Quant à la nécessité de séquestrer les aliénés à cause des dangers auxquels la folie expose ceux-là même qui en sont atteints, outre que cette doctrine est passible des mêmes objections que celle qui précède, elle soulève des questions trop délicates pour que je veuille les aborder incidemment ici. Je les laisse donc indécises pour le moment, me réservant de les traiter d'une manière complète en temps opportun, ainsi que beaucoup d'autres que les lignes qui précèdent laissent en suspens.

J'ai déjà été trop long pour que je veuille abuser plus longtemps pour cette fois de la patience de mes lecteurs, quoiqu'ils m'aient habitué à y compter beaucoup

Je résumerai donc en deux lignes cette longue dissertation :

La folie scientifique, c'est l'erreur;

La folie pratique, c'est l'erreur dangereuse.

Mais le danger ne se présume pas, il se démontre.

H. de Castelnau.

(1) Cette triste application de la doctrine est faite dans presque tous les cas de paralysie générale, quand des familles avides usent de leur puissance dès le début de la maladie. Dans un prochain travail, nous rapporterons un fait qui éclairera d'une vive lumière ce point important.

De la paralysie du mouvement des membres supérieurs.

Par le docteur PARMENTIER,

Ex-interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

Suite. — Voir les nos 96, 99, 102 *et* 103.

B. *Paralysie de la motilité affectant une ou plusieurs des parties dont se composent les membres thoraciques.* — Dans cet article, je décrirai successivement :

1° La paralysie du deltoïde ;

2° La paralysie des muscles animés par le nerf musculo-cutané;

3° La paralysie de ceux qui sont animés par le nerf cubital ;

4° La paralysie des muscles qui sont sous la dépendance du nerf médian ;

5° La paralysie des muscles qui reçoivent leurs filets nerveux du nerf radial.

1° *Paralysie du deltoïde.* — Le moignon de l'épaule est le plus souvent déprimé, l'épaule est abaissée, quelquefois elle n'est ni déformée, ni abaissée, ni diminuée de volume (1) : le bras correspondant est pendant le long du tronc, et l'avant-bras est dans la demi-flexion, et le coude est soutenu par la main du côté opposé ; le bord spinal de l'omoplate fait surtout, à la partie inférieure, une saillie considérable, l'omoplate bascule, et son angle inférieur se rapproche de la colonne vertébrale; on sent, à travers la peau, que le muscle petit rond est contracturé. Lorsque l'on ordonne au malade d'écarter les avant-bras et de les rapprocher alternativement l'un de l'autre, les deux coudes restant fixés au corps de manière à obtenir des mouvements de rotation de l'humérus autour de son axe, on observe que, du côté malade, l'omoplate est fortement entraîné en dehors lorsque les avant bras tendent à se rapprocher. Le bras n'étant plus soutenu par le deltoïde, les muscles petits ronds sus et sous-épineux, et le sous-scapulaire, restent contractés pour remplir une des fonctions de ce muscle, et maintiennent la tête de l'humérus appliquée sur la cavité glénoïde de l'omoplate; il en résulte que ces deux os n'en forment plus pour ainsi dire qu'un, et ne peuvent plus se mouvoir l'un sans l'autre. J'ai eu occasion de vérifier de nouveau ce fait avec M. Demarquay sur un de ses malades qui avait une paralysie du deltoïde à la suite d'une luxation scapulo-humérale.

Tantôt il y a impossibilité complète d'élever le bras, d'autres fois il ne peut être élevé que suivant un angle très-aigu et avec une extrême difficulté. Le membre est amaigri, mais les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont conservés. Les mouvements de translation du bras en avant et en arrière sont tantôt impossibles, d'autres fois gênés, et peuvent encore être exécutés partiellement ; ceux d'abduction et d'élévation sont impossibles au début, mais lorsque le malade a obtenu une amelioration notable, il peut élever le bras jusqu'à une certaine hauteur; ainsi il peut porter sa main à l'oreille, par exemple, mais lorsqu'il veut atteindre le sommet de la tête, on observe qu'il ne peut y arriver sans que l'angle de l'omoplate bascule en avant, et si on fixe cet os, le malade ne peut exécuter le mouvement; cette gêne dépend encore de la contracture des muscles qui s'insèrent à la fois à l'omoplate et aux tubérosités de l'humérus ; disons tout de suite que la contracture disparaît en même temps que la paralysie du deltoïde.

2° *Paralysie des muscles animes par le musculo-cutané.* — Le nerf musculo-cutané se distribuant aux muscles coraco-brachial, biceps et brachial antérieur, il en résulte que l'action de ces muscles est totalement anéantie lorsque les filets du musculo-cutané sont paralysés.

Cette paralysie est assez difficile à reconnaître, car plusieurs muscles peuvent suppléer à ceux qui sont animés par le musculo-cutané; on arrive néanmoins à constater qu'ils sont paralysés en prescrivant au malade de fléchir l'avant bras sur le bras, tandis que l'on s'oppose à ce mouvement en cherchant à maintenir l'avant-bras dans l'extension; on voit alors que le brachial antérieur et le biceps ne se contractent pas, tandis que le cubital antérieur et l'huméro stylien, fortement tendus, forment une corde de chaque côté de l'avant-bras. On s'assure de même de la paralysie du coraco-brachial, la partie antérieure du deltoïde et le faisceau claviculaire du grand pectoral qui le remplacent sont alors fortement tendus, tandis que le coraco-brachial est flasque et mou. On conçoit que dans la paralysie du nerf musculo-cutané, le malade éprouve surtout de la gêne dans la flexion de l'avant bras sur le bras.

3° *Paralysie des muscles animés par le nerf cubital.* — La perte du mouvement, amenée par la paralysie des filets musculaires du nerf cubital, est surtout remarquable à la main. En effet, à l'avant-bras, ce nerf n'anime que le cubital antérieur et la partie interne du fléchisseur profond, muscles qui sont suppléés dans leur action par plusieurs autres, de sorte que leur paralysie est peu apparente et peut passer inaperçue à un examen peu approfondi.

A la main, au contraire, tous les muscles de l'éminence hypothénar dépendent du nerf cubital, l'adducteur du pouce et les interosseux sont aussi animés par ce nerf.

Dans cette paralysie, il y a impossibilité d'écarter les doigts les uns des autres; la première phalange peut seul s'étendre sur le métacarpien, tandis que la deuxième et la troisième sont fléchies en manière de griffe; enfin aucun mouvement ne peut être exécuté par les muscles de l'éminence hypothénar.

4° *Paralysie des muscles animés par le nerf médian.* — Le grand nombre de muscles que tient sous sa dépendance le nerf médian fait prévoir à l'avance une grande gêne dans les mouvements lorsque les filets musculaires sont paralysés.

En effet. le nerf médian anime les deux pronateurs, il y aura donc impossibilité de ramener le membre dans la pronation ; celui-ci sera maintenu dans la supination par le conrant supinateur dont l'action ne sera plus contre-balancée; les doigts ne pourront plus se fléchir, à l'exception de l'annulaire et de l'auriculaire, les faisceaux internes du fléchisseur profond étant intacts. Les trois premiers doigts sont dans une extension permanente, et il est impossible au malade d'exécuter aucun mouvement de flexion. S'il s'efforce d exécuter ce mouvement, les muscles de la région dorsale de l'avant-bras se contractent fortement, le métacarpe s'étend et forme un angle plus ou moins ouvert à la face postérieure de l'avant-bras ; les muscles fléchisseurs finissent par s'atrophier sensiblement. Enfin, la flexion de la main sur l'avant-bras est considérablement gênée par suite de la paralysie du grand et du petit palmaire, et l'action des muscles de l'éminence thénar est abolie.

5° *Paralysie des muscles animés par le nerf radial.* — Lorsque ces muscles sont paralysés, l'avant-bras est fléchi sur le bras, les doigts sont fortement fléchis sur le métacarpe, ils ne peuvent eécuter le plus léger mouvement d'extension ; leur écartement est difficile ; mais si l'on place la main sur un plan, ce mouvement peut s'exécuter.

Le muscle court supinateur étant paralysé, le malade ne peut exécuter aucun mouvement de supination, si ce n'est en contractant le biceps ; l'abduction et l'adduction de la main sont rendus impossibles par suite de la paralysie des radiaux externes et du cubital postérieur La main n étant plus soutenue tombe et est fléchie sur l'avant-bras. Par suite de la pa

(1) *Paralysie traumatique du deltoïde*, M. Jobert de Lamballe; *Gaz. des hôpit.*, année 1845, p. 421.

ralysie des extenseurs et de l'abducteur du pouce, ce doigt est fléchi et dirigé fortement en dedans vers la paume de la main, il ne peut ni s'étendre, ni se porter dans l'abduction, son mouvement d'opposition est aboli. Les muscles animés par le radial finissent par maigrir et s'atrophier. La forme de la main se trouve modifiée; sa face dorsale est bombée, très-arrondie, tandis que sa face palmaire est excavée. Lorsque le malade ferme la main l'extrémité des doigts arrive seulement à la partie moyenne des régions thénar et hypothénar, et non dans le creux de la main.

C. *La cause de la paralysie se traduit-elle par quelques symptômes capables de mettre l'observation sur la trace de l'étiologie?* — Dans l'article précédent j'ai décrit les symptômes de la paralysie des divers muscles des membres thoraciques, je vais examiner actuellement si les propriétés de ces muscles ne subissent pas quelque modification particulière suivant la cause qui a amené la paralysie, et si cette modification ne peut pas mettre sur la voie de l'étiologie dans les cas douteux.

Si l'on étudie l'état de la contractilité et de la sensibilité musculaire dans les membres paralysés, on trouve que ces propriétés sont tantôt intactes, tantôt abolies; d'autres fois l'une d'elles est détruite, tandis que l'autre persiste.

Marshal Hall (*On the condition of the muscular irritability in the paralytic lunles*, 1839, 1845) avait étudié la question et était arrivé aux conclusions suivantes:

Dans les paralysies des membres, la différence d'irritabilité entre le côté malade et le côté sain peut servir à établir un diagnostic différentiel entre les paralysies cérébrales et les paralysies spinales.

Dans les paralysies spinales, l'irritabilité diminue dans les muscles paralysés

Dans les paralysies cérébrales l'irritabilité augmente. M. Duchemme de Boulogne a repris la question. Il s'exprime ainsi: « On connaît par le procédé de Marshal Hall l'excitabilité des terminaisons nerveuses des membres, mais l'état de la contractilité électro-musculaire (irritabilité musculaire) reste inconnue, l'action galvanique n'ayant pas portée directement sur le tissu musculaire.

« Par ce procédé l'excitation électrique des extrémités nerveuses exclusivement destinées à la sensibilité provoque des contractions très-irrégulières dans les muscles placés au-dessus du point excité, c'est-à-dire dans un sens contraire à la marche de la force nerveuse motrice par une sorte d'action reflexe.

« Dans les paralysies cérébrales soumises à ces procédés de galvanisation les contractions musculaires sont plus développées tantôt dans les membres paralysés, tantôt, au contraire, dans le membre sain.

« Sur les sujets sains soumis à ces mêmes expériences, on observe aussi que la contractilité musculaire est inégalement développee dans les deux côtés du corps, et cela sans cause connue.

« Enfin, la diminution ou l'augmentation de l'excitabilité électrique des terminaisons nerveuses dans un des côtés du corps ne peut même servir au diagnostic différentiel entre les paralysies spinales et les paralysies cérébrales.

« Néanmoins dans les lésions de la moelle épinière presque toujours l'irritabilité diminue. Il existe cependant de exceptions Ainsi M. Duchemme cite un cas de lésion de la moelle, constaté par l'autopsie dans lequel la contractilité musculaire était intacte. »

Dans la paralysie saturnine, il y a perte de la contractilité électrique et diminution de la sensibilité électrique: la perte de la contractilité électrique se porte sur l'extenseur commun des doigts, les extenseurs propres de l'index et du petit doigt et le long extenseur du pouce qui sont les premiers atteints, la perte de la contractilité électrique musculaire se porte de préférence sur ces muscles, même alors que le membre entier es paralysé. La lésion peut intéresser séparément chacun des extenseurs ou chaque faisceau de l'extenseur commun.

Après les extenseurs viennent les radiaux, enfin le cubital postérieur et le long abducteur du pouce sont presque toujours les derniers muscles de la partie postérieure de l'avant bras qui perdent la propriété de se contracter sous l'influence du galvanisme.

Les muscles de la région anti-brachiale antérieure, ceux de la paume de la main et les interosseux palmaires conservent toujours leur contractilité électrique normale bien que leur contractilité volontaire soit plus ou moins lésée.

Le deltoïde est quelquefois atteint et les muscles du bras sont intacts. Au bras, le triceps est plus souvent lésé que le biceps.

Tel est l'ordre dans lequel se manifeste la paralysie. Les radiaux ne sont jamais atteints sans les extenseurs, il en est de même du cubital postérieur, le deltoïde fait exception.

La perte de la contractilité électro-musculaire est toujours à son maximum dès le début.

Dès qu'un nerf est lésé les muscles auxquels ils se distribue sont immédiatement paralysés.

La sensibilité musculaire est complétement abolie, mais la contractilité électro-musculaire n'est pas d'abord sensiblement modifiée, mais bientôt elle va en diminuant, et après deux ou trois semaines, elle a entièrement disparu.

La paralysie des mouvements volontaires, limitée d'abord aux muscles qui sont sous la dépendance des nerfs lésés, s'étend peu à peu aux autres muscles du membre. Ces derniers perdent leur force et sont bientôt paralysés à leur tour, cependant ils conservent toujours leur contractilité et leur sensibilité électrique.

On conçoit difficilement que dans une paralysie, suite de la lésion du nerf radial, les muscles de la région antérieur de l'avant-bras qui reçoivent l'influx nerveux centrale par des nerfs parfaitement sains aient été frappés d'une paralysie complète. Existerait-il entre tous les nerfs d'un membre une sorte de solidarité nécessaire à l'intégrité des fonctions musculaires ou bien l'antagonisme musculaire serait-il une condition de conservation des mouvements volontaires?

Quelle que soit la cause de ce phénomène, les muscles dont le nerf n'a point été lésé recouvrent rapidement leurs mouvements sous l'influence du galvanisme et ils ne perdent jamais ni leur contractilité, ni leur sensibilité électrique.

Dans les paralysies, suite de névralgie, de rhumatisme, de compression, la contractilité électrique est généralement conservée, ainsi que la sensibilité. Quant aux paralysies hystériques, on trouve la contractilité électro-musculaire conservée, mais la sensibilité électrique est abolie ou seulement diminuée.

Concluons de tout ce qui précède que l'état de la contractilité et de la sensibilité électrique doit toujours être interrogé dans les cas de paralysie du mouvement, et que dans certains cas obscurs, on pourra être mis sur la voie du diagnostic.

(*La suite prochainement.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Tessier.

Méningite partielle et chronique de la base du cerveau; caillot sanguin de forme polypeuse dans le ventricule moyen; céphalalgie intense, contractions douloureuses des muscles de la face, strabisme convergent, amblyopie, dyplopie.

(Observation recueillie par M. Bossu, chef de clinique.)

Les exemples de méningite chronique et surtout de méningite chronique localisée sont, d'après les auteurs, assez rares

pour que la connaissance d'un fait de ce genre offre un certain intérêt : plus rarement encore on a eu l'occasion d'observer la présence d'un caillot apoplectique dans le ventricule moyen, c'est du moins ce qui ressort de quelques recherches que nous avons faites pour constater des cas analogues. Nous n'avons trouvé nulle part un fait pareil à celui que nous publions ici dans le double intérêt seulement de la séméiologie et de la connaissance anatomique des maladies du cerveau, car la thérapeutique, quelque active et rationnelle qu'elle ait été, n'a pu et ne pouvait, comme on le verra, obtenir un heureux résultat.

Le malade, dont nous donnons ici l'observation complète, a été chaque jour l'objet d'un examen attentif; chaque jour M. Teissier faisait remarquer les progrès invincibles de l'affection morbide. Rechercher chacun des symptômes, indiquer les lésions anatomiques dont ils étaient l'expression, conclure de la localisation parfaite des effets à la localisation parfaite des causes, établir un diagnostic raisonné et précis, en déduire les indications thérapeutiques à remplir, c'est à quoi le professeur s'est surtout attaché pour rendre l'étude de ce fait utile et fructueuse; si le succès n'a pas couronné ses efforts, au moins est-il possible d'atténuer ses regrets en constatant que les lésions, dans ce cas, dépassaient la puissance de l'art et répondaient parfaitement à l'idée qu'on s'en était faite durant la vie.

Observation. — Etienne Belorgey, cantonnier, âgé de vingt quatre ans, demeurant à Saint-Romain (Isère), d'une constitution assez robuste et d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait toujours joui d'une santé satisfaisante, à part quelques rares indispositions, suites des refroidissements auxquels l'exposait souvent sa profession en plein air, quand, il y a un an, après avoir battu le blé dans une grange, il se coucha, le corps tout couvert de sueur, sur un terrain humide; il se releva tout courbaturé et souffrant d'une céphalalgie violente avec vertige, bourdonnement d'oreilles, douleur qui siégeait surtout vers la région sous-orbitaire et qui ne cessa pas depuis; à ces symptômes se joignit bientôt une névralgie de la face, déterminant de vives douleurs et des contractions involontaires, surtout dans les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure; phénomènes intermittents qui sont devenus peu à peu plus douloureux et plus fréquents sans jamais déterminer de perte de connaissance. A part ces symptômes morbides, la santé s'est à peu près maintenue, l'appétit conservé, et le malade a pu se livrer à ses travaux habituels jusqu'au 1er avril ; à cette époque, céphalalgie plus violente, nausées, vomissements bilieux, trouble et affaiblissement de la vue, souvent dyplopie, perte d'appétit, faiblesse générale.

Le 9 avril, jour de son entrée à l'Hôtel Dieu, l'appétit est revenu, les fonctions digestives et respiratoires s'accomplissent bien ; on n'observe rien d'anormal dans la motilité et dans la sensibilité des membres; tous les symptômes paraissent se passer du côté du cerveau et de la face ; il y a céphalalgie sous orbitaire très-vive, bourdonnement d'oreilles, amblyopie, dyplopie, strabisme convergent, dilatation des pupilles, surtout à droite, rougeur légère des conjonctives, hébétude de la face, de temps en temps contractions douloureuses des muscles de la moitié droite du visage et torsion de la bouche de ce côté, parole embarrassée ; l'intelligence et la mémoire paraissent intactes. Décubitus dorsal, immobilité générale, fixité du regard sans expression comme dans l'amaurose; la chaleur est normale, le pouls plein, régulier, sans fréquence.

Considérant l'invasion brusque de la maladie et la localisation des symptômes, M. Teissier pensa qu'il existait une méningite localisée à la base du cerveau, méningite qui devait s'étendre du chiasma des nerfs optiques à la protubérance cérébrale et affecter surtout 1° les nerfs optiques, puisqu'il y avait altération de la vue ; 2° les branches de la cinquième paire, à cause de la perversion de la motilité et de la sensibilité de la région faciale ; 3° le nerf de la sixième paire ou nerf moteur oculaire externe, en raison du strabisme convergent ; 4° enfin les nerfs de la septième paire, puisqu'il y avait altération de l'ouïe et contractions intermittentes et douloureuses des muscles, des joues et des lèvres

M. Durand Fardel, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, bien connu par ses belles recherches sur les affections cérébrales, se trouvant de passage à Lyon, vint à la clinique rendre visite à M. Teissier et fut invité à examiner ce malade et à donner son opinion sur la cause de son état morbide. Après avoir reconnu les divers symptômes que nous avons indiqués, ce savant praticien, considérant à son tour la marche lente de la maladie et la localisation si frappante des symptômes, sans éloigner complétement l'existence d'une méningite localisée à la base du cerveau, se prononça surtout pour la présence d'une tumeur dans ce point, tumeur qui d'abord serait restée latente, puis aurait pris tout à coup un développement sensible et déterminé la succession des phénomènes observés ; les considérations diverses dont M. Durand-Fardel appuya avec clarté son opinion, indiquaient bien le médecin habitué à une étude approfondie des lésions des centres nerveux. Mais quelle était la nature de cette tumeur? dépendait-elle du cerveau, de ses enveloppes membraneuses ou de la base du crâne? Ici s'arrêta la précision de son diagnostic. A son tour, M. Teissier, sans repousser la présence possible d'une tumeur vers la base du cerveau, persista à soutenir l'existence simultanée, sinon exclusive, d'une méningite localisée sur ce point.

L'autopsie, comme on le verra plus bas, a justifié l'une et l'autre de ces deux opinions. Disons d'abord quelle a été la marche de la maladie et le traitement employé pour la combattre.

Le 10 avril, jour de l'entrée de la malade, calomel 0,75 et jalap 0,50, en deux prises. — Emulsion, vésicatoire à la nuque.

11. Plusieurs selles abondantes ; mieux très-léger.

13. Même état. — Potion avec 0,05 extrait d'aconit.

15. Céphalalgie plus intense, rougeur des conjonctives, pouls un peu plus accéléré, saignée de 300 grammes

16. Un peu de soulagement ; même potion.

18. Nouvelle purgation avec jalap et calomel.

19. Plusieurs selles sans amendement sensible ; au contraire, le malade tombe dans un état comateux.

20. Les symptômes augmentent d'intensité ; l'état comateux se prononce davantage, la peau des joues et du front, surtout à droite, est presque insensible au toucher, contractions fréquemment répétées des muscles de la face ; — Emulsion. — 2 pilules de calomel ; séton de chlorure de zinc à la nuque pour révulser puissamment.

Du 21 au 25, l'état du malade ne fait qu'empirer ; à cette époque, évacuations alvines involontaires, coma profond, dysphagie, les liquides passent avec peine et en très-petite quantité. 12 sangsues au cou. — Emulsion.

27. Pas d'amélioration. — Congestion cérébrale persistante ; 12 sangsues aux malléoles.

Du 27 avril au 1er mai, les symptômes s'aggravent ; le malade ne peut ni parler, ni tirer la langue, ne mange plus et boit très-difficilement. — Faiblesse extrême, respiration lente, suspirieuse et intermittente ; après trois mouvements réguliers d'inspiration et d'expiration, il y a toujours un temps d'arrêt équivalent au moins à un mouvement respiratoire ; le pouls est misérable, fréquent, dépressible ; la face grippée ; les contractions des muscles du visage se répètent de deux en deux minutes environ ; yeux brillants, vitreux ; conjonctives violacées, coma profond.

Cet état persiste en s'aggravant jusqu'au 7 mai où le malade meurt.

Autopsie. — Le crâne ayant été ouvert avec précaution, sa face supérieure comme sa base n'offre aucune tumeur fibreuse, osseuse ou de toute autre nature; la dure-mère ne présente aucune altération sensible; mais l'arachnoïde et la pie-mère sont très rouges, et au-dessous d'elles est infiltrée une notable quantité de sérosité roussâtre, plus abondante surtout entre les circonvolutions cérébrales; quelques-unes d'entre elles semblent s'être écartées pour faire place à ce liquide qui s'écoule rapidement après l'ablation du cerveau.

Rien autre à noter pour la face supérieure du cerveau, mais à sa base, la partie membraneuse ordinairement transparente, qui bouche le ventricule moyen et opaque, épaissie, résistante, une substance gélatiniforme la double et englobe la commissure des nerfs optiques, et le tubercule cendré qui est rougeâtre et fortement saillant; il forme une seule masse avec la glande pituitaire et sa tige; ces parties soulevées, on voit au-dessous les tubercules mamillaires maintenus écartés par une espèce de caillot rougeâtre, qui paraît se prolonger dans le ventricule moyen.

Rien à noter sur le reste de la base du cerveau.

Le parenchyme de cet organe est fortement sablé en rouge et plus consistant qu'à l'état normal : le corps calleux et les deux hémisphères cérébraux enlevés, sans avoir rien offert de remarquable, les ventricules latéraux apparaissent au moins trois fois plus spacieux qu'à l'état normal et remplis d'une sérosité limpide et légèrement citrine; ces ventricules sont comme étalés et toutes leurs anfractuosités largement mises à découvert, le cinquième ventricule lui-même est rempli de sérosité et suffisamment dilaté pour admettre une noisette. Le ventricule moyen, au contraire, est rempli par une substance gélatiniforme, jaunâtre, résistante, qui tient écartés les corps striés et les couches optiques; en incisant cette masse on arrive à une couche d'abord rouge, puis noirâtre, semblable à un caillot sanguin volumineux; c'est cette dernière partie qui fait saillie entre les tubercules mamillaires. Cette masse, du volume d'une grosse noix, paraît être le résultat d'une apoplexie sanguine survenue dans ce ventricule; elle est peut-être cause de tout ou partie des accidents immédiats et consécutifs; les commissures antérieures et postérieures sont allongées et ramollies; la vulve et l'anus ou orifice de l'aqueduc de Sylvius sont fortement dilatés. Chose bien digne de remarque, les parois de ce troisième ventricule ne présentent aucun signe de déchirure.

Telles sont les altérations anatomiques offerts par le cerveau, il y a bien à la fois une méningite partielle de la base de cet organe, comme le soutenait M. Teissier et une tumeur, représentée par un caillot sanguin dans le ventricule moyen, comme le pensait M. Durand-Fardel; en réunissant l'opinion de l'un à celle de l'autre, le diagnostic est parfaitement confirmé.

Le produit plastique accumulé autour de la commissure des nerfs optiques explique assez l'altération de la vue, et on comprend facilement que, sans avoir été primitivement affectés à leur origine par l'existence de la méningite partielle constatée, les nerfs des cinquième, sixième et septième paires aient été assez influencés par son voisinage, surtout vers leurs points d'émergence, pour déterminer les divers symptômes indiqués; ils devaient simplement être irrités par contiguïté, et, par suite, troublés plus ou moins dans leurs fonctions : ce qui explique la paralysie incomplète de la peau du visage et les contractions douloureuses et répétées des muscles de cette région; la compression exercée à la fin par l'épanchement séreux ventriculaire et par le caillot sanguin n'explique que trop le coma et la terminaison funeste.

Tant de lésions dans un organe aussi important et aussi délicat que le cerveau expliquent aisément les divers phénomènes observés durant sa vie; il est probable même, suivant nous, qu'une partie d'entre elles, surtout l'épanchement séreux ventriculaire, ne se sont produites que dans les derniers jours, car on comprendrait difficilement que, comprimé de dehors en dedans par la sérosité épanchée à sa surface, et de dedans en dehors par un liquide abondant et un caillot qui dilataient largement les ventricules, le cerveau ait pu fonctionner longtemps et entretenir les fonctions des autres organes.

L'épanchement sanguin a-t-il précédé la méningite et l'un a-t-il été la cause de l'existence de l'autre, ou bien ces deux lésions se sont-elles développées simultanément? Nous penchons pour la première hypothèse plus que pour la seconde; selon nous, l'apoplexie ventriculaire serait l'accident primitif et les phénomènes inflammatoires ne se seraient développés qu'en dernier lieu sous l'influence irritative due à la présence du caillot sanguin.

Contre tant de désordres, la thérapeutique, quelque rationnelle et énergique qu'elle ait été, ne pouvait et ne peut qu'être en pareille cas impuissante; aussi n'est-ce qu'au point de vue des symptômes, du diagnostic, du pronostic et de l'étude des lésions anatomiques que cette observation nous a paru offrir aux praticiens un sérieux intérêt; telle est du moins la raison qui nous a poussé à la publier dans tous ses détails.

En résumé, cette observation nous a paru remarquable sous plusieurs rapports : 1° elle prouve l'existence possible d'une méningite chronique, partielle; 2° elle fait connaître un cas extrêmement rare de tumeur dans le ventricule moyen, formée par un caillot sanguin, sans lésion apparente de la pulpe cérébrale; 3° elle montre une lésion cérébrale dans laquelle la localisation des symptômes correspondait de la manière la plus exacte à la localisation des altérations anatomiques.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapports de MM. les docteurs Jacquez, de Lure, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Mignavilliers d'octobre 1854 en juin 1855; Viard, de Montbard, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Quincy et de Marmagne; Degen, de Barbach, sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement; Dennezel, de Savigny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune; Cazaintre, de Limoux, sur une épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854. (Comm. des épidémies et du choléra.)

2° Lettre du Ministre du commerce, qui soumet à l'examen de l'Académie une demande en autorisation pour la fabrication d'eaux minérales gazeuses. (Comm. des eaux minérales.)

3° Grand nombre de lettres relatives à des remèdes secrets ou nouveaux.

4° États de vaccinations.

CORRESPONDANCE PRIVÉE.

M. Villermé, à l'occasion de la correspondance, présente à l'Académie deux Rapports officiels sur le choléra, l'un de la commission royale extraordinaire de santé de Copenhague, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cette ville du 12 juin au 1er octobre 1853; l'autre de M. le docteur Bonino, président de la Société médico-chirurgicale de l'Université royale du Turin, sur l'épidémie qui a sévi à Turin en 1854.

Champignons. — M. Chatin présente au nom de l'auteur, M. Dupuy, de Grignon, un *Traité des champignons utiles et vénéneux*.

— M. le Président annonce à l'Académie que MM. Hübertz, de Copenhague, Bertini, de Turin, et B..., de Stockolm, sont présents à la séance.

RAPPORTS.

M. Bricheteau lit un Rapport sur un Mémoire de M. le docteur Rossignol, médecin-major au 9e régiment de dragons, ayant pour titre : *De l'intermittence larvée ou latente dans les maladies inflammatoires, nerveuses ou autres.*

M. Rossignol, ayant observé plusieurs malades à types continu qui présentaient néanmoins, dans leur dernière période, des rémissions et des intermissions, crut devoir combattre cette forme nouvelle par le sulfate de quinine sans avoir égard au caractère de l'affection primitive quelle qu'en fût la nature. Il obtint tout d'abord de cette médication des avantages qui l'engagèrent à persévérer dans son emploi.

M. Rossignol raconte dans son Mémoire qu'en 1833, époque où la doctrine physiologique dominait encore, ayant traité sans succès d'une entérite un jeune homme de vingt-quatre ans, il remarqua que la maladie, après avoir résisté aux antiphlogistiques, sous toutes les formes, prenait un caractère rémittent; et quoique les rémissions fussent peu marquées, il se décida à administrer le sulfate de quinine. Cette médication produisit les meilleurs effets et la guérison fut bientôt complète. Une fois l'attention appelée sur ce point, il tint note de tous les faits du même genre.

Les observations recueillies par M. Rossignol sont au nombre de huit; elles sont relatives à un cas de double conjonctivite aiguë et continue, qui prit plus tard la forme intermittente; à un cas d'entérite avec réaction sur l'encéphale et délire avec rémissions; à deux cas de névralgies viscérales; à une gastralgie, une arthrite et une fièvre pernicieuse hémorrhagique.

Le Mémoire de M. Rossignol, dit M. le Rapporteur, se compose presque entièrement d'observations; l'auteur s'est montré sobre de théories; je n'aurai, par conséquent, qu'un mot à dire relativement à deux éléments qu'il admet dans les maladies soumises à son observation, l'un continu, l'autre intermittent. Le type d'une maladie, aussi bien que les variations de la marche me paraissent des accidents secondaires et non des éléments procédant de la nature intime du mal; on sait bien, d'ailleurs, que l'affection continue ne peut pas toujours avoir la même intensité; par conséquent, ces exacerbations, son état stationnaire et ses moments de déclin ne semblent pas dériver de son essence propre et pouvoir constituer ce que les médecins de Montpellier appellent éléments pathologiques.

Les faits pratiques recueillis par M. Rossignol, ajoute M. le rapporteur, n'ont pas peut-être toute la nouveauté qu'il semble leur attribuer, et il sera facile d'en trouver d'analogues dans les ouvrages de médecine pratique. Néanmoins, ils ne manquent pas d'intérêt, ils ajoutent à la masse des observations qui doivent servir de guide au praticien. M. le Rapporteur propose, en conséquence, de remercier M. Rossignol de sa communication et de déposer son Mémoire aux archives. (Adopté.)

— M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur les travaux chirurgicaux de M. da Costa, chirurgien de l'hôpital de Rio-Janeiro (Brésil). Nous publierons *in extenso* ce Rapport.

M. Gibert demande quelques explications à M. le Rapporteur sur ce passage du travail de M. da Costa, où il est dit que l'hydrocèle a remplacé l'éléphantiasis des Arabes. L'éléphantiasis des Arabes ne lui paraît pas avoir disparu du Brésil, s'il en juge par plusieurs cas qu'il a eu l'occasion d'observer dans ces dernières années, et il ne comprendrait pas trop comment il aurait été remplacé par l'hydrocèle.

M. Jobert répond que la disparition de l'éléphantiasis paraît pouvoir s'expliquer assez bien par le changement de régime et d'habitudes, qui en étaient les causes les plus probables.

M. Gerdy ne voit pas ce qu'il y a de neuf pour la science dans le travail qui fait l'objet de ce rapport.

M. Jobert. Sans renfermer des faits nouveaux, un travail peut offrir de l'intérêt, et c'est le cas du travail de M. da Costa; il renferme des faits pratiques extrêmement intéressants, et dont plusieurs viennent confirmer des principes de la science. Les faits de restauration du canal de l'urètre, ceux d'ablation de l'utérus, ne sont pas d'ailleurs des faits communs. J'ajouterai, enfin, que la haute position chirurgicale que M. da Costa a su acquérir par son mérite et sa qualité d'étranger commandaient l'attention de l'Académie.

M. Gérardin demande si M. le Rapporteur n'aurait pas attribué à l'auteur du travail le mérite de l'importation de la lithotritie au Brésil qui revient à M. Peixoto, qui a lu dans le temps à l'Académie un Mémoire très-intéressant sur ce sujet.

M. Jobert. Je demande pardon à M. Gérardin qui, sans doute, n'a pas bien entendu. J'ai rappelé que M. Peixoto avait pratiqué la première opération de lithotritie au Brésil; mais j'ai ajouté que M. da Costa a contribué depuis avec lui à faire adopter cette opération dans le pays.

Les conclusions du Rapport sont mises aux voix et adoptées.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit quelques rapports sur des remèdes secrets dont les conclusions sont adoptées.

LECTURES.

Suture profonde. — M. Heurteloup lit un travail intitulé : *De la suture profonde*. Nous avons publié ce travail.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Un occuliste général.—Un de nos amis nous apporte la nouvelle que M. Caron-Duvillars, qui fut un oculiste assez connu à Paris, et qui depuis son départ pour l'Amérique, a communiqué à l'académie de médecine plusieurs communications intéressantes datées de la Havane, vient d'être nommé général dans l'armée mexicaine; non pas général *iupartibus* comme le fut M. Clot en Egypte, c'est-à-dire médecin ayant le rang de général, mais bien général en activité, commandant une brigade ou une division, nous ne savons pas bien laquelle. Au reste cette nomination n'est pas aussi étrange qu'on pourrait le croire au premier abord; il y a plus de rapports qu'on ne pense entre le dentiste et l'oculiste d'une part, et le général de l'autre : tous aiment beaucoup le galon.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital la Riboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Sous presse : Leçons sur l'écrasement linéaire. — Prix de chaque partie : 2 fr; à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851); par M. le Dr Gariel, lauréat de l'Institut, inventeur de divers appareils chirurgicaux en caoutchouc vulcanisé. — Broch. in-8°. — Prix; 1 fr. — Au bureau du Journal.

Sous presse pour paraître prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. Gille, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de proto-iodure de fer*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du Moniteur des Hopitaux; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au Moniteur des Hopitaux recevront gratuitement cet ouvrage.

En cours de publication dans le Moniteur des Hopitaux, pour être tirées et vendues à part : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule sera mis prochainement en vente au bureau du journal. — Prix : 2 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 108. 3e année. Lundi 10 Septembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique ; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. RACIBORSKI.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96 et 97.)

CHAPITRE III.

De la fièvre typhoïde.

On chercherait en vain, dans les auteurs, des documents relatifs à l'influence de la menstruation, sur la marche de la fièvre typhoïde, et réciproquement. Les auteurs du plus grand mérite n'ont pas daigné s'arrêter sur ce point intéressant de la pathologie et de la thérapeutique générales. L'ouvrage remarquable de M. Louis, consacré à l'étude de la fièvre typhoïde, contient plusieurs observations de femmes, mais on n'y trouve même pas de mention de leur évacuation périodique. Celles qui sont consignées dans les leçons cliniques de M. Chomel ne peuvent guère servir à éclairer cette intéressante question. Nous avons noté l'état de la menstruation chez douze malades affectées de fièvre typhoïde. Voici le résumé de chacune de ces observations :

La malade de la première observation était déjà indisposée depuis quinze jours, en arrivant à l'hôpital et alitée depuis huit jours ; c'est une femme de 28 ans. A notre première visite, nous avons noté : 100 pulsations, peau chaude, taches rosées articulaires en assez grand nombre et tous les autres symptômes de fièvre typhoïde bien caractérisée. On a pratiqué à la malade deux saignées, et fait une application de ventouses scarifiées sur l'abdomen les deux premiers jours de son séjour à l'hôpital. La maladie s'est terminée d'une manière heureuse. Les règles sont venues à leur époque le sixième jour de la maladie, et ont duré huit jours, comme d'habitude, jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital. La malade, se trouvant bien, demanda sa sortie le seizième jour.

La malade de la deuxième observation était âgée de vingt-quatre ans, habituellement bien réglée. En entrant à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, elle était malade depuis trois jours. Elle avait la peau chaude ; 104 pulsations ; vomissements bilieux assez souvent répétés depuis le commencement de la maladie ; diarrhée après deux jours de constipation ; gargouillement iléo-cœcal ; plus tard, nombreuses taches typhoïdes. (20 sangsues sur la région sous-ombilicale la veille de son entrée à la charité ; une saignée et trois applications de ventouses scarifiées sur l'abdomen pendant les premiers jours de

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Merveilles évangéliques éclairées par les sciences médicales,

Par M. G. MARMISSE, médaillé du choléra en 1855.

Un volume in-12, Paris, 1855. — Se vend chez l'auteur, rue SAINT-JACQUES, N° 108, et dans les librairies médicales.

Le seul titre de cet ouvrage a déjà produit sur nous une impression pénible. Que la religion soit appelée à guider et à éclairer la science, rien de mieux, cela s'est fait longtemps, et cela pourrait bien recommencer quelque jour. Mais la science *éclairer* la religion ! c'est là une prétention intolérable, aussi orgueilleuse qu'impie !

Personne n'ignore que la science a fait son entrée dans le monde à la suite du péché.

La science est donc en soi une chose fâcheuse, qui n'aurait pas vu le jour si la nature humaine avait conservé sa pureté primitive. On est tenté de faire valoir quelques circonstances atténuantes en faveur de la science médicale, à cause de son utilité apparente ; mais il ne faut pas se faire illusion à cet égard. La Bible nous enseigne que les maladies et les infirmités sont envoyées à l'homme en punition de ses péchés. Il ne s'agit pas, pour guérir, de recourir à des secours humains, mais de fléchir la colère de Dieu. Les devins philistins ne l'ignoraient pas, puisque, consultés par le peuple sur les moyens de faire cesser une épouvantable épidémie de *chute du rectum* (1), qui avait atteint, sans aucune exception, tous les habitants des villes, *à parvo usque ad majorem*, ils répondirent qu'il fallait au plus tôt renvoyer l'arche du Seigneur, captive depuis quelque temps, et qu'il serait bon d'y joindre une offrande de cinq anus d'or (2). Cette prescription fut exécutée et couronnée de succès. D'un autre côté, Asa, roi de Juda, « dont le cœur fut parfait tous les jours de sa vie, » suivant le *Livre des Rois* (3), souilla sa vieillesse, suivant les *Chroniques*, par deux fautes graves. La première fut de faire mettre un saint prophète en prison (4), et voici quelle fut la seconde, dont il mourut : *Ægrotavit etiam Asa anno trigesimo nono regni sui dolore pedum vehementissimâ, et nec in infirmitate sua quæsivit Dominum, sed magis in medicorum arte confisus est* (5). « Il n'eut point recours au Seigneur dans son mal, mais il mit plutôt sa confiance dans la science des médecins. » Le texte est formel, le blâme est évident, et, quelque pénible que cela soit pour notre amour-propre professionnel, nous sommes bien obligés de reconnaître que l'exercice de la médecine est peu conforme aux préceptes du livre divin.

Il est vrai que le Saint-Esprit ne dédaigna pas d'inspirer saint Luc, qui était pourtant médecin (6), mais tout permet de croire qu'en se convertissant, saint Luc renonça pour toujours à la pratique de sa première profession. Allant à Rome avec saint Paul, il fut jeté

(1) *Et computrescerant prominentes extales eorum.* I, *Regum*, V, 9.
(2) I, *Regum*, VI, 5.
(3) III, *Regum*, XV, 14.
(4) II, *Paralipomenes*, XVI, 10.
(5) *Loc. cit.*, XVI, 12.
(6) *Paul. ad coloss.*; IV, 14.

son séjour dans cet hôpital.) Le troisième jour du séjour à l'hôpital, les règles sont arrivées à peu près à leur époque, mais elles n'ont duré que deux jours au lieu de huit.

La malade est restée encore pendant six semaines dans la salle sans avoir eu de nouveau ses règles.

Le fait capital qui ressort de ces deux observations, au point de vue qui nous occupe, est que les règles étant venues, n'ont rien changé à la maladie, et qu'elle a pu se développer successivement. Nous ferons remarquer que la menstruation est arrivée, dans les deux cas, à peu près à son époque. Si chez la deuxième malade les règles n'ont pas duré aussi longtemps que d'habitude, cela pourrait être moins l'effet de la maladie que des émissions sanguines qui ont été pratiquées presque simultanément. Enfin nous fixons l'attention sur l'absence des règles à l'époque suivante, car c'est une particularité que nous verrons se reproduire à peu près constamment dans des circonstances analogues.

La troisième malade, âgée de vingt-quatre ans, était déjà malade depuis quinze jours, en arrivant à l'hôpital. Nous avons remarqué chez elle de la prostration, du dévoiement, des taches typhoïdes, des escarres au sacrum, en un mot tout ce qui caractérise la fièvre typhoïde. Le troisième ou le quatrième jour de sa maladie les règles sont arrivées à peu près à leur époque, et ont duré huit jours comme d'habitude. La maladie a marché comme de coutume. Plus tard, la malade est restée encore pendant trois mois sous nos yeux à l'hôpital et mangeait déjà les trois quarts de portion par jour, sans avoir eu d'autres règles jusqu'à sa sortie.

Cette malade offre, comme il est facile de voir, plusieurs points de ressemblance avec les précédentes. Ici encore les règles sont venues à peu près à l'époque habituelle, sans rien changer à la marche ordinaire de la maladie. Nous ferons observer que la malade a été soumise à l'expectation. Serait-ce à cette circonstance qu'il faille attribuer cette particularité que les règles ont duré dans ce cas huit jours comme de coutume, tandis que chez la précédente malade, qui avait été largement saignée auparavant ou simultanément, elles n'avaient duré que deux jours au lieu de huit? Cette conclusion paraîtrait assez rationnelle. Il est vrai que la malade de la première observation avait été aussi saignée largement, et que ses règles avaient duré huit jours; mais le traitement énergique n'avait commencé chez elle qu'à l'hôpital, tandis que les règles étaient terminées de la veille. Ainsi loin de l'infirmer, cette circonstance donne encore plus de poids à cette conclusion. De même que les deux autres malades, celle-ci n'a eu qu'une fois ses règles au début de la fièvre typhoïde, et nous notons ensuite l'aménorrhée pendant au moins trois mois.

Les mêmes particularités vont encore se rencontrer dans l'observation suivante :

La quatrième malade, âgée de trende-deux ans, était malade depuis dix jours en arrivant à la Charité. La fièvre typhoïde a revêtu chez elle une forme des plus graves, et a donné lieu à de profondes ulcérations au sacum. (Trois saignées coup sur coup en arrivant; deux applications de ventouses scarifiées sur l'abdomen.) Les règles sont venues le troisième jour de la maladie à peu près à leur époque, et ont duré trois jours comme d'habitude; mais elles ne se sont plus montrées depuis, pendant deux mois que la malade avait passés à l'hôpital.

On a dû remarquer que toutes les fois que nous avons noté l'arrivée des règles, dans le cours de la fièvre typhoïde, nous nous sommes toujours contenté de constater si elles étaient venues à *peu près* à leur époque. Il est impossible d'exiger à cet égard plus de précision des malades des hôpitaux, quand la plupart des femmes du monde ne tiennent que rarement un compte exact de leurs époques menstruelles. Les règles reviennent d'ailleurs rarement juste après un mois d'intervalle. Le plus souvent cet intervalle n'est que de vingt-sept à vingt-six jours, ce qui fait dire à la plupart des femmes, qu'elles avancent chaque mois de quelques jours. Il est difficile de comprendre comment avec de pareilles conditions M. Hérard ait pu établir une loi : que toutes les maladies aiguës fébriles provoquent prématurément le retour du flux menstruel. Qu'il ait dit cela à l'occasion des fièvres éruptives, cela se comprendrait davantage; mais cela ne s'applique guère à la fièvre typhoïde.

Dans les observations que nous venons de citer, l'invasion de la maladie précédait ordinairement de quelques jours seulement l'époque présumée des règles. Aussi l'hémorrhagie menstruelle avait-elle lieu d'abord à peu de chose près comme d'habitude, et ne manquait qu'à l'époque suivante. Nous allons voir maintenant ce qui arrive quand le début de la fièvre typhoïde coïncide avec la fin ou lorsqu'il a lieu quelques jours après l'époque menstruelle.

---

par la tempête sur les côtes de Malte : les deux apôtres naufragés reçurent une généreuse hospitalité chez un certain Publius, dont le père avait la dyssenterie. Cette affection aurait certainement pu céder à des prescriptions médicales ; mais saint Luc ne voulut pas avoir recours à de pareils moyens, et ce fut saint Paul qui se chargea de la cure (1). Saint Luc, dans ses écrits, ne parle qu'une seule fois des médecins, et il le fait malheureusement dans des termes assez peu flatteurs : *Et mulier quæ erat in fluxu sanguinis ab annis duodecim, quæ in medicos erogaverat omnem substantiam suam, nec ab ullo potuit curari*, etc. (2). Ainsi, tout le bien, toute la substance de cette pauvre femme avait passé entre les mains des médecins, qui n'avaient même pas pu la guérir; bien loin de là, car saint Marc ajoute : *et erogaverant (medici) omnia sua, nec quidquam profecerat, sed magis deterius habebat* (3). Il est clair qu'ici les médecins ne jouent pas le beau rôle, et si saint Luc eût conservé la moindre sympathie pour son ancienne profession, il eût très-bien pu, comme l'a fait saint Matthieu, qui rapporte la même observation (4), passer sous silence l'avidité et l'ignorance des médecins.

Les livres saints sont donc peu favorables à la médecine, et ce n'est pas une science aussi méprisée qui peut avoir la prétention d'*éclairer* la religion. Les médecins l'ont toujours compris : de là est venue l'opinion générale qui les considère comme peu enclins à la véritable piété. Cette idée, malheureusement, n'est que trop souvent fondée, et nous craignons bien que l'ouvrage de M. Marmisse ne soit de nature à lui donner une nouvelle confirmation.

Ce n'est pas que l'auteur soit animé d'une intention malicieuse. Il avait, au contraire, lorsqu'il prit la plume, le désir d'être et de rester parfaitement orthodoxe. Mais l'esprit de l'homme est *rusé et désespérément malin*, et M. Marmisse n'a pas toujours échappé aux tentations mauvaises de sa science orgueilleuse. Aussi qu'est-il arrivé? Lorsque son œuvre a été achevée, il a voulu, en bon catholique, la soumettre à l'approbation des autorités les plus compétentes. Mais nos pieux confrères du journal l'*Univers* l'ont repoussé avec dédain, et la commission ecclésiastique nommée par l'autorité épiscopale pour l'examen des livres lui a fait une réponse tardive et évasive qui avait toute la signification d'un blâme. Jusque-là tout était bien. Il est permis d'errer, mais on ne doit pas s'endurcir. Or, M. Marmisse n'a pas voulu que le fruit de ses veilles fût perdu, et au lieu de brûler son manuscrit, au lieu de suivre le précepte de Salomon en disant à la sagesse : « Tu es ma sœur, » et à la prudence : « Tu es mon amie (1), » il a préféré dire, comme Elie : « Je parlerai aussi, et je ferai voir quelle est ma science (2). »

Et en vérité, quand nous parcourons cet ouvrage, nous nous rendons bien compte de la froideur avec laquelle il a été accueilli par les respectables laïques qui rédigent le journal l'*Univers*. Nous y trouvons, en effet, plus d'une proposition hérétique et sentant l'hérésie. L'auteur, avec une impardonnable légèreté, explique à sa guise les mystères les plus insondables, et, ce qui est un malheur assez

(1) *Acta apostol.*, XXVIII, 7 et 8.
(2) Luc, VIII, 43.
(3) Marc, V, 26.
(4) Matthieu,

(1) *Prov.*, VII, 4.
(2) *Job*, XXXII, 17.

La cinquième malade est une fille agée de vingt-trois ans, affectée de fièvre typhoïde, parfaitement caractérisée, qui avait débuté sept ou huit jours après la dernière époque menstruelle. Elle est entrée à l'hôpital le vingtième jour environ de sa maladie. Jusqu'alors la malade a été soumise à la méthode expectante, et on lui avait appliqué seulement quinze sangsues à l'anus. A son arrivée, nous avons constaté : peau chaude, 100 pulsations, langue sèche et encroûtée, ainsi que les lèvres, gargouillement iléo-cœcal, quelques taches typhoïdes, dévoiement un peu moindre depuis quelques jours. Quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, par conséquent le quinzième jour environ de la maladie, les règles sont arrivées à peu près à leur époque, mais elles se sont arrêtées au bout de quelques heures. Cependant, une application de quinze sangsues à l'anus les a fait revenir le même jour, et elles ont ensuite continué et duré deux jours comme de coutume. Nous avons cessé de suivre plus tard la malade, et il nous est impossible, par conséquent, de rapporter les détails ultérieurs de sa maladie.

Dans cette observation, nous voyons que quinze jours de maladie n'avaient pas encore suffi pour amener l'aménorrhée. Les règles sont arrivées à leur époque, seulement l'hémorrhagie menstruelle, peu abondante d'abord, n'a repris son abondance et sa durée habituelle qu'après avoir été favorisée par une application de sangsues à l'anus. L'observation qui va suivre offre avec celle-ci quelques points de ressemblance.

La sixième malade est une fille de dix-neuf ans, habituellement bien réglée pendant quatre à cinq jours. Elle est venue à l'hôpital atteinte de fièvre typhoïde grave qui s'est terminée par la mort. Au moment de son entrée, la maladie avait déjà trois semaines de durée. Elle a eu ses dernières règles huit jours avant de tomber malade. La malade n'a pris que des tisanes rafraîchissantes, et de temps en temps un peu de bouillon qu'elle prenait avec dégoût. Malgré la longueur de la maladie, les règles sont revenues à peu près à leur époque, deux jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, c'est-à-dire vers le seizième jour de la maladie, mais elles n'ont duré que vingt-quatre heures.

Nous avons vu, dans cette observation, que les règles ont pu encore revenir à leur époque le seizième jour de la fièvre typhoïde. Toutefois, de même que dans l'observation précédente, elles ont été peu abondantes et ont duré fort peu de temps, ce qui peut très-bien s'expliquer par cette circonstance, que l'économie a subi dans ces deux cas l'influence hyposthénisante de la fièvre typhoïde pendant bien plus longtemps que dans les observations précédentes. L'observation suivante, que nous empruntons à l'ouvrage de M. Chomel, vient à l'appui de cette manière de voir ; nous n'en donnerons que l'analyse.

La septième malade, âgée de vingt-six ans, est entrée à l'Hôtel Dieu, salle Saint-Lazare, le seizième jour d'une fièvre typhoïde très-bien caractérisée. Elle a été saignée une fois, et on lui a mis soixante-dix sangsues en deux fois sur l'abdomen, avant son entrée à l'hôpital. Le lendemain de son entrée, ou le dix-septième jour de la maladie, les règles, qui étaient en retard de plusieurs jours, ont paru pendant la nuit, mais n'ont pas continué de couler. La malade allait chaque jour mieux ; cependant la convalescence s'est prolongée, et la malade n'a quitté l'hôpital qu'au bout de six semaines, probablement avec l'aménorrhée, puisque M. Chomel ne fait aucune autre mention des règles.

Plus l'espace de temps pendant lequel l'économie subit l'influence de la fièvre typhoïde est grand, moins il y a de probabilité pour le retour de la menstruation à l'époque suivante. Les observations que nous allons citer vont nous le prouver d'une manière on ne peut plus convaincante.

La huitième malade, atteinte de fièvre typhoïde, est tombée malade le dernier jour de ses règles. La maladie a pris son développement ordinaire. Entrée quatre jours après à l'hôpital de la Charité, la malade a été saignée trois fois coup sur coup ; on lui a appliqué trois fois des ventouses scarifiées et soixante-dix sangsues sur l'abdomen. La maladie s'est terminée par une guérison complète, et la malade a quitté l'hôpital au bout de six semaines. Pendant tout ce temps, il n'y avait pas la moindre apparence de menstruation.

La neuvième malade, âgée de dix-sept ans, habituellement bien réglée, est entrée à la Charité dans la sixième semaine d'une fièvre typhoïde grave. Elle est tombée malade deux ou trois jours après avoir eu ses dernières règles. Avant d'entrer à l'hôpital, la malade a été saignée trois fois, a eu deux applications de sangsues, une au cou et l'autre à l'anus, et a pris une potion purgative. A l'hôpital, on lui a mis deux vésicatoires aux cuisses. La convalescence a été longue et difficile ; la malade n'a quitté l'hôpital qu'au bout de deux mois et demi. Pendant tout ce temps, il n'y avait pas la moindre apparence de menstruation.

La dixième malade a été atteinte au moment même des règles, qui ont duré un jour de moins que d'habitude. La fièvre typhoïde, assez bénigne, a parcouru toutes ses périodes sous l'influence de l'expectation et d'une seule application de huit sangsues aux cuisses. Six semaines après, la malade a été en pleine convalescence ; cependant ses règles n'avaient plus reparu jusqu'à cette époque, et nous l'avons perdue de vue.

---

mince au milieu de ce grand scandale, il ne se gêne pas pour fouler aux pieds les préceptes de la science la plus élémentaire.

Pour oser écrire un livre de ce genre, pour se permettre de mettre en présence et de soumettre à un mutuel contrôle la médecine et la théologie, il faudrait commencer par être à la fois théologien et médecin. Nous allons voir si M. Marmisse réunit ces deux conditions.

L'indifférence et l'ignorance en matière de religion sont les caractères dominants de notre siècle pervers, *de ce siècle que toutes les affiches de coin de rue proclament unanimement siècle des lumières* (3). Nous citons avec plaisir cette phrase de M. Marmisse ; car c'est à peu près ce qu'il y a de mieux dans son livre. Les habiles d'aujourd'hui savent la chimie, la physique, l'histoire naturelle, l'anatomie, la mécanique, l'astronomie, la pathologie, la thérapeutique, et beaucoup d'autres sciences d'une utilité contestable ; mais de théologie, hélas ! on ne s'en occupe guère. Il y a une foule de gens de bien qui n'ont peut-être jamais songé à lire l'histoire des conciles, ni les écrits des Pères, ni même ceux des casuistes. Ces gens de bien là diffèrent peu de M. Marmisse. Mais ce qui est à la rigueur excusable chez eux, l'est moins chez un homme qui se permet de mêler la religion à la science, et qui, quoi qu'il en dise, est loin d'être toujours orthodoxe. Avant de contester certaines opinions admises par l'Eglise, il serait bon de savoir ce que l'Eglise en a dit. C'est ainsi que fit Voltaire, à qui on pardonne ses égarements en faveur de sa surprenante érudition, de son invincible logique, de son style inimitable et de son génie qui n'a jamais eu d'égal. Mais M. Marmisse s'inquiète peu de ce qui a été écrit avant lui. C'est à peine s'il a lu les travaux classiques de Bartholin, Mead et Ader, sur la médecine de la Bible ; tous les pieux personnages qui depuis trois siècles ont écrit sur ce sujet important, ont bien perdu leur encre. Croirait-on, par exemple, que M. Marmisse a trouvé le moyen d'écrire 338 pages sur la matière, sans citer une seule fois le nom de Bapt. Codronchius (1), et qu'il semble même n'avoir aucune connaissance des publications récentes de MM. Malgaigne et Dechambre (2). Et comment aurait-il lu tout cela ? Il n'a même pas lu la Bible ! Cela est presque incroyable, mais il y a des choses incroyables qu'on est bien obligé d'admettre. En voici quelques preuves entre mille :

« Her et *Onam* (*sic*), dit M. Marmisse, sont frappés de mort pour avoir commis une action abominable en empêchant Thamar de devenir mère (3). » Certes, nous sommes loin de représenter Her, fils aîné de Juda, comme un homme irréprochable ; nous savons, au contraire, qu'il fut méchant devant le Seigneur : *fuit Her nequam in conspectu Domini* (4).

(3) Marmisse, page 9.

(1) Bapt. Codronchius, *De christiana medendi ratione*, libri duo. Ferrare, 1591, in-4°.

(2) Malgaigne, *Lettres sur la chirurgie de la Bible* ; Dechambre, *Anatomie, physiologie et pathologie de l'homme dans l'autre monde.* (*Examinateur médical.* Paris, 1843.)

(3) Marmisse, page 2.

(4) *Gen.*, 38, 7.

(*La suite au prochain numéro.*)

Nous allons terminer par deux observations de fièvre typhoïde traitée principalement par les purgatifs, pour faire juger mieux quelle part peut revenir au traitement dans les résultats que nous venons de constater.

La onzième malade est une jeune fille de dix-neuf ans, autrefois chlorotique, actuellement bien portante et bien réglée. Huit jours après ses dernières règles, elle est tombée atteinte de fièvre typhoïde. La maladie s'est présentée sous une forme assez grave ; elle a parcouru toutes ses périodes. Le vingtième jour, il est survenu une parotide suppurée accompagnée d'une surdité à peu près complète. La malade a pris un vomitif le deuxième jour de sa maladie, une bouteille d'eau de Sedlitz de 50 grammes ; le lendemain et les jours suivants, elle prenait chaque jour un verre ou deux de la même eau, pendant une huitaine de jours. Au bout de six semaines, elle est entrée en convalescence et a pu aller à la campagne. Pendant toute la maladie, il y a eu l'aménorrhée ; les règles n'ont reparu qu'au bout de trois mois.

La douzième malade, une demoiselle de vingt et un ans, est tombée malade dix jours après avoir eu ses règles. La maladie a été très-grave, elle était accompagnée longtemps de délire, de surdité et d'un vaste phlegmon du côté du grand trochanter droit. Elle a été traitée par des évacuants, de la même manière que la malade de la précédente observation. En outre, elle a eu deux vésicatoires aux jambes, a pris des toniques, des antispasmodiques, etc. La malade n'est entrée en convalescence qu'au bout de six semaines, et est allée passer un mois à la campagne. Pendant tout le cours de la maladie, il y a eu l'aménorrhée. Trois mois après le début de sa maladie, les règles ont reparu et ont repris depuis leur marche normale.

(La suite prochainement.)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Recherches sur la composition de l'eau de la Seine à diverses époques de l'année.

Par M. Poggiale.

(Extrait d'une communication faite à l'Académie de Médecine.)

L'eau de la Seine a été l'objet de travaux analytiques très-importants. Gay-Lussac et M. de Humboldt, Vauquelin, MM. Colin, Thénard, Bouchardat, Boutron et Henry, Déville et Girardin ont publié des recherches intéressantes sur l'eau de cette rivière. Mais, lorsqu'on compare les analyses exécutées par ces chimistes distingués, on observe des différences considérables dans les résultats qu'ils ont obtenus. En effet, MM. Thénard et Colin ont trouvé 0,161 de substances solides dans l'eau de la Seine au-dessus de Paris, Vauquelin et M. Bouchardat, 0,179, M. Lassaigne, 0,128, M. Déville, 0,254 et MM. Boutron et Henry, 0,240. L'eau puisée au-dessous de Paris a fourni à MM. Thénard et Colin, 0,173 pour 1000 gr., à Vauquelin et à M. Bouchardat, 0,181, à MM. Boutron et Henry, 0,452. Si l'on compare entre eux les chiffres qui représentent, dans les analyses de ces chimistes, les proportions d'air, d'acide carbonique, de carbonate de chaux, de sulfate de chaux, de matières organiques, etc., on remarque également que les résultats obtenus diffèrent les uns des autres.

Comment expliquer des analyses aussi opposées et en apparence contradictoires? Les chimistes possèdent des méthodes analytiques tellement exactes qu'on ne saurait supposer que ces différences tiennent aux procédés employés. D'un autre côté, les analyses de l'eau de Seine ont été faites par des chimistes dont l'habileté est connue de tout le monde et dont les travaux inspirent la plus grande confiance. Il faut donc chercher ailleurs la cause des différences que je viens de signaler, et les longues recherches auxquelles je me suis livré me permettent d'affirmer qu'elle réside dans la variabilité naturelle de l'eau de Seine. En effet, cette eau, comme les eaux de la Marne, de la Saône, du Rhône, du Rhin, de la Loire, du Doubs, de la Bièvre et de la plupart des rivières, est sujette à des causes nombreuses de variations qui peuvent être produites par des conditions particulières de gisement, des altérations accidentelles, le minimum et le maximum de volume de l'eau, la température et plusieurs phénomènes météorologiques sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister. On voit donc combien il importe de déterminer la composition des eaux de rivière à diverses époques de l'année. Convaincu que ces recherches offrent un grand intérêt, je me suis livré à ce travail, depuis le 1er décembre 1852 jusqu'au 17 février 1855. J'ai dosé avec soin pendant la première année, tous les quinze jours, quelquefois même toutes les semaines, les gaz, les matières organiques, les matières tenues en suspension, les substances salines, etc. de l'eau de la Seine prise au pont d'Ivry ; j'ai noté en même temps la densité, la température de l'eau, la hauteur correspondante de la rivière, la quantité d'eau tombée du ciel, recueillie au pluviomètre, la température de l'air et les principaux phénomènes météorologiques.

Matières tenues en suspension dans l'eau de Seine, puisée au pont d'Ivry, en plein courant.

Il résulte des nombreuses expériences consignées dans mon Mémoire :

1° Que la proportion maximum des matières tenues en suspension dans un litre d'eau de Seine, s'est élevée à 0 gr., 118 et que le minimum a été de 0 gr., 007 ;

2° Que d'une manière générale la quantité des matières en suspension est proportionnelle à la hauteur de l'eau ;

3° Que les chiffres les plus élevés ont été obtenus pendant l'hiver, à la suite des pluies abondantes.

Gaz contenus dans l'eau de la Seine.

J'ai fait connaître dans mon travail la méthode dont j'ai fait usage pour la détermination de l'acide carbonique, de l'oxygène et de l'azote, et j'ai inscrit dans un tableau les résultats obtenus du 1er décembre 1852 au 5 avril 1854. En examinant attentivement ce tableau, on voit :

1° Que la proportion des gaz, et particulièrement celle de l'air, est susceptible de grandes variations;

2° Que la quantité d'air et d'acide carbonique est plus considérable en hiver qu'en été ;

3° Que l'eau est moindre riche en oxygène en été qu'en hiver ;

4° Que généralement la proportion des gaz croît en même temps que le volume de l'eau ;

5° Que, d'après mes expériences, l'eau de la Seine contient, en moyenne, pour 1000 grammes, 23 centimètres cubes d'acide carbonique, 9 centimètres cubes d'oxygène et 20 centimètres cubes d'azote ;

6° Que la proportion d'oxygène est, en moyenne, de 31,03 pour 100 parties d'air.

Principes fixes et matières organiques.

J'ai exposé, dans mon Mémoire, les moyens que j'ai employés pour déterminer la proportion des principes fixes, de l'acide sulfurique, du chlore, de l'iode, de l'acide azotique, de l'acide silicique, des carbonates de chaux, de magnésie, de fer et de manganèse, de l'ammoniaque, de la potasse, etc.

En examinant le tableau dans lequel j'ai résumé les résultats de mes analyses, on y remarque les faits suivants :

1° La proportion des matières solubles contenues dans l'eau de Seine atteint généralement son maximum lorsque la hauteur de cette rivière est entre 2 et 3 mètres et elle décroît au-dessus et au-dessous ;

2° Le maximum des principes fixes fixes a été pour un litre d'eau, 0 gr., 277 et le minimum 0 gr., 190 ;

3° D'une manière générale l'eau de la Seine est plus chargée de substances solubles en été qu'en hiver ;

4° La moyenne de vingt et une analyses, rapportées dans mon Mémoire, donne un résidu de 0 gr., 241 pour 1000 grammes d'eau ;

5° L'eau puisée au pont d'Austerlitz a fourni un résidu dont le minimum a été 0 gr., 296 et le maximum 0 gr., 325. L'eau de la rive gauche a donné, dans une expérience, 0 gr., 296 et celle de la rive droite 0 gr., 250;

6° La proportion de carbonate de chaux et de magnésie contenus dans l'eau de la Seine est généralement plus élevée en été qu'en hiver; elle est en raison inverse de la hauteur de l'eau. Le chiffre maximum a été de 0 gr., 197 milligrammes pour 1 litre d'eau, et le chiffre minimum de 0 gr., 189 milligrammes;

7° L'eau de la Seine contient une proportion notable de matières organiques, qui augmente considérablement pendant l'été. Le résidu de l'évaporation de l'eau noircit alors et répand une odeur infecte par la calcination.

8° J'ai trouvé de 0,00009 à 0,00037 d'ammoniaque pour 1 litre, et j'ai observé que la proportion d'alcali est augmentée par les pluies, par la fonte des neiges, et paraît être en rapport avec les matières organiques. Au pont d'Austerlitz, l'eau de la rive droite a fourni, dans trois expériences, de 0,00014 à 0,00027 d'ammoniaque, et celle de la rive gauche de 0,00085 à 0,00190.

Si l'on prend la moyenne des analyses consignées dans mon Mémoire, on obtient les chiffres suivants, qui expriment la composition de l'eau de la Seine puisée au pont d'Ivry :

	litre.
Acide carbonique libre ou provenant des bi-carbonates	0,0233
Azote	0,0200
Oxygène	0,0090
	0,0523
	gr.
Carbonate de chaux	0, 177
» de magnésie	0, 019
» de fer et de manganèse. Alumine	0, 004
Sulfate de chaux, de magnésie, de soude.	0, 018
Chlorure de calcium, de magnésium, de sodium	0, 011
Acide silicique	0, 004
Ammoniaque	0,00017
Iodure alcalin	traces.
Sels de potasse	traces très-sensibles
Azotate alcalin	quantité notable.
Matières organiques	quantité notable.
	0 gr., 233

Les courants électriques peuvent-ils se charger des matières pondérables médicamenteuses et les faire passer dans l'organisme (1)?

Par le docteur Guitard, médecin-adjoint des hospices civils.

En finissant mon volume sur l'*Histoire de l'électricité médicale*, j'ai annoncé l'intention que j'avais de rechercher s'il est vrai que le courant électrique soit capable de transporter des matières médicamenteuses pondérables.

Cette seconde partie de la question, mise au concours pour cette année par la Société de médecine de Bologne, est bien certainement tout aussi importante que la première relative à l'application thérapeutique de l'électricité; elle en est même le complément indispensable.

Aussi je me suis mis à l'œuvre immédiatement.

Les résultats que j'ai déjà obtenus me paraissent à la fois assez intéressants et assez importants au moins pour attirer, sur ce point de la science, l'attention et l'investigation de plus savants et de plus habiles que moi.

Avant de raconter ce que j'ai fait et ce que j'ai vu, il ne sera pas sans intérêt peut-être de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'état de cette question.

C'est bien la remarquable expérience de MM. Carlisle et Nicholson, faite le 30 avril 1800, avec une pile à colonne, et qui eut pour résultat la décomposition de l'eau, qui conduisit Davy, huit ans plus tard, à la découverte de la décomposition de la potasse et de la soude, au moyen d'un courant électrique fourni par cette fameuse batterie de 2,000 éléments de 4 ou 5 centimètres carrés chacun, d'après le système des piles à auges, et construites en 1806 par la Société royale de Londres.

De là sans doute les belles recherches de Faraday et sa nomenclature électronymique adoptée par la plupart des physiciens; de là, la découverte de ces phenomènes d'électrolysation : 1° de l'eau pure; 2° de l'eau acidulée, alcaline ou saline, et ces résultats différents selon les corps employés; 3° des métalloïdes oxygénés et des métaux oxygénés ; 4° des chlorures, bromures, iodures, etc.; 5° enfin des acides hydratés et des sels alcalins.

Les résultats obtenus et si bien indiqués par M. Pouillet sont dignes d'une attention toute particulière, et peuvent donner naissance à quelques applications particulières. Telles furent les recherches de MM. Prévost et Dumas sur l'application du galvanisme à la décomposition des calculs urinaires. Le succès de ces tentatives aurait dû engager à les reprendre et à les multiplier.

Prenez, dit M. Becquerel, trois capsules de porcelaine communiquant ensemble au moyen de tubes de verre remplis d'argile humide; placez de l'eau dans les deux vases extrêmes et une solution de chlorure de sodium dans celui du milieu; faites communiquer chacune des dernières avec l'un des pôles d'une pile de trente couples, et aussitôt le chlore se montre au pôle positif et l'alcali au pôle négatif. Ce transport des éléments s'effectue avec assez d'énergie pour traverser, sans s'y arrêter, des milieux d'une affinité très-grande.

Dans tous les phénomènes de ce genre, il est facile de trouver d'abord une électrolysation, puis une attraction ou un transport d'un élément chimique à chacun des électrodes qui plongent dans le vase communiquant, mais à travers les tubes de verre de communication. Ainsi, quoique dans l'expérience de M. Becquerel il y ait quelque chose de plus que dans les précédentes, il n'y a pas encore ce véritable transport que je cherche à constater, et dont l'étude fait l'objet de ce travail.

En effet, il n'y a transport ici d'un pôle à l'autre qu'à travers le bain, et cette condition n'est pas celle dans laquelle on se trouve pour l'application de l'électro-chimie médicale ; car les deux électrodes, alors convertis en excitateurs, sont, ou bien tenus par le malade, ou bien appliqués par le médecin sur tel ou tel organe, ce qui empêche de les faire plonger dans les vases chargés des dissolutions médicamenteuses nécessaires. Il faut un courant électrique médicamenteux qui prenne sa source dans la pile elle-même : tel est le véritable transport des médicaments.

Et 1748 déjà, Pivati, jurisconsulte de Venise, fait une série d'expériences électriques dont voici à peu près le résumé : si l'on électrise un vase de fleurs (lorsqu'on touche seulement le vase), la terre, les fleurs, les feuilles rendent une lumière et occasionnent une sensation différente, suivant que la plante abonde en sels, en soufre, en huile, etc., etc.; si l'on approche le doigt, à la distance d'un demi-pouce, d'une fleur des plus fraîches, et même détachée de la plante, on en fait sortir un petit cône de lumière dont la pointe qui touche la fleur est d'un rouge tirant sur le bleu, et cette petite flamme vient frapper le doigt, même à un pouce de distance, sans causer aucune sensation douloureuse. Si l'on introduit cette petite flamme dans les narines, on sent un écoulement d'odeur de la fleur, accompagnée d'une odeur de nitre qui provoque une espèce d'enchifrènement... Les pierres rendent de la lumière et excitent des sensations en raison des sels fixes ou volatils qu'elles contiennent. Et partant des idées résultant de ces ex-

(1) Ce travail a été communiqué à la Société de médecine de Toulouse.

périences, il espéra pouvoir donner à l'électricité une action médicatrice, variée et multiple : il enduisit de différents baumes l'intérieur des tubes de verre qui servaient à ses expériences, tandis que Bianchi, marchant aussi dans la même voie, fit tenir dans les mains de ses malades, pendant toute la séance d'électrisation, différentes substances médicamenteuses, prises surtout parmi les purgatifs. Ils croyaient tous les deux imprégner par ces moyens le fluide électrique des particules les plus ténues, les plus subtiles de ces baumes et de divers autres médicaments, et rendre ainsi le fluide électrique médicamenteux comme elles, en lui incorporant, pour ainsi dire, chacune de ces substances.

En 1823, Fodéra annonçait, par des expériences sur le diaphragme d'un animal vivant, que le passage de deux subtances salines par imbibition est singulièrement activé sous l'influence d'un courant galvanique.

Dix ans plus tard, M. Fabré-Palaprat, bel exemple de guérison par la galvano-puncture, communiquait à l'Institut le curieux résultat de l'expérience suivante : Ayant appliqué sur le bras d'un homme une compresse imbibée d'hydriodate de potasse, et sur l'autre bras une solution d'amidon, il fit passer à travers le corps un courant galvanique, et la solution d'amidon prit une teinte violette.

Mais ceci n'était, pour ainsi dire, que l'introduction à sa nouvelle méthode d'appliquer les médicaments; il observa que les malades électrisés n'éprouvaient pas les mêmes sensations en changeant la nature de la sauce employée pour faire marcher l'appareil, et il eut alors l'idée de la modifier selon la nature du mal qu'il avait à traiter, employant, selon les indications, les acides, les solutions salines ou autres, les décoctions, les infusions que l'expérience lui avait fait connaître comme les plus utiles; et, telle affection, qui avait résisté longtemps à l'application du galvanisme simple, avait cédé à un petit nombre de séances avec une charge de la pile différente de la première. C'est ainsi qu'il prétendit avoir guéri un hydrosarcocèle en chargeant sa pile avec une solution d'iodure de potassium, et une fièvre quarte en l'amorçant avec du sulfate de quinine.

Ces résultats, communiqués d'abord aux sociétés savantes, sont consignés tout au long dans son livre qui accompagne la traduction de celui de M. Labaume sur l'électricité.

M. Rossi affirme, lui aussi, avoir ainsi traité et guéri par les préparations mercurielles des sujets dont l'état du tube digestif s'opposait à l'ingestion de ces médicaments; et M. Rognetta propose d'administrer ainsi la strychnine pour le traitement des amauroses.

Dans le traitement d'une névralgie faciale par la galvanopuncture, je voulus essayer de charger la pile d'un côté avec l'acide azotique, et de l'autre avec une infusion concentrée de feuilles de belladone. J'observai bien un peu d'amélioration sous l'influence de ce courant; mais je n'oserais affirmer que cette modification avantageuse du mal doive être rapportée à la belladone plutôt qu'à l'électricité, et d'ailleurs je n'avais encore aucune preuve matérielle de la translation de la belladone.

Plus tard, en m'occupant d'un travail, qui est bien loin d'être encore terminé, sur l'étude microscopique des urines dans les divers états morbides, je fis passer le courant d'une pile Legendre chargée avec l'acide azotique, dans un flacon renfermant de l'urine d'un ictérique. Voici ce que j'observai : au bout de trois heures et demie, trouble du liquide, couleur chocolat, épaississement de la liqueur, nombreux grumeaux plus ou moins gros, et précipitation d'une matière jaune, solide, pulvérulente, plus dense que l'eau, insoluble dans l'eau, l'alcool, les éthers et les huiles, soluble dans les alcalis, et donnant des produits ammoniacaux quand je la décomposais par le feu; trois heures après, le courant agissant toujours, le liquide prend une couleur vert-olive, le précipité devient plus abondant et d'un jaune sale; trois heures plus tard encore, l'aspect de la liqueur est plus trouble et le précipité de plus en plus abondant.

Tout le monde connaît les belles et curieuses réactions obtenues au moyen de l'acide nitrique, dans un liquide ictérique, et je me demandai dès-lors si les colorations obtenues par les expériences précédentes ne tenaient pas à cet acide dont la pile était chargée et qui aurait été transporté par le courant.

Tels sont les éléments de cette question ; et je me proposais de ne pas laisser échapper l'occasion favorable si elle se présentait, pour chercher à la résoudre dans un sens ou dans l'autre, lorsque je reçus dans le service chirurgical de M. Dieulafoy un malade porteur d'un hygroma.

Je crus trouver chez lui toutes les conditions nécessaires à l'expérimentation, et je priai M. Dieulafoy, qui s'y prêta avec son obligeance ordinaire, de me laisser traiter ce malade par la galvano-puncture. C'est donc l'histoire de ce malade que je vais donner maintenant.

Le nommé M.. Jean, âgé de soixante-neuf ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 2 février 1854, est couché au n° 13 de la salle Saint-Lazare.

D'abord maçon, il entra ensuite, à l'âge de trente-cinq ans, comme employé dans l'insigne basilique de Saint-Sernin, et y passa dix-huit ans. Pendant tout ce temps, il assista régulièrement aux offices tous les jours, et fit dévotement sa prière du matin et du soir, toujours en se mettant à genoux sur le côté droit. Au bout de quatorze ans, il s'aperçut d'une petite tumeur ronde, placée au-devant du genou de ce côté ; elle grossit peu à peu, et depuis quatre ans seulement son volume n'a plus augmenté, malgré l'apparition de douleurs assez vives, surtout pendant le temps froid et humide. Depuis douze ans, il a repris son premier état de maçon.

Voici dans quel état il se trouve le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu : tumeur antérotulienne du côté droit, irrégulièrement globuleuse, indolente, molle, rénittente, presque fluctuante, présentant à sa partie supérieure un mamelon arrondi, rouge et aminci, tandis que la peau est généralement épaissie à la base et dans tous les autres points ; la circonférence de cette tumeur à sa base est de 26 centimètres ; elle a verticalement 14 centimètres, et transversalement 15 et demi. Elle empêche la flexion complète de la jambe; elle ne fait plus éprouver de douleur au malade.

6 février. — Je plante quatre aiguilles à acupuncture en acier aux extrémités des deux diamètres de cette tumeur, le plus près possible de la base, et je les enfonce de manière à rapprocher leurs extrémités sans les faire toucher. Je charge la pile galvano-électrique de MM. Legendre et Morin, avec l'acide nitrique d'un côté, et une solution d'iodure de potassium (2 gram. sur eau 60) de l'autre. Je lâche le second courant au maximum et mets les rhéophores en communication avec chacune des aiguilles, deux à deux, pendant 2 minutes, et puis autant, en ayant soin de renverser la direction du courant, en tout, 8 minutes d'électrisation.

Le malade éprouve une sensation de picotement dans l'intérieur de la tumeur. La base de celle-ci commence à s'indurer. La peau n'est point rougie par les piqûres des aiguilles ; en les retirant, j'obtiens une petite quantité de sérosité rougeâtre, épaisse, qui, examinée au microscope, fournit une grande quantité de globules sanguins. L'iodure de potassium de la pile est en partie décomposé; c'est maintenant de l'iodure de potassium iodé.

7 février. — Deuxième séance : quatre aiguilles, troisième courant au maximum : et toujours en le renversant, seize minutes.

Je recueille sur un verre de montre la sérosité sanguinolente qui sort par les piqûres des aiguilles, et, à cause de sa petite quantité, je l'étends avec un peu de sérosité péritonéale, parfaitement limpide, retirée le matin d'une malade traitée par la ponction et l'injection iodée ; je traite par l'amidon et l'acide

nitrique, et j'obtiens immédiatement une couleur *légèrement bleutée*.

8 février. — Troisième séance : Je rapproche les quatre aiguilles du sommet de la tumeur; troisième courant au maximum pendant seize minutes, et toujours avec l'inversion des pôles.

Le malade éprouve un frémissement dans la tumeur; c'est, dit-il, comme si quelque chose bouillait. La sérosité qui sort par les piqûres est plus limpide que celle de la veille.

Croyant fermement avoir trouvé des traces d'iode dans la sérosité du jour précédent, je prie les docteurs Colomiés, Dassier et Marchant, attachés aux hôpitaux, de vouloir bien constater, par eux mêmes, ce fait qui leur paraît sinon impossible, du moins très-peu probable.

Nous transportons dans ma chambre, à l'hôpital, et ceci est très-important à noter, le liquide reçu, comme la première fois, sur un verre de montre : nous le traitons par l'amidon et l'acide azotique, et nous obtenons un magma d'un jaune fauve, résultant de la carbonisation des matières organiques par l'acide employé ; nous n'y voyons pas autre chose.

Cependant, bien sûr de la réaction obtenue la veille, et pour me placer dans les mêmes conditions, j'ajoute à ce magma d'un jaune fauve, une petite quantité de la sérosité péritonéale dont j'ai déjà parlé: aussitôt m'apparaît une couleur verte très-prononcée.

Or, la couleur verte résulte du mélange du jaune et du bleu; j'avais le jaune dans le charbon par l'acide nitrique, je devais forcément trouver le bleu, l'iodure d'amidon, l'iode dans la sérosité péritonéale dont je m'étais servi pour allonger la liqueur d'épreuve. En effet, cette sérosité, que j'essaie immédiatement, me donne par les réactifs une magnifique couleur bleue d'iodure d'amidon.

Dès ce moment, je ne puis plus nier que l'iode soit contenu dans ce liquide plutôt que dans celui de l'hygroma. Mais d'où vient donc cet iode, dont M. Magnes a retrouvé seulement des traces dans un flacon de cette même sérosite recueillie le même jour? Pourquoi M. Magnes n'en trouve-t-il que des traces, tandis que j'en obtiens en abondance?

Tout d'abord ces questions m'embarrassent, surtout quand, après avoir compulsé les cahiers de visite pour examiner le traitement suivi par l'hydropique qui avait fourni cette sérosité, je ne vois pas la moindre prescription de préparations iodées.

Lorsque la paracenthèse fut faite, le liquide péritonéal reçu dans un baquet fut placé à côté du lit de la malade; quand l'évacuation de ce liquide fut à peu près complète, une injection de teinture d'iode iodurée fut poussée dans l'abdomen où elle resta quelques minutes, et fut ensuite recueillie dans un second baquet, qui fut placé à côté du premier.

Alors je suppose que la teinture d'iode a pris dans le péritoine une température assez élevée pour que, placée ensuite dans l'atmosphère, l'iode pût plus facilement se volatiliser et venir ainsi se plonger dans le baquet voisin plein de sérosité ; — et je m'explique la présence de ce corps dans les réactions obtenues, je m'explique aussi la différence dans les quantités trouvées par M. Magnes et par moi.

En effet, le flacon de sérosité analysée par M. Magnes avait été recueilli au même instant que le mien et dans le même baquet; seulement celui que j'avais gardé dans ma chambre avait été placé, sans attention, et tout débouché, auprès d'un autre flacon, débouché lui aussi, et contenant la solution d'iodure de potassium iodé qui avait servi de sauce à la pile, et qui dégageait continuellement sans doute des vapeurs d'iode. Il n'était donc pas étonnant que je trouve une plus grande quantité de ce métalloïde.

9 février. — L'induration de la tumeur fait des progrès; elle gagne vers le sommet. Quatrième séance : les aiguilles sont encore plus rapprochées du sommet, même procédé d'électrisation pendant trente minutes.

Le liquide, qui sort par les piqûres, est moins sanguinolent, ce qui s'accorde parfaitement avec les progrès de l'induration de la tumeur par le dépôt plus abondant du coagulum.

Traité tout seul et dans ma chambre, ce liquide me donne une couleur jaune vert, ce qui peut me faire croire à une ioduration véritable, si je mets de côté mes suppositions précédentes : en entrant dans ma chambre, j'ai été saisi par l'odeur de l'iode; je suis donc plongé dans une atmosphère fortement iodée, et c'est de là sans doute que provient la réaction obtenue.

10 février. — Cinquième séance, comme les précédentes. Il me paraît en effet que la réaction obtenue hier dans ma chambre tenait évidemment à la présence de l'iode dans l'atmosphère de cette chambre, puisque le liquide de l'hygroma, examiné aujourd'hui dans un autre appartement, ne me donne aucune indication affirmative.

Au milieu de ces difficultés nombreuses et de ces précautions minutieuses, j'arrive à un résultat douteux pour moi; je continue donc mes recherches.

13 février. — Sixième séance. L'hygroma est moins volumineux; sa circonférence n'a plus que 22 centimètres; il a de haut en bas 125 millimètres, et transversalement 140.

Je me mets à l'abri de toutes les causes d'erreurs précédentes, et je ne trouve rien encore dans le liquide.

15 et 16. — Séances. Quelques gouttes de cette sérosité, traitée par les réactifs ordinaires dans la salle du malade, me donnent une légère teinte bleue.

17 février. — Pour être plus sûr du résultat de cesopérations, je fais une neuvième séance, et je porte à M. Filhol, le savant professeur de chimie, quelques gouttes du liquide de l'hygroma placées dans une capsule de verre.

Cette liqueur est incinérée avec le carbonate de potasse, préparé par la calcination de la crême de tartre ; les cendres ainsi obtenues sont exposées au rouge blanc ; après le refroidissement de la capsule, le tout est repris par l'alcool ; cette dissolution alcoolique, traitée par la colle d'amidon et par une quantité presque négative d'acide azotique, donne une très-faible coloration en bleu, — ce qui semblerait indiquer la présence de l'iode dans le liquide de l'hygroma, et, par suite, prouver que le courant galvanique est capable de se charger des principes médicamenteux ; en effet, dans cette dernière expérience, tous les réactifs étaient éprouvés d'avance, et nous nous trouvions d'ailleurs placés dans des conditions toutes différentes des premières.

J'aurais bien désiré poursuivre ces recherches, dont ce nouveau résultat m intéressait au plus haut point; mais, l'appareil galvanique s'étant dérangé, je fus obligé de suspendre les séances d'électrisation ; et l'opération chirurgicale fut pratiquée pour la guérison radicale du mal.

Je dois dire encore, avant d'en finir avec cette observation, curieuse sous plusieurs chefs, que, le 6 mars, quelques jours avant l'opération, la tumeur avait encore diminué de volume dans le sens vertical.

Encouragé par ce résultat, je continue mes recherches sous une autre forme, en attendant qu'une occasion pareille à la précédente ou du moins analogue, vienne se présenter à mon observation.

Je charge donc la pile de l'appareil galvanique avec de l'acide chlorhydrique et de l'eau salée; je lâche le troisième courant au maximum, les électrodes en cuivre jaune plongeant tous les deux dans une capsule de verre contenant une solution de nitrate d'argent. Au bout de sept minutes déjà, j'aperçois un léger précipité blanc, caillebotté, plus abondaut trois minutes après, et l'extrémité des électrodes se recouvre d'une matière noirâtre. Enfin, après une heure de séance, le précipité devient plus abondant encore, et les crochets des rhéophores sont comme englobés dans une matière boueuse; après les en avoir débarrassés, je les trouve usés et rugueux.

Voici les caractères de cette liqueur qui se compose d'une eau-mère et d'un précipité.

Celui-ci, très-abondant, gris perle, rassemblé en grumeaux caséeux, complétement amorphe, avec quelques arborisations d'un blanc nacré, est insoluble dans l'eau, incomplétement soluble dans l'acide nitrique, facilement soluble dans l'ammoniaque d'où il est précipité de nouveau par l'acide azotique, précipité blanc. caillebotté et adhérent au vase; tous caractères qui appartiennent exclusivement au chlore d'argent.

L'eau-mère, traitée par l'ammoniaque, donne une belle couleur bleue, indiquant la présence du cuivre, tandis que l'azotate d'argent pur, traité par le même réactif, ne donne pas le même résultat; traitée par la potasse, elle donne aussi un précipité bleu d'oxyde de cuivre très-peu abondant; l'azotate d'argent donne un précipité blanc, caillebotté, adhérent au vase, qui a été dissous par l'ammoniaque en donnant une teinte bleue; — épreuves qui indiquent d'abord la présence du cuivre et ensuite celle du chlore.

Il résulte donc de cette analyse, toute imparfaite qu'elle est, que j'ai dans ma capsule du chlorure d'argent et du chlorure de cuivre.

Or, je n'ai placé dans cette capsule qu'une solution de nitrate d'argent et les deux crochets des fils conducteurs du courant galvanique excité dans la pile par l'eau salée et l'acide chlorhydrique, il faut donc forcément que l'acide chlorhydrique ou le chlore de la pile ait été porté dans la capsule de verre, et, si je n'avais les expériences qui vont suivre, je serais conduit à penser et à dire que ce transport s'est effectué par le courant galvanique.

Et je le croyais ainsi; je me demandais déjà si tous les corps étaient susceptibles d'être ainsi transportés, ou bien s'il faudrait les diviser en corps transportables et en corps non transportables.

C'est pour juger en dernier ressort ces deux questions, que je priai M. Filhol de vouloir bien m'aider de ses conseils, et voici ce que nous fîmes.

Nous prenons un couple Buntzen, avec des fils de platine, nous l'amorçons avec de l'acide chlorhydrique, et de l'eau salée; nous faisons plonger les deux fils de platine dans une capsule renfermant de l'eau acidulée pour faciliter la conductibilité. Nous laissons agir pendant vingt-quatre heures à peu près, nous essayons le liquide de la capsule avec le nitrate d'argent : et nous avons un précipité bien manifeste de chlorure d'argent, blanc, caillebotté, adhérent au vase, soluble dans l'ammoniaque, etc.

Mais, en examinant avec soin l'appareil, nous avons trouvé les fils conducteurs de cuivre, auxquels nous avions attaché les platines, oxydés dans toute leur étendue, tandis qu'ils étaient parfaitement décapés avant l'expérience; nous pensâmes dès lors que le chlore trouvé dans le liquide de la capsule, y était arrivé probablement par le dégagement de vapeurs d'acide chlorhydrique, la pile n'étant pas fermée, et non point par le transport électrique.

Pour nous édifier sur le compte de cette hypothèse, nous prîmes le même appareil en lui faisant subir une seule modification : les deux fils de platine terminant les rhéophores parfaitement décapés de nouveau, furent plongés dans un flacon, contenant de l'eau acidulée, à travers un bouchon qui fermait hermétiquement. Après avoir laissé agir du jour au lendemain, nous trouvâmes les rhéophores encore oxydés, quoique l'appareil fût placé sur une fenêtre, et la liqueur, renfermée dans le flacon, ne donna plus de traces de la présence du chlore.

Pour rendre encore la chose plus sensible, nous plaçâmes quatre fils conducteurs à la même pile, deux pour le flacon bouché, les deux autres pour la capsule; le premier nous donna un résultat négatif, l'autre un résultat affirmatif.

Nous pouvions dire alors, pour le moins, que l'électricité n'avait point transporté ni chlore, ni acide chlorhydrique; nous voulûmes voir si nous aurions le même résultat pour d'autres corps.

Dans la crainte qu'un seul couple ne fût pas suffisant pour déterminer ce phénomène de transport, nous en prîmes deux que nous chargeâmes avec de l'acide nitrique dans chaque vase de porcelaine de l'iodure de potassium avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique dans chacun des autres éléments de la pile; les deux rhéophores, terminés par des lames de platine, plongent dans une capsule contenant une solution de colle d'amidon. Après quelques minutes d'attente, nous voyons se former autour de la capsule, et à la surface du liquide, une ligne circulaire bleuâtre qui semblerait indiquer la présence d'un iodure d'amidon. En portant toute notre attention sur ce qui se passe, nous observons bientôt que cette ligne circulaire bleue a pour point de départ le point de la capsule le plus rapproché des deux couples et non point les rhéophores.

Nous pouvions alors penser que cet iode contenu dans la capsule n'était point transporté par le courant électrique. En effet, nous plaçames un papier amidonné verticalement entre les deux couples et la capsule; aussitôt il fut criblé de petites taches bleues provenant évidemment de la projection de quelques gouttelettes du liquide renfermant l'iodure de potassium. Nous laissâmes ainsi marcher l'appareil pendant deux heures, après avoir renouvelé la solution de colle d'amidon; nous n'y trouvâmes plus d'iode.

Encore une fois nous constatons l'impuissance du courant galvanique.

Pour continuer cette série d'expériences, nous prenons encore deux couples chargés avec l'acide nitrique d'un côté et l'iodure de potassium, avec de l'eau acidulée de l'autre, les deux conducteurs en platine plongeant dans un flacon contenant de l'acétate de plomb et fermé par un bouchon de liége; aucune réaction n'a eu lieu.

Enfin, chargeant la pile avec de l'acide nitrique et du tannin, nous faisons plonger les deux rhéophores dans un vase fermé, contenant du sulfate de peroxyde de fer et nous n'obtenons encore aucune réaction caractéristique.

Tels sont les éléments de cette question; ils m'autorisent à la résoudre par la négative; c'est-à-dire que le courant électrique ne peut pas transporter les matières pondérables médicamenteuses. (*Gazette médicale ae Toulouse.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'utilité avant le luxe. — La *Presse*, en rapportant une circulaire de M. Nothomb, fait la remarque suivante :

« Dans une circulaire que M. Alph. Nothomb, ministre de la justice, vient d'adresser aux gouverneurs des provinces belges, nous lisons la recommandation suivante, qui nous paraît pleine de justesse :

« Monsieur le gouverneur, je crois devoir vous signaler tout spé-
« cialement la fâcheuse tendance de quelques administrations chari-
« tables à entreprendre des constructions qui sont au-dessus de leurs
« ressources ordinaires, et semble plutôt destinées à l'ornement des
« villes qu'au soulagement des pauvres, dont elles absorbent pour-
« tant le patrimoine. Ces administrateurs oublient trop facilement
« que les asiles consacrés aux malheureux doivent avoir un carac-
« tère de simplicité qui réponde à leur destination, et qu'il y a plus
« de mérite pour elles à améliorer le service et à secourir un plus
« grand nombre d'indigens qu'à attacher leur nom à un monument
« qui cache quelquefois, sous une apparence somptueuse, des mi-
« sères imparfaitement secourues. »

La *Presse* peut ajouter que certaines administrations hospitalières pourront profiter avec avantage des conseils de M. Nothomb. Nous avons fait connaître autrefois certains services où les malades n'avaient ni cuiller, ni fourchettes, mais où, en revanche, les parquets étaient parfaitement cirés et les escaliers couverts de tapis.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. — N° 109. 3e année. Mercredi 12 Septembre 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 12 septembre 1855.

Séance de l'Académie de médecine.

En publiant l'intéressante Note de notre excellent ami, M. Blain des Cormiers, nous avons fait des réserves touchant l'objet de cette note et touchant l'expérimentation clinique en général et spécialement dans le traitement du choléra. Une pièce de la correspondance de la dernière séance de l'Académie nous oblige à revenir aujourd'hui sur ce sujet important. A propos de la médication que M. Pennes soumet aujourd'hui une seconde fois à l'appréciation de l'Académie avec de nouveaux faits à l'appui, nous disions il y a juste un an :

« Dans une maladie où l'art est aussi désarmé que dans le choléra, où la science ne peut guère nous offrir que des conjectures, nous croyons que c'est dépasser les limites d'une sévérité raisonnable, que de repousser, sans expérimentation aucune, une médication qui renferme des substances évidemment très-actives, et dont l'emploi ne répugne en rien au bon sens médical. »

Nous n'avons aujourd'hui rien à retrancher à ces paroles : M. Pennes encouragé, et avec raison, par un petit nombre d'expériences d'un clinicien distingué, M. Aran, a pensé qu'il pouvait soumettre de nouveau sa médication au jugement d'un corps savant ; si le traitement qu'il préconise n'a pas toute l'efficacité qu'il lui accorde, ce que l'expérience seule pourra décider, sa démarche est du moins parfaitement justifiée, et nous ne comprendrions pas que l'Académie l'accueillît comme l'année dernière par une fin de non-recevoir. Nous l'avons déjà fait remarquer plus d'une fois, si l'Académie n'a pas auprès du public (et nous parlons ici du public intelligent), si elle n'a pas auprès de l'administration même tout le crédit qu'elle pourrait avoir, que, pour notre compte, nous souhaitons qu'elle ait, il faut du moins qu'elle se garde bien de justifier la position qu'elle occupe en se la faisant elle-même, c'est-à-dire en repoussant systématiquement sans examen ce que le simple bon sens ne condamne pas d'une manière irrécusable.

Mais si nous n'avons rien à retrancher à ce que nous écrivions il y a un an, nous avons, au contraire, à y ajouter quelque chose, et ce n'est malheureusement pas quelque chose de très-satisfaisant.

Qu'on n'expérimente pas des moyens qui ne se présentent pas avec des garanties scientifiques suffisantes, cela se conçoit à la rigueur, quoique les meilleurs médicaments aient dû nécessairement commencer par les hasards de l'expérimentation. Mais que sous prétexte qu'une méthode (méthode! qu'elle prostitution!) a été préconisée par un médecin, on se risque à introduire dans l'intestin 4 grammes d'acide sulfurique dans 50 grammes d'eau, et dans l'estomac, la même dose d'acide pour 250 gr. d'eau, c'est-à-dire, très-probablement, une dose plus que suffisante pour tuer l'homme le plus robuste, voilà ce que nous ne saurions comprendre! Quoique M. Piorry n'ait pas tout à fait suivi ces errements, ce qu'il a fait est déjà beaucoup trop, et des expériences de cette nature suffiraient pour justifier l'administration d'imposer des règles aux expérimentations dans les hôpitaux : mesure assurément fort regrettable pour tous les médecins prudents, mais que les écarts de quelques-uns, que les simples *expériences* de quelques autres surtout, feront prendre tôt ou tard, nous n'en doutons pas, si l'on ne sort pas de la voie fâcheuse où la médecine a été jetée par les purs analyseurs de sang, ceux qui, pour déterminer la diminution des globules, saignent les malades *dans la dernière période de l'anémie.* Ce n'est pas que M. Piorry soit de ceux-là, nous nous plaisons à le proclamer hautement; son respect pour les malades nous est au contraire connu ; mais il ne faut pas, même avec de bonnes intentions, aller chercher le bien où l'on doit avoir la certitude de ne trouver que le mal.

Il y a dix ans, on a expulsé des hôpitaux de Bordeaux un médecin, distingué d'ailleurs, parce qu'il se livrait à la pratique de l'homœopathie ; et récemment, un autre médecin, également distingué, M. Milcent, a vu, pour la même cause, ses services refusés au Val-de-Grâce. Or, si l'on bannit des services hospitaliers l'homœopathie, qui ne peut avoir d'autre inconvénient que son inaction, comment faire comprendre à des hommes éclairés qu'on y tolère des méthodes qui érigent en moyen thérapeutique l'empoisonnement? Nous ne savons s'il existe des hommes qui oublient à ce point tout sentiment d'impartialité, mais nous savons du moins que nous ne saurions nous associer à de pareils sentiments.

Puisque nous parlons des pièces de la correspondance, nous n'omettrons pas de mentionner celle de M. Rochard sur une nouvelle ceinture herniaire dont nous avons pu apprécier les avantages, et celle de M. Maisonneuve sur un cas remarquable d'anus *artificiel*.

En dehors de la correspondance, la séance d'hier a d'ailleurs été une de celles qui sentent le plus les vacances. Nous n'avons à mentionner que ce fait, un peu inusité, mais qui honore l'Académie et qui confirme nos précédentes remarques, que cette savante compagnie, *sur la proposition de M. Robinet*, a donné son approbation à un remède qui paraît très-efficace contre les hémorrhoïdes et qui a été proposé par une personne étrangère à la science.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Maison municipale de santé. M. VIGLA.

Asthme rebelle traité par le chloroforme.— Intoxication, ivresse chloroformique simulant pendant six jours une aliénation mentale.

Observation recueillie par E. VAUTRIN, interne des hôpitaux.

Le fait que je vais faire connaître est probablement unique dans les annales de la science; à ce titre, il meriterait déjà d'être connu; mais il n'est pas impossible qu'il conduise à instituer une médication utile contre une maladie aussi pénible que rebelle, et, sous ce rapport, il est encore plus digne peut-être de l'attention des médecins.

M. D..., âgé de trente-trois ans, graveur, entré le 25 juin 1855. Ce malade, doué d'une constitution assez robuste a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de trente ans.

A cet âge, il y a trois ans, il fut pris subitement d'accès d'asthme dont il attribue la cause à un refroidissement. Personne n'est asthmatique dans sa famille. Avant ce temps, il n'avait jamais eu ni palpitations, ni dyspnée. Les accès revenaient toutes les nuits et l'obligeaient alors à se promener rapidement, à s'exposer au grand air pour ne pas étouffer.

Il a usé, dit-il, de tous les médicaments internes et externes, il a beaucoup voyagé, rien ne l'a soulagé.

Dans les premiers jours d'avril dernier, son médecin lui conseilla l'usage du chloroforme en inhalation. Ses crises se calmèrent un peu les premiers jours; mais l'habitude, la tolérance survint; le malade augmenta, de lui-même, ses doses journellement, et il arriva bientôt à en prendre des quantités énormes, toujours en inhalation.

Ainsi, du 1er au 10 mai, il prit en moyenne, m'a-t-il affirmé, 210 grammes de chloroforme par jour.

Un ictère se déclare le 14 mai. Le malade diminue ses doses de chloroforme pendant quelques jours; mais les accès redeviennent insupportables et, le 18 mai, il inhale à peu près 450 grammes de chloroforme!

Au commencement de juin, deuxième ictère: Il suspend une deuxième fois l'usage de l'agent anesthésique, nouvelle recrudescence de l'asthme.

Il recommence alors, et du 4 au 25 juin, jour de son entrée à la maison de santé, il a pris à peu près 160 grammes de chloroforme par jour.

Malgré ces doses énormes, il n'était dans ces derniers temps que peu soulagé, il ne dormait que très-rarement et il était continuellement plongé dans un état d'hébétude dont le tiraient à peine ses accès de suffocation.

C'est alors qu'il prit le parti d'entrer dans le service de M. Vigla.

25 juin, jour de l'entrée; trois heures de l'après-midi.— Le facies de ce malade est caractéristique: ses yeux brillants et humides, ses traits épanouis, ses lèvres souriantes lui donnent l'apparence d'un homme ravi, dans une extase délicieuse ou sous l'empire d'une ivresse commençante.

Sa parole est vive, saccadée. Ses réponses sont quelquefois incohérentes. Quoique répondant avec douceur, il est impatient, irritable. Légère surdité.

En attendant la visite du lendemain, je lui prescrivis un julep avec 20 gouttes de chloroforme; de plus je lui en fis donner 30 grammes, afin qu'il pût en inhaler un peu, ne voulant pas l'en priver brusquement. Au commencement de la nuit, il souffrit beaucoup d'être ainsi rationné, et il sortit pour en acheter en ville. Le pharmacien lui en ayant donné très-peu, il fut forcé de se servir du chloroforme qu'il avait acheté hors Paris et qu'il avait abandonné à cause de sa mauvaise qualité.

26 *juin, à la visite.*—La nuit a été assez agitée. Le facies est animé, inquiet; la physionomie ouverte et intelligente. La peau est chaude, assez âcre; le pouls plein, de 96 à 100 pulsations.

A l'auscultation: râles sonores, quelques sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons; sonorité peut-être un peu exagérée.

Rien au cœur.

M. D... répond avec assez de lucidité et s'appesantit, avec complaisance, sur les énormes quantités de chloroforme qu'il a absorbées. Il dit que jusqu'à ces derniers jours, il en avait obtenu quelque soulagement; mais que le dernier flacon de chloroforme l'a plutôt rendu plus malade qu'il ne l'a calmé.

En effet, ce chloroforme dégage une odeur empyreumatique, excessivement pénétrante et nauséabonde; et pourtant il l'*avalait*, hier soir encore, avec avidité. M. Vigla prescrit d'abord un éméto-cathartique, puis un julep avec chloroforme et stramonium; de plus, 30 grammes de chloroforme pour l'inhalation.

Le soir (26), agitation excessive. Le malade, ayant entendu s'étonner des quantités énormes qu'il a inhalées, commence à s'inquiéter.

27.—La nuit a été très-mauvaise. M. Vigla nous a fait remarquer que les mains sont tremblottantes, comme dans le *delirium tremens*. Du reste, même état.—Même traitement que la veille, sauf le vomitif. Suspension complète du chloroforme.

Dans le courant de la journée, l'agitation augmente, ainsi que son inquiétude; divagations et craintes chimériques.

28.—La nuit a été encore plus agitée que les précédentes. Incohérence des idées; loquacité extrême.

Il éprouve dss démangeaisons générales (il a un peu de prurigo), qu'il attribue à de la vermine, dont il voit tout son corps couvert, et qu'il dit engendrée par son chloroforme impur.

L'oppression est un peu moins forte. — Julep avec belladone et digitale; feuilles de stramonium à fumer.

29. — L'agitation n'a fait qu'augmenter. Il prétend qu'il va mourir, qu'il est inutile de le traiter (1); il a, du reste, l'air assez indifférent, joyeux même. — Traitement, idem.

Dans le courant de la journée, il ne parle que d'empoisonnement par le chloroforme: la salle, ses vêtements, les aliments et la boisson en sont remplis, dit-il. Il ne veut ni boire, ni manger de peur d'être empoisonné; ses voisins sont morts ou vont mourir par le chloroforme. Il croit, dans un autre moment, entendre ses voisins conspirer pour l'empoisonner, aussi il se cache sous son lit. — Même traitement; bain.

30. — Cet état ne fait qu'empirer. On le transporte de la salle dans une chambre particulière, au deuxième étage des dames. Il reconnaît encore les personnes qui l'approchent; il répond avec assez de justesse, mais il place le mot chloroforme dans presque toutes ses réponses. Il croit toujours être sur le point de mourir. — Bain, eau de Sedlitz.

1er juillet. — La nuit a été très-agitée; pourtant la respiration a été assez calme. Il a toujours parlé haut de chloroforme, de ses anciens médecins et de M. Vigla.

A la visite, mêmes divagations, quoique faites d'une façon quasi-lucide; il a l'air étonné qu'on ne le croie pas mort ou sur le point de mourir. — Julep opium, 0,05; Sedlitz, deux portions. Il a toujours eu un peu d'appétit.

Dans la journée du 1er juillet, étant seul un moment, il sort, en chemise, de sa chambre, et entre dans celle d'une jeune femme qui s'effraye et crie. On accourt; mais il s'était contenté de boire ce qu'il avait trouvé sur la table de nuit.

Il m'a dit depuis que, craignant d'être empoisonné par sa garde, il voulait se sauver, et que, trouvant un verre dans une autre chambre que la sienne, il l'avait vidé sans crainte.

Il a eu peu d'idées érotiques pendant son délire; une ou deux fois seulement ses paroles et ses gestes, devant sa garde, ont trahi une excitation momentanée (2).

2. — La nuit a été très-agitée; la camisole lui avait été mise la veille après son escapade.

Cette agitation, quoique grande, ne va nullement jusqu'à la fureur. La respiration paraît toujours assez calme. — Bain.

3. — Un peu de mieux. Quand on l'interroge et qu'on le pousse à réfléchir sur ses sensations, il dit qu'il se trouve bien, mais qu'il est fatigué, qu'il a besoin de sommeil.

Il est affable avec tout le monde. — Eau de Sedlitz; bain. On enlève la camisole.

4. — La nuit a été tranquille, quoique sans sommeil; la respiration est assez calme. Le malade exhale encore un peu l'odeur du chloroforme; ses aliments, ses boissons sentent encore, dit-il, le chlo-

(1) Le frère de M. D..., interrogé sur les antécédents du malade et sur les autres membres de sa famille, éloigne, par ses réponses, toute idée d'aliénation mentale. Jamais son frère n'avait rien présenté d'analogue, ni aucun de ses parents; une de leurs sœurs est morte dans le délire, mais c'est pendant une maladie aiguë; suite de couches.

(2) Pendant une courte discussion qui suivit la présentation que je fis de ce fait à la société anatomique, M. Trélat nous raconta que sur un bâtiment mû par les vapeurs de chloroforme, les ouvriers qui furent exposés à l'inhalation de ces vapeurs, donnaient, par leurs paroles et leurs actions, des signes non équivoques d'excitation vénérienne.

roforme; mais ses craintes d'empoisonnement n'existent plus. — Bain.

5. — Il a dormi deux heures la nuit dernière. Ses réponses sont moins brèves. Il commence à avoir conscience de ce qui s'est passé.

Les hallucinations de l'ouïe, les voix, les cris qu'il entendait ont presque complétement cessé. L'appétit est meilleur; il se lève une heure. — Bain.

6. — Le mieux continue; un peu de sommeil; calme de la respiration. Encore quelques hallucinations qu'il cherche lui-même à repousser. Il nous raconte quelques particularités de ses rêves, sur ses craintes d'empoisonnement, etc. Un peu de constipation et de céphalalgie. — Eau de Sedlitz; bain.

7. — Il sort de sa chambre et va au jardin. Sa démarche est un peu chancelante. Il a dormi cinq heures, la nuit précédente, en plusieurs reprises; il n'a pas ressenti la moindre oppression. Il rit de ce qu'il a dit pendant son délire. — Bain.

8. — Les hallucinations ont tout à fait disparu. Le bruit des voitures le met encore dans un état passager d'excitation.

Depuis ce jour jusqu'au 15 juillet, sommeil rare, douleurs contusives, courbature générale, un peu de céphalalgie; mais pas de dyspnée, aucun accès d'asthme.

Toujours un peu de tremblement des mains. Tous les jours, deux pilules d'opium de 0,05.

Le 27 juillet, légère oppression pendant la nuit. A l'auscultation quelques râles sous-crépitants dans les deux poumons.

Depuis lors, jusqu'à son départ, M. D... se rétablit rapidement; mais presque chaque nuit il ressent un peu d'oppression.

8 août. — M. D... quitte la maison; il n'a pas encore eu un seul véritable accès d'asthme; aussi s'en va-t-il avec l'espoir d'être guéri, sinon pour toujours, du moins pour longtemps. Il nous promet de revenir aussitôt que ses accès reparaîtront; aujourd'hui, 10 septembre, nous ne l'avons pas encore revu.

Après avoir lu cette observation, intéressante à plusieurs titre, il est, ce me semble, impossible de ne pas y voir un exemple, unique jusqu'à ce jour (1), d'ivresse, d'intoxication chloroformique.

Telle doit être la conclusion à tirer de ce fait.

Telle est l'opinion de M. Vigla et de MM. Moreau (de Tours) et Brière de Boismont, qui ont vu ce malade. Telle était aussi l'opinion des membres de la Société anatomique, devant lesquels j'ai présenté cette observation.

Pourquoi le chloroforme, agent perturbateur du système nerveux, ne pourrait-il pas, au même titre que le haschich et que l'alcool, par exemple, donner lieu, par suite d'une action prolongée, aux phénomènes qui se sont présentés à notre observation?

Pour ne parler que de l'alcool, le tremblottement des mains que nous avons constaté n'est-il pas remarquable et ne dépend-il pas de l'analogie chimique de l'alcool et du chloroforme?

Ce fait est donc bien un exemple d'un délire aigu causé par une intoxication, et non un cas d'aliénation mentale. Notre sujet n'avait jamais présenté aucun signe de folie; aucun de ses parents, non plus: cette sœur, morte dans le délire, à la suite de couches, ne peut être regardée comme morte aliénée.

Ce qu'il y a de remarquable encore dans ce fait, c'est la disparition complète, non seulement de l'asthme, mais aussi de toute oppression, disposition qui arrive, non pendant l'emploi du chloroforme, mais pendant les jours de délire qui ont succédé à la cessation de cet agent.

Cette oppression, nous la voyons reparaître avec le retour à l'état normal.

Un immense résultat n'en ressort pas moins, qu'on n'aurait osé espérer; c'est la guérison prolongée de l'asthme, dont les crises étaient si insupportables avant les inhalations de chloroforme.

(1) M. Houel m'a dit avoir observé les mêmes phénomènes sur un malade que M. Laugier avait chloroformé par une opération, et que cet état dura jusqu'au lendemain matin. Mais ce fait de M. Houel n'est-il pas à celui que je rapporte ce qu'une ivresse accidentelle est au *delirium tremens*, au délire des ivrognes?

Quant aux doses énormes d'agent anesthésique qu'a prises le malade, il faut, sans aucun doute, faire la part de l'évaporation du liquide et aussi de l'exagération, quoique ce malade parût de bien bonne foi.

En résumé, nous pensons pouvoir tirer de ce fait les deux conclusions suivantes:

1° Le chloroforme peut, comme le haschich, l'alcool, etc., donner lieu, par son action prolongée plus ou moins continue, à une sorte d'ivresse de plusieurs jours, à un délire aigu, présentant de nombreux rapports avec l'aliénation mentale;

2° Chez notre malade, un asthme si rebelle ayant été à peu près complétement, sinon complétement guéri par la pertubation profonde due au chloroforme, ne serait-il pas permis de tenter une méthode qui, régularisant et réglant les doses longtemps continuées de cet agent, pourrait conduire à la guérison sans aucun danger, et montrer une fois de plus que ce n'est pas le médicament, mais la médication qui guérit?

CLINIQUE CIVILE.

Observation de névralgie trifaciale, traitée avec succès par l'aconit.

Par M. le docteur O. Landry.
Ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Ceux qui auront la patience de lire jusqu'au bout les recherches, malheureusement un peu longues, mais où je ne puis cependant rien trouver de superflu, que je publie dans ce journal sur les *Indications curatives des affections nerveuses*, se convaincront plus tard, que je n'admets pas de spécifique contre les névralgies; je crois, au contraire, et j'espère démontrer que les causes diverses auxquelles ces affections peuvent être dues exigent des traitements fort différents, et qu'on n'arriverait point, par exemple, à guérir radicalement par les mêmes moyens une névralgie causée par une infection saturnine, et une névralgie produite par une anémie ou une affection syphilitique constitutionnelle.

Toutefois, il me paraît incontestable aussi que le symptôme de douleur est souvent séparable, sinon indépendant, de la cause dont il est la conséquence, et qu'on peut calmer celui-ci sans détruire celle-là. C'est parce que les faits qui démontrent cette vérité se rencontrent à chaque pas dans la pratique, qu'à l'exemple d'un habile thérapeutiste de Clermont-Ferrand, M. le professeur Imbert-Gourbeyre, j'ai essayé l'aconit dans un cas de névralgie des plus rebelles que j'aie jamais observés. Le succès a tellement dépassé mon attente, que je crois devoir appeler toute l'attention des praticiens sur ce fait intéressant, dont on serait trop heureux de voir les exemples se multiplier dans la pratique.

Observation. — Mademoiselle L..., âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique nerveux, a été toute sa vie d'une santé débile et soumise à de mauvaises conditions hygiéniques. Elle est sujette depuis l'enfance à diverses névralgies, à des palpitations, à des hémorrhagies par le nez, l'anus et les parties génitales, à de la dyspepsie avec gastralgie; elle ne mange presque jamais de viande et ne boit pas de vin, vit presque exclusivement de thé au lait ou d'aliments peu substantiels.

Quand je la vis pour la première fois, en 1853, elle présentait tous les signes d'une chloro-anémie très-prononcée. Les accidents névralgiques qu'elle avait éprouvés toute sa vie la fatiguaient alors beaucoup et s'étaient localisés sur la cinquième paire, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Mademoiselle L... rapportait ces douleurs à plusieurs dents cariées. Quoi qu'il en soit, la névralgie était parfois irrégulière, parfois nettement périodique.

Mademoiselle L... refusait de se mettre à aucun traitement général et surtout à un changement d'hygiène. L'administration de l'opium, de la belladone, l'application locale de la morphine, n'amenèrent aucune amélioration. Le sulfate de quinine parut réussir un instant

contre les accès périodiques, mais ne tarda pas à devenir impuissant comme tous les autres moyens.

A la fin de 1854, mademoiselle L... perdit un frère pour lequel elle avait une vive affection. Elle se laissa aller au désespoir et loin d'accepter les consolations de ses parents, elle semblait chercher toutes les occasions de réveiller son chagrin; à peine pouvait-on la décider à prendre quelque nourriture. Bientôt, elle maigrit considérablement, les muqueuses pâlirent beaucoup quoique le visage restât vivement coloré et comme couperosé, la dyspepsie et la gastralgie ordinaire s'accrurent, des hémorragies utérines et intestinales abondantes eurent lieu; enfin, en peu de temps, mademoiselle L... tomba dans un état profondément cachectique, compliqué de phénomènes nerveux hystériformes et d'une névralgie de la cinquième paire du côté gauche, dont les accès étaient d'une violence extrême. Ces accès d'abord irréguliers devinrent ensuite nettement périodiques.

Les ferrugineux et un régime analeptique furent prescrits, mais il fut impossible de vaincre la répugnance de mademoiselle L... pour les aliments substantiels, et le traitement indiqué ne fut jamais suivi. Les antispasmodiques, la valériane, le musc, l'assa-fœtida, l'éther ne changèrent rien à l'état nerveux général; la belladone, l'opium, les pilules de Méglin, puis, le sulfate de quinine ne produisirent absolument aucun effet sur la névralgie trifaciale; mademoiselle L... avait un accès tous les matins vers dix heures et chaque jour la douleur devenait plus violente.

J'essayai alors l'aconit dont M. Imbert-Gourbeyre avait récemment signalé les propriétés anti-névralgiques. Mademoiselle L... prit le 30 avril 1855, dix gouttes d'alcoolature (1) d'aconit deux heures avant le moment de l'accès; le lendemain et les jours suivants elle en prit vingt gouttes.

L'effet dépassa mon attente, car dès le premier jour, la névralgie fut loin d'avoir la violence de la veille. Le lendemain, l'accès manqua et ne se reproduisit plus dès ce moment. On suspendit l'usage de l'aconit le huitième jour.

Depuis cette époque jusqu'au 8 juin, mademoiselle L... a éprouvé plusieurs fois quelques douleurs, comme autrefois au début des accès; mais dès qu'elle commence à souffrir elle prend quinze à vingt gouttes d'alcoolature d'aconit et tout se calme bientôt.

L'influence puissamment avantageuse de l'aconit est dans ce cas de toute évidence; mais guérira-t-il complétement la malade? je ne le pense pas, et c'est en ce sens que je ne saurais considérer l'aconit comme un *anti-névralgique*, d'une manière générale. Je crois que dans le cas précédent c'est d'un bon régime, des toniques, de l'exercice, etc., qu'on doit attendre la cure *radicale* de la névralgie, et je pense que mademoiselle L... restera exposée à des récidives, tant que ce traitement, suffisamment prolongé, n'aura pas modifié sa constitution. Mais j'accorde volontiers qu'en l'absence de ce traitement, qui s'attaquerait à la nature même de la maladie, l'aconit peut rendre de grands services, et c'est précisément pour cette raison que j'ai cru utile de livrer le fait qui précède à l'appréciation des praticiens.

(1) On sait que M. le professeur Imbert-Gourbeyre, par des raisons qui nous paraissent péremptoires, fondées sur de nombreuses recherches d'un savant pharmacien de Clermont, M. *Gauthier-Lacroze* qui a substituée avec avantage un excellent sirop aux alcoolatures, préfère ce sirop. On a vu récemment (*Monit. des hôp.* du 24 août 1855) combien le travail d'un habile pharmacien de Lyon, a justifié la préférence de M. Imbert, en montrant que le principe actif de l'alcoolature variait depuis 1,40 jusqu'à 6,85 pour 100. N. du R.

De l'utilité de l'acide gallique dans le traitement de plusieurs maladies et principalement dans les hémorrhagies.

Par M. le docteur Richard Neale.

M. Neale administre le médicament, 1° à l'intérieur comme astringent; 2° sous forme de gargarisme; 3° enfin, en lotions dans le cas d'hémorrhagie externe : les doses à l'intérieur sont de 10, 15, 25 à 50 centigrammes par jour, dans un véhicule gommeux ou mucilagineux. Les affections dans lesquelles on eut recours au médicament étaient des hémorrhagies gastriques, pulmonaires, utérines, cérébrales, la néphrite albumineuse aiguë, les hémorrhoïdes, l'amygdalite aiguë, etc. Les observations destinées à démontrer l'efficacité du médicament sont assez brièvement relatées, et le nombre ne supplée pas, sous beaucoup de rapports, à leur trop grande concision. Néanmoins, l'acide gallique pourra se montrer utile dans les hémorrhagies internes qui résistent aux autres agents thérapeutiques; c'est dans cet espoir que nous en suivons l'emploi thérapeutique avec intérêt.

(*Medical Times* et *Gazette hebdomadaire.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 septembre 1855.—Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le docteur Yvonneau et M. le docteur Bernier envoient deux rapports contenant le compte-rendu des maladies qui ont régné en 1854 dans les arrondissements de Blois et de Romorantin. (Commission des épidémies.)

Statistique. — M. le docteur Dagonet, médecin de l'asile de Stéphansfeld, transmet un travail statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin. (Comm., MM. Villermé, Baillarger, Londe.)

Hygiène. — M. Villot-Leroy transmet une Notice sur un lit de son invention, et destiné aux blessés. (Comm., MM. Larrey, Gimelle.)

Remèdes secrets. — Une série de communications relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE PARTICULIÈRE.

Chirurgie. — Un Mémoire de M. le docteur Alliot, intitulé : *Guérison du cancer de la face par l'acupuncture et par des lambeaux de peau empruntés à la tête, au front, à la face proprement dite et appliqués sur la plaie.* (Comm., M. Jobert.)

Réclamation de priorité relative à la transmission du choléra par la larve d'une mouche. (Commission du choléra de 1854.)

Choléra. — M. Pennes adresse une Note intitulée *Note sur le traitement du choléra par les bains électro-chimiques.*

Quoique l'Académie n'ait pas cru utile, l'année dernière, à pareille époque, de soumettre à l'expérimentation clinique la médication que j'avais eu l'honneur de lui présenter, je n'ai pas cru que son jugement fût sans appel; j'ai espéré, au contraire, que les nouveaux faits que j'ai pu recueillir, et dont quelques-uns ont été constatés par un médecin des hôpitaux de Paris, pourraient et devraient même modifier ce jugement, peut-être un peu précipité.

Voici d'abord la lettre que M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, dont le talent et le caractère sont généralement appréciés, et que je n'ai pas l'honneur de connaître intimement, m'écrivait, à la date du 12 janvier dernier.

« Monsieur Pennes,

« Vous désirez que je vous fasse connaître d'une manière détaillée les résultats que j'ai obtenus du traitement particulier que vous avez recommandé le 16 août 1854 contre le choléra.

« Je le fais avec d'autant plus d'empressement, que les résultats dans le petit nombre de cas dans lesquels j'ai pu en faire usage, ont été de nature à me *faire regretter* que vous ne soyez pas venu plus tôt auprès de moi pour m'offrir de l'expérimenter. Vous le savez, en effet, Monsieur, l'épidémie était presque terminée à Paris lorsque vous avez bien voulu mettre à ma disposition les moyens d'utiliser ce traitement, et vous ne devez pas vous étonner, par conséquent, que je n'aie pu trouver qu'un petit nombre de cas dans lesquels il m'a été possible de l'employer avec quelques chances de succès ou dans des circonstances de nature à en fixer la valeur.

« Bon nombre de malades nous ont été apportés mourants, et j'aurais cru manquer à la mission que vous m'aviez confiée, si j'avais exposé votre traitement à un échec presque certain. D'autres malades, au contraire, étaient dans un état si peu grave, que, suivant toutes probabilités, un traitement ordinaire eût suffi pour les guérir. C'est vous dire que je ne compte qu'un très-petit nombre d'expéri-

mentations, quatre seulement, et, sur ces *quatre cas*, il y a eu *trois succès*, dans lesquels il m'a paru, ainsi qu'à tous ceux qui ont suivi les malades, qu'une part considérable dans la guérison revenait au traitement. *De ces quatre cas, il en est trois qui étaient véritablement très-graves* et parvenus à cette période de la maladie où échouent la plupart des traitements, c'est-à-dire à la *période d'algidité*. Altération des traits, refroidissement, cyanose, pouls misérable, vomissements incessants, suppression d'urine, *rien n'y manquait pour constituer des cas très-alarmants.* Deux de ces cas étaient même remarquables en ce que les phénomènes d'algidité remontaient à plus de vingt-quatre heures. Or, sous l'influence du bain stimulant, auquel vous avez donné le nom d'électro-chimique, de la tisane aromatique et cordiale, du vin de Bordeaux, l'un de ces deux malades, une femme, est entrée peu à peu en réaction ; cette réaction a été soutenue par l'emploi répété du bain pendant quatre jours de suite, et nous avons eu le bonheur de voir guérir cette malade, dont nous désespérions déjà. Nous avons été moins heureux dans le second cas, chez un de ces pifferari siciliens que vous avez vus dans les rues de Paris, homme débilité, entré à l'hôpital avec des phénomènes de cyanose, et chez lequel le traitement n'a pu être institué que vingt-quatre heures après son entrée, faute des substances nécessaires pour commencer la médication indiquée.

« Dans le troisième cas, également fort grave, l'effet du bain a été des plus remarquables, et j'ai pu m'assurer, en visitant le malade pendant sa durée, que la réaction était parfaitement obtenue : la peau avait rougi et avait pris l'aspect naturel, la chaleur était revenue. Le quatrième cas était bien moins grave que les précédents, et cependant, depuis quatre jours, nous cherchions vainement à arrêter la diarrhée prémonitoire, chaque jour l'affaiblissement augmentait, et le refroidissement faisait des progrès d'autant plus rapides que la malade était fortement chlorotique. Deux bains stimulants, à vingt-quatre heures de distance, la tisane aromatique et cordiale et le vin de Bordeaux, ont arrêté les accidents.

« Tels sont les renseignements que je puis vous fournir ; ils ne portent malheureusement que sur un petit nombre de faits recueillis à une période très-avancée de l'épidémie, mais peut-être l'intensité des accidents, qui existaient dans trois de ces cas, rachète-t-elle ce qu'ils laissent à désirer sous le rapport du nombre et de l'époque à laquelle ils ont été donnés. Vous pourrez faire de cette lettre l'usage que vous jugerez convenable, car les faits dont je vous parle ont été vus et contrôlés par de nombreux témoins qui pourraient, au besoin, en confirmer l'authenticité.

« Je vous offre mes remerciements au nom de nos malades pour la bienveillance que vous avez eue de mettre à notre disposition les substances, qui constituent les éléments du traitement.

« *Signé* : Aran,

« Professeur agrégé de la Faculté de médecine, et médecin des hôpitaux de Paris. »

Lorsqu'un médecin, aussi distingué que M. Aran, a constaté trois guérisons sur quatre cas des plus graves, on peut, je crois, sans rien hasarder et sans se compromettre, soumettre à l'expérimentation la plus étendue le moyen qui a produit un tel résultat ; on me l'accordera d'autant mieux, que le malade qui a succombé entre les mains de M. Aran, n'a pu recevoir à temps, ainsi que le fait remarquer ce consciencieux et savant médecin, les secours que j'indique. M. Aran, d'ailleurs, n'a fait, en constatant ces guérisons, que confirmer et donner plus d'autorité à des observations nombreuses, qui avaient été recueillies par d'autres médecins. L'Académie n'a pas oublié que lors du rapport fait sur ma première Note, M. Londe fit la remarque suivante :

« Sans vouloir me prononcer sur la valeur du traitement proposé par M. Pennes, je crois cependant devoir informer l'Académie, que plusieurs personnes que j'ai interrogées et qui avaient fait usage de cette médication, m'ont assuré s'en être parfaitement trouvées. »

M. Chevalier déclara que la bonne foi de l'auteur ne lui paraissait pas douteuse, et que, par ce motif, il convenait d'examiner si la médication était bonne ou mauvaise.

M. Londe, on se le rappelle, n'était pas le seul médecin qui se fût éclairé sur ces résultats importants, vus par plusieurs médecins et obtenus à l'aide de ma médication ; du reste, j'ai rapporté dans ma première Note des faits, que l'Académie jugera sans doute utile de prendre en considération, aujourd'hui qu'ils sont confirmés par des hommes dont personne ne contestera l'autorité.

Afin de mettre la Commission à même de répéter les expériences, qui ont été faites par M. Aran et plusieurs de ses confrères, je crois utile de déclarer que je me mettrai à sa disposition pour lui fournir gratuitement la quantité de produit dont elle pourra avoir besoin dans ses expériences.

Enfin, je prends la liberté d'ajouter que si j'ai donné à ce bain le nom de *bain électro-chimique*, ce n'est pas seulement que j'explique par une double action électrique et chimique ses puissants effets ; c'est aussi et surtout parce que beaucoup de médecins, croyant qu'il est un agent simplement alcalin ou stimulant, ils pensent pouvoir le remplacer par des alcalins ou stimulants quelconques, et que c'est là le plus sûr moyen de compromettre l'avenir de ma médication. L'insuffisance des alcalins et stimulants qu'on a employés jusqu'à ce jour est incontestable.

Si donc ce médicament, qui est évidemment un stimulant puissant, agit différemment des autres, c'est qu'il n'est pas seulement stimulant, mais qu'il doit être autre chose encore. Qu'il agisse chimiquement et électriquement, c'est ce que des expériences nombreuses et délicates pourront seules démontrer ; mais qu'il agisse efficacement, c'est ce qui me paraît prouvé, et c'est là ce qu'il y a de plus important.

Manière d'employer le bain électro-chimique (1) *dans le cas de choléra.*

Avant de prescrire toutes espèces de médications, il faut mettre le malade dans un bain, chauffé à 32 degrés de Réaumur, représentant 40 degrés centigrades, et donnant, par conséquent, une chaleur un peu plus élevée que celle du corps, mais après y avoir fait dissoudre 4 à 12 doses du sel de Pennes. L'âge, la force du tempérament, l'intensité du mal et la grandeur des baignoires entraînent la nécessité de varier les doses comme suit : 4 doses ou flacons, seront employés pour une baignoire de 2 à 3 voies d'eau (la voie représente 24 litres environ), 5 à 6 doses pour 4 à 6 voies, et 7 à 12 doses pour 8 à 10 voies. A défaut de baignoires, on utiliserait une cuve ou bien une barrique défoncée.

Pendant l'effet de ce bain, qui doit durer vingt minutes au moins et cinquante minutes au plus, il est nécessaire de faire boire tous les quarts d'heure et alternativement un petit verre de bon vin vieux ou une petite tasse de tisane aromatique, chaude et peu sucrée. (Cette tisane, se prépare en faisant infuser pendant un quart d'heure 5 grammes d'espèces aromatiques, choisies, dans 1 litre d'eau bouillante.) Pour assurer l'absorption du mélange salin, il faut aussi frictionner constamment la peau, afin de déterminer une réaction franche et salutaire ; mais pour éviter le contact immédiat des mains, il convient d'utiliser à cet effet un vieux linge, sous forme de tampon.

En sortant le malade du bain, il est nécessaire de l'essuyer rapidemen pour le rouler aussitôt dans une chemise de laine ou dans une couverture, afin d'éviter le refroidissement, très-nuisible en pareille circonstance. Il est utile de continuer les boissons indiquées ci-dessus pendant que le malade est au lit, dans le but de faciliter la transpiration et de provoquer l'émission de l'urine.

Si les accidents ne cédaient pas à l'action d'un premier bain, ou bien s'ils venaient à se reproduire, il faudrait réitérer l'emploi des moyens indiqués ci-dessus, mais en augmentant les doses du sel.

C'est en faisant ainsi pendant l'épidémie de 1854, qu'il a été possible d'arracher à la mort la plus certaine quatre personnes frappées deux fois de suite des attaques de choléra algide.

Quand les premiers symptômes de la maladie (diarrhée, vomissement, suppression d'urine, altération des traits, ralentissement du pouls, refroidissement, cyanose), ont disparu, il est permis d'espérer la guérison ; cependant, pour éviter une rechute, il est prudent de sortir le malade du milieu où il se trouve placé, et de lui prescrire un régime tonique, ainsi que des vêtements chauds.

Vaccine. — Observations sur l'efficacité de la vaccine, par M. le docteur Pons. (Commission de vaccine.)

Observations sur la vaccine, la variole et le collodion, par M. le docteur Remy. (Commission de vaccine.)

Hernies. — M. le docteur Rochard adresse une note sur une *nouvelle ceinture herniaire* pour la contention et la prévention des hernies inguinales.

En voici le contenu :

Ce n'est point une communication prématurée que je viens faire aujourd'hui à l'Académie. La ceinture que j'ai l'honneur de soumettre à son appréciation a été expérimentée depuis deux ans, non-seulement par moi-même, mais encore par les praticiens les plus distingués.

(1) Je rappelle que les éléments de ce bain se composent de delphine, bromure de potassium, sulfate d'alumine, sulfate de chaux, sulfate de fer, sulfate de soude, phosphate de soude, carbonate de soude, huiles volatiles aromatiques.

Lorsque la faiblesse des anneaux inguinaux les fait céder sous la pression de la masse intestinale, cette pression pousse devant elle les tissus qui sont au niveau de ces anneaux et il se forme là une dépression, une sorte de cône creux ou d'infundibulum dont la pointe se trouve nécessairement sur un plan plus extérieur que celui du reste des parois abdominales. Il en résulte que la masse intestinale étant remplie de matières liquides ou à peu près liquides et de matières gazeuses, étant elle-même formée de tissus très-mous qui glissent avec une extrême facilité les uns sur les autres, ainsi que sur les parois de l'abdomen, cette masse se trouve à peu près complétement dans les conditions d'une masse liquide gazeuse, comprimée dans une cavité; or, on sait que dans ces conditions, les forces comprimantes vont se concentrer sur le point le plus excentrique de la cavité contenante; ce point est ici le fond de l'infundibulum, c'est donc vers lui que se dirige la résultante des diverses compressions. On voit donc que dès que l'infundibulum est commencé, il doit nécessairement tendre à s'accroître, et que quand une hernie est formée, elle doit également tendre à se développer de plus en plus.

Quel obstacle les bandages opposent-ils à cette force concentrée? Un obstacle concentré comme la force elle même. Le bandage n'agissant que sur une surface restreinte correspondante à l'infundibulum ou à peu près, doit nécessairement comprimer cette surface avec une très-grande énergie. De là une pression considérable, une véritable compression qui atrophie les parois de l'anneau et qui place ainsi les parties où la hernie se forme dans des conditions chaque jour moins avantageuses. Là ne se bornent pas toujours les résultats de cette exagération de pression : la circulation des vaisseaux des testicules et de leurs enveloppes est plus ou moins gênée, et il en peut résulter une hyperhémie qui peut aller jusqu'à l'inflammation, ainsi que j'ai pu l'observer récemment chez un boucher qui avait une orchite assez grave, développée sous la *seule influence* d'une telle compression. J'ai observé aussi de vives douleurs dans le testicule, occasionnées par cette même compression sur le cordon spermatique.

Mais ce ne sont là que les inconvénients d'un bandage qui remplit le but auquel il est destiné; or, il arrive très-souvent que ce but n'est nullement atteint.

De cette circonstance que le bandage agit sur une surface très-étroite, il résulte nécessairement la difficulté extrême de le maintenir en place sur des parties aussi mobiles que les parois abdominales et dans les mouvements répétés que le corps accomplit dans une journée. Le bandage presse donc souvent où il ne devrait pas presser, ce qui non-seulement n'empêche pas alors la hernie de sortir, mais ce qui favorise, au contraire, l'issue des intestins; de plus, et ceci est bien plus grave, le bandage peut comprimer le collet d'une anse intestinale sortie, contre les parois de l'anneau, le contondre; y provoquer une subinflammation qui, renouvelée de temps en temps, peut à son tour se terminer par un étranglement et toutes ses funestes conséquences. Le nombre des hernies inguinales non contenues ou mal contenues par les bandages est considérable.

Enfin, la force de pression qu'un bandage doit exercer sur une surface très-limitée rend cette pression souvent difficile à supporter, et quand les malades ne peuvent pas tolérer la douleur qu'elle provoque, ils sont obligés de renoncer au seul palliatif que l'art met à leur disposition. Dans tous les cas, le cercle dur et solide du bandage incommode toujours celui qui est obligé de le porter, et cette incommodité est telle quelquefois qu'à elle seule elle décide les malades à se livrer aux seules ressources de la nature, qui, hélas! dans les cas de hernie, sont toujours impuissantes.

La ceinture que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie échappe-t-elle à tous ces inconvénients? J'espère que l'Académie en sera complétement convaincue, si elle veut bien suivre avec quelque attention les considérations suivantes :

Au point de vue de la contention d'une hernie, la première condition d'un appareil contenteur, c'est de conserver une position relative fixe, c'est-à-dire de comprimer toujours sur le même point, et non pas tantôt au-dessus, tantôt au-dessous, tantôt à côté de l'ouverture par laquelle s'échappent les intestins. Or, cette condition, que ne réalisent pas dans le plus grand nombre des cas les meilleurs bandages, ma ceinture herniaire la réalise dans tous les cas sans exception. En effet, cette ceinture prenant un solide point d'appui sur les deux crêtes iliaques, étant appliquée intimement et comme adhérente à une large surface cutanée et y étant de plus maintenue pour empêcher le seul mouvement possible (dans certains cas), celui d'ascension, par deux sous-cuisses, cette ceinture est absolument immobile, et, par conséquent, aussi les pelottes compressives, qui lui sont inébranlablement unies, et qui ne preuvent se déplacer sans que la ceinture se déplace elle-même entièrement.

Ce premier avantage dispenserait déjà ma ceinture d'une compression aussi considérable que celle des bandages; d'autres raisons rendent encore cette forte compression inutile.

Les deux principaux points fixes sur lesquels s'appuie la ceinture étant les crêtes iliaques, c'est-à-dire deux points dont le diamètre coupe presque à angle droit la figure que suit la résultante des forces qui tendent à faire sortir les intestins en avant de l'abdomen, la ceinture, en comprimant de bas en haut et d'avant en arrière, neutralise une grande partie des forces composantes, et affaiblit d'autant la résultante, qui n'exige plus pour être neutralisée qu'une pression moindre de moitié, des trois quarts et même plus, dans quelques cas, de celle qui aurait été nécessaire si l'on eût agi exclusivement sur les anneaux, comme le font les bandages. Il est facile de s'assurer expérimentalement de ce fait, basé d'ailleurs sur une loi physique irrévocable, en insinuant les doigts entre la peau d'une part, la pelote de la ceinture et celle d'un bandage ordinaire d'autre part; on sentira combien la peau est moins comprimée par la pelote de la ceinture, quoique la hernie soit mieux contenue.

C'est précisément cette modération de pression qui rend la ceinture herniaire utile non pas seulement comme moyen contentif, mais encore comme moyen préventif. Toutes les personnes dont la profession a pour conséquence d'augmenter la pression qui s'exerce sur la partie inférieure des parois abdominales, ou dont la résistance de ces parois est affaiblie, les cavaliers, les chanteurs, les nouvelles accouchées, etc., se trouvent à merveille de l'emploi habituel de la ceinture qui, non-seulement les soulage d'un poids incommode, mais encore s'oppose efficacement à ce que les organes abdominaux se fassent jour jusque sous la peau.

En ajoutant (à volonté) un suspensoir à ma ceinture, ainsi que je l'ai fait dans le modèle que je joins à cette Note, on aura l'appareil le plus propre à maintenir les volumineuses hernies irréductibles ou impossibles à contenir, hernies qu'on ne maintient que très-difficilement à l'aide du suspensoir seul, qui se dérange avec la plus grande facilité, et dont les liens suspenseurs, en outre, forment sur la peau des sillons douloureux, voire même des érosions.

C'est ici le moment de répondre quelques mots à une bienveillante critique que M. le professeur Malgaigne a bien voulu faire de ma ceinture dans ses leçons sur les hernies :

« Voici, Messieurs, dit-il (1), quelque chose qui est très-ingénieux et tout à fait nouveau,... à moins qu'on ne le trouve dans quelque auteur très-ancien. M. le docteur Rochard a fait une ceinture élastique avec des baleines : cette ceinture ne se borne pas à entourer le corps comme les autres ceintures; elle contourne le bassin en passant sur les crêtes iliaques, de manière à asseoir un point d'appui fixe et solide. M. Rochard m'a prié de lui dire ce que j'en pensais : *je l'ai trouvée bonne*; lui, la trouve meilleure encore; il pense même qu'elle est capable de contenir *toutes* les hernies; pour ma part, je ne la crois pas si universelle que cela; *mais elle sera excellente dans certains cas qui font le désespoir des bandagistes*; c'est lorsqu'on a des hernies à contenir chez les individus qui n'ont pas de fesses. Quand on a affaire à un sujet gras, on peut mettre des sous-cuisses; la saillie des fesses soutiendra la ceinture et l'empêchera de filer; mais il y a, hélas! une certaine classe de hernieux, qui ne sont pas cambrés, et, au bout de trois pas, le bandage leur tombe sur les talons. C'est dans ces cas que la ceinture de M. Rochard, prenant son point d'appui sur les os du bassin, sera bonne. A part cela, c'est une ceinture qui équivaut à toutes les autres, et je ne crois pas qu'elle soit plus qu'une autre capable de contenir les hernies difficiles.

« Comment puis-je être aussi affirmatif, dans mes idées sur une ceinture que je n'ai pas appliquée moi-même. Réfléchissons un peu : elle est maintenue par les crêtes iliaques; mais supposez une autre ceinture qui aura son point d'appui sur une paire de fesses bien rebondies; elle aura dès lors tout autant de vertus que la ceinture de M. Rochard. Or, pour les hernies petites et faciles, tout réussit; mais pour les hernies difficiles, cela ne réussit plus. Je me crois donc par cela même en droit de dire que cette ceinture ne maintiendra pas mieux qu'une autre une hernie difficile. »

Mon bienveillant critique reconnaît d'abord que ma ceinture sera excellente dans certains cas, *qui font le désespoir des bandagistes*, c'est-à-dire chez les individus qui n'ont pas de fesses. Mais M. Malgaigne ne prétendra pas sans doute que chez les individus les mieux pourvus sous ce rapport, les fesses puissent fournir un point d'appui aussi solide, aussi fixe que les crêtes iliaques; il ne contestera pas davan-

(1) Leçons sur les hernies professées à la Faculté de médecine, et recueillies par la sténographie; *Moniteur des hôpitaux*, t. II, p. 274; mars 1854.

tage que la fixité du point d'appui ne soit une condition essentielle pour que les pelotes compressives ne se dérangent pas. Or, si mon savant et bienveillant critique veut bien m'accorder ces deux points, je m'en rapporte à la rigueur de sa logique pour le reste ; la supériorité de mon appareil en ressort assez clairement.

Je ne m'en rapporte pas moins à lui relativement à la possibilité de contenir des hernies difficiles, si M. Malgaigne veut bien jeter un coup d'œil sur les considérations physiques et mécaniques qui précèdent. Il est bien évident, en effet, que la plupart des hernies ne sont impossibles à contenir que parce que la résultante des forces qui pousse les intestins dans le conduit est trop puissante ; or, si l'on parvient à détruire une partie des composantes de cette résultante, on l'affaiblira nécessairement elle-même, et alors l'obstacle qui n'aurait pas suffi pour la neutraliser deviendra maintenant suffisant, surtout lorsque toutes les conditions d'application de cet obstacle sont améliorées. Les faits ont confirmé cette doctrine, et M. Malgaigne pourra s'assurer que des hernies qu'on n'avait jamais pu contenir, quoique les individus ne fussent point privés de ce que M. Malgaigne considère comme essentiel pour les hernieux, ont été parfaitement contenus à l'aide de la ceinture dont je fais usage.

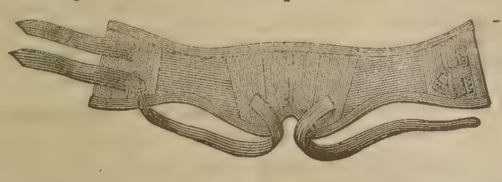
Je dois ajouter que, malgré les grands avantages que j'ai reconnus à mon appareil, je n'ai jamais dit qu'il pût contenir *toutes* les hernies. J'a été mal compris de M. Malgaigne, s'il a inféré cela de mes paroles ; la preuve que je n'ai point eu cette prétention, c'est que j'ai imaginé d'ajuster un suspensoir à ma ceinture pour supporter les hernies irréductibles ou impossibles à contenir. Je crois avoir diminué de beaucoup le nombre de ces hernies, mais je ne crois pas l'avoir entièrement annihilé. Je crois aussi avoir rendu la contention plus commode et plus sûre pour les hernies qu'on pouvait contenir avec des appareils ordinaires, et j'ai la ferme conviction que mon savant critique partagera mon avis, dès qu'il aura suffisamment expérimenté ma ceinture. En attendant, je ne puis que le remercier de ce qu'il a bien voulu dire de mon appareil ; je ne doute pas que son approbation, même partielle, n'engage les praticiens à l'expérimenter, et c'est là tout ce que doit désirer un auteur qui ne cherche qu'à être vrai et utile.

Voici maintenant une description sommaire de la ceinture sur laquelle j'appelle toute l'attention de l'Académie.

Elle est entièrement composée de tissus simples, souples, quoique résistants, et qui tout en se prêtant sans difficulté aux mouvements du corps, maintiennent solidement la partie inférieure de l'abdomen et empêchent les secousses produites par les divers efforts auxquels se livre l'individu de se faire sentir trop fortement sur cette partie inférieure, et, par conséquent, diminue considérablement, en en supportant une grande partie, la pression que subirait la paroi antérieure.

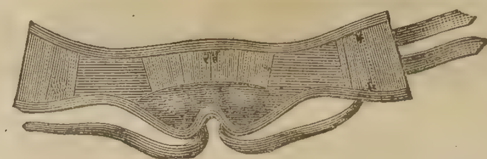
Pour remplir parfaitement ce but, la ceinture doit s'appliquer exactement sur les surfaces qu'elle recouvre et prendre, ainsi que nous l'avons dit, un point d'appui solide sur les hanches et aussi sur la partie postérieure du bassin. Pour obtenir cette exactitude d'application, il est indispensable que chaque ceinture soit fabriquée spécialement pour chaque individu ; mais à l'aide du système très-simple de mensuration que je décrirai dans un instant, il sera très-facile au chirurgien de commander par correspondance une ceinture de la dimension voulue.

La face antérieure de la ceinture étendue est représentée par la *figure* 1. Les lignes du dessin indiquent les directions diverses du

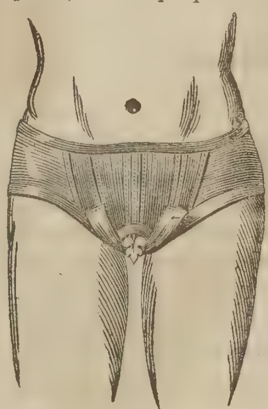


tissu, direction indispensable pour que la ceinture soit à la fois souple et cependant presque inextensible. Les bords sont garnis de peau douce ou d'un tissu moelleux destinés à rendre inoffensive la pression de ces bords sur la peau. Les deux appendices inférieurs sont les sous-cuisses indispensables pour donner à la ceinture une fixité absolue, surtout chez les personnes grasses; ces deux sous-cuisses ne sont pas attachés sur le bord de la ceinture, mais bien à 5, 6, 8 ou 10 centimètres au-dessus de ces bords; on verra dans un instant dans quel but. Les deux courroies représentées à gauche de la ceinture servent au-dessus du sacrum à la boucler. Les boucles sont représentées à droite et fixées sur une surface légèrement rembourrée.

La *fig*. 2 représente la face postérieure de la ceinture, c'est-à-dire celle qui s'applique directement sur la peau. Nous ne ferons remarquer sur cette face que la partie indiquée par les lignes légèrement courbes qu'on observe au-dessus de l'échancrure médiane destinée



à laisser leur liberté aux organes génitaux et qui représentent imparfaitement les coussinets qu'on ajuste à la ceinture quand elle est destinée à maintenir une hernie double; il est inutile de dire que lorsqu'il s'agit d'une seule hernie, il n'y a qu'un seul coussinet correspondant au côté malade. On comprend facilement au premier aspect, comment ce coussinet ou cette pelote, double ou simple suivant les cas, et indissolublement unie à la ceinture, ne peut en aucune façon se déplacer, quelques mouvements que le corps exécute. La seule condition pour rendre ces pelottes aussi efficaces que possible, c'est de les placer dans un point qui corresponde bien au canal que parcourt l'intestin hernié, de leur donner une étendue proportionnée aux dimensions de ce canal; enfin de donner à leur force compressive une direction opposée à celle de la force qui pousse les intestins au dehors. Tout le monde comprend comment on réalise les deux premières conditions ; quant à la troisième, celle qu'on ne parvient jamais à remplir complétement avec les bandages, on la remplit ici à l'aide des sous-cuisses, qui, suivant qu'on les insère plus haut ou plus bas, plus en dehors ou plus en dedans, suivant que les coussinets sont plus ou mois épais, donnant à la force compressive, en se recourbant en arrière, une direction qui varie presque au gré du chirurgien, et, dans tous les cas, bien plus qu'il ne faut pour qu'on puisse arriver à la rendre parallèle (c'est-à-dire rigoureusement opposée) à celle qui pousse les intestins au dehors.



La *fig*. 3 représente la ceinture appliquée, vue par la face antérieure. Nous n'avons aucune observation à présenter sur cette figure qui s'explique d'elle-même. Nous passerons donc immédiatement à l'indication des mesures à prendre pour faire fabriquer une ceinture bien faite, et qui réunisse tous les avantages que nous venons de signaler.

1re *distance*. La première distance à prendre est celle qui existe entre la partie médiane supérieure du sacrum et le point le plus saillant de l'abdomen, lequel point se trouve ordinairement à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Cette distance est mesurée en contournant les hanches, par une ligne courbe et non pas par une ligne droite, comme on le ferait en mesurant la distance avec un compas d'épaisseur.

2e *distance*. Cette distance se mesure de la commissure des fesses à la symphise du pubis en passant sur le grand trochanter.

3e *distance*. C'est celle qui existe d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, toujours en contournant l'abdomen si celui-ci est saillant.

4e *distance*. C'est celle qui sépare un pli de l'aine de l'autre, *au niveau du bord supérieur du pubis*.—Il est essentiel que cette mesure soit bien prise, surtout quand la ceinture est destinée à un hernieux, c'est-à-dire quand elle doit être contentive, sans quoi la ceinture descendrait trop bas ou pas assez, et le jeu des sous-cuisses, à l'aide desquels on modifie à volonté la direction de la force comprimante, serait en partie détruit.

5e *distance*. C'est celle qui sépare la partie supérieure de la symphise pubienne de la partie la plus saillante de l'abdomen, c'est-à-dire du point antérieur de la première distance.

En indiquant en centimètres chacune de ces distances, et en faisant connaître la largeur qu'on veut donner aux coussinets, ainsi que leur épaisseur (plus ou moins grande suivant que la compression localisée sur les anneaux doit être plus ou moins forte), on pourra commander une ceinture qui remplira parfaitement toutes les indications. Ce n'est que dans des cas extrêmement rares que le bandagiste devra absolument exécuter sur le malade même les indications du chirurgien.

Adénites. — Nouveau traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée, par M. le docteur Boulu. (Comm., MM. Poiseuille, Soubeiran, Boursier.)
Nous ferons connaître ce travail.

Obstruction intestinale. — M. Maisonneuve adresse l'observation d'un cas d'obstruction intestinale que nous publierons *in extenso*.

RAPPORTS.

Remèdes nouveaux. — M. Bobinet lit un rapport favorable sur un remède proposé par M. Allègre, propriétaire, contre les hémorrhoïdes. Un des membres de la commission ayant expérimenté ce remède sur cinquante malades, on a obtenu des résultats tellement avantageux que la Commission, ayant reçu de l'auteur l'autorisation de rendre sa formule publique, a cru devoir la faire connaître, ainsi que les premières expériences de la Commission et de deux autres membres de l'Académie dont l'un a expérimenté sur lui-même.
Le moyen proposé par M. Allègre est le piment commun (poivre long) qu'on donne en poudre ou en extrait aqueux, à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme en deux doses, une le matin et une le soir. Grâce à ce moyen, les hémorrhoïdes fluentes les plus douloureuses sont bientôt réduites à l'état de tumeurs dures, sèches, indolores.
Après quelques remarques de MM. Piorry, Gerdy et Jobert, les résolutions de la Commission sont approuvées.

Eaux minérales. — M. Boullay lit plusieurs rapports sur des eaux minérales.

Aztèques. — Entre les deux rapporteurs, M. Morisse présente sous ce nom à l'Académie deux jeunes individus mulâtres dits *earthmen*, qui, vu leur âge, offriraient une très-petite taille.
La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le corps médical de Paris a fait depuis huit jours quelques nouvelles pertes, parmi lesquelles nous devons signaler celle de M. Gondret, connu par plusieurs travaux utiles et qui a donné son nom à la pommade ammoniacale. Nous avons eu aussi la douleur d'apprendre la mort de M. le docteur Clerc, père d'un de nos jeunes médecins les plus distingués. M. Clerc était lui-même un médecin des plus honorables de province ; il avait profité de l'occasion de l'Exposition universelle pour venir faire une visite à son fils. Quelques jours après son arrivée à Paris, il a été saisi d'une grave affection qui l'a emporté en quelques heures.

— L'hôtel de l'Administration centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui, on le sait, doit être transporté place de l'Hôtel-de-Ville, à l'angle du quai, est sur la liste des importants travaux qui doivent être commencés l'hiver prochain dans la ville de Paris.

— Par décrets du 30 août, sont promus au grade d'officier de la Légion d'honneur :
MM. Laffon de Ladébat, membre du comité consultatif d'hygiène publique ;
Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople.
Sont nommés chevaliers :
MM. Crou, médecin à Sens ;
Latour, chimiste à Trye ;
Carre, pharmacien à Bergerac ;
Bertrand fils, médecin-inspecteur-adjoint aux eaux du Mont-Dore.

— La *Presse* donne, d'après le *Nouvelliste vaudois*, les nouvelles suivantes de l'épidémie :

Le choléra a fait plus de victimes à Bâle que dans les quatre semaines précédentes : il y a eu 102 cas et 46 décès. Du 27 juillet au 31 août, il n'y avait eu que 198 cas et 86 décès ; il y avait vendredi dernier 72 malades en traitement.

Le bulletin du choléra du 3 septembre indique 16 nouveaux cas, 10 guérisons et 9 morts ; 73 cas restent en traitement.

— M. H. Carnot nous a fait parvenir une lettre bassement injurieuse qui lui a été adressée par un auteur anonyme que M. Carnot suppose être un médecin partisan de la vaccine. Que l'auteur soit, en effet, partisan de la vaccine, c'est évident; mais que sa lettre puisse jeter du discrédit sur l'opinion qu'il a adoptée, nous ne pensons pas que M. Carnot lui-même soit tenté de le croire; toutes les opinions, aussi bien en science qu'en politique et en religion, comptent des partisans qui les déshonorent, ou plutôt qui se déshonorent eux-mêmes, sans que les opinions auxquelles ils appartiennent en soient ni plus, ni moins justes. Les gens de cette espèce ne doivent compter dans aucun parti, et puisque M. Carnot nous a laissé libre de faire de la lettre qu'il a reçue tel usage que nous voudrions, nous croyons que le seul honneur qu'elle mérite est celui qu'Alceste réservait au sonnet d'Oronte.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

EN VENTE AU BUREAU DU JOURNAL :

*Etudes cliniques sur l'*Aconit, par M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur-adjoint à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrant, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.
1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.
2e *Mémoire.* — De l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament.
3e *Mémoire.* — Sur l'éphidrose (sueurs générales chroniques), sur les divers traitements employés contre cette maladie, et en particulier sur son traitement par l'*aconit.* — Prix de chaque Mémoire, 25 c., et 40 c., *franco* par la poste.

—En vente au bureau du Moniteur des Hopitaux : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique ;* les *Gastralgies ;* les *Entéralgies ;* la *Dyspepsie ;* l'*Hypocondrie*, sera mis prochainement en vente au bureau du journal. — Prix : 2 fr.

Sous presse pour paraître très-prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. Gille, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de protoiodure de fer inaltérable.* A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du Moniteur des Hopitaux ; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au Moniteur des Hopitaux recevront gratuitement cet ouvrage.

— Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des *Rétrécissements de l'urètre*, par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — Broch. in-8, avec planche. — Prix : 1 fr. 25 c.

— Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le même, recueillies et rédigées par le docteur Alexis Favrot. — Prix : 2 fr.

Clinique chirurgicale de l'hôpital la Riboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.
Leçons sur la trachéotomie; in-8° avec huit figures intercalées dans le texte.

Sous presse : Leçons sur l'écrasement linéaire. — Prix de chaque partie : 2 fr ; à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 110. 3e année. Vendredi 14 Septembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De la paralysie du mouvement des membres supérieurs.

Par le docteur PARMENTIER,

Ex-interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

Suite. — Voir les nos 96, 99, 102, 103 *et* 107.

II. *Marche.*

La marche de la paralysie des membres supérieurs est, en général, subordonnée aux causes qui lui ont donné naissance, elle n'affecte presque jamais les deux côtes en même temps. Lorsqu'on les observe, frappés tous les deux de paralysie, on reconnaît que la maladie a commencé par l'un des membres, et n'a gagné l'autre qu'au bout d'un temps plus ou moins long : de là des inégalités dans l'étendue de la paralysie et dans les autres phénomènes qui la suivent. C'est dans la paralysie saturnine principalement que les muscles extenseurs des doigts des deux côtés sont atteints à la fois dans un laps de temps très-court. Elle débute assez souvent d'une manière brusque, mais on observe que, lorsque la paralysie survient de cette façon, les ouvriers qui travaillent au plomb ont la teinte jaune particulière à l'empoisonnement saturnin, la teinte ardoisée des gencives, la constipation, le pouls lent, etc., prodromes de l'infection. Avec l'existence de tous ces symptômes, les malades ne sont atteints le plus souvent de paralysie que lorsqu'ils ont éprouvé une ou plusieurs fois la colique, de l'arthralgie, des crampes et autres désordres produits par les émanations de plomb. Lorsque la paralysie est déclarée, sa marche est très-rapide, et l'atrophie musculaire, qui a déjà commencé avant sa manifestation, ne tarde pas à être très-apparente. C'est après l'empoisonnement par l'arsenic qu'est survenue plusieurs fois la paralysie des avant-bras.

La paralysie dite *rhumatismale*, qui arrive à la suite de l'impression du froid, et surtout du froid humide, de courants d'air, débute quelquefois subitement sans prodromes. En général, néanmoins, la perte du mouvement survient quelques jours après l'existence de douleurs vagues, erratiques, siégeant, tantôt dans toute l'étendue du membre, tantôt dans une seule de ses parties. Ces douleurs sont souvent plus intenses à l'épaule, mais il n'y a pas de gonflement dans les ar-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Merveilles évangéliques éclairées par les sciences médicales,

Par M. G. MARMISSE, médaillé du choléra en 1855.

Un volume in-12, Paris, 1855. — Se vend chez l'auteur, rue SAINT-JACQUES, No 108, et dans les librairies médicales.

Suite, voir le n° 108.

Cependant personne n'a dit en quoi consistaient ses fautes ; quant à son frère Onan [et non pas *Onam*, qui était fils d'Atara et de Jéraméel (1)], quant à Onan, disons-nous, c'est une autre affaire ; la Bible nous enseigne que : *introiens ad uxorem fratris sui, semen fundebat in terram* (2). C'était là une action abominable, à laquelle le nom d'Onan est resté attaché, mais Her n'a fait rien de semblable, et nous aimons à croire qu'en calomniant ainsi sa mémoire, M. Marmisse n'a péché que par ignorance.

Autre exemple : Il n'y a pas d'écolier qui ne sache l'histoire du grand prêtre Héli, qui devint aveugle dans sa vieillesse, qui mourut à quatre-vingt-dix-huit ans d'une fracture du crâne (3), et qui fut remplacé par Samuel.

(1) I, *Paralipomen.*, II, 26.
(2) *Gen.*, 38, 9.
(3) I, *Reg.*, IV, 15, 18.

Si M. Marmisse se bornait à l'appeler *Hélie*, nous n'accuserions que son imprimeur ; mais il s'exprime ainsi : « Ce sont les péchés des enfants d'Hélie qui occasionnent leur mort, celle du pontife lui-même, et, par suite, *l'avortement de sa belle-fille* (1). » D'abord, c'est là une interprétation toute gratuite de la mort d'Héli ; car rien dans le texte sacré ne dépose en ce sens ; ensuite et surtout, où M. Marmisse a-t-il vu que la femme de Phineès ait *avorté?* S'il avait lu la Bible, il saurait que : *Uxor Phinees prægnans erat, vicinaque portui* ; elle était à terme, et elle avorta si peu, qu'elle accoucha d'un enfant mâle et bien vivant qui fut appelé Ichabod (2).

A moins que M. Marmisse n'ignore jusqu'à la définition de l'avortement ?

Mais le livre de M. Marmisse roulant surtout sur les merveilles médicales de l'Evangile, il y a lieu d'espérer que l'auteur a lu au moins le Nouveau-Testament. Autre déception. Ecoutez plutôt :

« Les apôtres avaient reçu le don de guérir, et pourtant il n'est dit « en aucun endroit de l'Evangile, qu'ils aient guéri des maladies « bien clairement désignées, ce qui porte à croire que tout n'a pas « été raconté (3). »

M. Marmisse insinue simplement que les narrations de l'Evangile sont incomplètes. C'est tout à fait respectueux, comme on le voit, pour un écrivain qui a la prétention d'être orthodoxe. Et sur quoi se base-t-il ? Sur ce que, suivant lui, les apôtres n'ont guéri aucune maladie *clairement désignée*. Or, saint Paul guérit une servante qui avait un

(1) Marmisse, p. 9.
(2) I *Reg.*, IV, 19, 21.
(3) Marmisse, p. 54.

ticulations du coude et du poignet; tous les muscles de l'avant-bras étant, dans ce cas, affectés, la paralysie produit leur atrophie assez rapidement.

La paralysie que l'on observe chez les épileptiques est précédée de convulsions fréquemment répétées et de longue durée. Lorsque la paralysie est arrivée, elle est très-rebelle, comme la maladie qui lui a donné naissance. Cet accident de l'épilepsie a été l'objet, dans ces derniers temps, de nouvelles recherches faites par M. Moreau (de Tours).

La paralysie survenant chez des enfants, pendant la dentition, celle produite par l'hystérie, et cette maladie de l'Inde, décrite par Legond, sont subordonnées à ces affections diverses, dont elles ne sont qu'un symptôme.

Les paralysies par compression prolongée se développent chez les individus qui se sont endormis la tête appuyée sur le bras, l'avant-bras ou la main. L'engourdissement produit par cette cause est très-commun, et une infinité de personnes l'ont éprouvé; mais lorsque cette position vicieuse se prolonge quelques heures, la paralysie s'ensuit.

La paralysie traumatique suit de près, sinon immédiatement, la cause vulnérante; elle est bornée aux parties auxquelles se distribuent les nerfs atteints.

III. *Durée.*

La durée de la paralysie des membres supérieurs est très-variable et dépend d'une foule de circonstances.

Très-rarement elle est bornée à quelques jours; le plus souvent la paralysie subsiste pendant plusieurs mois, et dans quelques cas sa durée a été indéfinie.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'il y a un temps assez long que les avant-bras sont frappés de paralysie, voici ce qu'on observe : la nutrition devient languissante dans les parties privées de mouvement, par suite de l'absence d'action de l'influx nerveux; elle augmente encore par l'inaction des organes.

Une flaccidité très-grande des muscles remplace la dureté souvent excessive qu'ils possèdent dans cette région chez les individus qui se livrent à des travaux manuels. La peau est blanchâtre, pâle-jaunâtre, chez les ouvriers qui travaillent au plomb; souvent elle est rude au toucher, sèche, aride, comme terreuse; quelquefois elle a un aspect livide. L'épiderme tombe dans certains cas en furfures. Le tissu cellulaire sous-cutané est entièrement disparu; aussi la peau est lâche et flasque, et semble être trop étendue pour les parties qu'elle recouvre.

Le tissu adipeux a aussi été absorbé, et l'embonpoint des parties paralysées n'existe plus. Le volume des muscles a beaucoup diminué, ils ne forment plus de relief et leur masse charnue est extrêmement diminuée.

Lorsque l'amaigrissement partiel, ou atrophié, est arrivé au dernier degré, la peau semble être collée sur les os. Si la paralysie est bornée à un ou deux muscles seulement, leur atrophie tranche singulièrement avec les muscles des parties voisines, qui, n'étant pas malades, ont conservé tout leur relief.

IV. *Lésions anatomiques.*

Dans l'étiologie, à propos de la paralysie, suite de violents efforts pour la réduction des luxations, j'ai rapporté les lésions anatomiques constatées par l'autopsie; j'ai aussi donné la description des lésions constatées chez l'enfant dont M. le docteur Danyau avait parlé à la Société de chirurgie; je n'y reviendrai pas.

Jamais on n'avait pu trouver dans les centres nerveux d'altération appréciable à la suite de paralysie saturnine. Cependant, M. le docteur Bouvier ayant prié M. le docteur Chatin d'analyser le cerveau d'individus morts d'encéphalopathie saturnine, ce chimiste y a trouvé du plomb.

Quand on examine les muscles, on voit qu'ils sont flétris, réduits à de petits faisceaux, et ils conservent à peine leur forme primitive; ils sont décolorés, prennent quelquefois une teinte jaunâtre, analogue à celle des feuilles mortes les plus pâles; d'autres fois, ils sont d'une pâleur blanchâtre, et ils ressemblent à du tissu cellulaire. Leurs fibres sont si ramollies qu'elles se déchirent avec la plus grande facilité, ou bien elles sont comme desséchées, réduites à l'état de momies; leur tissu a changé de nature, elles sont ligamenteuses; enfin, les muscles finissent par devenir semblables à des membranes minces.

Les ligaments des articulations ont un aspect blanc jaunâtre, ils se déchirent assez facilement; les surfaces articulaires ont perdu leur aspect poli et brillant. Les ligaments semblent s'être amincis et allongés; ainsi, ils permettent aux surfaces articulaires des troisième et quatrième métacarpiens de glisser sur les surfaces des os trapèze et trapézoïde. On trouve le calibre des vaisseaux sanguins diminué; ils contiennent moins de sang que d'habitude.

---

esprit de Python (1); saint Philippe délivra plusieurs possédés (2); et l'ombre de saint Pierre guérit plusieurs malades qui étaient tourmentés par des esprits impurs (3). L'impartialité nous fait un devoir d'avouer que ces maladies-là ne sont pas très-clairement désignées, mais il n'en est pas de même de la paralysie qui, depuis huit ans, retenait Enée dans son lit (4), ni des difformités congéniales des deux membres abdominaux, qui furent guéris à Lystre par saint Paul, et à Jérusalem devant la Belle porte du temple, par saint Pierre (5). Nous pourrions encore rappeler l'observation de la dysenterie qui affligeait, à Malte, le père de Publius; mais il en a été question plus haut. Si M. Marmisse ne trouve pas que ces maladies soient clairement désignées, il est vraiment bien difficile; mais continuons.

Suivant lui, il ne serait fait mention que de neuf résurrections dans l'Ancien et le Nouveau-Testament. Nous dirons d'abord à ce propos que l'auteur, avec son exactitude habituelle, accorde, sans qu'on ait jamais pu savoir pourquoi, le titre de *veuve* à Tabith, autrement nommée Dorcas, qui fut ressuscitée à Joppé par saint Pierre. Il va plus loin, et il déclare qu'elle devait être au moins sur le seuil de la vieillesse (6). Tout cela est de pure imagination. Dorcas était une sainte femme, pleine de bonnes œuvres; elle mourut et fut ressuscitée, c'est tout ce qu'on sait sur son compte, et c'est ainsi que M. Marmisse écrit l'histoire.

Mais voici certainement l'erreur la plus grave. L'auteur connaît neuf résurrections; il n'en connaît que neuf, et il ne sait même pas ce qui se passa au moment de la mort de Notre-Seigneur.

« Et les sépulcres s'ouvrirent, et beaucoup de saints qui dormaient « ressuscitèrent; et, sortant de leurs tombeaux après sa résurrection, « ils vinrent dans la ville sainte où beaucoup de personnes les « virent (1). » Le nombre des saints n'est pas fixé, mais il y en avait beaucoup, *multa corpora sanctorum*. Le fait est des plus positifs, et quoique trois évangélistes n'en fassent aucune mention, le témoignage de saint Matthieu suffit parfaitement. M. Marmisse écrit sur les merveilles évangéliques sans avoir lu saint Matthieu! s'il eût pris connaissance du premier Evangile, il n'aurait pas eu la témérité de dire que les résurrections consistaient simplement dans le retour du principe nerveux; il ne se serait pas donné la peine de rappeler deux pages de Legallois; il n'aurait pas fait la description de la respiration artificielle inventée, suivant lui, par M. Bernard, le 18 mai 1853 (2)!!! Enfin, il n'aurait pas écrit cette phrase audacieuse sur le mécanisme des résurrections : « On pourrait dire, avec les notions scientifiques « fournies par les expérimentations, que le principe nerveux, une « fois réintégré dans son action, peut faire contracter le cœur, puis « dilater les poumons, et que ces deux mouvements une fois renou- « velés, le reste de la machine se ranime; le sang veineux accumulé « dans les vaisseaux et même dans plusieurs organes *parenchyma-*

(1) *Act apost*, XVI, 16.
(2) *Id.*, VIII, 7.
(3) *Id.*, V, 15 et 16.
(4) *Act. apost.*, IX, 33.
(5) *Id.*, XIV, 7; III, 2 à 11.
(6) Comparez Marmisse, p. 217, 223, 229 et 237 avec *Act. apost.*, IX, 36, à 41.

(1) *Matth.*, XXVII, 52-53.
(2) Marmisse, p. 243.

Enfin, les nerfs de la partie affectée peuvent s'atrophier. M. le docteur Gluge, qui les a examinés au microscope, n'a pas trouvé que leur texture fût altérée.

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la paralysie du mouvement des membres supérieurs se compose de trois questions, savoir :

I. Y a-t-il paralysie? Est-elle limitée au mouvement ?
II. Quels sont les muscles atteints de paralysie ?
III. Quelle est la cause de la paralysie?

I. *Y a-t-il paralysie? Est-elle limitée au mouvement?*

Pour résoudre cette question, il faut comparer la paralysie avec les maladies qui ont le plus de rapport avec elle.

La contracture essentielle des extrémités, qui a lieu surtout aux muscles de la main et de l'avant-bras, pourrait être confondue avec la paralysie, qui a beaucoup d'affinité avec elle ; mais la contracture est précédée de douleurs, de fourmillements incommodes dans les parties malades ; les muscles, au lieu d'être mous et non contractés, sont tendus, résistants, durs comme du marbre ou de l'acier, lorsque les contractures spasmodiques sont portées au dernier degré.

La rétraction musculaire s'éloigne aussi beaucoup de la paralysie ; dans cette dernière, les fibres des muscles n'ont pas subi de raccourcissement; dans la rétraction, les muscles ont éprouvé une réduction réelle et absolue, dépendant du plissement de leurs fibres. Si la nutrition languit dans le muscle paralysé, elle est vicieuse dans le muscle affecté de rétraction. La distinction entre la paralysie et la flexion permanente des doigts s'établira aussi facilement. Ainsi, la flexion permanente est quelquefois due à une maladie préalable des articulations du poignet, à une arthrite terminée par ankylose dans une mauvaise position ; une deuxième espèce reconnaît pour cause une maladie des tendons, des coulisses fibro-tendineuses ; une troisième espèce vient des cicatrices vicieuses de la peau, enfin ce sont des brides qui se sont formées sous la peau, qui ont fléchi les doigts et les maintiennent dans cette position. Aucune de ces lésions n'existe dans la paralysie essentielle.

Chez les enfants, on observe rarement la paralysie essentielle. On évitera de la confondre avec la tuberculisation de l'encéphale en remarquant : 1° qu'à son début la paralysie est instantanée et complète, tandis qu'elle s'établit en général graduellement quand elle reconnaît pour cause les tubercules du cerveau; 2° dans la paralysie essentielle, il n'y a pas d'autre symptôme nerveux que la perte du mouvement.

En effet, il est bien rare que les tubercules cérébraux qui ont déterminé une paralysie, n'aient pas en même temps donné naissance à quelques autres phénomènes, tels que les convulsions, les troubles de l'intelligence, la contraction, la céphalalgie, ou bien les symptômes propres à la méningite, etc. Dans la paralysie essentielle, au contraire, l'enfant est dans son état naturel, sauf les accidents qui peuvent résulter d'une complication évidente, siégeant dans un autre organe que l'encéphale. Cependant dans une observation rapportée par le docteur Baddam, il y avait, indépendamment de la perte des mouvements, un strabisme prononcé. La réunion de ces deux symptômes, en l'absence de tout autre, ne devra pas faire supposer l'existence de tubercules cérébraux, et il nous semble qu'on doit encore diagnostiquer une paralysie essentielle (Rilliet et Barthez, t. 2). Enfin, c'est en pinçant avec les doigts, en piquant avec une épingle la peau du membre supérieur que l'on s'assurera si la paralysie est bornée seulement au mouvement, ou s'il y a en même temps anesthésie.

II. *Quels sont les membres atteints de paralysie?*

On reconnaît que tous les muscles des membres supérieurs sont paralysés sans grande difficulté; les malades ne peuvent faire mouvoir les unes sur les autres aucune des parties dont se composent les membres thoraciques; ceux-ci sont pendants sur les côtés du corps ; lorqu'un seul est paralysé, le malade le soulève instinctivement avec l'autre main, pour se débarrasser d'un poids fatigant.

Si la paralysie est bornée à un seul muscle ou à quelques-uns seulement, le malade n'est privé que des mouvements auxquels ceux-ci concourent. On arrivera à déterminer quels sont les muscles paralysés, en prescrivant au malade d'exécuter les mouvements qui nécessitent la contraction de ceux-ci ; on aura surtout soin de placer le membre dans des conditions telles que les muscles supplémentaires de celui que l'on veut étudier ne puissent agir; c'est ainsi que pour étudier l'état du court supinateur, on maintiendra l'avant-bras dans l'extension afin d'empêcher toute contraction du biceps, etc.

« tiques, comme le foie, la rate, le rein, étant remis en circulation et « en contact avec l'air, tous les autres phénomènes accessoires de la « vie se rétabliront aussi nécessairement (1). » Voilà le miracle réduit à son *minimum;* un peu de principe nerveux, et le tour est fait. Mais malheureux! que direz-vous de la résurrection des saints qui dormaient depuis longtemps dans leurs sépulcres au moment où Jésus expira et où un tremblement de terre ouvrit leurs tombeaux? Ces ossements-là n'avaient ni cœur, ni poumon, ni sang veineux, ni vaisseaux, ni organes parenchymateux, que pouvaient-il faire de votre principe nerveux? Tenez, laissez là les résurrections et allez porter plus loin votre bagage médical.

Bagage assez mince, du reste, ainsi qu'on va le voir. L'auteur n'est pas précisément érudit, et il est particulièrement brouillé avec les noms propres. Il écrit *Viret* pour Virey (2); il accorde deux *r* à Esquirol (3). Dulaurens, l'illustre Dulaurens, qui vivra jusqu'à la postérité la plus reculée pour avoir écrit son impérissable *Traité des écrouelles*, et pour avoir démontré que la main d'Henri IV guérissait chaque année plus de quinze cents scrofuleux (4), Dulaurens, disons-nous, sous la plume de M. Marmisse, se transforme en *Delauren* (5). Faute d'impression sans doute? Hélas non! car cette hérésie bibliographique reparaît cinq fois en quatre pages. Galien, l'immortel Galien, l'un des pères de la médecine, n'a pas trouvé grâce devant la plume de M. Marmisse, qui le cite à tort et à travers, et qui ne manque jamais d'écrire son nom comme celui de l'empereur *Gallien* (1). C'est à peu près comme si on écrivait *Hypocrate*, ou *Selce.* Il est fâcheux pourtant que M. Marmisse n'ait pas jugé convenable de lire les œuvres du médecin de Pergame, il aurait trouvé plusieurs passage sur le christianisme en général (2), et sur la médecine chrétienne en particulier, entre autres celui-ci, qu'un copiste bien pensant a pieusement intercalé dans le *Traité des maladies des reins :* « Si tandem, in casibus ita deploratis, hæc frustra admoveris, non absurdum erit nos, ceu Christianos (si Deo rem committas) ad maxima nostra et vera arcana confugere, quibus et credo et confiteor, non corporis solum affectus, et à quibus omnes medici desperarint, persanari, sed omnes etiam animi passiones funditùs extirpari (3). » Il y a gros à parier que Galien n'a jamais dit cela, mais il aurait dû le dire, et nous n'en persistons pas moins à croire que M. Marmisse, dans la prochaine édition de son livre, fera bien d'enlever une *l* au nom de *Gallien* et de la reporter sur le mot *pupile*, qui ne méritait pas l'amputation que l'auteur lui a fait subir (4).

A propos de la pupille, nous nous faisons un plaisir de reproduire une opinion hardie de M. Marmisse, sur l'anatomie de l'œil : « Après « l'iris est un autre petit espace, la chambre postérieure, rempli

(1) *id.*, p. 247.
(2) Pages 325 et 328.
(3) Page 293.
(4) Laurentius, *De mirabili strumas sanandi vi Regibus Galliarum christianis divinitùs concessâ.* Paris, 1609; in-8.
(5) Pages 313, 314, 316.

(1) *Voyez*, entres autres, page 108, 253, 287.
(2) *Galeni opera*, ed. Proben; Bâle, 1549, in-fol. ; *De differentiis pulsuum*, lib. II, cap. III, t. IV, col. 209 B ; et lib. III, cap. II, col 235. A. *De usu partium corporis humani*, lib. XI, cap. 14, t. I, col 718.
(3) Galien, *Loc. cit.*, *De renum affectuum dignotione et medicatione*, cap. 23, in fine. T. VI, col. 577. D.
(4) Page 31, ligne 15; page 32, ligne 23.

Mais s'il faut faire attention à empêcher l'action des muscles supplémentaires, il faut observer aussi que certains muscles ne peuvent bien agir que lorsque d'autres sont déjà en activité. Comme exemple je citerai les interosseux, qui ne peuvent pas bien écarter les doigts, lorsque les phalanges ne sont pas étendues les unes sur les autres et sur les métacarpiens.

Enfin, il est bon de remarquer que les muscles qui ne sont pas attaqués ne jouissent pas autant de la liberté de leurs mouvements, à cause du défaut d'harmonie qui règne dans l'accomplissement des fonctions que ces organes ont pour but de remplir.

III. *Quelle est la cause de la paralysie?*

Lorsqu'on a déterminé qu'il existe une paralysie du mouvement d'un des membres thoraciques ou de quelqu'une de leurs parties, qu'on a déterminé quels sont les muscles paralysés, il faut remonter à la cause de la paralysie. On y arrive ordinairement à l'aide des symptômes généraux que présente le malade et des commémoratifs; néanmoins ceux-ci peuvent faire défaut; alors, en galvanisant les muscles, en examinant avec soin l'état de la contractilité et de la sensibilité électrique on obtient quelquefois des résultats qui éclairent sur l'étiologie.

En parlant des symptômes des diverses paralysies, j'ai déjà fait connaître l'état de la science sur ce sujet, je ne pourrais y insister davantage sans m'exposer à des redites; toutefois, je dirai que M. le professeur Grisolle a pu déterminer la nature de la paralysie dont était affecté un de ses malades en analysant le vin que celui-ci consommait habituellement; il fut démontré qu'il contenait du plomb.

CHAPITRE V.

PRONOSTIC.

Une paralysie du mouvement d'un membre thoracique est toujours une maladie importante; néanmoins, le pronostic que l'on doit porter est variable.

Il est grave lorsque la maladie résiste à tous les moyens de traitement que l'on peut employer, et cela arrive quelquefois. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, la paralysie locale guérit au bout d'un temps plus ou moins long.

Tant que la maladie existe, les malades ne peuvent se servir de leurs bras; cet état est très-fâcheux, d'autant plus que la paralysie atteint des ouvriers qui vivent de travaux manuels. Si la paralysie est incomplète et bornée à quelques faisceaux musculaires, les malades peuvent aussi difficilement se servir de leurs mains et sont obligés de renoncer à tout travail.

C'est à sa durée surtout que cette affection emprunte sa gravité; le membre supérieur devient un poids très-fatigant et est une cause constante d'embarras.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT.

Le traitement de la paralysie des membres thoraciques est excessivement varié. Les auteurs qui ont écrit sur la paralysie saturnine ont signalé des moyens divers qui avaient leur raison dans les idées médicales de l'époque où ils vivaient. Ainsi, Astruc et Bordus, qui l'attribuaient à la compression de l'origine des nerfs, avaient recours aux antiphlogistiques et surtout aux saignées.

Plus tard, on chercha à exciter la contractilité musculaire et l'on eut recours aux excitants de toute espèce, aux eaux minérales ferrugineuses, aux préparations de quinquina qui furent excessivement vantées. Stoll conseille les spiritueux contre la paralysie des peintres; il a eu recours en frictions, à l'ammoniaque liquide, à l'alcool camphré, à l'huile d'amandes douces mêlée à l'huile de cantharides, aux huiles de romarin, de jusquiame, de muscade, etc.

D'autres auteurs placèrent leur confiance, pour produire les mêmes effets, dans les rubéfiants, les sinapismes et les sudorifiques; les vésicatoires volants, appliqués sur les parties paralysées furent aussi employés. Astruc, Huxham et de Haen obtinrent des succès à l'aide de frictions sèches le long de l'épine, dans l'aisselle et sur le trajet des nerfs du plexus brachial.

Les douches d'eau froide ou de vapeurs sur les parties paralysées par l'excitation saccadée qu'elles produisent ont été d'un utile secours; c'est dans ces derniers temps qu'on en a fait un grand usage.

La noix vomique, la strychnine et la bruccine sont fréquemment mis en usage actuellement.

La bruccine à petites doses par la méthode endermique a été employée avec succès par M. Bricheteau contre la paralysie saturnine des extenseurs de l'avant-bras; il l'a même ad-

---

« d'un autre liquide encore plus réfringent, *c'est l'humeur vitrée.* « Derrière est suspendu verticalement le corps réfringent par excel- « lence, c'est le cristallin (1). » Tout bien considéré, l'auteur a pourtant fini par renoncer à cette manière de voir, et dans un *erratum* subversif qui termine son livre, il a remis l'humeur vitrée à sa place. Mais il est resté fidèle à une autre opinion anatomique non moins hardie que la précédente. Pour *éclairer* l'histoire du sourd-muet guéri par la salive de Notre-Seigneur Jésus-Christ, il a jugé opportun de décrire la caisse du tympan. « C'est une cavité qu'on a « comparée avec assez de justesse à une caisse militaire, à cause des « deux membranes sèches qui la séparent, la plus externe, du con- « duit auditif externe, *la plus interne, du conduit auditif interne* (2). » Ainsi la membrane de la fenêtre ronde, ou tympan secondaire, est placée entre la caisse et le conduit auditif interne. Il importe peu de savoir ce que devient le limaçon. On voit tout de suite combien cela simplifie l'étude de l'oreille interne, et on ne saurait trop déplorer l'obstination des anatomistes modernes, qui persistent à placer la fenêtre ronde entre la caisse et la rampe tympanique du limaçon.

Puis croyez maintenant « aux affiches des coins de rue qui pro- « clament unanimement notre siècle le siècle des lumières (3). »

Mais c'est surtout sur les questions qui se rattachent à la médecine pratique, que les solides connaissances de l'auteur brillent de leur plus pur éclat. Pour lui, la fiente d'hirondelle tombant sur les paupières fermées des deux yeux d'un homme endormi est une cause *naturelle* de la conjonctivité (1), et le fiel de poisson produit sur cette inflammation un effet *naturel* analogue à celui des collyres astringents. Quant à la toile blanche, pareille à la pellicule de l'œuf, qui sortit des yeux de Tobie au moment de sa guérison, M. Marmisse, considérant que rien de semblable ne peut se détacher de la cornée, est conduit à faire une supposition qu'il trouve assez probable : « Ne « serait-ce pas une fausse membrane organisée par l'inflammation « entre les deux bords libres des paupières, et qu'avait ainsi produit « une adhérence entre les deux cils palpébraux? Cette affection est « toujours accompagnée d'une opacité plus ou moins étendue de la cor- « née. *Dans* Tobie, l'opacité *aurait* pu être assez minime pour que « l'ouverture palpébrale étant redevenue libre, les rayons lumineux « *-aient* pu passer en assez grande quantité. C'est ce qui expliquerait « la rapidité de la guérison *même par un moyen tout naturel* (2). » Quel ophthalmologiste que M. Marmisse, et quel grammairien aussi ! Mais ce ne sont là que des bagatelles. Veut-on savoir quel est le but de cette description fantastique et de cette croyance aux vertus *naturelles* de la fiente d'hirondelle et du fiel de poisson? Hélas, ce but est de pouver que la maladie de Tobie fut *naturelle* et que sa guérison fut *naturelle* aussi. Est-ce sérieusement que l'auteur se donne pour bon catholique? et ne s'aperçoit-il pas que tout ceci sent fortement l'hérésie?

(1) Page 31.
(2) Pages 71 et 72.
(3) Page 9.

(1) Page 36.
(2) Pages 36 et 37.

(*La suite au prochain numéro.*)

ministrée à l'extérieur, en commençant par 1 centigramme et augmentant chaque jour la dose de 1 centigramme, jusqu'à ce que l'effet devînt sensible. (*Gazette des hôpitaux*, 1845, p. 612.)

On trouve dans les recueils d'observations un grand nombre de faits qui montrent le parti avantageux qu'on peut tirer de la strychnine.

L'électricité, introduite dans la pratique par de Haen, est actuellement très-employée sous diverses formes; dans quelques cas, on y joint l'acupuncture; M. le professeur Chomel, M. Bird ont rapporté chacun plusieurs observations de paralysie des membres supérieurs guérie par l'électricité; le jeune homme que j'ai vu avec M. Demarquay a guéri par ce moyen en deux mois.

J'ajouterai, en finissant, que l'on a vu des malades dont la paralysie avait résisté à tous les traitements, et qui ont été guéris spontanément à la suite d'une variole discrète, après l'expulsion d'un tœnia.

RÉSUMÉ.

1° Un grand nombre des causes peuvent produire la paralysie du mouvement des membres supérieurs;

2° La paralysie peut affecter les deux membres supérieurs ou un seul dans toute son étendue; d'autres fois la paralysie est restreinte à quelque portion du membre thoracique;

3° Dans la partie paralysée la contractilité et la sensibilité électro-musculaires sont tantôt intactes, tantôt plus ou moins abolies ou diminuées l'une ou l'autre, d'autres fois toutes deux sont détruites.

4° Pour établir le diagnostic de la paralysie, il fait rechercher non-seulement quels sont les muscles privés de leur action, mais encore remonter à la cause de la paralysie;

5° Dans le traitement, on doit surtout chercher à exciter la contractilité musculaire.

Nouveau traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée et appliquée au moyen d'instruments nouveaux.

Par le docteur Boulu, médecin par quartier de l'Empereur.

Voici la Note communiquée par M. Boulu, et que nous n'avons fait que mentionner au compte rendu.

Appareils.

1° Une ventouse dite *électrique*. En faisant le vide, on détermine la proéminence de la tumeur dans sa cavité; si l'on dirige alors sur la surface les deux courants, ceux-ci, se rencontrant à l'intérieur, stimulent l'action des vaisseaux lymphatiques.

2° Des plaques granulées de diverses formes et de différentes grandeurs à un, deux et quatre courants, qui ont pour but de diviser à l'infini le fluide électrique, et d'établir des courants sur toute la surface des tumeurs, quel que soit leur volume.

Les plaques à deux et quatre courants réunis ont, en outre, l'avantage de diriger plus facilement le fluide sur les tumeurs et de l'y concentrer.

Celles à disque ouvert et en demi-lune sont destinées à saisir les ganglions par leur base, à bien les fixer et les circonscrire.

3° Des plaques à pointes longues et mousses de différentes grandeurs, à un, deux et quatre courants. Ces plaques, quoique n'opérant pas une aussi grande division du fluide que les précédentes, pénètrent plus profondément dans les tumeurs, et agissent ainsi d'une manière plus énergique sur les ganglions hypertrophiés, souvent recouverts de tissus graisseux.

Celles en forme de tulipes saisissent plus immédiatement les ganglions, d'ordinaire très-mobiles.

4° Un rouleau granulé à deux courants, qui détermine plus de chaleur et fournit une plus grande dose d'électricité, divisée à l'infini par son roulement continuel et par la pression qu'il exerce sur les parties malades.

5° Une pince à deux courants à coquilles de rechange et à vis de pression. Cet instrument a le triple avantage : 1° de fixer la tumeur; 2° de l'électriser; 3° de la comprimer à volonté.

6° Une mollette à un ou deux courants.

7° Un diviseur à deux courants.

8° Enfin un poinçon-olive.

Presque tous ces instruments, tout en fournissant beaucoup de fluide électrique, opèrent en même temps, vu leurs formes si diverses, une compression et un écrasement plus complets que ceux que l'on obtient avec les doigts ou avec les deux plaques de bois émoussées de notre honorable confrère, M. le professeur Velpeau.

Tous ces instruments, de même que ceux que nous avons déjà présentés en 1854, ont été construits par les frères Breton, dont on connaît l'habileté dans la fabrication des appareils destinés à l'application de l'électricité médicale.

Dans toutes nos expériences, nous nous sommes servi de l'ingénieux appareil électro-médical de MM. Breton. Par sa simplicité, il est le mieux approprié au besoin de tous les praticiens auxquels il rend chaque jour des services signalés.

Observations pratiques.

Comme fait essentiel, chez tous nos malades nous avons observé, au point de vue de leur état général, une amélioration sensible de la santé sous l'influence du traitement électrique, alors même que l'engorgement ganglionnaire n'avait pas entièrement disparu.

En second lieu, nous pouvons dire que le traitement des engorgements des ganglions lymphatiques par l'application du fluide électrique réussit d'autant mieux qu'ils sont de consistance plus molle, qu'ils sont plus superficiels et de date plus récente, que les sujets qui en sont atteints sont plus jeunes, qu'ils ont une bonne constitution, qu'il n'existe qu'un ou deux ganglions au lieu d'un grand nombre, qu'ils se sont développés sous l'influence de causes plutôt locales que générales, qu'ils ne sont point encore arrivés, par leur ancienneté, à un état d'induration trop grande ou encore moins de dégénérescence fibreuse ou squirreuse, et qu'enfin ils ne sont pas sous l'influence d'une diathèse quelconque.

Le traitement électrique est d'ailleurs d'une application facile avec nos appareils; il n'expose à aucun danger les malades qui, en général, le supportent très-bien; il ne laisse après lui aucune difformité, et, alors même que l'opération serait inévitable, il aura toujours pour avantage de diminuer le volume de la tumeur en faisant disparaître l'engorgement du tissu cellulaire ambiant.

Qu'y a-t-il en effet de si surprenant dans la guérison de ces tumeurs lymphatiques par le fluide électrique! Cet agent, qui par sa puissance d'action ne peut être comparé à aucun autre, a donc sur toutes les autres médications employées jusqu'à ce jour une supériorité incontestable. Il exerce d'abord son action stimulante et résolutive sur le tissu cellulaire ambiant des tumeurs, lequel est presque toujours engorgé, puis il en pénètre l'intérieur, et, par son excitation continue, il y porte la chaleur et la vie en rendant aux vaisseaux lymphatiques les qualités absorbantes qu'il ont perdues.

Le traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée doit donc prendre rang parmi ceux, déjà si nombreux, employés de nos jours; d'ailleurs ce nouveau moyen n'exclue pas les autres, il peut au contraire leur être d'un grand secours en favorisant surtout l'action des fondants.

Nous n'insistons donc pas davantage sur l'efficacité de notre traitement; il sera aisément apprécié par ceux de nos confrères qui voudront bien le mettre en pratique; pour notre part, nous nous estimerons heureux si les instruments électriques

ci-dessus décrits et les faits par nous relatés peuvent fixer un instant l'attention bienveillante de l'Académie.

Plusieurs auteurs, en traitant de l'électricité appliquée à la thérapeutique, ont parlé des succès qu'ils onteus dans le traitement des tumeurs en général. Nous sommes loin de les nier; mais nous ne sachions pas que des guérisons d'adénites cervicales aient été obtenues par ce moyen. C'est ce qui nous fait présumer, sans toutefois l'affirmer, que nous sommes les premiers qui ayons publié des observations de guérisons d'engorgements ganglionnaires du cou par l'électricité localisée et appliquée avec des instruments de notre invention.

Cas de tétanos déterminé par la vaccination et guéri par des doses considérables d'opium.

Par M. le docteur J.-B. Cottman.

Les accidents traumatiques ou d'infection générale (1) consécutifs à la piqûre vaccinale et à l'insertion du virus vaccin sont si rares, qu'on peut à peine en rencontrer quelques cas, bien que les vaccinations se comptent par millions. Toutefois, si les accidents d'infection générale sont à peu près inconnus dans l'espèce, il n'en est pas tout à fait de même des accidents traumatiques. Pour notre propre compte, nous avons été appelé à soigner un érysipele fort grave qui a mis, pendant une dizaine de jours, dans un danger imminent, un enfant de six à huit mois, fort et bien portant. Cet érysipèle avait pour point de départ, non les piqûres, mais le développement même des pustules de l'un des bras, et s'est étendu de là à toutes les parties du corps, moins la tête. Nous connaissons aussi le cas d'un autre enfant de deux mois, né débile, et, bientôt après, affecté de diarrhée et d'amaigrissement, vacciné peut-être intempestivement, et dont l'un des boutons s'est tranformé en une escarre large et profonde qui n'a pas peu contribué à amener une terminaison fatale. Dans le cas présent, on pourrait désirer, dans la relation du fait, plus de détails constatant l'absence de toute autre cause de tétanos; car, même dans les pays où cette maladie se développe avec le plus de facilité, on n'a pas, que je sache, constaté jusqu'à présent que les piqûres vaccinales ou le développement de la pustule inoculée prédisposassent au tétanos.

Observation. — Une négresse, attachée à une plantation, tombe malade et est envoyée tout de suite à l'hôpital. A son entrée, elle se plaignait de difficulté dans la déglutition et de sensation de stricture au sommet du sternum avec rigidité des muscles de la face et des extenseurs des extrémités : bain tiède, frictions, à titre de vomitif une préparation de lobelia, qui ne procura que de légers vomissements. Le lendemain, ventouses sèches le long de l'épine dorsale; tous ces moyens ne produisirent que peu d'effet, car le jour suivant il y avait des spasmes, de l'opithostonos, une rigidité complète des extenseurs, et les mâchoires ne pouvaient être écartées même en employant une très-grande force. Un lavement, composé d'une petite quantité d'huile et de lait, de 2 onces de teinture de lobelia, de 2 onces de teinture d'opium, eut pour effet de relâcher les intestins, de détendre le système général et de la jeter dans une prostration profonde sans lui faire perdre connaissance ; car la malade continuait de répondre d'une manière raisonnable aux questions qui lui étaient adressées; ventouses nombreuses le long de l'épine, quatre grains d'opium pour la nuit, continuation des lavements en moindre quantité et purgatif actif au jalap pour le lendemain. Deux jours après, son état était quelque peu amélioré, mais les muscles des extrémités et des mâchoires étaient encore rétractés; impossibilité de tirer la langue, sens à l'état normal ; aucune douleur, si ce n'est au bras vacciné qui avait été fortement cautérisé avec le nitrate d'argent le jour de l'entrée à l'hôpital, et qui présentait une escarre de la grandeur d'un dollar d'argent sur laquelle on avait maintenu des cataplasmes détersifs. Quatorze jours après le début de l'attaque, la contracture des muscles avait presque entièrement cessé, le sujet pouvait ouvrir la bouche, manger de bon appétit et bientôt marcher; la plaie du bras suppure abondamment et a bon aspect; les pilules et les lavements opiacés sont continués, mais à doses moindres et la guérison tarde peu à être complète. La malade a pris, pendant le cours de l'attaque, environ 2 onces d'opium solide et 2 livres 4 onces de laudanum en lavement.

(*The New-Orleans Medical and Surgical Journal* et *Gaz. hebd.*)

(1) Il ne faut pas confondre l'*infection générale* avec la *manifestation générale* de l'infection, la première a lieu dans tous les cas où la vaccine prend; la seconde seule est rare. N. du R. en chef.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE.

Part quintuple chez une vache après un seul accouplement.

Après la chèvre et la brebis, c'est la vache qui présente le plus d'exemples de parts doubles. Chez les femelles de ces trois différentes espèces, les parts de trois fœtus sont peu fréquents, surtout chez celles de l'espèce bovine; ceux de quatre le sont encore moins; ceux de cinq sont extrêmement rares.

Rainard a publié plusieurs observations de parts multiples chez les petits et les grands ruminants. Le *Journal de l'Ecole de Lyon*, en 1845, a fait connaître un cas de part quintuple chez une brebis. On a aussi observé, chez certaines vaches, des parts de quatre veaux.

Bien que la plupart des ruminants semblent, par leur nature même, ne devoir donner qu'un seul fœtus, quelques-uns cependant en donnent deux à chaque part. Ainsi, la variété de moutons importée de l'Inde dans les Flandres aujourd'hui, bien accoutumée aux climat et aux autres influence de ces localités, donne le plus ordinairement deux agneaux.

Voici le fait recueilli par M. Cassina.

Le 9 mars 1855, dans le bourg des Mottura, une vache de dix-huit ans, de race indigène, appartenant à François Mottura, éprouva, vers les onze heures de la matinée, des douleurs passagères annonçant une parturition prochaine. Au dire du propriétaire, cette vache avait encore vingt jours pour arriver au terme de la gestation ; il craignait un avortement. M. Cassina, qui avait été appelé, se préparait à une exploration vaginale, lorsqu'il vit apparaître la poche des eaux, et, après quelques efforts expulsifs, les extrémités se présenter avec la tête du fœtus en position normale. Quelques légères tractions, combinées avec les contractions de l'utérus, suffirent pour amener un veau femelle vivant et en parfait état. La vache qui avait vêlé, étant couchée, ne chercha pas à se relever; après un repos de quelques minutes, les douleurs recommencèrent, et le placenta fut expulsé dans son entier.

La vache continua à rester couchée, et les douleurs persistèrent. M. Cassina, eu égard au volume de l'abdomen, soupçonna l'existence d'un autre fœtus. L'exploration vint confirmer son pronostic. A une heure, naquit un deuxième veau mâle, et, avant trois heures, un troisième veau femelle voyait le jour; la mère rejeta ensuite un deuxième placenta, mais plus volumineux que le premier. Quoique peu affaiblie par un travail indiscontinu qui avait duré plus de trois heures, cette vache but avec avidité un breuvage qu'on lui présenta; elle se leva, et ses trois veaux furent placés près d'elle, mais elle n'en prit aucun soin. Un peu de foin lui fut donné; elle le mangea sans presque le mâcher. Cet état de bien-être apparent fut de courte durée, car bientôt reparurent des douleurs lentes qui se succédèrent de loin en loin jusqu'au soir. Un litre de vin aromatique tiède fut administré. Sous l'influence de ce breuvage, les contractions devinrent plus actives; deux pieds parurent au dehors par le vagin, puis la tête, et, en somme, un veau mâle aussi bien portant et aussi vigoureux que les autres. Peu de temps après, et sans difficulté aucune, arriva un cinquième veau femelle, qui fut suivi d'un troisième placenta complet.

Le part de ces deux derniers veaux fut long et laborieux, bien que les fœtus fussent en présentation et en position normales.

Déjà, un an auparavant, cette vache avait fait deux jumeaux ; elle les avait élevés. Ce ne fut pas le même taureau de l'année précédente qui féconda cette vache de ces cinq veaux, mais un autre plus jeune, plus robuste et plus parfait de formes ; il était si prolifique, que dans l'intervalle d'une année il eut, dans les environs, plusieurs jumeaux. La mère de ce taureau élève actuellement deux jumeaux mâles, frères et fils en même temps de ce magnifique reproducteur.

Ces cinq veaux, qui pesaient chacun plus de 17 kilogrammes, n'ont pas survécu, quoique pleins de vie et parfaitement développés ; ils ont succombé à une véritable indigestion pour avoir tété un lait trop fait. La vache qui les allaita donnait du lait depuis longtemps déjà ; la mère, soit pour avoir vêlé avant le terme, ou plutôt à cause de son âge avancé, avait les mamelles vides et flétries. Au bout de huit jours, ces cinq veaux étaient morts.

M. G. Lessona voit dans ce fait deux particularités intéressantes. La première, c'est le développement de cinq fœtus de même force et de même volume. Il pense que deux logés dans une même enveloppe, et deux dans une autre, occupaient probablement la corne droite et la corne gauche, et le cinquième, avec un seul placenta, le corps même de l'organe avec ses enveloppes propres ; qu'il aurait dû, suivant lui, avoir un volume plus considérable et être un obstacle réel au développement des autres, mais il n'y avait aucune différence entre eux. La seconde, la plus surprenante, c'est la présentation normale antérieure de cinq fœtus dans une même portée, l'observation lui ayant démontré que, quand il y a plus de deux fœtus, ils sont presque toujours en position distocique, ou au moins en présentation postérieure.

Quant à la question depuis longtemps agitée, à savoir : lequel du sexe mâle ou du sexe femelle exerce la plus grande part d'action dans les fécondations multiples, M. G. Lessona ne pensait pas que ses observations pussent avoir une graude valeur, parce qu'il les avait faites sur des animaux se multipliant en état de liberté, et que, dans ces conditions, une part double est chose extrêmement rare. De plus, on est dans ces contrées dans l'usage d'introduire plusieurs taureaux dans le même troupeau. Il est donc impossible de dire, même approximativement, lequel des reproducteurs est le père des jumeaux.

Cependant les faits qu'il a observés l'autorisent à pouvoir dire que c'est au mâle qu'il faut attribuer la plus grande part dans les fécondations doubles ; mais il ne saurait affirmer si ces fécondations ont été suivies d'une seule ou de plusieurs copulations, bien qu'il soit convaincu que par un seul accouplement plusieurs ovules peuvent être fécondés. Il paraîtrait donc que l'aptitude à féconder plusieurs ovules serait due à la jeunesse et au bon état du reproducteur, les femelles se trouvant, à parité de circonstances, dans des conditions identiques.

Quoi qu'il en soit, il est évident que les cas de gestations gemellaires ou multiples chez les femelles des espèces domestiques qui ne donnent ordinairement qu'un seul produit sont des exceptions assez rares que l'on ne rencontre que dans l'état de domesticité. Et, en effet, on a déjà dit et répété que sur les espèces domestiques l'influence de la nourriture, de l'abri et des soins augmente la faculté procréatrice.

M. G. Lessona rapporte que dans le domaine royal de Sardaigne, sur un nombre de 200 vaches, toutes destinées à la reproduction, de 1819 à 1824, il n'y a pas eu de part double. Le système d'élevage est commun pour les mâles et les femelles. Elevés avec la plus grande parcimonie, on comprend que les reproducteurs doivent être chétifs, leur développement ayant été lent et tardif.

Cette vicieuse coutume est commune dans toute l'île, aussi n'y voit-on jamais de jumeaux.

En 1824, il tenta d'améliorer la race indigène en changeant le système d'élevage. L'entreprise était difficile pour deux motifs : le premier à cause de la difficulté du choix des sujets, qui étaient tous très-mauvais ; le second relatif à l'inconvénient très-grave de parvenir à détruire l'habitude contractée, dès l'enfance, chez les gardiens des troupeaux. Dans ces conditions, il proposa à la direction supérieure le croisement de la race piémontaise avec la race indigène. On composa un troupeau de vaches dans lequel on plaça quelques taureaux de la meilleure race de l'Etat continental. En 1825, il arriva 15 vaches et 7 reproducteurs, mais les taureaux étaient déjà vieux et d'une taille trop élevée pour des vaches ayant à peine 1m,25. Un seul, le plus jeune de tous, a servi à féconder les vaches piémontaises qui n'étaient pas pleines ; les autres furent châtrés, parce que les contraintes et les fatigues qu'ils avaient éprouvées à bord les avaient irrités au point qu'ils étaient devenus féroces.

Il arriva que les vaches piémontaises donnèrent quatre veaux mâles ; ils furent élevés par M. G. Lessona avec beaucoup de soins. A deux ans, on les accoupla avec les bêtes les moins laides du pays. Au printemps suivant, sur 97 vaches qui étaient pleines, 2 donnèrent des jumeaux,

Ces taureaux avaient tété pendant huit mois tout le lait de leur mère, et ils furent nourris au régime mixte jusqu'au moment de les introduire parmi les vaches. Cette même méthode d'accouplement et d'élevage a été continuée jusqu'en 1842 avec les reproducteurs de la race pure piémontaise. A cette époque, ce pays, qu'il quitta, possédait une race bovine qui ne laissait plus rien à désirer, et, tous les ans, on voyait des vaches donner deux veaux.

Ces observations, faites dans un autre établissement royal qui suivit le même système et qui possédait plus de 500 vaches de différentes races, permirent de se convaincre de l'influence qu'exerce un taureau jeune et en bon état sur la fréquence des gestations gemellaires, lorsqu'il a tété pendant longtemps.

En 1849, un taurillon de neuf mois fut acheté par l'Ecole royale ; il continua à téter encore quelque temps. A deux ans il était magnifique. On lui fit saillir 37 vaches de l'extérieur. Sur ce nombre, 5 donnèrent des jumeaux, et sur 7 appartenant à l'établissement, il y en eut 2 qui firent deux veaux, l'une deux femelles, l'autre deux mâles. Ces vaches, ainsi que celles de l'extérieur, sont entretenues dans les mêmes conditions. Dans sa troisième et sa quatrième année, le même reproducteur féconda les vaches de l'établissement et un nombre à l'extérieur presque égal à celui de l'année précédente, mais il ne donna plus de jumeaux.

M. G. Dessona pense qu'une statistique consciencieuse relativement au nombre annuel des jumeaux de l'espèce bovine démontrerait que ces cas sont communs dans les provinces où les éleveurs intelligents sont pénétrés des avantages que peut retirer l'agriculture du perfectionnement des races bovines ; qu'ils pourraient établir à l'avance que la vache la plus parfaite de leur troupeau, la meilleure laitière, donnant un mâle, celui-ci ne doit être appelé à remplacer le reproducteur qu'après avoir tété pendant presque une année entière. (*Recueil de Médecine vétérinaire*, traduit par M. Prangé, d'après un article de M. G. Lessona, inséré dans le *Giornale di veterinaria.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 septembre 1855. — Présidence de M. Régnault.

Punaises. — Une causerie jocoso-sérieuse sur les punaises a occupé une bonne partie de cette séance ; cette causerie revient de droit au feuilleton où nous la reproduirons incessamment et cela d'autant mieux que les comptes-rendus ne reproduisent nullement la physionomie de la séance.

Rapports de complaisance.— Nous renvoyons également à

la chronique la discussion entre le prince Ch. Bonaparte et M. de Quatrefages, le compte-rendu étant ici bien plus infidèle qu'à l'occasion des punaises.

Lit hydrostatique. — M. Neil Arnott, de Londres, lit la note suivante :

Sur le lit hydrostatique ou matelas flottant, en usage dans les hôpitaux de l'Angleterre, proposé d'abord par lui.

C'est une opinion générale que le malaise qu'éprouvent les personnes longtemps assises ou couchées, et qui les force à changer souvent de position ou posture, est principalement une affection du genre nerveux, que l'on appelle fatigue ou ennui de rester immobile, et on croit que l'agitation et l'insomnie que subissent fréquemment les malades alités et affaiblis, est de la même nature. Le fait est pourtant qu'une grande partie de ces souffrances est purement l'effet d'un empêchement mécanique de la circulation du sang dans les parties charnues les plus comprimées entre la masse du corps et le siége ou le lit qui le soutient; et on va voir que cet souffrance, et la mort qui peut en être la suite, sont faciles à éviter par des dispositions mécaniques convenables.

Le cœur agissant comme pompe foulante est l'instrument qui envoie à toutes les parties, par les tubes artériels, le sang chargé des substances nécessaires. La force d'une pompe à eau est mesurée par l'élévation à laquelle elle pousse l'eau, et des expériences ont démontré que le cœur maintient dans les artères une pression qui ferait monter le sang à une hauteur de dix pieds dans un tuyau vertical ouvert, ayant communication avec une grosse artère. Telle est donc la force qui, chez une personne en santé, fait couler le sang dans les artères et à travers les innombrables vaisseaux capillaires des organes, surmontant les obstacles qu'opposent à son passage les frottements intérieurs et les pressions extérieures auxquel les parties du corps peuvent être exposées. Si par l'effet d'une maladie la force d'impulsion du cœur est diminuée, elle pourra devenir insuffisante pour entretenir la circulation dans les parties comprimées, et si dans ce cas la pression exercée sur une partie des téguments se prolonge au delà d'un certain terme, il en pourra résulter destruction de la partie.

Un cas singulièrement instructif et corroborant ces aperçus tomba sous l'observation de l'auteur, et fut l'occasion de la première expérience faite avec un lit hydrostatique. Une jeune dame, après une couche difficile, eut une fièvre accompagnée de débilité musculaire très-extraordinaire. Elle pouvait à peine remuer un doigt et pas du tout le corps pour changer sa position dans le lit; elle n'avait pas la force de faire entendre sa voix, et l'action du cœur était si faible, que le pouls se faisait à peine sentir. Pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, elle resta dans cet état sans sommeil, demandant toutes les dix ou quinze minutes à être retournée dans son lit. A la fin, ayant passé une demi-heure sans faire la demande, les gardes espéraient qu'elle allait mieux ; mais, au contraire, toutes les parties de la peau sur lesquelles elle avait pesé étaient mortes, savoir : sur l'os sacrum, les épaules et les talons, et peu de temps après étant tournée sur les côtés, des escarres se formèrent aussi sur les deux trochanters. Plusieurs hommes de l'art qui la voyaient en consultation jugèrent alors que sa mort était certaine et prochaine. L'auteur, dans cette occasion, remarqua : 1° que la cause des gangrènes locales, bornées exactement aux parties qui avaient souffert la pression, résidait sans aucun doute dans cette pression même ; 2° que si l'on avait placé la malade flottant dans un bain, les escarres n'auraient pas été produites ; 3° qu'il était possible de construire un lit aussi sec qu'un lit peut l'être et aussi doux que le lit fluide du cygne qui repose sur la surface d'un lac. La résolution fut prise de poser la malade immédiatement dans les conditions décrites. On fit préparer une boîte comme une baignoire pour contenir de l'eau ; on étendit sur la surface de la baignoire et de l'eau un large drap de toile de caoutchouc, on posa alors dessus une couverture pliée en quatre comme matelas, et un oreiller, et sur ce matelas, garni comme un lit ordinaire, on posa enfin la malade. Elle flottait là comme l'oiseau sur l'eau, saus pression aucune sensible sur la surface inférieure de son corps. A l'instant elle dit : « Je suis au ciel, laissez-moi en repos. » Elle s'endormit et resta sans mouvement près de cinq heures. A son réveil elle prit de la nourriture; bref, elle fut sauvée. Les sept masses de chair morte se séparèrent par suppuration, et les endroits ulcérés se cicatrisèrent.

On aurait pu croire qu'un seul cas de cette nature, publiquement connu (et beaucoup de cas semblables se sont présentés depuis), eût causé l'adoption presque immédiate et générale du nouveau moyen de soulagement et de guérison ; mais l'introduction n'a été que graduelle. La connaissance imparfaite, dans le public et même chez quelques médecins, de la force limitée du cœur comme pompe refoulant du sang, et, par conséquent, la connaissance imparfaite de la nature des ulcères de lit et de la longue souffrance qui les précède et qui souvent tue la personne avant que les escarres se déclarent, a été cause que l'on n'a pas espéré grand avantage d'un moyen mécanique aussi simple que le lit hydrostatique, et qu'on n'y a pas eu recours. En second lieu, la connaissance imparfaite de l'hydrostatique a permis à beaucoup de personnes de croire que les effets d'un sac d'air employé comme lit, ou d'un sac d'eau placé sur une paillasse, seraient les mêmes que ceux du lit hydrostatique sur lequel la personne flotte librement ; et, leurs expériences n'ayant pas produit les résultats qu'elles en attendaient, elles n'ont pas poussé leurs recherches plus loin.

Une personne couchée sur un sac, d'air ou d'eau, est soutenue en réalité sur une toile nue, tendue et dure, car le sac devient dur en proportion du poids placé dessus. Dans le lit hydrostatique, au contraire, la toile de caoutchouc n'aide pas du tout à soutenir le corps qui flotte, mais sert simplement à empêcher que le matelas ne se mouille. Le drap ou toile de caoutchouc est attaché aux bords de la boîte du lit pour qu'il reste toujours à sa place, mais étant deux ou trois fois plus large qu'il ne faudrait pour couvrir la boîte, il reste toujours en plis sur l'eau et sous le matelas. La ressemblance entre le sac d'eau et le lit hydrostatique a trompé beaucoup de personnes. Un sac d'eau, employé comme un sac d'air, n'est qu'un peu moins dur que le sac d'air. L'étoffe est tendue lorsque la personne se place dessus l'un comme dessus l'autre. Un sac d'eau pourtant, à moitié rempli et placé dans une boîte ou dans une cavité quelconque qui en confine les bords, est une des formes du véritable lit hydrostatique.

Le lit hydrostatique, outre l'avantage d'être mou au delà de tout autre lit, a les avantages suivants : une grande facilité de laisser changer la position du malade, comme pour panser une plaie sur le dos ; la facilité de placer un vase sous le corps ; la facilité de maintenir la température désirée ; la facilité, par l'épaisseur des parties du matelas ou des coussins, de donner au malade une position quelconque.

VARIÉTÉ SCIENTIFIQUE.

—Si nous sommes bien informé, l'autorité militaire aurait décidé que MM. les Professeurs de la Faculté seraient chargés du service des hôpitaux temporaires en qualité de médecins titulaires, et MM. les Agrégés en exercice de suppléer les professeurs, comme cela se pratique à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

(*Annales de clinique de Montpellier.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 111. 3e année. Lundi 17 Septembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique ; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96 et 97.)

D'après ce qui précède, il est évident que l'aménorrhée, qui constitue le phénomène le plus ordinaire et le plus frappant dans une période avancée de la fièvre typhoïde, n'est point l'effet du traitement mis en usage, mais le résultat de la maladie. Nous l'avons observée aussi bien chez les malades traitées par des évacuants et même par des saignées coup sur coup que chez celles qui ont été traitées par l'expectation. Les émissions sanguines abondantes pratiquées simultanément avec les règles ou quelques jours auparavant paraissent seulement avoir pour résultat la diminution dans la durée et l'abondance de l'hémorrhagie, comme cela paraît avoir eu lieu chez la troisième malade. Le genre de traitement peut aussi avoir quelque influence sur l'époque du retour des règles. Ainsi il ne serait pas du tout étonnant que, toutes choses égales d'ailleurs, les malades qui ont été saignées abondamment exigeassent ensuite plus de temps pour le retour de la menstruation ; que cette fonction se rétablisse plus tôt chez les femmes à qui la position de fortune permet de se procurer une bonne nourriture ou respirer l'air de la campagne dans la convalescence que chez celles qui sont obligées de passer cette convalescence à l'hôpital ou de reprendre les travaux habituels avant d'être complétement guéries.

La fièvre typhoïde n'est pas la seule affection où l'on observe l'aménorrhée à une période tant soit peu avancée de la maladie. Cependant, si nous exceptons les fièvres éruptives, il y a peu d'autres maladies où l'aménorrhée soit aussi constante que dans la fièvre typhoïde. Ainsi sur dix malades dont nous avons donné l'histoire, pas une seule n'a eu ses règles dès que la maladie a été déjà un peu avancée, tandis que sur trois pleuro-pneumonies où M. Hérard a pu constater l'état de la menstruation à pareille période de la maladie, les règles n'ont manqué qu'une seule fois, les deux autres fois elles ont paru, seulement le sang était extrêmement pâle et la quantité diminuée. Dans deux cas de bronchites observées par le même

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Merveilles évangéliques éclairées par les sciences médicales,

Par M. G. Marmisse, médaillé du choléra en 1855.

Un volume in-12, Paris, 1855. — Se vend chez l'auteur, rue Saint-Jacques, No 108, et dans les librairies médicales.

Suite, voir les nos 108 *et* 110.

Cette observation de Tobie fournit à M. Marmisse l'occasion de faire une remarque philologique pleine d'intérêt. « *Dans* le récit de « Tobie il est assez curieux d'*y* voir le mot *albugo* que la science a « longtemps employé pour désigner une des opacités de la cornée. » Cette phrase est riche d'aperçus nouveaux. D'abord nous y apprenons que le récit a été fait par Tobie, quoi qu'il y soit fait successivement mention de la mort et des funérailles de Tobie le père et de Tobie le fils (4). Ensuite nous y voyons que Tobie s'est servi du mot *albugo*, et par conséquent qu'il a écrit en latin ; personne jusqu'ici ne s'en était douté, pas même les protestants, qui ont nié que l'histoire de Tobie eût été primitivement écrite en hébreu, et qui dès lors n'ont pas craint de la classer parmi les livres apocryphes.

Nous en aurions bien long à dire si nous voulions relever toutes les hérésies médicales dont fourmille le livre de M. Marmisse ; nous nous bornerons à en indiquer encore quelques-unes. Suivant l'auteur, la cécité sénile est due à l'atrophie de l'œil, qui est « un des organes les plus éloignés du centre de la circulation (5). » La mort instantanée est toujours due à la rupture du cœur ou d'un gros vaisseau voisin du cœur (6). La putréfaction est une des causes qui peuvent produire la gangrène de la langue (7).

La belle-mère de saint Pierre ne peut pas avoir eu une fièvre éruptive, parce qu'elle devait, suivant un calcul contestable de M. Marmisse, avoir plus de quarante-cinq ans (8). L'auteur aurait mieux fait de garder pour lui ce raisonnement qui repose sur une erreur, et puis à quoi bon mettre en évidence un passage où les ennemis de l'Eglise ne manqueront pas de trouver la preuve que saint Pierre, premier pape, était marié ? Poursuivons : M. Marmisse, à propos de la *femme inclinée*, parle des gibbosités produites par la faiblesse des muscles, et dit que chez les vieillards cette cause suffit pour faire fléchir la colonne vertébrale *à angle aigu* dans la région lombaire ; il ajoute même, de peur de n'être pas bien compris que lorsque ces individus *marchent*, ils ont la tête située *plus bas que le bassin* (1). Il aurait bien dû joindre à cela une petite explication sur le mécanisme de cette marche au moins singulière. Du reste, il admet aussi les difformités par rétraction musculaire, et pense avec Portal que : « si après qu'un bossu est mort, on lui coupe les muscles

(4) *Tob.* XIV, 2 et 16.

(5) Page 34.
(6) Page 52.
(7) Page 66, ligne 20.
(8) Page 92.
(1) Page 117.

auteur, il n'y avait point d'aménorrhée ni dans le cours de la maladie ni pendant la convalescence (1).

Enfin la fièvre typhoïde est une des affections qui disposent assez aux hémorrhagies. Tout le monde sait combien l'épistaxis est commune, surtout au début de cette maladie. Mais il n'est pas non plus sans exemple d'y voir des hémorrhagies utérines. Celles qui se présentent le plus ordinairement sont de courte durée et il faut éviter de les prendre pour l'hémorrhagie menstruelle. En voici un exemple :

La treizième malade, âgée de vingt-deux ans, bien réglée, est entrée à la Charité le huitième jour d'une fièvre typhoïde grave. La veille de son entrée, et dix-neuf jours après la dernière époque menstruelle, la malade avait eu une hémorrhagie assez abondante par le vagin, qui s'est terminée au bout de quelques heures. Loin d'avoir été influencée favorablement, la maladie n'a fait que s'aggraver tous les jours et s'est terminée dix jours plus tard d'une manière funeste.

De tout ce que nous venons de dire de la fièvre typhoïde, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Que la fièvre typhoïde n'a rien dans sa nature qui soit précisément contraire à l'ovulation et à l'hémorrhagie menstruelle; mais, à une période avancée de la maladie, l'une comme l'autre cessent presque toujours, et leur retour se fait attendre ordinairement trois à quatre mois.

2° Règle générale, toutes les fois que la fièvre typhoïde débute peu de jours avant l'époque menstruelle, celle-ci vient et se passe comme de coutume. Mais il n'en est plus de même aux époques suivantes, où l'on observe généralement l'aménorrhée.

3° Lorsque le début de la fièvre typhoïde coïncide avec la fin d'une époque menstruelle, les règles ne reparaissent pas ordinairement à l'époque suivante, et il peut même être utile d'avertir d'avance la malade de l'aménorrhée, surtout si, comme cela arrive souvent, elle se préoccupait beaucoup de ses règles.

4° Dans les cas où les règles paraissent chez une malade affectée de fièvre typhoïde, elles n'impriment aucune influence notable sur la maladie. Qu'elles viennent au début ou dans une période plus avancée de la maladie, on ne peut rien en conclure de favorable ni de défavorable pour l'avenir. Dans l'un comme dans l'autre cas, la fièvre typhoïde poursuit sa marche ordinaire; elle peut guérir ou se terminer d'une manière funeste.

(1) Ouvrage cité, p. 28.

CHAPITRE IV.

Fièvres éruptives; — érysipèle de la fièvre; — dartres.

L'érysipèle a incontestablement plus d'un point de contact avec les fièvres éruptives, et cette analogie est loin d'avoir échappé à l'attention des praticiens. L'étude de la menstruation dans ses rapports avec les maladies nous ayant permis de découvrir quelques nouveaux points de rapprochement entre ces affections, nous avons cru devoir les examiner comparativement dans le même chapitre.

§ I. *Variole; varicelle.*

Nous avons recueilli huit observations de variole, six appartenant à la *variole* proprement dite, et deux à la *varicelle.*

La première malade était atteinte de petite vérole assez discrète. Les règles ont paru le premier jour de l'éruption, et ont continué comme d'habitude, sans avoir fait subir la moidre influence à la marche de la variole.

La deuxième malade est une fille de vingt-cinq ans, affectée de variole confluente, habituellement bien réglée. Le jour de son entrée à l'hôpital de la Charité sa maladie avait déjà huit jours de durée. Après avoir éprouvé pendant vingt-quatre heures de la fièvre, accompagnée de courbature, la malade a consulté un médecin qui lui a pratiqué une saignée; le même jour les règles sont arrivées à peu près à leur époque; le lendemain l'éruption s'est montrée pour la première fois, et a suivi sa marche régulière. Les règles ont continué pendant quatre jours comme de coutume.

La troisième malade est une fille âgée de vingt-trois ans, bien réglée habituellement. En entrant à l'hôpital de la Charité elle était malade depuis trois jours. C'est le même jour, le matin, qu'elle s'était aperçue pour la première fois de l'éruption variolique. Le soir, ses règles sont venues à peu près à leur époque, et malgré la saignée qu'on lui avait pratiquée en arrivant, elles ont continué pendant les premiers jours de l'éruption et ne se sont arrêtées qu'au bout de trois jours, comme d'habitude. La petite vérole a suivi toutes ses phases avec la plus grande régularité.

La quatrième malade, après avoir offert pendant trois jours les symptômes d'invasion a vu le quatrième paraître l'éruption des boutons de la petite vérole. Le cinquième jour de l'éruption, les règles

---

« droits de l'abdomen, son corps se redresse aussitôt (2). » Nous signalons cette particularité intéressante à l'attention de M. Jules Guérin, qui n'a pas encore songé à pratiquer la section sous-cutanée des muscles droits de l'abdomen.

Suivant M. Marmisse, la circoncision, ne *s'applique qu'aux hommes* (*sic*) (1) et n'intéresse absolument que la peau (2), par conséquent elle ne peut donner lieu à une hémorrhagie. Les chirurgiens modernes pratiquent *une espèce de circoncision* pour diverses affections au nombre desquelles figure le phimosis, ou plutôt le *phymosis*, car M. Marmisse fait dériver ce mot du grec φύμα qui veut dire tumeur ou excroissance, et cela le conduit à donner du phimosis une définition toute nouvelle. Le phimosis ne se forme que chez les individus qui ont le prépuce trop prolongé au delà du gland « alors l'urine « peut-être retenue entre eux deux. A l'occasion de son séjour ce « liquide forme des concrétions dans ce même lieu, et il y a ce qu'on « appelle un *phymosis* (3). » Il nous semble que la science peut profiter avantageusement de cette vue ingénieuse. On pourrait conserver le vieux nom de phimosis (de φιμός, *muselieri*) pour les cas ordinaires où le prépuce est simplement trop long ou trop étroit. Cette affection prendrait, au contraire, le nom de phimosis, dérivé de φύμα, lorsqu'elle se compliquerait d'une tumeur constituée par des concrétions urinaires. Cette innovation serait de nature à simplifier les descriptions, sans pour cela les rendre beaucoup plus claires.

(2) Page 118.
(1) Page 166.
(2) Page 168.
(3) Page 169.

M. Marmisse croit que l'ellébore guérit la folie (4), et que la lune exerce quelque influence sur les accès d'épilepsie (5). Il cite même à ce propos l'histoire « d'une jeune fille épileptique qui avait sur le « visage des taches dont les couleurs et les dimensions augmentaient « ou diminuaient selon les différentes phases de la lune. » Que Thomas Bertholin ait cru sérieusement à cette plaisanterie, c'est déjà assez étrange; mais M. Marmisse qui, lui, n'est pas protestant, et qui a autre chose à croire, aurait bien dû en faire justice.

Ses opinions sur la génération sont tout aussi intéressantes. Il croit à la preexistence des germes; l'ovule, avant la conception, renferme déjà « un cœur rudimentaire qui n'attend que le moment favorable « pour entrer en action et commencer la circulation. » Il ne manque à ce cœur qu'une seule chose, le *principe nerveux* (6). Ce principe nerveux qui *éclaire* tant, comme on l'a vu plus haut, l'histoire des résurrections, éclaire tout aussi bien l'histoire de l'immaculée conception. C'est ce qui ressort du chapitre XXI, intitulé : *Dissertation physiologique sur la possibilité d'une vierge-mère...* L'auteur s'étend avec complaisance sur la génération des pucerons. Il s'appuie sur les observations de Bonnet, et en conclut que, dans la classe des pucerons « il peut y avoir plusieurs séries de femelles qui toutes *sont de vé-* « *ritables vierges-mères, dans le sens le plus véritable du mot, et sans* « *aucune restriction* (7). » Sans aucune restriction! Ah! Monsieur, votre main n'a-t-elle pas tremblé quand vous avez écrit cette phrase

(4) Page 285.
(5) Page 288.
(6) Page 198.
(7) Page 202.

sont arrivées à peu près à leur époque. La malade prétend qu'elles se sont supprimées quelques heures après l'application de quinze sangsues au cou, mais qu'elles ont reparu ensuite et ont duré comme d'habitude sans avoir modifié en rien la marche de la maladie.

La cinquième malade, habituellement bien réglée pendant six, huit et même dix jours, après avoir présenté les symptômes d'invasion pendant deux jours, a vu se déclarer l'éruption de la petite vérole. La veille de l'éruption on lui a tiré environ un verre de sang. Le second jour de l'éruption il a paru du sang par les organes sexuels sous l'apparence des règles, et cette hémorrhagie a continué pendant trois jours. La malade, qui considérait cette hémorrhagie comme ses règles, a paru tout étonnée, car elle était toujours régulièrement menstruée, et ses dernières règles avaient seulement fini dix jours auparavant après avoir duré six jours comme cela arrivait le plus souvent. La maladie a suivi exactement sa marche habituelle. Vingt jours plus tard la malade étant déjà convalescente, les règles sont revenues de nouveau par conséquent à peu près à leur époque et ont duré également six jours.

La sixième malade, âgée de vingt ans, bien réglée, venant d'avoir ses règles, lorsque le lendemain elle a été prise de rhumatisme articulaire aigu général Pendant son séjour à l'hôpital de la Charité, on lui a fait une saignée d'une livre le premier jour; le lendemain deux autres saignées de 1 livre et 12 onces, et dans l'intervalle une application de ventouses scarifiées autour du genou et de la main du côté droit. Le troisième jour une nouvelle saignée de trois palettes; le quatrième jour une saignée encore de deux palettes; deux jours après quinze sangsues à l'épaule, et autant au coude du côté gauche. Chose remarquable, malgré un traitement aussi affaiblissant, qui a donné lieu à l'état anémique, caractérisé par le bruit de diable dans les carotides, il est survenu à la malade le vingt-quatrième jour de son séjour à l'hôpital une éruption de petite vérole pour laquelle M. Bouillaud lui a prescrit encore une nouvelle saignée. Nonobstant tout cela, le troisième jour de l'éruption et le lendemain de la saignée les règles ont paru à peu près à leur époque, et ont duré quatre jours comme de coutume. L'éruption a été bénigne et s'est présentée sous forme de varioloïde.

La septième malade était affectée de *varicelle*; ses règles sont venues le premier jour de l'éruption, mais elles n'ont duré que deux jours au lieu de quatre. Entrée le deuxième jour de l'éruption à l'hôpital, elle a éprouvé une vive impression de se voir entourée de beaucoup de malades et attribue à cela la suppression de l'écoulement menstruel. Cette suppression a été suivie de quelques douleurs dans l'hypogastre et les reins, mais la malade a craché comme de coutume.

La huitième malade après avoir éprouvé pendant trois jours de la fièvre avec céphalalgie et sentiment de courbature, est entrée à la Charité. Le jour de son arrivée on lui a pratiqué une saignée, et le même jour, dans la soirée, ses règles sont venues, un peu en avance, d'après ce que supposait la malade qui attribuait ce résultat à la saignée. Le lendemain il s'est déclaré une éruption de vésicules caractéristiques de la varicelle, mêlées de quelques pustules ombiliquées de la varioloïde. Les règles ont duré cinq jours comme d'habitude et la maladie, nonobstant cela, poursuivit sa marche ordinaire.

Les observations que nous venons de citer ont un cachet tout particulier qui les rapproche les unes des autres, et qui en fait, pour ainsi dire, un groupe à part, distinct de ce que nous avons vu jusqu'à présent. Dans toutes les observations de bronchite aiguë de pleuro-pneumonie, et même dans celles de fièvre typhoïde, où il nous a été permis de suivre la marche de la menstruation, les règles venaient presque indistinctement à toutes les périodes de la maladie. La seule chose, par conséquent, dont nous ayons eu à nous occuper, c'était de constater si les règles étaient venues à peu près à leur époque, et si elles avaient exercé quelque influence sur la marche des maladies.

Dans les observations de la variole, que nous venons de citer, il y a quelque chose de plus qui frappe notre attention. Un fait nouveau semble dominer dans cette affection, à savoir : la coïncidence fréquente de la fièvre d'invasion ou du début de l'éruption variolique avec les règles. Sur huit malades, deux fois les règles sont venues la veille de l'éruption (deuxième et huitième), trois fois elles sont venues le premier jour de l'éruption (première, troisième, septième), enfin, trois fois également les règles ont paru le troisième et le cinquième jour de l'éruption (quatrième, cinquième, sixième).

Nous avons déjà fait sentir plus haut combien il est difficile de se rapporter aux renseignements fournis par des malades d'hôpitaux, lorsqu'il s'agit de savoir si les règles que l'on observe chez elles sont venues précisément à leur époque, ou quelques jours en avant ou en retard. La plupart du temps on doit se contenter d'un *à peu près*. Mais quand on voit que sur huit malades atteintes de *variole ou de varicelle*, les règles sont venues sans exception chez toutes pendant la fièvre d'invasion ou dans les premiers jours de l'éruption, on est presque forcément porté à entrevoir quelques rapports entre des phénomènes qui se manifestent simultanément avec une pareille constance. Il n'y a que deux manières de se rendre compte de cette particularité : ou bien la variole, comme la varicelle, favorise l'éruption des règles et les fait ordinairement paraître,

---

impie, et que vous avez ajouté : « Me trouvant face à face devant le « fait évangélique d'une femme qui conçoit en restant vierge, je dis « avec mes lumières naturelles : Cela est possible sans que la na- « ture soit bouleversée. (8)» L'auteur du livre intitulé : *Lucina sine concubitu* n'a jamais poussé l'audace aussi loin que cela, mais aussi il n'avait pas cette maxime funeste qui a précipité M. Marmisse dans un abîme d'égarement : « La science dans ses recherches ne re- « connaît pas de scandale; que l'esprit religieux lui fasse cette con- « cession (1). » Où irions-nous, bon Dieu, avec de pareils principes? Du temps de la très-sainte Inquisition, on a brûlé bien des gens pour moins que cela, et il s'exhale de tout ce chapitre XXI une telle odeur de fagots, que nous avons hâte de passer à un autre sujet.

Le chapitre XIX est consacré aux sueurs de sang ou *hémaditrose*, suivant un heureux néologisme adopté par l'auteur. Saint Luc rapporte que Jésus-Christ, dans le jardin des Oliviers eut une hémaditrose tellement abondante que les gouttes de sang coulèrent jusque sur le sol (4). M. Marmisse commence par prouver, par des textes, malheureusement très-précis, que les autres évangélistes n'ont pas dit un seul mot de cet épisode (5) ; puis il soutient, contre saint Hilaire et le vénérable Bède, que l'hémaditrose du Sauveur est un phénomène tout naturel. « Je pourrais citer des faits contemporains dont « l'authenticité est des mieux constatées..... Je veux parler des « personnes *stigmatisées*, c'est-à-dire des personnes qui, par une vive « et ardente contemplation, sont parvenues à reproduire les plaies « de Jésus-Christ à leurs pieds et à leurs mains, à leur côté et « même à leur front... Ainsi les sueurs de sang de Jésus-Christ sont « scientifiquement possibles et peuvent être attribuées au résultat « *naturel* de ses vives émotions (6). »

Nous ne saurions trop louer M. Marmisse de croire à l'histoire des personnes stigmatisées, quoique notre foi n'ait pas encore pu s'élever jusqu'à cette hauteur. Nous lui rappellerons toutefois que son interprétation de l'hémaditrose de Jésus-Christ est déjà ancienne, puisque les ariens partaient de là pour soutenir que le Sauveur était un homme. Mais M. Marmisse ne s'arrête pas en si beau chemin, et pousse l'arianisme jusqu'à prétendre que Jésus-Christ avait des hallucinations. Le chapitre XX est tout entier destiné à la démonstration médicale de cette proposition.

L'auteur établit, d'abord par des exemples modernes, que le corps humain peut quelquefois supporter naturellement une abstinence de plus de quarante jours (1). Puis il insiste beaucoup sur les hallucinations de toutes sortes qui assiégent les malheureux soumis à ces abstinences prolongées (2) ; il explique ainsi les *grotesques visions* (*sic*) de saint Antoine, et les autres histoires du même genre, et ajoute en terminant : « Ainsi, l'imagination joue de *mauvais tours* dans « l'abstinence prolongée (3). »

(8) Page 202.
(1) Page 201.
(4) Saint Luc, XXII, 44.
(5) Page 172.
(6) Page 178.
(1) Page 185.
(2) Page 187.
(3) Page 187.

(La fin au prochain numéro.)

bien qu'il y ait encore quelques jours jusqu'à l'époque où devrait avoir lieu l'hémorrhagie menstruelle ; ou bien, il faudrait dire que l'approche des époques menstruelles est une condition favorable au développement de la variole, abrége la durée de son incubation, et rend plus prompte l'invasion de cette affection. La première de ces deux hypothèses nous paraît la plus probable. Cependant, dans ce cas encore, nous ferons remarquer que, contrairement à l'opinion de notre honorable confrère, le docteur Hérard, le mouvement fébrile ne suffit pas, à notre avis, pour expliquer à lui seul la particularité que nous signalons. Plus d'une fois, en effet, dans les observations de bronchite aiguë, de fluxion de poitrine, et même dans celles de fièvre typhoïde, nous avons remarqué le mouvement fébrile au moins aussi prononcé que chez les malades affectées de petite vérole ou de varicelle, sans que pour cela nous y ayons rencontré cette coïncidence de l'apparition des règles avec le début de la maladie.

Un instant nous avons supposé qu'on pouvait peut-être expliquer cette coïncidence par l'extension de l'inflammation éruptive de la peau à la muqueuse du vagin et l'excitation locale des organes sexuels. Mais nous étant bientôt aperçu que la coïncidence que nous signalons était encore peut-être plus manifeste dans l'érysipèle de la face, nous avons été obligé de renoncer à cette explication et d'attribuer la particularité dont il s'agit à la nature même de l'affection variolique.

Chez la cinquième malade, il est survenu sous l'influence de la fièvre éruptive, dix jours après la fin de la dernière époque menstruelle, une hémorrhagie vaginale qui a duré trois jours. Cette hémorrhagie, accident assez commun dans le cours des affections aiguës fébriles, ne doit pas être confondue avec la menstruation proprement dite. Un mois après la véritable époque menstruelle, et vingt-quatre jours après cette hémorrhagie accidentelle, la malade a eu de nouveau ses règles, qui ont duré six jours comme d'habitude.

De toutes les malades dont nous venons de rapporter les observations, une seule (la cinquième) est restée assez longtemps à l'hôpital pour nous donner l'occasion de la suivre jusqu'au moment de la prochaine époque des règles. Ce moment venu, l'hémorrhagie menstruelle a paru et a duré six jours comme de coutume ; en eût-il été de même si la malade eût été saignée abondamment dans le cours de sa maladie? Cela paraît peu probable, mais nous manquons de faits pour répondre directement à cette question.

Nous terminerons par faire observer qu'il y a une variété de variole, désignée sous le nom de *variole noire*, dans laquelle il y a une profonde altération du sang qui le rend plus liquide et le fait transsuder avec la plus grande facilité au travers des vaisseaux de toutes les muqueuses. Les malades qui sont atteints de ce mal rendent du sang par la bouche, par les intestins, par les urines, et les femmes en rendent sous forme de métrorrhagies. Il faut se garder de considérer ces hémorrhagies comme des règles et rendre ainsi la menstruation responsable de l'issue presque toujours funeste de cette espèce de petite vérole.

Nous aurions désiré étendre nos recherches à d'autres fièvres éruptives, mais malheureusement nous ne possédons pas assez de faits. Dans deux cas de scarlatine et un cas de rougeole dont nous avons pris des notes, la maladie a toujours commencé plusieurs jours après les règles. Une femme atteinte de scarlatine devait avoir ses règles dans six jours au moment de tomber malade. Cependant l'affection a été si grave qu'elle a succombé au bout de soixante heures. Chez deux autres malades, la seule chose que nous avons été à même de constater, c'est que, la maladie une fois terminée, les règles sont revenues à leur époque habituelle.

§ II. *Erysipèle de la face.*

Nous avons pris des notes chez six femmes affectées d'érysipèle à la face.

La première malade, âgée de vingt-six ans, bien réglée habituellement, est tombée malade deux jours avant d'entrer à l'hôpital et, le même jour, ses règles sont venues à peu près à leur époque. A notre première visite, nous avons constaté : rougeur et gonflement des pommettes s'étendant jusqu'au bas du front avec quelques phlyctènes sur les joues; gonflement de la glande sous-maxillaire droite; 116 à 120 pulsations. Malgré cet état, les règles ont continué et ne se sont arrêtées que le soir après avoir duré trois jours comme d'habitude. La maladie s'est bornée aux parties indiquées.

La deuxième malade, âgée de vingt-six ans, d'un embonpoint excessif, bien réglée habituellement, a commencé par éprouver, comme cela arrive le plus souvent, des frissons suivis de gonflement de la joue droite et de l'aile du nez. Le même jour, les règles ont paru. Le lendemain, elle est entrée à l'hôpital. L'érysipèle s'est étendu jusqu'à l'œil correspondant, qui était entièrement fermé par les paupières; 84 pulsations (35 sangsues sous l'angle droit de la mâchoire inférieure). Les règles ont coulé pendant trois jours comme d'habitude.

La troisième malade, agée de vingt ans, était accouchée, quatre mois auparavant. Deux mois plus tard, elle a eu une ophthalmie pour laquelle on lui avait pratiqué une saignée, fait une application de sangsues et plus tard celle d'un vésicatoire à la tempe gauche qu'elle avait gardé pendant un mois. Deux jours après la suppression de ce vésicatoire, elle a commencé par éprouver un peu de gêne dans la déglutition, et, quatre jours plus tard, il s'est déclaré un érysipèle occupant tout le côté gauche de la face, depuis l'oreille, où il avait débuté, jusqu'au nez. Les règles ont paru le jour même de l'apparition de l'érysipèle, et ont duré quatre jours comme à l'ordinaire.

La quatrième malade était âgée de dix-neuf ans. Après avoir passé la journée au bois de Boulogne où elle s'est promenée longtemps à cheval et a pris de la limonade froide et des glaces; elle se sentit indisposée en rentrant. Le surlendemain elle éprouva des frissons, et le nez commença à être rouge et douloureux. Bientôt l'érysipèle gagna successivement les deux côtés de la face où l'on remarquait plusieurs phlyctènes ; — 106 pulsations. (Une saignée le jour de son arrivée et une autre le lendemain ainsi qu'une application de trente sangsues au cou.) Les règles sont venues à leur époque le jour de l'érysipèle, et ont coulé abondamment ; elles ne se sont arrêtées que le cinquième jour comme de coutume, et n'ont paru avoir aucune influence sur la marche de la maladie qui s'est terminée le onzième jour par des squammations.

La cinquième malade, affectée d'érysipèle de la face a vu également arriver ses règles en même temps que l'érysipèle à la figure ; elles ont duré comme d'habitude sans avoir influé d'une manière sensible sur la marche de la maladie, laquelle ne s'est terminée que quelques jours après par des squammations.

La sixième malade a eu toute sa vie une singulière disposition à l'érysipèle de la face. Elle en a été déjà atteinte avant la première éruption des règles. Plus tard, ses règles se sont arrêtées pendant près de deux ans, et dans cet intervalle elle a eu de nouveau l'érysipèle de la face à plusieurs reprises. Lorsque la malade venait d'être prise du dernier érysipèle, elle n'avait pas été menstruée depuis six mois. Cependant l'érysipèle a été très-intense, a envahi toute la figure, les oreilles et la partie supérieure des épaules. La malade, malgré sa constitution en apparence délicate, a été saignée quatre fois coup sur coup. Chose remarquable, malgré une aménorrhée aussi prolongée, les règles sont arrivées au début de l'érysipèle et se sont passées comme d'habitude sans avoir eu aucune influence sensible sur la maladie. Vingt-huit jours après, une autre époque a eu lieu encore à l'hôpital mais les règles ont duré moins que d'habitude et le sang était pâle et peu abondant. Les émissions sanguines répétées qu'on a cru devoir pratiquer à la malade dans l'intervalle des deux époques, rendent déjà suffisamment compte de cette particularité.

Ainsi, dans six observations d'érysipèle de la face prises au hasard sans aucun triage préalable, nous avons vu les règles arriver chaque fois pendant la fièvre érysipélateuse et le plus souvent dès le début de l'éruption. Ce résultat est vraiment significatif. Nous sommes loin, certes, de prétendre qu'il doive en être toujours de même. Toutefois, ce que nous venons de voir autorise dejà à présumer que la même chose doit arriver au moins dans l'immense majorité des cas. La fièvre érysipélateuse aurait donc décidément, de même que la fièvre variolique, la faculté de favoriser l'hémorrhagie menstruelle; ce

résultat a été on ne peut plus palpable chez la dernière malade, chez laquelle après six mois d'aménorrhée les règles ont reparu sous l'influence de l'érysipèle et ont reparu encore à l'époque suivante. Cependant la même chose n'était pas arrivée dans le cours d'autres érysipèles que la malade avait eus pendant l'aménorrhée précédente, ce qui prouve déjà que, tout en constatant dans l'érysipèle de la face une disposition favorable pour l'hémorrhagie menstruelle, il faudrait se garder de le considérer en quelque sorte comme un emménagogue infaillible. Quoi qu'il en soit, ce fait nous paraît assez curieux pour que nous cherchions à appeler sur lui l'attention des praticiens.

(*La suite prochainement.*)

Maladies des yeux;

Par M. Tavignot.

§ I. *Des scarifications et des ponctions de la cornée dans les kératites plastiques.*

Maître-Jan s'exprimait ainsi, il y a près d'un siècle et demi, à propos des abcès de la cornée qui constituent plus particulièrement l'une des formes de la kératite plastique aiguë :

« Si le pus ne se résoût par l'emploi du collyre sus-indiqué, il faut venir à l'extrême remède, quand l'abcès est grand, qui est de piquer avec une lancette la cornée à l'endroit de l'abcès pour en faire sortir le pus, sans attendre qu'il se fasse jour lui-même par l'ulcération de la cornée, afin d'éviter les cruelles douleurs qu'il causerait au malade, et les autres désordres qui surviendraient par un trop long séjour du pus. » (Voyez *Traité des maladies de l'œil*, 2e édit., page 415.)

L'habile chirurgien de Mery-sur-Seine indique ensuite la manière de procéder à cette opération plutôt délicate que difficile à exécuter : « On fixe solidement la tête du malade sur son lit; et on se sert, dit-il, d'une lancette dont on relève la pointe en abaissant le talon ; *le pus trop épais ne s'écoule que les jours suivants.* »

Quelque défectueuse que soit cette manière de faire, et bien que les indications de l'opération restent assez obscures pour le lecteur, nous avons tenu, néanmoins, à citer l'opinion d'un homme aussi compétent en pareille matière que Maître-Jan, bien qu'il y ait plus de différences encore que d'analogies entre son opération et la nôtre que voici :

S'il s'agit d'un jeune enfant, il est tenu renversé sur les genoux d'un aide, le tronc, la tête et les jambes convenablement fixés ;

S'il s'agit d'un adulte, je préfère la position assise, les autres conditions de fixité étant d'ailleurs remplies.

L'appareil instrumental est très-simple : il se compose : 1° d'un élévateur de la paupière supérieure; 2° de mon fixateur du globe de l'œil; 3° de mon aiguille bicuspidée. Assez souvent, même, on peut se passer des deux premiers instruments.

L'aiguille bicuspidée qui reste, par conséquent, l'instrument principal est des plus simples dans son exécution. Elle présente, à son extrémité libre, un fer de lance ordinaire à convexité assez prononcée, et de cette convexité même s'élève une sorte de lamelle recourbée ou de crochet tranchant.

L'aiguille bicuspidée, telle que je l'ai fait exécuter par M. Charrière, peut servir à pratiquer sur la cornée différentes opérations sans que l'on soit obligé de changer d'instrument. C'est même là son principal mérite. On l'utilisera dans les circonstances suivantes :

1° Pour inciser les lamelles cornéales dans la kératite plastique ;

2° Pour enlever par une sorte de grattage la matière épanché qui forme l'albugo ;

3° Pour extraire des corps étrangers fixés à la surface de l'œil ;

4° Pour scarifier les vaisseaux profonds dans la kératite vasculaire interstitielle;

5° Pour mettre à découvert la papule ambulante dans la kératite éruptive profonde.

Quoi qu'il en soit, et pour ne parler ici que du traitement chirurgical des kératites plastiques soit aiguës, soit chroniques, je dirai que l'on procède à l'opération, avec mon instrument, de différentes façons, selon les cas particuliers.

Premier cas. — Quand il s'agit d'un dépôt plastique superficiel, il suffit de pratiquer avec la lame recourbée ou crochet de l'instrument une ou deux scarifications, de manière à mettre à nu le produit de sécrétion dans la plus grande étendue possible, mais sans intéresser les lamelles cornéales profondes. L'élimination se fait ordinairement d'elle-même les jours suivants; elle a même lieu très-rapidement quand on a affaire à une kératite plastique aiguë.

Deuxième cas. — Lorsqu'il s'agit d'une sécrétion plastique bien circonscrite et profonde, menaçant même de passer dans la chambre antérieure de l'œil, on doit ponctionner directement la cornée, au centre de l'épanchement, avec la lame lancéolaire de l'instrument, de manière à pénétrer de part en part, c'est-à-dire jusque dans la chambre antérieure.

Je puis affirmer ici que soit par le fait seul de l'état morbide, soit par l'étroitesse même de l'aiguille, on n'observe qu'un très-faible écoulement d'humeur aqueuse sous l'influence de cette ponction.

Règle générale, dans les kératites plastiques, le produit de sécrétion, étant mal toléré par la cornée, n'a pas encore contracté d'adhérences très-intimes avec ses lamelles; il suffit donc de scarifications ou de ponctions pour provoquer son absorption ou son élimination; ce n'est, par conséquent, que dans l'albugo, proprement dit, qu'il est nécessaire d'avoir recours à une sorte de grattage que l'on exécute parfaitement avec la lame recourbée de notre aiguille bicuspidée.

Certes, nous sommes loin d'employer, et par conséquent, de préconiser les scarifications et les ponctions de la cornée dans tous les cas de kératites plastiques aiguës ou chroniques. L'idée ne nous est même jamais venue de commencer par là le traitement de ces affections; mais nous n'hésitons pas à proclamer bien haut que cette méthode est une ressource excellente dans des cas déterminés et un moyen des plus efficaces dans telle ou telle circonstance; il est difficile de se faire une idée aussi favorable qu'elle devrait l'être de son innocuité, de sa simplicité et de son efficacité sans l'avoir expérimentée soi-même ou l'avoir vu mettre en pratique.

Pour moi, j'ai pratiqué un assez bon nombre de fois les scarifications et les ponctions de la cornée, sans qu'il soit survenu le moindre accident; non-seulement j'ai procédé plusieurs fois sur le même sujet, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, à notre opération, mais il m'est arrivé assez souvent d'agir à différentes reprises sur le même œil, et finalement d'obtenir un excellent résultat.

Le but que l'on se propose, en agissant chirurgicalement sur la cornée dans les kératites plastiques est triple.

1° Il s'agit d'abord de guérir le malade, souvent à peu près incurable par les diverses médications préconisées jusqu'à présent ;

2° Il s'agit d'abréger considérablement la durée du traitement, qui est souvent de plusieurs mois ou même de plusieurs années ;

3° Il s'agit, enfin, de prévenir l'organisation, si je puis employer cette expression, de la lymphe plastique dans l'épaisseur de la cornée, laquelle forme l'albugo des auteurs, car l'albugo, joint à cet affaiblissement de la rétine, *brachyopie*, qui suit toujours les kératites plastiques anciennes, laisse sou-

vent les fonctions visuelles dans l'état le plus déplorable. Les scarifications et les ponctions de la cornée n'agissent pas seulement, comme le pensait Maître-Jan, en favorisant l'évacuation de la matière épanchée : l'état traumatique consécutif de la cornée joue encore un rôle très-important, dans l'espèce, en activant la résorption de la lymphe plastique.

Le traitement que je prescris, après chaque opération, est des plus simples : il se compose de compresses d'eau fraîche sur l'œil, d'un purgatif salin à prendre le lendemain, de pédiluves sinapisés, matin et soir, et d'un régime approprié; ce n'est que deux ou trois jours plus tard que je mets en usage un collyre au chlorure de sodium : 15 grammes pour 125 gr. d'eau distillée.

§ II. *Un mot sur l'usage et l'abus des verres concaves et convexes.*

De l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas, on l'a dit depuis longtemps, sans réussir davantage à réformer ce qui touche de si près aux imperfections de notre esprit.

Cependant, lorsque l'abus devient tel qu'il est le point de départ d'accidents sérieux et de désordres graves, il faut non-seulement le constater et l'étudier avec soin, mais encore faire tous ses efforts pour le faire cesser le plus tôt possible.

Tout le monde sait à merveille que les verres à foyer bien appropriés à l'état de la vue remédient parfaitement bien à la myopie ou la presbytie, mais, ce que l'on paraît ignorer trop souvent, c'est que ces mêmes verres, utilisés en dehors du seul but qu'ils sont aptes à atteindre, nuisent aux fonctions de l'œil, aggravent son infirmité primitive, ou font même naître des complications nouvelles.

De là, cette conclusion générale, qui ne laisse en dehors d'elle que peu de cas exceptionnels, que les myopes, comme les presbytes, ne doivent jamais user d'une manière permanente de verres à foyer ; en d'autres termes, mettre leurs lunettes le matin pour les retirer seulement le soir.

En effet, le myope qui se sert de verres concaves de même numéro pour regarder de près, lire ou écrire, par exemple, et pour voir de loin, ne tarde guère à raccourcir encore la portée de sa vue de façon à éprouver le besoin d'un verre plus fort pour distinguer les objets éloignés ; s'il prend ce numéro, et s'en sert comme il a fait du précédent, une aggravation nouvelle de son infirmité surviendra plus ou moins tôt, selon son âge; et c'est ainsi que se produisent ces myopies au troisième degré que nous observons tous les jours, lesquels se compliquent parfois d'amblyopie, et surtout de myodesopsie ou mouches volantes.

Le presbyte, qui abuse des verres convexes en s'en servant pour regarder des objets éloignés, au lieu de les destiner seulement et exclusivement à la perception des objets rapprochés, se place dans des conditions non moins défavorables, surtout s'il fait en même temps usage de verres trop forts. Sa vue, si longue, se raccourcit graduellement, et il finit par se trouver dans cette fâcheuse situation de ne voir nettement, à l'œil nu, ni de près, ni de loin.

Ce raccourcissement de la portée visuelle, par abus des verres convexes, constitue au premier degré une variété de brachyopie; plus tard, on a véritablement affaire à une amaurose à peu près incurable; j'en possède plusieurs exemples.

A côté de ces accidents fâcheux, et qui sont la conséquence forcée, bien que lente à se produire, de l'emploi irrationnelle des verres à foyer, il est encore utile de placer l'état de ces presbytes, qui en sont réduits, pour lire, à faire usage d'une loupe, ou qui ont besoin de verres *concaves* pour voir de loin, et de verres *convexes* pour voir de près.

Tous ces faits sont bien connus ; M. Sichel a le mérite d'en avoir fait ressortir toute l'importance dans son *Traité des lunettes*, et j'ai moi-même, en complétant ce sujet, recherché avec soin leur véritable signification.

Que si l'on remonte maintenant de l'effet à la cause, on arrive à ce simple résultat, tant il est vrai que les petites causes produisent souvent de grands effets, que l'abus des verres à foyer n'est que la conséquence des dispositions vicieuses que présentent les montures ordinaires des lunettes. En effet, le temps nécessaire pour mettre et retirer ces mêmes lunettes, quelque bien exécutées qu'elles soient d'ailleurs, mis en regard de la fréquence des cas où ces exercices ont besoin d'être répétés, dans la journée, fait non-seulement qu'on n'use pas toujours des verres à foyer selon ses besoins, mais encore qu'on en abuse très-souvent en les gardant devant les yeux, alors qu'il serait rationnel d'en débarrasser ces organes.

Ces objections, futiles en apparence, sérieuses en réalité, ont pu échapper aux médecins; elles ont été appréciées, néanmoins, par la majorité des myopes et des presbytes, de sorte que, actuellement, la fabrication des lunettes s'est sensiblement ralentie, et a dû céder le pas à celle d'instruments bien inférieurs sous d'autres rapports; je veux parler des lorgnons, des binocles et des pince-nez.

Ces différents instruments sont assurément plus commodes, plus faciles à utiliser à l'occasion que les lunettes; voilà leur seul mérite; il suffit pour expliquer la vogue dont ils jouissent; mais, en réalité, ils ne réunissent aucune des qualités propres aux fonctions qu'ils sont appelés à remplir.

Le LORGNON ou monocle, fait fonctionner un œil en laissant l'autre dans l'inaction ; il amène donc, à la fin, une inégalité de portée des deux yeux toujours fâcheuse et à laquelle il n'est pas facile de remédier ; il ne convient, par conséquent, qu'aux borgnes ou à ceux qui aspirent à le devenir.

Le *binocle* ou face-à-mains, étant tenu en regard des yeux d'une main, vacille à la moindre oscillation de celle ci; il ne peut servir que pendant quelques instants. C'est plutôt un instrument de luxe qu'un instrument d'utilité usuelle.

Le PINCE-NEZ paraît moins défectueux au premier abord. La vérité est qu'on l'a toujours à sa disposition, qu'on le met et retire avec la plus grande facilité. Personne n'en est, cependant, satisfait d'une manière complète.

Pour les myopes qui regardent surtout de face, il doit être appliquée à la racine du nez; or, dans cette position, l'axe des yeux tombe toujours plus ou moins obliquement sur la surface de l'un et de l'autre verre, d'où résulte une vision défectueuse ; mais ce qui est plus sérieux encore, c'est que le centre des verres ne correspond jamais à l'axe antéro-postérieur de l'un et de l'autre œil ; de là un effort incessant de convergence qui amène, à la longue, un strabisme interne.

Pour les presbytes qui regardent surtout en bas, il doit être appliqué, le plus souvent, vers les ailes du nez; or, il résulte de cette position, une gêne de la respiration, un aplatissement désagréable de l'organe, et surtout une tendance plus ou moins grande à incliner le tronc en avant, ce qui amène bientôt une voussure prématurée du dos.

Et puis, on peut le dire d'une manière générale, qu'il s'agisse des myopes ou des presbytes, le pince-nez est toujours plus ou moins mobile et vacillant pendant les mouvements un peu brusques du corps ou de la tête.

S'il serre trop, il irrite la peau du nez, souvent si sensible chez certaines personnes; s'il serre peu, il glisse ou dévie facilement, surtout quand la peau est en sueur.

Pour ces différentes causes, et malgré les perfectionnements apportés, dans ces derniers temps, à la fabrication du pince-nez, ces instruments ne peuvent rendre que des services momentanés et accidentels : on ne saurait, par conséquent, s'en servir utilement pendant un temps prolongé.

C'est dans le but de combiner la bonté réelle des lunettes, à l'utilité incontestable des binocles que les lunettes-binocles ont été imaginées.

Les LUNETTES-BINOCLES sont des plus simples dans leur mécanisme, leur monture est distincte surtout par des branches

qui n'ont que 8 à 9 cent. de longueur, et par un pont brisé à sa partie moyenne, pour la juxta-position des cadres et des branches. On les porte suspendues au cou au moyen d'un cordon élastique divisé lui-même en deux portions distinctes par un nœud surmonté d'un coulant. Les deux extrémités libres de ce cordon forment sa portion inférieure; elles sont fixées à l'anneau terminal de l'une et de l'autre branches; dirigées derrière les oreilles, puis ramenées sous le menton, elles fixent d'une manière très-précise les lunettes-binocles, préalablement ouvertes, devant les yeux. Ces mêmes lunettes binocles fermées restent flottantes devant la poitrine ou sont placées entre la chemise et le gilet: le coulant abaissé vers les branches empêche celles-ci de s'ouvrir.

Excellentes pour tout le monde, les lunettes-binocles deviennent, selon nous, indispensables aux chasseurs, aux cavaliers, aux voyageurs, et il nous semble que les médecins de campagne, qui sont souvent tout cela à la fois, sont surtout appelés à en faire leur profit, car avec elles les myopes et les presbytes pourront toujours user avec sagesse des verres à foyer sans avoir, désormais, un seul prétexte pour en abuser.

Méthode facile pour préparer l'atropine

En attendant que nous puissions faire connaître les intéressants travaux que M. Gautier Lacroze, de Clermont-Ferrand, qui a apporté un si utile perfectionnement dans la préparation du sirop d'aconit, a faits sur la belladone, nous pensons que nos lecteurs ne liront pas sans intérêt la Note suivante:

L'atropine se prépare habituellement en faisant une teinture alcoolique, qu'on précipite par la chaux, en reprenant le précipité par l'acide sulfurique en léger excès, et séparant le sulfate de chaux par la filtration. On enlève l'alcool par la distillation; on ajoute de l'eau; on précipite l'alcali par le carbonate de potasse, on le recueille, on le sèche et on le redissout dans l'alcool pour le faire cristalliser. Par ce procédé, 1,000 parties de racine de belladone fournissent 3 parties d'atropine.

M. Luxton croit le procédé suivant aussi bon et plus économique que celui que nous venons de décrire. Voici comment il opère: on fait bouillir pendant deux heures les feuilles de belladone avec assez d'eau pour qu'elles en soient recouvertes; la décoction est ensuite jetée sur un filtre; on répète cette opération en ajoutant un peu d'acide sulfurique; l'albumine végétale se précipite, et l'on enlève la liqueur claire qu'on passe sur un filtre. Dans cette solution, on fait passer un courant de gaz ammoniac. La couleur change et devient noire, tandis que les cristaux d'atropine se déposent lentement. Lorsque l'opération est terminée, on jette ceux-ci sur un filtre, on les lave avec 30 grammes environ d'ammoniaque alcoolisé, on enlève ainsi la majeure partie de la matière colorante, et l'on obtient des cristaux assez blancs que l'on peut, si l'on veut, faire encore cristalliser.

Le rendement est de 5,5/7 pour 1,000, au lieu de 3 pour 1,000.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu trois lettres, dont deux, celle de M. le professeur Piorry, et celle d'un de ses élèves, nous semblent faire double emploi, car toutes deux sont relatives à la compression de l'aorte dans le traitement du choléra. Nous remplirons donc suffisamment le but des auteurs en publiant celle de M. le professeur Piorry.

Quant à la troisième lettre, que nous trouvons un peu sévère pour un homme aussi sérieux, pour un esprit aussi distingué et aussi droit que M. Robinet, nous regrettons que l'auteur n'ait pas jugé à propos de la signer, car il nous répugne d'adopter la forme qu'il a prise, non moins envers M. Robinet qu'envers l'Académie. Néanmoins, cette lettre soulevant, au fond, une question de priorité scientifique, nous croyons de notre devoir de la mettre telle quelle sous les yeux de nos lecteurs. La voici:

1° *Lettre sur le traitement des hémorrhoïdes.*

Dans la dernière séance (11 septembre) de l'Académie de médecine, M. Robinet vient de faire, au nom d'une commission, un rapport très-favorable sur l'emploi du piment (*capsicum annuum*) dans le cas d'hémorrhoïdes.

L'inventeur prétendu de ce *nouveau* remède est M. Allègre, qui raconte lui-même qu'ayant eu l'occasion d'observer, dans le cours de ses voyages, l'extrême rareté des hémorrhoïdes au sein des populations qui font un usage fréquent du piment, *l'idée lui vint* d'essayer cette plante comme moyen curatif de cette douloureuse affection. Le succès a presque toujours répondu à son attente depuis plusieurs années qu'il fait usage de ce remède.

Là dessus, commission nommée par l'Académie; vérification par *un membre* des propriétés anti-hémorrhoïdales du piment dans cinquante cas d'hémorrhoïdes, et rapport favorable de M. Robinet. Ce dur et spirituel grand inquisiteur de tous les remèdes secrets et nouveaux, laisse même entrevoir qu'il y aura peut-être lieu ultérieurement de réclamer, pour *l'inventeur* de ce remède, l'application favorable du décret du 18 août 1810 ou du 5 mai 1850.

Oui, c'est bien réellement une invention, car « la commission a vainement interrogé les annales de la science; vainement elle a consulté les lumières et la pratique des SAVANTS ET DES MÉDECINS LES PLUS CONSOMMÉS, dans le but de savoir si quelque tentative du même genre avait été faite antérieurement à M. Allègre. »

C'est en vain que les *princes des prêtres et les scribes du peuple* ont été consultés: ils n'ont jamais rien dit du poivre en pareille circonstance. Heureux M. Allègre! Trois fois heureux M. Robinet, d'avoir pu prouver à toute l'Académie qu'il ne fait pas toujours une opposition systématique à tous les remèdes secrets et nouveaux, et que son cœur, naturellement *féroce*, a bien su cette fois-ci s'attendrir à l'endroit du piment!!!

Tels sont les faits; mais qu'y a-t-il au fond de tout cela? Une véritable *mystification* de par MM. Allègre et Robinet..., sans le savoir. —Non, M. Robinet n'est pas aussi terrible qu'il en a l'air; non, il ou elle (la commission) *n'a pas interrogé les annales de la science*, et consulté *les savants et les médecins les plus consommés*; non, M. Allègre n'a pas inventé le poivre, et la poudre encore moins; car les propriétés anti-hémorrhoïdales du piment sont connues depuis longtemps, et c'est de la monnaie courante.

En voici la preuve. On lit, dans la *Thérapeutique* de F. Hartmann (Paris, 1850, p. 223): « Le piment s'est montré plusieurs fois avan- « tageux quand le flux hémorrhoïdal continu, pendant plusieurs « jours, était accompagné de vives douleurs brûlantes, dues seule- « ment au gonflement des tumeurs. Cependant, je l'ai trouvé aussi « indiqué dans quelques où l'écoulement était précédé de tranchées, « comme par des flatuosités et des selles peu fécales, mais abon- « dantes, surtout en mucus mêlé de sang. »

Mêmes renseignements dans Hering et dans d'autres publications françaises et étrangères qu'il serait trop long d'énumérer.

La commission de l'Académie impériale n'a fait que confirmer la vérité du traitement tel qu'il est formulé par Hartmann, Hering, etc., lorsqu'elle a dit dans son rapport que « dans le cas d'hémorrhoïdes « anciennes constitutionnelles offrant des symptômes d'irritation et « d'étranglement avec douleur atroce, gonflement énorme avec ou « sans hémorrhagie, l'emploi du piment a suffi pour modifier, au « bout de peu de jours, l'état du malade, et pour rendre assez promp- « tement les tumeurs hémorrhoïdales flasques et indolentes. »

M. Gerdy trouve que les résultats signalés dans le rapport sont d'un vague déplorable. et M. Robinet, parlant toujours en faveur des auteurs précédents (sans s'en douter!), répond qu'il est formellement dit dans le rapport que le piment doit être administré, pour être efficace, *dans les cas d'excacerbation* des tumeurs hémorrhoïdales.

M. Piorry est d'avis qu'il n'y a pas de spécifique possible pour les hémorrhoïdes; Hartmann et ses confrères l'on dit depuis longtemps.

Nous ne dirons donc pas à M. Allègre: *A beau mentir qui vient de loin;* car le fait énoncé par ce voyageur au long cours est un fait vrai.

Nous ne dirons pas à M. Robinet: Vous êtes intraitable; car l'honorable père conscrit a bien voulu faire bon accueil au poivre: *Similia similibus curantur.*

Nous ne dirons pas à la commission: Vos cinquante cas d'expérimentation sont d'un vague déplorable.

Mais nous dirons à M. Allègre : Vous êtes un homme d'honneur; et vous ne manquerez pas maintenant de demander qu'on applique à qui de droit le bénéfice du décret du 18 août 1810... Sans aucun doute vous serez appuyé par M. Robinet.

Et nous dirons à cet honorable académicien : Surtout pas de zèle... pour le poivre; vous avez compromis l'Académie. Soyez donc plus prudent à l'avenir, interroger avec plus de soin les *annales* et les *princes de la science*.

Et nous dirons enfin respectueusement à l'Académie : Si tout n'est pas également vrai dans la doctrine de Hahusmann, tout n'est pas également faux.

Nous regrettons vivement que l'imperfection calligraphique de la lettre de M. Piorry, écrite au crayon, à demi-effacée, et les nombreuses corrections qu'elle nécessite, nous obligent de la renvoyer au prochain numéro.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

De la nécessité d'interdire aux enfants l'usage de fumer. — Le grand conseil du canton de Berne, qui siége depuis quelques jours, a pris en considération, dans sa séance du 28, une proposition de M. Hubacher, de défendre l'usage du table à famer « aux jeunes gens non admis à la communion. »

On trouvera peut-être cette mesure d'une application difficile, du moins en France. Nous n'en conseillerions pas une semblable. Mais on ne doit pas se dissimuler que l'extension par trop abusive que prend chez nous l'habitude de fumer, habitude fort malpropre au moins, sinon malfaisante, exigerait qu'on y mît une limite, en ce qui concerne les enfants. Rien n'est plus commun aujourd'hui que de rencontrer des enfants de dix à douze ans avec une pipe à la bouche. Or, si l'habitude de fumer n'est pas absolument malfaisantes pour les adultes, ce qui, d'ailleurs, n'est nullement démontré, il est hors de doute qu'elle doit l'être pour de jeunes organisations. Il serait difficile, sans doute, d'empêcher un enfant de fumer; mais il est très-facile d'empêcher un débitant de lui vendre du tabac, comme on interdit aux cabaretiers de lui vendre du vin ou de l'eau-de-vie. C'est une mesure d'hygiène publique, et même morale, que nous signalons à la sollicitude de l'administration pour la santé publique, sollicitude qui s'est déjà traduite par un si grand nombre d'excellentes mesures hygiéniques.

— *Nouveau corps?* — C'est sans point d'interrogation que M. le docteur Horn, de Munich, vient de décrire dans un opuscule intitulé : *Description d'un composé* ANTI-OZONIQUE, *narcotique et vénéneux*, une substance chimique qu'il appelle *Iodosmon* (de ιοειδοης, *vénéneux*, et de ὀσμη, *vapeur*.) Suivant l'auteur de cette découverte, l'iodosmon peut-être envisagé comme de l'azote atmosphérique modifié par l'électricité, ayant acquis la propriété d'enlever le carbone dans les diverses combinaisons où il entre et d'engendrer ainsi des composés cyaniques excessivement vénéneux. Ainsi, on peut produire du cyanogène et des composés analogues, en faisant brûler de l'alcool absolu avec l'intervention d'un courant électrique négatif et de l'azote contenu dans l'air. On peut, de même, produire ce poison dans l'économie animale et dans les corps en fermentation par des procédés analogues. En faisant usage de cette substance, à doses infiniment petites, on donne lieu, dit l'auteur, à des phénomènes entièrement semblables à ceux du choléra. (*Pactisch. Heilk*, août 1855.)

— Parmi les nouvelles relatives au choléra à l'étranger et qui, n'offrant aucune garantie d'exactitude, ne peuvent malheureusement pas servir à grand' chose au point de vue scientifique, nous trouvons la suivante dans la correspondance d'Italie de *la Presse* :

« L'état de la Lombardie est toujours le même; l'autorité militaire avait réuni un camp d'observation de 50,000 hommes à Soma, près des frontières sardes; mais, pour le moment, le choléra s'est chargé de le dissoudre. Cependant, comme le maréchal Radetsky y tient beaucoup, on se réunira dès que le fléau aura cessé. Malheureusement, à présent, il est encore assez fort; il y a eu en Lombardie près de 47,000 cas, dont 30,000 morts, et il faut en compter autant dans la Vénétie. »

Si ces chiffres étaient exacts, ils prouveraient que l'épidémie s'est présenté en Lombardie avec une gravité qu'elle n'a jamais eu.

— Un autre journal donne sur la mortalité par le choléra les chiffres suivants, qui se rapprochent davantage de la gravité connue de l'épidémie; on remarquera qu'une des parties de cette statistique s'applique aussi à la Lombardie ; elle prouvera combien nous avons raison de nous défier des chiffres qui nous parviennent :

« Gênes. Jusqu'au 30 août, 796 cas, 471 décès.

« Province de Bobio. Jusqu'au 24 août, 503 cas, 251 décès.

« Province de Noghera. Total, depuis l'invasion, 2,133 cas 1121 décès.

« Province de Tortona. Total ; jusqu'au 24 août, 282 cas, 150 morts.

« Presque toute l'Italie paye, en ce moment son tribut au fléau. Voici la statistique publiée par un journal de Turin :

« Duché de Parme. Total, jusqu'au 16 août, 2,153 cas, 1,155 morts.

« Duché de Modène. Total, jusqu'au 15 août, 3,111 cas, 1,746 décès.

« A Vérone, le total, depuis le 28 mai jusqu'au 17 août, était de 1,202 décès ; à Venise, du 6 mai au 16 août, 1,154; à Padoue (ville et environs), du 18 juin au 15 août, 868 cas, 591 décès ; à Ferrare, jusqu'au 13 août, 1,501 cas, 1,000 décès ; à Vicence (même date), 630 cas.

Lombardie, à la date du 20 août.

Provinces.	Dates.	Cas.	Décès.
Milan,	19 août,	3,003	1,486
Bergame,	19 »	4,088	1,759
Brescia,	19 »	15,896	6,949
Mantoue,	19 »	2,904	1,651
Crémone,	19 »	4,242	1,936
Come,	17 »	1,613	836
Lodi-Créma,	18	941	441
Pavie,	19 »	488	281
Sandrio,	19 »	42	24
Totaux..........		33,117	15,363

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

En vente au bureau du Journal : *Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur-adjoint à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrant, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — De l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament.

3e *Mémoire.* — Sur l'éphidrose (sueurs générales chroniques), sur les divers traitements employés contre cette maladie, et en particulier sur son traitement par l'*aconit*. — Prix de chaque Mémoire, 25 c., et 40 c., *franco* par la poste.

— Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le même, recueillies et rédigées par le docteur Alexis Favrot. — Prix : 2 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 112. 5e année. Mercredi 19 Septembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. LANDRY.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

(*Suite, voir les nos* 20, 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 68 a 71, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 106).

10° *Causes qui agissent directement sur le système nerveux.*

Ces causes appartiennent, soit à l'ordre moral, soit à l'ordre physique. Ce sont les passions, l'amour, la haine, la jalousie, l'ambition, les chagrins, les grandes contentions d'esprit, ou les brusques mouvements de l'âme, comme la colère, la joie, la terreur, la surprise, l'affliction, etc. Parmi celles qui se rapportent à l'ordre physique, on peut citer les impressions vives faites sur les sens, par exemple, un bruit violent et inattendu, la vue de certains objets, certaines odeurs, certaines saveurs, l'abus des plaisirs sensuels, etc. A cette catégorie, appartiennent aussi la douleur et les grandes attaques convulsives que j'ai classées ailleurs pour obéir à l'usage. Ces influences, plus évidentes, plus promptement suivies d'effet que celles dont il a été déjà question, ne pouvaient manquer d'occuper une place considérable dans l'étiologie des névroses, telle qu'elle est indiquée par la plupart des auteurs contemporains. Aussi en a-t-on exagéré l'importance, et il devient nécessaire de chercher à approfondir leur action réelle.

1° Assez fréquemment, elles agissent d'une manière lente, continue, chronique, pour ainsi dire, et alors le mécanisme par lequel elles exercent leur influence peut varier de trois façons. J'ai déjà abordé ce sujet, je dois compléter ici ma pensée.

A. L'effet ordinaire des passions, des contentions d'esprit excessives, des chagrins, de la douleur, est de diminuer les préoccupations physiques instinctives : en pareille circonstance, on le sait, le sommeil se perd, l'appétit disparaît, et il se manifeste bientôt un certain degré de débilitation générale, d'épuisement, et même de chlorose ou d'anémie, sources si fréquentes de maladies nerveuses, comme je crois l'avoir suffisamment établi. Ici, les causes auxquelles je fais allusion, quoique agissant directement sur le système nerveux, ne déterminent les névroses que consécutivement, après avoir imprimé à tout l'organisme une modification physique qui devient l'élément capital, sinon primitif, de l'affection.

B. Ailleurs, ces diverses influences rencontrent l'un des états pathologiques énumérés précédemment, et provoquent alors des désordres qu'elles auraient été peut-être incapables de produire chez des individus sains. Chacun sait combien certaines dispositions physiques exaltent la sensibilité. Tel convalescent, d'un caractère habituellement ferme ou même brutal, s'attendrira jusqu'aux larmes au récit d'un fait qui l'eût à

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Merveilles évangéliques éclairées par les sciences médicales,

Par M. G. MARMISSE, médaillé du choléra en 1855.

Un volume in-12, Paris, 1855. — Se vend chez l'auteur, rue SAINT-JACQUES, No 108, et dans les librairies médicales.

Suite, voir les nos 108 et 110.

Cela posé, personne n'ignore que Jésus-Christ passa quarante jours et quarante nuits dans un désert sans manger, et probablement sans boire (1). Saint Matthieu et saint Luc nous apprennent qu'au bout de ce temps Jésus-Christ eut faim, que le diable lui apparut, l'emporta sur une montagne d'où on voyait tous les royaumes de la terre, lui proposa de l'adorer, etc. (2), M. Marmisse ne croit pas un mot de tout cela. Considérant, sans doute, que la terre est ronde, et qu'il est impossible d'en voir à la fois toute la surface, comme sur la projection de Mercator, il ne peut se décider à accepter le récit des deux évangélistes; il préfère admettre que Jésus-Christ, dans les angoisses de la faim, eut des hallucinations, qu'il crut voir le diable, qu'il crut voir des anges, qu'il crut être emporté sur le faîte du temple de Jérusalem, puis sur le sommet d'une montagne, d'où on voyait toute la terre, que tout cela était purement imagination (1), et que les évangélistes racontèrent ces visions comme saint Jean de Pathmos raconta les siennes (2).

(1) Page 184.
(2) *Matth.*, IV, 2; *Luc*, IV, 2.

De là à l'opinion de M. Strauss, qui ne voit qu'une légende dans la tentation de Jésus-Christ, il n'y a qu'un pas. M. Strauss, du moins, fait valoir, à l'appui de sa déplorable interprétation, une foule de raisons solides, auxquelles, malheureusement, on n'a pas encore pu répondre, nous devons même avouer, quoi qu'il nous en coûte, que son livre est un modèle de clarté, de logique et d'érudition (3). C'est précisément toute cette science qui a égaré M. Strauss, et on pourrait lui dire, comme Pestus à saint Paul : « *multæ te litteræ ad insaniam convertunt* (4). » Ce n'est pas précisément là la cause qui a poussé M. Marmisse dans cette voie déplorable ; s'il a péché, ce n'est point par excès de science, et il est vraiment inexcusable d'avoir osé présenter la tentation de Jésus-Christ comme une pure hallucination.

Il semble qu'après cela il n'y ait plus qu'à tirer l'échelle. Qu'on se détrompe ; M. Marmisse est allé plus loin encore, et envisageant toujours la question sous le point de vue médical, il n'a pas craint de

(1) Page 189.
(2) Page 191.
(3) Fred. Strauss, *Vie de Jesus ou examen critique de son histoire*, trad. fr. par E. Littré, de l'Institut, 5e édition. Paris, 1853, in-8, 2 vol.
(4) *Act. apost.*, cap. XXVI, v, 24.

peine intéressé avant sa maladie; des femmes d'ordinaire patientes et douces sont acariâtres et intraitables à chaque époque menstruelle; de braves soldats deviennent pusillanimes et lâches après une hémorrhagie abondante; nous ne sentons pas de même à jeun et après un repas; le besoin de manger rend quelques individus moroses ou irritables. Nos impressions varient donc suivant les diverses conditions au milieu desquelles se trouve l'économie, et il ne faut pas s'étonner si de légers chagrins, des passions, des contentions d'esprit nullement excessives, les plaisirs même modérés, engendrent si fréquemment des affections chez des individus soumis déjà à d'autres causes pathogéniques. Remarquons seulement que dans ces cas encore, les indications curatives ne sauraient être instituées d'après l'étiologie la plus apparente, et elles resteraient incomplètes si l'on ne tenait compte des conditions morbides qui communiquent au système nervaux une impressionnabilité anormale.

C. Enfin, d'autres fois la maladie paraît se développer indépendamment de toute modification organique. C'est ce que l'on observe, par exemple, chez les individus soumis à une série d'événements malheureux, affections trompées, ambition déçue, avenir compromis, fortune détruite, perte de personnes chères, etc. Tant de perturbations successives engendrent un état de susceptibilité nerveuse qui devient, en quelque sorte, le *plasma* de diverses névroses, et qui finit par s'individualiser, soit progressivement, soit à l'occasion d'une secousse plus vive, plus brusque, ou survenant en un moment plus opportun. Ainsi se produisent souvent l'hystérie, l'hypochondrie, la mélancolie et l'aliénation mentale, maladies qui, par leur nature, accroissent encore l'éréthisme nerveux et l'éternisent.

2° Dans un grand nombre de cas, au lieu de ces influences permanentes, les névroses semblent provenir de quelque brusque impression physique ou morale qui jette en un instant le désordre dans les fonctions nerveuses. Beaucoup d'épileptiques attribuent leur maladie à une frayeur; l'hystérie succède assez fréquemment à une contrariété vive ou à la colère; une affliction violente et imprévue détermine quelquefois l'aliénation mentale, etc. Ces faits sont incontestables; il s'agit seulement d'en apprécier la valeur.

Or, je n'hésite pas à l'affirmer, non-seulement d'après les observations positives que j'ai pu faire, mais aussi et surtout en m'appuyant sur l'analogie, de pareilles causes sont presque toujours purement occasionnelles. Telle est, assurément, la véritable part qu'elles prennent au développement d'affections nerveuses dont la persistance et la constante aggravation ne sauraient être attribuées à la seule action d'influences aussi fugitives.

Parfois, en effet, elles paraissent suffire à engendrer par elles-même des phénomènes névropathiques qui ne se rattachent à aucune modification organique. Ainsi des accès de délire, des convulsions hystériformes, épileptiformes sont assez souvent les effets immédiats d'une de ces commotions; mais bientôt tout s'apaise, le calme renaît, et peut-être, dans le cours d'une longue vie n'observera-t-on plus rien de semblable. Ces perturbations passagères constituent à proprement parler des *accidents nerveux*, véritable *traumatisme* fonctionnel, sans plus d'importance au point de vue nosologique que ces palpitations ou ces essoufflements qui résultent d'une longue course ou d'un exercice violent.

Or, pourquoi l'*accident* nerveux tend-il à la guérison après quelques instants, quelques heures ou quelques jours, tandis que l'*affection* persiste et souvent s'aggrave? Ce sont les mêmes symptômes; la même cause leur a peut être donné lieu, et pourtant, pendant que celui-ci recouvre la raison après trois jours de délire, celui-là reste aliéné. Pourquoi l'équilibre fonctionnel qui se rétablit chez l'un, reste-t-il profondément altéré chez l'autre? Pourquoi, en un mot, la force médicatrice qui s'exerce chez le premier semble-t-elle impuissante chez le second.

Ce n'est certainement pas là une simple question de plus ou de moins, car une affection de longue durée peut avoir pour point de départ une influence moins énergique qu'un accident nerveux de quelques minutes. Il faut donc chercher la raison de ces différences d'effet dans la différence des conditions individuelles et, comme je viens de le dire, on la trouvera presque toujours dans quelques unes de ces dispositions morbides que j'ai passées en revue. Quelques exemples appuieront ma pensée : une jeune fille dont je possède l'observation voit un homme au milieu d'une attaque d'épilepsie; elle est prise aussitôt de convulsions hystériques qui, depuis, se reproduisent fréquemment. Mais en l'interrogeant on apprend qu'elle était atteinte auparavant d'une chlorose des mieux caractérisées dont on constate encore tous les signes. Elle est mise à l'usage du fer et à un régime analeptique : la santé générale s'améliore, les attaques s'éloignent puis disparaissent complétement. Le malade de l'observation trente-sixième nous présente un

---

mettre en doute la réalité des *possessions* (2). S'il est pourtant une chose bien constatée, c'est que l'épilepsie, la sorcellerie, les diverses formes de la folie et une foule d'autres affections, sont dues à des démons qui prennent domicile dans notre malheureux corps. La science moderne n'admet pas ces choses-là, tant pis pour elle. Du temps d'Hippocrate, le vulgaire ignorant attribuait l'épilepsie à des influences analogues, et le magnifique *Traité de la maladie sacrée*, πέρὶ ἱερῆς νούσου, fit justice de cette croyance propagée par les prêtres du paganisme. Hippocrate eut raison parce que la doctrine des anciens Grecs ne reposait que sur des contes de vieilles femmes; mais aujourd'hui cette doctrine repose sur la révélation et nous devons l'admettre sans examen. D'ailleurs Hippocrate ne pouvait pas être orthodoxe, et s'il eût connu le livre de Tobie, il se fût sans doute exprimé autrement. Hippocrate est donc excusable, mais M. Marchisse ne l'est pas, car malgré l'affirmation la plus catégorique des auteurs sacrés, il est porté à voir des maladies ordinaires dans la plupart des observations de possession que tous les vrais croyants doivent accepter. « C'était, « dit-il, des croyances spéciales aux Juifs, et qu'il faut bien se garder « de confondre avec les croyances que leur imposaient réellement les « livres sacrés (3). » Les possédés n'étaient pas agités par le démon, mais ils croyaient l'être, et Jésus-Christ n'eut l'air de se conformer à ce préjugé que pour mieux agir sur l'imagination des malades (4). O blasphême! vous représentez donc le Sauveur des hommes comme un imposteur qui exploitait la faiblesse intellectuelle de ses contemporains! Mais relisez donc, avec un esprit non prévenu, l'histoire de ces nombreuses possessions! Voyez, dans le livre de Tobie, un démon, nommé Asmodée, tuant sans pitié les sept premiers maris de Sara, fille de Raguel, au moment de leur premier coït; *Asmodeus occiderat eos, mox ut ingressi fuissent ad eam* (5); voyez le jeune Tobie, huitième époux de Sara, expulsant ce démon du corps de sa fiancée, par une fumigation de foie de poisson, et l'archange Raphaël emportant aussitôt l'esprit immonde au désert de la plus haute Egypte, où il l'attacha solidement et où probablement il est encore (6). Erreur, direz-vous, préjugé, croyance superstitieuse! Ah! monsieur, vous iriez loin avec ce système-là! Croyez-vous, oui ou non, à la Bible? Et Marie-Madeleine, qui fut débarrassée de sept démons par la volonté du Sauveur (1)? Il ne s'agit pas ici d'une assertion vague; ce n'est pas le démon pris dans son acception la plus générale, ce sont sept démons particuliers. Le texte est d'une précision telle que, le doute n'est possible que pour les incrédules.

La servante que saint Paul guérit par un exorcisme nous fournit un exemple bien plus démonstratif encore, car l'histoire sacrée ne se contente pas de dire qu'elle était possédée par un esprit. Il spécifie davantage. Il classe cet esprit parmi les esprits de Python, et ajoute

(1) Chap. XXIV, p. 267 à 300.
(2) Page 279.
(3) Pages 294, 300.

(5) *Tob.*, III, 8.
(6) *Tob.*, VIII, 3.
(1) *Luc*, VIII, 2; *Marc*, XVI, 9.

fait analogue : sous l'influence de préoccupations excessives se développe un état d'épuisement. Au milieu de ces conditions, la nouvelle subite d'un insuccès qui renverse ses projets détermine une sorte d'excitation ou plutôt d'affaissement nerveux qui s'accroît et prend l'apparence d'une grave lypémanie. Un traitement tonique ne tarde pas à modifier heureusement la position du malade; la gymnastique et un voyage font le reste.

Dans d'autres circonstances les choses se passent différemment : une violente perturbation produit des désordres nerveux et devient, en même temps, le point de départ d'une disposition morbide qui entretient les phénomènes névropathiques ou les engendrent s'ils n'existent pas.

Ainsi, nous voyons dans l'observation troisième la suppression des règles déterminée par un refroidissement, amener bientôt de la dyspepsie, puis progressivement tous les symptômes de la chlorose, l'hystérie, diverses paralysies, etc. Chez la malade de la neuvième observation, une altercation provoque une attaque hystérique et dès lors dyspepsie, gastralgies, vomissements, chlorose, puis, plus tard, état nerveux, accès hystériques, et, enfin, paralysie des quatre membres.

Or, dans ces divers cas, les heureux effets d'un traitement général démontrèrent que la commotion initiale n'était pas l'unique élément étiologique de l'affection nerveuse, et je pourrais multiplier les citations de ce genre.

On ne saurait, par conséquent, attribuer sans réserves à la seule influence des causes de cet ordre les affections nerveuses chroniques qui semblent leur succéder ; qu'elles soient capables d'en provoquer l'explosion, cela ne fait nul doute; mais elles ne pourraient rendre compte ni de leur persistance, ni surtout de leur aggravation. Elles jouent donc alors, ainsi que je l'ai dit, le simple rôle de *causes occasionnelles*. Toutefois, comme elles sont certainement aptes à produire par elles-mêmes ces perturbations passagères que j'ai désignées sous le nom d'*accidents nerveux*, elles se rattachent aussi à la catégorie des *causes déterminantes*, et méritaient d'être mentionnées ici.

11° *Névroses épidémiques.*

Je me bornerai à signaler ces sortes de névroses qui ont déjà fixé l'attention de presque tous les médecins. On a souvent cité, et l'on cite chaque jours les *trembleurs des Cévennes*, *la possession des religieuses de Loudun*, *les convulsionnaires de Saint-Médard*, *les flagellants*, *les choréiques du* XIV[e] *siècle*, et l'on peut encore observer des faits semblables chez certaines sectes musulmanes. Si l'on ne peut entièrement se rendre compte de ces faits, rappelons que dans tous ces cas les individus atteints se trouvaient soumis, non-seulement aux mêmes influences morales, mais aussi aux mêmes conditions physiques, aux pratiques et aux abstinences d'un fanatisme religieux, causes actives de manifestations névropathiques, auxquelles il faut ajouter encore la puissance bien démontrée de l'imitation. Rappelons aussi que les paralysies épidémiques du Devonshire et du Poitou reconnaissaient pour cause unique l'alimentation viciée des populations de ces contrées; les névralgies épidémiques intermittentes et rémittentes qui ont fait le sujet d'une Note de M. Sandras, et dont j'ai déjà parlé, se développaient dans le cours d'un embarras gastro-intestinal épidémique. C'est pendant la même année, et probablement à l'occasion de la même constitution médicale que M. Constant publiait des « Réflexions sur la nature et le traitement des névroses qui régnaient depuis quelques mois chez les enfants (1). » Enfin, cette petite épidémie d'épilepsie qui se manifesta parmi les naufragés de la frégate *la Légère* (observation trente-septième) prenait également sa source dans une même circonstance commune à tous ces malheureux.

Il est donc probable que ces névroses épidémiques sont, au moins en partie, comme les autres, le résultat d'une des influences pathologiques étudiées dans ce travail, avec cette différence, qu'elles agissent simultanément sur un plus ou moins grand nombre d'individus.

Il est nécessaire de présenter maintenant un résumé de cette longue analyse. Le tableau suivant permettra d'embrasser d'un seul coup d'œil les diverses conditions qui semblent présider comme *causes déterminantes* au développement des névroses les plus communes.

I. *Etat nerveux*, *névropathie proteïforme*, *hystériosose*, *hystérie*. — Chlorose, anémie, épuisement, dyspepsie, troubles de la menstruation, affections utérines, grossesse, accouchement, état post-puerpéral, lésions externes, douleur, influences morales.

II. *Chorée.* — Chlorose, anémie, diathèse scrofuleuse, rhumatisme, mercure (?), intoxication paludéenne, affection gastro-intestinale, vers intestinaux, troubles de la menstruation,

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1835, t. VIII, p. 134.

---

même que, grâce à lui, la servante avait le don de deviner. Pour guérir cette malheureuse, saint Paul ne s'adressa pas directement à elle, il s'adressa à l'esprit de Python et lui dit : «Je te commande au « nom de Jésus de sortir de cette fille, et il sortit à l'heure même (1).» M. Marmisse s'abstient prudemment de citer cette observation catégorique. Est-ce parce qu'elle ne s'accorde pas avec sa prétendue science? Quoi qu'il en soit, il rapporte tout au long et il commente avec complaisance un fait bien plus écrasant encore, celui du démoniaque du pays des Gérasaniens. A ce propos, il met en présence les textes de saint Marc, de saint Luc et de saint Matthieu. Il aurait mieux fait de ne pas citer saint Matthieu, dont la version diffère beaucoup de celle des deux autres évangélistes (2). Par exemple, saint Luc dit qu'il n'y avait qu'un seul démoniaque et saint Matthieu affirme qu'il y en avait deux. M. Marmisse aurait dû éviter ce rapprochement, car les incrédules ne manqueront pas de demander : Faut-il en croire saint Luc? Faut-il s'en rapporter à saint Matthieu? Cette difficulté paraît sérieuse, mais il nous suffit de savoir que les évangélistes ne peuvent pas se tromper, pour dédaigner de répondre à une question aussi déplacée. M. Marmisse s'efforce de prouver que le, ou les démoniaques dont il s'agit étaient simplement atteints de manie furieuse. Il se livre à une analyse qui, au point de vue de la médecine moderne, n'est pas sans quelque valeur. Mais toute cette science irait se briser contre la précision désespérante du texte (3) :

« Jésus lui dit : Esprit impur, sors de cet homme. — Et il lui demanda : Comment t'appelles-tu? A quoi il répondit : Je m'appelle « Légion, parce que nous sommes plusieurs. — Et il le priait avec « instance de ne point le chasser *hors de ce pays-là*. — Or, il y avait « un grand troupeau de pourceaux qui paissaient le long des montagnes. — Et les démons le suppliaient en lui disant : Envoie-nous « dans ces pourceaux, afin que nous y entrions. — Jésus le leur permit aussitôt, et ces esprits impurs, sortant du possédé, entrèrent « dans les pourceaux, et tout le troupeau, qui était environ de deux « mille, courut avec impétuosité se précipiter dans la mer, où ils furent tous noyés (1). »

Cela n'empêche pas M. Marmisse, fidèle à sa malheureuse théorie des hallucinations, de prétendre que le démoniaque *croyait* simplement avoir en lui une légion d'esprits infernaux (2). Il ajoute, contrairement au texte sacré, que ce fut l'halluciné lui-même qui supplia Jésus d'envoyer dans les pourceaux les démons dont il se croyait possédé. « Alors, pour le guérir, Jésus-Christ laisse réaliser le phéno- « mène qu'il demande. Les pourceaux sont livrés à la même fureur « que cet homme, et par ce seul fait, qui frappe son imagination, le « malade se trouve guéri (3). »

Voilà comment M. Marmisse éclaire les merveilles évangéliques. En présence de cette obstination, il ne nous reste plus qu'à nous voiler la face. Nous n'avons pas le courage d'aller plus loin. Nous passe-

(1) *Act. apost.*, XVI, 16, 18.
(2) *Luc*, VIII, 27 ; *Marc*, V, 2; *Matth.*, VIII, 22.
(3) *Marc*, V, 8 à 13.

(1) *Trad. de Sacy.*
(2) Page 291.
(3) Page 294.

affections utérines, grossesse, état puerpéral (?), lésions externes (névrômes).

III. *Paralysie du mouvement et du sentiment.* — Chlorose, anémie, épuisement, suite de maladies aiguës et chroniques (fièvres intermittentes, dysenteries ou entérites graves, fièvre typhoïde, suette, choléra, dyspepsie), syphilis, rhumatisme, froid et humidité, plomb, mercure, arsenic, intoxication paludéenne, hystérie, épilepsie, affections aiguës et chroniques des poumons, affections gastro-intestinales, vers intestinaux, affections hépathiques, affections utérines, grossesse, affections des voies génito-urinaires, début des fièvres éruptives (rougeole).

IV. *Crampes, contractures musculaires diverses, contractures des extrémités.* — Albuminurie, syphilis, rhumatisme, froid, affections gastro-intestinales, vers intestinaux, inflammations péritonéales, début et cours des fièvres éruptives, typhoïdes, etc.

V. *Tremblement musculaire.* — Mercure, alcool, affections gastro-intestinales, débilité sénile.

VI. *Tétanos.* — Rhumatisme, froid et humidité, affections gasto-intestinales, accouchement, lésions externes diverses.

VII. *Convulsions diverses.* — Anémies, grandes pertes de sang, épuisement, albuminurie, rhumatisme, froid, plomb, affections gastro-intestinales, vers intestinaux, grossesse, affections aiguës et chroniques des voies génito-urinaires, maladies éruptives, fièvre typhoïde, dentition.

VIII. *Eclampsie.* — Albuminurie, affections pulmonaires aiguës (chez les enfants), grossesse, accouchement, début et cours des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde (chez les enfants), dentition (idem).

IX. *Epilepsie.* — Chlorose, anémie, épuisement, suite de maladies aiguës et chroniques (fièvres intermittentes, choléra, fièvres pestilentielles, albuminurie), syphilis, plomb, mercure, alcool, intoxication paludéenne, affections gastro-intestinales, acidification du lait chez les enfants, vers intestinaux, dysménorrhée, maladies utérines, grossesse, accouchement, état post-puerpéral (?), affections aiguës et chroniques des voies génito urinaires, début et cours des fièvres éruptives et typhoïdes (chez les enfants), lésions externes (odontalgie, travail de la dentition, corps étrangers dans l'oreille, névrômes, etc.), influences morales.

X. *Délire aigu, délire nerveux.* — Chlorose, anémie, grandes pertes de sang, rhumatisme, plomb, alcool, intoxication paludéenne, hystérie, affections aiguës des poumons, des organes abdominaux, etc., début et cours des fièvres éruptives et typhoïdes, affections externes (brûlure, érysipèle, contusions, fractures), grandes opérations, douleur, influences morales.

XI. *Aliénations mentales diverses.* — Chlorose, anémie, grandes pertes de sang, épuisement, suite de maladies aiguës et chroniques (fièvres intermittentes, fièvre typhoïde, dyspepsie), syphilis, rhumatisme, mercure, alcool, affections chroniques des poumons, de l'estomac et des intestins, troubles de la menstruation, affections utérines, grossesse, état post-puerpéral, influences morales.

XII. *Hypochondrie et mélancolie.* — Chlorose, anémie, épuisement, dyspepsie, affections gastro-intestinales, grossesse, affections des voies génito-urinaires, influences morales.

XIII. *Catalepsie.* — Hystérie, rhumatisme (?), plomb, intoxication paludéenne, vers intestinaux, accouchement.

XIV. *Coma, stupeur, névroses apoplétiformes.* — Albuminurie, rhumatisme, plomb, intoxication paludéenne, hystérie, affections aiguës des poumons, des voies génito-urinaires, fièvres éruptives et typhoïdes, etc.

XV. *Névralgies.* — Chlorose, anémie, dyspepsie, syphilis, rhumatisme, froid, intoxication paludéenne, affections gastro-intestinales, état post-puerpéral.

XVI. *Gastralgie et dyspepsie nerveuse.* — Chlorose, anémie, épuisement, troubles de la menstruation, affections utérines, grossesse, vers intestinaux, influences morales.

XVII. *Amaurose.* — Chlorose, anémie, épuisement, albuminurie, froid (?), plomb, intoxication paludéenne, affections gastro-intestinales, grossesse, accouchement.

XVIII. *Asthme nerveux.* — Chlorose (absence d'autres documents).

Tels sont les nombreux éléments pathogéniques des névroses, et je ne puis me flatter d'en avoir présenté une énumération complète. On le voit donc, ces affections sont loin d'avoir toujours la même origine : il n'existe aucun principe spécifique, aucune altération anatomique, aucune modification organique qui corresponde constamment à chacune de leurs formes. Quand l'anatomie découvre des lésions propres au sys-

---

rons donc sous silence son chapitre de la *stérilité*, son chapitre des *lépreux*, et son chapitre des *boiteux*, qui ne vaut pas celui de Montaigne (1). Nous nous contenterons d'indiquer aux chirurgiens qui s'occupent d'*autoplastie* en général, et d'*otoplastie* en particulier, le chapitre de l'*oreille coupée* par saint Pierre, et remise par Jésus-Christ; aux médecins la dissertation sur l'*emploi de la salive en médecine*, aux hydrologues la dissertation sur les *eaux de la piscine;* aux statisticiens le chapitre XXV, intitulé : *Statistique médicale de l'Evangile*, statistique des plus incomplètes, d'ailleurs, car on n'y trouve même pas l'éventration de Judas Iscariote (2); aux littérateurs, enfin, les 338 pages du livre, et les 11 pages de la préface. En terminant, nous nous permettrons de donner un conseil à M. Marmisse.

Il y a deux choses qui ne se ressemblent pas, qui ne se connaissent pas, et qu'on ne doit jamais mettre en présence. Ces deux choses sont la science et la religion. Dès que vous les mettrez aux prises l'une avec l'autre, il faut que l'une des deux disparaisse. Ne sentez-vous pas ce qu'il y a de périlleux dans une entreprise qui met l'homme en demeure de choisir entre la foi et la raison, entre l'examen et l'autorité? Vous voulez vous livrer à la contemplation des choses religieuses? Libre à vous, cette tendance vous honore, et ce n'est pas nous qui vous en détournerons. Mais alors renoncez à faire des livres de médecine. Voulez-vous, au contraire, consacrer vos efforts aux progrès des études médicales? Libre à vous encore; venez parmi nous, aidez-nous à lire dans le grand livre de la nature, la science sera

(1) Montaigne, *Essais*, liv. III, ch. 11.
(2) *Act apost.* I, 18.

heureuse de vous recevoir. Mais alors rentrez dans le monde des choses scientifiques, et ne venez pas nous parler des possessions, des résurrections, et des vierges-mères. Choisissez entre ces deux voies qui sont parallèles, et qui, par conséquent, ne doivent jamais se rencontrer. L'Evangile, que vous avez parcouru, vous enseigne qu'*on ne peut pas être à la fois à Dieu et au monde*. Vous avez oublié cet axiome, vous avez tenté une conciliation impossible, vous avez entrepris à travers les champs une excursion vagabonde, et vous avez fait une chute qui, à une certaine époque, aurait pu vous coûter cher. Ce temps-là est heureusement passé, et vous en êtes quitte pour une critique que vous avez vous-même provoquée. Supportez patiemment cette critique, car Salomon a dit : « Celui qui aime la correction « aime la science, mais celui qui hait les réprimandes est un in- « sensé (1) ! Qui diligit disciplinam diligit scientiam; qui autem odit « increpationes, insipiens est. »

Et surtout, si l'envie vous prend encore de recommencer cette course périlleuse, souvenez-vous, *si parva licet componere magnis*, souvenez-vous de Galilée!

PAUL BROCA.

FIN.

(1) Prov. XII, 1.

tème nerveux, leur siége varie comme leur nature ; quand la structure des organes de ce système est intacte, dans les cas où nous parvenons à rattacher les désordres observés à une modification quelconque de l'économie, nous sommes frappés de l'extrême diversité de ces états. En un mot, comme le tableau dressé précédemment le démontre jusqu'à l'évidence, une même névrose peut prendre naissance au milieu de conditions pathogéniques fort différentes, et chacune de ces conditions pathogéniques peut engendrer les névroses les plus variées. Chaque forme de ces affections ne révèle donc pas un état morbide unique, mais peut servir d'expression à une multitude de modifications de l'organisme.

Or, des phénomènes pathologiques qui ne se trouvent liés à aucun principe spécifique, qui ne correspondent ni à une modification spéciale de l'économie, ni à une lésion anatomique constante, susceptibles, au contraire, de servir de manifestation à une foule d'états organiques fort différents, ne sauraient être considérés comme des *maladies* et constituent de simples *expressions morbides*.

Ainsi se trouve justifiée la proposition émise dans la première partie de mon travail : je sais à quelles objections elle peut donner lieu ; je n'ai pas été sans y réfléchir, mais elles n'ont rien changé à ma conviction. Je viens de grouper en quelques lignes les principales données sur lesquelles elle se base ; j'engage à les méditer avant de rejeter la pensée générale de ce mémoire comme un paradoxe insoutenable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

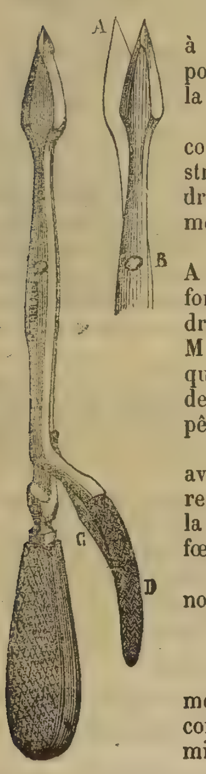
ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *septembre* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Vaccine. — États des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Isère, de la Seine-Inférieure, de la Creuse et dans l'île de la Réunion. (Comm. de la vaccine.)

CORRESPONDANCE NON-OFFICIELLE.



Perce-crâne. — M. Charrière fils, présente à l'Académie un nouveau crâniotome, fabriqué pour M. le docteur Hippolyte Blot, et qui permet la suppression de la gaîne aux ciseaux de Smélie.

Cet instrument se compose de deux lames se recouvrant l'une par l'autre, de telle sorte que l'instrument étant fermé, le dos mousse de la lame de droite déborde la lame de gauche et réciproquement.

Chaque face de la lame supporte à son sommet A une arête qui, lorsque l'instrument est fermé, forme avec le sommet de la lame une pointe quadrangulaire. (Cette indication a été donnée par M. le docteur Marchand, de Charenton.) Un clou qui s'engage dans une échancrure limite la course des deux lames en dedans, et le ressort C les empêche de se porter en dehors.

Pour ouvrir l'instrument, il suffit de presser avec une seule main sur la bascule D, l'autre main reste libre et peut servir de guide pour conduire la pointe de l'instrument jusque sur la tête du fœtus.

Les deux branches sont articulées par le tenon B.

(M. Depaul, rapporteur.)

Idiotie. — Lettre de M. le docteur Lunier, médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois, contenant l'observation d'un microcéphale. (Commission des aztèques.)

Épidémies. — Supplément au rapport sur la fièvre puerpérale qui a régné à Dunkerque, en 1854, par M. le docteur Lemaire. (Comm. des épidémies.)

Eaux minérales. — Lettre de M. Dufresse de Chassaigne sur la composition de l'eau minérale de la vieille source, dite source principale de Bagnols (Lozère). (Comm. des eaux minérales.)

Luxations. — Note de M. Legouest, médecin-major, agrégé au Val-de-Grâce, sur une luxation du poignet en avant. (Comm., MM. Larrey et Malgaigne.)

— Déjà, à plusieurs reprises, dit M. le rapporteur, j'ai eu l'occasion, Messieurs, soit dans des rapports académiques, soit dans des présentations provenant de mon service de l'hôpital Saint-Louis, d'appeler votre attention sur les maladies cutanées exotiques, telles que la *pellagre* des Asturies, le *molluscum* d'Amboyne, la *radesyge* de Norwége, les diverses formes de *lèpre* de nos colonies, dont quelques rares exemples sont venus s'offrir à notre observation sous un climat qui leur est étranger.

De ces maladies, les unes, telles que la pellagre, le molluscum, la radesyge, et peut-être l'*éléphantiasis arabe*, ou, du moins, une forme d'œdème dur et hypertrophique qui s'en rapproche beaucoup, peuvent se produire exceptionnellement dans nos régions tempérées : les autres, toujours exotiques, telles que le *pian d'Amérique* et l'*éléphantiasis grec*, ne s'observent que sur des sujets qui ont habité les pays où ces affections sont endémiques.

L'auteur du Mémoire dont nous avons à vous rendre compte, ayant eu occasion d'observer, sur les côtes de Norwége, la *radesyge* et la *spedalskhed* ou *éléphantiasis*, a cru avec raison que les remarques qu'il a pu faire sur ces deux maladies vous offriraient de l'intérêt.

Il est seulement à regretter que M. Delioux, au lieu de s'en tenir aux traités classiques, ait négligé de prendre connaissance de quelques documents importants publiés, soit dans les journaux de médecine, soit dans les bulletins de l'Académie ; il aurait pu ainsi rectifier plusieurs de ses assertions et modifier quelques-uns des jugements qu'il porte : il aurait vu, par exemple, que la lèpre vulgaire des Grecs (simple variété du *psoriasis*) avait été depuis longtemps rejetée du cadre des lèpres proprement dites ; que, depuis longtemps aussi, la *radesyge* avait été distinguée de l'éléphantiasis, ainsi que je l'ai fait moi-même dans une présentation que je vous ai soumise en mars 1846 ; il aurait vu surtout que l'éléphantiasis tubéreux, ou *leontiasis* ne doit pas être confondu avec la lèpre des livres sacrés ; tout au plus pourrait-on rapprocher cette dernière de l'espèce dite *anaisthetos* de Robinson.

De même qu'à Paris, nous observons des espèces intermédiaires aux *syphilides* et aux éruptions *scrofuleuses*, que l'on pourrait désigner sous le nom de *sypholoïdes*.... de même aussi, dans les climats où sont endémiques les affections lépreuses, on observe diverses éruptions tuberculeuses, que les uns confondent, et que d'autres distinguent, bien qu'elles aient ensemble plusieurs points de contact. De là ces divergences d'opinion qui font que dans nos colonies d'Amérique, par exemple, certains observateurs ont voulu rattacher le *pian* et le *frambœsia* à nos formes syphilitiques ou scrofuleuses, tandis que d'autres, avec plus de raison, en ont fait des espèces distinctes.

De là aussi la confusion établie par quelques observateurs entre le *molluscum* d'Amboyne, la *radesyge* et l'*éléphantiasis* de Norwége, tandis que d'autres séparent ces maladies en autant d'espèces.

Ajoutons que, suivant que l'on prend en considération les formes apparentes seulement de l'éruption, ou que, comme Schilling, par exemple, on s'attache surtout à la *diathèse*, on arrive à distinguer ou à confondre des espèces qui présentent, en effet, des différences de forme, mais certaines ressemblances en nature. Pour ma part, sans exclure assurément ce dernier genre de considérations lorsqu'il peut être assez bien établi pour servir de guide, je crois pourtant que c'est d'abord sur la considération des formes que doit être basée la classification des espèces, car ce mode de classification, outre qu'il est le plus simple et le plus commode pour l'étude clinique, est aussi celui qui peut le mieux réussir à dissiper la confusion qu'avait fait naître l'admission par Alibert, dans le langage scientifique, des termes vulgaires de *dartres*, de *teignes* et de *lèpres*.

Mais, pour ne pas sortir du sujet spécial traité par M. Delioux, nous dirons que la lèpre proprement dite comprend trois espèces bien distinctes, savoir : l'éléphantiasis grec, désigné en Norwége sous le nom de spedalskhed [c'est à tort que l'auteur suppose que nous avons pu regarder la spedalskhed comme une maladie différente de l'éléphantiasis (1)] ; l'éléphantiasis *anaisthetos* des Anglais, ou *leuce* d'Hippocrate, lèpre des livres saints ; l'éléphantiasis *arabe*, rapproché par

(1) Voir notre rapport académique du 3 octobre 1848.

Schilling de l'éléphantiasis grec, comme ayant pour cause une altération du sang identique.

La *radesyge* de Norwége, confondue par quelques médecins du pays avec l'éléphantiasis, est une maladie spéciale qui se rapproche plus des *syphiloïdes* que des lèpres proprement dites : cependant elle offre parfois ce phénomène, qui lui est commun avec l'éléphantiasis, qui consiste dans la nécrose et la chute des phalanges.

M. Delioux, dans son Mémoire, a particulièrement insisté sur cette distinction entre la radesyge et l'éléphantiasis; mais il n'a observé qu'un seul exemple de la première affection, et encore à un degré tellement avancé que les caractères propres de l'affection ne pouvaient guère y être signalés.

Au contraire, il a bien vu et bien décrit plusieurs cas de cet éléphantiasis *anaisthetos*, qui paraît à peu près inconnu en France.

M. Delioux s'est attaché, en outre, à rechercher les causes de la lèpre, et il est arrivé à exprimer une opinion fort analogue à celle de Larrey, qui regardait comme source principale de cette affreuse maladie l'usage presque exclusif comme aliment du poisson salé, fumé et diversement altéré. M. Delioux y joint le défaut de pain, qui se rencontre généralement dans les contrées où règne la radesyge. Evidemment, on doit ajouter encore les conditions climatériques, parmi lesquelles l'*humidité* semble jouer un rôle important.

Pour ce qui regarde le traitement, nous avons pu bien des fois, pour notre part, constater l'impuissance des préparations mercurielles, arsenicales, iodurées, dans l'éléphantiasis, tandis qu'elles paraissent, au contraire, jouir de quelque efficacité dans la radesyge..., ce qui viendrait encore à l'appui de l'analogie que nous avons cru devoir signaler entre cette dernière affection et les *syphiloïdes*.

En somme, si le Mémoire de M. Delioux ne nous offre rien de nouveau à signaler; il offre du moins de l'intérêt comme pouvant concourir à l'élucidation des matières obscures et difficiles qui en font le sujet.

Nous vous proposons, en conséquence, de déposer honorablement ce Mémoire dans vos archives, d'adresser une lettre de remerciements à l'auteur, et de vouloir bien joindre ce nouveau travail aux autres titres que M. Delioux peut faire valoir à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de l'Académie.

M. Piorry dit qu'il possède un ouvrage de deux auteurs suédois dont les noms lui échappent malheureusement en ce moment, mais dont l'œuvre lui paraît d'autant plus importante qu'elle est accompagnée de figures dans lesquelles sont représentées les formes variées de la spedalskhed comparativement avec celles de l'éléphantiasis. Il pense que l'Académie et surtout le rapporteur du travail de M. Delioux seraient bien aises de prendre connaissance de ce livre qu'il se ferait un plaisir de tenir à leur disposition.

M. Gibert répond que l'Académie possède l'ouvrage dont veut parler M. Piorry, qu'il est de MM. Boeck et Danielssens, auteurs norwégiens dont on ne saurait, en effet, trop admirer l'œuvre surtout à cause des belles planches qui l'accompagnent, mais dont plusieurs personnes, au nombre desquelles se compte également le rapporteur, n'admettent pas toutes les opinions qui y sont émises.

LECTURE DE MÉMOIRES.

Calculs. — M. Blache présente au nom de M. le docteur Passaquay, de Lons-le-Saulnier, un calcul qui a 6 centimètres de long sur 4 de diamètre, qui est emboîté dans une tige métallique, et qui a été extrait sans le secours d'aucune opération sanglante, de la vessie d'une jeune fille.

M. Blache lit ensuite l'observation jointe au *fac simile* de la pièce pathologique. L'auteur insiste plus particulièrement sur le degré de dilatation que peut atteindre, chez la femme, le canal de l'urètre, sur l'importance que ce fait peut avoir en médecine opératoire et sur le succès particulier qu'il vient de lui donner.

M. Velpeau reproche à l'observation précédente de manquer de quelques détails importants; ainsi l'âge de la malade n'a pas été donné. L'auteur semble placer le calcul dans l'urètre, dit le professeur de la Charité, ce qui ne doit pas avoir été le cas.

M. Blache rappelle que le calcul s'est formé dans la vessie, et qu'il a été amené dans l'urètre par des tractions.

M. Velpeau ne pense pas qu'il s'agisse ici d'un cas exceptionnel et très-rare; rien n'est commun comme les concrétions qui enveloppent toute espèce de corps étrangers introduits dans la vessie. L'extraction du calcul par la dilatation de l'urètre n'a pas été sans gravité, elle a laissé des traces sensibles d'inflammation qui ont fait souffrir la malade, et que le broiement préalable aurait fait éviter d'une manière certaine. Il est à regretter que des tentatives de ce genre n'aient pas été faites.

Maladies de l'oreille. — M. Ménière lit une Note sur quelques cas de séquestres osseux observés dans les diverses parties de l'appareil auditif. (Commissaires, MM. Gimelle, J. Cloquet et Jobert.)

Hématurie. — M. Mariano Semmola donne lecture d'un Mémoire intitulé : *De l'hématurie rénale, recherches de chimie et d'anatomie pathologique*. (Commission composée de MM. Segalas, Lagneau et Guérard.)

Nous nous proposons de reproduire textuellement ce travail, avec les détails que comporte le sujet.

Chaleur animale. — M. Wanner lit la première partie d'un travail sur la température du corps et sur l'intervention de la chaleur comme agent thérapeutique.

Lithotome.—M. Da Costa présente un instrument destiné à saisir la pierre et à l'écraser lors des opérations de la taille par le périnée, quand le calcul présente un volume trop considérable pour être extrait immédiatement. L'auteur rappelle que cet instrument, dont l'exécution n'était pas sans présenter des difficultés, a été fabriqué par M. Mathieu.

M. Jobert insiste sur les avantages que lui a offerts cet instrument pour broyer les gros calculs ; il le considère comme rendant de véritables services aux chirurgiens.

Fractures. — M. le docteur Le Maux présente un appareil à fracture de jambe, composé de deux parties principales, 1° une planche prenant, autant que possible, la forme de la jambe dans toute son étendue ; 2° un montant en forme de semelle, destiné à recevoir la plante du pied. Ce sont là les deux parties essentielles de l'appareil. Trois cartons, recouverts d'un enduit conservateur et percés de trous, sont destinés à se mouler sur l'étendue des faces supérieure et latérale de la jambe; la planche horizontale sur laquelle s'appuie toute la jambe est percée de cinq mortaises doubles, destinées à recevoir les liens ; sur la partie supérieure de cette planche se trouve un coussin en balle d'avoine, ou bien en ouate. Le montant est percé de deux mortaises doubles qui livrent passage à des bandes destinées à maintenir le pied dans un état de rectitude complète.

La planche sur laquelle repose la jambe est percée à son extrémité inférieure, dans une étendue plus large que ne le comporte le volume du talon. Cette ouverture a pour but d'éviter au blessé les douleurs insupportables qui sont souvent la conséquence de l'appui du talon sur un corps dur.

Le montant est muni d'un petit cylindre conique creux qui reçoit une tige en fer, crochue à une de ses extrémités, afin de pouvoir relever à volonté l'extrémité inférieure du membre fracturé.

Cet appareil paraît réunir les conditions suivantes : légèreté, simplicité, application facile et maintien solide du membre fracturé. Il pourrait être utilisé pour le transport des blessés et dans le service des ambulances.

Polype. — M. Maisonneuve a opéré, pour un polype naso-pharyngien avec prolongements multiples dans la bouche, les narines, la fosse zygomatique, la joue, la fosse temporale, un malade auquel il a extirpé l'os maxillaire supérieur et qu'il présente guéri.

Dans la séance du 31 août dernier, M. Maisonneuve avait présenté à l'Académie un jeune homme affecté d'un polype naso-pharyngien qui avait produit une horrible déformation du visage. Le chirurgien avait émis l'opinion que ce polype avait son origine vers la partie supérieure du pharynx, et qu'en sacrifiant l'os maxillaire supérieur, il pourrait arriver à son pédicule. Il ajoutait que, d'après l'expérience qu'il avait de ces sortes de tumeurs et des opérations qu'elles nécessitent, il espérait pouvoir représenter le malade guéri dans six semaines.

Voici les détails de cette observation :

Boulac (Antoine), âgé de vingt ans, coutelier, vint, sur la recommandation du docteur-médecin de l'hôpital de Rodez, se confier aux soins de M. Maisonneuve, dans le but d'être débarrassé d'une énorme tumeur de la face.

Le malade en faisait remonter le début à deux ans, mais, à cette époque, elle avait déjà acquis assez de volume pour occasionner de la gêne dans le pharynx. Un an après, le polype envoyait déjà des prolongements dans la narine gauche, dans la fosse zygomatique, la joue et la fosse temporale. Sur le conseil d'un médecin de Rodez, Boulac se rendit à Montpellier, où il fut admis à l'hôpital Saint-Eloi; après un séjour de six semaines, on le renvoya sans rien tenter pour sa guérison.

C'est alors que le médecin de Rodez l'engagea à venir à Paris. Il entra le 30 juillet à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve.

Le côté gauche de la face présentait alors une tuméfaction énorme qui envahissait la joue, la fosse zygomatique, la fosse temporale. Un

autre prolongement de la tumeur remplissait la fosse nasale et refoulait la cloison vers la narine droite qui se trouvait entièrement obstruée.

A l'intérieur de la bouche, les désordres étaient encore plus graves. Un troisième prolongement de la tumeur remplissait le pharynx, et faisant hernie à travers le voile du palais et la voûte platine venait s'épanouir dans toute la partie supérieure de la cavité buccale. La respiration, la phonation, la déglutition surtout étaient notablement gênées, et tout faisait présager qu'avant peu ces importantes fonctions allaient être entièrement compromises. Tel était l'état du jeune malade quand M. Maisonneuve le soumit à l'examen de l'Académie, dans la séance du 31 juillet.

Il n'y avait pas à hésiter sur l'urgence de l'opération et le malade y était décidé; elle fut pratiquée le surlendemain, 2 août, d'après la méthode de M. Flaubert de Rouen, méthode qui consiste à enlever d'abord l'os maxillaire supérieur. Seulement, M. Maisonneuve en modifia l'exécution de manière à éviter autant que possible la difformité consécutive.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve divisa, d'un seul trait sur la ligne médiane, le nez et la lèvre supérieure; d'un seul coup de bistouri, il incisa transversalement les parties molles comprises entre la racine du nez et l'angle interne de l'œil.

Puis disséquant le large lambeau circonscrit par ces deux incisions, il mit à découvert la face antérieure de l'os maxillaire et de la tumeur qui l'enveloppait. Avec une scie à chaîne passée dans la fente sphénoïdale, il divisa promptement l'apophyse molaire; de deux coups de cisailles, M. Maisonneuve coupa l'apophyse montante de l'os maxillaire et l'apophyse palatine, puis, avec le même instrument porté sur les apophyses ptérygoïdes du sphénoïde, il sépara la dernière adhérence de l'os et l'enleva.

Dès lors, il fut facile de voir dans son ensemble l'énorme tumeur dont les prolongements s'étendaient dans toutes les anfractuosités de la face et surtout de reconnaître son pédicule. Il se contenta d'exciser le pédicule avec des ciseaux courbes, de promener quelques cautères sur les vaisseaux qui fournissaient du sang et de faire un léger tamponnement.

Tout étant en ordre, il rapprocha les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée. Les suites de cette opération si grave en apparence, furent des plus heureuses. Le malade eut à peine de la fièvre, et la réunion de la plaie s'opéra par première intention.



La tumeur, de nature fibreuse, était adhérente par un pédicule très-court dont la section présente une surface circulaire de 3 centimètres de diamètre. Elle se divise en deux portions principales qui ne tenaient ensemble que par un pédicule vasculaire gros comme le doigt.

L'une de ces portions occupait la fosse nasale gauche, pénétrait à travers l'écartement du voile du palais et des os maxillaires jusque dans la bouche. La seconde enveloppait l'os en dehors et en avant, et se prolongeait dans la joue d'une part, puis, d'autre part, jusqu'à la partie supérieure de la fosse temporale en passant sous l'arcade zygomatique.

Deux kystes séreux existaient dans l'épaisseur de cette seconde portion.

Explication de la planche.

A. Os maxillaire supérieur gauche.
B. Portion nasale, pharyngienne et palatine de la tumeur.
C. Portion temporale.
D. Portion génienne.

CORRESPONDANCE.

Voici la lettre de M. Piorry, annoncée dans notre dernier numéro :

Sur l'emploi de l'acide sulfurique dans le choléra, et sur un moyen rationnel de remédier à la diarrhée cholérique et à la perte de la sérosité du sang qui en est la conséquence; — compression de l'aorte et de l'abdomen.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous remercie, avant tout, de la bonne opinion que vous avez bien voulu exprimer sur ma pratique et sur l'esprit qui la dirige, alors que vous avez dit, à l'occasion de la Note de M. Blain, relative à une malade que ce médecin et moi avons traitée, cette phrase obligeante : « Nous nous plaisons à le proclamer hautement : le respect de M. Piorry pour les malades nous est connu. »

Veuillez, ensuite, être bien persuadé, Monsieur, que dans le fait de clinique, publié *de mon consentement, et je dirai même avec mon approbation*, je ne me suis en rien écarté de ma manière générale de diriger la santé des malades que j'ai pour mission de soigner. Voici ce qui est arrivé.

Une malheureuse femme de mon service était entrée (nº 5 ou 6, salle Sainte-Anne) présentant tous les symptômes d'une fièvre grave avec ulcération des plaques de Peyer (iléo-spilosie). Sa vie était déjà très-compromise, alors qu'elle fut atteinte de selles innombrables dans lesquelles la matière était aqueuse, grisâtre et remplie de flocons blanchâtres caractéristiques. Le pouls était devenu imperceptible; le sang circulait à peine dans les veines; la face, les lèvres, la langue, les paupières étaient bleuâtres; la peau était froide; en un mot, c'était l'état algide (hypohydrêmie) au degré le plus marqué. La mort était imminente et tout portait à croire que la nuit ne se passerait pas sans que la malheureuse succombât. J'en ai beaucoup vu dans cet état, et je ne savais que trop que la mort était inévitable.

Déjà depuis plusieurs jours j'avais eu de tristes occasions de voir que le mal était aussi sérieux *dans le petit nombre de cas qui se présentaient* que dans les fortes épidémies que nous avons tous observées.

Or, indépendamment de la connaissance que j'avais des recherches de M. Worms (1), je venais de lire avec attention la brochure de l'honorable docteur Lepetit, de Poitiers. J'y avais lu que plus *de cent* malades atteints de choléra et traités soit par lui, soit par plusieurs médecins avaient guéri; et qu'à peine y avait-il eu quelques revers. Je trouvais les doses d'acide sulfurique proposés *très-fortes et trop fortes*, mais j'étais frappé de résultats très-remarquables *dont la certitude s'augmentait* pour moi de la confiance que m'inspirait M. Lepetit. *M. Blain faisant sous mes yeux la visite pendant ces vacances*; je lui parlai du traitement proposé par notre confrère, *nous convînmes de diminuer de beaucoup* les proportions d'acide, et d'en donner moitié dose de ce qu'avait fait M. Lepetit. Je connaissais l'extrême prudence de M. Blain, et je lui recommandai d'observer les effets du médicament avant de le continuer; on donna donc tous les quarts d'heure une cuillerée d'eau avec addition *d'un* 200me d'acide sulfurique. La malade, qui vomissait avant, vomissait après, et rejeta aussi la potion; il n'y eut pas d'autres accidents le soir; mais le lendemain matin, je vis de la matière noire contenue en très-petite quantité dans les liquides évacués, je pensais qu'il s'agissait de sang contenu dans ces mêmes liquides; je fis *à l'instant cesser l'emploi de la potion acide*. Du reste, l'état de la malade n'était ni amélioré, ni empiré, et le lendemain la mort eut lieu avec *les mêmes symptômes que dans tous les cas dits de choléra asphyxique, bleu, etc.* A l'ouverture, on trouva dans l'intestin l'éruption psorentérique et quelques plaques de l'ilion malades (l'une avec destruction des membranes muqueuses et musculeuses, qui avait pu donner lieu à l'hémorrhagie observée); des rougeurs assez prononcées existaient à la région pylorique, mais en aucun point on ne trouvait de ramollissement, d'escarres, de coloration grisâtre ou noirâtre, de lésions enfin que l'on pût rapporter à l'action de l'acide sulfurique *étendu de deux cents parties d'eau.*

A côté de ce fait, où certes il est plus que douteux que l'acide sulfurique ait eu des inconvénients graves, il est juste de dire que deux autres malades qui ont pris le même médicament se sont assez promptement rétablis.

Tout aussitôt après ce fait, je fis enfin, dans le service, l'usage de la potion affaiblie de M. Lepetit; si j'ai fait donner de l'acide sulfurique, ce ne fut qu'à une dose qui ne dépassait celle de la limonade sulfurique du Codex que de quelques gouttes, et encore ce ne fut qu'après en avoir conféré avec M. Blain et avec M. Quevenne, chez lequel la prudence est au niveau de la science.

Vous voyez donc, Monsieur, que je n'ai pas cessé un moment *de respecter mes malades et de mettre* l'intérêt de leur santé bien au-

(1) Nous devons dire à ce sujet que le formulaire des hôpitaux militaires n'étant pas conforme au *Codex*, la dose d'acide sulfurique que prescrit M. Worms est beaucoup moins considérable qu'on ne pourrait le croire au premier abord. *Note du rédacteur.*

dessus de l'intérêt scientifique et de tout autre intérêt. Seulement quand un malheureux se meurt, certainement, quand un confrère que j'honore et que j'estime, cite un très-grand nombre de cas analogues où il a réussi, je me décide à employer *mais avec une extrême prudence son remède*, tout en conservant de la défiance; je le fais comme je présenterais à un homme qui se noie une perche, fût-elle couverte d'épines, alors que je ne pourrais m'en procurer, au moment utile, une qui fût assez unie pour ne pas blesser ses mains.

Du reste, encore une fois, dans le cas cité, M. Blain était chargé de surveiller avec un soin extrême l'action du remède et d'en arrêter l'administration tout aussitôt que le moindre accident surviendrait.

J'ai de l'aversion pour l'expérimentation des moyens dangereux; je ne cesse de l'inspirer aux élèves dans mes cours; j'ai une détestation pour la thérapeutique hazardeuse et empirique de certaines gens, et si j'ai donné (*avec une extrême prudence*) le médicament de M. Lepetit, en diminuant de moitié la dose, c'est parce que je m'en suis rapporté à l'expérience de plusieurs médecins estimables.

Maintenant que je me suis lavé de tout reproche relatif à l'*expérimentation empirique et téméraire*, permettez-moi de vous parler de deux choses bien autrement importantes au point de vue de l'humanité et de la science que ce qui, dans les réflexions précédentes, peut m'être personnel.

1° Dans ces derniers temps, j'ai eu encore l'occasion de constater que l'ouverture continuelle des croisées, que la ventilation pratiquée jour et nuit, ventilation qui évidemment avait été si utile à la Salpétrière en 1832 (1) ne l'était pas moins en 1855.

Plusieurs malades de la Charité avaient été frappés dans les salles, et cela de la manière la plus grave, en même temps que la malheureuse dont l'histoire vient d'être faite, et, tout aussitôt qu'un courant d'air fut établi *nuit et jour* dans le service, à peine quelques cas légers s'y manifestèrent-ils.

2° Mais il est un moyen non dangereux que la médecine anatomique avoue bien plus pour le traitement du choléra dit asphyxique que l'emploi empirique de l'acide sulfurique. Expliquons-nous à ce sujet.

Voyant périr les cholériques par suite du défaut de sérum, voyant encore que c'est par les capillaires qui terminent les vaisseaux naissants de l'aorte au-dessous des mésentériques, que s'échappent les liquides séreux, qui, dans l'indoloiosie, se séparent du sang; réfléchissant que ces liquides sont versés dans l'intestin et s'y accumulent, et que, pour s'y accumuler, il faut que ces viscères soient susceptibles de distension, j'ai pensé qu'il serait peut-être utile de comprimer assez le ventre pour en diminuer de beaucoup le volume, et de presser assez sur l'aorte pour y ralentir, ou même, vu la faiblesse de l'action du cœur dans l'hypohydrémie, dite *choléra asphyxique*, pour y arrêter le cours du sang.

Chez un jeune phthisique, ou pneumo-phynique, atteint de choléra avec hypohydrémie, et qui semblait devoir périr dans la journée, j'ai fait élever les membres inférieurs au-dessus du niveau de la poitrine, et cela pour y ramener le peu de sang qui restait dans ces parties, puis j'ai fait placer sur le ventre une couche très-épaisse d'ouate de coton, qui a été surtout posée sur le trajet de l'aorte, depuis l'appendice typhoïde jusqu'au pubis. Par-dessus a été placé un bandage de corps extrêmement serré. Sous cette influence, la circulation s'est promptement rétablie; le pouls s'est subitement relevé. Le lendemain, le malade était mieux, et le surlendemain il était dans le meilleur état. L'observation qui concerne ce malade sera donnée en détail par l'élève qui a exécuté cette compression avec un soin extrême et avec un zèle qui l'honore (2).

Le lendemain (le 14 septembre), deux malades atteints de choléra asphyxique au plus haut degré, et qui étaient sur le point de rendre le dernier soupir, furent soumis à cette compression. Ils n'en périrent pas moins : l'un quelques heures après, l'autre dans la nuit; mais, chose remarquable, l'un d'eux, dont la voix était entièrement éteinte, reprit tout d'abord une voix sonore et forte, alors que le bandage vint à être placé; l'autre, qui respirait à peine, eut tout à coup, aussitôt que la compression fut établie, un grand nombre de respirations par minute. La coloration sur l'un et l'autre se ranima d'une manière manifeste (3).

Je ferai pratiquer, à l'occasion, cette compression sur le cadavre de cholériques, à l'effet de savoir jusqu'à quel point elle peut agir, et dans les intestins et sur l'aorte.

J'ose vous prier, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien, dans un intérêt humanitaire, et un peu dans mon intérêt personnel, de faire insérer cette lettre dans votre prochain numéro. Je ne doute pas que vous agissiez ainsi, car je me rappelle votre impartialité dans la lutte académique qui a eu lieu cette année sur le traitement de la variole et sur les doctrines organo-pathiques.

P.-A. Piorry.

Paris, le 16 août 1855.

(1) Mémoire sur les causes du choléra en 1832 dans le procédé opératoire de la percussion médicale.

(2) M. Taquet.

(3) Un cas de succès analogue au précédent vient de se reproduire dans mon service, le 16 septembre.

DEUX MOTS DE RÉPONSE.

M. le professeur Piorry a eu raison de compter sur notre impartialité qui, nous le croyons, n'a jamais fait défaut à personne; mais il n'a pas moins dû compter sur notre indépendance dont toute notre estime pour lui ne saurait nous empêcher d'user dans une question aussi grave que celle qu'il a soulevée. Nous lui dirons donc très-franchement que nous avons eu quelque peine à comprendre les explications qu'il nous donne dans sa lettre; voyons si c'est notre faute ou la sienne.

M. Piorry nous informe que s'il a employé la méthode acido-sulfurique, c'est :

1° Parce qu'il avait confiance dans l'auteur de cette méthode et par conséquent dans les résultats qu'elle avait produits *dont la certitude s'augmentait de cette confiance.*

2° Parce qu'il vaut mieux tendre à un homme qui se noie, une *perche d'épines* que de ne lui tendre rien du tout.

Dans le premier motif, il y a plusieurs choses à considérer : d'abord, si le savant professeur a une entière confiance dans une méthode qui guérit *comme un charme*, et qui, dans le choléra, compte cent succès et *à peine quelques revers*, il est vraiment doué d'une dose de crédulité qui nous semble peu compatible avec son âge et sa position. Ensuite, quand on a une entière confiance dans la méthode de quelqu'un, on emploie cette méthode « *à la lettre,* » comme l'a écrit notre ami, M. Blain (*Monit. des hôp.*, 5 sept., p. 818, col. 1, ligne 49), et non pas avec *défiance*, comme M. le professeur Piorry nous annonce aujourd'hui l'avoir fait. Car qu'est-ce qu'une *confiance* qui se traduit par de la *défiance ?*

Quant au second motif, si la comparaison sur laquelle il est fondé est ingénieuse et littéraire, M. Piorry nous permettra de lui faire remarquer qu'elle laisse beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude : Le médecin n'est pas absolument dépourvu de toute *perche* en présence du choléra ; et puis l'acide sulfurique n'est pas même une perche épineuse, c'est une pierre qu'on attache au cou de l'homme qui se noie; or, nous ne sachions pas que la pierre fasse encore partie des boîtes de secours pour les noyés. La preuve, d'ailleurs, que, malgré sa prudence, M. le professeur Piorry a plus de défiance que de confiance dans la perche de son compatriote (quoiqu'elle ait sauvé deux noyés sur trois, proportion fort jolie assurément), c'est qu'il jette cette perche au feu pour lui en substituer une autre qu'il préfère déjà, bien qu'elle n'ait encore été présentée qu'à deux noyés, c'est-à-dire à deux cholériques.

Conclusion, en ce qui concerne l'acide sulfurique :

Quand un homme se noie, on peut lui présenter une perche ou même ne lui rien présenter du tout, mais on n'a pas le droit de lui attacher une pierre au cou, même quand on diminue le poids prescrit par l'inventeur de procédé nouveau de sauvetage.

H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 111. 3e année. Vendredi 21 Septembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — Service des Calculeux. — M. CIVIALE.

Des rétrécissements de l'extrémité externe de l'urètre et de leur traitement.

Un malade actuellement placé dans le service me fournit, dit M. Civiale, l'occasion de vous présenter quelques remarques sur une question de rétrécissement urétral, des plus simples et des plus faciles en apparence, et qui est cependant bien loin d'être résolue; je veux parler des rétrécissements situés à l'orifice extérieur de l'urètre, et dans le voisinage de la fosse naviculaire.

Jusque dans ces derniers temps, les chirurgiens s'étaient à peine occupés de cet ordre de lésions, et laissaient de côté, pour ainsi dire, des faits pleins d'intérêt, que la pratique présente tous les jours, et dont j'ai rappelé les principaux, dans le premier volume de mon *Traité pratique*, p. 343 et suivantes, et dans mon *Mémoire sur l'urétrotomie*. Or, ces faits, qui sont nombreux, prouvent manifestement que cette catégorie de coarctations urétrales mérite de fixer sérieusement l'attention des observateurs.

On sait qu'à l'état normal, l'orifice externe de l'urètre est la partie la plus étroite et la moins extensible de ce conduit; ce resserrement naturel, utile même pour que l'urine puisse être lancée à une certaine distance, est quelquefois augmenté par un repli membraniforme, situé presque toujours à la face inférieure de l'urètre, mais occupant parfois la face supérieure, et même dans certains cas, présentant une forme circulaire.

Cette bride de l'orifice urétral peut augmenter en largeur et en épaisseur, au point d'apporter des difficultés à la sortie de l'urine, des dépôts qu'elle contient, et surtout des graviers, qui s'arrêtent alors dans la fosse naviculaire et qui finissent par acquérir un volume considérable.

Tant qu'il ne s'agit que de l'émission de l'urine, le malade n'éprouve pas d'incommodités sérieuses. Aussi, le plus souvent, ne réclame-t il l'intervention de l'art qu'à une époque avancée de l'état maladif.

Alors, au lieu d'une bride mince et formée seulement par une duplicature de la muqueuse urétrale, on observe, comme dans les autres parties du canal, un véritable rétrécissement organique, non moins variable par son épaisseur d'avant en arrière que par le degré dont il diminue la lumière du conduit urinaire. Ces coarctations organiques se présentent à l'orifice exté-

FEUILLETON.

Notice sur les membres présents et passés de la section de pharmacie de l'Académie de médecine.

C'est ainsi que nous intitulerons la lettre suivante, que nous adresse notre excellent ami, M. Chevallier, lettre dans laquelle il a pris trop à cœur une de ces petites aménités de coulisse qu'on se passe de temps en temps entre confrères, mais qui renferme sur la section de pharmacie des renseignements qu'on lira avec intérêt :

A M. le Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre journal du mercredi 29 août 1855 les passages suivants, qui se rapportent à un compte-rendu d'une des séances de l'Académie :

« M. Collineau monte à la tribune pour lire un rapport verbal « sur un Mémoire de M. Fée, de Strasbourg.

« Un membre se lève et dit : Mais il n'est pas d'usage de lire des « Rapports sur les membres correspondants de l'Académie, et M. Fée « est membre correspondant. Vous vous trompez, répond le bureau, « le règlement autorise les Rapports verbaux, et quoique le rapport « de M. Collineau soit écrit, il n'en est pas moins verbal, puisque « notre honorable collègue va nous le communiquer verbalement. Je « regrette, ajoute un troisième, d'avoir à rappeler à l'Académie, « puisqu'elle paraît l'avoir oublié, que M. Fée n'est pas membre « correspondant, mais bien membre titulaire, par conséquent notre « pair, et que personne de nous n'a le droit de faire un Rapport sur « son travail. On peut seulement en donner lecture et le discuter, « si on le juge utile. A ce mot de membre titulaire, chaque académicien se regarde avec étonnement; on court au règlement, en « preuve de la confiance qu'on accorde au témoignage du collègue « non oublieux, et l'on y trouve, en toutes lettres, le nom de M. Fée, « couché, mais non pas mort, dans la section de pharmacie.

« Comme je faisais observer, à ce propos, à un immortel, l'hé« phéméréité des gloires humaines : Oh! cela ne tire pas à consé« quence, répartit aussitôt avec impétuosité mon interlocuteur; « M. Fée est de la section de pharmacie : qui diable se rappellerait « le nom d'un membre de cette section, si l'on passait quatre séances « sans l'apercevoir! On voit que la mémoire et la bienveillance « marchent de pair à l'Académie. Si ce mot était d'un journaliste, « que de malédictions auraient fondu sur lui! Qui sait même si, « l'ayant seulement répété, il ne passera pas pour féroce? »

Permettez-moi de relever la légèreté du propos que s'est permis, contre M. Fée et contre les membres de la section de pharmacie, un collègue dont j'eusse désiré connaître le nom; ayant fait partie de cette section et appartenant actuellement à la section d'hygiène publique et de médecine légale, etc., je me trouve libre de répondre à une attaque qui porte sur mes collègues.

Si je connaissais l'académicien qui a tenu les propos que vous avez

rieur, aux deux extrémités de la fosse naviculaire, et parfois ils se développent aussi derrière cette fosse, avec tous les caractères des rétrécissements longs, noueux, indurés, calleux, rétractiles; lorsqu'il n'existe pas de nodosités circonscrites, les parois urétrales sont dures, crispées, contractées au point qu'il est impossible de les écarter dans le but de rétablir le diamètre normal de ce conduit.

Quand l'état morbide est ancien, très-développé, le gland rougit, se tuméfie, devient luisant et tellement dur, qu'il n'est pas toujours possible de distinguer, par le toucher, l'étendue des altérations produites; mais on les reconnaît au moyen des bougies, et surtout des stylets boutonnés.

Vous avez remarqué, chez notre malade, que la petite sonde dont on se sert pour vider la vessie, est fortement serrée dans les parties du canal que le gland recouvre; que pendant l'introduction, l'orifice urétral est refoulé, tandis qu'il est tiraillé et que la verge est allongée quand on retire la sonde, serrée en cet endroit et parfaitement libre dans les autres régions du canal. Cet effet est à peu près constant.

Dans un grand nombre de cas, ces resserrements accidentels du bout externe de l'urètre entraînent, quant à la miction, des troubles dont souvent on ne soupçonne pas même le point de départ; mais on acquiert bientôt la certitude qu'il est dans la lésion dont il s'agit. Il suffit, en effet, de détruire l'état morbide, pour amener la cessation des désordres. Du reste, ce n'est que dans certains cas rares, compliqués, que le diagnostic peut présenter des difficultés.

C'est surtout au point de vue de la thérapeutique que les opinions sont mal assises. Des chirurgiens, qui passent à bon droit pour être au courant de toutes les questions chirurgicales, professent à cet égard les doctrines les plus inexactes. Quelques publications récentes, les actes de la Société de chirurgie et de l'Académie impériale de médecine, ne laissent aucun doute à cet égard

Voici, en résumé, ce que nous apprend l'expérience :

1° La méthode de la dilatation temporaire et permanente, ne produit qu'un résultat incomplet, difficilement et douloureusement obtenu, et qui ne se soutient pas;

2° La cautérisation est également insuffisante; ajoutons que l'application de ces deux méthodes peut entraîner des accidents sérieux;

3° La méthode des grandes incisions, de dehors en dedans, dont l'insuffisance et les inconvénients des autres procédés m'ont conduit à généraliser l'emploi, a comblé une regrettable lacune dans cette partie de la thérapeutique, et réalisé les espérances qu'avaient fait naître quelques faits pratiques épars dans les recueils de Chirurgie.

L'application régulière de cette méthode, réclame quelques précautions que je m'empresse d'indiquer, d'autant plus volontiers qu'on paraît généralement n'en avoir pas saisi l'importance.

1° Il faut avoir un instrument dont l'action, mécaniquement réglée, soit facilement et sûrement limitée, au gré du chirurgien, suivant l'exigence de chaque cas particulier. L'urétrotome à lame cachée, dont je me sers depuis 1825, et dont j'ai donné en 1829 la description et la figure dans mon *Traité de la lithotritie*, satisfait à tous les besoins, et met le praticien à même de diviser, avec facilité, précision, la bride ou le bourrelet qui constitue le rétrécissement, et de donner à l'incision, soit en longueur, soit en profondeur, des limites qu'on atteint sûrement et qui ne sauraient être dépassées sans la volonté expresse de l'opérateur.

2° Après la détermination des cas que réclame toute opération chirurgicale, on choisit un urétrotome dont le volume soit proportionné à la lumière du point rétréci. On fixe au point voulu le degré d'écartement de la lame, on le plonge dans l'huile, on l'introduit dans le canal à la profondeur déterminée par le siége du mal déjà connu et qu'on sent à l'aide des doigts de la main gauche appliqués sur l'urètre, on tourne la rainure de la gaîne du bas, et, exactement sur la ligne médiane, on appuie le médius et l'indicateur de la main droite sur la bascule, et la lame sort de sa gaîne; puis on tire à soi, et la division est instantanément opérée sans qu'on ait ni besoin de peser sur les tissus avec la lame, ni crainte de diviser trop ou trop peu, la lame ne pouvant aller ni au delà ni rester en deçà du point fixé d'avance. Il n'y a pas, en chirurgie, une opération de quelque importance qu'on puisse exécuter avec plus de précision, de régularité et de sûreté; il faudrait un concours de circonstances exceptionnelles, que j'ai indiquées dans mon *Traité pratique*, ou un excès d'incurie ou de négligence de la part du chirurgien, pour qu'on eût à redouter une erreur sérieuse. La largeur de l'incision est déterminée par la situation et l'étendue, d'avant en arrière, de la coarctation; sa profondeur est subordonnée à l'épaisseur du point rétréci.

C'est sur la distinction des cas que doit se concentrer toute

---

rapportés, je lui dirais : il me semble, mon cher collègue, que si vous connaissez les membres de l'Académie, vous ne connaissez pas beaucoup les membres de la section de pharmacie; ceux-ci ont compté et comptent encore dans leurs rangs un assez grand nombre d'hommes qui ne peuvent être oubliés, même en s'abstenant de paraître à l'Académie.

Je veux justifier ce que j'avance, en rapportant ici les noms des membres qui ont fait partie de la section de pharmacie, et je vais tâcher, dans le moins de mots possible, de démontrer que ces collègues méritaient un peu plus de bienveillance de la part d'un confrère.

Les membres qui ont fait partie de la section de pharmacie sont : MM. Boudet oncle, Boudet neveu, Bouillon-Lagrange, Bourriat, Cadet-Gassicourt, Cadet de Vaux, Cheradame, Chereau, Clarion, Dizé, Derosne, Deyeux, Fabre, Guiart, Henri père, Labaraque, Laugier, Laubert, Lodibert, Martin, Margueron, Mitouard, Moringlane, Pelletier, Planche, Robiquet, Vauquelin.

Les membres qui font actuellement partie de la section sont : MM. Bouchardat, Boullay, Boutron, Charlard, Derosne, Fée, Guibourt, Petroz, Robinet.

Boudet oncle.

Boudet, ancien professeur de chimie appliquée aux arts à Reims, qui marche à la tête de la liste, est bien connu par les travaux pratiques qu'il a accomplis : 1° comme chargé par le comité de salut public de faire fabriquer dans les départements de l'Est du salpêtre et de la poudre à canon; 2° comme ayant été pharmacien en chef de l'armée d'Egypte, et comme attaché à la commission des sciences et des arts de l'Institut d'Egypte; 3° comme ayant reçu la croix de la Légion d'honneur des mains de l'empereur Napoléon; 4° comme ayant publié divers travaux sur les extraits de pavots cultivés à Paris, à Naples, en Egypte; sur le pastel, sur la préparation des peaux en Egypte, sur quelques propriétés du phosphore, sur la fabrication du bleu de Prusse.

Boudet jeune.

Ce collègue n'a pas été placé dans les mêmes circonstances que Boudet oncle, mais il est l'un des fondateurs du *Journal de Pharmacie;* il a publié divers articles sur la pharmacie appliquée, la préparation de l'éther phosphorique, sur le sirop de limaçons, sur le vin d'absinthe, sur le sirop de choux rouges, sur le sirop de mou de veau, sur les conserves et sirop de raisin. M. Soubeiran, dans une Notice sur ce collègue, a fait ressortir dans cette publication les travaux de M. Boudet.

Bouillon-Lagrange.

Les travaux de Bouillon-Lagrange sont considérables; nous pourrions donner les titres de plus de cent Mémoires qu'il a fait insérer dans les journaux scientifiques; nous rappellerons seulement que le premier il a publié un *Manuel de chimie pratique*, qui a eu plusieurs éditions; on doit à Bouillon-Lagrange un travail sur la possibilité de rendre la fécule soluble et de s'en servir pour remplacer les gommes, la découverte de l'acide oxalique dans les feuilles de la rhubarbe, l'analyse des scamonnées; il s'est aussi occupé de travaux sur l'ex-

l'attention du chirurgien. 1° S'il a affaire à une simple bride mince, située à l'orifice externe du canal ou aux extrémités de la fosse naviculaire, le débridement s'opère aisément : en bas, si la bride de forme semi-lunaire est de ce côté; en haut et par côté suivant l'indication, mais toujours le plus léger effort de traction sur l'urétrotome suffit pour la diviser. 2° Lorsqu'il s'agit, d'un véritable rétrécissement induré, avec épaississement des parois urétrales, situé dans la partie du canal que le petit urétrotome peut atteindre, un pouce et demi à deux pouces, on éprouve parfois de la difficulté 1° à déterminer le point où l'incision doit commencer; 2° à faire sortir la lame de la gaîne et même à diviser les tissus, à cause de leur dureté et de leur inextensibilité. Pour en opérer la section, il faut exercer une forte traction sur l'instrument, d'où résulte un allongement inusité du pénis.

Dans ces cas spécialement, l'opération ne peut réussir qu'autant que les tissus malades seront entièrement divisés.

Mais, d'un autre côté, il ne serait pas rationnel d'armer l'instrument de manière à fendre d'un seul coup la paroi inférieure de l'urètre, comme cela a été fait. On ne doit pas oublier qu'il s'agit ici d'une opération peu douloureuse, et qu'au besoin on pourra la répéter sans le moindre inconvénient dès qu'on reconnaîtra que la première incision est insuffisante. Il ne faut pas s'exposer à couper trop; le conseil donné par quelques chirurgiens *de faire toujours une incision exagérée* ne doit pas être suivi.

Il m'a paru préférable de faire la section en plusieurs temps plus ou moins rapprochés, et, dans les intervalles, de recourir aux émollients, aux sédatifs, en un mot, de remplir toute autre indication qui pourrait se présenter. Il suffit, pour empêcher le recollement des lèvres de la plaie, de passer un stylet dont on appuie la boule, en sortant, sur le fond de la plaie.

A un autre point de vue, on peut établir deux catégories dans les cas qui nous occupent.

1° L'orifice urétral est si étroit et le rétrécissement est si avancé au moment où le malade se présente, qu'il faut commencer par débrider le méat; on procède ensuite à la division des coarctations plus profondes. C'est dans ces cas surtout qu'il faut quelquefois recourir à l'urétrotome le plus petit et qui n'a qu'une demi-gaîne.

2° L'extrémité externe de l'urètre conserve encore une certaine capacité; on peut commencer le traitement par la dilatation et introduire des bougies ou tout autre instrument de moyenne grosseur; mais bientôt on remarque qu'ils sont serrés, soit au méat, soit vers la fosse naviculaire; leur introduction devient de plus en plus douloureuse, l'orifice urétral rougit, le gland devient sensible, luisant, quelquefois tuméfié; si l'on persiste, si l'on emploie la force, il survient, outre les phénomènes locaux, un état de malaise général, et la réaction se propage jusqu'à la vessie et aux reins.

Il ne faut pas hésiter à pratiquer l'urétrotomie, et, tout aussitôt, on va voir disparaître tous les accidents qui étaient survenus. Dès lors, le passage des plus gros instruments ne provoque aucune douleur, n'entraîne aucune réaction; le traitement marche avec la régularité la plus parfaite.

En procédant comme je viens de l'indiquer, la division des tissus est nette, régulière, instantanée; elle est terminée avant que le malade ait eu le temps de se plaindre; souvent même j'ai fait l'opération sans l'en prévenir et il n'en a été averti, comme dans les coupures imprévues, que par une douleur légère et par l'écoulement du sang.

Il y a d'autres instruments, les uns anciens, les autres nouveaux ou renouvelés, avec lesquels on peut assurément débrider le méat urinaire et même diviser les coarctations voisines. Dans quelques circonstances, n'ayant pas sous la main mon petit urétrotome de choix, j'ai fait l'opération soit à l'aide des grands urétrotomes usités pour la partie profonde de l'urètre, soit avec un bistouri à coulisse ou même avec le bistouri simple guidé par une sonde cannelée, ou dont la pointe était garnie d'une boule de cire. Hé bien, dans tous les cas, l'opération ne m'a pas entièrement satisfait, soit que l'incision fût irrégulière, trop petite ou trop grande, soit que j'eusse prolongé inutilement les souffrances du malade, soit enfin que j'eusse éprouvé des difficultés pour atteindre le but.

Cependant, des chirurgiens distingués, même parmi ceux qui forment la cohorte des travailleurs intelligents appelés à occuper un jour les premiers rangs de la profession, expriment des opinions différentes, et, fidèles aux vieilles traditions, ils veulent qu'on s'en tienne à l'emploi des moyens anciens, et même des ciseaux, dont il est facile de saisir les inconvénients. Et parce qu'ils n'ont pas complétement réussi à leur tour, qu'il est survenu des accidents, ou que le but n'a pas été atteint, ils ont pris le parti d'incriminer la méthode et de mettre mes procédés sous le boisseau. Si l'on eût pris la peine d'étudier la question expérimentalement, il eût été facile de constater l'exactitude de ce que j'ai avancé, et de reconnaître en mêm

---

traction de la potasse de l'*érigeron canadence*, sur le sirop de raisin, etc.

Bourriat.

Dans une Notice que nous avons fait distribuer à l'Académie, nous avons fait connaître les travaux de Bouriat qui, à la Société d'encouragement, était le rapporteur-né de toutes les applications qui avaient trait aux arts économiques; les Rapports qu'il a faits sont écrits avec simplicité, et on y trouve toujours les faits rapportés avec une lucidité qui peut les faire considérer comme des modèles.

Cadet-Gassicourt.

Fils de Cadet, de l'Académie des sciences, il fut nommé membre du Conseil de salubrité, lors de la création de ce Conseil, par M. le comte Dubois, préfet de police; pharmacien de l'Empereur, il fit à ce titre la campagne d'Autriche en 1809; connu par des travaux littéraires, il s'est aussi distingué par des travaux scientifiques, parmi lesquels on distingue des Mémoires sur le gluten, sur le suc de papayer, sur les baguettes d'artillerie pour remplacer les lances à feux, sur l'art du vinaigrier, sur le blanc de krems, sur les cafés indigènes, sur la cochenille polonaise, sur les vins de fruits, sur les végétaux propres au tannage des cuirs, sur le sulfure de cadmium, etc.

Cadet de Vaux.

Qui ne connaît cet agronome, qui créa le *Journal de Paris*, et qui contribua à faire supprimer le cimetière du marché des Innocents; qui eut part à l'institution d'une école de boulangerie, école qui fut supprimée, on ne sait pas pourquoi, et qui manque encore de nos jours? Ses travaux sur l'art de faire les vins, de prévenir les disettes par la plantation des germes de la pomme de terre, méritent à mémoire le respect des populations.

Chèreau.

Modeste pharmacien, il a par ses travaux fait faire un pas à la science; on lui doit des publications sur les élixirs parégoriques, sur l'efficacité de l'huile dans les empoisonnements par la potasse, sur les cryptogames utiles, sur l'opium de Perse, sur la manne, sur l'huile de ricin, sur la fécule et l'amidon torréfiés, sur la fécule mêlée aux farines, sur un empoisonnement par l'acide oxalique, etc.

Clarion.

Clarion, qui fut pharmacien de Napoléon Ier, était l'un des botanistes les plus distingués du siècle; son savoir se révélait dans les cours qu'il faisait à l'École de pharmacie, dans des herborisations suivies par des botanistes qui trouvaient dans Clarion le savant modeste et l'homme profondément instruit. Clarion a été professeur à la Faculté de médecine.

Dizé.

Dizé, qu'on ne connaissait pas pour ainsi dire à l'Académie, tant il était modeste, est un des hommes qui a rendu à son pays les plus grands services; on lui doit la découverte, de concert avec Leblanc, *de la fabrication de la soude artificielle*, découverte qui, au dire de Liebig, *peut être considérée comme la principale cause de l'essor ex-*

temps que, par les procédés autres que le mien, l'opération est longue, quelquefois difficile, et qu'elle exige des tâtonnements toujours pénibles au malade; qu'on n'est jamais certain de donner à l'incision la régularité, la largeur et la profondeur rigoureuse que chaque cas réclame; qu'ayant toujours à craindre de ne pas couper assez, on tombe dans l'excès contraire, et que les malades conservent, soit une espèce d'hypospadias, ou toute autre déformation de l'orifice urétral externe; on aurait reconnu de même que les dilatateurs auxquels on a recours, pour remédier à l'insuffisance des incisions, entraînent des conséquences fâcheuses et nuisent à la guérison, au lieu de la favoriser.

Cette dilatation consécutive, suggérée par la théorie, et à laquelle nous avons eu tous recours pendant longues années, doit être considérablement réduite, dans le traitement par la méthode des grandes incisions, à l'extrémité de la verge. L'expérience de tous les jours prouve de plus en plus, en effet, qu'en écartant momentanément les lèvres de la plaie, sans les distendre, et seulement tous les deux ou trois jours, la guérison est plus prompte que lorsqu'on tourmente journellement les opérés par le passage des bougies monstrueuses ou des dilatateurs conseillés par M. Reybard et autres. Si, dans certains cas, on n'a pu parvenir à empêcher le méat urinaire et les rétrécissements voisins de revenir à leur état morbide primitif, cela prouve spécialement que l'opération n'était pas bien faite, et qu'on avait eu recours à ces instruments défectueux qui trompent les espérances de l'opérateur le plus habile, ou qu'on n'avait pas divisé tous les tissus malades.

Le simple débridement du méat urinaire peut être suivi d'un écoulement sanguin assez abondant pour inquiéter le malade. Lorsqu'on a pratiqué plus en arrière une incision de quatre lignes de profondeur, et d'une étendue qui peut aller à deux pouces, cet écoulement sanguin prend quelquefois le nom et les proportions d'une hémorrhagie, et elle pourrait devenir même sérieuse, inquiétante, si le chirurgien n'intervenait pas utilement et en temps opportun; il suffit de placer une sonde dans l'urètre jusqu'à la vessie, et d'appliquer sur le canal quelques réfrigérents, et au besoin de recourir à la compression; mais celle-ci, sans la précaution de passer préalablement une sonde, constitue une pratique aventureuse, semée d'écueils, à la suite de laquelle on a déjà observé, entre autres effets graves, le refoulement et l'accumulation du sang dans la vessie. Du reste, on agit ici, comme dans les parties profondes de l'urètre, et le succès est toujours certain.

Je ferai remarquer en passant que les incisions pratiquées près du gland produisent, en général, beaucoup plus de sang que celles de la partie périnéenne de l'urètre.

Il est constaté aussi que la quantité de sang qui s'écoule est en raison inverse de la désorganisation et de l'induration des tissus sur lesquels on agit. Du reste, ces petites hémorrhagies cessent d'elles-mêmes et produisent, en général, un dégorgement utile.

Les autres accidents qui peuvent se présenter, tels que accès de fièvre, gonflement du gland et du prépuce, suppuration, abcès circonscrit, etc., sont rares et peu graves, et résultent plus souvent d'une manière vicieuse de procéder que de l'opération elle-même.

Je noterai, avant de terminer, que l'expression de *débridement*, par laquelle on désigne presque toujours ce groupe d'opérations, a induit quelques chirurgiens en erreur; ils ont pensé qu'il s'agissait uniquement du méat urinaire; c'est une erreur.

Voici, du reste, ce que je disais en 1836, t. Ier, 1re édition de mon *Traité pratique*, p. 264, en parlant des brides et des replis à la partie postérieure de la fosse naviculaire : « Il en résulte un véritable rétrécissement du même genre, et qu'on détruit par l'emploi des mêmes moyens; seulement l'urétrotome doit être introduit à une plus grande profondeur; il faut que l'incision commence plus loin, derrière la fosse naviculaire. Afin de ne diviser que la partie malade, et de ne léser ni la fosse naviculaire, ni l'orifice extérieur, on fait rentrer la lame dans la gaîne aussitôt après que la bride a été coupée, ce que l'on sent très-distinctement. »

En résumé, les rétrécissements dont je viens de vous entretenir ont quelquefois des conséquences graves et sont presque toujours réfractaires aux moyens curatifs généralement usités; mais ils sont détruits par des incisions longues et profondes. Ce traitement facile, sûr, peu douloureux, est exempt d'accidents sérieux et de dangers; l'amélioration est instantanée et la guérison se soutient le plus généralement, ce qu'attestent des faits nombreux, et ce que la pratique de tous les jours met en complète évidence. Par cette méthode, que j'emploie exclusivement depuis 1824, j'ai opéré plus de quinze cents malades, et j'ai obtenu les plus heureux résultats. Pour la catégorie des faits dont nous nous occupons, on peut porter un jugement définitif sur la méthode des grandes incisions : c'est

---

traordinaire de l'industrie moderne; Dizé a fait de nombreux travaux, notamment sur l'affinage des métaux précieux, sur la cristallisation et les propriétés de l'acide citrique, sur la rectification de l'éther sulfurique, sur la purification du sel ammoniac, sur la manière de reconnaître la farine qui contient de la graine de mélampire, sur les encres indélébiles, sur la fabrication de l'eau-de-vie avec des pruneaux altérés par des insectes. Dizé était un des membres actifs de la Société d'encouragement.

Deyeux.

Le nom de Deyeux suffirait, selon nous, à justifier sa présence à l'Académie dans la section de pharmacie; membre de l'Institut, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine, on connaît de lui un grand nombre de travaux sur le lait, la noix de Galles, les eaux des amidonniers, sur l'huile de ricin, sur le vinaigre de bois, sur l'analyse des vins frelatés, sur l'huile de Dippel, sur l'extraction du sucre de betterave.

Guiart.

Guiart était professeur de botanique à l'Ecole de pharmacie de Paris; on connaît de lui un Mémoire sur les moyens de perfectionner la méthode Tournefort, l'extrait d'un voyage dans les îles de la mer d'Afrique; il a publié une nouvelle méthode de classification des plantes, méthode d'après laquelle étaient rangées les plantes du jardin de l'Ecole de pharmacie de Paris.

Henri père.

Chef de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de pharmacie; ses leçons, soit à l'Ecole, soit à la pharmacie centrale, étaient très-suivies par les élèves qui rendaient justice au professeur. Elève à cette époque et suivant ses leçons, j'ai pu profiter d'une instruction faite avec simplicité, mais par laquelle le professeur s'appliquait à nous faire connaître les opérations que nous devions faire, et les moyens à mettre en pratique pour obtenir de bons résultats; on doit à M. Henri un très-grand nombre de Mémoires qui sont imprimés dans le *Journal de pharmacie*, les *Annales de chimie*; on trouve dans ces Mémoires des notions utiles sur la clarification des vins, sur la préparation de l'éther sulfurique, sur le marronnier-d'Inde, sur le sel de seignette, sur les rhubarbes de Chine, de Moscovie et de France; sur la préparation des iodures, sur la distillation de l'eau de fleur d'oranger, sur le sirop de fleur de pêcher, etc.

Labaraque.

On sait quels sont les services rendus par Labaraque à l'hygiène publique, et tout ce qu'il a fait et tenté sous le rapport de l'assainissement de Paris. On doit à Labaraque l'art du *boyaudier;* un Mémoire sur l'emploi des chlorures pour désinfecter les halles de Paris; sur le mode à mettre en pratique pour empêcher l'asphyxie des vidangeurs; sur la conservation des sangsues. Membre du Conseil de salubrité, il a fait un grand nombre de rapports d'un haut intérêt; on peut dire de Labaraque qu'il a rempli sa tâche, et qu'il a été utile à son pays.

(*La fin au prochain numéro.*)

une acquisition précieuse de la chirurgie moderne qui rend chaque jour les plus grands services, soit par les succès qu'on en obtient directement, et qu'aucun autre moyen ne saurait produire, soit en aidant, facilitant l'application des autres méthodes, et même en les rendant possibles là où elles avaient cessé de l'être.

Mais il est des cas rares dans lesquels on n'obtient pas tout ce qu'on espérait, alors même que l'application du moyen est irréprochable. Le gland reste rouge, dur, tuméfié, et même douloureux; on voit persister, quoiqu'on fasse, la rigidité et la rétractilité morbides des parois urétrales, avec troubles de la miction, phlegmasies, écoulement, alors même que l'urètre est suffisamment élargi, et qu'il admet un gros instrument; ces faits, heureusement en petit nombre, prouvent que l'urétrotomie, dans le cercle que nous venons de tracer, a aussi ses cas réfractaires. CROUZAT.

CHIMIE MÉDICALE.

Observation de corps étranger ayant séjourné trente-neuf ans neuf mois dans l'articulation du genou sans en gêner les mouvements; extraction sans accidents.

Par M. TACONNET,
Docteur-médecin à Landerneau (Finistère).

L'observation de M. Dieulafoy, insérée dans la *Revue médico-chirurgicale* du mois de mars dernier (page 178), m'a fait supposer que l'observation ci-jointe pourrait offrir quelque intérêt.

OBS. — Le nommé Salun, cultivateur de la commune de Ploudaniel (Finistère), fut blessé, le 20 mars 1814, au combat d'Arcis-sur-Aube, d'un coup de feu à la jambe droite.

Le projectile pénétra dans l'articulation du genou par le côté interne au niveau du condyle du fémur. Au bout de quelques mois de séjour dans divers hôpitaux, cet homme revint dans ses foyers sans qu'on eût tenté l'extraction du corps étranger, mais guéri de sa blessure, et pouvant se servir de son membre sans éprouver ni gêne ni douleur dans la marche ou dans ses travaux de laboureur.

La flexion forcée de la jambe sur la cuisse était seulement incomplète, et dans cette position du membre il éprouvait immédiatement sous la rotule la sensation d'un corps étranger. Il percevait également cette sensation quand, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, on pressait avec la main sur la rotule.

Quatorze ans après sa blessure, Salun tomba en voulant sauter d'un mur élevé. Il sentit tout à coup un corps rond venir se placer au côté interne de l'articulation du genou, et immédiatement au-dessous de la peau. Dans cette position, ce corps, qu'il était facile de reconnaître pour une balle, causait de la douleur et gênait les mouvements du membre; mais, au moyen de légères pressions de bas en haut, il parvint sans peine à la refouler; mais au lieu de se borner à reprendre sa place sous la rotule, et probablement entre les ligaments interarticulaires, elle passa sous le ligament supérieur de la rotule, et vint se placer au côté interne de l'articulation, immédiatement sous la cicatrice de la blessure par laquelle elle avait pénétré quatorze ans auparavant.

Danc cette position, elle ne causait aucune douleur, mais elle tendait toujours à repasser au côté externe toutes les fois que le membre venait à se fléchir trop fortement; il suffisait toujours de le mettre dans l'extension et d'opérer une légère pression sur la balle pour lui faire reprendre sa position au côté interne. Pendant vingt-cinq ans, Salun garda ainsi cette balle, se promenant continuellement d'un côté à l'autre de l'articulation du genou sans qu'il en résultât jamais le moindre accident inflammatoire.

Ce n'est qu'après un aussi long espace de temps que, la balle devenant *gênante*, il songea à s'en débarrasser. Il vint me consulter le 29 juillet 1853. Je constatai la mobilité de la balle, la facilité qu'il y avait à la faire descendre jusque sur la tête du péronée, et je pensai qu'on pourrait l'enlever sans craindre l'inflammation des surfaces articulaires.

Je l'opérai donc le 1er août, et retirai la balle au moyen d'une simple incision longitudinale au côté externe et inférieur de l'articulation. il s'écoula une très-petite quantité de synovie. Je réunis immédiatement la petite plaie, appliquai de l'eau froide sur le membre, et prescrivis le repos absolu.

La cicatrisation s'est faite en quatre jours; il n'y a pas eu la moindre inflammation, et le malade a pu marcher sans la moindre difficulté au bout de dix jours. La balle que j'avais extraite était aplatie sur une de ses faces, et aussi nette que si elle venait de sortir du fusil.

Salun n'a éprouvé aucun accident consécutif de son opération; ce n'est que plus d'un an après que, atteint de douleurs rhumatismales, il est survenu un gonflement du genou avec difficulté dans la flexion; mais on ne peut considérer cette affection comme produite ni par le corps étranger ni par l'opération, puisqu'elle s'est produite si longtemps après celle-ci et l'extraction de celui-là.

(*Gaz. médico-chir. de Paris.*)

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Note sur le Baromez.

La lettre et la note qui suivent ont été adressées au savant rédacteur en chef du *Cosmos*, M. l'abbé Moigno, par un de ses collaborateurs, M. Govi, physicien très-distingué. Nous pensons que nos lecteurs les liront avec intérêt.

« Monsieur l'abbé,

« Un chimiste italien de mes amis, M. Jean Ruspini de Bergame, m'adressa, il y a quelque temps, un échantillon d'une substance dont la nature lui était inconnue, et sur laquelle il désirait obtenir quelques renseignements. Cette substance était désignée sous le nom de *pingivar* ou de *kar-yambi*, et on lui attribuait des propriétés hémostatiques. Je pensai tout de suite que M. Guibourt, l'habile historien des *drogues simples*, pouvait mieux que tout autre répondre au désir de mon ami. Mais n'ayant pas l'honneur de connaître ce savant pharmacologiste, je priai M. de Castelnau de vouloir bien le consulter en son nom. Voici la réponse qu'il en a obtenue. Elle contient, si je ne me trompe, des détails assez intéressants pour que les lecteurs du *Cosmos* ne nous en veuillent pas de l'insérer dans votre recueil.

« Agréez, en attendant, l'expression de mes sentiments affectueux. Gibert GOVI.

M. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, m'ayant présenté sous le nom de *pingivar* ou *kar-yambi*, une substance peu connue proposée comme nouvel agent hémostatique, j'y ai reconnu les poils mordorés et lustrés d'une fougère asiatique dont le nom, *baromez*, est dérivé du mot sclavon *baran*, qui signifie *brebis*. Ce nom, qui s'est écrit successivement *baraunetz*, *borometz*, *borametz* et enfin *baromez*, a été donné à la plante à cause de sa souche volumineuse et toute couverte de poils épais et soyeux, qui a été comparée à un agneau; de là lui est venu le nom d'*agnus scythicus* sous lequel on la trouve décrite dans tous les auteurs de pharmacologie, tels que Gaspard Baulieu en 1623, Jean Baulieu en 1650, Kœppfer en 1712, Valentini en 1732, Dale en 1739 et beaucoup d'autres plus anciens ou plus modernes qu'il est inutile de citer.

Mais on ne s'est pas borné à comparer le baromez à un agneau; on a supposé que c'était un être créé en dehors des lois ordinaires de la nature, participant à la fois de l'animal

et du végétal, paissant l'herbe comme un mouton et trompant même les loups qui l'emportaient pour le dévorer. On voit, à la fin des œuvres d'Antoine Colin, maître apothicaire de Lyon (1619), une figure de l'*agnus scythicus* paissant de l'herbe, plus *un sonnet!* fait par un très-célèbre médecin lyonnais, *aussi bon poëte qu'illustre médecin*, y est-il dit : voyez plutôt (1). On trouve aussi, dans l'excellent ouvrage iconographique d'Elisabeth Blakwell (Londres, 1659), une bonne figure du baromez, qu'on ne peut méconnaître pour une fougère, mais qui est encore placée renversée, c'est-à-dire le rhizome en haut et quatre tronçons de pétioles dirigés en bas, afin de lui conserver sa ressemblance avec un agneau posé sur ses pieds. Enfin, Linné est venu ranger définitivement le baromez dans le règne végétal et dans l'ordre des fougères, en lui donnant le nom de *polypodium barometz*, que Willedenow a changé en celui d'*aspidium baromez*, maintenant adopté.

Le baromez croît dans une grande partie de l'Asie, depuis la mer Caspienne jusque dans la Chine et la Cochinchine, où Lourcico l'a observé et décrit. C'est de ce dernier pays que paraît provenu celui qui nous est arrivé en 1852, sous les différents noms de *pinghas una, pingha weir jambie, pingivar* et *kar jambi;* Dale et Blackwell le nomment *pocco sempie.*

Pour ce qui regarde les propriétés médicales, quand on pense au merveilleux, passablement absurde, dont la plante a été anciennement entourée, on s'étonne que l'on se soit borné à lui reconnaître une propriété hémostatique, en employant à l'extérieur son duvet soyeux, à la manière de l'agaric de chêne, et intérieurement une qualité astringente à la décoction du rhizome et des pétioles. C'est à l'expérience à en décider ; mais voici ce qui arrivera très-probablement : à moins de propriétés très-marquées, on épuisera peu à peu l'arrivage de 1852 ; dans quelques années, il n'en restera plus que des échantillons dans trois ou quatre droguiers, et le baromez redeviendra aussi oublié et aussi inconnu qu'il l'était en 1850. Que sont devenus la cascarille, l'angusture, l'alcornoque, le caïnca, et bien d'autres substances d'une action médicatrice bien autrement importante que celle du baromez?

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 *septembre* 1855. — Présidence de M. Régnault.

Physiologie de la marche. — M. le docteur Duchesne, de Boulogne, présente à l'Académie un travail intitulé : *Physiologie pathologique du second temps de la marche.* Voici le résumé qu'en fait l'auteur :

A. — Attribuer uniquement à l'action de la pesanteur, avec MM. Weber frères et, après eux, avec la plupart des auteurs modernes, les mouvements d'oscillation et de flexion des différents segments du membre inférieur qui ont lieu pendant le second temps de la marche, c'est professer une opinion en contradiction manifeste avec l'observation pathologique.

Voici les faits qui prouvent la vérité de cette assertion :

1° Un homme qui est privé de l'action des muscles fléchisseurs de la cuisse veut-il exécuter les mouvements du second temps de la marche, il est forcé d'abord d'élever la hanche et l'épaule du côté correspondant pour détacher le pied du sol ; puis il projette le membre inférieur en avant en imprimant un mouvement de rotation au bassin sur le condyle opposé. Sans ce mouvement de rotation, le membre inférieur placé en arrière au moment ou il est détaché du sol, n'oscille que lentement et faiblement et s'arrête quand il est arrivé à la direction verticale ; l'action de la pesanteur ne peut le faire aller au delà. Il suffit même que les muscles fléchisseurs de la cuisse soient affaiblis pour que le second temps de la marche ne puisse se faire sans un balancement plus ou moins grand du bassin.

2° Si les muscles fléchisseurs de la jambe ont perdu leur action, la flexion qui doit avoir lieu dans l'articulation du genou avant que le pied se détache du sol se fait difficilement et incomplétement, ce qui occasionne un retard dans la production du second temps de la marche.

3° Enfin la flexion du pied sur la jambe, qui est un des mouvements essentiels du second temps de la marche et dont l'étude a été trop négligée en physiologie, cette flexion, dis je, vient-elle à se perdre ou à s'affaiblir, le membre ne peut plus osciller au-dessous du condyle sans que la pointe du pied bute contre le sol ; de là nécessité d'exagérer les mouvements de flexion de la cuisse pendant l'oscillation du membre inférieur, ce qui occasionne une sorte de claudication.

De l'ensemble des faits pathologiques précédents, on peut conclure que la contraction des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, et du pied sur la jambe est la cause productrice réelle des mouvements du membre inférieur qui constituent le second temps de la marche, et que l'action de la pesanteur ne concourt que très-faiblement à l'oscillation physiologique de ce membre.

B. — L'oscillation en sens contraire des membres supérieurs dont le but est de modérer l'impulsion latérale imprimée au tronc par le membre qui oscille, est également le résultat d'une admirable combinaison d'actions musculaires. Ainsi, pendant l'oscillation du membre inférieur droit, la moitié postérieure du deltoïde droit et la moitié antérieure du deltoïde gauche se contractent énergiquement.

C. — La physiologie pathologique du second temps de la marche éclaire la physiologie pathologique des muscles qui président à cette fonction. Conséquemment, le diagnostic et le traitement des lésions de ces mêmes muscles sont intéressés à la solution des questions qui font le sujet de ce travail.

Bruits et mouvements du cœur. — MM. Chauveau et Faivre adressent un Mémoire qu'ils résument ainsi :

Ce point de physiologie, plein d'intérêt pour le médecin réclamait un nouvel examen, parce qu'il est encore actuellement dans le domaine des questions controversées. En nous chargeant de cet examen, nous avons voulu tout d'abord nous placer à l'abri de toute cause d'erreur. Après avoir reconnu la nécessité d'étudier la physiologie du cœur sur l'organe mis à nu, il nous fallait donc rechercher quels sont les animaux qui remplissent le mieux les conditions favorables à cette étude, et instituer un procédé opératoire qui permît de découvrir le cœur, sans troubler notablement ses battements. Les solipèdes adultes nous ont paru les plus convenables parmi les animaux qui sont à la portée de l'expérimentation, parce que leur cœur se meut lentement, et qu'il garde sa position et ses rapports normaux après l'ouverture de la poitrine et du péricarde.

Notre mode opératoire est excessivement simple. Nous pratiquons la section atloïdo-occipitale de la moelle épinière ; nons détruisons ainsi la sensibilité et le mouvement dans le tronc, c'est-à dire que nous prévenons la douleur et les convulsions, causes perturbatrices principales des mouvements rhythmiques du cœur, tout en respectant néanmoins le stimu-

(1) DU BORAMETS.

Plutôt monstre que plante, et plante autant que beste,
Le Scythe me void naistre et m'admire naissant
Semblable à un agneau, à l'heure que paissant
L'herbage désiré, dans les prés il s'arrette
Je porte comme lui et les yeux et la teste,
Ainsi sur nuds pieds mon corps se va dressant ;
Même coton laineux sur mon dos va croissant,
Ma vie comme en lui par faim cesse deffaicte.
La tige seulement m'attachant au terroir,
En quoi nous différons suffisamment faict voir ;
Lui court à l'aliment, il me manque immobile.
L'advantage que j'ai de paraistre animal,
Me fraude du bonheur de vivre en végétal,
Et l'un et l'autre m'est, plante et beste inutile.

lus qui excite ces mouvements (1). L'insufflation pulmonaire est mise en usage pour empêcher l'asphyxie. La poitrine est ouverte de côté, par l'ablation de trois ou quatre côtes; et le cœur est alors découvert, sans que le jeu de cet organe soit sensiblement altéré. Il peut continuer de battre, ainsi dénudé, pendant trois ou quatre heures et même davantage. Ce procédé, appliqué sur vingt-six solipèdes, et sur dix chiens et un singe, nous a permis d'élucider bien des points obscurs ou discutés.

Quand on étudie isolément et en eux-mêmes les mouvements essentils de systole et de diastole qui provoquent et règlent le cours du sang, on reconnaît bientôt que la *diastole*, ou mouvement passif, est caractérisée par la flaccidité et l'affaissement du tissu du cœur, tissu qui acquiert brusquement pendant la *systole*, ou mouvement actif, une rigidité extrêmement prononcée. On remarque encore, parmi d'autres phénomènes, la diminution du volume des oreillettes et des ventricules, pendant l'état systolaire, lequel s'accompagne encore, pour ce qui regarde les ventricules, d'une torsion de la pointe du cœur, sans déviation latérale ou antéro-postérieure; cette torsion s'exerce, comme chacun sait, de gauche à droite et d'avant en arrière.

Si l'on considère ces mouvements essentiels dans leur ensemble, c'est-à-dire sous le rapport de leur succession et de leur durée relative, ou de leur rhythme, il est facile de démontrer que chaque révolution du cœur comprend trois périodes principales : la première occupée par la systole auriculaire, avec diastole des ventricules; la seconde, par la systole ventriculaire, avec diastole des oreillettes; la troisième, par une diastole générale du cœur. En battant une mesure à quatre temps pendant la révolution complète, on trouve que les deux premiers temps sont remplis par l'une et l'autre systoles, et les deux derniers par la diastole commune au double système de cavités du cœur. Quand on étudie la durée relative de chaque systole, on observe généralement que la première est plus courte que la seconde; en sorte que les oreillettes ne sont pas en contraction pendant tout le premier temps, et que les ventricules le sont pendant tout le second temps, plus une fraction du premier. Nonobstant cette légère différence, la systole auriculaire est plus longue qu'on ne le croit généralement; quelquefois même elle peut égaler la systole ventriculaire. Chez l'homme, la pause ou la diastole générale n'occupe que le tiers de la durée totale de la révolution, et les mouvements alternatifs du cœur se succèdent ainsi suivant un rhythme à trois temps.

En étudiant ensuite les phénomènes concomitants dont les phénomènes essentiels décrits plus haut sont le principe, nous sommes arrivés à nous poser les questions suivantes : Quel est l'effet des mouvements de contraction et de relâchement des cavités cardiaques sur le sang considéré dans l'intérieur même de l'organe? Quels effets le sang détermine-t-il à son tour sur l'appareil, et spécialement sur les calvules?

Pendant la pause ou le repos général du cœur, le sang coule d'une manière indiscontinue des veines dans les oreillettes, et de là dans les ventricules par les orifices auriculo-ventriculaires largement béants. Ces deux systèmes de cavités commencent donc à se dilater, l'un et l'autre, passivement pour ainsi dire, aussitôt qu'ils entrent en diastole, c'est-à-dire dans la période de relâchement de leur tissu. Lors de la systole des cavités auriculaires, le sang qu'elles contiennent est projeté faiblement et seulement en partie dans les ventricules, qui se remplissent d'autant. Quand ceux-ci se contractent à leur tour, la double ondee sanguine est chassée presque en totalité mais non complétement, dans les arbres artériels; il en reste une petite portion dans les ventricules. Elle ne reflue point dans les oreillettes, parce qu'elle relève les valvules auriculo-ventriculaires, et les dispose, l'une et l'autre, en un dôme multiconcave, fortement tendu au-dessus de la cavité ventriculaire. Pressée ainsi contre cet obstacle, et, qui plus est, rencontrant à l'intérieur des artères une colonne sanguine qui s'oppose à sa libre projection dans ces canaux, cette ondée réagit à contre-sens sur le cœur et lui imprime un mouvement de recul. Mais ce recul ne ressemble pas tout à fait à celui dont on a parlé dernièrement à l'Académie des sciences. Il neutralise le raccourcissement de l'organe produit par la systole ventriculaire; si bien que la pointe du cœur reste à peu près immobile dans la portion du péricarde qui lui correspond, tandis que la base s'abaisse vers la pointe, surtout en avant. Pendant ce déplacement, les troncs artériels s'allongent et se courbent davantage. C'est leur élasticité qui ramène la base de l'organe dans sa position première, quand cesse la contraction ventriculaire.

Les mouvements dont nous venons de faire connaître le mécanisme se traduisent à l'extérieur par deux ordres de phénomènes : les *bruits* et la *pulsation cardiaques*, qui ont été également le sujet de nos investigations.

Pour ce qui regarde la question des bruits, nous avons constaté, avec la plus complète certitude, que le premier est isochrone avec la systole ventriculaire, et que le deuxième coïncide avec le commencement de la diastole générale. Aussi, en considérant chez le cheval une révolution du cœur partagée en quatre temps égaux, on trouve que le premier temps est occupé plus ou moins complétement par la systole auriculaire, mouvement parfaitement aphone; le deuxième, par la systole ventriculaire, avec premier bruit; le troisième, par le commencement de la pause ou du repos général de l'organe avec deuxième bruit; le quatrième, par la fin de cette période, aphone comme le premier temps. Il en est de même chez l'homme, avec la différence que cette dernière phase manque, le rhythme des mouvements et des bruits étant marqué par trois temps seulement.

Quant à la cause productrice des bruits, nous nous rattachons tout à fait à l'opinion de M. Rouannet, et nous prouvons, au moyen d'expériences décisives exécutées sur l'animal vivant, qu'ils sont dus à la tension et au claquement des valvules sigmoïdes ou auriculo-ventriculaires.

Sur le choc précordial, nous reconnaissons, avec la grande majorité des physiologistes, qu'il a lieu pendant la systole ventriculaire. Mais nous cessons d'être d'accord avec eux quand nous voulons en expliquer l'origine. Selon nous, la pulsation cardiaque reconnaît pour cause le changement de forme et de consistance des ventricules, quand ils passent de la diastole à la systole, et l'*instantanéité* de cette transformation. Le cœur, un peu plus volumineux pendant la diastole, est, en revanche, mou, flasque, affaissé, déprimé entre le poumon et la paroi thoracique. Il ne peut acquérir instantanément la forme plus ou moins globuleuse et la rigidité qui le caractérisent pendant la systole ventriculaire, sans frapper contre quelques-uns des points qui l'entourent, et spécialement contre la paroi thoracique antérieure avec laquelle il se trouve constamment en rapport d'une manière plus ou moins médiate.

Ozonométrie. — M. Bérigny, de Versailles, adresse une Note intitulée : *Observations faites à l'observatoire météorologique de Versailles avec le papier dit* ozonométrique *de M. Schonbein's, de Bâle, pendant le mois d'août* 1855, *à* 6 *heures du matin, midi,* 6 *heures du soir et minuit.*

Voici l'extrait que l'auteur donne de son travail :

Le Mémoire que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie ne pouvant, à raison de son étendue, être inséré dans le *Compte rendu*, et ne me paraissant pas susceptible d'analyse, je me bornerai à en donner un extrait, et, laissant de côté toute la

(1) Nous avons dû commencer par nous assurer que la moelle possède réellement, à elle seule, chez les mammifères, la propriété excitatrice des mouvements rhythmiques du cœur, dont quelques physiologistes ont cherché à la destituer dans ces derniers temps. Cette propriété est bien l'apanage exclusif de la moelle, et doit être considérée comme une dépendance de son pouvoir réflexe, comme nous l'ont prouvé plusieurs expériences que nous exposerons dans un travail spécial.

série d'expériences faites à l'observatoire météorologique, je reproduirai seulement ici ce qui a rapport à une deuxième série d'observations faites dans l'hôpital militaire de Versailles, situé au sud de la ville.

Pendant dix jours, à huit heures du matin et à huit heures du soir, j'ai cherché à m'assurer de l'état ozonométrique de cet établissement. Voici quels ont été les résultats de mes investigations.

J'ai installé des papiers de M. Schonbein's dans les trois services, blessés, fiévreux et vénériens, les fenêtres étant restées ouvertes toute la journée, en même temps que je plaçais de ces mêmes papiers dans la cour dudit hôpital, et j'ai obtenu les effets suivants : Les papiers exposés dans les salles sont restés douze, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures et même quinze jours sans déceler la moindre trace d'ozone, pendant que ceux qui étaient placés dans les angles de la cour fournissaient des nuances d'ozone égales à celles que j'obtenais à l'observatoire météorologique situé au nord de la ville. Lesdits papiers retirés des salles après quarante-huit heures de séjour, mis en expérience dans la cour, donnèrent des degrés d'ozone de même densité que les ozonométriques nouveaux que j'avais installés dans la cour et à l'observatoire météorologique. Enfin, j'ai mis un papier ozonométrique dans une très-vaste salle, très-éclairée, restée vide sans malades depuis un mois et qui précédemment avait reçu des scorbutiques que l'on y avait placés dans le but de les changer d'air, et là j'ai obtenu les mêmes nuances que celles que me donnaient les papiers exposés en dehors dans la cour dudit hôpital et à l'observatoire météorologique.

Il ne me reste plus qu'à démontrer les relations qui existent entre la marche de l'ozone et celle du baromètre, de la température, de la tension de la vapeur, de l'humidité relative de l'air et du degré de sérénité du ciel pendant le mois d'août dernier.

Pour bien apprécier ces relations, mon collaborateur, M. Richard, a tracé un plan graphique représentant les rapports de l'ozone avec la marche de ces phénomènes météorologiques.

Il résulte des lignes représentées sur ce plan : 1° que la courbe de l'ozone est en raison inverse de celle de la température; 2° qu'elle est en raison presque directe de la tension de la vapeur et de l'humidité relatives ; 3° qu'elle est souvent en opposition avec celle du degré de sérénité du ciel.

Si l'on traduit les relations de ces courbes entre elles, il est permis de dire : 1° que lorsque la température s'élève, l'ozone diminue; 2° que lorsque la force élastique de la vapeur et l'humidité relative augmentent, l'ozone suit la même progression; que fréquemment, plus le degré de sérénité du ciel est faible, plus celui de l'ozone est considérable.

Mais un fait non moins intéressant que les précédents est celui-ci : que la courbe de l'ozone marche aussi en raison directe de celle de l'électricité atmosphérique. En effet, on trouve dans les instructions sur l'électricité atmosphérique, publiées par M. Quetelet dans l'*Annuaire météorologique de France*, année 1850, que 1° la courbe des variations électriques a une marche à peu près inverse de celle des températures de l'air ; 2° que cette même courbe est en relation à peu près directe avec la marche de l'état hygrométrique; 3° enfin qu'en général la différence entre le maximum et le minimum d'électricité est beaucoup plus sensible par les temps sereins que par les temps couverts. Les rapports très-remarquables qui existent entre la courbe de l'ozone et celle de l'électricité ne suffisent-ils pas pour prouver que le papier ozonométrique mis en expérience à l'air libre subit réellement une décomposition par l'effet de l'electricité atmosphérique, ou, autrement dit, que l'ozone n'est autre chose que de l'oxygène électrisé ; une autre preuve existe déjà d'ailleurs dans ce Mémoire : c'est l'expérience faite par M. Silbermann qui, on se le rappelle, a obtenu une nuance d'ozone en électrisant le papier de M. Schonbein's (1).

Glucogénie. — M. Mariono Semmola, communique un travail que nous publierons *in extenso*.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante, qui dévoile des faits, à notre avis, fâcheux à plusieurs égards, mais sur ces faits nous ne ferons aucune réflexion ces faits ne pouvant en rien changer l'opinion qu'on doit se faire sur le traitement du choléra par l'empoisonnement sulfurique.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la Note que M. Piorry vous a communiquée, et dans laquelle il est question de l'autopsie d'une cholérique traitée par la limonade sulfurique (*Moniteur des hôpitaux* du 19 septembre, p. 895, col. 2, ligne 51), il y a une erreur qu'il importe de rectifier : tout ce qui a été dit des *altérations des plaques de Peyer*, etc.., se rapporte à une autre femme, morte dans le même service, dans des circonstances identiques, mais qui n'avait pas été soumise au même traitement. Le digne professeur avait réclamé ses pièces, qui, malgré la meilleure volonté, n'ont pu lui être remises.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, mes plus respectueuses salutations.

G. Taquet,
l'un des élèves du service.

Paris, le 21 septembre 1855.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'économie animale fabrique-t-elle du carbone?—On sait que cette grande découverte serait la conséquence de la communication faite récemment à l'Académie des sciences par M. Andral (Voir le *Moniteur des Hôpitaux* du 1er et du 20 août 1855). Mais pour que les savants la considèrent comme définitivement acquise à la science, il est nécessaire, ainsi que nous l'avons dit, que MM. Andral et Favre fassent connaître les procédés à l'aide desquels ils ont trouvé qu'une femme *exclusivement nourrie de viande* fabriquait 650 grammes de sucre par jour. Il est fâcheux que les habiles observateurs continuent à tenir ces procédés secrets.

— *Nécrologie.* — La *Revue-thérapeutique du Midi* annonce la mort de M. le docteur Roche, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, et consacre quelques lignes à la mémoire de ce très-honorable médecin, qui paraît avoir donné pendant sa longue vie l'exemple de la dignité professionnelle. M. Roche était né en 1769.

— *Erratum.* Le Rapport sur la *radesyge* et la *spedalsked*, lu dans la dernière séance de l'Académie (*Moniteur des Hôpitaux*, page 893) est de M. Gibert dont le nom a été omis par erreur.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

— Viennent de paraître :

Recherches cliniques sur les *Maladies du cœur*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur Ernest Auburtin, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris ;

Précédées de Considérations de philosophie médicale sur le *vitalisme*, l'*organisme* et la *nomenclature médicale*, par M. le professeur Bouillaud ;

Paris, chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12; 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr.

(1) M. Silbermann a fait, à Paris, pendant tout le mois dernier, au Conservatoire des Arts-et-Métiers, à six heures du matin et à six heures du soir, des expériences avec le papier ozonométrique de M. Schonbein's, sans pouvoir obtenir la moindre trace d'ozone, tandis qu'à Versailles, dans le même laps de temps, j'ai toujours recueilli les nuances d'ozone les plus foncées.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 114 *bis*. 3e année. Lundi 24 Septembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

(*Suite, voir les nos* 20, 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 68 a 71, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 106).

Causes prédisposantes. — Parmi les conditions pathogéniques dont je viens de m'occuper, et auxquelles j'ai attribué le titre de *causes déterminantes*, les unes provoquent par elles-mêmes des effets vraiment spécifiques : telles sont les intoxications saturnines, mercurielles, alcooliques, paludéennes, etc. L'entéralgie, la paralysie, l'encéphalopathie, l'épilepsie, le *delirium tremens*, les accès fébriles périodiques, ou diverses autres formes nerveuses, peuvent être prévues chez les individus soumis à ces influences pendant un temps suffisant, à peu près comme les éruptions cutanées, les ulcérations des muqueuses, les exostoses après l'inoculation syphilitique. En pareil cas, toute la pathogénie consiste bien réellement, sauf les complications, en la modification organique déterminée par ces substances délétères.

Les autres, au contraire, n'entraînent ces résultats qu'exceptionnellement, et, pour les produire, paraissent nécessiter le concours de circonstances auxiliaires. La chlorose, l'anémie, l'épuisement, tous ces états, en un mot, dans lesquels les propriétés incitantes du sang semblent affaiblies, ont bien, eux aussi, leur effet spécifique : je veux parler de cet éréthisme nerveux, de ces névropathies vagues générales qui les accompagnent d'ordinaire; mais le nombre des chlorotiques, des anémiques atteints d'une névrose déterminée, d'hystérie, d'épilepsie, de chorée, de paralysie, d'hypochondrie, d'aliénation mentale, est comparativement fort restreint. On doit donc regarder la chlorose, l'anémie, le rhumatisme, la syphilis, les affections des voies digestives, des organes génito-urinaires, les vers intestinaux et toutes les causes qui agissent directement sur le système nerveux, comme propres à développer des affections nerveuses, sans vouloir leur attribuer toujours de semblables conséquences, quelles que soient d'ailleurs l'intensité et la durée de leur action.

Or, en considérant combien sont communes ces influences pathogéniques, et combien sont relativement rares les manifestations nerveuses auxquelles elles donnent lieu, en considérant la diversité des formes qu'affectent ces manifestations suivant les individus, épilepsie chez les uns, hystérie, chorée,

FEUILLETON.

Notice sur les membres présents et passés de la section de pharmacie de l'Académie de médecine.

Laugier.

Qui ne se ressouvient de ce savant si modeste, si plein d'aménité, de ce chimiste qui n'appartenant pas, on ne sait pourquoi, à un corps savant, était chargé par lui de l'analyse des minéraux qui lui étaient adressés?

Laugier, qui était l'ami de ses élèves, était directeur de l'Ecole de pharmacie ; on lui doit des travaux considérables sur les pierres météoriques, sur l'aptôme, le chromate de fer, les sulfures d'arsenic, l'osmium, le nickel, le cobalt, le titane, etc.

Laubert.

Laubert, qui avait été pharmacien en chef de l'armée d'Espagne, membre du Conseil de santé, faisait partie de la section de pharmacie de l'Académie ; homme habile, il avait rendu de très-grands services au pays : on connaît de lui de nombreux travaux (six Mémoires) sur les différentes espèces de quinquina, des vues générales sur le plan qui pourrait être suivi par les pharmaciens chargés de l'enseignement dans les hôpitaux militaires d'instruction, sur la matière que l'éther extrait de la noix de Galles, sur la racine des quinquinas.

Lors de la prise de Moscou, Napoléon ayant trouvé des masses d'or et d'argent, et voulant les faire convertir en monnaie au titre et au coin de la France, il fallait les fondre, en faire le départ, organiser un hôtel des monnaies; l'intendant général faisait connaître à l'Empereur ses inquiétudes, celui-ci répondit : « *N'avons-nous pas le pharmacien général* (*Laubert*)*? je le charge de tout.* » Laubert, à la mort de Parmentier, quoiqu'il fût enfermé dans la place de Torgau, fut nommé inspecteur général.

Lemaire Lisancourt.

Ce membre de la section de pharmacie, que nous ne nous rappelons pas avoir entendu dans l'enceinte de l'Académie, était profondément instruit en matière médicale; il possédait une collection des plus estimées, et qui ouverte à tous ceux qui le demandaient, pouvait servir à l'étude de cette science. On doit à ce modeste collègue des travaux sur les senés, sur la *gentiana chyrayta*, sur diverses productions de l'Inde, sur la gomme de hucari et hycaye, sur l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium dans le traitement des plaies avec gangrène, sur les ipécacuanhas du commerce, sur une nouvelle substance nommée drulium, sur la légumine, etc.

Lodibert.

Lodibert, ancien pharmacien en chef des armées ; ses services à ce titre lui avaient valu la croix d'officier de la Légion-d'Honneur; homme éminemment instruit, si une discussion s'élevait dans le sein de l'Académie sur une question relative aux sciences accessoires à la médecine, il prenait la parole, et il étonnait par la profondeur de ses connaissances.

paralysie, contracture, démence chez les autres, on redemande pourquoi ces différences dans les effets des mêmes causes? Et l'on est bien forcé, alors, d'admettre des *aptitudes* individuelles, aptitudes aux névroses, en général, aptitudes à telle ou telle de leurs formes.

Mais si l'*aptitude* morbide est une condition indispensable au développement de la plupart des névroses, leur importance pathogénique a été, il faut en convenir, singulièrement exagérée, puisque dans beaucoup de cas on ne reconnaît pas d'autres causes aux affections de ce genre. Que chez des individus sains, jusqu'à un âge assez avancé, survienne l'aliénation, l'épilepsie, quelque paralysie, etc., on se trouvera suffisamment édifié sur l'origine du mal si l'on parvient à découvrir chez leurs parents, même éloignés, des accidents analogues. Certes, j'accorde beaucoup aux *causes prédisposantes;* mais l'épithète qui les désigne collectivement exprime, à mon avis, l'étendue réelle de leur influence, et je n'excepte même pas l'hérédité de cette appréciation. Pourquoi donc, en effet, si une disposition congéniale suffit pour engendrer les névroses, les enfants de parents épilectiques, aliénés, choréiques, etc., ne naissent-ils pas épileptiques, aliénés, choréiques? Pourquoi s'écoulera-t-il dix, vingt, trente, quarante ans et plus avant que ces aptitudes ne se manifestent? Pourquoi feront-elles explosion chez l'un des enfants et non chez les autres qui, pourtant, la transmettront peut-être à leurs descendants. C'est assurément que l'hérédité ne suffit pas pour provoquer le développement des névroses, et, sans doute, il est nécessaire que d'autres influences perturbatrices, en altérant l'équilibre fonctionnel viennent lui permettre d'entrer en scène.

Ce que je pense au sujet de l'hérédité, je l'applique à plus forte raison à toutes les causes prédisposantes que l'on a l'habitude de citer, l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, etc. Ce sont des aptitudes favorables, sans contredit, à la production des névroses; mais on n'est pas atteint d'une maladie nerveuse uniquement parce que l'on a tel ou tel âge, parce que l'on appartient à l'un ou l'autre sexe; enfin parce que l'on n'a pas le bonheur de posséder cette constitution et ce tempérament moyen, idéal de l'hygiéniste.

Quoi qu'il en soit, ces prédispositions se divisent en deux ordres : chez certains sujets on observe l'aptitude aux manifestations nerveuses en général et non à telle ou telle névrose spécialement. Les conditions d'âge, de sexe, de constitution, de tempérament, etc., qui engendrent soit la prédominance, soit l'affaissement du système nerveux, certaines modifications apportées aux dispositions primitives de l'organisme par l'éducation physique et morale, et qui produisent les mêmes effets, paraissent en être les sources ordinaires.

Chez d'autres individus, ce n'est pas seulement la faculté d'éprouver indifféremment divers accidents nerveux, ce sont de véritables *idiosyncrasies* morbides en vertu desquelles les phénomèmes névropathiques affectent plus particulièrement telle ou telle forme, quelle que soit d'ailleurs la cause déterminante. Ainsi on trouve dans la *Gazette hebdomadaire* (1) l'analyse d'une observation de chorée survenue pendant la grossesse chez une femme de trente-deux ans qui avait eu déjà la même affection à l'âge de dix-huit ans Les accidents cessèrent un mois avant l'accouchement, mais ils reparurent pour la troisième fois pendant le travail. Dans l'observation quarantième le malade frappé une première fois d'une paralysie passagère sous l'influence du froid, devient de nouveau un paralytique à la suite des excès auxquels il s'adonne. Dans l'observation treizième l'amaurose qui se déclare pendant l'accouchement avait déjà existé dans le cours d'une affection chlorotique. L'embarras gastrique dans l'observation cent trente-deuxième ramenait toujours un accès de manie; dans les observations cent soixante-dixième, cent soixante onzième, cent soixante-douzième, cent soixante-treizième, l'hystérie, l'épilepsie et la paralysie se reproduisent pendant plusieurs grossesses successives.

Chez la malade de l'observation cent quatre-vingtième, une manie temporaire se développe après trois couches consécutives; l'allaitement ramène cinq fois des convulsions tétaniques chez cette autre femme de l'observation cent quatre-vingt-unième. De même on voit souvent prédominer la tendance au délire, à la mélancolie, à l'hypochondrie, à diverses convulsions, aux névralgies, etc., affections qui pourront se manifester plusieurs fois dans le cours de la vie, soit dans des circonstances identiques, soit dans des circonstances bien différentes.

En dehors de l'hérédité, il est impossible d'assigner une raison d'être à ces remarquables aptitudes, et dans beaucoup de cas il faut se borner à les constater. Mais si nous ne pouvons que nous livrer à des conjectures sur les causes de ces dispositions *idio-syncrasiques*, nous devons au moins tenir compte de l'influence que diverses conditions individuelles ou

(1) Paris, mars 1854, p. 369.

Lodibert a peu écrit; il a cependant publié une note sur l'emploi du nitrate d'argent, un travail sur la culture de l'asperge et sur les produits que peut fournir cette plante, une note sur la matière cristalline du girofle, un travail sur le sucre des fleurs d'aloès, un essai de thymiatechnie médicale, essai qui fut imprimé par Didot en 1808 et qui formait un volume in-8°.

Mitouard.

Mitouard, qui, quoique malade, assistait assidûment aux séances de l'Académie, était un homme pratique distingué; nous ne connaissons de lui, comme écrits, que ses Observations sur la décoloration de l'acétate et du phosphate de soude par le manganèse, et son Analyse de l'écorce du grenadier sauvage.

Moringlane.

On connaît de feu Moringlane un mémoire en réponse à la question suivante : Etablir une distinction prise entre les divers produits naturels des térébinthacés et des conifères, les diverses espèces de térébenthine, la manne de Briançon, le baume de Gilead des Anglais, la poix naturelle, la résine du damar, la résine du dombeya, les essences de térébenthine, le galipot, le goudron, le savon de résine, la sandaraque, des observations sur les effets de la ciguë, etc.

Pelletier.

Le nom de Pelletier est un nom célèbre par des découvertes utiles, et nul de ses collègues ne peut oublier celui qui l'a porté. On doit à Pelletier d'immenses travaux : on se rappelle qu'il se livra d'abord à l'examen et à l'analyse des gommes résines, d'un grand nombre de produits végétaux et de matières colorantes; il s'occupa avec M. Magendie de recherches physiques et physiologiques sur l'ipécacuanha; plus tard, il publia un mémoire sur les préparations d'or. Ses travaux sur les alcalis organiques, travaux faits en collaboration avec M. Caventou, ont à jamais consacré sa mémoire.

Professeur distingné, nous avons suivi le cours de minéralogie qu'il faisait à l'Ecole de pharmacie; la facilité de son élocution, la clarté de ses leçons étaient pour ses élèves un sujet d'admiration.

Aimé des élèves, des jeunes gens qui voulaient s'instruire, Pelletier a été trop tôt enlevé à la science et à l'Académie.

Planche.

Planche était le pharmacien, chimiste, praticien par excellence; manipulateur habile, il a exécuté lui-même le plus grand nombre des opérations qu'il a décrites dans les ouvrages scientifiques; c'était un type, une haute spécialité qui faisait honneur à la profession.

M. Planche avait le goût des beaux-arts, il en suivait les progrès en amateur éclairé; connaissant les langues étrangères, il a traduit les ouvrages de Brande, de Brugnatelli et un très-grand nombre de de Mémoires d'un haut intérêt pour la science.

Notre collègue a publié un grand nombre de Mémoires qui ont paru dans les *Annales de Chimie*, dans le *Journal de pharmacie*, dont il était l'un des fondateurs. Parmi ces Mémoires on doit citer ceux qui ont trait à l'acide succinique, à l'acide sulfurique, au mercure doux, à la solubilité des huiles fixes dans l'alcool et dans les éthers sulfurique et acétique, à l'extraction du sucre des diabétiques, à la

communes exercent sur la détermination de la forme des névroses. En première ligne, il faut faire figurer l'âge : les convulsions, la chorée, sont, par exemple, plus communes dans l'enfance, l'aliénation plus fréquente dans la vieillesse, l'hystérie appartient surtout à cette période qui sert de transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Le *sexe* féminin paraît aussi favoriser les accidents hystériques, à tel point que beaucoup d'auteurs n'admettent l'hystérie que chez la femme, ce qui certainement est une erreur. L'*éducation morale*, la prédominance d'une préoccupation ou d'un penchant peuvent imprimer un caractère spécial à l'aliénation.

Quelques névroses sont particulièrement propres à certains *climats* : le béribéri se développe surtout dans l'Inde ; cette espèce de lypémanie, si connue sous le nom de spleen, s'observe fort communément en Angleterre ; dans tous les pays froids la dypsomanie abonde ; le tétanos rare dans les zones tempérées est, au contraire, très-fréquent dans les contrées à température élevée, etc. Enfin, l'*imitation* est certainement capable d'influer sur le caractère symptomatique des affections nerveuses : c'est ce que paraissent surtout démontrer les exemples connus de névroses épidémiques (trembleurs des Cévennes, possession des religieuses de Loudun, flagellants, convulsionnaires de Saint-Médard, etc.). Remarquons, d'ailleurs, que tout ce que l'on a dit des effets des *professions*, de l'*habitation* et des autres modifications hygiéniques peut se rapporter aux divers états organiques dont il a été question à propos de l'influence du plomb, du mercure, de l'arsenic, du tabac, de l'humidité, du froid, etc.

Causes occasionnelles.—Je me bornerai à indiquer rapidement ces circonstances accidentelles qui, parfois, viennent provoquer l'explosion des maladies nerveuses imminentes, car leur importance, minime au point de vue étiolgique, est encore moindre sous le rapport des indications thérapeutiques. J'ai d'ailleurs analysé déjà leur mode d'action dans un autre article ; il me suffira de les énumérer ici : les plus ordinaires sont assurément les brusques mouvements de l'âme, la joie, la colère, la frayeur, la surprise ou toute autre perturbation nerveuse, une commotion, par exemple, l'immersion subite dans l'eau froide, l'impression d'une odeur, d'un bruit violent, d'une lumière trop vive, la douleur, etc. Il faut encore signaler comme une des causes les plus énergiques de cette catégorie l'*imitation* dont on a exagéré et dénaturé le rôle.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'hématurie rénale.

RECHERCHES DE CHIMIE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUES,

Par Mariano SEMMOLA.

En étudiant certaines altérations de l'urine, nous avions plusieurs fois fixé notre attention sur la couleur et principalement sur le dépôt foncé qu'elles présentent dans le cours de différents états morbides. Ce phénomène, qui d'ailleurs n'était pas échappé à l'observation de pathologistes très-distingués et surtout de l'illustre Rayer, nous sembla cependant trop peu connu dans sa nature. On avait dû confondre, à ce qu'il paraît, très-fréquemment, ce trouble avec les urines dites mélanotiques (?) ; on avait même cru que ce changement de couleur était la conséquence de l'altération que l'urine faisait subir à la matière colorante du sang. Mais des dénominations purement arbitraires et des explications nullement échafaudées par des faits, nous semblant insuffisantes dans l'évaluation exacte de cette qualité assez remarquable d'hématurie, nous nous livrâmes à fixer un peu mieux sa cause pour en saisir une explication plus raisonnable et pour connaître si elle pouvait obliger le médecin à changer le traitement de la maladie. Voilà le sujet de la communication que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Academie.

Trois cas, selon nous, peuvent être distingués dans une hématurie rénale, savoir :

1° Que l'hémorragie fût assez abondante et donnât lieu à des caillots sanguins plus ou moins considérables, et toujours très-faciles à reconnaître dans l'urine.

2° Que l'urine, sans contenir de caillots sanguins eût seulement un teint rouge de sang plus ou moins saillant, et qu'elle fît déposer un léger sédiment plus ou moins coloré en rouge vif.

3° Que l'urine, présentant une couleur légèrement brunâtre, laissât déposer, après quelques heures, un sédiment presque pulvérulent d'un brun-café.

Il n'est pas question, d'après nos recherches, de la première série de faits, parce qu'elle est constituée par des cas morbides plus ou moins aigus, et dans lesquels nous n'avons pu jamais observer le précipité brun-café de la troisième série. Seulement, il nous paraît nécessaire de rappeler que la permanence, dans l'urine, des caillots sanguins plus ou moins rouge vif, même prolongée pendant vingt-quatre heures, les a rendus plus ou moins foncés, les a plus ou moins complétement

---

découverte du sel ammoniac factice, aux eaux minérales, à la lupuline du houblon, aux résines des convolvulacées, etc.

M. Planche, dont j'ai essayé de suivre les traces, s'était livré à l'étude des falsifications qu'on fait subir aux substances médicamenteuses et aux moyens de reconnaître ces adultérations.

M. Planche, dont la vie a été si bien utilisée, ne peut être oublié de ses collègues.

Robiquet.

Les travaux de Robiquet sont nombreux et consacrent à tout jamais son nom ; en effet, c'est à Robiquet qu'on doit la découverte de de la *codéine*, de l'*alisarine*, puis, avec Vauquelin, de l'*asparagine*, et, avec Boutron Charlard, de l'*amygdaline*. Ces découvertes suffiraient pour faire la réputation d'un homme ; mais Robiquet a publié un très-grand nombre de Mémoires, notamment sur le soufre liquide de Lampadius, sur les cantharides, sur la nature du kermès, sur la préparation de l'acide prussique médicinal, sur l'extraction de l'acide borique, sur l'huile volatile d'amandes amères, sur l'outremer factice, etc.

Nous rappellerons ici un fait qui caractérise Robiquet et qui fait connaître l'amitié et l'estime que lui portaient ses élèves. En 1830, Robiquet, dont la réputation scientifique était européenne, n'était pas décoré de la Légion-d'Honneur ; oublié, il n'avait pas cru devoir demander cette distinction ; les élèves de l'école adressèrent une pétition à M. le Ministre : leurs voix furent entendues, et justice fut faite.

Vauquelin.

Qui oubliera ce savant distingué et modeste, cet homme de bien qui ne vécut que pour la science ? L'oubli de son nom est impossible, car les services qu'il a rendus, les découvertes qu'il a faites, ont donné lieu à des applications industrielles qui chaque jour viennent frapper nos yeux. Rappelons ici que c'est à Vauquelin que l'on doit la découverte du chrome et de ses composés, de ces produits qui, employés par les peintres sur porcelaine, par les bijoutiers, par les fabricants de cristaux, fournissent ces œuvres d'art qui sont à l'époque actuelle admirés à l'Exposition.

Rappelons encore que c'est Vauquelin qui mit sur la voie de la fabrication de l'*outremer factice*, qui remplace l'*outremer naturel*, dont le prix s'élevait à plus de 1,500 francs les 500 grammes.

Si nous voulions faire connaître ici tous les travaux de Vauquelin qui ont eu de l'utilité, il faudrait y consacrer presque un volume. Nous dirons seulement qu'il a découvert la glucine dans l'émeraude, qu'il a fait connaître le moyen d'analyser les alcalis du commerce, qu'il a indiqué aux bijoutiers le moyen de retirer *des eaux de couleurs* qu'ils jetaient les métaux précieux qu'elles renfermaient, qu'il a publié des procédés pour la fabrication du salin et de la cendre gravelée, pour l'analyse des eaux minérales.

Le nom et le souvenir de Vauquelin ne doit pas sortir de notre mémoire ni de celle de nos collègues.

Nous nous arrêtons ici, car nous n'avons voulu parler que des membres que nous avons eu le malheur de perdre ; nous ferons cependant observer que la section, sujet d'une attaque intempestive, compte encore de dignes représentants de la science ; nous pourrions les citer ici, mais nous avons craint de le faire. Présents aux séances,

détruits, mais n'a jamais altéré leur couleur et leur consistance au point de les transformer dans la substance pulvérulente couleur café. Encore plus, nous avons essayé de répéter l'expérience en mélangeant des proportions variables de sang avec de l'urine, et il nous a été impossible de reproduire une matière qui eût la même apparence et surtout les mêmes caractères chimiques des sédiments brun-café. En sorte qu'il était bien sûr, d'après ces observations, que les explications données de ce phénomène étaient mal fondées et que probablement sa cause devait remonter jusqu'aux différentes conditions anatomiques des reins.

Nous avons dans ce but analysé les urines et les précipités appartenant à la seconde et à la troisième série. D'abord il est digne d'observer que l'examen microscopique faisait reconnaître nettement les globules de sang, quoique un peu altérés, dans le dépôt rouge, tandis qu'on n'observait que des corps sans forme organisée dans la matière brune-café. Ensuite, il est bien remarquable le différent rapport entre l'intensité de la coloration et la quantité du dépôt formé. En effet si l'on filtre les urines plus ou moins rouges, elles passent avec la même couleur et ne laissent sur le filtre que peu de matière légèrement rouge, tandis qu'un sédiment brun-café assez abondant est séparé quand on filtre les autres urines, qui conservent une très-légère nuance jaune-brunâtre au delà du normal. Les urines rouges contiennent beaucoup d'albumine qui entraîne plus ou moins de la matière colorante du sang en raison qu'on emploie l'alcool, l'acide nitrique ou la chaleur pour la coaguler. Les urines surnageantes aux sédiments brun-café contiennent très-peu d'albumine excepté le cas qu'elles ne fussent arrivées dans le cours de la maladie de Bright.

Les deux sédiments recueillis sur le filtre avaient les caractères suivants :

1° Le sédiment rouge était insoluble dans l'alcool et se dissolvait, au contraire, très-facilement avec l'adjonction de la potasse, en donnant un liquide rouge-grenat.

2° La matière brun-café était presque en totalité soluble dans l'alcool, ne se coagulait pas avec la chaleur, et colorait la solution en jaune plus ou moins foncé. Le sous-acétate de plomb formait, dans la solution de ce principe, un précipité brun.

Nous avons dû conclure, d'après cet examen, que cette dernière substance était l'*émafeine* de Simon, tandis que l'autre avait tout simplement les caractères de l'*hématine*. En comparant ces résultats avec les différentes maladies dans lesquelles nous avons observé les sédiments dont nous nous sommes occupé, nous avons été dans le cas d'établir les conclusions suivantes :

1° L'hématurie rénale change sa nature chimique en rapport avec son caractère aigu ou chronique. Dans le premi cas, c'est l'hématine, dans le second cas, c'est principalement l'*émafeine* qui altère la qualité de l'urine ;

2° On rencontre rarement que la seconde soit la cons quence de la première; c'est-à-dire que, se rapportant à des conditions anatomo-pathologiques de deux ordres différents, il n'est possible, ou peut-être seulement à la longue, que l'hématurie rouge fût suivie de l'hématurie foncée ou *émafeinurie*.

3° L'autopsie nous a montré que les hématuries foncées ne se rapportent jamais aux états inflammatoires des reins. C'est, au contraire, une congestion plus ou moins lente, un engorgement veineux de ces organes, que nous avons observé dans sept exemples d'hématurie. C'est pour cela que l'émafeine sort très-facilement avec les urines dans le cours de plusieurs altérations organiques du tissu des reins, par exemple dans la *maladie granuleuse*. On sait d'ailleurs que la stase du sang dans les capillaires est une des conditions les plus favorables au changement de l'ématine en émafeine.

4° Il paraît encore très-probable que certaines altérations du sang favorisent beaucoup la production de l'hématurie foncée. Dans trois cas sur sept, les malades avaient été atteints plusieurs fois par des vomissements et des selles de la même couleur, et, dans un cas surtout, cette *mélène* avait lieu abondamment au moment de l'hématurie. Nous avons constaté l'identité des matières foncées données avec l'urine et par les vomissements.

5° La conséquence pratique que nous avons pu tirer de ces observations, avec une utilité bien évidente, a été de renoncer complétement au traitement antiphlogistique ou résolutif dans l'hématurie foncée, en préférant la méthode antiseptique. L'emploi des limonades sulfuriques, de la *coclearia*, et quelquefois même des amers-toniques, modifie facilement et sans danger le trouble de la sécrétion rénale, quand elle n'est pas la conséquence de lésions anatomiques profondes.

---

toutes les fois que la science aura besoin de leur concours, ils ne se laisserons pas oublier.

Disons cependant en passant un mot de M. Fée, qui a été le sujet de l'attaque faite contre la section à laquelle il appartient. Rappelons à notre oublieux collègue que M. Fée, professeur à l'école de Strasbourg, a été démonstrateur à l'hôpital militaire de Lille; qu'il a publié en 1828 un *Cours d'histoire naturelle pharmaceutique* en deux volumes, une *Flore de Virgile*, une nomenclature méthodique et critique des plantes, fruits, etc. (un volume in-8°); qu'on lui doit des travaux sur les lotos des anciens, sur les cryptogames des écorces exotiques officinales, sur la concordance synonymique du genre cinchona et des genres voisins, sur la plante avec laquelle les Indiens empoisonnent les eaux et leurs flèches, sur la matière médicale de l'Indostan, sur les végétaux connus sous le nom de monocotylédons, sur des sénés falsifiés avec le redoul.

M. Fée n'a pas cessé de s'occuper de la science; éloigné de Paris par ses fonctions, il a soin de se rappeler de temps en temps au souvenir de ses collègues par de nouvelles publications.

La remarque peu obligeante d'un des membres de l'Académie nous rappelle un dire répandu sans qu'on puisse l'attribuer à qui que ce soit : c'est que la section de pharmacie est mal vue à l'Académie, et qu'on désirait qu'il y eût moins de pharmaciens dans cette Compagnie.

Nous ne pouvons empêcher cette manière de voir, mais nous aurions désiré que la section de pharmacie restât section, comme cela était lors de l'organisation de l'Académie, la science et l'Académie y auraient gagné; les membres qui en font partie auraient pu lire dans leurs séances des Mémoires qui chaque jour sont publiés dans les divers journaux scientifiques, et qui, dus à des membres de l'Académie, ne font pas partie de cette Compagnie.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mes civilités empressées.

CHEVALLIER.

— Viennent de paraître :

Recherches cliniques sur les *Maladies du cœur*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur BOUILLAUD, par M. le docteur Ernest AUBURTIN, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris ;

Précédées de Considérations de philosophie médicale sur le *vitalisme*, l'*organisme* et la *nomenclature médicale*, par M. le professeur BOUILLAUD ;

Paris, chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12 ; 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr.

En vente au bureau du Journal : *Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le docteur IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrant, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — De l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament.

3e *Mémoire.* — Sur l'éphidrose (sueurs générales chroniques), sur les divers traitements employés contre cette maladie, et en particulier sur son traitement par l'*aconit*. — Prix de chaque Mémoire, 25 c., et 40 c., *franco* par la poste.

Résumé des observations médico-chirurgicales faites à l'armée d'Orient.

Par le docteur Scoutetten,
Ex-médecin en chef des hôpitaux de Constantinople.

Acrodynie? — Gangrène. — Statistique des opérations; suites de ces opérations spéciales au climat. — Hémorrhagies traumatiques. — Pourriture d'hôpital. — Résistance des Russes pour le chloroforme. — Remarques sur les amputations. — Mortalité dans les divers hôpitaux.

Nous avons plus d'une fois, depuis l'ouverture de la glorieuse et meurtrière campagne d'Orient, exprimé le vœu que les cruels événements qui se passent sous les yeux des médecins de l'armée ne fussent point perdus pour la science. En émettant ce vœu, nous savions toutes les difficultés qu'il y aurait à surmonter pour le réaliser; mais nous savions cependant que ces difficultés n'étaient pas absolument invincibles; pour y parvenir, il s'agissait surtout de bien diriger son travail, de choisir un sujet proportionné aux forces et au temps dont on pouvait disposer; de se rappeler, en un mot, qu'une question résolue, quelque circonscrite qu'elle soit, vaut mieux que cent questions posées.

Les honorables médecins qui, depuis le commencement des hostilités, ont donné, à l'exemple de toute l'armée, tant de preuves de dévouement, n'ont pas, jusqu'à présent, accompli leur mission scientifique avec autant de bonheur que leur mission humanitaire, et les observations positives, les vérités utiles qui auraient pu sortir de ce vaste champ d'observation, sont encore fort incertaines.

Le petit nombre d'observateurs qui jusqu'à présent ont mis le public dans la confidence de leurs travaux, ne se sont pas assez rappelé que le temps est passé où les savants, de quelque ordre qu'ils soient, pouvaient espérer de faire accepter comme œuvres scientifiques des espèces d'impressions de voyage auxquelles il ne manquait que les agréments de la forme pour pouvoir rivaliser avec celles des bons touristes de profession. Il faut aujourd'hui des faits exacts, complets, pesés et comptés, si l'on a une autre ambition que celle d'occuper pendant quelques jours le public de sa personnalité.

L'honorable et zélé chirurgien qui vient de nous adresser le résumé de ses observations médico-chirurgicales, n'a pas su se soustraire entièrement à une habitude à bon droit condamnée, et ses observations auraient gagné beaucoup en importance, si elles avaient eu plus de précision. Néanmoins, même dans les termes où elles sont exposées, la plupart d'entre elles seront lues avec intérêt, et nous allons les mettre sous les yeux de nos lecteurs, en les faisant suivre de quelques brèves remarques.

Acrodynie?

Au commencement du mois de novembre un nombre assez notable de malades présentèrent des phénomènes morbides nouveaux qui frappèrent particulièrement l'attention de M. le docteur Tolozan, médecin-major très-distingué, attaché à l'hôpital de Péra. Les malades éprouvaient des douleurs vives à la plante des pieds, à l'extrémité des orteils, douleurs qui augmentaient la nuit, devenaient quelquefois intolérables, forçaient les malades à se découvrir pour rechercher le frais et se répétaient ainsi pendant un temps fort long, ce qui signifie plusieurs semaines. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est qu'en même temps que le malade éprouvait des douleurs excessivement vives, on constatait une diminution marquée de la sensibilité de la peau et des tissus sous-jacents; on pouvait pincer, piquer sans déterminer de douleur, et j'ai vu enfoncer une aiguille dans la partie inférieure du gros orteil, jusqu'à l'os, sans que le malade parût soupçonner l'expérience tentée sur lui. L'abolition de la sensibilité ne s'est présentée que rarement, mais cette fonction était affaiblie chez tous les malades.

Ces douleurs ne se bornaient pas toujours aux pieds, elles s'étendaient quelquefois à la partie supérieure de la jambe et, chez quelques hommes, elles se manifestaient aussi aux mains.

La peau des parties douloureuses était grise, un peu rugueuse, sans éruption, quelquefois il y avait un peu de rougeur striée, mais en général la température était plutôt abaissée qu'augmentée. Les malades ne pouvaient plus marcher, et ce qu'il y avait encore de remarquable, c'est qu'ils redoutaient l'attouchement un peu brusque de la main; la plus légère percussion avec l'extrémité du doigt sur la plante des pieds déterminait une contraction brusque du membre avec douleur très-prononcée. Presque tous ces hommes avaient les organes digestifs malades et la diarrhée a épuisé le plus grand nombre d'entre eux.

Cette maladie singulière a été jugée diversement par les médecins de Constantinople; M. Tholozan n'a pas hésité à la rattacher à l'acrodynie, maladie qui a régné épidémiquement à Paris en 1828 et 1829, et il faut reconnaître que les symptômes décrits présentent une grande analogie avec ceux observés pendant la première épidémie.

Mais c'est au mois de juin 1828 que les premiers exemples de cette maladie se manifestèrent à Paris, c'est-à-dire, pendant la saison des chaleurs, tandis qu'à Constantinople ils ne se montrèrent qu'au mois de novembre, lorsque la température s'était déjà notablement abaissée, que des pluies abondantes étaient tombées, circonstance qui avait forcé les soldats, travaillant sous les tranchées sous Sébastopol, à séjourner pendant vingt et vingt-quatre heures les pieds complétement dans l'eau. Ces conditions dernières parurent à plusieurs médecins la cause évidente de l'état névropathique des pieds et ils le considérèrent comme la conséquence d'un froid humide longtemps prolongé. Quoi qu'il en soit, cet état morbide est très-remarquable, et il doit être signalé comme un fait nouveau pour la science.

Lorsque les hommes succombaient à la diarrhée et à l'épuisement produit par les douleurs; la dissection des pieds permettait de constater que les muscles de la région plantaire étaient atrophiés, leurs fibres décolorées ou quelquefois striées par de nombreux vaisseaux capillaires dans lesquels le sang s'était arrêté et coagulé.

Quant au traitement, il a été presque constamment impuissant; c'étaient, à l'extérieur, les liniments opiacés, les fomentations émollientes, les bains de pieds d'eau tiède; à l'intérieur, l'extrait gommeux d'opium, les calmants divers, les toniques, l'éther, et plus tard les préparations phosphorées furent sans efficacité.

Gangrène.

A la fin du mois de décembre 1854, mais surtout durant tout le mois de janvier 1855, nous vîmes arriver de la Crimée un nombre très-considérable de militaires dont les membres inférieurs présentaient des escarres très-variables en étendue et en profondeur. Quelquefois l'escarre n'envahissait que la peau ou se bornait à la mortification de l'extrémité d'un ou plusieurs orteils, d'autres fois le membre tout entier était gris foncé, brun, ou noir et desséché comme un morceau d'ébène : chez les uns, un seul membre était frappé, chez les autres les deux jambes étaient atteintes et mortifiées jusque près du genou. Malgré l'étendue et la gravité de ces lésions, il était digne de remarque que les mains, les oreilles et le nez étaient constamment épargnés. Cette singularité frappa vivement mon attention, et je dus chercher la cause de la différence existant entre ces congélations apparentes et celles que j'avais observées à la suite de la campagne de Russie. Je me rappelai d'abord que pendant l'hiver de 1812 la température atmosphérique descendit au-dessous de 18 ou 20 degrés Réaumur, tandis qu'en Crimée le thermomètre a rarement atteint 5 ou 6 degrés au-dessous de zéro. En Russie nos soldats marchaient, s'agitaient, et la congélation de diverses parties du corps était bien le résultat de la soustraction rapide du calorique. En Crimée, les conditions étaient toutes différentes : nos patients et courageux soldats se tenaient immobiles dans les tranchées, où souvent se trouvait abondamment de l'eau froide ou de la neige fondue. Nos soldats restaient dans cette position vingt-quatre heures et quelquefois plus. Qu'en résultait-il? Le bain glacé dans lequel plongeaient les pieds soutirait lentement le calorique des membres inférieurs, la circulation se ralentissait, le sang se coagulait dans les vaisseaux et il se produisait une véritable *asphyxie locale* entraînant la formation des escarres ou la perte totale du membre. C'est à peine si l'homme s'apercevait du danger qui le menaçait; peu à peu la sensation du froid s'amoindrissait, la sensibilité s'éteignait et la mortification du membre était complète qu'elle n'était pas encore soupçonnée. Lorsqu'on relevait la garde de tranchée, les hommes aux pieds mortifiés se rendaient au camp comme les autres, ils y faisaient quelquefois leur service pendant plusieurs jours sans connaître le malheur qui les avait frappés. Ils remarquaient bien que leurs pieds étaient froids et qu'ils ne parvenaient pas à les réchauffer, mais ils ne s'en inquiétaient pas. Ce n'était qu'après plusieurs jours, lorsqu'ils ôtaient leurs bas, qu'ils

constataient que la peau du pied était grise ou brune, plus ou moins ridée, froide et insensible. Dans quelques cas ils enlevaient, en se déchaussant, un orteil desséché ou plusieurs ongles des doigts du pied. La mortification envahissait quelquefois les deux membres inférieurs tout entiers; les escarres montaient irrégulièrement jusque vers le milieu de la jambe et quelquefois plus haut.

Ces gangrènes présentaient deux aspects bien différents; il y avait *une forme sèche et une forme humide.* Dans la forme sèche, la partie frappée, devenue brune, noire, se raccornissait, se durcissait comme du bois et se séparait inopinément sans occasionner la moindre douleur; c'est ainsi que j'ai vu des soldats ôter leurs chaussettes et y laisser un ou plusieurs orteils, et une fois un homme eut son pied droit qui se détacha tout à fait. le pied gauche était également sphacélé; mais il fallut couper quelques fibres des ligaments malléolaires pour qu'il se séparât complétement. Ces faits remarquables font mieux comprendre peut-être, que les explications données plus haut, l'importance de la distinction que j'ai établie entre la congélation rapide, produite par un froid excessif, et l'*asphyxie locale* déterminée par un abaissement modéré de la température, qui souvent était au-dessus de 0. Dans le premier cas, la congélation saisissait brusquement la partie et y maintenait les fluides qui s'y trouvaient; dans l'*asphyxie locale,* au contraire, le refroidissement s'opérait lentement, les fluides étaient chassés des extrémités vers les parties élevées, la fibrine coagulée dans les petits vaisseaux empêchait le retour du sang, et le membre privé ainsi de fluide se desséchait, se momifiait, tombait par rupture des fibres ligamenteuses et non par une élimination suppurative.

Le traitement de ces gangrènes était fort simple lorsqu'il n'y avait pas de suppuration; on attendait que la nature indiquât la séparation des parties mortes des parties vivantes, et lorsque le cercle inflammatoire était prononcé, que les escarres commençaient à se détacher, on aidait l'élimination par les moyens chirurgicaux, cependant il fallait être très-prudent, car toute tentative prématurée amenait des accidents douloureux et souvent irremédiables; lorsque, au contraire, on laissait à la nature le soin d'accomplir son travail, on était étonné des changements heureux qui se produisaient: des plaies énormes, des désordres effrayants et en apparence au-dessus de toute ressource chirurgicale, finissaient par guérir parfaitement et sans difformité compromettante.

La position la plus pénible était celle qui mettait dans la nécessité de faire l'amputation des deux jambes: ces opérations ont bien rarement réussi; l'état moral de l'homme, l'affaiblissement de la constitution par la suppuration, et, presque toujours, par la diarrhée, mettaient rapidement fin à la plus déplorable des situations.

Lorsque les escarres se détachaient par suppuration, l'odeur qui s'échappait des plaies était repoussante; c'était un mélange des miasmes spéciaux aux tissus gangrénés et des émanations fades et nauséabondes du pus coulant en abondance d'une large plaie.

Des salles entières étaient remplies de blessés de cette nature; l'infection était excessive, et malgré l'emploi rigoureux de tous les moyens indiqués pour la purification de l'air, les malades périssaient en grand nombre sous l'influence d'une diarrhée fétide, évidemment miasmatique; les médecins, les infirmiers en étaient également atteints, et plusieurs coururent le danger de perdre la vie.

Le quinquina, l'écorce de chêne pulvérisée, les préparations chlorurées furent les principaux moyens mis en usage pour combattre ces pénibles accidents, mais trop souvent, hélas! ils restèrent sans efficacité.

Opérations.

Les opérations chirurgicales ont été faites sur le champ de bataille, peu de temps après la blessure, ou dans les hôpitaux de Constantinople. Cette double position exige que nous divisions les opérations en deux catégories: 1° les opérations primitives pratiquées en Crimée; 2° les opérations consécutions faites à Constantinople.

L'hôpital militaire de Péra a reçu, depuis le 20 septembre 1854 jusqu'au 1er février 1855; 2,010 blessés; sur ce nombre 170 ont succombé.

Les opérations primitives pratiquées en Crimée donnent: opérés 91; guéris 60; morts 31.

Les opérations consécutives faites à Péra donnent: opérés 61; guéris 30; morts 31.

Il ressort de ces chiffres, que sur 91 opérations primitives, 60 ont été suivies de succès et 31 de revers; ce qui équivaut à peu près au tiers de la totalité; tandis que sur 61 opérations consécutives, 30 ont été suivies de guérison et 31 de la mort, c'est un peu plus de la moitié.

Ces chiffres peuvent se passer de commentaires pour faire ressortir les avantages des opérations primitives sur les opérations secondaires.

Parmi ces opérations nous comptons 5 désarticulations scapulo-humérales, une désarticulation coxo-fémorale, 2 désarticulations fémoro-tibiales; 7 résections de la tête de l'humérus, 34 amputations de bras, 23 amputations de cuisse, 24 amputations de jambe, 4 ligatures de l'artère fémorale, une de la sous-clavière, etc., etc.

Quelles ont été les principales causes de la mort? Les plus nombreuses ont été l'infection purulente, les hémorrhagies, la pourriture d'hôpital et la diarrhée.

L'infection purulente doit être placée en première ligne parmi les causes qui ont enlevé les hommes opérés: sur 6 amputations consécutives du bras, 5 ont été suivies de mort; les résections n'ont pas eu plus de succès, sur 7 cas, 5 fois la terminaison a été fatale.

L'infection purulente s'est développée dans des conditions qui méritent une mention spéciale, et les phénomènes qu'elle a présentés diffèrent notablement de ceux que nous observons en France.

Les hommes sur lesquels on pratiquait les opérations, quelque bien portants qu'ils parussent, étaient cependant éprouvés, épuisés par des fatigues excessives, par une nourriture insuffisante, et par un genre de vie exceptionnel. Aussi, bien que l'opération fût pratiquée avec toutes les précautions désirables, que les instruments fussent en bon bon état, que le blessé fût courageux et résigné, on voyait survenir les accidents attribués à l'infection purulente, quelques heures seulement après l'application de l'appareil. En ce qui me concerne, j'ai toujours opéré en faisant la réunion de la plaie soit à l'aide de bandelettes seulement, soit avec quelques points de suture; les tissus étaient aussi complétement que possible soustraits au contact de l'air, et cependant les accidents éclataient avec une rapidité inouïe: le membre devenait extrêmement douloureux, il se tuméfiait; un frisson plus ou moins violent survenait; il était suivi de sueurs abondantes, excessives, exigeant quelquefois le changement de huit ou dix chemises dans une nuit; la soif était vive, la peau prenait une teinte grisâtre, les urines étaient rares, le pouls très-fréquent, plein e comme ondulatoire; le délire était fugace, mais il se manifestait surtout pendant la nuit. Le troisième ou le quatrième jour, le moignon se flétrissait, les chairs devenaient flasques, pendantes; si la cicatrice était commencée, elle se déchirait, l'os faisait saillie à travers la plaie, la moelle était d'un rouge grisâtre, faisant saillie hors du canal médullaire: le périoste se détachait de l'extrémité de l'os, se rétractait et allait faire bourrelet a 1, 2 et quelquefois 3 centimètres au-dessus de la section osseuse.

Ces accidents s'aggravaient rapidement et en sept ou huit jours les malades succombaient; quelquefois, mais dans les cas rares, ils atteignaient le douzième ou le quinzième jour.

A l'autopsie, on trouvait la moelle réduite en putrilage, les aréoles du tissu osseux friables et en partie détruites: des abcès métastatiques nombreux existaient dans le foie et les poumons. Tous les traitements employés contre cette terrible maladie ont été infructueux.

Il me paraît évident que les accidents survenus chez nos amputés ne tenaient point à la résorption purulente, telle qu'on la comprend généralement, puisqu'il n'y avait point de suppuration des parties molles, que le point de départ de la maladie tenait à l'inflammation presque spontanée de la moelle osseuse et que l'absorption purulente opérée par les veinules n'était qu'un accident de second ordre, c'est-à-dire consécutif à l'inflammation de la membrane médullaire, aussi pour apporter dans le langage médical une précision rigoureuse, ai-je désigné ce redoutable accident sous le nom d'*ostéomédullite*.

Hémorrhagies.

Les hémorrhagies traumatiques ont aussi présenté des particularités dignes d'attention.

Déjà nous avons dit que les militaires de la Crimée étaient affaiblis par les causes exceptionnelles qui agissaient sur eux; la privation des légumes frais et l'usage prolongé des viandes salées avaient amené des modifications dans la composition du sang, caractérisées par la diminution de la fibrine et de la globuline, d'où il résultait que le sang était peu coloré, qu'il manquait de plasticité et que sa trop grande fluidité lui permettait de s'échapper des vaisseaux avec une facilité désespérante.

Ces hémorrhagies n'apparaissaient pas immédiatement après les opérations, ce n'était que huit, dix et quelquefois quinze jours après l'amputation que l'accident survenait: la plaie était souvent en voie de cicatrisation, et alors, sans cause connue, une hémorrhagie en nappe se produisait; souvent le sang s'échappait sans que le blessé le soupçonnât, et il ne s'en apercevait qu'en portant la main vers le moignon qui lui paraissait un peu plus chaud que d'habitude. Cette

première hémorrhagie était facilement arrêtée par une légère compression du membre, par le nitrate d'argent ou par des plumasseaux trempés dans une solution de perchlorure de fer.

Lorsque le malade avait repris des forces, c'est-à-dire après huit ou dix jours, une seconde hémorrhagie apparaissait et il était difficile de l'arrêter, il fallait recourir à l'application du tourniquet ou à l'emploi du fer rouge; mais une nouvelle récidive se produisit plus vite que la première fois, il en revenait quatre, cinq et quelquefois six, enfin le malade succombait épuisé : à cette période, le sang était limpide comme de l'eau et à peine coloré en rose; j'ai pratiqué la ligature de l'artère fémorale pour empêcher l'hémorrhagie du moignon de la jambe, au lieu d'élection, la ligature de la sous-clavière droite chez un homme opéré d'une résection de la tête de l'humérus, et ces moyens extrêmes, qu'on devait croire d'une efficacité absolue, n'ont pas empêché le retour des hémorrhagies chez le premier, quinze jours après l'opération, et chez le second, après vingt-deux jours, lorsque la circulation générale fut rétablie dans le membre.

Pourriture d'hôpital.

Vers le milieu du mois de novembre la pourriture d'hôpital s'est manifestée tout à coup dans les salles des officiers; elle a occasionné des accidents graves chez plusieurs malades, mais aucun d'eux n'a succombé. Elle s'annonçait par une petite tache blanchâtre, très-superficielle, faiblement douloureuse, mais bientôt toute la plaie était envahie, les tissus se gonflaient énormément, ils se détachaient par larges lambeaux couverts d'une sanie fétide, la douleur était excessive, la fièvre très-forte, l'agitation constante, quelquefois le délire pendant la nuit. Ces accidents se calmaient lentement, mais lorsque l'amélioration apparaissait la cicatrisation marchait rapidement; plusieurs malades ont éprouvé des récidives au moment où ils semblaient toucher à la guérison.

Les moyens employés pour combattre les accidents de la pourriture d'hôpital ont varié : on s'est servi de la poudre de charbon, de celle de quinquina simple ou camphrée, de camphre pur en poudre, de suc de citron dans lequel on trempait des plumasseaux, du cautère actuel, perchlorure de fer liquide et de l'acide nitrique.

Le perchlorure de fer n'a pas répondu à notre attente : malgré les assertions de MM. Pétrequin et Desgranges de Lyon, malgré les recommandations réitérées de M. Burin du Buisson, nous avons dû renoncer à l'emploi de ce moyen, parce qu'il occasionnait des douleurs intolérables qui duraient longtemps et que les malades refusaient énergiquement de se soumettre à de nouvelles épreuves. Cependant nous avions le soin de mêler à un tiers ou moitié d'eau la solution ferrique qui nous avait été envoyée à Constantinople par M. Burin du Buisson lui-même.

L'expérience nous a appris que, sur les rives du Bosphore, les moyens qui réussissent le mieux contre la pourriture d'hôpital sont le camphre en poudre ou le sucre de citron lorsque les accidents ont peu de gravité, et l'acide azotique lorsqu'ils sont étendus et profonds. Ce dernier moyen agit avec une efficacité très-remarquable, et malgré qu'il fût employé pur, à l'aide d'un pinceau de charpie, il n'occasionnait point de douleur.

Nous avons dû nécessairement nous demander quelle était la cause probable du développement de la pourriture d'hôpital chez des officiers logés dans des appertements spacieux, bien éclairés, bien et non encombrés de malades. Après une analyse sérieuse des conditions hygiéniques nous n'avons trouvé, pour cause probable, que l'humidité froide de l'atmosphère, humidité entretenue par des pluies continuelles et par la proximité du Bosphore. Ce qui fortifie cette pensée c'est que les salles intérieures de l'hôpital renfermant de simples soldats, dans des conditions infiniment moins bonnes que les salles d'officiers, n'ont présenté des exemples de pourriture d'hôpital que beaucoup plus tard et en nombre très-limité. Il faut ajouter que les hôpitaux qui étaient sur des plateaux éloignés de 7 à 8 kilomètres du Bosphore n'ont pas eu de pourriture d'hôpital, tandis que Kanlidjé, qui était sous ce rapport dans les plus mauvaises conditions, a éprouvé des accidents terribles.

Particularité sur le chloroforme.

L'emploi du chloroforme a été fait sur une vaste échelle, on a été assez heureux pour ne constater aucun accident. Tous les médecins opérateurs ont remarqué que les Russes résistaient plus longtemps que les Français à l'action de cet agent anesthésique, ce qu'ils ont attribué à l'abus fréquent que font ces hommes des liqueurs alcooliques.

Méthodes opératoires.

Si la théorie peut discuter longtemps sur les avantages de la méthode à lambeaux, l'expérience ne tarde pas à démontrer que moins les plaies ont de surface, plus il y a de chances pour obtenir une guérison prompte et exempte de dangers; aussi les amputations circulaires de la cuisse, de la jambe et du bras ont-elles infiniment mieux réussi que les amputations à lambeaux. Le procédé ovalaire de M. Sédillot, proposé pour l'amputation de la jambe, a surtout donné de fâcheux résultats; le lambeau postérieur et externe, soit qu'il contînt trop de fibres musculaires, ou que l'inconvénient soit inhérent au procédé opératoire, ce lambeau, dis-je, se gonflait, devenait pesant, tiraillait la cicatrice déjà faite, la déchirait par la pression contre l'angle saillant du tibia, ce qui occasionnait des douleurs très-vives; chez plusieurs malades, j'ai dû appliquer un bandage contentif soutenant les parties molles en les ramenant en haut, et, malgré ces soins, deux officiers ont dû quitter l'hôpital de Péra sans être guéris.

L'amputation faite à la partie inférieure de la jambe amène des inconvénients encore plus graves, soit qu'on la pratique au tiers inférieur du membre, ou à la hauteur de l'articulation tibio-astragalienne, en sciant les malléoles et en conservant la peau du talon d'après le procédé de Syme. Les hommes opérés par ces procédés guérissent promptement, il est vrai, mais vient ensuite la nécessité d'une jambe artificielle, dont le prix est toujours fort élevé, et qui occasionne des douleurs souvent intolérables. Or, un soldat peut-il dépenser plusieurs centaines de francs par année pour acheter la jambe artificielle de Mille ou de Martin? Et puis, s'il parvient à faire ce sacrifice, les douleurs du moignon lui rendent la marche impossible, et cet homme, dont l'existence dépend en partie de son travail, est forcé de garder le repos. Nous avons actuellement encore sous les yeux un exemple de tous ces inconvénients : un sergent du 5e bataillon de chasseurs à pied, nommé Rigaut, a été amputé à la hauteur des malléoles, sa jambe artificielle est bien faite, mais après une demi-heure de marche, au plus, les douleurs s'éveillent, le moignon devient rouge, gonfle, et l'appareil doit être enlevé.

Non, ce n'est pas là de la chirurgie de bataille, et il faut le dire hautement pour arrêter l'imagination de nos jeunes médecins militaires séduite par des faits incomplets ou par les discours habiles de quelques opérateurs des salons de Paris. La chirurgie militaire doit être simple, pratique, économique, plus sûre que brillante : Ce sont là des mérites réels dont l'expérience fait apprécier l'importance et la valeur.

La désarticulation fémoro-tibiale a été assez fréquemment pratiquée en Crimée; plusieurs médecins se sont félicités près de moi des résultats obtenus; je n'ai pas partagé cet avis, et je considère cette désarticulation comme une mauvaise opération. Mon opinion, appuyée sur l'expérience acquise, se fonde sur l'anatomie chirurgicale de la partie : l'extrémité inférieure du fémur est très-volumineuse, un cartilage épais et étendu la recouvre, des ligaments nombreux y adhèrent, tissus contenant peu de vaisseaux, s'enflammant lentement et sujets à l'exfoliation. Pour recouvrir cette large surface, on n'a qu'une peau mince et dépourvue de tissu adipeux à sa partie antérieure. Cette conformation rend douloureux le moindre choc contre le moignon, et elle gêne les moyens de prothèse, particulièrement l'application d'un membre artificiel. Je préfère l'amputation de la cuisse au-dessus des condyles du fémur; l'opération est plus simple, plus prompte, l'os a peu d'épaisseur, et la masse charnue qui l'enveloppe donne un moignon solide et bien conformé.

La désarticulation tarso-tarsienne, quel que soit le procédé adopté, a donné de déplorables résultats. La rétraction des muscles jumeaux et soleaire, en ramenant le talon en haut, donnait au pied une obliquité qui rendait la station et la marche impossibles. Chez plusieurs opérés, j'ai dû pratiquer, consécutivement à la guérison de la plaie, la section sous-cutanée du tendon d'Achille, et, en ce moment, j'ai encore dans mon service un homme chez lequel cette seconde opération sera indispensable. Cependant l'amputation tarso-tarsienne, malgré ses inconvénients constants, ne doit pas être rejetée d'une manière absolue, car l'avantage de conserver toute la jambe est immense; il faut seulement s'attendre à la nécessité de pratiquer plus tard la ténotomie, et étudier ce genre d'opération, que ne connaît pas suffisamment le plus grand nombre des chirurgiens.

Des résections nombreuses ont été pratiquées; elles méritent d'appeler notre attention, car bien que l'opération par elle-même ne soit pas nouvelle, l'application n'en avait jamais été faite sur une aussi large échelle.

La résection de la tête de l'humérus a été faite fort souvent; c'est une opération utile, dont les résultats sont fort satisfaisants : elle a été principalement pratiquée pour les cas de fracture ou de lésion de l'articulation scapulo-humérale par une balle. Cette opération, quel

que soit le procédé qu'on adopte, permet de conserver le membre supérieur; les muscles de l'épaule se rétractent, l'humérus s'applique contre la cavité glénoïde, les mouvements se rétablissent et les fonctions de la main restent intactes. Je viens de constater de nouveau ces heureux résultats chez un jeune officier à qui j'ai enlevé le tiers supérieur de l'os du bras, et je n'hésite pas à recommander de descendre encore plus bas si la lésion l'exigeait.

Au commencement de ce siècle, sous les guerres de l'empire, les chirurgiens ne tentaient que rarement la résection; ils recouraient de suite à l'amputation scapulo-humérale. L'hôtel des Invalides renfermait un grand nombre de militaires que le baron Larrey me montrait avec satisfaction comme ayant été opérés par lui; il ne m'a jamais présenté un exemple de résection de la tête de l'humérus. C'est un progrès dont la chirurgie moderne doit se féliciter.

Si j'accepte avec empressement et recommande vivement la résection de la tête de l'humérus, je repousse avec non moins de force les résections du coude et de l'extrémité supérieure du fémur. Ce sont des opérations mauvaises et dangereuses. Pour le coude, il est très-difficile d'éviter la section du nerf cubital, qui entraîne la paralysie des muscles auxquels il se rend, puis l'étendue de la plaie et la conformation des parties favorisent le développement d'abcès qui fusent dans l'avant-bras et nécessitent plus tard l'amputation du bras.

Les objections contre la résection du fémur sont encore plus graves : le poids du membre empêche le rapprochement de l'os contre la cavité cotyloïde, et comme il manque de point d'appui, il n'a pas de solidité; je ne parle point de la claudication inévitable qui serait le moindre des inconvénients. Je me suis toujours opposé à ce qu'on pratiquât cette opération à Constantinople, la considérant comme excessivement dangereuse sans offrir en compensation aucun résultat utile. La désarticulation coxo-fémorale doit lui être préférée en toute circonstance, l'expérience ayant démontré qu'elle peut donner des résultats heureux.

Mortalité.

La mortalité dans les hôpitaux de Constantinople n'a pas été aussi considérable que l'imagination, guidée par la peur, se plaisait à le supposer. Voici par hôpital le nombre des malades et des morts jusqu'au 1er février 1855.

Le grand hôpital de Péra, ouvert le 11 juillet 1855 a reçu jusqu'au 1er février 1855.

Fiévreux	4,016
Blessés	2,010
Total	6,026

Sur ce nombre ont succombé :

Blessés	170
Fiévreux	520
Total	690

L'hôpital de Dolma-Bagtché, ouvert le 26 septembre 1854, ne renfermait que des blessés.

Blessés	1,607
Morts	250

L'hôpital de Kanlidjé, ouvert le 24 septembre 1854, a reçu :

Fiévreux	177
Blessés	355
Total	532
Morts :	
Fiévreux	11
Blessés	64
Total	75

L'hôpital de Maltépé, ouvert le 6 juin 1854, ne contenait que des fiévreux; il a reçu :

Fiévreux	3,457
Morts	165

L'hôpital de Rami-Tchifflik, ouvert le 6 juin 1854, exclusivement consacré aux fiévreux, a reçu :

Fiévreux	5,023
Morts	245

L'hôpital de Gulhané, ouvert le 19 novembre 1854, a reçu :

Fiévreux	1,483
Blessés	712
Total	2,195
Morts :	
Fiévreux	215
Blessés	110

L'hôpital de Daout-Pacha n'était véritablement qu'un dépôt de convalescents provenant de tous les autres hôpitaux, ils attendaient là leur guérison complète pour retourner en Crimée, ou leur congé de convalescence pour être envoyés en France; ces hommes ne peuvent pas être comptés, car ils feraient double emploi.

Le résumé général donne, depuis le 6 juin 1854, jusqu'au 1er février 1855 :

Blessés	4,684
Fiévreux	14,156
Morts	1,750

Depuis le 1er février, de nouveaux hôpitaux ont été ouverts, notamment ceux de l'Ecole polytechnique et de l'Ambassade russe ; de grandes pertes ont sans doute été éprouvées, mais elles sont loin d'être aussi considérables que la crainte le fait supposer.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Un de nos amis nous écrit de Naples que notre honorable collaborateur et savant thérapeutiste, M. Imbert-Gourbeyre, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de cette ville. Si nous sommes bien informés, c'est un grand travail sur l'albuminurie puerpérale qui aurait valu cet honneur à M. Imbert-Gourbeyre.

— Par suite de l'arrivée d'un nombre considérable de malades évacués de l'armée d'Orient, le nouvel hôpital de Château d'O a été ouvert le 4 septembre courant. Quelques modifications ont été apportées à la composition du personnel médical indiquée dans notre numéro du 30 juillet. Trois services seulement sont actuellement ouverts; ils ont été, sur la proposition de M. le docteur Goffres, directeur du service médical dans la 10e division militaire, confiés à MM. les docteurs Loyer, médecin-major de 2e classe, Jaumes et Benoît, professeur à la Faculté de médecine. — A l'hôpital militaire de la Citadelle, la distribution des services reste la même; seulement MM. les agrégés Parlier et Barre ont été appelés à suppléer MM. les professeurs Ribes et René, momentanément absents. — M. le docteur Bourely est de même appelé à suppléer, à Château-d'O, M. le professeur Jaumes, qui va présider la session des jurys médicinaux.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

— Le concours pour les emplois de sous-aide, annoncé dans notre deernier numéro', a eu lieu sous la présidence de M. l'inspecteur Vaillant; onze candidats seulement, dont sept médecins et quatre pharmaciens, se sont présentés. (*Idem.*)

— Le même journal annonce que le choléra a éclaté avec une grande intensité dans le village de Murviel, près Montpellier.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 115. 3e année. Mercredi 26 Septembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Faculté de médecine.

Cours de pathologie interne. — M. BECQUEREL, suppléant.

Leçons sur la maladie de Bright, — la cirrhose et le diabète,

Recueillies et rédigées par M. le docteur F. MAURIN.

(*Suite, voir les numéros* 98 *et* 105.)

DE LA CIRRHOSE DU FOIE.

La cirrhose est une maladie caractérisée par une altération du foie qui consiste dans l'atrophie de cet organe, atrophie déterminée d'abord par une infiltration albumino-graisseuse, et, plus tard, par une production fibreuse nouvelle dans le foie.

On trouve cette maladie mentionnée dans Morgagni, et malgré les recherches que l'on a faites pour prouver qu'elle avait été connue des anciens, il ne nous reste rien de positif à ce sujet. Morgagni lui-même ne donne pas la description nette de la maladie ; il faut arriver à Laënnec pour trouver une bonne description des caractères véritables de l'affection. A la description qu'il en a donnée, il resterait bien peu à ajouter sans les lumières que le microscope est venu nous apporter. Laënnec eut le tort de regarder la cirrhose comme un produit morbide de nouvelle formation, analogue, par exemple, au tubercule pulmonaire, quoique d'une nature différente de celle de ces produits morbides et suivant une marche analogue.

M. le docteur Bouillaud considéra la cirrhose comme une dissociation des éléments du foie, une augmentation de la substance vasculaire et, en définitive, un produit phlegmasique ayant amené l'oblitération du système circulatoire.

M. Andral l'attribue à l'hypertrophie de la substance jaune (la partie sécrétante du foie) et à l'atrophie de la substance rouge (substance interlobulaire).

M. Cruveilhier a admis qu'il y avait atrophie d'un certain nombre de granulations et hypertrophie des autres.

En 1839, je publiai quelques recherches anatomico-pathologiques sur la cirrhose ; je suis maintenant, grâce aux travaux de chimie pathologique et de microscopie que j'ai entrepris, bien loin des idées que j'avais émises n'ayant à ma disposition que des instruments fort imparfaits.

Les Allemands ont aussi publié quelques travaux assez importants et qui n'ont pas fait faire de grands progrès à la question ; ils sont dus principalement à Kiel et à Gluge. En France, M. Gubler a publié un travail très-bien fait, qui brille par un exposé très-exact de la question ; la théorie qu'il a donnée est, à mon avis, trop exclusive et ne saurait être admise d'une manière absolue.

Nous aurons à étudier les altérations dans la cirrhose :

1° Les lésions du foie lui-même ;

2° Les altérations qui ont précédé la lésion du foie et qui siégent dans d'autres corps ;

3° Les lésions consécutives et qui siégent dans différents points de l'organisme.

Lésions du foie. — Les altérations qui sont à observer dans le foie lui-même offrent deux degrés.

Premier degré. — Le volume du foie est augmenté ou même conservé à l'état normal, son poids est plus considérable, sa densité aussi ; le tissu est plus friable, et on remarque, en le coupant par tranches, une prédominance de la substance jaune. A ce degré, le foie est très-congestionné, et cette congestion, quelque intense qu'elle soit, ne pénètre jamais la partie jaune.

Second degré. — Le foie est diminué, irrégulier, plus dur, plus dense, plus résistant, et à la section on trouve un grand nombre de granulations jaunes, de couleur qui rappelle celle du cuir de Cott ; elles font des saillies arrondies à la surface du foie, ce qui donne à l'organe un aspect mamelonné. Les essais tentés pour injecter les vaisseaux ont démontré que les radicules de la veine-porte sont en grande partie oblitérés, et que les plus petites divisions des canaux excréteurs ont subi également une oblitération analogue. Ce n'est cependant, en général, qu'à ce second degré que l'on est arrivé ; car aussi, d'après M. Gubler, ces canaux sont plus tôt délabrés ; il essaye même de donner une théorie de ce fait que je crois contestable.

Il est utile, pour bien apprécier la lésion pathologique, de bien se pénétrer de la disposition anatomique normale, je crois donc devoir donner, dans mon cours, une série de dessins pour faire connaître les transformations successives de l'état sain à la cirrhose proprement dite.

Entrons dans quelques détails relatifs à la structure normale du foie.

Pour bien comprendre cette structure, examinons un acini isolé, et voyons quelle est sa structure.

Il y a ici deux opinions en présence : la première adoptée par MM. Bernard et Béclard, et la seconde qui est celle adoptée par Retrius ; nous les examinerons successivement.

Première opinion. — Un acini est organisé ainsi qu'il suit :

a. Une trame cellulo-fibreuse ou fibroïde.

b. Au centre de cet acini se trouve l'origine de la veine sus-hépatique.

c. Dans l'acini lui-même on trouve : 1° disséminées, tassées les unes contre les autres, un très-grand nombre de cellules polyédriques assez volumineuses et à noyau central arrondi,

qui sont la partie véritablement sécrétante du foie; 2° les bouches béantes et ouvertes des canalicules excréteurs du foie, qui ont une direction centrifuge et gagnent la périphérie de l'acini.

d. Un premier cercle vasculaire concentrique à l'acini formé par les ramuscules à la veine-porte et dont les origines vont communiquer, je n'ose dire s'anastomoser, avec les radicules d'origine de la veine sus-hépatique centrale dans l'acini lui-même.

e. Un cercle également concentrique à l'acini, entremêlé avec celui de la veine-porte et qui est constitué par les radicules réunis des canalicules excréteurs.

f. Enfin un troisième cercle, en dehors des précédents, et constitué par les radicules de l'artère hépatique.

Ces trois cercles vasculaires qui entourent l'acini, tout en prenant leur origine dans l'acini lui-même, sont réunis entre eux par un tissu cellulaire ou fibroïde lâche, et leur réunion constitue ce qu'on appelle le *tissu inter-acineux* ou bien encore la *substance rouge du foie.*

Seconde opinion. — C'est en partie celle de Retrius. Dans cette opinion, l'anatomie microscopique du foie aurait une grande analogie avec celle des reins. Du reste, voici les éléments de l'acini dans ce cas.

a. L'acini est constitué, comme dans le cas précédent, par une substance fibroïde qui en forme la base, la trame.

b. La disposition vasculaire peut être considérée comme la même que dans le cas précédent.

c. Les canalicules excréteurs, au lieu de prendre leur origine par des bouches béantes dans la trame même de l'acini, se terminent dans cette même partie par des anses, des culs-de-sac, des ampoules plus ou moins contournés, et c'est dans ces canalicules et non pas en dehors d'eux que se trouvent les cellules polyédriques sécrétantes, absolument comme cela a lieu pour les cellules sécrétantes des reins dans les canalicules sécréteurs de la substance corticale des reins.

Telles sont les deux opinions principales relativement à la structure normale et physiologique du foie ; dans l'une et l'autre on peut expliquer facilement les altérations pathologiques de la cirrhose appréciables au microscope. J'expose d'abord mes idées et ensuite celles de M. Gubler.

Première théorie. — Nous cherchons à expliquer les faits en adoptant successivement l'une et l'autre des opinions relatives à la structure normale.

1er *Degré.* — Cirrhose dans laquelle il y a gonflement du foie; hypertrophie de la substance jaune.

Voici ce qui se passe.

a. Les cellules polyédriques sécrétantes du foie se remplissent de globules graisseux, tantôt isolés, tantôt réunis les uns aux autres et en grappes. Ces globules graisseux, en s'accumulant, augmentent le volume des cellules, finissent par rompre leurs parois et par se répandre dans le tissu ambiant.

b. En même temps, les acini s'infiltrent d'une matière albuminoïde amorphe, et qui traduit sa présence au microscope parce qu'elle contient elle-même, en même temps que des globules graisseux, des granulations moléculaires protéiques et des granulations salines.

Cette double altération explique les caractères de la cirrhose au premier degré, et qui sont les suivants : l'augmentation du volume de l'organe entier, l'hypertrophie de la partie jaune, qui conserve toujours cette couleur, quelle que soit la congestion sanguine dont le foie est le siége; la diminution du volume du tissu inter-acineux (partie injectée), diminution due à la compression déterminée par les acini, gonflés et infiltrés.

Ce premier degré de la cirrhose précède nécessairement le deuxième degré, il est produit par des congestions non inflammatoires répétées et permanentes du foie.

2° *Degré de la cirrhose.* — Le foie, atrophié, ratatiné, plus petit, est composé d'un certain nombre de granulations volumineuses jaunes, et le tissu inter-acineux devenu plus dur, plus consistant, non coloré en rouge, constitue des espèces d'alvéoles dans lesquelles sont logées les granulations.

Voici ce qui s'est passé.

a. Les acini altérés constituent les granulations jaunes de ce deuxième degré. L'examen microscopique démontre : 1° des granulations moléculaires protéiques et salines; 2° des globules graisseux de grosseur différente; 3° des cellules fusiformes à noyaux ; 4° du tissu fibroïde (fibres simples). Tous ces éléments sont situés au milieu du tissu albuminoïde qu'infiltrent les acini. Les deux derniers éléments indiquent la transformation du tissu albuminoïde en tissu fibreux de nouvelle formation. A mesure que la maladie avance, cette transformation s'opère de plus en plus, et quand elle est complète, l'acini n'existe plus, il forme une partie fibreuse confondue avec le tissu inter-acineux transformé lui-même.

b. Le tissu inter-acineux, c'est-à dire le tissu cellulaire qui sépare les acini, et dans lequel se ramifient les vaisseaux capillaires sanguins du foie, avant de présenter la distribution que nous avons décrite plus haut, éprouve-t-il lui-même une transformation particulière? Oui, suivant quelques auteurs. C'est à M. Gubler, en particulier, que l'on doit les recherches les plus complètes sur ce sujet. D'après cet auteur distingué, c'est le tissu inter-acineux qui est le principal siége de la maladie. Sans nier l'infiltration graisseuse des cellules polyédriques, qui est en effet une altération qu'on ne saurait méconnaître, il croit que la maladie consiste surtout dans une transformation fibreuse successive du tissu dont il est question, qu'il s'y produit des éléments fibro-plastiques, des fibres simples, soit au milieu d'une infiltration albuminoïde qui en constitue le premier degré, soit au milieu du tissu sain, sans que cette infiltration préalable existe.

Nous pouvons maintenant dire un mot des deux théories.

Suivant moi, les granulations jaunes saillantes et caractéristiques de la cirrhose sont des acini développés, infiltrés d'une matière albuminoïde qui offre à l'examen microscopique les diverses espèces de globules et de granulations que j'ai mentionnées, et quelques éléments fibro-plastiques et fibreux, indices du travail de transformation fibreuse qui s'opère dans leur sein. Ce sont donc, en un mot, des acini hypertrophiés et altérés, mais non encore transformés en tissu fibreux.

Les intersections fibreuses dans lesquelles les granulations semblent incrustées et comme logées, seraient dues à un certain nombre d'autres acini qui ont éprouvé la transformation fibreuse complète, et qui auraient perdu toute leur organisation et toutes leurs fonctions; c'est, au microscope, un véritable tissu fibreux infiltré de globules graisseux.

Quant au tissu inter-acineux, il est, suivant moi, comprimé, atrophié, par l'hypertrophie des acini malades; les vaisseaux artériels veineux et biliaires qui s'y ramifient sont comprimés, ils s'atrophient peu à peu et finissent par s'oblitérer. L'élément graisseux finit alors par constituer une simple lame de tissu fibreux, que l'on peut toujours retrouver autour des granulations malades à leurs différents degrés.

Si l'individu résistait assez (ce qui n'arrive jamais), il est probable qu'on trouverait la plus grande partie du foie remplacée par une masse de tissu fibreux. Il est presque inutile d'ajouter que les injections tentées par plusieurs observateurs, et par moi en particulier, ont démontré cette oblitération.

Suivant M. Gubler, en même temps que les cellules polyédriques sécrétantes s'infiltrent de graisse, le tissu inter-acineux, infiltré ou non préablement de matière albuminoïde, se transforme en tissu fibreux ; en même temps, il augmente de volume, il s'hypertrophie, et cette transformation et cette hypertrophie allant sans cesse en augmentant, il en résulte des coques fibreuses assez épaisses, dans lesquelles sont logés les acini altérés. Les progrès de la transformation fibreuse finis-

sent par détruire, atrophier les granulations qu'elles compriment de tous côtés, et un certain nombre de ces dernières finit par disparaître. Les cellules qui restent sont encore des cellules hypertrophiées et malades, et qui n'ont pas encore subi une altération aussi avancée que les précédentes.

Telles sont les deux théories de la cirrhose. Vous devez bien penser que si je me suis donné beaucoup de peine et fait de nombreux travaux pour en établir une, je ne saurais vous conseiller d'en adopter une autre. Je ne peux m'empêcher, cependant, de vous dire qu'une théorie émanant d'un homme aussi savant que M. Gubler doit être prise en sérieuse considération. Il faudrait de nouvelles, et surtout plus nombreuses observations anatomo-microscopiques, pour admettre l'une ou l'autre

Bile. — La bile a été trouvée dans les vésicules avec des caractères essentiellement différents. Tantôt elle était d'un jaune verdâtre plus ou moins foncé, tantôt visqueuse noirâtre; d'autres fois, presque liquide et d'une couleur moins foncée. Tantôt ce n'est plus qu'un liquide qui a des propriétés qui rappellent à peine les caractères de la bile. Alors, c'est ou du mucus coloré par la bile verdine et la bile biliaire ou tantôt un liquide simplement albumineux. On manque de documents pour décider positivement la question. A mon avis, cela dépend de plusieurs circonstances : d'abord, ainsi que nous l'a démontré l'anatomie pathologique, le foie n'est jamais détruit complétement, il y a toujours un certain nombre, je dirai même un grand nombre d'acini qui, quoique malades, fonctionnent encore. Ensuite, les altérations possibles de la bile doivent être en rapport avec le degré auquel les lésions du foie sont arrivées. Ainsi le petit nombre de cas (2 sur 41) où j'ai trouvé la bile remplacée par un liquide albumineux ou par du mucus, étaient deux cas de cirrhose extrêmement avancée.

Lésions antérieures à la cirrhose. — La cirrhose du foie est assez souvent le résultat de lésions organiques antérieures qui siégent dans d'autres organes, et qui ont pour effet commun de déterminer des congestions sanguines du foie. C'est la répétition continuelle de ces congestions qui peut être considérée comme le point de départ organique de la cirrhose. Voici des résultats statistiques qui permettent de résoudre la question : sur 42 autopsies de cirrhoses de foie, 13 fois seulement la maladie était simple et 29 fois la cirrhose était accompagnée d'autres lésions dont le développement était probablement antérieur ou au moins simultané. Sur les 29 autres cas, on a trouvé les résultats suivants : 21 fois une maladie organique du cœur plus ou moins avancée; 6 fois des tubercules pulmonaires; 1 fois un emphysème pulmonaire ancien; 1 fois un cancer de l'estomac avancé.

La maladie de Bright se trouve fréquemment en même temps que la cirrhose, mais je ne la considère pas comme la cause de cette dernière. C'est une lésion absolument analogue, que celle de la cirrhose du foie et celle de la maladie de Bright; les différences qui les séparent ne tiennent qu'à l'organisation respective des deux organes dans lesquels la maladie se développe. Il est donc probable que lorsqu'on trouve en même temps une cirrhose du foie et une maladie de Bright, ces deux maladies se sont développées sous la même influence étiologique. Sur ces 42 autopsies, j'ai trouvé en effet 15 fois la coïncidence de la lésion des reins et de celle du foie.

Lésions consécutives à la cirrhose du foie.—Sous l'influence de la cirrhose du foie, il se développe des lésions anatomiques en général aiguës et qui peuvent être considérées comme la conséquence directe d'altérations hépatiques. Ces états pathologiques sont de trois espèces : 1° des hydropisies qui constituent un des symptômes essentiels de la cirrhose; 2° des hémorrhagies, qui sont une complication assez fréquente; 3° enfin des phlegmasies aiguës qui sont, en général, des phénomènes pathologiques ultimes qui précipitent la fin des maladies et causent la mort avant que la lésion du foie ait atteint son degré le plus avancé.

Voici quelques résultats statistiques qui donnent une idée de la fréquence de ces trois lésions.

A. *Hydropisie.* On doit faire attention que dans quelques-uns des cas dont nous allons parler, on pouvait peut-être aussi bien mettre l'hydropisie, et surtout celle de l'abdomen, sur le compte de la lésion organique du cœur, concomitante. Sur les 42 cas, il y a eu 39 fois une hydropisie et 3 fois absence. Ces 39 cas constatés sont ainsi répartis : 39 fois un ascite, dont 24 très-considérable, 10 fois médiocre, 5 fois peu abondante.

Hydrothorax. — Il était en général peu considérable. On l'a trouvé 13 fois.

Hydropéricarde. 7 fois, en général très-peu abondante.

Œdème pulmonaire. — 7 fois.

Anasarque. — C'est un phénomène consécutif à l'ascite, et quand elle n'est pas due à une maladie du cœur concomitante, elle est due à la compression du liquide ascitique vers la veine cave et les veines iliaques.

B. *Hémorrhagies.* On a trouvé 5 fois une apoplexie pulmonaire et 5 fois des hémorrhagies du tube digestif.

C. *Phlegmasies.* Les phlegmasies sont assez fréquentes. Sur les 42 cas, on a trouvé 7 fois une pneumonie, 6 fois une péritonite aiguë, 2 fois une péricardite aiguë, 2 fois des ulcérations nombreuses dans l'estomac, 2 fois un épaississement inflammatoire de la muqueuse gastrique, 1 fois un rammolissement de cette même membrane, 1 fois des ulcérations nombreuses de l'intestin grêle et du gros intestin, 2 fois des points disséminés de rammolissement rouge inflammatoire de l'intestin grêle et 1 fois un épaississement disséminé dans plusieurs points de la muqueuse du colon.

Etiologie. — Les causes de la cirrhose sont de plusieurs ordres. On peut dire d'une manière générale que toutes les circonstances, qu'elles viennent du dehors ou qu'elles soient le résultat d'influences pathologiques internes qui agissent en congestionnant le foie d'une manière continue et longtemps prolongée, sont susceptibles de produire la cirrhose.

Parmi les influences extérieures nous citerons en particulier les excès alcooliques, les écarts fréquents de régime, l'abus des excitants, toutes les causes débilitantes existant en même temps favorisent l'action des influences précédentes; telles sont les passions tristes, dépressives, les travaux intellectuels trop prolongés, les fatigues excessives, la misère, une habitation malsaine, humide, les excès vénériens excessifs (Requin). De toutes ces causes généralement admises par les auteurs, une seule est positivement démontrée, c'est l'influence des excès alcooliques. On ne sait pas si la cirrhose est plus fréquente dans les climats chauds que dans les climats tempérés. On sait seulement qu'elle semble plus commune en Angleterre qu'en France. N'est-ce pas parce qu'elle y a été mieux étudiée que dans notre pays?

Parmi les influences internes, l'âge exerce une certaine influence; c'est de trente à cinquante ans que la cirrhose est évidemment plus commune; cependant on a observé quelques cas chez les enfants (M. Baron a donné l'observation d'un enfant de trois ans et demi). Elle est loin d'être rare chez les vieillards.

La cirrhose semble plus commune chez l'homme que chez la femme.

Quant aux influences pathologiques internes, je ne pourrais répéter que ce que j'ai dit au sujet des lésions antérieures. Ce sont toutes celles capables de déterminer habituellement et de reproduire en quelque sorte à chaque instant des congestions chroniques non inflammatoires du foie. Ce sont, en un mot, les maladies organiques du cœur, l'emphysème des poumons, les tubercules pulmonaires, le cancer de l'estomac, etc., etc.

Symptômes. — Dans un certain nombre de cas, et surtout

dans la première période de la cirrhose, aucun phénomène extérieur ne traduit son développement; son début est lent, progressif, insidieux, et rien ne la fait soupçonner. Ce n'est que plus tard, quand le foie est arrivé à l'état d'atrophie et de mamelonnement, qu'une ascite se déclare.

Une autre difficulté se présente encore, c'est celle qui tient aux complications. En effet, toutes les fois qu'une cirrhose du foie vient compliquer une lésion organique du cœur, ces emphysèmes pulmonaires étant une règle qui ne saurait être méconnue, c'est que la maladie marche beaucoup plus lentement que quand elle est simple, elle reste pendant un temps beaucoup plus long au premier degré. D'un autre côté, quand elle est arrivée au deuxième, ce qui n'a pas toujours lieu, les symptômes par lesquels la cirrhose se traduit se confondent avec ceux des lésions organiques antérieures, il en résulte qu'il est difficile de distinguer ce qui appartient à l'une et ce qui appartient aux autres, et de faire ainsi leur part respective.

Ces difficultés étant bien établies, voyons quels sont les symptômes que l'on peut lui assigner :

1° *Changement de volume du foie.* — Au premier degré, l'hypertrophie ou la conservation du volume normal; au deuxième degré, l'atrophie. La palpation et la percussion permettant de constater ces faits physiques, cela cependant devient quelquefois assez difficile, quand la cavité péritonéale est le siége d'un épanchement considérable ; on parvient toujours, cependant, avec un peu d'habitude, à déterminer exactement le volume du foie.

2° *Ictère. — Coloration jaune de la peau.* — L'ictère ne constitue guère un des symptômes ordinaires de la cirrhose ; ce n'est, en général, que dans des cas se développant avec rapidité, et suivant une marche aiguë ou subaiguë, qu'on le voit se développer. La plupart du temps, ce n'est pas un ictère, mais une coloration jaune-brunâtre, peu foncée, il est vrai, mais caractéristique, qui est le symptôme ordinaire de la cirrhose. Cette coloration légère peut elle-même manquer, et la peau garder sa couleur habituelle.

3° *Sécheresse de la peau.* — Dans la grande majorité des cas, les sécrétions de la peau paraissent altérées. Le tissu tégumentaire est sec, rugueux, et les sueurs n'y paraissent qu'avec une très grande difficulté. La plupart des sujets atteints de cirrhose du foie ne transpirent jamais d'une manière évidente. Souvent, et particulièrement dans les derniers temps de la maladie, l'altération de la peau va plus loin ; elle se dessèche et se détache en petites squames très-minces, et qui constituent parfois une véritable icthyose.

4° *Amaigrissement.* — L'amaigrissement des sujets est un des symptômes les plus habituels et les plus constants de la cirrhose. Cet amaigrissement, qui porte sur toute l'étendue du tissu cellulaire sous-cutané, est quelquefois très-considérable, et il présente un contraste singulier avec le développement abdominal produit par l'ascite. Lorsqu'à la suite de ce dernier phénomène, il survient un œdème des membres inférieurs, ce n'est plus qu'à la partie supérieure du tronc que l'on peut constater l'amaigrissement, il y est même quelquefois très-considérable.

5° *Ascite.* — L'ascite est le symptôme le plus constant et le plus positif de la cirrhose qui passe du premier au deuxième degré. D'abord peu considérable, elle augmente quelquefois avec rapidité, et elle traduit sa présence par les phénomènes morbides qu'elle produit habituellement, et les signes physiques qui dénotent d'une manière ponctuel sa présence. Ce n'est pas ici le lieu de décrire les uns et les autres. Lorsque l'ascite devient considérable, elle produit, comme effets consécutifs, les phénomènes morbides suivants : la dyspnée, le trouble des fonctions digestives, le développement variqueux des veines superficielles de l'abdomen, enfin, l'œdème des membres inférieurs. Ces divers effets sont bien plutôt liés à l'ascite qu'à la cirrhose elle-même ; ils n'en sont pas moins des phénomènes caractéristiques importants dont il faut tenir un grand compte pour arriver au diagnostic.

6° *Fonctions digéstives.* — L'appétit a été conservé assez longtemps, mais à la fin, il se perd. La soif augmente quand la maladie fait des progrès, et surtout quand il existe un ascite et une infiltration des membres inférieurs. Les digestions, quoiqu'un peu pénibles, continuent à bien se faire jusqu'à la fin. La constipation est un des symptômes les plus constants et les plus habituels de la cirrhose. Quand il survient de la diarrhée, c'est qu'il existe comme complication un entérocèle simple ou ulcéreux, comme nous en avons cité des cas en traitant de l'anatomie pathologique.

7° *Appareil circulatoire.* — Le pouls reste normal jusqu'à la fin; s'il subissait une modification, ce serait plutôt un ralentissement qu'autre chose.

8° *Urines.* — Dès que la cirrhose arrive au deuxième degré, les urines présentent un caractère constant qui ne manque jamais. Leur quantité diminue considérablement, elles deviennent plus denses, plus acides, plus fortement colorées, et laissent déposer un sédiment rose et rouge briqueté, qui n'est autre qu'une combinaison d'acide urique ou d'urates acides, avec un grand excès de matière colorante. Les modifications chimiques qu'elles ont subies sont les suivantes : diminution considérable de l'eau, qui est réduite de moitié ou des deux tiers; les matières solides ont diminué également, mais dans une proportion beaucoup moins forte; de là la concentration des urines et leur augmentation de densité et d'acidité. Enfin, augmentation réelle et absolue de l'acide urique et des urates, ainsi que de la matière colorante normale des urines; c'est là ce qui explique les sédiments roses ou rouges briquetés et caractéristiques dans cette maladie. On ne trouve pas, en général, de matière colorante de la bile dans les urines des cirrhosiques.

Marche, durée. — Lorsque la cirrhose vient compliquer une lésion organique antérieure, les deux maladies s'influencent l'une l'autre d'une manière toujours fâcheuse. La marche est plus rapide et la terminaison fatale plus rapprochée du début.

Dans les cas simples, c'est-à-dire où la cirrhose constitue toute la maladie, la marche est, en général, régulière et progressive; c'est une maladie chronique qui met un temps plus ou moins long à parcourir toutes ses périodes, mais qui n'en conduit pas moins invariablement à une terminaison fâcheuse les sujets qui en sont atteints. On ne possède pas de chiffres assez nombreux pour établir la durée moyenne de la maladie, et cela, du reste, est bien souvent difficile, car, ainsi que je l'ai répété plusieurs fois, la première période de la maladie passe bien souvent inaperçue. Quoi qu'il en soit, la durée de la maladie, depuis l'apparition des premiers symptômes appréciables jusqu'à le mort, peut être fixée de trois mois à deux années.

Il y a quelques cas qui permettent d'établir une cirrhose aiguë. Ces cas, très-rares, il est vrai, ont même été contestés. J'en ai publié un exemple tellement tranché, qu'il n'a pas été discuté sérieusement. La seule différence qui séparerait les cas aigus des cas chroniques habituels seraient la marche rapide des accidents, l'apparition de l'ascite pendant la première période (hypertrophie) et l'ictère.

Terminaisons. — La mort est la terminaison habituelle, je pourrais dire nécessaire, de la cirrhose; tantôt elle a lieu par les seuls progrès de la maladie, tantôt par des accidents intercurrents. C'est même cette dernière circonstance qui est de beaucoup la plus fréquente. Je me suis assez étendu sur ce sujet en traitant, à l'anatomie pathologique, des lésions consécutives à l'altération du foie, pour que je croie utile d'y re-

venir ici. Je rappellerai seulement que ces lésions intercurrentes sont des phlegmasies ou des hémorrhagies.

Diagnostic. — Le diagnostic de la cirrhose présente souvent de nombreuses difficultés; en voici la raison : d'abord dans la première période, celle dans laquelle le foie est légèrement hypertrophié ou conservé normal, les symptômes sont mal dessinés et n'ont rien de caractéristique; quelquefois même ils sont à peu près nuls, et alors, comme on n'examine pas le foie, puisqu'on n'y est pas engagé par quelque trouble fonctionnel, cette première période échappe à l'observateur. Une fois l'ascite survenue, l'attention est éveillée, et il ne s'agit plus que de déterminer la cause de cette ascite. On a pensé longtemps qu'on ne pouvait diagnostiquer la cirrhose que par voie d'exclusion. C'est une erreur; on peut invoquer pour la caractériser et en établir nettement le diagnostic, les phénomènes suivants : l'atrophie du foie, la coloration spéciale de la peau, la sécheresse et parfois la légère icthyose du tégument externe, l'amaigrissement caractéristique des membres, et particulièrement des membres supérieurs. L'œdème des membres inférieurs survenu consécutivement à l'ascite et ne l'ayant pas précédée, la constipation, l'état des lésions décrit plus haut.

Certes, en invoquant tous ces phénomènes qui sont positifs et qui manquent rarement, on différenciera facilement la cirrhose et l'ascite qui en est le résultat des cinq maladies avec lesquelles on a cru pouvoir les confondre, et qui sont le péritonite chronique, l'hydropisie enkystée, les hydalides du foie, le cancer de cet organe, enfin l'hépatite chronique. Les symptômes de ces cinq maladies sont d'une nature tellement différente, que l'intelligence du lecteur suppléera aux détails dans lesquels je crois inutile d'entrer.

Pronostic. — La cirrhose du foie est généralement considérée comme une maladie complétement incurable. Nous ne possédons malheureusement aucun fait qui nous permette de modifier cette opinion; la science ne possède encore aucun cas de guérison bien accusée de cette maladie, et, les présentât-on, on serait toujours porté à se demander si le diagnostic a été bien positivement établi.

Traitement. — La conviction où l'on était de l'incurabilité de la maladie, la difficulté et l'inexactitude de diagnostic font généralement abandonner le traitement de cette triste maladie, et cependant on a tort. Pourquoi négliger l'expérimentation en pareille matière, et ne considérer la cirrhose que comme une curiosité pathologique des hôpitaux? A mon avis, on a tort et il y a quelque chose à faire soit pour la maladie elle-même, soit pour l'ascite qui en est la conséquence.

Pour la cirrhose : ne pourrait-on essayer la nombreuse série des exutoires sur la région du foie, les diverses espèces de cautères, les vésicatoires, les cautérisations transcurrentes, et surtout après l'emploi de ces moyens, l'établissement d'une suppuration longtemps prolongée. Je suis loin d'annoncer qu'on obtiendrait ainsi des succès, mais enfin cela serait possible et peut-être pourrait-on au moins prolonger les jours du malade. Je livre ces réflexions à l'attention des praticiens. L'emploi des purgatifs doux, répétés souvent, peut encore, à mon avis, agir dans le même sens; il m'a semblé plusieurs fois, sous leur influence, observer une marche moins rapide dans l'évolution de la maladie.

Pour l'ascite : il y a indication positive de ponctionner dès que l'ascite est assez considérable pour déterminer de la dyspnée et une gêne dans les fonctions digestives; je crois cependant qu'on ne doit pratiquer la ponction que quand on ne peut faire autrement, attendu que le liquide se reproduit toujours plus vite après une ponction. La maladie marche donc d'autant plus rapidement vers une terminaison funeste que le nombre des ponctions est plus souvent répété.

Est-il besoin, enfin, d'ajouter que l'hygiène de l'habitation, des climats et des vêtements peut encore rendre de grands services pour prolonger les jours des malades?

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108 et 111.)

§ III. — *Dartres.*

Les différentes formes d'affections de la peau connues sous le nom de *dartres*, s'éloignent tellement par leurs caractères de la variole, de la rougeole, de la scarlatine et de l'érysipèle que la plupart des pathologistes modernes ont jugé convenable de rayer ces dernières du cadre des affections cutanées où elles ont été comprises autrefois. S'il fallait de nouveaux motifs pour justifier cette séparation, on pourrait déjà en trouver dans la différence que présente l'examen comparatif des rapports de ces maladies avec les époques menstruelles. Au lieu de cette influence si marquée et si caractéristique que les fièvres éruptives ont paru avoir presque constamment sur les époques menstruelles, nous ne rencontrons rien de semblable dans les autres maladies de la peau. Après avoir interrogé un grand nombre de femmes affectées d'impétigo, de gale, d'eczéma, de lichen, de psoriasis, etc., nous n'avons rien trouvé de particulier à noter. Dans toutes ces maladies, les règles continuaient leur marche normale et n'ont paru avoir aucune influence sur la maladie. Sur dix malades affectées d'eczéma, une seule s'était aperçue d'une légère modification dans ses règles, facile d'ailleurs à expliquer par l'ancienneté de l'affection. Cette femme portait depuis deux ans un eczéma à la tête, aux oreilles et au cou. Depuis plusieurs mois ses règles étaient devenues moins abondantes et n'avaient duré qu'un jour ou deux, au lieu de six jours comme avant d'avoir été malade, et sans qu'il y ait eu d'autres motifs pour cela. Quelques malades affectées de lichen ou de prurigo nous ont déclaré avoir presque toujours éprouvé un sensible surcroît de prurit aux approches des règles, tandis que nous n'avons rien rencontré de semblable chez les galeuses. A part ces légères influences nous n'avons rien rencontré qui eût mérité d'être signalé.

Chapitre V.

Angine tonsillaire.

Nous avons recueilli cinq observations relatives à l'angine tonsillaire. Ces observations n'offrent plus ce cachet particulier que nous avons généralement remarqué chez les malades affectées de la petite vérole ou d'érysipèle à la face. Nous n'avons plus observé ce rapport pour ainsi dire fixe entre l'époque d'invasion de la maladie et le moment de l'éruption des règles qui nous a presque étonné dans ces dernières affections.

Chez une malade les règles sont arrivées le troisième jour, chez une autre le sixième, chez une autre encore le douzième. La quatrième femme avait eu quinze jours de retard le jour où elle est tombée malade. On lui fit une application de quinze sangsues à la vulve et de trente au cou; immédiatement après, les règles arrivèrent et durèrent pendant quatre jours comme d'habitude. La cinquième femme était chlorotique et mal réglée; lorsqu'elle est tombée malade il y avait déjà deux mois qu'elle n'avait pas eu ses règles. Quoi qu'il en soit, l'inflammation des amygdales ayant été assez intense, on lui pratiqua une saignée. La nuit suivante les règles ont paru, mais n'ont duré qu'un jour.

Faut-il attribuer le retour des règles chez ces deux femmes plutôt à l'influence de la fièvre qu'à celle des émissions sanguines? C'est ce qu'il nous est difficile de décider; il ne serait même pas impossible que chacune de ces influences ait eu sa part dans l'effet que nous signalons. Nous ferons observer que dans aucun cas, la durée des règles n'a paru être modifiée par l'influence de l'animation tonsillaire, et que cette dernière de

son côté n'avait subi aucune modification sensible de la part des règles.

CHAPITRE VI.

Rhumatisme articulaire. — Affections organiques du cœur.

Nous avons recueilli dix-neuf observations relatives au rhumatisme articulaire dont dix appartiennent au rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, et les autres au rhumatisme chronique.

La première malade, âgée de trente-sept ans, bien réglée, était affectée, pour la troisième fois (les autres attaques eurent lieu à vingt-trois ans et à vingt-cinq ans), de rhumatisme articulaire datant depuis vingt jours, occupant presque toutes les grandes articulations. Le neuvième jour de cette attaque, les règles sont arrivées à leur époque et ont duré huit jours comme d'habitude, sans avoir eu aucune influence sensible sur la maladie. Depuis son entrée à l'hôpital, la malade a été saignée deux fois, a pris des opiacés et on lui a appliqué un vésicatoire sur l'épaule droite. Un mois après sa dernière époque menstruelle les règles ont reparu. La malade n'était pas encore alors guérie, éprouvait des douleurs dans plusieurs articulations et avait le genou gauche encore gonflé.

La deuxième malade, âgée de vingt et un ans et habituellement bien réglée, est entrée à l'hôpital le neuvième jour d'un rhumatisme articulaire aigu occupant la plupart des grandes articulations. La maladie a débuté quelques jours après la fin de l'époque menstruelle. Vu sa constitution assez délicate, elle n'a été saignée qu'une fois. A l'époque suivante ses règles ont reparu à leur époque etont duré comme d'habitude. La malade était déjà alors guérie de son rhumatisme.

La troisième malade est la même dont nous avons parlé dans le chapitre destiné à la variole. (*Voyez* la sixième malade du chapitre IV.)

La quatrième malade, âgée de trente ans, était affectée de rhumatisme articulaire très-intense, datant depuis huit jours au moment de son entrée à l'hôpital. Le même jour, on lui a pratiqué une saignée. Le lendemain ses règles sont arrivées à deux jours près à leur époque. Cependant une nouvelle saignée les a arrêtées; le troisième jour on a répété encore la saignée. La malade est restée ensuite pendant vingt-sept jours à l'hôpital, sans que les règles fussent revenues.

Ce n'est pas la seule fois que nous avons vu la saignée influer sur l'hémorrhagie menstruelle; rien de plus commun, au contraire, que cette influence; mais elle ne se traduit pas toujours de la même manière. Il arrive souvent que lorsqu'on pratique une saignée du bras à une femme qui attend ses règles sous peu, l'hémorrhagie se déclare immédiatement et devance ainsi son époque habituelle. L'effet n'est pas le même quand la saignée est pratiquée au moment même des règles; dans ce cas, il n'est pas rare de voir l'hémorrhagie menstruelle se supprimer tout d'un coup pour quelques heures ou même définitivement.

Ce fait va se représenter plus d'une fois dans les observations citées dans ce travail. Nous nous bornerons, pour le moment, à le constater, en nous proposant d'y revenir plus tard dans un chapitre spécial, destiné à l'étude des causes et des symptômes de la suppression brusque des règles.

La cinquième malade, âgée de trente-sept ans, était affectée de rhumatisme articulaire aigu occupant plusieurs grosses articulations. Le troisième jour de la maladie on lui pratiqua une saignée du bras et l'on appliqua quelques sangsues à l'anus. Deux jours après, ses règles sont arrivées à leur époque et ont duré comme d'habitude. La malade est entrée à l'hôpital le huitième jour et on lui a pratiqué, dans l'espace de deux jours, quatre saignées coup sur coup et fait une application de ventouses scarifiées à l'un des genoux. Malgré le traitement aussi hyposténisant, les règles sont revenues encore à l'époque suivante, seulement elles ont duré à peine la moitié de ce qu'elles duraient habituellement.

La sixième malade, âgée de trente-six ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, le vingtième jour d'un rhumatisme articulaire aigu. A son entrée, la plupart des articulations étaient encore malades; cependant il y avait peu de fièvre. Ses règles sont venues, à leur époque, le jour de son entrée à l'hôpital, mais une saignée qui lui a été pratiquée en arrivant, les a arrêtées immédiatement; elles ont reparu le lendemain, mais elles étaient peu abondantes.

La septième malade, âgée de dix-sept ans, bien réglée, était malade depuis un mois environ. Dix ou douze jours après être tombée malade, elle a eu ses règles comme d'habitude. Huit jours plus tard le rhumatisme étant devenu plus aigu et la fièvre plus forte, on a jugé nécessaire de pratiquer une saignée; le même jour, la malade a vu survenir une hémorrhagie semblable en tout à ses règles et ayant duré, comme celles-ci, pendant quatre jours. Nonobstant cela, la maladie a continué. Plus tard, la malade a eu de nouveau ses règles à l'époque ordinaire, seulement elles étaient moins abondantes et n'ont duré que deux jours.

Dans cette observation, nous voyons un nouvel effet de la saignée sur lequel il est bon de nous arrêter un instant. Il arrive très-souvent lorsqu'on pratique une saignée à une femme qui vient d'avoir ses règles depuis peu de jours, que cela fait revenir l'hémorrhagie utérine et qu'elle peut même avoir l'apparence, quant à l'abondance et la durée, d'une véritable hémorrhagie menstruelle; mais il suffit de réfléchir un peu pour reconnaître combien cette manière d'apprécier est inadmissible. Il est bien évident que la saignée ne peut avoir, dans ce cas, aucun rapport avec l'ovulation, qu'elle ne peut surtout agir de manière à précipiter ses phases; tout porte, au contraire, à croire que son influence doit être entièrement renfermée dans le système circulatoire. L'effet immédiat d'une saignée est un ébranlement général dans la masse du sang. Se trouvant entraîné dans un sens opposé à l'utérus, le sang peut donc reprendre quelquefois plus d'aisance dans les vaisseaux auparavant trop congestionnés, y circuler plus librement et couler ainsi plus facilement au dehors. C'est, à notre avis, la seule manière rationnelle de se rendre compte pourquoi la saignée occasionne quelquefois des métrorrhagies quand on la pratique peu de jours avant ou après l'époque des règles, et pourquoi, au contraire, elle fait cesser souvent l'hémorrhagie étant pratiquée au moment même des règles.

Chez la malade de la dernière observation, non-seulement les règles n'avaient eu d'abord aucune influence favorable sur la marche du rhumatisme, mais cette hémorrhagie même, qui s'est déclarée huit jours plus tard à la suite d'une saignée, hémorrhagie dont on aurait, autrefois, espéré beaucoup, que l'on aurait considérée comme critique, n'a absolument rien produit.

La huitième malade était âgée de trente-sept ans, sujette au rhumatisme dont la dernière attaque a commencé deux mois avant notre visite et occupait plusieurs articulations. On s'est contenté d'appliquer des ventouses scarifiées aux genoux et aux pieds. Pendant toute la durée de la maladie, les règles sont venues chaque fois à leur époque, et ont duré comme d'habitude sans aucune influence sensible sur la maladie.

La neuvième malade, âgée de trente ans, a éprouvé d'abord des douleurs dans plusieurs articulations, mais la maladie ne tarda pas à se concentrer sur l'articulation du genou gauche. Les règles sont d'abord arrivées le septième jour de la maladie et ont duré deux jours comme de coutume. Plus tard, on lui a pratiqué deux saignées, fait deux applications de ventouses, une application de sangsues, et, à la fin, on a mis un large vésicatoire suivi de moxas.

Pendant tout ce traitement, qui a duré plus de deux mois, il y avait l'aménorrhée. Plus tard, la malade est arrivée à un état très-satisfaisant, et reprenant chaque jour ses forces et son embonpoint. C'est sous l'influence de cette amélioration générale que ses règles sont revenues à la troisième époque, quoique la malade ne se levait pas encore; elles sont revenues encore un mois plus tard, et la malade est sorti après très-bien guérie.

La suspension des règles, pendant deux époques, que nous avons observés chez cette malade, doit être évidemment attribuée à l'insensibilité, à la diète prolongée, aux émissions san-

guines, ainsi qu'aux douleurs du vésicatoire, des moxas, etc.; l'affection rhumatismale n'y a été évidemment pour rien. Dès que l'influence de toutes ces causes réunies a cessé, dès que la malade a repris ses forces, les règles ont reparu et ont suivi leur marche habituelle, quoi qu'elle ne fût pas encore entièrement guérie.

La dixième malade était affectée de douleurs rhumatismales depuis deux mois, les douleurs étaient peu intenses au commencement, et la malade s'est contentée de pratiquer quelques frictions calmantes. Après son entrée à l'hôpital, on lui a fait une application de ventouses scarifiées et de sangsues sur les articulations les plus douloureuses. Depuis le commencement de la maladie, les règles venaient toujours à leur époque et duraient chaque fois huit jours. A la première époque qui a suivi les émissions sanguines pratiquées à l'hôpital, les règles sont venues en temps convenable, mais elles étaient accompagnées d'un peu de coliques, et n'ont duré que trois jours.

Les observations de rhumatisme articulaire aigu, que nous venons de citer, offrent toutes cela de remarquable, que les règles paraissaient non-seulement au début de la maladie, mais qu'elles revenaient encore à l'époque suivante, vers son déclin. C'est ce que nous n'avons vu que rarement dans d'autres maladies aiguës fébriles, et jamais dans la fièvre typhoïde. Ce n'est que lorsque le rhumatisme articulaire a duré longtemps, et exigeait un séjour prolongé au lit, que nous avons remarqué la diminution dans l'abondance et la durée des règles, et même l'aménorrhée.

Chez neuf autres malades, le rhumatisme chronique occupait surtout les articulations, et quelquefois en même temps différentes portions fibreuses. Toutes ces malades vaquaient généralement à leurs occupations et ne s'alitaient qu'à de rares intervalles. Chez toutes, les règles continuaient comme d'habitude. Cependant, si l'affection rhumatismale n'avait chez elles aucune influence sensible sur la menstruation, il n'a pas été toujours de même de l'influence réciproque de celle-ci. Deux malades nous ont assuré positivement avoir généralement souffert davantage aux approches des règles, et d'avoir pu ainsi prédire leur arrivée deux ou trois jours d'avance. Nous notons cette particularité, car elle relie, en quelque sorte, le rhumatisme chronique, où domine la douleur, à certaines névralgies où nous la verrons se reproduire. On peut, par conséquent, admettre que si la surexcitation physiologique du système nerveux, qui accompagne presque toujours le molimen menstruel, passe souvent inaperçue, elle manque rarement de retentir sur la sensibilité générale, quand celle-ci a été déjà préalablement tant soit peu excitée. Nous avons vu déjà quelque chose de semblable chez les malades affectées de lichen, affection dont le siége principal paraît exister dans les papilles nerveuses. En dehors de cet élément, les affections chroniques apyrétiques n'impriment aucune modification sensible à la menstruation, et ne se trouvent pas non plus influencées par elles. Nous pourrions citer beaucoup d'autres exemples à l'appui de ce que nous venons de dire, mais comme cela ne nous paraît pas du tout nécessaire, nous nous bornerons seulement à dire encore quelques mots des affections organiques du cœur.

Nous avons pris des notes sur l'état de la menstruation chez huit femmes ayant des affections organiques du cœur.

La première avait une hypertrophie du cœur avec induration et épaississement des valvules gauches, insuffisance de la valvule mitrale et rétrécissement de l'orifice correspondant.

La deuxième, hypertrophie moyenne et générale du cœur avec induration, épaississement et déformation des valvules gauches.

La troisième, hypertrophie moyenne avec épaississement et induration des valvules gauches, mitrale surtout à la suite de rhumatisme articulaire.

La quatrième, hypertrophie générale et considérable du cœur avec épaississement, induration et insuffisance des valvules, le tout consécutif à une endocardite rhumatismale.

La cinquième, hypertrophie du cœur avec induration et épaississement des valvules, consécutives à un rhumatisme articulaire aigu.

La sixième, hypertrophie moyenne du cœur avec épaississement et induration des valvules gauches et peut être quelques fausses membranes dans le péricarde.

La septième, hypertrophie générale du cœur, suite d'une pleurésie du côté gauche venue à deux reprises et du rhumatisme goutteux.

La huitième, enfin, une hypertrophie considérable avec épaississement et induration des valvules gauches, rétrécissement des orifices et l'hydropisie consécutive.

Chez toutes ces malades, la menstruation était ordinairement aussi régulière que dans l'état de santé. Une seule malade (la huitième) a été forcée de garder le lit à la fin de sa maladie, à cause de l'hydropisie qui avait gagné en peu de temps les membres abdominaux et le ventre et a nécessité deux ponctions. C'est la seule aussi qui a présenté à la fin de sa maladie, dont elle a été, du reste, victime, quelques irrégularités dans la menstruation. Tout porte à croire que dans cette période de la maladie, les troubles de la menstruation doivent être assez communs, que l'aménorrhée surtout ne doit pas être rare à cause de l'altération consécutive de la constitution et du séjour prolongé au lit; mais il est rare d'observer des affections du cœur aussi prononcées avant l'âge climatérique.

Quant à l'influence des époques menstruelles sur les affections du cœur, elle se réduit à fort peu de chose. Deux malades qui éprouvaient habituellement une assez grande gêne pour respirer, nous ont dit souffrir davantage de ce côté aux approches des règles.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 *septembre* 1855. — Présidence de M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — Rapport final de M. le docteur MANGIN, sur une épidémie de rougeole qui a régné à Lamarche du 25 mai au 11 juillet dernier. (Comm. des épidémies.)

Vaccine. — Etat de vaccination des départements suivants : Somme, Corrèze, Eure, Bouches-du-Rhône, Gers, Loiret, Hérault, Marne et Nord, pendant l'année 1854. (Comm. de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Inspiration de poudres médicamenteuses. — Mémoire de M. le docteur PSERHOFER, de Papa, en Hongrie, sur les avantages de l'inspiration de diverses poudres médicamenteuses dans le traitement des maladies pulmonaires. (Comm., MM. Grisolle, Barth et Poiseulle.)

Fièvres. — Observation d'un cas de fièvre intermittente, par M. le docteur SOUFFRAN, d'Excideuil [Dordogne]. (Commissaire, M. Adelon.)

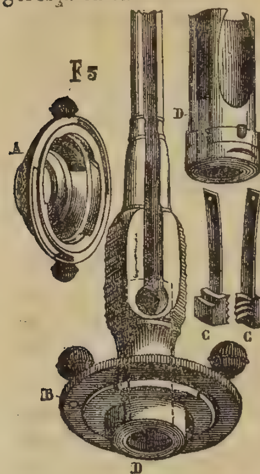
Accouchement. — Mémoire de M. le docteur KRAUSE (de Dorat), sur l'accouchement prématuré artificiel.

Cancers. — Lettre de M. le docteur ALLIOT sur l'autoplastie appliquée au traitement des cancers de la face. (Rapporteur, M. Jobert de Lamballe.)

Électricité. — Lettre de M. ROCHARD sur la propriété que possède le caoutchouc de développer de l'électricité par de légères frictions. L'auteur pense que cette substance pourrait être utilisée en thérapeutique; qu'elle offrirait, entre autres avantages, celui d'une application facile, commode et nullement dangereuse, sous le rapport de la quantité d'électricité dégagée.

Écrous brisés. — M. CHARRIÈRE fils présente à l'Académie trois modèles d'écrous brisés plus simples que ceux qui ont été faits par son père pour M. Civiale. Ces modifications sont faites de telle sorte que rien n'est changé dans la manière dont on doit faire manœuvrer l'instrument. Il a donné la description et la figure de ces trois instru-

ments, mais nous nous arrêterons seulement sur l'un d'eux, auquel M. Charrière paraît accorder la préférence, parce qu'il est plus facile à démonter et à nettoyer, même par les personnes les plus étrangères à la fabrication.



Cet instrument renferme quatorze pièces de moins que l'ancien écrou brisé; il se compose d'une grosse virole A, s'assemblant avec la grosse rondelle B, à l'aide de deux rainures circulaires qui reçoivent deux saillies mutuelles; ces parties sont maintenues engrenées par une vis à boule qui sert en même temps de point d'appui.

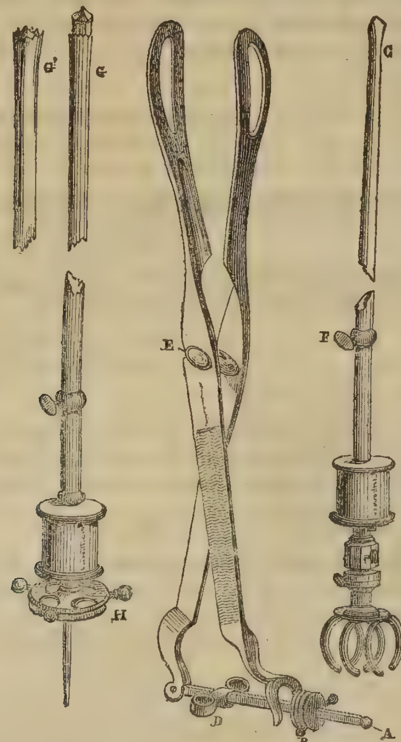
2° D'une douille mobile D, qui s'engage dans la rondelle, et offre, sur ses parties latérales, deux échancrures qui reçoivent deux coussinets à ressorts longitudinaux CC.

Deux plans inclinés se trouvent dans la virole et pressent sur les coussinets quand on veut fermer l'écrou; si, au contraire, on fait exécuter un demi-tour à la virole, les coussinets sont dégagés, et l'écrou est ouvert par le seul fait de l'élasticité des ressorts.

M. Charrière a cru devoir supprimer, dans son intrument, l'enveloppe qui recouvrait la vis.

Brise-pierres. — Le même fabricant présente encore divers instruments destinés à briser dans la vessie les pierres trop volumineuses pour être extraites après l'opération de la taille.

Deux de ces instruments sont déjà de date ancienne, puisqu'ils ont



été indiqués dans la Notice publiée par M. Charrière père, en 1834, ce sont :

1° Une tenette à mouvement alternatif et à mors dentelés;

2° Un gros brise-pierre muni de l'écrou de M. Ségalas et fabriqué pour M. Civiale.

Le troisième est de fabrication récente; il se compose d'une tenette à forceps, dont les cuillères sont aussi minces que celles des tenettes ordinaires, trempées en ressort. Lorsque les deux branches sont assemblées, on les serre au moyen de la vis A et de l'écrou B, on introduit le foret C à travers le curseur central D et le clou d'assemblage E. Le foret est manœuvré à l'aide d'un archet. Lorsque la pierre est creusée jusqu'à la moitié de son diamètre, on introduit le foret à chemise de M. Rigal de Gaillac, et la pierre éclate entre les mors de la tenette.

LECTURE DE RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robiquet lit une série de Rapports sur des remèdes secrets, dont les conclusions négatives sont adoptées.

LECTURE DE MÉMOIRES.

Chaleur animale. — M. Wanner termine la lecture d'un travail qui a pour titre :

Du degré constant de la chaleur animale considérée dans l'homme comme loi de la santé; des effets morbides produits par les variations de cette chaleur, et des applications à en déduire pour la thérapeutique.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La séance du 17 septembre de l'Académie des sciences n'a reçu aucune communication qui puisse nous intéresser. — Celle d'hier, à l'Académie de médecine, a été une véritable séance de vacances. Une foule d'orateurs appelés à la tribune ont brillé par leur absence. M. Wanner seul a répondu à l'appel et a terminé la lecture d'un travail dont nous nous proposons de publier un long extrait.

— D'après plusieurs journaux parisiens, quelques cas de choléra ont été admis dans les hôpitaux de la capitale.

Le *Geneeskundige courant der Naderlanden*, donne les détails suivants sur la marche de l'épidémie à Amsterdam. Du 30 juillet au 31 août, on a observé 298 hommes et 346 femmes atteints de choléra. De ces 644 malades, il est mort 210 hommes et 212 femmes, ou 422 individus.

Jusqu'à ce jour, l'état sanitaire de Bruxelles est très-satisfaisant. (*Presse médicale belge.*)

— Le Conseil général de la Loire vient de voter des fonds pour l'établissement d'un service médical gratuit. (*La Presse.*)

— La *Gazette médicale de Strasbourg* nous informe que le choléra est réduit à très-peu de chose dans cette ville; la mortalité, dans le mois d'août dernier, a été moitié moindre que dans le mois d'août 1854.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Supplément au traité de gymnastique orthopédique et médicale, de Chr. Heiser; in-8 de 22 pages avec 10 figures. Paris chez Victor Masson. — Prix : 1 fr. Prix du volume avec le supplément : 6 fr.

Traitement préservatif et curatif du choléra asiatique, par le docteur Emile Lepetit, ancien externe des hôpitaux de Paris, etc.; in-8. Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 2 fr.

Rétrécissements de l'urètre, état de la science dévoilé à l'occasion d'un nouveau procédé féroce, avec un court mémoire pour servir d'antidote, par le docteur baron Heurteloup; in-8. Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine — Prix : 1 fr. 25 c.

—En vente au bureau du Moniteur des Hopitaux : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique;* les *Gastralgies*; les *Entéralgies*; la *Dyspepsie*; l'*Hypocondrie*, sera mis prochainement en vente au bureau du journal. — Prix : 2 fr.

Sous presse pour paraître très-prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. Gille, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de protoiodure de fer inaltérable*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du Moniteur des Hopitaux; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au Moniteur des Hopitaux recevront gratuitement cet ouvrage.

— Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le même, recueillies et rédigées par le docteur Alexis Favrot. — Prix : 2 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 116. 3e année. Vendredi 28 Septembre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Le journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Note sur un nouveau traitement de la couperose (iodure de chlorure hydrargyreux).

Suite et fin. — Voir le *Moniteur des Hôpitaux* du 14 juin 1855.

Dans le premier article que nous avons soumis à l'appréciation des lecteurs de ce journal, nous nous sommes à peu près exclusivement borné à démontrer, par des faits cliniques, jusqu'à quel point devaient être réformés, en ce qui concerne la couperose, le fatal pronostic de Celse et la thérapeutique trop exclusivement hygiénique de M. Cazenave. Ce que nous avons voulu communiquer d'abord aux praticiens, ce sont des faits. Mais, ainsi que nous l'avons dit, nous ne renonçons point à rattacher ces faits à une doctrine rationnelle qui, à notre sens, les explique, peut permettre d'en saisir les lois et par conséquent de les généraliser.

Les partisans de la médecine rationnelle admettent à peu près sans contestation ce fait général, que dans tous les cas qui ne sont pas essentiellement mortels, la maladie est le résultat d'un effort curatif de l'organisme, lequel conduit souvent à la guérison, au moyen des souffrances et des perturbations qu'il occasionne.

Dans cette doctrine, l'art du médecin ne consiste pas à juguler la maladie instantanément, moins encore à la répercuter; il consiste, au contraire, à imiter, autant que possible les procédés à l'aide desquels la nature parvient à débarrasser l'économie du mal qui l'obsède.

En ce qui concerne la couperose, le médecin a rarement l'occasion d'observer ces procédés, l'acné qui nous occupe spécialement ne guérissant que très-rarement d'une manière spontanée. Mais on peut, dans de certaines limites, suppléer à ce défaut d'observation de la guérison naturelle de la maladie, par l'observation des phénomènes provoqués par les eaux qui jouissent du privilége d'améliorer, pour un temps du moins, la couperose, telles que les eaux de Louesche, par exemple. Or, tous ceux qui ont fréquenté ces eaux savent que, sous leur influence, les personnes atteintes d'affections cutanées, éprouvent sur la peau une éruption aiguë, connue sous le nom de *poussée.* Il semble que ce soit à l'aide de cette *poussée* que le principe morbigène se fait jour au dehors et débarrasse l'économie. Malheureusement le temps de la saison des eaux est limité, et, lorsque la thermothérapie doit s'attaquer à une maladie aussi rebelle que la couperose, la saison se passe avant que la guérison puisse être obtenue, et, dans la saison d'hiver, les malades perdent habituellement le bénéfice

---

FEUILLETON.

Les punaises, les chenilles et les rapports de complaisance à l'Institut.

Nous avons plus d'une fois eu l'occasion de faire observer que le *Bulletin de l'Académie de médecine* n'était pas absolument le miroir fidèle de ce qui se voit aux séances; cette remarque est tout aussi applicable, sinon plus, aux *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences.* Les communications sur les punaises que nous avons déjà annoncées et réservées pour le feuilleton en sont une preuve; celles sur les rapports « *de charlatanerie* » en sont une preuve bien plus grande encore. On va le voir par les quelques lignes complémentaires sur ces deux sujets, que nous allons ajouter au *Compte rendu* de la mémorable séance du 3 septembre.

Voilà d'abord la communication de M. Thénard, laquelle, nous devons le déclarer, se trouve fidèlement reproduite dans les *Comptes rendus.*

Quelques savants, auxquels je serais presque tenté de me joindre, si je n'étais l'auteur de cette Note, penseront peut-être que le sujet un peu suranné que je traite, et la forme sous laquelle je le présente, ne sont guère dignes d'une lecture sérieuse au sein de l'Académie des sciences; mais ce qui me rassure, c'est que ceux qui auront subi la morsure de la punaise le trouveront, au contraire, assez *piquant* pour mériter, un instant du moins, l'attention de cette docte assemblée, et qu'ils voudront bien me savoir gré du vif désir que j'ai d'assurer leur repos en leur épargnant d'anxieuses souffrances.

J'entre en matière.

Jusqu'en 1811, mes nuits s'étaient écoulées sans avoir jamais été tourmenté par cet horrible insecte, qui non-seulement nous fait de douloureuses piqûres; mais qui, écrasé sous les doigts, répand une odeur si infecte, que nous regrettons presque de lui avoir donné la mort.

A cette époque, j'habitais le Collége de France; j'avais quitté le premier pour monter au second, et prendre l'appartement qu'occupe aujourd'hui notre honorable président.

Pendant quelque temps, mon sommeil ne fut pas troublé; mais quand les chaleurs arrivèrent, l'ennemi vint m'attaquer.

J'eus recours aux moyens ordinaires pour m'en débarrasser. Vaine précaution ! il pullulait de plus en plus.

Alors j'éloignai du mur le lit bien visité, bien nettoyé, et le fis mettre au milieu de la chambre ; soins inutiles, j'étais toujours victime.

Des amis me conseillèrent de laisser brûler ma lampe : au lieu d'une j'en allumai deux. L'insecte, disaient-ils, redoute la vive lumière ; il ne sortira pas de sa retraite, et vous dormirez tranquille : il n'en fut rien.

Une idée, que je croyais excellente, se présenta à mon esprit; c'é

qu'ils avaient acquis pendant la saison thermale. Mais si les eaux sont habituellement impuissantes à amener la guérison de la couperose, le mécanisme de l'amélioration qu'elles produisent ne doit pas être perdu pour la thérapeutique. C'est en cherchant à imiter ce mécanisme que je suis parvenu à trouver pour la couperose un traitement qui a produit des résultats que j'étais loin d'espérer.

Sous l'influence de l'agent auquel je me suis arrêté, après de nombreuses tentatives, comme sous l'influence des eaux actives, la peau s'anime, la circulation s'accélère, la chaleur augmente; une *poussée* abondante, tantôt de simple sérosité, tantôt de matière puriforme, s'échappe des follicules entr'ouverts, et se convertit, au contact de l'air, en croûtes qui recouvrent les points atteints par la maladie.

A cette période d'excitation succède une période de calme, une sorte de détente, pendant laquelle les croûtes se détachent de la peau, tombent et laissent à nu une surface moins rouge, moins indurée, moins malade évidemment.

Une fois la surface détergée, une application nouvelle du topique produit une nouvelle poussée, de nouvelles croûtes, qui laissent, après leur chute, une surface encore moins gravement altérée que la première fois.

Après un nombre invariable de poussées ainsi provoquées, la peau reprend entièrement son aspect habituel, sa texture normale (1).

Est-il admissible que pendant ces *poussées* répétées le principe morbide soit expulsé de l'économie? Pour ma part je suis très-porté à le croire; j'y suis d'autant plus porté, que parmi les malades, aujourd'hui très-nombreux, que j'ai pu rendre à la santé, non-seulement je n'ai observé qu'un très-petit nombre de récidives, mais surtout je n'ai vu, dans aucun cas, la couperose être remplacée par aucune maladie, par aucune incommodité que l'on pût rapporter à une repercussion. Or, quelque doctrine que l'on adopte touchant certaines maladies de la peau, et il faut dire touchant la plupart d'entre elles, la répercussion est un fait qu'on ne niera pas, qu'on ne saurait nier. Si donc nous n'avons pas eu un seul cas de répercussion, malgré la persistance de la guérison, il est bien probable qu'en effet, le principe de la maladie a été ou définitivement ou pour bien longtemps expulsé de l'organisme.

(1) Nous devons dire ici que la *poussée* séreuse ou séro-purulente a manqué chez un seul de nos malades, qui a néanmoins guéri; mais, chose bien remarquable, le liquide séro-purulent a été en quelque sorte remplacé par des formations successives de nombreuses et petites squammes luisantes. Rien ne me semble démontrer mieux que ce fait toute l'importance de la *poussée*.

Le médicament, ai-je dit, auquel je me suis arrêté pour produire ces poussées salutaires, est le composé découvert par un savant et habile chimiste, M. Boutigny (d'Évreux); ce composé est l'iodure de chlorure hydrargyreux, qui est formé, soit avec un équivalent d'iode et deux de calomel, soit d'un équivalent d'iode et un de calomel.

Pour préparer le premier composé, on prend :

Iode, 1 équivalent.	= 1579,5
Protochlorure de mercure, 2 équiv.	= 5948,5

On pulvérise grossièrement le calomel; on l'introduit dans un matras d'essayeur, et on le chauffe doucement en l'agitant jusqu'à ce qu'il commence à se sublimer; alors, on y ajoute l'iode par petites parties, et la combinaison s'effectue avec bruit sans perte sensible de l'iode. Si, au contraire, on mélangeait l'iode avec le calomel avant de l'introduire dans le matras, une bonne partie de l'iode se volatiliserait, et l'on n'obtiendrait qu'un médicament à proportions inconnues, et par conséquent d'un effet incertain.

Pour obtenir le second composé, on prend un équivalent de calomel seulement.—Le mode de préparation est d'ailleurs absolument le même.

La première formule est destinée aux préparations internes et externes en pommades; la seconde, à être coulée en cylindres pour servir comme caustique.

Les proportions peuvent d'ailleurs être variées en ce sens qu'on peut mettre moins d'iode. Mais si l'on en mettait plus, on aurait une préparation instable, par conséquent inconstante dans son action.

La formule habituelle de la pommade est la suivante :

Iodure de chlorure mercureux en poudre.	75 centigr.
Axonge récente.	60 grammes
Mêlez avec soin.	

La formule ordinaire des pilules est celle-ci :

Iodure de chlor. mercur.	25 centigr.
Gomme arabique.	1 gramme
Mie de pain.	9 grammes
Eau de fleurs d'oranger.	q. s.
F. S. A.	25 pilules

---

tait de mettre le lit au milieu de la chambre, comme je l'avais fait d'abord, et d'en faire plonger les pieds dans des vases pleins d'eau : je me croyais sauvé. Point du tout; l'ennemi vint m'attaquer comme à l'ordinaire; il grimpait au plafond et se laissait tomber quand il était au-dessus de moi.

J'étais sur le point de battre en retraite et de déserter cette chambre maudite, quand, enfin, je trouvai un remède efficace, immanquable dans ses effets et facile à pratiquer sans danger :

C'est l'eau de savon.

Aussi, chaque année, je ne manquais pas de répéter l'expérience dont je vais parler, à l'une des leçons de mon cours, et je puis assurer que les auditeurs, intéressés presque tous, me prêtaient une oreille attentive. La plupart étant du quartier latin, auraient pu même m'apporter une foule de sujets vivants.

Que l'on trace sur le fond d'une assiette un cercle avec le doigt humecté d'eau de savon, et qu'on place quelques punaises au centre; bientôt elles iront de côté et d'autre : à peine auront-elles atteint l'enceinte savonneuse, qu'elles se lèveront sur leurs longues pattes et tomberont pour ne plus se relever.

Quand je fis cette expérience pour la première fois, j'éprouvai un moment de joie, et j'étais presque fier de ma victoire; cependant je n'étais pas encore au bout de mes peines.

Il est vrai que je détruisais les punaises et que j'acquérais ainsi quelques nuits d'un sommeil que rien ne venait plus troubler; mais, au bout de peu de jours, mes tourments se renouvelèrent. Ce n'étaient plus, à la vérité, de grosses punaises, bien repues, qui se trouvaient dans mon lit; c'en était de toutes petites, transparentes, roses, qui venaient d'éclore, et qui bientôt, à l'exemple de leurs père et mère, véritables vampires, grossissaient en se nourrissant du plus pur de mon sang.

Je compris que le savon n'attaquait pas les œufs.

Dès lors j'employai, non plus des dissolutions de savon froides, mais des dissolutions bouillantes, et le succès fut complet; les punaises furent détruites et les œufs cuits.

L'opération devra être faite comme je vais la décrire :

1° Mettre 100 parties d'eau en poids dans une bassine, y ajouter 2 parties de savon vert, placer la bassine sur un fourneau allumé et porter la liqueur à l'ébullition.

2° Enlever la tapisserie de la chambre et agrandir avec une lame de couteau les fissures des murs, si elles n'étaient pas assez larges pour permettre à l'eau de pénétrer dans leur intérieur.

3° Démonter les diverses pièces du lit, s'il est en bois, et retirer les boiseries.

4° Prendre une grosse éponge semblable à celle dont on se sert pour laver les pieds des chevaux, l'attacher avec une ficelle à un bâton de 40 centimètres de long, plonger l'éponge dans la dissolution bouillante de savon, et laver à plusieurs reprises de haut en bas les murs de la chambre et surtout les parties où il y aura des fissures, en ayant soin de replonger à chaque fois l'éponge dans la liqueur, qui, pour agir efficacement, doit toujours être très-chaude et autant que possible bouillante.

5° Laver les diverses pièces du bois de lit et toutes les boiseries de

Le médicament étant très-énergique, il faut en surveiller attentivement l'action, surtout celle des pilules, pour éviter tout accident.

La pommade ne doit être appliquée que sur les surfaces malades; il suffit d'une seule friction par jour, que l'on pratique à une heure quelconque de la journée; on la renouvelle pendant deux ou trois jours consécutifs, et on laisse, si l'on veut, dans l'intervalle, les parties découvertes. La réaction telle que nous l'avons décrite, ne tarde pas à se manifester; on la laisse se calmer; puis, au bout de trois ou quatre jours, c'est-à-dire d'un intervalle à peu près égal à celui pendant lequel les frictions ont été faites, on recommence celles-ci, pour les continuer avec les mêmes alternatives jusqu'à la cure complète de la maladie.

L'amélioration s'annonce par la diminution de l'énergie de la réaction; à mesure que l'on pratique de nouvelles frictions, les *poussées* sont de moins en moins vives, et il arrive, enfin, un moment où les frictions ne provoquent plus aucune sécrétion; ce moment est habituellement celui de la guérison.

Le traitement topique suffit dans le plus grand nombre de cas pour amener en quelques mois le résultat désiré; cependant, il se montre aussi quelquefois insuffisant, et il est utile alors de lui associer l'iodure hydrargyreux à l'intérieur, soit sous forme de pilules (1 à 3 par jour), soit sous forme de sirop.

On peut d'ailleurs, et l'on doit habituellement, faire usage concurremment des médications dont l'expérience a démontré l'utilité; c'est ainsi que je me suis bien trouvé, spécialement, d'associer à l'iodure mercureux les purgatifs et les amers.

Les formules que je viens de donner sont celles qui conviennent au plus grand nombre de cas; mais tous les praticiens qui ont l'habitude des malades comprendront sans peine qu'en raison de la sensibilité, de la facilité de réaction de chaque individu, il faille augmenter ou diminuer l'action irritante des topiques, par conséquent varier les proportions des substances qui les composent. A cet égard, il me serait difficile de donner des formules précises; l'habitude seule et un peu de tact en apprendront à chacun plus que je ne pourrais le faire en entrant dans des détails fastidieux. Ce qu'il y a à dire de plus général, c'est qu'il faut donner à la *poussée* une énergie, je dirai volontiers presque aussi grande que possible, pourvu toutefois qu'on n'aille pas jusqu'à provoquer une véritable suppuration, encore moins l'ulcération du derme. Chez les peaux peu réagissantes, paresseuses, si l'on peut ainsi dire, on arrive à provoquer l'excitation désirable, soit en augmentant la causticité du topique, soit en répétant les frictions un plus grand nombre de jours de suite, ou bien, mais très-rarement, en recourant à ces deux moyens à la fois.

C'est en appliquant d'après ces principes avec persévérance et avec la seule habileté que donne l'habitude des malades, que nous avons pu jusqu'à présent triompher de toutes les couperoses les plus graves qui se sont présentées à nous, et dont l'immense majorité avaient déjà été traitées aussi longtemps qu'inutilement par les hommes les plus justement célèbres dans la spécialité des maladies cutanées. L'acné varioliforme est la seule forme que nous n'ayons pas eu l'occasion de traiter; mais le peu de gravité comparative et la nature de la sécrétion de cette forme morbide ne nous laissent guère de doute sur la facilité qu'on aurait à la guérir à l'aide de notre médication.

J'ajoute, en terminant, que l'acné n'est pas la seule affection cutanée à laquelle l'iodure hydrargyreux s'applique avec les plus grands avantages; la scrofule et beaucoup de variétés de dartres en sont très-heureusement influencées, et il m'est arrivé de guérir des maladies de cet ordre qui avaient résisté à tous les autres traitements. Je me réserve de soumettre plus tard les faits de cette catégorie à l'appréciation éclairée des praticiens. Je n'ai voulu, dans cette Note, que les mettre à même de traiter avec succès une maladie dont la forme la plus grave, et malheureusement fort commune, est réputée incurable.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales,

Par M. Chassaignac,

Chirurgien de l'hôpital La Riboisière.

Suite. — Voir les nos 100, 101, 102, 103 *et* 106.

Indépendamment des circonstances que nous aurons à relever à la fin de l'observation, nous devons noter un fait que nous n'avons point retrouvé dans la plupart de nos observations sur les tumeurs hémorrhoïdales, nous voulons parler d'un suintement blanc très-distinct du flux hémorrhoïdal proprement dit, et qui semble annoncer que la fréquente répétition d'un mouvement fluxionnaire vers l'extrémité inférieure du rectum, et l'irritation de voisinage due aux tumeurs hémor-

---

la même manière. Si elles étaient précieuses, on pourrait se contenter de les exposer à l'air et au soleil pendant le temps nécessaire pour l'éclosion des œufs et les frotter ensuite.

6° Laver également, toujours avec la dissolution bouillante, les fissures qu'il y aurait dans les carreaux, ou le plancher, ou le parquet, ou les boiseries.

7° Changer les couvertures, les rideaux, et les exposer au soleil pendant quelques jours.

8° Renouveler la paillasse, s'il en existe une, et passer à l'eau bouillante le fond sanglé, les toiles et la laine des matelas.

9° Enfin boucher les fissures des murs avec un mastic formé de craie et de colle animale, puis tapisser la chambre à la manière ordinaire.

10° Toutes les opérations qui précèdent sont nécessaires pour les dortoirs, les casernes, les salles d'hôpitaux, pour les chambres où il y a trois ou quatre lits. Mais quand il n'y en a qu'un ou même deux éloignés l'un de l'autre, on peut se contenter de soumettre à des lotions savonneuses les différentes pièces du lit; ainsi que les objets et les murs près desquels il est placé. Les punaises se réfugient toujours dans leurs fissures : c'est là qu'elles vont déposer leurs œufs.

On peut employer encore, pour la destruction des punaises, beaucoup d'autres matières, par exemple la décoction de tabac, les dissolutions mercurielles, l'essence de térébenthine, etc. Je préfère de beaucoup la dissolution de savon qui est sans odeur, du moins bien sensible, sans danger, économique et à la portée de tous. On pourrait même à la rigueur n'employer que de l'eau bouillante; mais il serait possible qu'en l'appliquant sur les murs elle se refroidît quelquefois par trop. Lorsqu'au contraire elle contient un peu de savon, la destruction de toutes les punaises est toujours certaine; c'est déjà beaucoup.

J'ai connu plusieurs personnes qui pouvaient impunément coucher dans un lit infecté de punaises, tandis que d'autres, n'en pouvaient approcher. N'est-ce pas dû à ce que les punaises, dont l'organe olfactif est extrêmement sensible, ne peuvent supporter l'odeur qui s'exhale sans doute de la peau de quelques individus?

(La suite au prochain numéro.)

rhoïdales, avait amené chez cette malade une inflammation catarrhale, purulente peut-être, de la muqueuse rectale. Cette circonstance, jointe à la contractilité douloureuse du sphincter, aussi bien qu'à l'état inflammatoire aigu qui s'était emparé de toute la région anale, peut rendre compte des douleurs vives et beaucoup plus longues que d'habitude qui succédèrent à l'opération.

OBSERVATION 15e. — *Tumeur hémorrhoïdale annulaire dont l'origine remonte à six années. — Hémorrhagies abondantes et répétées. — Influence sur l'état moral. — Phlegmasies violentes avec imminence de sphacèle. — Amputation d'un énorme bourrelet hémorrhoïdal. — Guérison au bout de quinze jours.* (Observation recueillie par M. Charnal, interne à l'hôpital Lariboisière.)

Madame Priquet, âgée de trente-trois ans, couturière, demeurant à Paris, rue de Chabrol, n. 16, entre, le 18 mai 1855, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marthe, lit n. 34, pour se faire opérer de tumeurs hémorroïdales.

ANTÉCÉDENTS. — Il y a six ans, cette malade fut prise subitement d'une hémorrhagie abondante par l'anus. Jusqu'à cette époque, elle n'avait jamais éprouvé la moindre douleur, le moindre symptôme de congestion vers cet organe. Sa santé générale était très-bonne, seulement elle se plaignait déjà d'être sujette à des constipations souvent très-opiniâtres. Deux ans plus tard environ, elle ressentit un prurit violent à la région anale, prurit suivi bientôt d'une seconde hémorrhagie. Cette hémorrhagie, moins abondante que la première, donna lieu, pendant les trois jours qui suivirent, à des phénomènes assez graves, tels que : malaise général, fièvre, sentiment de chaleur et de pesanteur vers le rectum, efforts de défécation presque continuels, nouvelles pertes de sang à la suite de ces efforts. Peu à peu les symptômes de congestion disparurent, mais les hémorrhagies persistèrent. Les tumeurs hémorrhoïdales se développèrent insensiblement, se congestionnant sous l'influence des efforts de la défécation ou d'un travail pénible, puis disparaissant après un flux plus ou moins abondant. Les choses restèrent dans cet état pendant quelque temps; mais bientôt la malade remarqua qu'aux pertes de sang se joignait l'écoulement d'un liquide blanc, opaque, un peu visqueux, et que ces pertes blanches augmentaient surtout à la suite d'une fatigue. L'abondance de ces pertes blanches et des hémorrhagies, la fréquence des congestions rectales forçaient la malade à prendre le lit à chaque instant.

ETAT GÉNÉRAL. — Malgré l'intensité des phénomènes locaux, l'état général était toujours très-bon; l'appétit notablement augmenté, les digestions très-faciles; seulement, la constipation était des plus opiniâtres, aussi la malade était-elle constamment obligée d'avoir recours aux lavements et à quelques purgatifs doux pour combattre cet état.

Pendant ces six années, et malgré des hémorrhagies rectales presque quotidiennes, la menstruation ne subit aucune modification, les règles étaient aussi abondantes que de coutume et revenaient avec la plus grande régularité.

L'état moral était loin d'être aussi satisfaisant. La malade était triste, inquiète de son état, incapable de se livrer à aucun travail.

Le 14 mai, pendant un effort de défécation, les tumeurs hémorrhoïdales se congestionnant comme d'habitude, donnèrent une assez grande quantité de sang, mais ne subirent aucune diminution de volume et ne purent rentrer, malgré les tentatives faites d'abord par la malade elle-même et ensuite par un médecin. Bientôt survinrent des douleurs très-vives vers le rectum et les lombes, un sentiment de pesanteur et de constriction des plus pénibles vers l'anus. L'appétit disparut, la malade fut prise de fièvre et d'insomnie. Le médecin ne pouvant obtenir par le taxis la réduction des tumeurs, fit appliquer des sangsues et de la glace, mais cela sans résultat. On avait donc affaire à un véritable étranglement, et comme les tumeurs commençaient à se sphaceler au quatrième jour de l'étranglement, il y avait urgence à opérer.

La malade se présente le 18 mai à l'hôpital Lariboisière et est admise immédiatement dans le service de M. Chassaignac.

A l'examen, on trouve un bourrelet hémorrhoïdal complet formé par la réunion de plusieurs tumeurs fortement pressées les unes contre les autres. De ces tumeurs, les unes sont périphériques, d'un blanc violacé; les autres sont centrales, beaucoup plus foncées en couleur, et présentent dans quelques points des taches d'un gris noirâtre. Quelques-unes de ces taches adhèrent à la tumeur par tous leurs points; d'autres, au contraire, se détachent par leurs bords et laissent voir au-dessous une plaie saignante. La moindre pression cause les plus vives douleurs. L'état général est le même que les jours précédents; mais l'état local est tellement grave, que l'on se décide à l'opération pour le lendemain. On donne à la malade dès son entrée 2 grammes d'alcoolature d'aconit.

Opération. — Le 19 mai, la malade est endormie, et l'on procède à l'opération par écrasement linéaire. L'énorme bourrelet est enlevé en quatorze minutes sans hémorrhagie. Le pansement est fait avec l'agaric, et la malade est reportée à son lit.

Suites (19 mai, soir). — Dans la journée les douleurs ont été très-vives, la malade n'a cessé de s'agiter. Le soir elle est plus calme; peu de fièvre; pouls à quatre-vingts, douleurs un peu moins fortes; pas de selles, émission des urines facile.

Le 20 mai, nuit assez bonne, presque pas de fièvre, l'émission des urines toujours facile, pas de selles encore. Le pansement est enlevé, la plaie a un très-bon aspect; seulement, l'anus semble un peu rétréci par des adhérences que l'on détruit en introduisant le doigt dans cet orifice. Cette manœuvre est extrêmement douloureuse.

Le 20 mai, soir. Dans la journée, persistance des douleurs, agitation extrême, découragement de la malade, pas encore de selles.

Le 21 mai. Nuit plus calme que la journée, douleurs moins vives, constipation. Eau de Sedlitz jusqu'à évacuation (la malade en prend quatre verres).

Le 21 mai, soir. Selles très-abondantes, douleurs très-vives pendant la défécation, douleurs que la malade compare à celles d'une brûlure.

Le 22 mai. Les évacuations continuent pendant la nuit, les douleurs persistent; sentiment de pesanteur et de prurit vers le rectum. La plaie ne présente rien de particulier. Bain.

Le 23 mai. Les douleurs sont moins vives; l'état général s'améliore, l'appétit revient, la malade se plaint seulement d'un resserrement de l'anus, resserrement que l'on constate en effet par le toucher.

Le 24 mai. Même état, même constriction du sphincter. Par le toucher on constate une accumulation considérable de matières fécales dans l'ampoule rectale (16 gram. d'huile de ricin).

Le 25 mai. Evacuations abondantes et douloureuses la veille, d'ailleurs même état. Introduction d'une mèche de charpie pour dilater le sphincter; douleurs très-vives pendant cette opération.

Le 26 mai. Même état, un bain, mèche de charpie.

Le 27 mai. 16 grammes d'huile de ricin. Selles abondantes, douleurs moins fortes que les jours précédents.

Le 29 mai. Mèche de charpie, un bain.

Le 30. L'introduction de la mèche devient moins douloureuse; la malade reprend tous les jours de la gaieté.

On persiste pendant quelques jours encore à introduire des mèches, mais cela presque sans douleur pour la malade.

Enfin, le 7 juin, bien que la plaie ne soit pas encore complétement cicatrisée, la malade demande avec instance sa sortie. Depuis quelques jours elle ne souffre plus et se regarde comme étant complétement guérie.

Le 12 juin, la malade est revenue nous voir à la consultation; elle se trouve très-bien ; seulement, dans la journée du 10 juin, elle a ressenti encore de la gêne, de la pesanteur dans le rectum, mais cet état avait complétement disparu le lendemain.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, les accidents hémorrhoïdaires remontaient déjà à près de six années. Le temps ne faisait qu'aggraver la maladie; car les intermittences qui avaient lieu dans le début devenaient de plus en plus courtes, et la malade, obligée de s'aliter fréquemment, débilitée et abattue par des pertes de sang presque quotidiennes, commençait à s'affecter profondément. Mais ce qui mit le comble à cet état devenu très-difficilement supportable, ce fut l'inflammation suraiguë et accompagnée de douleurs atroces et de sphacèle commençant qui s'était emparée depuis quatre jours des tumeurs hémorrhoïdales. En vain des tentatives de réduction, dirigées avec beaucoup de prudence et de ménagement par le docteur Ozouf, avaient été faites à plusieurs reprises; en vain avait-on appliqué les sangsues, puis la glace; la tumeur hémorrhoïdale, devenue énorme, ne subissait aucun amendement, lorsque l'écrasement linéaire vint mettre un terme aux souffrances de la malade.

Tout en signalant le bienfait de l'opération comme cause de la cessation des accidents, nous ne devons pas omettre de faire remarquer que dans le cours de la première et de la deuxième

journée qui succédèrent à l'opération, la malade a éprouvé des douleurs encore assez vives. Cette persistance des douleurs après l'emploi de l'écrasement linéaire, qui est habituellement suivi d'un soulagement très-prompt, et nous pouvons même dire d'un soulagement immédiat, quand on a recours à la dilatation préalable du sphincter, cette persistance, disons-nous, tout exceptionnelle qu'elle soit, s'explique parfaitement par les circonstances dans lesquelles se trouvait la malade au moment de l'opération. En effet, une violente inflammation, allant jusqu'à produire la gangrène, s'était emparée de toute la région anale, et il n'est au pouvoir d'aucune opération, quelque satisfaisante qu'elle soit d'ailleurs, de faire tomber sur-le-champ un état inflammatoire aussi fortement établi dans les tissus vivants.

Il est du reste bien digne de remarque, et c'est une chose qui ne s'observe jamais après la cautérisation par le fer rouge, qu'il n'y ait pas eu la plus légère difficulté dans l'émission des urines.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Maisonneuve.

Entérotomie du colon lombaire droit pratiquée avec succès chez une femme de quarante-cinq ans, pour un cas d'étranglement interne.

(*Communiquée à l'Académie de médecine, le* 11 *septembre.*)

Le 29 juin 1855, M. Maisonneuve fut appelé par un de ses confrères, M. le docteur Bonnassis, pour voir une dame de sa clientèle, madame V..., chez laquelle le cours des matières intestinales était complétement interrompu depuis vingt-cinq jours, et qui était en proie aux accidents les plus graves d'étranglement interne.

Depuis plusieurs mois déjà cette dame avait une santé fort compromise. Ses digestions étaient habituellement laborieuses, et plusieurs fois elle avait éprouvé des constipations de douze à quinze jours, suivies d'une débâcle qui la soulageait pour quelques semaines.

Cette fois, la constipation avait de beaucoup dépassé son terme ordinaire, et les accidents avaient acquis une intensité telle que la mort paraissait imminente.

Le ventre était horriblement tendu et ballonné, la face grippée, les extrémités froides, le pouls misérable. De plus, la malade était tourmentée par un hoquet presque continuel et par des efforts de vomissements qui amenaient des matières bilieuses et stercorales. On constatait l'existence d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine, ce qui n'empêchait pas cependant d'apercevoir les anses intestinales distendues se dessiner à travers les parois de l'abdomen.

En présence de ces accidents précurseurs de l'agonie, il ne pouvait rester qu'une ressource ultime et malheureusement bien problématique, consistant à ouvrir le ventre pour aller chercher une anse d'intestin placée au-dessus de l'obstacle inconnu, et y établir un anus artificiel. Cette idée que M. Maisonneuve émettait bien moins comme une proposition formelle que comme une simple probabilité, ayant été saisie avidement par le médecin et la famille, ce chirurgien procéda immédiatement à l'opération de la manière suivante :

A 3 centimètres au-dessus de la crête iliaque droite, il incisa transversalement, dans une longueur de 12 centimètres, la peau d'abord, puis successivement, et avec précaution, les muscles grand oblique, petit oblique et transverse. Lorsque le péritoine fut à nu sous le doigt, M. Maisonneuve reconnut la présence d'une quantité notable de liquide dans la cavité abdominale. En effet, aussitôt qu'il eut enfoncé la pointe de son bistouri, il s'écoula plus d'un litre de sérosité purulente.

Son doigt, introduit dans cette ouverture, reconnut bientôt une anse intestinale gonflée et rénitente, qu'il jugea devoir être l'intestin colon ascendant. Il y passa transversalement un fil pour l'attirer et le retenir près de l'ouverture ; puis un instant après, en plaça un second à 2 centimètres au-dessus du premier.

Ayant ensuite confié ces deux fils à un aide qui les tenait écartés, il incisa l'intestin en travers dans l'espace compris entre les deux ligatures, de manière que chacune des lèvres de la plaie faite à l'intestin se trouvait maintenue par un fil.

Un jet de matières fécales brunes, fétides et semi-liquides s'élança aussitôt à plus de 20 centimètres, et remplit en quelques instants deux énormes vases de nuit contenant chacun plus de 4 litres. Quand ce flot fut arrêté, M. Maisonneuve fixa les deux lèvres de la plaie intestinale à la peau, au moyen de huit points de suture. Immédiatement après l'opération, la malade éprouva un soulagement notable ; les vomissements et les nausées cessèrent ; elle put même prendre un peu de bouillon, et de vin. Depuis lors, les matières continuèrent à couler ; le ventre se dégorgea, et la malade revint peu à peu à la vie.

Deux mois et demi après l'opération, le ventre, entièrement revenu à son état normal, permet de reconnaître dans la fosse iliaque et le flanc gauche une tumeur bosselée, grosse comme deux fois la tête d'un fœtus à terme. Selon toutes les probabilités, c'est cette tumeur qui constitue l'obstacle au cours des matières en obstruant le colon lombaire gauche.

La plaie de l'opération donne issue à des matières fécales ordinairement semi-liquides, mais quelquefois aussi pâteuses et bien liées.

Depuis trois semaines environ, une certaine quantité de matière commence à passer par les voies naturelles ; de sorte que si par des moyens médicaux, on peut arriver à obtenir la résolution de la tumeur, la guérison pourra devenir complète.

Dans tous les cas, voici deux mois et demi que cette pauvre dame n'existerait plus si cette opération n'avait pas été tentée.

X...

Remarques sur le choléra de Marseille en 1855,

Adressées à M. L. Saurel *par un de ses amis.*

Nous publions aujourd'hui la Note suivante, nous réservant de présenter, dans notre prochain numéro, quelques remarques sur quelques-uns des faits et des considérations qu'elle renferme.

On pourrait débuter, en écrivant ces lignes, par une interrogation, et se demander s'il s'agit actuellement à Marseille de l'invasion d'une nouvelle épidémie ? Probablement non, et, de l'avis de la plupart de nos confrères, nous n'avons que le retentissement, ou, si l'on aime mieux, les *éclaboussures* de ce qui se passe en Espagne, en Italie et en Orient. Toutefois, il ne faudrait pas soutenir cette thèse d'une manière trop absolue ; le choléra affecte trop souvent des allures assez indépendantes pour mettre en défaut les prévisions en apparence les plus logiques. Conséquemment, on peut espérer que nous ne sommes pas aujourd'hui au début de cette nouvelle épidémie, mais l'avenir seul décidera si ces espérances peuvent se transformer en certitude.

Tout en refusant à la maladie le caractère épidémique, ajoutons cependant qu'il ne faudrait pas que la mortalité prît *lentement* et en détail, en 1855, ce qu'elle a pris tout d'un coup et en gros en 1854. Mais n'anticipons point, et prenons les choses d'un peu plus haut.

Pendant la saison d'hiver, il n'y a pas eu de cholériques à Marseille, ni aux hôpitaux civils ou militaires, ni en ville, que nous sachions. A la vérité, parmi les fiévreux arrivés d'Orient, et débarqués à l'hôpital militaire de la *Corderie*, il en est plusieurs qui ont offert des symptômes cholériques assez tranchés ; mais la plupart ont guéri, et cela vous dit suffisamment qu'il ne s'est pas agi là d'atteintes cholériques bien caractérisées.

C'est vers la fin mai, et au commencement de juin surtout, que l'hôpital civil a commencé à recevoir des malades chez lesquels les symptômes cholériques étaient devenus plus tranchés. Au mois de juillet, les choses ont continué sur le même pied, sans changement notable. Ce n'est que dans les premiers jours d'août que l'état sanitaire général a pris un caractère plus sérieux. On apportait alors journellement, à l'Hôtel-Dieu, de trois à cinq cholériques ; presque en même temps, le 89e de ligne, arrivé depuis peu de Rome pour tenir garnison à Marseille, a commencé à fournir plusieurs cholériques à l'hôpital de la Corderie.

Il est digne de remarque que, dès le début, les cholériques reçus à l'Hôtel-Dieu provenaient, en grande majorité, du port, et appartenaient, par conséquent, à la classe dite des matelots. Si nous sommes bien informé, un seul navire portugais a envoyé huit cholériques à l'Hôtel-Dieu; un autre navire napolitain en a envoyé six, et un troisième, de la côte de Bretagne, quatre.

Nous ignorons, soit dit en passant, si quelques mesures hygiéniques, dictées par le plus simple bon sens, ont été employées à l'égard de ces trois navires. Dans le doute, nous passerons outre. Seulement nous tenons, avant d'aller plus loin, à vous faire constater un fait qui, il faut en convenir, ne prouve encore rien, mais qu'il est pourtant de notre devoir d'enregistrer : dans une salle de l'hôpital de la Corderie, renfermant dix lits, on a apporté, dans les premiers jours d'août, un premier cholérique, fourni par la garnison ; dès le soir, un malade de cette même salle, qui se trouvait en traitement depuis un certain laps de temps, a été soudainement atteint, et tous deux sont morts en fort peu de temps. A l'Hôtel-Dieu, un fait analogue a eu lieu avec moins de précipitation : les cas déclarés dans l'intérieur de l'établissement n'ont été observés que quinze jours après l'admission des premiers cholériques ; et encore est-il juste d'ajouter que la grande salle des blessés, la mieux aérée et la plus éloignée des salles destinées aux cholériques, est précisément celle qui, jusqu'à présent, a fourni le plus d'individus atteints dans l'Hôtel-Dieu.

A dater du 20 du mois d'août, le chiffre de la mortalité générale a augmenté, et, jusqu'au 1er septembre, la moyenne des décès cholériques a été de vingt par jour, tout compris ; la population civile en a fourni plus de la moitié. Depuis le 1er septembre, l'état sanitaire s'est aggravé encore : la moyenne des décès cholériques a monté de trente-cinq à quarante. La journée du 10 septembre a même dépassé ce dernier chiffre : sur quatre-vingt-sept décès qu'on a enregistrés, on peut raisonnablement en compter soixante comme dus au choléra.

Si, malheureusement, le chiffre de la mortalité se maintient aussi élevé, et, à plus forte raison, s'il augmente, il ne faut pas se dissimuler qu'on se trouvera alors en présence d'une nouvelle épidémie. Mais, comme nous l'avons déjà dit au commencement de ces lignes, différentes circonstances nous font espérer que nous n'aurons pas à essuyer, en 1855, une calamité semblable à celle de 1854. Parmi ces circonstances, je noterai la principale, renfermée dans ce fait, que, jusqu'à présent, les maladies intercurrentes ordinaires à la saison n'ont pas cessé de se manifester en grand nombre ; on dirait même qu'elles sont plus fréquentes que de coutume. Il est fortement à désirer que nous ne nous fassions pas illusion.

Au point de vue étiologique, il nous serait difficile, pour ne pas dire impossible, de dire si, dans l'état atmosphérique, il y a eu quelque changement notable : la chaleur est forte, la température très-variable du matin au soir, les sauts barométriques incessants, etc. Mais nous nous rappelons avoir vu, en 1852, une saison parfaitement identique à celle de 1855, et, sauf erreur, il n'y eut pas alors un seul décès cholérique à enregistrer. A la vérité, on parle aujourd'hui, plus que jamais, du défaut d'ozone sur différents points du globe, on ne manque pas de donner à ce fait d'analyse chimique de l'atmosphère une importance considérable. A Dieu ne plaise que nous voulions troubler les triomphes de la chimie moderne, et lui contester sérieusement les immenses services qu'elle rend à toutes les sciences en général, et à la médecine en particulier. Nous ne pouvons, toutefois, nous défendre d'une réflexion rétrospective : lorsque, il y a peu d'années, l'existence de l'ozone a été signalée, on s'est contenté de faire jouer à la diminution de ce corps une certaine influence sur la production des rhumes de cerveau. Certes, son importance s'est bien accrue depuis, puisque l'on y voit la cause pathogénique du choléra ! Il est cependant permis de se demander comment il se fait que les variations quantitatives de cet ozone, qui assurément devait exister antérieurement à sa découverte, n'aient pas toujours donné lieu à la production du fléau sous forme épidémique? Ajoutez que cette diminution d'ozone est régulièrement annoncée par tous les chimistes, à peu près dans tous les pays, pendant les fortes chaleurs, ce qui aurait dû produire, d'après la théorie, une épidémie universelle. Pour peu que le choléra s'étende encore, les chimistes pourraient finir par avoir raison cette année-ci; mais, en ce cas, il faut avouer que l'ozone aurait mis quelque temps à produire son effet.

Les caractères du choléra, on le constate avec regret, ne sont pas, en 1855, complétement identiques à ceux de 1854. La maladie nous semble encore plus grave que par le passé, plus souvent et plus promptement mortelle, plus rebelle aux médications, qui, du reste, ne peuvent avoir le temps d'agir. Nous avons constaté fort peu de diarrhées prémonitoires, et parmi les nombreuses diarrhées qui existent en ville et dans les hôpitaux, ce ne sont précisément pas les plus anciennes en date qui dégénèrent en choléra ; le plus souvent, deux ou trois selles liquides précèdent de peu d'heures seulement les symptômes cholériques les plus graves, et parfois ceux-ci débutent soudainement, lorsque l'individu paraissait jouir, peu auparavant, de la plus complète santé. L'abaissement du pouls, la suppression des urines, l'insensibilité de la peau, le grippement de la face, la perte de la voix se succèdent avec une effrayante rapidité; la vie s'éteint, pour ainsi dire, avant même qu'on se soit aperçu que l'individu est malade. Voilà pour les cas graves. Lorsqu'il s'agit d'atteintes cholériques moins sérieuses, les phénomènes que l'on observe ne sont pas moins remarquables : la réaction est, cette année-ci, d'une lenteur désespérante; la température se relève, mais les selles continuent; l'abattement ou la stupeur persistent; les urines reprennent difficilement leurs cours ; les yeux restent caves ; la physionomie exprime la souffrance; on est sans cesse sur le qui-vive d'une rechute. Tout cela, du reste, n'exclut pas les cas de choléra sec, sans diarrhée ni vomissements, et, comme toujours, ceux-là ne sont pas les moins dangereux.

Nous disions tout à l'heure que les médications n'ont pas le temps d'agir. Complétons notre pensée en terminant notre communication par quelques mots sur le traitement.

Tous les moyens semblent réussir contre les affections purement diarrhéiques; les astringents et les opiacés sont toujours en tête de la plupart des prescriptions; ajoutez à cela quelques teintures-mères, telles que celle de camomille, qui continue à produire de bons résultats, particulièrement chez les enfants. Malheureusement les résultats ne sont plus les mêmes lorsqu'il s'agit de combattre le choléra confirmé; et si, l'an dernier, la proportion des guéris était de 1 sur 2, il est à craindre que cette année-ci cette proportion, si peu consolante qu'elle soit, ne puisse pas même être atteinte. A ce sujet, nous ne pouvons passer sous silence l'excellente mesure prise cette année par l'administration municipale, aidée par celle des hospices. Voyant que, sur les premiers quatre-vingts cholériques admis à l'Hôtel-Dieu et traités par les chefs de service, plus de la moitié avaient succombé en fort peu de temps, l'administration a dû songer à toutes les merveilles de l'homœopathie, qui avait réellement fait trop de bruit pour rester in-

connue en dehors du monde médical, et, dans l'intérêt de ses administrés, elle a voulu créer à l'Hôtel-Dieu un service qui serait exclusivement dirigé par les médecins homœopathes. M. le docteur Chargé a été appelé à la tête de ce service, qui a commencé à fonctionner dès le 1er septembre. Pas n'est besoin de vous dire que beaucoup de médecins consciencieux, désolés de ne posséder encore aucun spécifique contre le choléra, eussent été heureux d'accepter avec empressement et reconnaissance les spécifiques hahnemanniens s'il y en avait eu. Mais, hélas! l'attente n'a pas répondu aux promesses par trop exagérées qui avaient été faites, et, après huit jours de services publics, il a fallu constater que, sur vingt-sept cholériques admis dans les salles homœopathiques, dix-neuf avaient déjà succombé, ce qui a donné une proportion, dans la mortalité, moins consolante encore que dans les salles des allopathes. Ce résultat a étonné le chef de service lui-même, qui, fatigué autant que découragé, a renoncé à la lutte sur le seul terrain sur lequel elle soit réellement acceptable. Les amis mêmes de M. Chargé n'ont pu approuver cette retraite précipitée, motivée d'ailleurs sur des circonstances qui sont toujours inséparables d'un service public en temps d'épidémie; mais, en revanche, tout le monde a hautement approuvé la mesure prise en cette circonstance par l'autorité et par l'administration des hospices. Lorsqu'une lutte acharnée existe parmi les membres d'un même corps scientifique, lorsque les uns affirment avec une assurance pas toujours bien modeste, et lorsque les autres nient avec un acharnement qui n'est pas toujours très-mesuré, le seul moyen de mettre une honorable fin à la lutte, et de calmer l'anxiété fort naturelle des clients, est d'en appeler loyalement à l'expérimentation publique. Le combat a eu lieu à armes loyales, et, heureusement pour nous et pour nos écoles, la victoire la plus complète est restée aux doctrines hippocratiques. Dr ...

Marseille, le 12 septembre 1855.

Rapport sur les travaux chirurgicaux

De M. Antonio da Costa, chirurgien de l'hôpital civil de Rio-Janeiro (Brésil).

(*Lu à l'Académie impériale de médecine de Paris, dans la séance du 4 septembre 1855, au nom d'une Commission composée de* MM. Velpeau, Civiale, *et* Jobert (de Lamballe), rapporteur.

Nous publions aujourd'hui le rapport de M. Jobert (de Lamballe) que nous avons annoncé dans notre numéro du 5 de ce mois, et qui renferme des détails curieux sur certaines affections chirurgicales observées au Brésil.

« Dans la séance du 12 juin 1855, M. le docteur A. da Costa a lu à l'Académie un résumé des principales opérations qu'il a faites à Rio Janeiro pendant seize ans de pratique.

« Ce résumé est accompagné d'un avant-propos dans lequel l'auteur fait l'historique de l'école de Rio Janeiro; il cite les souverains don Juan VI, don Pedro Ier et don Pedro II comme ayant été utiles à sa création et à son développement.

« Il nous apprend que l'école de Rio-Janeiro fut fondée par dom Juan en 1813, et qu'en 1832 dom Pédro augmenta ses prérogatives; mais ce fut seulement en 1838 qu'on y conféra, pour la première fois, le titre de docteur en médecine. Jusqu'à cette époque, Coïmbra eut, seule, le droit de faire des docteurs et d'enseigner les hautes sciences et les lettres.

« M. da Costa consacre plusieurs pages au progrès de la science médicale dans le Brésil. Cet aperçu lui permet de tracer, en peu de mots, la biographie de quelques médecins ses compatriotes. Il est rare de trouver une plume aussi bienveillante, aussi impartiale et aussi chaleureuse.

« Les obstacles que notre jeune confrère a eu à surmonter lorsqu'il s'est agi de mettre en application les doctrines d'une chirurgie nouvelle, puisées dans un autre pays, sont aussi mentionnés dans cet avant-propos.

« Le travail de M. da Costa est composé de plusieurs chapitres, dans lesquels il rend compte de ses réflexions pratiques sur l'hydrocèle, les rétrécissements de l'urètre, la lithotritie, la lithotomie et le cancer de l'utérus.

L'hydrocèle paraît avoir remplacé au Brésil l'éléphantiasis des Arabes. Il attribue cette dernière lésion à l'alimentation, à l'humidité des habitations, et pense que sa disparition provient des changements survenus dans les habitudes et le régime des Brésiliens. L'hydrocèle est très-fréquente, et, presque toujours, due aux variations brusques de la température.

« Avant que notre confrère exerçât la chirurgie à Rio Janeiro, la ponction de la tunique vaginale était suivie d'une injection faite avec une dissolution de sulfate de cuivre. Un chirurgien très-exercé de cette ville dit en avoir fait usage des milliers de fois sans accident, et c'est tout au plus s'il a remarqué dix ou douze récidives. M. da Costa a cependant vu une gangrène du scrotum due à une dissolution de sulfate de cuivre. Nous croyons devoir le louer d'avoir *osé* substituer la teinture iodée à ce médicament. (L'auteur a suivi la formule de M. Velpeau.)

« Dans le second chapitre, M. da Costa raconte qu'à l'époque où il est arrivé au Brésil, on traitait les rétrécissements par la cautérisation seulement.

« M. da Costa trouve l'explication du grand nombre de rétrécissements urétraux à Rio-Janeiro dans la fréquence de la maladie vénérienne, dans l'usage des injections de dissolutions de sulfate de cuivre, d'alumine, de vin de Porto chargé d'acétate de plomb, et dans l'abus des boissons sudorifiques avec addition d'eau-de-vie et de rhum.

« M. da Costa rapporte deux observations de rétrécissements compliqués. Le premier fait est remarquable par l'oblitération d'une grande partie de la portion spongieuse de l'urètre, par de nombreuses fistules et un engorgement de la prostate. Notre confrère a refait l'urètre à l'aide du trocart et d'une canule placée à demeure; puis il a guéri l'altération de la prostate par la section de cet organe, exécutée avec le lithotome double de Dupuytren. L'opération de la boutonnière avait été faite préalablement.

« La seconde observation se distingue par la destruction d'une grande partie de la paroi inférieure de l'urètre et par quatre petits calculs contenus dans la vessie. Le malade voulut dilater l'urètre avec des algalies métalliques; mais il ne put vaincre l'obstacle, déterminé par de fréquentes blennorrhagies, et, après des efforts inutiles, il survint un dépôt accompagné de gangrène. M. da Costa fut assez heureux pour rétablir le cours de l'urine au moyen d'une sonde placée dans la vessie. La nature fit en partie les frais de la guérison; mais il demeura une fistule urétrale dont il obtint l'oblitération par le ravivement des bords de la plaie et la suture entortillée, exécutée avec des petites épingles d'or. Notre habile confrère s'apercevant que, par instants, il existait de la difficulté dans l'excrétion de l'urine, explora la vessie et y découvrit plusieurs calculs. Deux furent retirés avec l'ingénieuse pince à trois branches de M. Civiale, et les deux autres furent expulsés avec l'urine.

« Ces deux faits et beaucoup d'autres donnèrent à M. da Costa l'idée de quelques instruments qu'il désigne sous les noms d'*algalie bouchée*, de *sonde-pince* et de *sonde-électrique*.

« Voici, d'ailleurs, comment il s'exprime à leur sujet :

« *Algalie bouchée.* — Le désagrément que nous avons longtemps éprouvé, lorsque nous avons pratiqué le cathétérisme « forcé, de voir notre algalie bouchée, soit par le sang coagulé « dans son intérieur, soit que ce même sang en tamponnât « les yeux, et nous voir ainsi obligé de faire des injections « pour la déboucher, soit même quelquefois de la retirer pour « la réintroduire ensuite avec les mêmes difficultés, nous ont « suggéré l'idée de confectionner une algalie qui arriverait « fermée dans la vessie pour s'y ouvrir ensuite. Cette algalie,

que nous avons nommée *algalie bouchée*, est parcourue par une tige dont le tiers inférieur est divisé en deux autres tiges au bout desquelles se trouvent deux petites pièces d'argent, qui ont la conformation des trous de l'algalie auxquelles elles s'adaptent parfaitement bien. L'intérieur de la tige simple est percé entièrement, et par son intérieur glisse un « fil de fer terminé en haut par un bouton vissé, tandis qu'à « l'extrémité inférieure se trouve soudée une pièce d'argent « en forme de coin qui sert à être tirée en dehors, et écarter « les deux autres tiges auxquelles se trouvent adaptés les tampons des trous, et ainsi les ajuster fortement aux mêmes « trous, les bouchant hermétiquement. Cette algalie, qui, « ainsi fermée, forme une sonde massive, parcourt tout le canal de l'urètre sans avoir les inconvénients dont nous avons « parlé plus haut. Pour faire fonctionner l'algalie, une fois introduite dans la vessie, on n'a qu'à pousser le petit bouton « de la tige à laquelle est adapté le coin qui, repoussé en bas, « cesse d'opérer l'écartement des tampons, lesquels s'abattent « et ne ferment plus les yeux de l'algalie par lesquels l'urine « s'écoule parfaitement bien lorsqu'on a retiré tout ce petit « appareil contenu dans l'algalie. Cet instrument nous a toujours été fort utile lorsque nous avons pratiqué le cathétérisme forcé.

« *Sonde-pince.* — L'instrument que nous avons appelé « *sonde-pince*, et qui est composé d'un mécanisme emprunté « à celui de la cuvette articulée, est un instrument que nous « avons employé avec beaucoup d'avantage pour l'extraction « des corps étrangers de l'urètre lorsqu'ils ne sont pas trop « engagés.

« Cet instrument, auquel nous avons donné tantôt la forme « droite, tantôt la forme courbe, a la forme d'une sonde ordinaire dont l'extrémité inférieure se partage en deux portions « ou moitiés, lesquelles sont articulées au corps de l'instrument, ayant chacune un demi-pouce de longueur, s'ouvrant « et se fermant à volonté par le même mécanisme qui fait agir « la petite curette de la sonde de ce nom. L'intérieur de ces « deux moitiés est creux dans toute sa longueur, ce qui fait « que les corps étrangers, une fois engagés dans l'instrument, « se trouvent enchâssés dans ce creux et peuvent être retirés « du canal sans l'offenser aucunement.

« Nous ne nous sommes jamais servi de cet instrument pour « les cas qui nécessitent le broiement des corps engagés, mais « seulement pour ceux où l'extraction n'exigeait pas ce secours « puissant.

« *Sonde électrique.* — Cette sonde, confectionnée à l'instar « du brise-pierre de M. Heurteloup, se compose d'une branche « mâle de cuivre et d'une branche femelle de zinc. Celle-ci est « en forme de demi-gouttière, qui permet à l'autre de glisser « dans son intérieur. L'extrémité de la portion courbe est terminée par un bout pareil à celui de toutes les sondes ; l'autre « extrémité se termine par une petite coupole à vis qui maintient unies et fixes les deux branches.

« Quand on veut se servir de cette sonde, on n'a qu'à dégaîner les branches, et à introduire dans la gouttière de la « branche femelle une petite bandelette de linge trempée dans « de l'eau acidulée. On fait glisser alors la branche mâle ; on « visse le tout avec la petite coupole, et l'on a ainsi une petite « pile qui fonctionne parfaitement bien.

« Le chirurgien met un gant de soie, enduit la sonde de « salive, et l'introduit dans le canal, où il la laisse le temps « voulu. S'il doit la laisser très-longtemps, il sera nécessaire « de la retirer de temps à autre pour la charger de nouveau.

« Nous avons employé ce petit appareil dans cinq cas de « paralysie du col : nous avons obtenu trois guérisons et deux « améliorations. »

« Un chapitre est exclusivement destiné à l'exposé statistique des opérations de lithotritie. Suivant notre confrère, cette belle découverte a été importée au Brésil, en 1838, par le docteur Peixoto et par lui. Trente-quatre fois il a eu l'occasion de pratiquer le broiement de la pierre avec l'ingénieux instrument de M. Heurteloup. Sur ce nombre de malades opérés, deux ont succombé, et il y a eu cinq récidives

« Quelques séances ont suffi, en général, pour détruire le calcul.

« M. da Costa parle d'un petit calcul écrasé dans la vessie d'un enfant de cinq mois, qui était né d'une mère graveleuse.

« Il a fait six fois seulement l'opération de la taille, très-redoutée au Brésil. Deux malades ont succombé et quatre ont guéri. Il a exécuté cette grave opération sur de jeunes sujets, dont trois au-dessous de onze ans et trois au-dessus de dix-huit. La taille bilatérale a été constamment mise en usage.

« Je ne ferai qu'indiquer les opérations de hernies mentionnées dans son travail. Sur douze opérations, dont deux hernies ombilicales, une crurale et neuf inguinales, il a obtenu neuf guérisons.

« Dans le dernier chapitre, l'auteur croit pouvoir attribuer la fréquence du cancer de l'utérus à la précocité de la menstruation, au mariage qui a lieu à onze, douze, treize, quatorze ans, et à la syphilis.

« Avant que notre confrère exerçât la chirurgie à Rio-Janeiro, la médication se bornait à la cautérisation au nitrate d'argent et au nitrate d'acide de mercure, et l'on n'avait pas encore fait d'opération sanglante sur la matrice, lorsqu'il osa pratiquer son ablation partielle deux fois, et une fois son extirpation totale. M. da Costa enleva en totalité, sur une Française, l'utérus devenu cancéreux. La chute de cet organe, qui dépassait la vulve, facilita l'opération, qui ne dura que dix minutes. Trois points de suture servirent à réunir la plaie du vagin. La guérison dura cinq mois. Au bout de ce temps, cette courageuse malade succomba à un abcès iliaque.

« M. da Costa termine son intéressant travail par un tableau où il récapitule toutes les opérations qu'il a pratiquées à Rio-Janeiro.

« D'après ce qui vient d'être dit, la chirurgie était fort peu en progrès au Brésil lorsque M. da Costa y a introduit les idées nouvelles qu'il avait puisées dans l'école française dont il s'honore d'avoir été l'élève. Les heureux résultats obtenus par cet habile chirurgien ont singulièrement contribué à faire introduire dans ce pays les procédés et les méthodes qui y étaient encore ignorés.

« Le zèle dont M. da Costa est animé pour la science engage vos commissaires à demander que son nom soit inscrit parmi ceux des médecins qui doivent figurer sur la liste de présentation comme membres correspondants. Votre commission vous propose en outre, Messieurs, de décider que le travail consciencieux qu'il vous a soumis soit déposé honorablement dans les archives de l'Académie. »

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité,

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— M. Dugast, professeur suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon, est chargé du cours de pathologie interne pendant la durée d'un congé accordé à M. Gruère.

— M. Chanut, professeur suppléant à la même école, est nommé professeur adjoint de pathologie externe.

— M. Boucher est nommé professeur suppléant, spécialement attaché à la chaire d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Chanut.

— M. Brulet est nommé professeur suppléant, spécialement attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchement.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 117. 3e année. Lundi 1er Octobre 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. LANDRY.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

(*Suite, voir les nos* 20, 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 68 *à* 71, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 106).

III.

Indications curatives des névroses.

Malgré les efforts des écrivains les plus éminents pour faire rentrer les névroses dans le domaine de la médecine rationnelle, la multiplicité de leurs espèces, l'extrême différence de leurs symptômes devaient conduire et conduisirent à l'idée de spécificité de la forme, puis comme conséquence naturelle à la spécificité des moyens curatifs. On épuisa la matière médicale, on chercha des formules, des recettes, on courut après le *remède* de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée, etc. Vaines prétentions qui rappellent celles des alchimistes et qui, cependant, comme elles, enrichirent la science d'observations exactes, de découvertes utiles. Or, sans vouloir méconnaître à la forme morbide son caractère spécifique, je ne saurais lui accorder la prééminence absolue qu'on semble lui attribuer. Outre l'extrême variabilité de physionomie des névroses même les plus nettement caractérisées, comme l'épilepsie, l'hypochondrie, la catalepsie, la chorée, on sait combien il existe de phénomènes névropatiques qu'il est impossible de rapporter à l'une plutôt qu'à l'autre de ces affections. Mais on paraît moins connaître l'aptitude qu'ont parfois ces maladies à se confondre entre elles, à se transformer les unes dans les autres, à se métamorphoser, en un mot, aptitude qui frappe d'interdiction la médecine du symptôme. Comment, en effet, subordonner la thérapeutique au symptôme, dans ces névroses multiformes qui ne sont plus aujourd'hui ce qu'elles étaient hier, qui ne seront plus demain ce qu'elles sont aujourd'hui ; tour à tour convulsions, délire, paralysie, contracture, hypochondrie, état nerveux, catalepsie, etc., et dont les exemples abondent dans l'histoire du système nerveux. Sydenham, André Comparetti, Tissot, MM. Briquet, Cerise, Gendrin, Landouzy, Pidoux, Sandras, Trousseau, ont signalé et confondu ces faits sous le nom commun de névropathie protéïforme, d'hystérie et d'hypochondrie, indiquant ainsi qu'à leurs yeux, dans ces maladies, la différence de manifestation ne cache pas l'identité d'origine. Ainsi, malgré l'importance attribuée à la forme, cette prééminence du symptôme s'efface en certains cas devant celle de l'origine ou de la nature du mal. Toutes ces espèces nosologiques peuvent donc parfois descendre au simple rang d'expression morbide, et la spécificité du traitement peut ne plus s'adresser à elles, mais à l'état pathologique plus général qui les domine. Or, ce fait incontestable dans les névroses protéïformes auxquelles je viens de faire allusion, ne l'est pas moins dans les névroses à caractère plus fixe. Tout le chapitre précédent dépose dans ce sens, et les observations qu'il contient démontrent que bien au-dessus de l'expression symptomatique plane la spécificité de la cause. Vainement nous chercherions à guérir par la strychnine ou l'électricité une paralysie saturnine si le temps ou une médication convenable n'ont pas débarrassé l'économie du métal qui en altère les forces. Nous voyons tous les jours échouer le sulfate de quinine contre certains accidents périodiques, contre des névralgies, par exemple, symptomatiques de l'anémie, de la chlorose, de quelque mauvais état des voies digestives, comme je l'ai récemment observé. Mais éliminons le plomb, modifions la chlorose ou l'anémie, rétablissons l'intégrité des voies digestives, et bientôt ces maladies jusque-là rebelles, guériront d'elles-mêmes, ou, tout au moins céderont aux agents thérapeutiques naguère inutiles.

Combien de fois encore ne restons-nous pas impuissants contre les névroses de la grossesse ou les convulsions de l'accouchement ? Puis, quand nous avons sans succès mis à bout la thérapeutique, la délivrance a lieu, et, du jour au lendemain, disparaissent, sans le secours de l'art, tous ces désordres graves que dominait l'état semi-pathologique de l'utérus.

L'étiologie est donc la source des indications curatives les plus précieuses, les plus essentielles. En dehors des données qu'elle fournit, on ne trouvera que hasards, empiriques applications de formules incertaines, et le scepticisme pour conclusion.

A. *Indications fournies par l'étiologie.* — Elles se rapportent : 1° aux causes prédisposantes ; 2° aux causes déterminantes ; 3° aux causes occasionnelles.

1° Eliminons d'abord ces dernières. Les *causes occasionnelles*, dont on a si singulièrement exagéré la valeur, ne jouent d'autre rôle, comme je l'ai dit, que de provoquer l'explosion de maladies imminentes, et méritent à peine d'être prises en considération au point de vue du traitement ; tout au plus peuvent-elles inspirer quelques précautions à peu près inapplicables.

2° Les *prédispositions* qui dépendent du tempérament ou de la constitution peuvent être parfois modifiées artificiellement, et il est également facile aux malades de se soustraire à l'influence du climat, lorsqu'il prend quelque part à la pro-

duction des affections nerveuses. Quant à celles qui résultent du sexe, de l'âge, de l'hérédité, etc., elles ne donnent réellement lieu qu'à des indications *prophylactiques*. Vouloir modifier ou détruire d'une manière absolue les prédispositions de ce genre, et surtout ces aptitudes idiosyncrasiques que j'ai signalées, serait, à mon avis, se méprendre sur la puissance de la médecine. Je les crois trop intimement, et je dirai presque trop physiologiquement, liées à l'organisme; nous ignorons trop complétement leur source et leur nature pour avoir la prétention de les annuler. Je rappellerai, à ce sujet, les faits cités, dans lesquels, après plusieurs guérisons successives, ces individus restent toujours aptes à contracter la même affection nerveuse dès que l'économie se trouve exposée à des influences pathogéniques identiques ou seulement analogues. Dans l'état actuel de la science, on ne doit donc opposer à ces prédispositions que des soins *prophylactiques*, dont, à la vérité, l'importance est extrême.

Il me paraît possible, en effet, de prévenir les manifestations de ces funestes aptitudes en imprimant une direction convenable à l'éducation physique et morale, en surveillant avec soin l'hygiène, la santé et les penchants. La thèse récente de M. Schnepf (1) contient des faits pleins d'intérêt, qui démontrent une fois de plus l'influence de l'éducation morale sur la prédominance des instincts, sur les aberrations du sentiment, qui constituent les aptitudes les plus favorables au développement de certaines aliénations. Mais dans l'observation trente-cinquième, empruntée au travail de M. Bourreau, on ne peut méconnaître toute l'importance de l'éducation physique; chez cette jeune malade, fille d'une mère portée à l'homicide, au milieu de conditions physiques déplorables, se manifestent les instincts les plus sauvages et une véritable soif de sang.

Placée à la Salpétrière et soumise à une hygiène réparatrice, la maigreur et l'étisie font place à l'embonpoint et à la santé, les appétits sanguinaires s'affaiblissent puis disparaissent; et bien plus! le sentiment se forme, les notions du bien et du mal cessent d'être confondues, l'intelligence, jusque-là rebelle, se plie à l'instruction, et cette jeune fille, tenant jadis plus de la brute que de l'homme, devient docile, affectueuse, intelligente et instruite. Ainsi, dans ces cas remarquables, il dépendait probablement de l'éducation physique de contenir la prédisposition que cette enfant tenait de sa mère, et je ne doute pas qu'il n'en soit souvent ainsi.

3° Les indications tirées des *causes déterminantes* méritent seules le titre de *curatives* parmi celles qui sont puisées dans la pathogénie, parce que les circonstances dont elles dérivent sont les seules réellement capables de produire ou d'alimenter les affections nerveuses, en même temps qu'elles leur impriment leur propre caractère spécifique.

Mais ici doivent prendre place quelques réflexions naturellement suggérées par les faits, et qui sont l'indispensable complément de l'étude analytique à laquelle je me suis livré.

Les diverses conditions étiologiques sont loin de se trouver toujours isolées et fort souvent se compliquent, en sorte que la névrose paraît être le résultat d'une influence pathogénique complexe qui donne lieu à des indications multiples. Ajoutons à cela les prédispositions aggravantes qui naissent du tempérament, de la constitution, de l'âge, des aptitudes héréditaires, etc., et nous aurons le mot des obstacles parfois insurmontables que rencontre le médecin dans le traitement de ces maladies. Je chercherai à indiquer brièvement les principales difficultés qui peuvent se présenter, sans essayer d'entrer dans les détails infiniment variés de leur solution.

Parfois coïncident chez le même individu deux ou plusieurs des causes énumérées plus haut, bien que l'affection nerveuse n'ait de rapport qu'avec l'une d'elles. Le médecin se trouverait alors placé dans une alternative fâcheuse, si, n'ayant aucun motif pour opter, le traitement applicable à l'une était de nature à aggraver l'autre. Tel serait le cas, par exemple, où la chlorose coïncidant avec la syphilis ou une affection inflammatoire chronique, l'emploi du mercure, des émissions sanguines, d'un régime sévère, du repos, des cautérisations, etc., serait indiqué.

Bien plus souvent l'action de ces causes semble se combiner et chacune concourt à sa manière au développement de la névrose. En pareil cas, ou bien ces influences multiples ont la même origine, ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, car l'indication thérapeutique peut s'en trouver singulièrement simplifiée; ou bien elles sont indépendantes les unes des autres et leurs effets s'additionnent et s'aggravent mutuellement.

Comme exemple du premier cas, je citerai l'observation cent cinquante-huitième, empruntée à M. Marotte. La chlorose et la dysménorrhée coexistaient chez cette jeune fille épileptique. Or, s'il est vrai que les douleurs utérines provoquassent les accès convulsifs, il est certain aussi que la chloro-anémie dominait tout l'état morbide, soit en altérant l'éruption menstruelle, soit en imprimant au système nerveux une disposition pathologique spéciale; et, comme le fait observer M. Marotte, « le véritable traitement prophylactique a été celui qui a combattu la cause première de la dysménorrhée en reconstituant le sang. » Au sujet de la dyspepsie, j'ai aussi indiqué des circonstances analogues; et chez la malade de la seconde observation les douleurs des doigts qui, bien manifestement, occasionnaient les convulsions, avaient leur origine dans l'état diathésique, source commune de tous les accidents observés.

La seconde hypothese se trouve fréquemment réalisée par le mecanisme de certaines hystéries auxquelles j'ai déjà fait allusion, et qui reconnaissent à la fois pour cause une maladie de matrice et un état diathésique, la chlorose ou l'anémie, dont les effets se combinent, donnant ainsi naissance à ces indications complexes que j'ai plusieurs fois signalées. D'autres exemples de même genre peuvent être empruntées aux névroses de la grossesse dont j'ai parlé assez au long. En semblable occurrence, on le comprend, les indications se multiplient comme les influences pathogéniques, mais c'est au médecin à discerner le rôle véritable qu'elles jouent, leur importance respective et à diriger le traitement en conséquence.

Enfin, les causes des maladies nerveuses peuvent se substituer, et les données thérapeutiques se modifier comme elles. Nous voyons, par exemple, dans l'observation cent soixante-dix-neuvième, une jeune femme frappée d'aliénation mentale dans l'état post-puerpéral par la suppression d'une sueur et les lochies, refuser toute nourriture et tomber dans un état de cachexie qui remplace la cause primitive : aussi le traitement tonique et ferrugineux ne tarde-t-il pas à déterminer une guérison complète.

Il serait impossible de prévoir ici tous les cas spéciaux dont la pratique offre des exemples; mais ils se rapportent surtout aux circonstances que je viens d'indiquer. Je crois donc ces détails suffisants pour mettre sur la voie des difficultés les plus communes et pour montrer combien les indications qui découlent de l'étiologie, doivent être envisagées avec discernement, sous peine, je le répète, de ne recueillir que des déceptions.

Aussi j'ai cherché à apprécier, autant que l'espace me l'a permis, le mode d'action de chacune des causes déterminantes; et, à part un très-petit nombre (1), il m'a semblé que d'après cette considération, on pourrait les diviser en quatre catégories :

1° Celles qui tendent à affaiblir l'organisme (chlorose, ané-

(1) *Des aberrations du sentiment*. Paris, 1855.

(1) Le froid et l'humidité, dont le mode d'action échappe à toute appréciation.

mie, cachexies, épuisement, maladies aiguës et chroniques);

2° Celles qui agissent en vertu d'une modification de l'économie ou d'un principe spécifiques (diathèses scrofuleuse et rhumatismale, syphilis, plomb, mercure, alcool, infection paludéenne, etc.);

3° Celles qui consistent en des influences sympathiques exercées sur le système nerveux;

4° Celles enfin qui consistent en des influences portant directement sur le système nerveux (passions, chagrins, contentions d'esprit, mouvements violents de l'âme, commotions nerveuses qui accompagnent ces attaques hystériques, épileptiques, etc.).

D'où quatre indications capitales qui peuvent coïncider, se combiner ou se substituer.

1° Reconstituer l'organisme;

2° Modifier les dispositions diathésiques spéciales, ou éliminer les principes spécifiques;

3° Guérir les affections qui engendrent les sympathies nerveuses, et diminuer, quand il y a lieu, l'éréthisme nerveux qui favorise ces effets;

4° Eloigner les influences capables d'agir directement sur le système nerveux.

(*La suite au prochain numéro.*)

Syphilis.

Nous commençons aujourd'hui la publication d'une discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie sur une question importante de syphilis, nous réservant de présenter prochainement nos remarques sur le sujet en litige.

M. Cullerier lit un rapport sur un *Nouveau traitement du chancre*, dont nous extrayons ce qui suit :

Je disais, il y a un instant, que le travail de M. Hammer soulevait une question de doctrine des plus graves; à savoir, s'il existe ou non une ulcération primitive pouvant seule produire l'infection générale de l'économie, et une autre ulcération contagieuse comme la première, transmissible comme elle par inoculation, mais se maintenant toujours à l'état local et étant toujours incapable d'amener à sa suite une infection constitutionnelle; la première ayant un caractère particulier toujours le même, toujours reconnaissable, l'induration; la seconde pouvant revêtir des aspects divers, mais conservant constamment l'apparence d'une plaie simple dans laquelle rien ne viendrait dévoiler la nature virulente, si celle-ci n'était mise hors de doute physiologiquement ou expérimentalement; ces deux espèces d'ulcérations se transmettant avec leur nature propre, l'une d'être fatalement infectante, l'autre de rester une affection toute locale, sans retentissement sur l'économie, et par conséquent provenant l'une et l'autre d'un virus particulier.

Déjà, il y a trois ans, dans un ouvrage des plus remarquables sur les affections de la peau symptomatiques de la syphilis, M. le docteur Bassereau avait longuement discuté ce point de doctrine, et il l'avait résolu par l'affirmative. Depuis, et tout récemment, il a été suivi sur le même terrain par M. le docteur Clerc, qui s'est également prononcé pour la pluralité des virus.

Suivant M. Bassereau, si l'on confronte tous les sujets qui ont été atteints de chancres suivis d'accidents constitutionnels avec les sujets qui leur ont communiqué la contagion, ou avec ceux auxquels ils l'ont transmise, on trouve que tous ces sujets, sans exception, ont été atteints de chancres et ensuite d'accidents constitutionnels. Jamais, chez eux, l'accident ne s'est borné à une action purement locale. D'autre part, si l'on confronte les sujets atteints de chancres qui n'ont déterminé aucun symptôme de syphilis générale avec les sujets qui les ont infectés ou avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, sans exception, être également atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé. Ainsi, jamais un chancre suivi d'accidents constitutionnels ne donne naissance à un chancre purement local, ni un chancre local ne peut communiquer par contagion un chancre qui sera suivi des symptômes universels de la syphilis.

Ces faits, dit M. Bassereau, constituent, par la régularité avec laquelle ils se reproduisent, une loi à laquelle il n'a jamais rencontré que des exceptions apparentes, et qui peut être formulée de la manière suivante : toutes les fois qu'un individu est atteint d'un chancre, puis des symptômes de la syphilis constitutionnelle, cette généralisation des phénomènes syphilitiques tient, avant toute autre chose, à ce que le sujet par lequel le malade a été infecté était lui-même atteint d'un chancre qui a dû obligatoirement être suivi d'accidents constitutionnels.

L'opinion de M. le docteur Clerc est exactement semblable, et il vient de le faire connaître dans un Mémoire dont le but est d'établir qu'il existe deux variétés distinctes de chancres syphilitiques, dont l'une est le chancre induré ou infectant, et l'autre le chancre non induré, non infectant; que chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique. Pour lui, un malade a un chancre infectant ou un chancre simple, non à cause de telle ou telle disposition inconnue, mais simplement parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même espèce.

Ces deux auteurs arrivent donc à un résultat identique, mais ils y arrivent par une voie différente; tandis, en effet, que M. Bassereau pense que le chancre simple est d'origine très-ancienne, que longtemps il a existé seul, sans jamais retentir sur l'économie et sans jamais produire d'accidents généraux; que, bien qu'il ressemble à la syphilis par ses propriétés contagieuses, il lui est cependant étranger, puisqu'il sévissait avant qu'elle fût connue; qu'enfin, depuis la grande épidémie du quinzième siècle, il marche côte à côte avec le chancre syphilitique, mais sans que sa nature en soit en quoi que ce soit modifiée. M. Clerc soutient que le chancre simple est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, et qu'il est l'analogue de la varioloïde ou de la fausse vaccine, d'où la dénomination de chancroïde, qu'il propose de lui appliquer. La divergence d'étiologie est donc grande entre ces deux auteurs, puisque, pour le premier, la vérole n'aurait jamais paru, que le chancre simple aurait toujours existé; tandis que, pour le second, le chancre simple est un dérivé du chancre infectant, et il n'a pu se modifier et perdre sa qualité première que par son passage sur un individu entaché du principe syphilitique constitutionnel.

Je dois ajouter que, pour étayer sa manière de voir, M. Bassereau a fait de grands frais d'érudition, et, j'aime à le proclamer, d'une érudition très-solide et de très-bon aloi, et que l'opinion de M. Clerc repose sur des données purement théoriques, bien qu'il invoque le témoignage de la plupart des écrivains postérieurs à Nicolas Massa, qui ont admis une première catégorie de malades avec chancre induré, bubon ne suppurant pas et infection syphilitique consécutive; puis une seconde catégorie avec chancres non indurés, bubons suppurants et pas d'infection constitutionnelle ultérieure, distinction bien importante des deux variétés du chancre primitif, qui, dit-il, n'a pu être obscurcie que par des idées de théorie ou de doctrine.

Cette question est assurément des plus sérieuses, car il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour juger de la gravité qu'elle peut avoir sur le pronostic des accidents primitifs de la vérole, quelle sécurité pour l'avenir elle peut inspirer, ou, au contraire, dans quelle déception elle peut entraîner le malade et le médecin.

L'idée de la pluralité des virus n'est pas nouvelle, et l'on sait qu'elle fut adoptée par Carmichael, qui l'a développée longuement. Toutefois, il faut le reconnaître, ce n'est pas avec sa simplicité actuelle que le chirurgien anglais la comprenait. Pour lui, en effet, il n'y a pas seulement variété dans les ulcérations primitives, mais bien variété aussi dans les symptômes constitutionnels qu'elles produisent. Je sais, dit-il, combien l'état de la constitution modifie les maladies locales, et je suis très-porté à attribuer à cette cause les nombreuses variétés de la maladie vénérienne; mais quelques ulcères primitifs offrent, dès leur apparition, des caractères différents, de sorte qu'il serait absurde de dire que le virus est toujours le même, et que la variété des formes qu'il revêt dépend toujours de la constitution des individus.

Pour Carmichael, le chancre type c'est le chancre induré; l'induration est pour lui, comme pour Hunter, un caractère distinctif des vrais chancres, et elle suffit à elle seule pour légitimer le traitement mercuriel, puisqu'il lui paraît certain qu'elle annonce le développement ultérieur d'accidents constitutionnels. Mais il ne regarde pas l'induration comme une condition indispensable de l'infection générale, et il donne indistinctement le nom de chancre ou d'ulcère vénérien primitif à ceux qui peuvent donner lieu à des symptômes consécutifs. Or, il admet que la plupart des ulcérations de la verge sont suivies d'une série de symptômes manifestement syphilitiques.

Ainsi l'ulcère sans induration, mais à bords élevés et à surface rongeante; ainsi l'excoriation simple du gland ou du prépuce sont suivis d'éruptions papulo-squammeuses, de douleurs articulaires analogues à celles du rhumatisme, d'ulcères à la gorge, de la tuméfaction des glandes lymphatiques du cou, mais sans nodus des os. Ainsi les ulcères gangréneux et rongeants sont suivis d'accidents constitutionnels remarquables par leur opiniâtreté, leur malignité, tels sont les pustules et les tubercules, qui forment des ulcères serpigineux, les ulcérations étendues du gosier et principalement de la paroi postérieure du pharynx, les douleurs articulaires coexistants avec des nodus des os, la carie ou la nécrose.

L'opinion de Carmichael et de quelques autres auteurs anglais se résume donc à dire que chaque ulcère primitif est suivi de symptômes constitutionnels qui lui correspondent, de sorte qu'à la vue d'une ulcération primitive, on pourrait annoncer par avance de quelle forme d'accidents le malade sera affecté plus tard.

Je devais rappeler la doctrine de Carmichael sur la pluralité des virus, mais je fais remarquer combien elle diffère de celle qu'on cherche aujourd'hui à introduire dans l'étude de la syphilis. D'ailleurs cette doctrine est jugée, et il n'y a pas un praticien qui ne reconnaisse que les variétés d'ulcères, dont il fait des espèces différentes, ne sont, en définitive, que des accidents dans la marche du chancre régulier qui tiennent à la disposition particulière des malades. Et, quoique Carmichael dise qu'il est absurde de croire que le virus est toujours le même, et que la variété des formes qu'il revêt dépend de la constitution individuelle, il faut avouer que cette absurdité est très-généralement adoptée, et que l'unité du virus syphilitique compte encore de nos jours un bien grand nombre de partisans.

Notre collègue, M. Ricord, a proclamé cette vérité depuis longtemps en disant, dans un langage qui, pour être pittoresque, n'en reste pas moins l'expression de la saine observation, à savoir, que le virus syphilitique est une graine toujours la même qui se développe suivant la nature du terrain dans lequel elle est implantée. Aussi a-t-il admis un seul chancre régulier pouvant se compliquer d'accidents, tels que l'inflammation, la gangrène, le phagédénisme, suivant les dispositions individuelles, réduisant ainsi à leur juste valeur les variétés du chancre dont Carmichael avait fait des espèces particulières. Puis, pour être conséquent avec lui-même, c'est également à une disposition particulière de l'individu et à son aptitude plus ou moins grande à être infecté constitutionnellement que M. Ricord attribue l'induration. Pour lui, le chancre induré n'est pas une espèce à part; il peut provenir d'un chancre simple ou déterminer un chancre simple, le phénomène induration n'ayant lieu que sur le sujet dont la constitution est apte à recevoir actuellement l'empoisonnement général.

L'idée de l'unité du virus syphilitique, telle que je viens de l'emprunter à M. Ricord, est à peu près universellement admise; mais la dissidence s'établit dès qu'il est question de l'induration, surtout quand on voit sortir de son école cette proposition : point d'induration, point d'infection constitutionnelle; cette proposition qui a suscité le travail de M. Hammer, et qui a été le point de départ de MM. Bassereau et Clerc.

Mais est-ce bien là l'opinion intime de M. Ricord, ou plutôt n'est-ce pas l'exagération de son opinion? Je serais disposé à le croire, si je m'en rapportais à ce que je lis dans ses notes à l'ouvrage de Hunter.

« On se tromperait bien souvent, écrit notre collègue, si, comme « l'indique Hunter, et comme semble le vouloir d'une manière plus « absolue M. Babington, on voulait toujours reconnaître le chancre « à la présence de l'induration de sa base. » Et plus loin : « L'induration de la base et des bords du chancre n'a d'importance réelle « dans le diagnostic que lorsqu'elle existe, car, je le répète, des « chancres privés de ce caractère n'en conservent pas moins toutes « leurs propriétés, tant sous le rapport de la contagion que sous celui « des accidents consécutifs. En somme, les signes pathognomoniques « univoques du chancre sont l'inoculation possible avec le pus qu'il « fournit à la période de progrès et les symptômes d'empoisonnement général. Mais comme il n'est pas toujours possible de re- « courir à l'inoculation pour éclairer le diagnostic, et qu'il n'est « pas permis d'attendre les phénomènes généraux pour se prononcer, « on est forcé de s'en tenir, dans le plus grand nombre des cas, à un « diagnostic rationnel d'autant plus incertain qu'on a affaire à des « chancres privés d'induration ou à des ulcérations qui peuvent s'ac- « compagner d'œdème dur. » Puis, dans sa vingt-huitième lettre sur la syphilis, M. Ricord se plaint qu'on lui ait fait dire qu'il n'y avait pas de syphilis constitutionnelle sans chancre induré, lorsqu'il a dit seulement qu'il n'y avait pas de chancre induré qui ne fût suivi d'accidents constitutionnels, ce qui, fait-il remarquer, n'est pas tout à fait la même chose.

Il me paraît donc évident, d'après ces citations, que M. Ricord est moins absolu que ses élèves, bien qu'on trouve encore dans ses écrits des réticences regrettables.

A côté de l'opinion de M. Ricord, qui pense que l'induration n'a lieu que lorsque l'économie se trouve apte à recevoir l'empoisonnement général, ou mieux lorsque celui-ci est déjà produit, et qu'infailliblement, en voyant l'induration, on peut être certain que d'autres accidents constitutionnels se montreront, il est bon de placer la manière de voir de M. Vidal (de Cassis), qui professe que le chancre est toujours plus ou moins induré. Voici comment s'exprime notre collègue dans son *Traité des maladies vénériennes :*

« On a rattaché à l'histoire du chancre induré des questions de « doctrine qu'on a peu élucidées. Tantôt on a dit : Le chancre induré « seul produit la syphilis ou est le point de départ de la vérole; tan- « tôt : C'est surtout ce chancre qui entraîne ces effets. Comme j'ai « établi que le chancre est toujours plus ou moins induré, il n'y a « pas à réfuter cette proposition. Mais ce serait alors le chancre « fortement induré qui serait la source des accidents consécutifs. « A cela je réponds que ces accidents consécutifs ont été observés « à la suite de chancres médiocrement indurés, à la suite de « la prompte cicatrisation de ceux qui sont considérés comme non « indurés. D'ailleurs ceux qui admettent le chancre induré comme « variété à part reconnaissent que l'induration ne s'établit ordinai- « rement qu'après le premier septénaire. Or, pendant ce premier « septénaire, l'infection a très-bien pu se faire, et elle n'attend pas, « en général, ce terme. Selon moi, au lieu de poser la question ainsi : « Le chancre induré produit-il à lui seul les accidents consécutifs ou « les produit-il plus souvent que les autres chancres? je crois qu'on « devrait plutôt dire : Quels sont les rapports du chancre induré « avec la vérole? Il est certain que l'état général a une influence sur « la forme que prend le chancre, et que là où se trouve déjà une « action qu'on pourrait appeler syphilitique, la réaction doit avoir « plus de prise. Ainsi quand le chancre persiste; quand de médio- « crement induré il le devient beaucoup, et au point de constituer une « variété à part, je crois qu'alors le virus syphilitique est depuis « longtemps parvenu dans l'économie; la cause de la vérole existe « donc, et l'économie est déjà infectée. Ce degré d'induration prouve « seulement que la diathèse s'est établie, car le chancre induré est « déjà un accident consécutif, une des expressions de la vérole con- « firmée. Mais là peut se borner l'effet de la diathèse, c'est-à-dire « qu'on peut avoir un chancre induré sans autre manifestation de « l'état général de la vérole. »

Ainsi, M. Vidal (de Cassis) n'admet pas la variété chancre simple, puisque à ses yeux l'induration existe toujours dès le début; seulement, pour lui, c'est du plus au moins; moindre, elle peut n'être pas infectante; plus intense, elle indique une réaction locale de l'intoxication générale. Il me semble qu'il n'y a là de différence que dans les mots. En tout cas, M. Vidal est unitaire.

Messieurs, quelque considération habituelle que j'aie pour les opinions scientifiques de nos deux collègues, je ne puis partager toute leur manière de voir. Je suis avec eux quand ils disent que le virus syphilitique est un, et que ses expressions varient seulement suivant les idiosyncrasies particulières; je suis avec eux quand ils admettent que l'induration du chancre est l'indice de la vérole constitutionnelle : aussi je comprends très-bien que dans leur *Traité des maladies vénériennes*, MM. Maisonneuve et Montanier rangent déjà l'induration dans le chapitre des symptômes secondaires. Je suis avec M. Vidal quand il avance que l'induration bien caractérisée peut être la seule manifestation d'une syphilis constitutionnelle. Je le crois, parce que j'en ai vu des exemples. Toutefois je me hâte de dire que je regarde ces cas comme on ne peut plus exceptionnels, et je n'oublie pas que d'autres symptômes fugaces peuvent échapper. Mais je me sépare de M. Vidal quand il prétend que tous les chancres sont plus ou moins indurés, quand il ne voit l'infection constitutionnelle apparente que dans une induration considérable. Je me sépare de M. Ricord quand il écrit que l'exagération de l'induration est en rapport avec la gravité des accidents qui vont suivre, et qu'il la considère comme un syphilomètre. (*Lettre* 28).

Je crois que dès que l'induration est constatée, on peut fixer à peu près l'époque à laquelle apparaîtront d'autres symptômes, mais que, suivant qu'on aura affaire à une induration des plus légères ou des plus prononcées, il est impossible d'augurer de la gravité plus ou moins grande des symptômes à venir.

Je crois que le chancre le plus simple, le plus exempt d'indura-

tion locale, peut être suivi d'accidents constitutionnels, je ne lui demande que d'être contagieux, afin de ne pas confondre des ulcérations accidentelles et nullement spécifiques avec l'ulcération virulente. J'ai vu chez des hommes de ma pratique particulière de ces ulcérations virulentes, simples, être parfaitement infectantes, et j'ai été dupe, au détriment de mon pronostic, d'une croyance que j'avais pu partager.

Tous les jours je suis témoin de faits semblables chez mes malades de Lourcine, et ici je fais un appel à ceux de nos collègues de la Société de chirurgie qui ont passé par cet hôpital, afin qu'ils disent s'ils n'ont pas vu, comme moi, de ces exemples en grand nombre. Mais ceux-ci sont tellement fréquents et ont été si souvent constatés, qu'il a bien fallu finir par avouer que les chancres indurés sont effectivement moins fréquents chez la femme que chez l'homme, et je crois que telle est aujourd'hui l'opinion de M. Ricord. Cependant, avant d'arriver à cette concession, que de contestations n'a-t-on pas élevées sur les faits observés par les chirurgiens de Lourcine, et quels doutes n'ont-ils pas suscités. Mais qu'on se rassure, les chirurgiens de Lourcine savent très-bien que l'inflammation simple peut masquer l'induration spécifique et faire croire à une autre forme de chancre, que l'induration est plus ou moins étendue, qu'elle peut n'exister qu'à la partie moyenne ou sur les bords des chancres. Ils connaissent, comme à l'hôpital du Midi, l'induration parcheminée, qui double certaines ulcérations larges et superficielles de la vulve, comme elle double certaines balano-posthites ulcéreuses, avec lesquelles d'ailleurs elles ont la plus grande ressemblance; enfin, ils sont au courant de toutes les variétés, j'allais dire de tous les caprices de l'induration.

Tout le diagnostic des chancres n'est donc pas dans l'état local, et quand l'induration y manque, c'est ailleurs qu'il faut la chercher, et c'est ce que ne font pas assez les fauteurs de la dualité du virus, qui n'établissent la nature infectante que sur l'état même de l'ulcération. Pour moi, lorsque l'induration manque dans un chancre douteux, c'est dans les ganglions correspondants que je vais trouver l'élément diagnostic, je ne dirai pas complémentaire, mais indispensable, et je ne vois pas pourquoi la réaction infectante, ne se faisant pas sentir dans l'ulcération même, ne porterait pas son action sur les ganglions qui dans ce cas se substituent au chancre, comme cela se voit tous les jours dans le cas de virulence, qui peut n'être pas infectant et ce qui constitue le chancre ganglionnaire.

Mais je vais plus loin, et j'affirme que j'ai vu bon nombre de fois la vérole constitutionnelle paraître après une ulcération des plus passagères, quelques jours à peine, sans aucune espèce de retentissement dans les ganglions correspondants, dans ceux du moins accessibles au toucher.

Ainsi, je puis résumer mon opinion sur le chancre en disant: Chancre induré, infection générale certaine. Chancre non induré, mais avec induration des ganglions, certitude encore d'infection générale. Enfin chancre non induré, ganglions non indurés, infection générale possible.

Les faits avancés par M. Bassereau étaient-ils de nature à modifier l'opinion que je soutiens? Non, car je vois que dans le plus grand nombre de cas de chancres simples l'état des ganglions n'a pas été interrogé ou il ne l'a été qu'au point de vue de leur suppuration possible, et la même omission se remarque dans le travail de M. Clerc. Ces deux auteurs mentionnent toujours scrupuleusement la pléiade ganglionnaire inguinale avec l'induration chancreuse; mais dès que celle-ci fait défaut, ils paraissent ne plus supposer qu'il puisse se passer dans les ganglions autre chose qu'une inflammation sympathique ou inflammation symptomatique de la nature virulente simple du chancre qu'ils ont sous les yeux. Tout leur diagnostic se borne à l'induration locale.

Chose remarquable! tandis que la plupart des élèves de l'hôpital du Midi considèrent l'induration comme le signe certain de l'infection, voici l'un d'entre eux, le plus distingué peut-être et l'un des plus autorisés en syphiliographie, notre estimable correspondant M. Diday, qui non-seulement n'attache pas une valeur absolue au phénomène de l'induration, mais qui professe qu'elle peut se montrer à plusieurs reprises à la suite de coïts contagieux chez des individus ayant eu bien manifestement une première vérole constitutionnelle, opinion radicalement opposée, comme on le voit, à l'un des dogmes favoris de M. Ricord, de M. Ricord que dans toute sa polémique M. Diday a soin de proclamer son maître et son ami, Son ami, il a raison de le dire bien haut, car il est des amitiés qui honorent; mais son maître, j'ai besoin qu'il le répète souvent, car je savais bien que M. Ricord édifiait, mais j'ignorais qu'il enseignât à battre en brèche son propre édifice.

Avec l'opinion que le chancre est infectant ou non, suivant la disposition individuelle momentanée, il est impossible d'admettre la dualité du virus, à plus forte raison quand on croit que l'induration n'est pas indispensable à l'infection. Aussi, à défaut d'un diagnostic différentiel un tant soit peu rigoureux, puisque celui-ci se borne à un seul caractère, l'incubation, que pour les besoins de la cause on cherche à réhabiliter, après en avoir, et avec juste raison, combattu l'existence, j'ai dû rechercher s'il y avait d'autres éléments de conviction dans cette théorie, et j'ai dû examiner la filiation que MM. Bassereau et Clerc attribuent à l'une et à l'autre espèce de chancre. Cette filiation est de la plus grande importance, car, si elle était réelle, il serait bien difficile de se refuser à admettre une nature particulière des différentes formes de chancres.

M. Bassereau nous dit qu'en remontant à la source d'une syphilide quelconque chez les hommes, il a constamment trouvé comme antécédent le chancre induré, et que, lorsqu'il a pu examiner la femme qui a donné le chancre induré, il a toujours constaté qu'elle même était atteinte et de chancre induré et d'une syphilis généralisée, et que, quand il a examiné les femmes qui n'avaient donné que le chancre simple, elles n'avaient elles-mêmes que le chancre simple. Mais M. Bassereau a la bonne foi d'ajouter que l'on peut se tromper sur la filiation du chancre, c'est-à-dire sur la véritable source à laquelle il a été puisé, ce qui peut arriver toutes les fois qu'un homme se trouve infecté quelques jours après avoir eu des rapports avec plusieurs femmes suspectes ou bien lorsqu'un homme a intérêt par discrétion ou autrement à ne pas désigner la personne qui l'a rendu malade. Or M. Bassereau parle surtout de ce qui peut se voir dans les hôpitaux, et je suis entièrement de son avis sur la difficulté que l'on y rencontre à obtenir des renseignements exacts. Mais, dans la pratique particulière, il est incontestablement plus facile d'arriver à la source certaine, et c'est là que l'on trouve des démentis à sa théorie, car on y voit des chancres indurés provenir de chancres simples, on y voit des chancres phagédéniques puisés chez des individus bien et dûment syphilitiques; on est loin, enfin, d'y rencontrer cette régularité de transmission tant invoquée. C'est là une vérité de pratique qu'on peut vérifier tous les jours.

M. Bassereau n'a donné que des faits confirmatifs de chancres indurés produisant des chancres indurés; il n'y a à cela rien d'étonnant, c'est la règle générale qui ne prouve que deux choses que nous savons tous: c'est d'abord que l'immense majorité des hommes est apte à recevoir la vérole constitutionnelle, c'est ensuite que celle-ci se traduit le plus ordinairement par l'induration du chancre.

Mais, quand M. Bassereau dit que, lorsqu'il a examiné la femme qui a donné un chancre simple non infectant, elle-même avait un chancre simple également non infectant, n'est-on pas en droit de lui objecter que, si l'infection générale n'est pas manifeste au moment où il examine ses deux malades, rien ne lui prouve qu'il ne le deviendront pas l'un ou l'autre et peut-être l'un et l'autre dans un laps de temps plus ou moins éloigné? Car il ne faut pas perdre de vue que les circonstances du double examen ne sont plus les mêmes. Dans le premier cas, celui du chancre induré, il a lieu souvent longtemps après la cicatrisation de l'ulcération et alors que ses conséquences sont manifestes, tandis que dans le cas de chancre simple ce n'est que pendant la période d'ulcération primitive que les malades sont examinés; aussi, s'il est facile de s'assurer que le chancre n'est pas actuellement induré, son pronostic ne peut-il être que très-incertain en tant que manifestations constitutionnelles.

Dans son mémoire sur le chancroïde, M. le docteur Clerc a cité treize faits de filiation des chancres; huit ont trait à la filiation régulière du chancre induré, cinq à celle du chancre simple Voici la treizième: « Un ouvrier typographe s'est présenté. il y a quatre mois, « à notre dispensaire pour y être traité de chancres multiples non « indurés du prépuce et du gland et de papules muqueuses de « l'isthme du gosier et de l'anus consécutives à un chancre unique « et infectant contracté six mois avant cette époque et dont il portait « la cicatrice. Pendant la durée du traitement de ces chancres sim- « ples, il eut des rapports avec une jeune fille et lui communiqua « les chancres: celle-ci, ayant ensuite cohabité avec un ami de notre « malade, ce nouveau venu a partagé le sort commun; il nous a été « amené atteint de sept chancres non indurés, non infectants. Ce « malade, garçon intelligent et curieux, nous entendant parler, à « propos de ses ulcérations, de cette migration du chancre d'un ma- « lade à un autre dans sa variété, nous avoua que, malgré son état « de santé, il avait eu des rapports avec une jeune fille et que le ré- « sultat de ce rapprochement avait nécessité l'entrée de sa victime à « l'hôpital de Lourcine. Nous annonçâmes à nos élèves que très- « probablement nous trouverions sur cette femme des chancres de

« même variété que ceux de notre malade. M. Cullerier examina « devant nous cette malade; elle portait cinq chancres disposés en « croissant à l'entrée du vagin, chancres non indurés et déjà notés « tels par M. Henry, interne du service. » Là s'arrête le fait de M. Clerc, c'est à moi à en donner la fin, et j'appelle sur ce point l'attention de la Société. C'est mon interne qui a rédigé l'observation.

Observation. — La nommée Elise P..., dix-huit ans, couturière, entrée à Lourcine, salle Saint-Louis, n° 5, le 3 août 1854.

A son entrée, on constate à la partie postérieure de la vulve cinq ulcérations rangées en forme de croissant; elles siégent sur de petites élevures mamelonnées; elles ont un fond grisâtre, sanieux, déprimé en godet et des bords taillés à pic.

Le vagin est le siége d'une inflammation intense, avec sécrétion muco-purulente; le col utérin est intact. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement engorgés, indolents; ils forment une pléiade manifeste, surtout dans les plus internes.

Traitement. Pansement simple, bains entiers, injections vaginales avec l'eau aluminée. M. le docteur Clerc, qui vint visiter la malade, nous dit que cette jeune fille a été infectée par un jeune homme atteint de plusieurs chancres au prépuce, non indurés et n'ayant pas déterminé d'accidents secondaires, et qu'ensuite elle a eu commerce avec un individu sain auquel elle a à son tour communiqué des chancres simples. M. Clerc pense, d'après cela, que notre malade n'aura pas de symptômes secondaires.

Le 21 août, aucun traitement spécifique n'ayant été fait, les chancres existent toujours; les ganglions inguinaux sont dans le même état d'engorgement indolent. La malade se plaint de perdre ses cheveux; cependant on ne voit rien sur le cuir chevelu.

Le 28, les chancres tendent vers la cicatrisation; il y a sur les grandes lèvres quelques ulcérations blanchâtres; on constate sur toute l'étendue de la peau du ventre et sur celle de la poitrine des taches de roséole. La chute des cheveux persiste, et l'on sent distinctement plusieurs ganglions occipito-cervicaux. La malade est mise en traitement par la liqueur de Van-Swieten.

Le 4 septembre, les chancres sont presque entièrement cicatrisés; quelques condylomes, dont l'un ulcéré, existent à l'anus.

Le 8, cicatrisation complète des chancres. Même état général.

Le 18, rougeur vive du pharynx, mais sans ulcérations. La roséole disparaît; les cheveux continuent à tomber.—Même traitement mercuriel; de plus, le vagin est touché deux fois par semaine avec la solution d'azotate d'argent.

Le 1er octobre, tout a disparu à peu près; mais le traitement mercuriel est considéré comme insuffisant, puisqu'il n'a été commencé que longtemps après l'entrée de la malade à l'hôpital, lorsque les symptômes constitutionnels se sont manifestés.

Le 30, sortie dans un état parfait de guérison.

Telle est, Messieurs, l'observation que j'avais dû rendre complète, lorsque M. Clerc publia son Mémoire, dans lequel il m'avait cité, afin que l'on sût bien que je ne partageais pas sa manière de voir. Je ne puis que répéter ce que je disais à cette époque, à savoir : qu'il était fâcheux que mon honorable confrère n'ait pas complété l'observation dont il n'avait donné que le début, car elle prouve précisément le contraire de ce qu'il avance, puisque des chancres simples considérés comme non infectants, contractés avec un homme ayant le même symptôme, puis communiqués sous la même forme à un autre homme, ont été suivis, chez cette femme, de roséole, d'alopécie, d'engorgements cervicaux, de condylomes à l'anus, symptômes qui ont nécessité un traitement mercuriel de deux mois et un séjour de quatre-vingt-huit jours à l'hôpital.

C'est en vain, ce me semble, que M. le docteur Clerc a récriminé contre e complément de l'observation, en disant que je n'étais pas en mesure d'affirmer que la malade n'avait pas eu de rapports avec d'autres hommes qui auraient très-bien pu lui communiquer un chancre infectant qu'elle n'aurait pas tenu de son client. J'avoue qu'à la rigueur cela était fort possible; mais je m'étonne qu'on se serve d'un pareil argument, quand soi-même on a assez de foi dans la filiation d'un symptôme pour la citer en faveur de son opinion. Assurément, si je n'avais rien dit, ce fait eût passé parmi les plus probants de la transmission toute spéciale du chancre non infectant. Je ferai remarquer aussi que, dans le cas présent, c'est vouloir tout obscurcir que d'attribuer, comme on l'a insinué, l'explosion de la manifestation constitutionnelle à un chancre induré antérieur, plutôt que d'y voir la conséquence de l'induration ganglionnaire actuelle à laquelle on n'avait même pas fait attention. Non, dans cette observation, je crois ne m'être trompé que sur un seul point; c'est celui de l'apparition des symptômes généraux, qui se sont fait attendre beaucoup moins longtemps que je ne supposais.

Au moment où j'écris ces lignes, je donne des conseils à un de nos confrères qui est affecté d'un chancre induré, de roséole et de plaques muqueuses pharyngiennes. Je n'ai pas visité la femme qui l'a infecté, mais ce confrère, qui avait de bonnes raisons pour faire un examen attentif, m'assure de la manière la plus formelle qu'elle n'avait au moment du coït qu'une ulcération sans la moindre induration locale et sans rien de bien apparent dans les aines, à ce point qu'il croyait à une simple affection herpétique de la vulve.

M. Clerc pense que le chancre non infectant est le résultat de la modification imprimée au chancre induré par une vérole constitutionnelle ancienne ou actuelle par suite de la loi indiquée par M. Ricord, à savoir : qu'on ne peut être atteint deux fois de syphilis générale. On ne saurait disconvenir que cette manière de voir est assez ingénieuse; mais voici un fait qui vient prouver contre elle, et qui en même temps est en faveur de la loi d'unicité.

Un jeune homme est affecté de chancre induré, puis de symptômes constitutionnels. Un traitement rationnel est suivi régulièrement, et tout disparaît. Au bout de quelques années cet homme gagne un nouveau chancre qui reste à l'état simple, sans retentissement sur l'économie. Le malade, fort éclairé d'ailleurs, mais ayant mal compris la portée de ce qu'il avait entendu dire, qu'on n'avait pas deux fois la vérole, n'attacha aucune importance à l'ulcération dont il était affecté, et n'hésita pas à se marier sans prendre aucun conseil médical. La jeune femme, comme on peut le croire, fut bientôt elle-même affectée d'un chancre. Mais celui-ci s'indura, se compliqua d'engorgements ganglionnaires, puis fut suivi, dans l'espace de temps habituel, d'une syphilide papulo-tuberculeuse générale, d'alopécie, d'impétigo du cuir chevelu, et plus tard d'accidents tertiaires.

Ce fait, qui a été bien observé, et dont j'ai été témoin avec nos honorables confrères MM. les docteurs Cazeaux et Coffin, me paraît des plus remarquables et l'une des meilleures preuves que l'on puisse donner contre l'idée de la dualité du virus. Il me paraît aussi un argument puissant en faveur de l'unicité de la vérole, dont M. Ricord a eu le tort de faire une loi absolue, tandis qu'il lui eût donné une plus grande valeur s'il n'en avait fait qu'une règle générale.

Je n'insisterai pas davantage sur les faits semblables à ceux que je viens de citer. Il n'est personne dans la Société de chirurgie qui ne puisse en trouver dans ses souvenirs. Le docteur Jeanssens (de Bruxelles) en a fait connaître plusieurs dans un article sur le sujet actuel qu'a publié en février dernier la *Presse médicale belge*. M. le docteur Langlebert en a rapporté plusieurs également cette année dans l'*Union médicale*. Enfin, je rappellerai que lorsque j'eus l'honneur de faire ici un rapport sur l'ouvrage de la syphilisation de M. Sperino, j'avais eu soin de mettre en relief ce fait qu'il énonçait lui-même, à savoir, que dans ses innombrables expériences avec du pus chancreux de toute forme, les différences dans les résultats ne varièrent que suivant les conditions diverses dans lesquelles se trouvaient les individus que l'on soumettait aux inoculations.

La théorie de la pluralité des virus ne prend pas les syphiliographes à l'imprévu, comme on affecte de le dire en insistant sur la nécessité d'étudier la question avant de se prononcer. J'ai cité Carmichael, j'ai dit que ses doctrines étaient jugées par l'expérience de tous les jours. Or, pour apprécier le rapport des accidents secondaires avec les accidents primitifs, il fallait bien étudier ces derniers. D'ailleurs, l'ouvrage de M. Bassereau n'est pas tout récent, et parmi les excellents chapitres qu'il contient, celui qui traite de ce point étant le plus capital, il a nécessairement frappé les observateurs, qui doivent être en état aujourd'hui de se prononcer pour ou contre, et comme l'opinion de M. Clerc est la même absolument, si ce n'est que l'explication qu'il donne est plus séduisante, il me semble que la question peut commencer à s'éclaircir, et qu'il est du devoir de chacun d'y apporter ses preuves.

Pour mon compte, si je ne crains pas de me poser en adversaire de ces idées nouvelles, c'est que non-seulement je crois avoir vu des faits qui leur donnent un démenti, mais c'est aussi que je ne puis admettre l'induration chancreuse comme le critérium obligé de l'infection constitutionnelle, et que c'est une opinion qui me paraît indispensable à l'acceptation de la dualité des virus, sous peine de tomber dans les abstractions et dans une logomachie déplorable.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la belladone dans des cas d'iléus et de constipation opiniâtre.

Par M. le docteur FIESSINGER.

La belladone m'ayant dans différentes circonstances rendu de grands services, et ayant lu avec intérêt tout ce que vous avez publié sur l'emploi de ce médicament, je prends la liberté de vous adresser quelques nouvelles observations d'iléus et de constipations rebelles, que je vous prie, si elles vous paraissent offrir assez d'intérêt pratique, de vouloir bien insérer dans votre excellent journal.

Observation I. — Fimmer (Elise), de Dinusheim, âgée de vingt-cinq ans, grande, de bonne constitution, de tempérament sanguin, est accouchée heureusement il y a quatorze mois d'un enfant bien portant. Cette femme n'était affectée d'aucune hernie et n'a jamais été malade avant le mois de mars dernier, époque à laquelle elle dit avoir été affectée d'un point de côté avec oppression, fièvre et toux, et depuis elle s'enrhume assez facilement.

Depuis une quinzaine de jours, cette jeune femme se sentait indisposée, éprouvait une malaise indéfinissable avec perte d'appétit, grande prostration, dégoût pour les aliments, etc., raisons qui la déterminèrent à sevrer son enfant le 13 juillet. Le lendemain, elle était allé chercher du fourrage à une certaine distance du village et en avait rapporté une assez forte charge sur sa tête, ce dont elle avait, d'ailleurs, l'habitude.

Le 15, pendant qu'elle était à la messe, elle avait ressenti des coliques qui se renouvelèrent de plus en plus fréquemment; le 16, elle vomissait tout ce qu'elle prenait, le ventre était devenu douloureux et les coliques plus violentes; constipation rebelle aux lavements depuis le 14.

Le 17 au soir seulement, on vint me consulter; je prescrivis une potion laxative à l'huile de ricin avec 0,10 d'extrait de belladone, à prendre par cuillerées à bouche, un cataplasme émollient et un suppositoire enduit d'onguent belladoné, 1 sur 3.

Le 18, je vois pour la première fois la malade, et je recueille les renseignements qui précèdent; la potion prescrite la veille a été rejetée par les vomissements, et le suppositoire n'a pas été introduit.

Je trouve la malade dans l'état suivant : traits profondément altérérés, face grippée, couverte de sueur, surtout au front; regard fixe, anxiété, pouls petit et fréquent, langue très-chargée, rouge à la pointe (elle vomit en ma présence l'eau sucrée qu'on lui donne pour la désaltérer), ventre énorme, ballonné à l'excès, tendu, dur, très sensible au toucher; l'ombilic est le siége de nombreuses phlyctènes, le moindre mouvement augmente les douleurs; les extrémités inférieures sont froides.

Elle avait rendu des matières muqueuses mêlées de bile, depuis la veille; au dire des parents, les matières vomies répandaient une fort mauvaise odeur. Je diagnostique un iléus, dont je ne puis saisir la cause.

Je prescris : bain de son prolongé; cinq pilules, composées chacune de 0,05 d'extrait de belladone et d'autant d'opium, à prendre une pilule toutes les trois heures; trois lavements avec une décoction de 25 centigrammes de feuilles de belladone à prendre dans les vingt-quatre heures; toutes les trois heures une friction prolongée avec un onguent belladoné, 1 sur 3, cataplasmes émollients et suppositoires enduits d'onguent belladoné; pendant qu'on préparait le bain, j'introduisis dans le rectum, dont le sphincter était fortement contracté, une épaisse mèche de charpie enduite du susdit onguent, et j'allai voir mes autres malades du village; à mon retour, une demi-heure après, je fus étonné de trouver la malade un peu mieux : les coliques étaient moins violentes et elle était un peu plus calme.

Le 19. Depuis la veille, la malade a pris quatre pilules, trois lavements, quatre frictions; elle est restée deux heures dans le bain; pendant la nuit, elle éprouva quelques gargouillements dans le bas-ventre, et rendit des gaz par le bas Le narcotisme est très-prononcé, rêvasserie, délire, on a de la peine à la tirer de son sommeil; malgré un peu d'amélioration et les symptômes cérébraux, je fais prendre la cinquième pilule et continuer les frictions, les cataplasmes et le suppositoire; je remplace les lavements belladonés par une décoction de son de froment et un peu d'huile de lin. Diète absolue, fomentations froides sur le front, sinapismes aux extrémités inférieures de la limonade végétale pour boisson.

Le soir même, le mari vient m'annoncer que sa femme va mieux, qu'elle a eu dans l'après midi une selle un peu liquide avec évacuation par le bas de beaucoup de vents, que le ventre n'est plus si tendu et moins douloureux, mais qu'elle continue à délirer.

Le 20 juillet. Pendant la nuit, la malade a eu quatre fortes selles de matières dures, foncées et répandant une odeur infecte; état comateux très-prononcé, le pouls s'est relevé, la face n'est plus grippée, la chaleur est revenue aux extrémités inférieures, le ventre est affaissé, mou, indolore, excepté sur les côtés où la pression est encore un peu sensible. Je considère cette femme comme convalescente; je suspends les narcotiques, je prescris des sinapismes aux extrémités inférieures, quelques lavements émollients. Cataplasmes sur le bas-ventre, compresse d'eau froide acidulée sur la tête et la limonade citrique.

Le 21 juillet. Depuis la veille une nouvelle selle; l'état comateux est moins prononcé, les pupilles sont encore très-dilatées, mais le voile que la malade avait devant les yeux n'est plus aussi sensible; elle répond avec peine aux questions qu'on lui adresse, mais, dès qu'on cesse de l'interroger, elle retombe dans son sommeil narcotique. Même prescription que la veille.

Le 22. Le ventre est revenu à son état normal, les phlyctènes se flétrissent, le narcotisme a beaucoup diminué; la femme demande à manger, je lui permets quelques bouillons et fais continuer les fomentations froides et la limonade.

A partir de ce moment, la malade va de mieux en mieux, et quelques jours après elle vaquait à ses occupations.

Cette observation m'a paru assez intéressante pour la reproduire dans tous ses détails.

Observation II. La femme Schmalhotz, de Mutzig, âgée de quarante-quatre ans, mère de plusieurs enfants, d'une constitution usée par la misère et les rudes travaux des champs, est affectée d'une hernie qu'elle retient par un bandage; depuis plusieurs années elle est malheureuse, et est souvent prise pendant son travail des symptômes de l'iléus; on est obligé alors de la rapporter chez elle : elle accuse de violentes douleurs d'entrailles; le ventre est douloureux et tendu, il y a constipation opiniâtre, elle rejette par le vomissement tout ce qu'elle prend. Les potions calmantes, les frictions, cataplasmes, lavements émollients et huileux, potions laxatives, etc., restent sans résultat. Alors j'eus l'idée de recourir à la belladone que j'administrai pour la première fois il y a quatre ans, à la dose de 0,15 à 0,20 centigr. par jour, en même temps que des suppositoires et des frictions belladonées (1 d'extrait sur 3 d'axonge); ce traitement suffit d'ordinaire pour débarrasser cette femme de ses coliques, faire cesser les vomissements et rétablir les selles. Je dois ajouter que je ne constatai jamais d'étranglement externe, et que je pus toujours facilement réduire la hernie.

Depuis, et très-souvent, je combats les constipations et les moindres apparences d'iléus auxquelles cette femme est sujette, par quelques pilules d'extrait de belladone, 10 à 20 centigrammes par jour; les pilules, tout en calmant les douleurs, font l'office d'un laxatif en provoquant toujours quelques selles, effet que je n'ai jamais pu obtenir chez cette femme par l'huile de ricin ou autres purgatifs.

Observation III. — Madame X..., mère de plusieurs enfants, épuisée par de longues maladies, souffrait, il y a quelques années, d'une gastralgie chronique et très-rebelle; cet état était accompagné de constipation opiniâtre, que des lavements répétés et toujours fort douloureux pour la malade ne pouvaient vaincre. Cette dame ne supportant pas les laxatifs qui étaient rejetés par les vomissements, j'imaginai de combattre cette constipation par d'épaisses mèches de charpie enduites d'onguent belladoné (1 sur 5) introduites dans le rectum, laissant la moitié de la mèche en dehors; cette opération, répétée au commencement tous les jours, plus tard à de longs intervalles, eut un plein succès, en combattant la contraction spasmodique du sphincter de l'anus, et en provoquant les selles, qui, d'abord rares et très-dures, finirent par s'établir régulièrement.

Je dois ajouter que cette dame, très-impressionnable, éprouva à plusieurs reprises un peu de narcotisme, par le seul effet des suppositoires belladonés.

Observation IV. — Le 25 juillet 1855, je fus appelé auprès de la fille Fahrbacher (Catherine), âgée de vingt-cinq ans, idiote, petite et maigre, mendiante, ne se nourrissant, depuis longtemps, que de pain qu'elle tenait de la charité publique.

La personne qui l'a recueillie me dit qu'elle se plaignait depuis quelques jours de douleurs dans le bas-ventre avec constipation; la sage-femme, qui avait été consultée, prescrivit une bouteille de Saidschutz, qui resta sans effet; à mon tour, je prescris une potion laxative à l'huile de ricin, qui est rejetée par les vomissements.

Le 26, il n'y a pas eu de selles; le ventre, dur, sensible, présente une légère dépression à droite, gargouillement dans la fosse iliaque du même côté; à gauche, le colon descendant est distendu par des matières stercorales et fait saillie sous les téguments; il y a matité.

Je prescris, en conséquence, 0,05 centigr. d'extrait de belladone toutes les trois heures, des frictions et des suppositoires belladonés (1 sur 5).

Le 28 seulement, je revois la malade, elle n'avait pris que quatre pilules; la veille elle avait eu plusieurs évacuations alvines de matières foncées et très-dures; le ventre n'est plus sensible et la saillie du colon a disparu.

Chez cette fille, l'action de la belladone a été presque nulle sur les centres nerveux. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*)

CORRESPONDANCE.

Monsieur,

Dans la rectification que j'ai faite d'une erreur émise par M. Piorry, dans sa réponse du 19 septembre, je n'avais pas spécifié que c'était sur sa pressante invitation.

Je ne croyais pas, en effet, que cela pût faire l'ombre d'un doute.

Meilleur juge que moi, M. Piorry, me prie de réparer cette lacune.

L'erreur, dont il était question, issue d'un renseignement inexact, répugnait à l'extrême bonne foi qui chez l'honorable professeur est la base invariable de toutes les relations.

G. Taquet.

Monsieur le Rédacteur,

Il s'est glissé une petite erreur dans l'article sur la couperose que vous avez bien voulu insérer dans votre dernier numéro et où, par parenthèse, mon nom a été omis. Ce n'est pas vingt-cinq pilules, mais *cent* qu'il faut faire avec la masse dont j'ai donné la formule, ainsi d'ailleurs que cela se trouve déjà indiqué dans l'*Annuaire Bouchardat* pour l'année 1848.

Rochard.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Choléra. — On lit dans les Annales de clinique de Montpellier: « Le choléra, qui *ravage si cruellement* plusieurs contrées de la France, Paris, Strasbourg, Bordeaux, Marseille, etc., semble vouloir épargner notre *cité médicale.* » (Ce sont les Annales qui soulignent.) — Notre savant confrère nous permettra de lui faire remarquer que c'est voir les choses beaucoup trop sombrement que de prendre pour des *ravages cruels* ce qui se passe à Marseille, et surtout à Paris, à Bordeaux, à Strasbourg, etc. M. Alquié a pu voir que la mortalité cholérique à Strasbourg s'était élevée à 250 environ dans un mois. Dans une population de 50,000 âmes, une telle mortalité ne peut passer pour un ravage. A Paris et à Bordeaux, la mortalité n'a pas été, jusqu'à présent, proportionnellement plus grande. — Quant au pronostic que le savant rédacteur porte sur l'état sanitaire futur de Montpellier, comme il ne peut se fonder sur aucune donnée scientifique, il rentre dans la catégorie des pronostics que les savants, et surtout les professeurs, ne doivent pas se permettre, même sous forme dubitative.

— Quelques lignes plus bas, M. le professeur Alquié écrit : « Après avoir traité les cholériques par *l'empoisonnement strychnique*, on les soumet actuellement à *l'empoisonnement sulfurique,* toujours à la plus grande gloire de la médecine empirique non raisonnée! Nous verrons sans doute bientôt quelques bons provinciaux préconiser, comme à l'ordinaire, de pareilles bévues. » — Nous croyons inutile de discuter si la médication qu'adopte M. Alquié, pour combattre le choléra, est plus rationnelle que beaucoup d'autres; quelle que soit cette médication, il est probable que nos lecteurs considéreraient toute discussion sur ce point comme oiseuse. Mais nous sommes heureux d'applaudir à l'anathème que M. Alquié lance et sur les cliniciens empoisonneurs et sur les imitateurs innocents qui acceptent tout ce qu'on leur envoie de certains laboratoires, sans réfléchir et sans comprendre (quelquefois, hélas! et pour cause!) Ceci nous rappelle un bien bon mot d'un de ces gobe-mouches. Un jour, je pris la peine de mettre en regard quelques passages de M. Trousseau dans lesquels l'illustre inspiré prouvait tour à tour que l'oxide d'antimoine était un remède héroïque et qu'il n'était que de l'eau claire; que le datura était le moyen sur lequel il comptait le plus et il comptait le moins, etc.

Le Béotien m'écrit : « Je ne partage pas votre opinion sur M. Trousseau. » — Quelle opinion, imbécile! car je ne t'ai pas dit la mienne; je t'ai seulement mis à même de t'en former une, si tu en es capable. — Mais cet effort était au-dessus de ses moyens. — Pour en revenir aux bonnes intentions de M. Alquié, nous croyons qu'il a eu tort de confondre le sulfate de strychnine avec l'acide sulfurique. On a beaucoup clabaudé contre le sulfate de strychnine sans autre raison, je crois, que la publicité donnée à ce mode de traitement par un journaliste non scientifique dont les excellentes intentions ne font de doute pour personne, et qui a cru rendre par cette publicité un service réel à la population; mais jamais, à notre connaissance, le sulfate de strychnine n'a été donné ni conseillé à des doses autres que celles qui sont usitées dans la médecine ordinaire.

— *Choléra.* — Une correspondance directe du Brésil nous annonce l'apparition du choléra dans cette contrée. C'est un fait à la fois triste et intéressant que l'invasion de l'épidémie dans l'Amérique du Sud. Jusqu'à présent le choléra n'avait point dépassé, en Amérique, la ligne équatoriale, et, chose remarquable, il en avait été de même, jusqu'en 1850, de la fièvre jaune. En 1850, la fièvre jaune franchit les vastes provinces du nord du Brésil, et envahit même celles au sud de Rio-Janeiro; en 1855, le choléra a franchi à son tour les mêmes espaces ou peu s'en faut. Dans la province Para (la plus septentrionale), l'épidémie a fait des ravages considérables, surtout à ce qu'on nous mande, dans la population nègre. Les ravages ont été moindres jusqu'à présent à Bahia, et enfin quelques cas douteux avaient été observés à Rio, au départ du paquebot; mais tout faisait craindre une invasion plus sérieuse.

— Nous avons reçu deux lettres, l'une de M. Foucher, sur le Mémoire de M. Scouttetten, l'autre de M. Tourrette, relative au traitement du choléra. Nous les publierons dans notre prochain numéro.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 5. N° 118. 3e année. Mercredi 3 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Sur le mécanisme de la formation du sucre dans le foie.

Par M. Claude BERNARD.

La question de la glycogénie continuant, à juste titre, à occuper l'attention du monde, nous publions aujourd'hui deux documents nouveaux qui s'y rapportent. Dans notre prochain numéro, nous essaierons d'en apprécier l'importance et la signification.

La fonction glycogénique du foie est une de celles qui ont eu le privilége d'attirer le plus vivement l'attention des physiologistes, des chimistes et des médecins, à cause de l'importance des idées qu'elle soulève en physiologie générale.

Après avoir, par des expériences nombreuses faites sur l'homme et les animaux, établi la généralité de cette nouvelle fonction, l'avoir étudiée dans ses conditions physiologiques et localisée dans le foie, je devais songer à entrer plus avant dans la nature du phénomène, et chercher à pénétrer le mécanisme intime de la production du sucre dans les animaux.

Les expériences nouvelles dont j'ai à entretenir aujourd'hui l'Académie sont destinées, je crois, à jeter une vive lumière sur cette partie intéressante de la question.

Il est inutile que je reproduise ici tous les faits incontestables sur lesquels j'ai établi la réalité de la fonction glycogénique. Depuis six ans, ces faits ont pris leur place dans la science, et je dois me féliciter de les avoir vu confirmer dans tous les pays par les physiologistes et les chimistes les plus compétents.

Néanmoins, comme dans ces derniers temps il s'est rencontré des auteurs qui sont venus introduire des expériences inexactes dans la question de la production du sucre dans l'organisme animal, j'ai cru qu'il était nécessaire, avant d'entrer en matière, de relever ces inexactitudes en rétablissant dans leur ordre et d'une manière très-succincte quelques-uns des faits fondamentaux qui servent de base à la théorie glycogénique.

Premièrement, j'ai dit dans mon Mémoire qu'il existe chez les animaux une fonction physiologique en vertu de laquelle il se produit de la matière sucrée dans l'organisme, parce que le sucre persiste toujours dans le foie et dans le sang chez les animaux carnivores dont l'alimentation ne renferme aucune substance sucrée. C'est là un fait capital ; car, il y a peu de temps encore, on admettait généralement que le sucre trouvé dans l'organisme était toujours introduit en nature par l'alimentation. Aujourd'hui personne ne discute plus sur cette question, et il reste parfaitement établi, depuis mes expériences, que le sucre (glucose) se produit dans l'organisme animal sans l'intervention des substances sucrées ou amylacées.

Deuxièmement, j'ai également dit que cette fonction glycogénique doit être localisée dans le foie. En effet, chez un animal carnivore le foie est en réalité le point central d'où part le sucre pour se répandre dans tout le corps, et, circonstance sur laquelle j'ai particulièrement insisté, le sang qui pénètre dans le foie par la veine porte ne renferme pas de sucre, tandis que le même sang qui sort par les veines hépatiques en contient toujours des proportions notables. On ne pouvait, d'après cela, s'empêcher de conclure que le sucre prend naissance dans le foie dont le tissu est du reste constamment imprégné de matière sucrée dans l'état physiologique.

Cette expérience, qui constituera toujours un des principaux arguments chimiques de la fonction glycogénique du foie, n'a trouvé, jusqu'à ce jour, qu'un seul contradicteur. L'auteur de ces contradictions est venu lire devant cette Académie trois Mémoires successifs destinés à combattre la fonction glycogénique dans les animaux.

Dans son premier Mémoire (2), l'auteur soutenait encore que le sucre ne peut exister dans les animaux sans une alimentation sucrée ou amylacée; et pour expliquer la présence du sucre qu'on rencontre dans le foie et dans le sang des carnivores, il avait dit que la viande provenant d'animaux herbivores doit contenir du sucre. C'est là une assertion que dément l'expérience; car jamais l'auteur ni personne n'ont constaté la présence du sucre dans la viande.

Dans son deuxième Mémoire (1), l'auteur admet ce qu'il avait nié dans le premier, et il reconnaît que le sucre se produit dans les animaux sans l'intervention d'une alimentation sucrée ou amylacée ; mais il essaye de prouver alors que le sucre, au lieu de se former dans le foie, ne fait que s'y condenser ou s'y accumuler : il suppose que la matière sucrée, prenant naissance dans le sang, arrive par la veine porte pour aller se déposer dans le tissu hépatique. D'après cette idée, l'auteur a été conduit à admettre non-seulement qu'il y a du sucre dans le sang de la veine porte, mais il a dû renverser les résultats de l'expérience tels que je les avais trouvés ; aussi a-t-il écrit dans son Mémoire que chez un animal nourri de viande crue on trouvait, deux heures après le repas, une plus grande quantité de sucre dans le sang de la veine porte que dans le sang des veines hépatiques.

L'auteur, mis à même de répéter cette expérience devant une Commission académique, a été dans l'impossibilité absolue de montrer la présence du sucre dans le sang de la veine porte, et la Commission a déclaré que chez un animal carnivore, dans la période de la digestion ci-dessus indiquée et au moyen de la fermentation alcoolique, seul caractère positif de

(1) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. XL, p. 228.
(2) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. XL, p. 674.

la présence du sucre, elle n'avait pas constaté de sucre dans le sang de la veine porte d'une manière appréciable, tandis qu'elle en avait trouvé des quantités notables dans le sang des veines hépatiques. En concluant ainsi, la Commission a reconnu l'erreur des résultats qui avaient été avancés, et a rétabli les faits tels que je les avais vus, ainsi que tous ceux qui les ont reproduits après moi.

Plus récemment, dans un troisième Mémoire (1), le même auteur prétend que s'il n'a pu montrer du sucre dans le sang de la veine porte, cela tient à ce qu'il existe une matière inconnue qui masque la présence du sucre en s'opposant à la fermentation; et il décrit à ce sujet des expériences dans lesquelles il dit avoir mis ce sucre en évidence en détruisant cette matière indéterminée qui le masque, au moyen de l'ébullition avec l'acide sulfurique ou azotique. J'ai fait cette expérience, ainsi que l'indique l'auteur, et après l'avoir répétée plusieurs fois avec soin, je dois déclarer que les faits avancés sont complétement inexacts. Le sang de la veine porte recueilli dans des conditions convenables ne fermente pas, même quand on l'a fait bouillir avec un acide, comme le dit l'auteur. Mais quand on se place ensuite volontairement dans les conditions où il peut se rencontrer du sucre dans le sang de la veine porte, conditions que j'ai déterminées depuis longtemps, alors on obtient directement la fermentation sans qu'il soit besoin d'aucun traitement préalable par un acide; et ce qui suffirait pour prouver que cette prétendue matière s'opposant à la fermentation n'existe pas, c'est qu'en ajoutant un peu d'une dissolution sucrée au sang de la veine porte avec de la levure, on voit la fermentation s'établir très-rapidement.

Les expériences qui servent de base aux divers Mémoires que je viens de citer étant inexactes, il n'y a pas lieu de relever toutes les erreurs physiologiques et toutes les contradictions dans lesquelles l'auteur a dû tomber après un semblable point de départ.

Je passe donc immédiatement à l'étude du mécanisme de la formation du sucre dans le foie, qui fait l'objet de ce travail.

MÉCANISME DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE.

Toutes les sécrétions ont nécessairement besoin pour s'accomplir de deux choses, savoir : 1° du sang; 2° d'un tissu glandulaire. Nous devrons chercher à apprécier quel est le rôle respectif de chacun de ces éléments dans la production du sucre.

En 1849, M. Schmidt, de Dorpat (2), sans connaître mon travail sur la fonction glycogénique du foie, insistait sur cette idée, que le sucre qui existe normalement dans le sang de l'homme et des animaux doit être regardé comme un des principes constitutifs de ce fluide ; il admettait que ce sucre se forme, comme l'urée ou l'acide carbonique, dans tous les points du système circulatoire et directement aux dépens de certains principes du sang. Pour cet auteur, la production du sucre dépendrait d'une oxydation des matières grasses qui circulent dans le sang, et il exprime son hypothèse à l'aide de formules chimiques que je n'ai pas à reproduire ici.

De son côté, M. Lehmann, de Leipzig, après s'être convaincu de la réalité de la fonction glycogénique du foie par ses belles analyses comparatives du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques dont l'Académie connaît les résultats (3), a été conduit à chercher aussi le mécanisme de la production du sucre dans le foie.

Ayant constaté que le sang sucré qui sort du foie par les veines hépatiques contient moins de fibrine et moins d'hématosine que le sang non sucré qui entre dans cet organe par la veine porte, M. Lehmann a pensé que cette dernière substance pouvait, en se dédoublant dans le foie, contribuer à la formation du sucre; et l'on sait que cet habile chimiste est parvenu à réaliser par un procédé très-ingénieux le dédoublement de l'hématosine cristallisée, qu'il a le premier obtenue, en sucre (glucose) et en une matière azotée avec laquelle il serait intimement combiné. M. Lehmann admet donc que le foie opère sa fonction glycogénique en dédoublant certaines substances albuminoïdes du sang en sucre et en des matières azotées qui, peut-être, entrent dans la formation des principes azotés de la bile.

M. Frerichs, de Breslau, qui a également confirmé mes expériences sur la formation du sucre dans le foie, aux dépens des aliments azotés, admet que cet organe accomplit sa fonction glycogénique en décomposant d'une certaine façon, et suivant des formules hypothétiques qu'il indique, des matières azotées qui donneraient naissance dans le foie à de l'urée et à du sucre (1).

Les hypothèses sur la formation du sucre dans le foie que je viens de rappeler, expriment toutes l'idée que l'on se fait généralement aujourd'hui du mécanisme des sécrétions. On pense, en effet, que l'organe glandulaire ne fournit rien à la sécrétion, mais que son tissu se borne à agir par une sorte d'action de contact ou catalytique sur les éléments du sang, qui traverse l'organe glandulaire au moment même où la sécrétion s'opère. Pour le cas particulier de la sécrétion du sucre dans le foie, nous avons vu, en effet, que tous les auteurs supposent que la matière sucrée se forme *directement* dans le sang.

Les faits que j'ai à exposer actuellement me paraissent de nature à prouver qu'il faut comprendre tout autrement la fonction glycogénique du foie, et qu'au lieu de chercher *dans le sang* la substance qui précède le sucre et qui lui donne immédiatement naissance, il faut la chercher *dans le tissu hépatique* lui-même.

Voici une expérience à laquelle j'ai été conduit et qui mettra ce fait en lumière ; je la décrirai avec quelques détails, afin qu'on puisse facilement en reproduire les résultats, qui me semblent très-importants et dignes d'intéresser à la fois les physiologistes et les chimistes.

J'ai choisi un chien adulte, vigoureux et bien portant, qui depuis plusieurs jours était nourri exclusivement avec de la viande, et je le sacrifiai par la section du bulbe rachidien, sept heures après un repas copieux de tripes. Aussitôt l'abdomen fut ouvert, le foie fut enlevé en évitant de blesser son tissu, et cet organe encore chaud et avant que le sang eût le temps de se coaguler dans ses vaisseaux, fut soumis à un lavage à l'eau froide par la veine porte.

Pour cela, je pris un tube de gutta-percha, long d'un mètre environ et portant à ses deux extrémités des ajutages en cuivre. Le tube étant préalablement rempli d'eau, une de ses extrémités fut solidement fixée sur le tronc de la veine porte à son entrée dans le foie, et l'autre fut ajustée au robinet du laboratoire de médecine du Collége de France. En ouvrant le robinet, l'eau traversa le foie avec une grande rapidité, car la force du courant d'eau était capable, ainsi que cela fut mesuré, de soulever une colonne de mercure à 127 centimètres de hauteur. Sous l'influence de ce lavage énergique, le foie se gonflait, la couleur de son tissu pâlissait et le sang était chassé avec l'eau qui s'échappait en jet fort et continu par les veines hépatiques. Déjà, au bout d'un quart d'heure, le tissu du foie était à peu près exsangue, et l'eau qui sortait par les veines hépatiques était entièrement incolore. Je laissai ce foie soumis à ce lavage continu pendant quarante minutes sans interruption. J'avais constaté au début de l'expérience que l'eau colorée en rouge qui jaillissait par les veines hépatiques était sucrée et précipitait abondamment par la chaleur; et je constatai, à la fin de l'expérience, que l'eau parfaitement in-

(1) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. XLI, p. 352.
(2) *Charakteristik der Epidemischen Cholera, etc.* Leipzig, 1850; p. 161 et suivantes.
(3) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. XL, p. 589.

(1) R. Wagner, *Handwœrterbuch der Physiologie*, tome III, 1re partie, p. 831.

colore qui sortait par les veines hépatiques ne renfermait plus aucune trace de matière albumineuse ni de sucre.

Alors le foie fut enlevé et soustrait à l'action du courant d'eau ; et je m'assurai, en en faisant bouillir une partie avec un peu d'eau, que son tissu était bien lavé, puisqu'il ne renfermait plus de matière sucrée. Son décoctum ne donnait aucun signe de réduction du liquide cupro-potassique ni aucune trace de fermentation avec la levûre de bière. Il s'échappait de la coupe du tissu hépatique et des vaisseaux béants une petite quantité d'un liquide trouble qui ne renfermait non plus aucune trace de matière sucrée. J'abandonnai alors dans un vase ce foie à la température ambiante, et en revenant vingt-quatre après, je constatai que cet organe bien lavé de son sang, que j'avais laissé la veille complétement privé de sucre, s'en trouvait alors pourvu très-abondamment. Il me suffit, pour m'en convaincre, d'examiner un peu du liquide qui s'était écoulé autour du foie, et qui était fortement sucré ; ensuite, en injectant avec une petite seringue de l'eau froide par la veine porte et recueillant cette eau quand elle sortait par les veines hépatiques, je constatai que ce liquide donnait lieu, avec de la levûre de la bière, a une fermentation très-abondante et très-active.

Cette expérience si simple, dans laquelle on voit renaître sous ses yeux la matière sucrée en abondance dans un foie qui en a été complétement débarrassé ainsi que de son sang, au moyen du lavage, est une des plus instructives pour la solution de la question de la fonction glycogénique qui nous occupe. Cette expérience prouve clairement, comme nous l'avons avancé, que dans un foie frais à l'état physiologique, c'est-à-dire en fonction, il y a deux substances, savoir : 1° le sucre très-soluble dans l'eau et qui est emporté avec le sang par le lavage ; 2° une autre matière assez peu soluble dans l'eau pour qu'elle soit restée fixée au tissu hépatique après que celui-ci avait été dépouillé de son sucre et de son sang par un lavage de quarante minutes. C'est cette dernière substance qui, dans le foie abandonné à lui-même, se change peu à peu en sucre par une sorte de fermentation, ainsi que nous allons le montrer.

En effet, cette nouvelle formation de sucre dans le foie lavé est complétement empêchée par la cuisson. Si l'on fait cuire, par exemple, la moitié d'un foie aussitôt après le lavage, on s'assure qu'au moment même son décoctum, généralement opalin, ne contient pas de sucre et qu'il n'en renferme pas non plus le lendemain, preuve qu'il ne s'en est pas développé. On constate, au contraire, dans l'autre moitié du foie qui n'a pas subi la cuisson, que la matière sucrée s'est produite déjà après quelques heures, et que sa quantité va graduellement en augmentant, au point d'atteindre quelquefois, après vingt-quatre heures, les proportions de sucre égales à celles que le foie contenait primitivement.

Cette formation glycosique est généralement terminée après vingt-quatre heures, et si, après ce temps, on soumet le foie de nouveau au lavage par le courant d'eau, de manière à lui enlever tout son sucre de nouvelle formation, on voit que généralement il ne s'en produit plus, parce que la matière qui le formait est sans doute épuisée. Il ne se dissout plus alors qu'une sorte de matière albumineuse qui accompagne toujours la production du sucre, bien qu'elle en paraisse complétement indépendante, ainsi que je le dirai plus tard. Enfin, cette formation glycosique m'a paru généralement plus rapide quand on multipliait le contact de l'air en coupant le foie en morceaux en même temps qu'on l'humectait avec de l'eau.

Nous avons dit plus haut que la matière hépatique, qui est susceptible de se changer en sucre, doit être peu soluble dans l'eau. Cette même matière se montre également insoluble dans l'alcool, ainsi que le prouve l'expérience suivante.

J'ai pris le foie d'un animal en digestion, j'ai broyé son tissu tout chaud immédiatement, ou mieux après l'avoir un peu lavé en injectant, avec une seringue, de l'alcool ordinaire par la veine porte, pour débarrasser le tissu hépatique d'une partie de son sang. Ensuite, je séparai les vaisseaux et nerfs du foie, en exprimant son tissu sur un tamis de crin assez fin, de manière à ne recueillir que la pulpe de l'organe qui passait par le tamis. Cette sorte de boue hépatique fut ensuite agitée, macérée et lavée avec de l'alcool froid à plusieurs reprises, afin de l'épuiser complétement du sucre qu'elle pouvait contenir, et de ne garder que les substances insolubles dans l'alcool. Cette pulpe hépatique fut ensuite recueillie sur un filtre et placée sur du papier Joseph, dans une étuve dont la température ne dépassait pas 40 degrés, et dans laquelle un courant d'air accélérait la dessiccation. J'avais soin de diviser la matière, afin que la dessiccation se fît d'une manière égale. J'obtins ainsi une substance pulvérulente, formée de la partie glandulaire même du foie, qui était bien desséchée et débarrassée de sucre, mais qui retenait avec elle la matière hépatique en question, susceptible de donner naissance à du sucre dès qu'on la remettait dans l'eau. En effet, lorsque j'humectais cette poudre hépatique avec de l'eau ordinaire, en laissant ensuite le tout à la température ambiante, je constatais déjà, au bout de quelques heures, que l'eau contenait des proportions très-notables de sucre. On ne pouvait pas objecter que le sucre qui se manifeste alors était resté retenu dans le tissu hépatique, parce que l'alcool est un moins bon dissolvant que l'eau ; car si j'ajoutais la poudre hépatique dans de l'eau maintenue en ébullition pendant quelques minutes, je ne remarquais plus aucune apparition de matière sucrée, ce qui se rapporte d'ailleurs parfaitement à ce que nous avons déjà dit de cette matière, dont la réaction glycosique dans le foie lavé à l'eau est également empêchée par la cuisson.

L'éther ne paraît pas non plus altérer la matière singulière qui nous occupe, car j'ai laissé macérer pendant plusieurs jours la pulpe hépatique, déjà préalablement traitée par l'alcool et desséchée, et j'ai constaté que cette pulpe conservait encore la propriété de former du sucre.

Je me bornerai à ces expériences pour aujourd'hui. La matière dont je ne fais ici, en quelque sorte, qu'indiquer l'existence, devra être isolée et étudiée ultérieurement avec soin au point de vue chimique et physiologique. J'ajouterai seulement, sous ce dernier rapport, que j'ai trouvé que cette matière n'existe dans le foie qu'à l'état normal ou fonctionnel, et qu'elle disparaît complétement du tissu de cet organe dans toutes les circonstances où la fonction glycogénique est arrêtée, circonstances que j'ai d'ailleurs déterminées depuis longtemps dans mon Mémoire. Cette matière appartient exclusivement au tissu du foie, dans lequel elle prend naissance, car j'ai constaté bien souvent qu'il n'y en a pas de traces dans le sang de la veine porte, non plus que dans le sang des autres parties du corps.

Enfin je ferai remarquer que pendant la vie cette matière, se renouvelant sans cesse dans le tissu hépatique sous l'influence de la nutrition, s'y transforme incessamment en matière sucrée, qui vient remplacer dans le foie le sucre que le courant sanguin emporte continuellement par les veines hépatiques. Après la mort, dans un foie extrait du corps, cette matière, sous l'influence de l'humidité, peut continuer à se changer en sucre jusqu'à ce qu'elle soit épuisée. Mais comme alors il ne sort plus de sucre du foie par la circulation, il en résulte que la matière sucrée s'accumule et que sa proportion augmente dans le tissu hépatique après la mort. Aussi le tissu du foie est toujours plus sucré le lendemain qu'au moment même où l'on sacrifie l'animal, et quelquefois cette différence est dans une proportion considérable. Tous les dosages que l'on a faits du sucre dans le foie doivent donc être revérifiés d'après la connaissance de ces nouveaux faits.

En résumé, le seul but de mon travail pour le moment, c'est de prouver que le sucre qui se forme dans le foie ne se produit pas d'*emblée* dans le sang, si je puis m'exprimer ainsi, mais que sa présence est constamment précédée par une matière

spéciale déposée dans le tissu du foie et qui lui donne immédiatement naissance. Si je me suis décidé à publier ce travail encore inachevé, c'est qu'il m'a paru utile, pour la solution de la question glycogénique qui nous occupe, d'attirer l'attention des chimistes sur des phénomènes qui ne leur sont pas connus et qui me paraissent de nature à changer le point de vue où l'on s'était placé jusqu'à présent pour comprendre chimiquement la production du sucre dans le foie. En effet, il ne s'agit plus maintenant de faire des hypothèses sur la provenance du sucre du foie ni sur la possibilité du dédoublement direct et immédiat de tel ou tel élément du sang pour produire ce sucre. Il faut chercher à isoler cette matière hépatique singulière qui lui préexiste, savoir comment elle se sécrète dans le foie, et comment ensuite elle subit les transformations successives qui la changent en sucre. Il y a probablement entre ces deux extrêmes, la matière insoluble telle qu'elle est sécrétée par l'action vitale du foie et le sucre qui en émane et sort de l'organe avec le sang des veines hépatiques, une série de formations intermédiaires que je n'ai pas vues, mais que les chimistes découvriront sans doute.

GLUCOGÉNIE

Note sur une nouvelle maladie glucogénique (ÉPHIDROSE SUCRÉE) et sur la glucogénie en général,

Par M. Mariano Semmola.

(*Extrait d'une Note communiquée à l'Académie des sciences.*)

Après quelques considérations générales sur la production du sucre dans l'économie, l'auteur pose ainsi qu'il suit la question qu'il a principalement eu l'intention d'éclairer dans son Mémoire :

« La glucosurie est-elle la conséquence d'un excès de sécrétion sucrée ou bien l'effet d'un défaut dans la combustion de la quantité normale de glucose ?

« Pour résoudre cette question, je crus devoir instituer deux ordres de recherches : 1° examiner si la glucosurie avait lieu à la suite des maladies du foie et des poumons ; trouver une donnée expérimentale du sucre consommé pour en déduire le degré d'activité sécrétoire et oxydante de l'organisme. »

Avant d'arriver aux résultats des recherches entreprises dans ce sens, l'auteur rapporte une observation de sueur contenant en abondance du glucose, une sorte de diabète cutané comme il le dit. En voici le résumé :

Obs. — « Thomas Marino, âgé de vingt ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, de constitution moyenne, peu sujet aux maladies. Il travaillait depuis trois ans à une fabrique de chapeaux et était exposé à une haute température, quelquefois à un feu de fourneau très-vif ; au début de ce genre de vie, il avait éprouvé de l'amaigrissement, mais sans malaise ; depuis, il l'avait bien supportée sans continuer à maigrir.

« Dans le mois de septembre 1853, il commença à éprouver un malaise sans cause connue, et après une vingtaine de jours, une faiblesse extrême s'empara de ses muscles ; il avait la plus grande peine à travailler ; son embonpoint diminua rapidement ; il éprouvait une soif vive ; mais sa digestion s'accomplissait parfaitement; son appétit était bon. Ce qui l'incommodait le plus, c'était une sensation de poids et de tiraillements douloureux depuis l'occiput jusqu'aux premières vertèbres du dos.

« Il suait abondamment dans toutes les heures du jour, et principalement la nuit ; dès que le sommeil s'emparait de lui, une abondante sueur se déclarait et le réveillait par la sensation de froid qui l'accompagnait bientôt. Il passait tristement le temps entre le besoin de dormir et l'obligation de veiller. Les pertes augmentaient chaque jour. Je le vis dans cet état pour la première fois, le 10 octobre 1853, à cinq heures de l'après-midi.

« Son visage était pâle, avec nuance jaune sale ; la peau était fraîche et toujours en moiteur ; le regard un peu terne, la vue affaiblie et quelquefois diplopique ; l'ouïe troublée par un sifflement non continu. Pouls faible, à 70 ; respiration pas sensiblement gênée ; l'auscultation ne dévoile aucun obstacle dans la perméabilité des voies aériennes. Les muqueuses accessibles à la vue étaient d'un rouge naturel, et, dans quelques points plus pâles. Absence complète de symptômes d'irritation ou de congestion dans les viscères abdominaux, le foie et la rate spécialement. Urines rougeâtres, plus foncées qu'à l'état normal ; leur réaction était peu acide. Intelligence intacte ; point de céphalalgie; de temps en temps légers vertiges, pendant lesquels il sentait une espèce de tremblement interne, inappréciable à la vue, dans les muscles des bras. »

L'auteur s'arrêta comme diagnostic à l'existence d'un trouble dynamique dans le centre nerveux correspondant à l'occiput (partie douloureuse) et *peut-être* à la présence, dans cette région, « de troubles histologiques que l'anatomie pathologique « n'a pu jusqu'ici dévoiler. » — « Prescription : une tasse de consommé toutes les trois heures, et, dans l'intervalle, une pilule de poudre de James et d'assa-fœtida ; bain à 24 degrés; vésicatoire à la région de l'occiput.

« 11 octobre. — Pas de soulagement ; faiblesse croissante. — Addition à chaque bouillon de cinq à six gouttes de teinture de gluten ; et outre le reste du traitement, de temps en temps une tasse d'infusion de fleurs d'arnica.— Les urines, de même que la sueur, avaient une réaction acide ; leur densité était 1022.— Le sucre y était absolument absent ; il n'y avait pas non plus d'albumine.

« 12 octobre. — Même état; appétit plus vif. Je fais ajouter 20 grammes de pain grillé dans chaque tasse de bouillon. M'étant aperçu que la chemise du malade, dans les points desséchés, était comme empesée, je voulus analyser la sueur, et, dans ce but, je lavai d'abord avec de l'eau distillée, puis avec de l'alcool bien pur, vingt chemises imbibées de sueur en sept heures (de 10 à 5 heures). Pour éviter toute erreur, ces chemises, avant d'être mises sur le malade, avaient déjà été lavées de la même façon, en sorte qu'elles ne pouvaient contenir que le sucre d'une seule transpiration. — Le liquide aqueux et alcoolique étant mélangés, ils furent soumis à la distillation au bain-marie. J'arrêtai l'opération quand le résidu, dans la cornue, fut réduit à consistance sirupeuse. Sa réaction était nettement acide; son goût franchement sucré. Je chauffai un peu de ce résidu dans une cuiller de platine; sa couleur devint de plus en plus brune ; bientôt il se dégagea une odeur de caramel, et le résidu brula en laissant à peine des traces de matières minérales. L'alcool absolu le dissolvait, sauf des traces à peine appréciables de substances insolubles. La potasse caustique chauffée avec une petite quantité de la liqueur examinée la faisait brunir fortement.

« Après ces épreuves, je dus croire à la présence du sucre dans la sueur. »

Ici l'auteur rend compte d'opérations confirmatives dans lesquelles il a obtenu la réaction cupro-potassique du sucre, et la fermentation, et avec une autre partie de la liqueur, les réactions de l'acide lactique. Il en conclut que c'est ce dernier acide qui acidifiait la sueur.

Revenant au côté clinique, l'auteur trouva, dans ce trouble de la fonction glucogénique, la confirmation de son diagnostic sur l'existence d'un trouble nerveux dans la région qui, d'après M. Bernard, préside à la sécrétion sucrée. Il pensa en même temps que cette maladie était fort analogue au diabète, et que la différence entre l'une et l'autre était un simple accident de la maladie, l'issue différente donnée au produit formé sous l'influence d'une même cause.

« 13 octobre. — Prescription : 600 grammes de viande rôtie, en trois repas; 100 grammes de pain de gluten ; 3 pi-

lules d'opium et de camphre. On suspend les autres moyens indiqués ci-dessus. — Dans la nuit, urines moins foncées, d'une densité de 1030, aussi acides, *donnant la réaction avec le liquide de Barreswil.* »

L'auteur indique ici d'autres réactions qui confirment la présence du sucre dans les urines.

Avant de chercher l'explication de cette succession de faits, l'auteur dit qu'il crut devoir continuer des expériences qu'il avait déjà commencées dans le même sens, et il se livra à l'analyse des urines et de la sueur toutes les douze heures, choisissant le moment où d'habitude elles étaient les plus abondantes.

Le résultat de ces analyses fut que les urines furent moins abondantes et plus denses que dans l'état normal; que l'urée y a été un peu, mais très-peu plus abondante; que les principes salins, le sel marin spécialement, ont été en plus grande quantité; que le glucose n'y a pas été constant et a été en rapport avec la qualité de l'alimentation. Les féculents rendaient les urines sucrées en quelques heures.

Quant à la sueur, on dut renoncer à en déterminer rigoureusement la quantité absolue; on la détermina seulement pendant une heure dans chaque moitié du jour, en choisissant approximativement les moments maximum et minimum. L'auteur a pu recueillir jusqu'à 65 à 78 grammes de sueur à la fois, et des analyses qu'il en faites, il est résulté :

1° Que la quantité moyenne de sueur rendue dans une heure était de 70 grammes (soit 1680 grammes par 24 heures);

2° Que la moyenne du glucose dans la sueur était de 20 millièmes, ayant son maximum dans la nuit et son minimum le matin; le genre d'alimentation ne l'influençait pas sensiblement;

3° Le chlorure de sodium était tellement diminué qu'on pouvait douter de son existence; le maximum trouvé a été de 0 gr. 095 sur 69 gr. 25 de sueur, c'est-à-dire de 1,37 pour 1000;

4° Il y avait dans la sueur une quantité considérable d'acide lactique libre.

Ces recherches terminées, l'auteur a voulu déterminer quels étaient les rapports entre les produits de la respiration et la sécrétion cutanée et rénale. A l'aide d'un appareil rigoureux qu'il a construit et dont il ne nous est pas possible de reproduire ici la description en l'absence de planches explicatives, il a fait douze analyses des produits de la respiration qui l'ont conduit aux résultats suivants :

1° La quantité moyenne de vapeur exhalée dans une heure a été de 20 gr. 42.

2° La quantité d'acide carbonique expiré dans le même temps a été de 29 gr. 72.

3° Le rapport moyen entre le poids du corps et la quantité d'acide carbonique expiré, peut être représenté par 0,531.

4° La vapeur et l'acide éprouvent des oscillations régulières, diminuant le matin, augmentant le soir; l'augmentation et la diminution de l'exhalation cutanée en sens inverse, ainsi que du glucose qui y était contenu, constituaient sans doute un moyen de compensation, et activaient ou ralentissaient les fonctions comburante et éliminatrice des poumons.

5° Une augmentation très-sensible des produits de la respiration avait lieu sous l'influence de l'administration d'une dose de pain.

6° La proportion de l'oxygène dans l'air expiré a été de 16,6; donc la quantité d'oxygène disparu a été de 4,3.

7° Les variations dans la proportion de l'oxygène de l'air expiré ont été déterminées par les mêmes causes que celles de l'acide carbonique.

Ayant exposé ces résultats, l'auteur revient à l'histoire de son malade; après un soulagement momentané, le 15 octobre, dans la sensation de l'occiput, à la suite de l'administration du camphre et de l'opium, tout reprit la même marche qu'auparavant; il ajouta alors au traitement précédent 60 cent. d'acide tannique, mais sans plus de succès. Enfin, ayant égard aux alternatives d'augmentation et de diminution des phénomènes morbides, M. Semmola fut amené à considérer la maladie comme « *une fièvre diaphorétique pseudo-continue sans fièvre.* » Il prescrivit en conséquence, le 19 octobre, 1 gramme et demi de sulfate de quinine avec une boisson sulfurique; on continua la viande et le pain. Dès le lendemain, il y eut une amélioration notable, et, au bout de huit jours, la sueur avait presque complétement disparu. L'auteur continua à prescrire 60 centigrammes de sulfate de quinine pendant un mois et 30 centigrammes pendant le reste de l'hiver. La santé et la constitution se remirent de plus en plus.

L'auteur, reprenant alors ses expériences sur l'activité respiratoire, obtint les résultats suivants :

1° La quantité d'acide carbonique expiré était augmentée (à peu près 32 gr. 50 par heure);

2° La quantité d'oxygène absorbé était sensiblement la même;

En d'autres termes, l'activité comburante du corps était diminuée parce qu'il y avait moins de principes hydrocarbonés à brûler.

La sueur était moins acide et il ne fut pas possible d'y trouver des traces de glucose. Elle ne différait pas sensiblement de la sueur normale.

L'histoire de ce malade paraissait terminée lorsque le 20 juin au soir, Thomas Marino est saisi d'un violent frisson qui dura deux heures et fut suivi de la fièvre, qui se termina par une sueur abondante. Le lendemain, à cinq heures, il y eut un refroidissement sans horripilations ni tremblement, sans fièvre aussi, mais en revanche suivi d'une sueur plus abondante que la veille; la sueur se reproduisit alors et fut bientôt suivie d'épuisement, de faiblesse du pouls, etc., comme la première éphidrose. Le sulfate de quinine triompha comme la première fois.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans cette seconde maladie, la sueur redevint sucrée, quoique moins que la première fois; les urines ne l'étaient pas, et la quantité d'acide carbonique expiré (analysé le troisième jour) était diminuée et réduite à 20 gr. 82. Ces résultats semblent contradictoires avec les précédents; mais il faut remarquer que le malade ne prenait que le bouillon d'un kilogramme de viande, en 24 h., et que la maladie avait débuté d'une manière plus aiguë.

Après avoir rapporté ce fait remarquable, l'auteur se livre à des considérations détaillées sur les rapports qu'il peut y avoir entre la fonction respiratoire, et il est amené par une série de raisonnements que nous ne pouvons reproduire, à formuler les propositions suivantes, qui résument à peu près complétement cette seconde partie de son travail.

« Les produits de la respiration se conservent dans la proportion moyenne de l'état de santé, et, ce qui est encore plus remarquable, au lieu de baisser, ils augmentent sensiblement en raison directe de l'augmentation du sucre dont l'organisme se débarrasse.

« Il y a une classe de maladies dans lesquelles le foie augmente la sécrétion du sucre sans que la respiration fût en aucune manière dérangée. »

Ainsi, lorque le sucre se fait jour par des voies anormales, ce n'est point parce qu'il n'est pas brûlé dans l'acte de la respiration, mais bien parce qu'il est sécrété en plus grande quantité par le foie.

CLINIQUE CIVILE.

Ulcère dû à un fragment de dent logé dans la langue et stimulant un cancer de cet organe.

Par M. le docteur HERBERT, médecin à Tillières (Eure).

L'observation suivante présente un fait extrêmement curieux

de corps étranger de la langue. Les conséquences pratiques auxquelles il donne lieu lui méritent une place dans les annales de la science.

Le nommé Boiton, de la commune de Touchet, âgé de quarante ans, d'une constitution robuste, vint me consulter, il y a quelques années, pour un mal à la langue qui le gênait et commençait à l'inquiéter.

Voici l'état de la langue. Cet organe était un peu tuméfié dans toute son étendue, mais surtout du côté gauche. A la face supérieure et à 2 centimères environ de la pointe, entre la ligne médiane et la partie latérale gauche, on voyait un petit ulcère de 3 à 4 millimètres environ de diamètre, d'un aspect grisâtre, assez semblable à un aphthe largement ulcéré, si ce n'est que les bords dépassaient le niveau de la surface environnante, et étaient légèrement renversés. Il s'en écoulait un peu de pus sans odeur appréciable, mais d'assez mauvais goût pour forcer le malade à cracher souvent. Il y avait une douleur sourde, constante, qui par moments devenait vive, aiguë, particulièrement pendant la mastication. Il y avait aussi de temps en temps un léger écoulement sanguinolent.

J'avoue que de prime abord je crus avoir affaire à un ulcère cancéreux. Mais alors je questionnai le malade; voici ce qu'il me dit : « Il y a dix à onze mois, je me fis arracher une grosse dent à la foire de Saint-Hilaire par un charlatan qui se trouvait là. Depuis j'ai toujours souffert plus ou moins à la langue. Au moment de l'extraction, j'éprouvai une vive douleur à la langue. Cette douleur continuant, je me mis à boire plus que de raison. En revenant chez moi, je sentis ma langue se gonfler, et dès le lendemain matin elle était au plein de la bouche. Je consultai pour cela un médecin, qui me dit qu'on m'avait blessé la langue, qu'il fallait me gargariser avec une décoction de guimauve et de pavot, et que cela guérirait ainsi. Au bout de quinze jours la langue était presque entièrement dégonflée, et je ne souffrais presque plus. Je restai dans cet état pendant deux ou trois mois; mais peu à peu les douleurs augmentèrent, un petit bouton se montra sur la langue et finit par crever (il y a au moins trois mois). Je consultai alors un autre médecin, qui me prescrivit un poudre blanche (probablement de l'alun) pour saupoudrer la petite plaie. Je n'ai point de soulagement; le mal ne fait qu'empirer. »

Après la relation de ces antécédents, je saisis la langue entre le pouce et l'index. Je sentis comme un noyau dur et résistant; puis la sonde, introduite dans la petite plaie, détermina par la percussion un bruit très perceptible à l'oreille. J'annonçai au patient que j'étais sûr qu'il y avait là un corps étranger, et qu'il fallait une incision pour l'extraire. Je fis cette petite opération, et, à mon grand étonnement, je retirai la moitié de la couronne de la première grosse molaire, enlevée onze mois auparavant par notre charlatan forain. Il est inutile d'ajouter que la guérison ne se fit pas attendre.

Cette observation me paraît curieuse à plus d'un titre :

1° Par sa rareté, je dirai même par sa nouveauté, car, pour moi, si je n'ose pas affirmer que ce soit le premier fait de ce genre, il est certain du moins qu'il y en a peu de semblables, et je n'en connais pas un seul analogue dans la science.

2° Par sa ressemblance avec un ulcère cancéreux.

Il est en effet digne de remarque qu'une ulcération simple, entretenue seulement par la présence d'un corps étranger, ait présenté la physionomie d'un ulcère malin, à tel point, je crois pouvoir l'affirmer, que l'œil du plus habile praticien eût pu s'y méprendre.

3° Par l'appui qu'elle vient apporter à la vérité de ce précepte, d'ailleurs si hautement recommandé en chirurgie, mais sur lequel on ne peut trop insister, à savoir : que, pour éviter bien des mécomptes, toute partie malade, quelle qu'elle soit, doit être explorée par tous les moyens dont l'art dispose, et soumise à l'investigation minutieuse des sens.

4° Elle prouve enfin qu'il n'est pas toujours sans danger de se confier à ces dentistes en plein air qui sacrifient volontiers la sûreté à la rapidité de leurs opérations, sachant bien que cette rapidité d'exécution est regardée par la foule comme la meilleure preuve d'habileté. (*Bulletin de santé.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 *septembre* 1855. — Présidence de M. Regnault.

Fonctions de la moelle. — M. Brown-Séquard lit un Mémoire dont nos lecteurs connaissent les principaux faits. En voici les conclusions :

« 1° Que les fibres des racines postérieures se portent en parties aux cordons postérieurs et probablement aussi en partie aux cordons latéraux ;

« 2° Que les fibres des racines postérieures qui se rendent dans les cordons postérieurs paraissent se porter en partie vers l'encéphale, en partie dans une direction opposée, de telle sorte que les unes sont ascendantes, les autres sont descendantes ;

« 3° Que les fibres des racines postérieures qui paraissent se rendre dans les cordons latéraux semblent aussi être composées de deux séries, l'une de fibres ascendantes, l'autre de fibres descendantes ;

« 4° Que les fibres ascendantes, dans les cordons postérieurs comme dans les cordons latéraux, paraissent être moins nombreuses que les fibres descendantes ;

« 5° Que ces deux séries de fibres (ascendantes et descendantes) paraissent quitter les cordons postérieurs et latéraux, après un court trajet, pour pénétrer dans la substance grise ;

« 6° Que la transmission des impressions sensitives ne s'opère que d'une manière passagère par les cordons postérieurs, les fibres sensitives ne faisant que passer dans une faible étendue par ces cordons ;

« 7° Que la transmission à l'encéphale des impressions sensitives venues du tronc et des membres s'opère en dernier lieu par la substance grise de la moelle épinière. »

Cette communication et celle de M. Bernard (*voir* plus haut) sont les seules qui puissent nous intéresser de celles qui ont été faites dans cette séance.

CORRESPONDANCE.

SUR L'OBSERVATION ET LA STATISTIQUE EN CHIRURGIE.

Monsieur le Rédacteur,

Sous le titre *Résumé des observations médico-chirurgicales faites à l'armée d'Orient*, vous avez donné accès, dans le *Moniteur* du 24 septembre, à un article de M. Scoutetten qu'il serait pénible de laisser passer sans réflexions. Déjà vous-même, dans les quelques lignes dont vous avez fait précéder cet article, aviez montré la velléité d'en faire la critique, et vous vous êtes demandé si vous n'aviez pas sous les yeux la narration d'un touriste racontant quelques impressions de voyage. Mais, mon cher Rédacteur, vous n'y preniez pas garde. Sans doute, si MM. Velpeau, Malgaigne, Nélaton, Laugier, Larrey, Baudens, etc., eussent été appelés à diriger le service médico-chirurgical des hôpitaux de Constantinople, l'on eût pu attendre d'eux, à leur retour, d'élégants récits, de vagues descriptions, de sentimentales bluettes à propos des soldats opérés ; car M. Scoutetten a soin de vous apprendre que ce sont là *des opérateurs de salon*. Mais lui, l'illustre militaire, il fait *de la chirurgie de bataille* (*sic*), son travail veut être sérieux, il l'expédie à toutes les sociétés savantes ; cela ne saurait être l'œuvre d'un médecin touriste, et c'est bien sur le terrain scientifique qu'il faut placer et suivre M. Scoutetten.

Nous passerons, si vous le voulez, condamnation sur le premier alinéa relatif à une affection se rattachant à l'acrodynie, tout en faisant remarquer que lorsqu'on a la bonne fortune scientifique d'assister à une épidémie de ce genre, l'on doit se montrer plus sévère et plus prolixe dans la description qu'on en donne, si l'on veut d'une part légitimer la place qu'on assigne à la maladie dans le cadre nosologique, et de l'autre être de quelque utilité aux médecins qui seraient appelés plus tard à faire de semblables observations. L'épidémie de 1828 a trouvé des historiens moins avares de détails dans MM. Chomel, Genest, Delmas, Dezeimeris, etc.

Vous avez peut-être, comme moi, remarqué la théorie un peu risquée de la gangrène par congélation qui atteignait, nous dit M. Scoutetten, grand nombre de nos soldats. Les journaux politiques, les

rapports des généraux, les correspondances particulières vous ont raconté les prodiges de valeur de nos terribles régiments ; nos zouaves, nos chasseurs d'Afrique, ont été proclamés invincibles. Grâce aux médecins des hôpitaux de Constantinople, l'on comprendra désormais cette remarquable solidité de nos troupes. Un Russe, un Cosaque qui a les jambes et les pieds morts, ne bouge plus ; mais un soldat français peut avoir les pieds morts et n'en courir que mieux, cela ne le gêne que quand il lui prend fantaisie de quitter ses bas et qu'il voit ses orteils suivre l'infime vêtement. Relisez plutôt cette phrase: « Lorsqu'on relevait la garde de tranchée, les hommes aux pieds « mortifiés se rendaient au camp comme les autres, ils y faisaient « quelquefois leur service pendant plusieurs jours sans connaître le « malheur qui les avait frappés... Ce n'était qu'après plusieurs jours, « lorsqu'ils ôtaient leurs bas, qu'ils constataient que la peau du pied « était grise ou brune, plus ou moins ridée, froide, insensible. Dans « quelques cas, ils enlevaient, en se déchaussant, un orteil desséché « ou plusieurs ongles des doigts du pied ; » et plus loin : « C'est ainsi « que j'ai vu des soldats ôter leurs chaussettes et y laisser un ou plu- « sieurs orteils, et une fois un homme eut son pied gauche qui se « détacha tout à fait. » Soyez donc surpris maintenant que Sébastopol n'ait pu résister à de tels hommes? Et puis saisissez le grand enseignement pratique que renferme cette phrase : Il reste évident, en effet, que l'on peut avoir les pieds et même les jambes mortifiés sans s'en douter, que cela n'empêche nullement de vaquer à ses affaires, d'accomplir les travaux les plus pénibles, jusqu'au moment où l'on a la malencontreuse idée de changer de bas; de telle sorte qu'il serait très-probablement possible de conserver les pieds mortifiés pendant toute sa vie, pourvu que l'on ait le soin de ne jamais quitter ses chaussettes.

Si maintenant, mon cher Rédacteur, vous avez voulu faire quelque attention au chapitre *opérations*, vous y avez remarqué la distinction importante en opérations primitives et en opérations consécutives, mais vous aurez aussi noté que les chiffres fournis par M. Scoutetten pour montrer les avantages des opérations primitives sur les opérations secondaires ne prouvent absolument rien, attendu que nul ne sait quelles furent les opérations pratiquées en Crimée, quelles furent celles laissées aux chirurgiens de Constantinople. Mais peut-être serons-nous plus heureux quant aux accidents qui ont compromis la vie des opérés, et allons-nous rencontrer une ample provision de faits.

C'est d'abord l'infection purulente, mais une infection purulente que nous ne voyons pas en France, et dont vous ne vous doutiez pas, vous, Monsieur de Castelnau, si compétent en pareille matière. Cette infection purulente ne tient pas à une résorption purulente, puisqu'il n'y a pas suppuration des parties molles.

Comment trouvez-vous cette raison péremptoire? Puis, plus loin, cela devient une absorption purulente opérée par les veinules, mais ce n'est là qu'un accident secondaire, car le point de départ est dans l'inflammation presque spontanée de la moelle osseuse, entendez-vous! Une inflammation spontanée de cette moelle que la scie vient de diviser. Et après tout ce fatras, comprenez la sévérité de M. Scoutetten qui veut apporter dans le langage une précision rigoureuse en désignant l'accident dont il s'agit sous le nom d'*ostéo-médullite*.

M. Scoutetten se plaignant du manque de précision du langage médical! Que pensez-vous de cela?... Tenez, mon cher rédacteur, il y a dans tout cet alinéa une mêlée de mots incohérents, d'idées qui jurent de se trouver ensemble et que l'on serait surpris d'y rencontrer, si, encore une fois, nous ne savions déjà que M. Scoutetten fait de la *chirurgie de bataille*.

L'article *hémorrhagies* contraste singulièrement avec le précédent : autant celui-ci cherchait à s'élever autant celui-là reste simple. Il nous apprend que les individus à constitutions détériorées sont particulièrement exposés aux hémorrhagies secondaires rebelles, nous savions cela. Passons!

Vient la pourriture d'hôpital dont, vous le savez, l'histoire laisse encore à désirer sur beaucoup de points. Eh bien! M. Scoutetten a été témoin d'un épidémie de ce genre, et l'on peut dire témoin aveugle, car il ne nous dit rien de la marche de la maladie, de ses caractères particuliers, de son mode de propagation, etc. Nous savons seulement que le perchlorure de fer n'a pas répondu à l'attente du chirurgien, malgré les recommandations réitérées de M. Burin du Buisson; ce n'est pas la première fois que ce tenace perchlorure refuse d'obéir aux injonctions du pharmacien lyonnais. Vous avez dû aussi, mon cher rédacteur, être très-heureux d'apprendre que les Russes qui boivent beaucoup de liqueurs alcooliques résistent longtemps à l'action du chloroforme.

Tous ces petits articles ne sont que de minces préambules pour arriver au grand chapitre : *Procédés opératoires*. Là le grand praticien militaire triomphe; jusqu'alors il y avait quelque chose de tortueux, d'embarrassé dans ses allures, il suivait les dédales de la tranchée ; mais le voilà d'aplomb sur son terrain ; aussi quelle marche assurée! quel langage aphoristique! ce sont des sentences qu'il laisse tomber de la hauteur de son génie chirurgical.

L'amputation ovalaire de la jambe par le procédé de son collègue M. Sédillot est une mauvaise opération. Laissons, si vous le voulez, au savant professeur de Strasbourg le soin de justifier son procédé. Mais voici une autre découverte : en chirurgie militaire, il ne faut pas amputer la jambe à sa partie inférieure, parce que les soldats ne possèdent pas plusieurs centaines de francs pour acheter le jambe artificielle de Mille ou de Martin. Cela est vrai incontestablement, et c'est justement parce que les ouvriers de nos villes ne sont pas plus riches que nos soldats, qu'ils ont aussi besoin avant tout de trouver dans la jambe artificielle un point d'appui solide et non douloureux, que les chirurgiens des hôpitaux, tout en reconnaissant certains avantages à l'amputation sus-malléolaire en font ressortir les inconvénients?

On ne conçoit donc pas cette emphatique boutade de M. Scoutetten, quand il s'écrie: « Non, ce n'est pas là de la chirurgie de ba- « taille, et il faut le dire hautement pour arrêter l'imagination de « nos jeunes médecins militaires séduite par des faits incomplets « ou par les discours habiles de quelques opérateurs des salons de « Paris. »

Et c'est l'auteur du travail le plus dépourvu de faits, le plus incomplet possible qui parle ainsi, et qui n'a pas compris qu'avec un écrit comme le sien on ne pouvait acquérir que le droit d'être modeste.

La désarticulation fémoro-tibiale est une opération assez rarement pratiquée pour que M. Scoutetten profitant des fréquentes occasions qui lui ont été offertes d'en suivre les résultats, ait pu nous les faire connaître; mais non, il aime mieux se borner à condamner l'opération.

Vous savez, mon cher Rédacteur, que la résection de la tête humérale est entrée désormais dans le domaine de la chirurgie opératoire ; cependant c'est encore une opération dont les indications sont assez rares, M. Scoutetten nous apprend qu'elle a été pratiquée fort souvent à Constantinople; rien de plus. Combien de fois? quel a été le nombre des guérisons? quel était l'état des malades guéris? Nous n'en savons rien. Mais voici un aveu auquel vous ne vous attendiez pas : la résection du coude est une mauvaise opération, parce qu'il est très-difficile de ne pas couper le nerf cubital. Mais M. Scoutetten ignore donc que les opérateurs des salons de Paris pratiquent cette résection et ne coupent pas le nerf cubital ; que les élèves de l'école pratique de Paris font aussi cette opération sans léser le nerf?

Ainsi tout ce chapitre sur les procédés opératoires ne renferme en réalité rien que des assertions qui ne s'appuient pas sur les faits, c'est vous dire qu'il ne contient rien qui mérite d'attirer un seul instant l'attention.

Puis quelle statistique! Les malades sont divisés en deux catégories : *fiévreux* et *blessés*. En bonne conscience, qu'est-ce que cela signifie? Ne faut-il pas laisser tout au plus figurer cette division sur les tableaux de l'intendance.

Comment! M. Scoutetten a été à même pendant huit mois, de voir, comme médecin en chef, dans les hôpitaux de Constantinople, 4,684 blessés et 14,156 fiévreux, et il n'a pu trouver là l'occasion de communications plus neuves; il n'a pu élucider aucune des questions petites ou grandes qui surgissent en masse sur ce vaste champ d'études ; cette pratique médico-chirurgicale immense ne lui a rien révélé? Quoi! pas même un mot sur le mode de pansement des blessés, sur l'influence du climat, etc.; pas un mot précis sur les résultats obtenus.

Est-ce ainsi que ses devanciers, que ses contemporains de l'armée ont su mettre à profit les cruels événements qui se passaient sous leurs yeux et les ont fait tourner au plus grand avancement de la science? Est-ce ainsi qu'ont procédé Larrey et Dupuytren? Est-ce ainsi que M. Baudens a étudié les plaies d'armes à feu en Afrique? Etait-ce ainsi, enfin, qu'avaient observé les membres de l'Académie de médecine, ceux de la Société de chirurgie qui ont, en 1848, pris part aux mémorables discussions sur les plaies d'armes de guerre.

A quoi bon, je vous prie, quand on a un nom en chirurgie, noircir quelques pages de papier, si l'on a rien à dire?

Comment interpréter ce manque de précision et de sévérité dans les observations? pourquoi cette absence de détails indispensables?

Ou bien M. Scoutetten a pu seulement, chaque matin, en grand uniforme, se promener dans les hôpitaux de Constantinople, et jeter un coup d'œil rapide sur ses malades, et alors il ne lui appartenait pas d'en parler; ou bien il les a bien vus, il les a réellement observés,

il a pris quelques notes, et il n'a cru devoir mieux faire que ce qu'il nous a donné ; et alors, oh ! alors !... c'est très-fâcheux.

Permettez-moi, en terminant, d'espérer que la chirurgie militaire qui, à notre époque, comme dans les âges précédents, compte dans ses rangs des hommes aussi dévoués que savants, ne nous a pas encore communiqué tout ce qu'elle a appris, et que la campagne de Crimée portera aussi loin les progrès de la chirurgie qu'elle porte haut la gloire de nos armes.

Agréez, etc. Docteur E. Foucher.

Chambly (Oise), 20 septembre 1855.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans une communication de M. le docteur Deroy à l'Académie des sciences, au sujet de la non absorption des médicaments, et particulièrement du sulfate de strychnine, dans la période algide du choléra, M. le docteur Abeille s'est élevé avec raison contre l'opinion qui refuse ce pouvoir à cette fonction. Ce médecin fait ensuite observer : « que les guérisons obtenues quelquefois dans cette période, si elles ne sont pas nombreuses, prouvent au moins que l'absorption n'était pas entièrement éteinte. » Puis, ces prémisses établies, on prévoit facilement la conséquence, *l'absorption du sulfate de strychnine*, et avec lui la guérison du choléra, qui serait, d'après cet honorable confrère, le spécifique de cette maladie, qu'il regarde, avec la plupart des médecins, comme une altération primitive du système nerveux.

Quoiqu'il soit vrai que l'absorption s'exerce encore dans cette période avancée, comme je l'ai démontré dans ma brochure sur le *traitement curatif et prophylactique du choléra*, et dans une lettre publiée dans le n° 139 du *Moniteur des Hôpitaux*, 23 novembre 1854, ne peut-il pas se faire, que dans une maladie aussi exceptionnelle que le choléra, certains agents thérapeutiques soient réfractaires à l'absorption? Le sulfate de strychnine me paraît offrir cette particularité, puisque M. le docteur Deroy a pu impunément l'administrer à des doses énormes à ses malades dans la période algide, et que les expériences de MM. les docteurs Vernois et Duchaussoy, faites dans le but d'étudier l'absorption dans cette période avancée de la maladie, démontrent la non absorption de ce médicament, tandis que l'iodure de potassium aurait été retrouvé dans les glandes salivaires et pancréatiques d'un malade à qui on avait administré 5 grammes, tant en potions qu'en lavements.

Ces expériences prouveraient donc que dans cette maladie, même dans la période algide, l'absorption n'est pas complétement détruite, mais que le sulfate de strychnine, par exemple, est réfractaire, à quelque dose qu'on l'administre dans l'algidité. Au contraire, dans des périodes moins avancées, où, de l'avis de tous les médecins, l'absorption existe toujours, le sulfate de strychnine paraît pouvoir être absorbé.

Ainsi, d'après M. le docteur Abeille, sur soixante malades auxquels le médicament a été administré, trois malades seulement ont éprouvé, et encore à un léger degré, quelques-uns des effets physiologiques. « Tous, dit ce médecin, ont perçu le goût d'amertume du médicament, et tous aussi, à l'exception d'un seul, ont guéri. » Néanmoins, pour prouver que le sulfate de strychnine est bien l'agent curatif du choléra, malgré l'absence de tout effet physiologique dans la période algide, M. le docteur Abeille s'appuie comme moi sur l'état pathologique exceptionnel du choléra.

Cependant, en général, lorsqu'un médicament énergique comme le sulfate de strychnine ne manifeste aucun effet physiologique administré à hautes doses dans la période algide, il est évident qu'il n'a pas été absorbé. Administré, au contraire, à des doses variant de 1 à 3 centigrammes par jour, sur plus de soixante cholériques, à des périodes moins avancées, et lorsque, sur ce nombre, trois malades seulement ont ressenti quelques effets physiologiques, à moins qu'on ne se place au point de vue des homœopathes, je dis que le sulfate de strychnine n'a pas été donné en quantité suffisante.

En effet, M. le professeur Trousseau, cité par M. le docteur Abeille, n'a obtenu des effets physiologiques du sulfate de strychnine que lorsqu'il l'a porté à la dose de 7 centigrammes, dans des maladies autres que le choléra, et cependant ce professeur pense qu'avant cette prise de 7 centigrammes, le médicament avait dû être absorbé.

Mais puisque le sulfate de strychnine, soit à doses élevées dans la période algide, soit à doses trop minimes dans des périodes moins avancées, n'a aucune part dans les guérisons obtenues par M. le docteur Abeille, à quoi donc attribuer ces guérisons?

Si, comme j'ai la certitude de l'avoir prouvé, le choléra consiste dans la soustraction plus ou moins grande de la partie aqueuse du sang, par suite de l'introduction d'un agent délétère, inconnu, dans le système sanguin par les voies respiratoires, et que la guérison ne puisse s'obtenir qu'à la condition expresse de rendre au sang cette sérosité ; les boissons aqueuses, l'eau, enfin, l'agent d'absorption par excellence, possédant seules ce privilége, à elles seules aussi, et non au sulfate de strychnine, revient l'honneur de la guérison du choléra? Car, en étudiant le traitement que M. le docteur Abeille a fait suivre à ses cholériques, nous voyons qu'il a usé largement des boissons aqueuses, chaudes, à la vérité; seulement, afin qu'elles ne fussent pas vomies, notez la contradiction, il avait soin de faire avaler, aussitôt après, des morceaux de glace, de sorte que s'il n'avait pu s'en procurer, les boissons chaudes auraient bien pu être rejetées, au grand préjudice de ses malades. Puis, quoiqu'il ne paraisse pas attacher une grande importance à la diminution de la partie séreuse du sang, il ne négligeait pas pour cela tous les moyens qui pouvaient contribuer à la lui rendre, tels que les bains prolongés, soit simples, soit alcalins ou électro-chimiques, comme le veut M. Pennes (1); les lavements fréquemment répétés, moins les injections d'eau dans la vessie, proposées par M. le professeur Piorry, et qui, sauf la difficulté de l'application, rentrent dans l'esprit de mon traitement, qui consiste à restituer à tout prix, et par quelque voie que ce soit, au sang, l'eau qu'il a perdue. D'ailleurs, comment expliquer la guérison de plus de cent cholériques, à des degrés divers, que j'ai obtenue par l'eau froide seule, s'il n'y avait pas d'absorption, dans cette période extrême, pour les liquides surtout, comme on l'a prétendu, et si le sulfate de strychnine était véritablement le spécifique du choléra?

Je viens de dire que M. le docteur Abeille n'attache pas une grande importance à la diminution de la partie séreuse du sang, voici ce qu'il dit à ce sujet : « D'autre part, si ces recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques sont parvenues à mettre au jour et à préciser certaines altérations du sang, telles que la chute de l'eau à un chiffre fort inférieur, l'élévation relative des globules et la diffluence de la fibrine, ces altérations ne paraissent qu'à un certain moment de la maladie, et disparaissent à un certain autre, preuve évidente qu'elles ne constituent pas la maladie au fond. » Voyez *Moniteur des hôpitaux*, n° 93, 5 août 1854.

Quand bien même cette assertion serait vraie, ce que je ne crois pas le moins du monde (car il faudrait connaître le rapport qui existe entre le caillot et le sérum avant la maladie et pendant la réaction chez chaque malade, puisque ce rapport varie chez tous les individus), ne faut-il pas encore tenir compte des altérations organiques par suite de la stase du sang privé de sa lymphe dans le système vasculaire. Il est, en effet, facile de concevoir que ces lésions doivent jouer un rôle important dans l'issue de la maladie. Les aliénations mentales, les paralysies observées à la suite du choléra n'ont probablement pas d'autre source.

Enfin, pour terminer avec la non absorption des médicaments, pendant la période algide du choléra, M. le docteur Abeille a bien raison de dire que : « M. le professeur Magendie, partisan avoué de la non absorption dans la période algide du choléra, a donné, sans s'en douter, la preuve la plus convaincante de la persistance de cette fonction. Le traitement par le punch au rhum, qui a si bien réussi entre ses mains, aurait-il, en effet, la plus petite valeur si l'absorption était éteinte? »

Je ferai aussi observer que M. le professeur Magendie employait une boisson très-facile à être absorbée. Néanmoins, le punch, très-efficace pour stimuler le système nerveux dans cette période avancée de la maladie, n'aurait eu aucun effet salutaire, je l'assure, si les malades n'avaient pas été soumis, en outre, à l'usage des boissons aqueuses abondantes, chaudes ou froides.

Les mêmes réflexions peuvent aussi être appliquées à l'observation de M. le docteur Thomas, rapporté dans le n° 95, 8 août 1855, du *Moniteur des Hôpitaux*, où l'auteur attribue la guérison de la malade à la morphine, seule administrée par la voie endermique.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments élevés. Docteur Tourrette.

(1) La spécificité que M. Pennes attribue au bain électro-chimique ou alcalin, ne réside, selon moi, que dans l'introduction de l'eau par *endosmose* dans le système sanguin. Les bains ont encore l'avantage, en saturant de vapeur d'eau l'air de l'appartement, de permettre aux cholériques de respirer un air humide qui peut aussi contribuer à fluidifier leur sang.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 119. 3e année. Vendredi 5 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique ; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les N°s 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108, 111 et 115.)

Chapitre VII.

Affections du système nerveux.

Pour bien apprécier le rôle de la menstruation dans les affections du système nerveux, il est nécessaire que nous fixions l'attention sur la surexcitabilité nerveuse qui fait en quelque sorte partie intégrante des époques menstruelles ; comme nous avons dit plus haut, le travail de l'ovulation s'opère au milieu des plexus nerveux dont les vastes ramifications et les nombreuses anastomoses entretiennent de puissantes relations avec d'autres plexus et les ganglions du grand sympathique, ainsi qu'avec le centre cérébro-spinal, et peuvent donner lieu ainsi à une foule de phénomènes appartenant à l'innervation. Aussi chaque époque menstruelle est-elle caractérisée par un élément nerveux dont il est facile d'apprécier les caractères dans ses nombreuses manifestations. Le tempérament primitif des femmes, les conditions d'âme et d'esprit pendant lesquelles s'opère l'ovulation, les différents états pathologiques locaux ou généraux qui l'accompagnent, impriment à ces manifestations des nuances plus ou moins variées et des caractères plus ou moins déterminés. D'un autre côté les nombreuses causes dont l'influence absolue prend habituellement une assez large part dans l'étiologie des troubles nerveux, trouvent dans cet élément des époques menstruelles une cause prédisposante et une condition on ne peut plus favorable au développement de leurs effets.

Le rôle de la menstruation dans les affections du système nerveux ne se borne pas, par conséquent, à l'influence que les maladies peuvent recevoir de la part des règles survenant dans leur cours, et réciproquement ; la surexcitation nerveuse qui constitue l'élément des époques menstruelles, joue également un rôle important et tout à fait à part dans l'étiologie des troubles nerveux, et mérite de fixer spécialement notre attention.

Il est admis depuis longtemps que les femmes sont généralement plus impressionnables aux époques des règles. Beaucoup d'entre elles sont alors plus affectueuses, d'autres plus portées à la mélancolie ou plus disposées à s'attendrir pour la moindre cause, d'autres, enfin, plus irritables et sortant pour le plus léger motif de leur caractère ordinairement doux. Chez d'autres, l'imagination s'exalte sous l'influence de l'élément affectif, leur conversation devient plus animée, plus pittoresque, et se pare de charmes tout à fait nouveaux. On cite à cette occasion des femmes de lettres, lesquelles profitant de cette position avantageuse de l'esprit, choisissaient de préférence ces époques privilégiées pour leurs compositions littéraires.

Tant que les choses en restent là, il n'y a pas encore de maladie, il n'y a qu'une légère surexcitation due à l'aptitude plus grande à s'émouvoir ou à l'accroissement de l'*émotivité*, comme le dirait notre savant confrère et ami le docteur Cerise (1), au risque d'être réprimandé par M. Viennet (2).

Mais cet état prend souvent des proportions bien autrement considérables et peut donner même lieu à des troubles sérieux de l'innervation.

Il y a des femmes chez lesquelles la sensibilité ovarique s'exalte à chaque époque menstruelle ; leurs règles sont alors chaque fois accompagnées de coliques nerveuses violentes donnant lieu parfois à des mouvements convulsifs, et arrachant des cris de douleurs. Au lieu de se concentrer sur la sensibilité du plexus nerveux du bassin, la surexcitation menstruelle retentit d'autres fois sympathiquement sur les idées ou même sur la locomotion, et occasionne un autre ordre de symptômes plus ou moins alarmants.

Honoré, au dire de M. Brière de Boismont, a eu l'occasion d'observer, à l'hôpital Saint-Louis, une fille qui tous les mois aux époques des règles, était prise d'une espèce d'aliénation mentale ; ses idées se troublaient, elle ne savait plus ce qu'elle disait, ni ce qu'elle faisait, et cet état d'égarement ne cessait qu'après l'apparition de l'hémorrhagie, surtout quand elle était abondante.

Dans l'intervalle des règles elle reprenait parfaitement sa raison, et on n'aurait même pas soupçonné le délire que déterminait chaque retour des menstrues.

M. Brière de Boismont parle d'une fille de vingt-cinq ans, à physionomie douce, qui, à chaque époque menstruelle, devenait irritable et se mettait en colère, et entrait en fureur pour la moindre objection. Lorsqu'elle était à la campagne seule avec son troupeau, elle déchargeait sa colère sur les animaux confiés à sa garde, les injuriait, les frappait, et n'était satisfaite qu'en les voyant fuir ou en les entendant pousser des gémissements (3).

(1) Introduction à l'ouvrage de Roussel : *Système physique et moral de la femme.*

(2) A. Despréaux : Séance annuelle de l'Académie française, 1855.

(3) Ouvrage cité, p. 99.

Leuret nous a dit avoir donné ses soins à une dame riche qui ne devenait maniaque que périodiquement aux approches des règles; aussitôt que l'évacution menstruelle s'arrêtait, tous les désordres des facultés intellectuelles cessaient complétement.

Maisonneuve cite un fait fort curieux de l'épilepsie qui revenait périodiquement à chaque époque menstruelle.

Observation. Rosalie M..., âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une forte constitution, née à Paris, de parents sains, fort bien portante jusqu'à onze ans, où les symptômes précurseurs de la menstruation ayant commencé à se manifester, elle fut prise d'accès épileptiques qu'on ne peut attribuer qu'à la difficulté que les règles avaient à s'établir. Elles parurent cependant bientôt, mais irrégulières et en très-petite quantité, et chaque éruption fut constamment précédée ou suivie d'accès épileptiques qui ne revenaient qu'à cette époque, tantôt avant, tantôt après, indifféremment, le jour ou la nuit, manquant quelquefois cependant, quand les règles coulaient bien. La même chose à lieu jusqu'à présent, malgré plusieurs traitements par les saignées, les sangsues, les vésicatoires, les antispasmodiques. Ses accès s'annonçaient quelques jours d'avance par des coliques dans le bas-ventre et une lassitude extrême. Au moment de leur invasion, la malade éprouve un sentiment de suffocation, puis deux ou trois minutes après, chute, perte de connaissance, convulsions très-fortes du tronc et des membres, face rouge, point d'écume à la bouche (1).

Il est à regretter que nous ne connaissions pas la suite de cette intéressante observation. Dans la description de Maisonneuve, l'historique de la maladie s'arrête à l'âge de vingt-trois ans. Il eût été curieux de savoir si les accès épileptiques continuaient par la suite avec la même régularité, exclusivement aux époques des règles, ou s'ils ont dégénéré en épilepsie ordinaire.

Tissot cite également une observation d'épilepsie que nous désignerons sous le nom d'*épilepsie ovarique*, car elle paraît avoir pris naissance sous la seule influence de l'excitation périodique qui accompagne l'ovulation. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette observation, c'est que la malade a été complétement guérie à la suite du mariage.

« Ayant été consulté, il y a trois ans, dit-il, par un jeune homme, sur l'état d'une personne avec laquelle il était promis, et qui, très-bien portante d'ailleurs, était sujette à l'approche de ses règles, toujours peu abondantes, à des coliques si violentes qu'elles la jetaient presque toujours dans des convulsions et que trois fois elles lui avaient procuré une violente attaque d'épilepsie, j'osai lui promettre, dit Tissot, que bien loin que le mariage aggravât cet état, il lui ferait vraisemblablement beaucoup de bien, et l'événement à justifié ma promesse : la première couche a fait disparaître les coliques et par là même l'épilepsie (2). »

Notre très-distingué confrère et ami M. Marotte, à qui on doit un Mémoire admirablement bien conçu sur les *rapports de l'épilepsie avec la menstruation* (3), a publié également un fait fort intéressant d'épilepsie ovarique, qu'il a eu seulement tort, à notre avis, de désigner sous le nom d'épilepsie *utérine*. Il est de toute évidence que les troubles nerveux que l'on voit accompagner périodiquement chaque travail de l'ovulation, doivent être rapportés aux ovaires et non à l'utérus, qui ne joue là-dedans qu'un rôle tout à fait secondaire. Penser autrement ce serait ne pas se tenir à la hauteur des données physiologiques les plus certaines, les mieux démontrées. C'est également sur les ovaires et particulièrement sur les divers éléments de l'ovulation qu'il faut reverser, du moins en très-grande partie, les privilèges accordés autrefois trop exclusivement à l'utérus, lequel, au dire des anciens, expliquait à lui seul toutes les particularités du caractère et de la manière d'être des femmes ; de sorte qu'on peut dire aujourd'hui : *Attamen non tam propter solum uterum quam propter ovaria mulier est quod est.*

Voici l'analyse de l'observation rapportée par M. Marotte :

Observation. — Une jeune fille de dix-neuf ans, réglée tous les mois, mais éprouvant habituellement des coliques, a eu ses règles le 2 juillet ; elles avaient été accompagnées, comme d'habitude, de coliques suivies de l'expulsion de petits caillots. Mais, cette fois, les coliques avaient été des plus vives. Comme à l'ordinaire, les règles étaient peu abondantes le premier jour, mais au lieu d'augmenter notablement au bout de vingt-quatre heures, comme cela avait lieu autrefois, l'écoulement sanguin était resté dans les mêmes proportions. Le 3 juillet, la malade a été prise, sur les dix heures du matin, de convulsions effrayantes ayant tous les caractères de l'épilepsie. Deux heures après, une autre attaque, et ainsi de suite ; la malade en a eu cinq dans la journée. Dans l'intervalle, elle était agitée, offrait une irritabilité extrême et éprouvait quelques coliques. La première menstruation a eu lieu, il y a quatre ans, d'une manière inopinée. Pendant deux ans encore, la malade n'a souffert en aucune manière. Plus tard, les règles sont devenues plus abondantes; ensuite il y avait des retards ; puis enfin l'éruption était accompagnée de coliques vives et de caillots.

Cette jeune fille était d'ailleurs d'une constitution robuste, avait les attributs sexuels très-développés et désirait beaucoup le mariage. Elle n'avait jamais eu d'attaques de nerfs jusqu'alors ; cependant, elle était sujette à la goutte régulière depuis plusieurs années, maladie à laquelle sa sœur aînée était également sujette, et qui revenait deux ou trois fois par an et durait chaque fois pendant six à huit jours. La dernière attaque avait eu lieu précisément trois jours avant l'époque des règles. Pendant les trois premiers jours, les douleurs, la rougeur et le gonflement du gros orteil, allaient en augmentant, mais, à partir du quatrième jour, tout cela allait en diminuant. Mais la malade avait éprouvé une légère contrariété de ne pas pouvoir assister à la fête du pays ; c'est ce jour-là qu'elle a été prise de convulsions, ce qui n'a pas empêché ses règles de continuer. A l'époque suivante, la jeune personne a commencé à éprouver des malaises généraux dès le commencement du mois d'août. Le 6, des coliques atroces se sont fait sentir vers l'utérus, et, le 9, il est survenu une fluxion de la face. (15 sangsues à la base de la mâchoire, sinapismes, lavements antispasmodiques.) Le soulagement ne fut que très-léger, et trois jours se passèrent dans l'agitation, souffrances et insomnie. Les attaques éclamptiques se renouvelèrent alors avec une véritable *aura*, remontant vers la tête pendant quelques secondes avant la perte de connaissance. Une large saignée, pratiquée immédiatement, n'amène d'autre résultat qu'un affaiblissement profond. M. Marotte, consulté alors, a vu les règles commencer à couler. La malade était très-pâle et changée comme si elle sortait d'une maladie très-grave. (Régime ferrugineux, bains alcalins, bonne nourriture.) Les deux mois suivants, les règles n'ont pas reparu, ce que M. Marotte considérait avec raison comme un résultat des plus heureux. A la troisième époque, elles sont arrivées et ont coulé abondamment.

Il est incontestable que l'observation qu'on vient de lire constitue l'exemple d'épilepsie ovarique ou menstruelle. Nous ne croyons pas devoir attacher une grande importance à la légère contrariété que la malade a pu éprouver de ne pas avoir pu aller à la fête patronale du pays. Nous n'oserions pas affirmer que la malade n'ait pas été un peu chlorotique, mais cet état ne devait pas jouer un grand rôle dans l'étiologie des accidents nerveux que nous venons de décrire. La chose capitale pour nous, c'est de constater une grande surexcitation nerveuse ovarique chez une fille déjà disposée en même temps aux douleurs goutteuses. La malade éprouvait habituellement beaucoup de coliques ovariques à chaque époque menstruelle. C'est sous l'influence de cet état, poussé à un degré plus élevé, que les accidents épileptiques ont pris naissance. Ils ont cessé dans l'intervalle pour reparaître à l'époque suivante, et n'ont disparu définitivement qu'après l'emploi d'un traitement tonique, et surtout du fer, qui fait en quelque sorte l'office du rouleau de Mac Adam dans le traitement de la plupart des affections nerveuses, efface les saillies et les

(1) Recherches et observations sur l'épilepsie. Paris, 1803.

(2) Des nerfs et de leurs maladies, édit. de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, § 27.

(3) *Revue médico-chirurgicale*, 1851.

aspérités de la surexcitation nerveuse, et ramène le niveau normal. Une fois les coliques guéries, on n'a plus revu d'accès épileptiques, qui n'en étaient que la conséquence.

(*La suite prochainement.*)

Du degré constant de la chaleur animale, considéré dans l'homme comme loi de la santé, des effets morbides produits par les variations de cette chaleur, et des applications à en déduire pour la thérapeutique.

Par le docteur Wanner.

La température intérieure du corps de l'homme a été observée par les naturalistes sous des latitudes très-variées; il est demeuré acquis à la science que, sur toutes les régions du globe, sous tous les climats, cette température est de 37 degrés centigrades ou très-approchant.

Des observations analogues ont été faites sur d'autres espèces vivantes, animaux et végétaux, et il a été reconnu que ces espèces ont une température spécifique intérieure respectivement très-peu variable, et la même dans tous les lieux où elles vivent.

Ce fait si remarquable, d'un degré constant de chaleur intérieure, observé non-seulement dans l'homme, mais encore dans un grand nombre d'autres êtres organisés, a donné lieu après sa découverte à des recherches physiologiques dans le but, soit de l'expliquer, soit de le rattacher d'une manière quelconque à l'histoire des fonctions de l'économie.

Mais ces recherches n'ont été suivies d'aucun résultat positif et fécond; le fait est resté à l'état de donnée scientifique, sans avoir été, d'ailleurs, jamais considéré sous le point de vue médical et thérapeutique.

Aujourd'hui, nous venons présenter et soumettre à l'Académie le fruit de nos longues méditations et de nos nombreuses expériences sur cette matière, que nous avons envisagée tout à la fois sous le côté physiologique et sous le côté médical.

Avant de faire notre exposé, il nous est indispensable de définir quelques termes dont nous nous servirons dans le courant de ce mémoire.

Nous appellerons *isothermie* la propriété qui appartient aux êtres vivants de jouir d'un certain degré constant de chaleur intérieure sous les diverses latitudes et qui consiste, pour l'homme, à jouir d'une chaleur animale de 37 degrés centigrades ou environ. Nous entendrons par *état isotherme du corps ou du sang*, celui dans lequel le corps ou le sang est soumis à cette température normale ou tout au moins ordinaire. Lorsque la chaleur animale, dans l'homme, s'élève au-dessus de 37 degrés centigrades, nous dirons que la température du corps est *hypérisotherme;* et dans le cas inverse, qu'elle est *hypoïsotherme*. L'emploi de ces termes n'a pour but qu'une simplification de langage toujours avantageuse lorsqu'il s'agit d'opérer avec clarté et précision sur des idées complexes.

L'état isotherme ou le degré constant de la chaleur animale dans l'homme est-il une loi de la santé? Telle est la question principale que nous nous sommes posée et qui domine tout ce qui fait l'objet de ce mémoire. Il est évident, d'un côté, que la solution de cette question dépend nécessairement de tout un ordre d'idées physiologiques; de l'autre, que la réponse affirmative ou négative intéresse au plus haut degré la thérapeutique.

Il y a environ douze ans que, frappé par ce phénomène du degré constant de la chaleur animale, nous fûmes amené à penser que la nature, qui ne fait rien sans motif, devait avoir eu, en maintenant ce degré de chaleur chez tous les mammifères, le but d'établir une moyenne déterminée, sous l'influence de laquelle seulement peuvent s'opérer les phénomènes d'organisation de leurs tissus. Depuis cette époque nous n'avons pas cessé de rechercher ce que cette conjecture pouvait offrir de sérieux et de vrai.

Une méthode rigoureuse nous imposa tout d'abord de reporter notre attention sur la nature de l'homme et de nous fixer avant tout sur ce que nous devions entendre par ce mot nature. Nous ne tardâmes pas à reconnaître que lorsqu'il s'applique à un être matériel, sa signification doit comprendre non-seulement l'ensemble des qualités physiques de cet être, mais aussi les lois qui président à sa constitution et à l'accomplissement de ses phénomènes. Ces lois et son existence phénoménale sont tellement liées, que la suppression des unes fait nécessairement inférer la suppression de l'autre, et réciproquement.

La nature d'un objet, dans un langage rigoureux et vraiment scientifique, signifie donc à la fois et les phénomènes qui caractérisent cet objet et les lois qui le régissent. Ce n'est que lorsque ces deux conditions se trouvent réunies, que la notion offerte sous cette expression a réellement le caractère théorique, c'est-à-dire renferme les éléments nécessaires à toute base solide et exacte de la science.

Aucune théorie ne peut être sérieusement construite sur la notion purement descriptive de phénomènes dont les lois sont entièrement inconnues. Si, par exemple, on voulait en médecine se baser, pour la détermination non empirique d'un traitement, sur la nature de tel tissu, ou la nature de telle maladie, sans connaître le mode d'organisation de ce tissu ou le mode de formation et de développement de cette maladie, n'est-il pas évident qu'on commettrait une erreur grave, semblable à celle d'un algébriste qui s'obstinerait à résoudre une équation insoluble? C'est assurément parce que ce principe a été méconnu que tant de travaux sur la prétendue nature des tissus, des maladies, etc., n'ont pas abouti, que de très-grands efforts sont demeurés stériles.

Mais pouvons-nous connaître la nature du corps de l'homme, c'est-à-dire tout à la fois et ses principes constituants et les lois dont ils dépendent? Cette importante question, qui nous a longtemps préoccupé, nous paraît résolue incontestablement aujourd'hui, et nous nous prononçons pour la négative.

Il est, en effet, constaté par l'expérience, que la forme gazeuse, sous l'action d'une quantité suffisante de calorique, devient commune à tous les corps de la nature; on sait qu'un habile physicien, professeur au collége de France, membre de l'Institut, M. Desprez, a réduit en gaz, au moyen de la pile de Bunzen, jusqu'aux métaux signalés auparavant comme les plus réfractaires à la fusion, le platine, le potassium, le titane. Dans cette réduction, la pile thermo-électrique joue un rôle analogue à celui du levier d'Archimède en mécanique. Qu'on trouve à la placer sur un point d'appui en dehors du globe, on conçoit sans peine la possibilité de gazéifier toute la masse terrestre au moyen de batteries électriques de dimension et d'énergie suffisante.

Ainsi, la forme gazeuse semblerait être la forme élémentaire des corps de la nature; ainsi, la solidité ou la liquidité de ces corps ne seraient que des états artificiels résultant d'actions condensatrices qui s'exercent incessamment sur des gaz d'une condensabilité plus facile, non-seulement des gaz permanents, mais aussi de ceux qui, sous l'influence de la température et de la pression atmosphérique ordinaire, restent à l'état de fluide aériforme.

L'expérience montre tous les corps organiques et inorganiques soumis à cette loi de divisibilité extrême, qui se révèle d'une façon si merveilleuse sous l'observation microscopique, qui peut à peine se concevoir dans les phénomènes de la vue, de l'odorat, de l'ouïe, et que la théorie mathématique infère des lois du mouvement.

Et même, qui oserait affirmer que l'état gazeux, tel que nous le connaissons, est la dernière limite de transformation de la matière sous le rapport de la raréfaction? D'un côté, les

différences de densité des gaz prouvent assez que la forme gazeuse ne constitue pas par elle-même une limitation de la divisibilité de la matière ; de l'autre, n'est-il pas permis de considérer ce qu'on appelle ordinairement *fluide impondérable* comme de la matière beaucoup plus divisée encore que les substances aériformes susceptibles d'être pesées? Les phénomènes de la chaleur, de la lumière, de l'électricité, ne semblent-ils pas caractériser un quatrième état de la matière, état où elle se présente sous la forme d'éther, c'est-à-dire divisée au point de défier la pensée dans l'infini?

Malgré notre foi profonde dans la science, nous nous sommes pénétré de cette conviction, que l'intelligence humaine ne pourra jamais comprendre par quelle loi les différents gaz qui entrent dans notre organisation, peuvent, en se condensant et en se groupant, former tel ou tel tissu différent pour chaque organe, et jouissant de certaines propriétés, comme dans les nerfs, les muscles, etc.

En présence de ces faits et de cette loi générale de divisibilité, qui domine la physique et la chimie, si on se reporte vers la médecine, on demeure frappé d'étonnement à voir que les médecins ont espéré de découvrir, non-seulement par des recherches anatomiques, les mystères de l'organisation de l'homme, mais encore, depuis Morgagni et Bonnet, par les recherches d'anatomie pathologique, la cause des lésions de nos organes et les moyens de les guérir.

Chercher au scalpel les éléments premiers du corps humain, demander à l'anatomie pathologique le mode de formation des lésions, c'est là, selon nous, une chimère comparable à la recherche de la quadrature du cercle, du mouvement perpétuel ou de la pierre philosophale. Aussi, sous ce rapport, toutes les recherches d'anatomie pathologique sont-elles demeurées complétement stériles.

Si, ce qu'on ne saurait nier, elles ont rendu d'éminents services à la physiologie, à la chirurgie et à la médecine, c'est par des résultats d'un ordre tout différent, c'est en démontrant les caractères physiques et la position des lésions. Leur utilité a pris de l'importance, surtout depuis la belle découverte de Laënnec, à laquelle se relient les remarquables travaux de MM. les professeurs Andral, Piorry, Bouillaud, Rostan, Barth, Skoda, etc. L'auscultation et la percussion, par exemple, sont, en effet, des moyens très-faciles de limiter les lésions des organes de la poitrine et de l'abdomen, et de les classer d'après leurs caractères physiques. De plus, à l'aide du microscope, on a augmenté les moyens d'examen, et l'on est parvenu à découvrir, pour l'anatomie, la dernière limite de la forme des fibres de tous les tissus, musculeux, nerveux et osseux ; pour l'anatomie pathologique, certains caractères inconnus jusqu'alors dans les lésions. C'est ainsi que, pour certaines tumeurs, on peut, par la forme de leurs cellules, distinguer à l'avance celles qui doivent être opérées avec succès.

Mais tout en reconnaissant l'importance de ces résultats, dus aux recherches de l'anatomie pathologique, et les avantages que présentent celles que l'on continue à faire au moyen du microscope, et qui produiront sans doute un jour l'*ultima ratio* de la forme de chaque fibrile, il convient de ne pas attacher à ces recherches des espérances chimériques, d'éviter une erreur décevante et propre à faire obstacle au progrès de la science.

Ce que nous avons dit de l'excessive divisibilité de la matière prouve surabondamment l'impuissance de l'anatomie pathologique à pouvoir jamais offrir rien de sérieux sur le but immédiat que se propose la médecine, savoir indiquer la nature et le mode de formation des lésions, les moyens d'empêcher leur développement lorsqu'elles existent, et surtout les guérir. Aussi, malgré les recherches sans nombre qu'on a faites sur les tubercules, est-on parvenu à connaître les lois qui président à leur développement, et la phthisie est-elle devenue curable? Quoique les plaques, les pustules, les cryptes muqueux hypertrophiés de l'intestin grêle, aient été si bien étudiés et si bien décrits, cela a-t-il servi à démontrer la nature de la fièvre typhoïde, et en même temps à faire connaître un traitement au moyen duquel on puisse répondre de sa guérison? Connaît-on la nature de la méningite tuberculeuse, et est-on assuré de sa curabilité parce qu'on en a décrit les lésions? Ne peut-on pas en dire autant pour le cancer?

Or, puisque le but direct de la médecine, celui qui intéresse le plus l'humanité, est hors de portée, si je puis m'exprimer ainsi, pour l'anatomie pathologique ; puisqu'elle ne peut indiquer aucune loi qui assure la guérison des maladies, il faut nécessairement diriger d'un autre côté ses investigations, afin d'atteindre ce but si important.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE CIVILE.

Sub-luxations des cartilages semi-lunaires.

Par le docteur E. Allix.

Les deux observations suivantes me paraissent offrir chacune un exemple de sub-luxation du cartilage semi-lunaire interne.

I. M..., âgé de trente-huit ans, garçon boulanger, sentit tout à coup, tandis qu'il travaillait à enfourner du pain, une douleur au genou droit. Dans le moment, il faillit tomber. Le lendemain, il lui fut impossible de se remettre au travail. Il éprouvait à la partie interne du genou droit une douleur que la pression rendait plus vive, et pouvait à peine fléchir la jambe. Il ne marchait qu'en boitant. — Au bout de trois semaines, malgré l'application de compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée, et un repos presque complet, il était encore dans le même état. C'est alors qu'il vint me trouver : je reconnus à la partie interne du genou, un peu en avant du ligament latéral interne, une saillie de consistance fibreuse, irréductible par la seule pression, douloureuse au toucher. Le malade boîtait ; pour peu qu'il fléchît la jambe, il éprouvait une vive douleur.

Le reste de l'articulation paraissait sain ; il n'y avait ni gonflement ni rougeur.

Après avoir fait coucher le malade sur le dos, je fléchis fortement la jambe sur la cuisse, de telle sorte que le talon vint toucher les fesses. Ce mouvement accusa une douleur excessivement vive. Mais, quelques instants après, le malade s'étonnait de pouvoir marcher ; tous les mouvements de la jambe étaient faciles, il n'y avait plus de claudication.

En examinant l'articulation, je trouvai que la saillie anormale n'avait pas complétement disparu ; la pression était encore un peu douloureuse.

II. G..., âgé de cinquante-cinq ans, couvreur, étant sur un toit, tomba de la manière suivante : la jambe droite s'enfonça entre deux poutres, et la jambe gauche resta à cheval sur une d'elles, comme un crochet, supportant tout le poids du corps. Il n'y eut pas de contusion. — A partir de ce moment, la flexion de la jambe gauche sur la cuisse devint presque impossible. Je vis le malade le lendemain de l'accident : saillie douloureuse en dedans du genou, un peu en avant du ligament latéral interne ; impossibilité pour le malade de plier la jambe. Aucun signe d'inflammation. Même opération ; même rétablissement, pour ainsi dire instantané, des mouvements. La saillie ne disparaît pas complétement.

Tout en me rangeant à l'opinion de ceux qui voient dans cette affection une luxation du cartilage semi-lunaire, j'avoue cependant qu'il est difficile de déterminer quel est le mode de déplacement éprouvé par ce cartilage, et de dire pourquoi la saillie persiste en partie après la réduction. C'est encore une autre question de savoir pourquoi le côté interne du genou semble être atteint de préférence au côté externe. L'obscurité qui règne sur ces points est d'autant plus à regretter qu'il s'agit ici d'une affection chirurgicale plus que fâcheuse pour le malade, facile cependant à caractériser et à guérir, et digne d'occuper une place plus importante dans nos traités élémentaires.

Note sur un nouveau signe pour servir au diagnostic des concrétions fibrineuses du cœur.

Par le docteur LAVIROTTE.

« Le diagnostic des concrétions fibrineuses qui se forment dans les cavités du cœur est presque impossible dans l'état actuel de nos connaissances, ou du moins il n'offre aucune certitude. Ainsi, Laënnec soupçonnait leur formation lorsque les battements du cœur devenaient tout à coup irréguliers chez les sujets qui les avaient eu réguliers jusque-là. M. Legroux a signalé la diminution notable de la sonoréité des battements. D'autres la stase du sang dans les veines jugulaires. Tous ces signes doivent être consultés, sans doute, mais qui voudrait affirmer, d'après eux, la présence d'une concrétion fibrineuse dans le cœur?

« L'observation suivante m'a mis sur la voie d'un symptôme dont la connaissance peut donner au diagnostic de cette maladie un degré de certitude égal à celui des autres affections du cœur.

« Un homme, couché au n° 23 de la salle de la clinique médicale, convalescent d'une bronchite aiguë, mourut en cinq ou six heures avec les symptômes suivants : Battements du cœur tumultueux, irréguliers, assez énergiques. Pouls petit, filiforme. Veines jugulaires congestionnées, comme variqueuses, présentant le pouls veineux au plus haut point, face violacée; enfin, *sonoréité exagérée de la poitrine*, unie à des *bruits respiratoires normaux*.

« L'autopsie, pratiquée vingt-huit heures après la mort, donna les résultats suivants : tous les organes étaient gorgés de sang veineux comme chez les sujets morts d'asphyxie. Les poumons seuls faisaient exception. Ils étaient parfaitement sains, mais exsangues. Jamais je n'avais encore rencontré cet organe aussi privé de sang. Le cœur gauche ne présentait aucune lésion, mais les cavités droites étaient remplies par un énorme polype qui envoyait des ramifications dans les veines caves et dans l'artère pulmonaire.

« Ce polype rendait compte de la mort; c'est lui qui avait mis obstacle à la circulation. Les poumons ne recevant plus de sang veineux pendant qu'ils se débarrassaient de celui qui s'y était vivifie, ne devaient plus en contenir que la très-minime quantité qui avait servi a leur nutrition. D'un autre côté, rien ne s'opposait à l'introduction de l'air, ils avaient dû devenir moins denses et acquérir cette sonoréité exagérée qu'ils présentaient.

« Il est singulier qu'un fait aussi palpable, et qui doit se présenter toujours, n'ait pas encore été signalé. Sans doute, pris isolément, il ne peut donner que des indications erronées, mais, uni aux autres, il doit conduire à des résultats positifs. Quelles sont, en effet, les maladies qui peuvent se confondre avec celle qui nous occupe? L'œdème de la glotte, l'asthme, l'emphysème pulmonaire.

« Les battements de cœur ne sont sourds et tumultueux dans aucune de ces maladies.

« L'œdème de la glotte peut souvent se constater par le toucher et même par la vue. Les poumons ne présentent pas de sonoréité exagérée, puisqu'il sont gorgés de sang veineux et que l'air y pénètre difficilement avec un bruit de sifflement qui ne s'entend pas lorsqu'il existe des concrétions fibrineuses du cœur.

« L'asthme se distingue par la périodicité des accès, l'absence du pouls veineux, l'état normal de la sonoréité, la régularité des battements du cœur, la difficulté de l'introduction de l'air.

« L'emphysème du poumon se différencie par la régularité des battements du cœur, par le pouls veineux, par l'obscurité de la respiration.

« Tel est le signe que j'avais à ajouter à ceux déjà connus. Exagération de la sonoréité de la poitrine, unie à une respiration facile et à des bruits respiratoires normaux, etc. Ai-je réussi à assurer le diagnostic des polypes du cœur? Je l'espère... J'ai eu occasion de voir, depuis le premier sujet dont j'ai donné l'observation, deux autres malades qui m'ont présenté ce symptôme redoutable chez tous deux; j'ai annoncé une mort prochaine, et mon pronostic n'a pas tardé à se vérifier. L'un avait pris un émétique dans le cours d'une fièvre intermittente, l'autre était convalescent d'une pneumonie. Malheureusement l'autopsie n'a pu être pratiquée : je ne donne donc ces faits qu'avec la plus grande réserve.

« Les occasions d'ouvrir des cadavres se présentent rarement à moi, c'est ce qui m'a déterminé à publier cette Note prématurément, pour que d'autres observateurs, mieux placés, puissent compléter ce que j'ai fait, s'il y a lieu. Le but que je poursuis serait encore stérile, puisque la thérapeutique de l'affection qui m'occupe est encore à peu près nulle; mais qui peut prévoir ce qu'elle deviendrait si le diagnostic était établi avec certitude? »

RÉFLEXIONS SUR L'ARTICLE PRÉCÉDENT.

Avant d'examiner la valeur du *nouveau signe* pour servir au diagnostic des concrétions fibrineuses du cœur, qu'il nous soit permis de rappeler aux lecteurs versés dans la matière dont il est question, que le diagnostic des concrétions fibrineuses du cœur *n'est pas*, comme le prétend M. Lavirotte, *presque impossible dans l'état actuel de nos connaissances, ou que du moins il n'offre aucune certitude*. L'auteur de ces réflexions osera-t-il ajouter qu'il a exposé, dans le *Traité clinique* des maladies du cœur, les signes au moyen desquels on peut, *avec une extrême probabilité, avec une presque certitude*, annoncer l'existence de concrétions sanguines développées dans les cavités du cœur? Un Mémoire qu'il a publié sur ce sujet, il y a déjà plus de quinze années, dans le journal l'*Expérience*, contenait déjà quatorze observations. Or, chez douze des quatorze sujets de ces observations, il avait *diagnostiqué positivement*, ou simplement annoncé comme probable l'existence de concrétions fibrineuses du cœur, et le diagnostic avait été confirmé par l'autopsie cadavérique chez les sujets qui succombèrent. Il ne saurait dire, au juste, combien de fois depuis cette époque, il a porté le même diagnostic, avec ou sans vérification par l'autopsie cadavérique, mais en disant cinquante fois, il restera certainement au-dessous de la vérité.

Cela dit, venons au *nouveau signe*, découvert par M. le docteur Lavirotte, savoir : *l'exagération de la sonoréité de la poitrine, unie à une respiration facile et à des bruits respiratoires normaux*, etc.; signe *dont la connaissance peut donner au diagnostic des concrétions fibrineuses du cœur un degré de certitude égal à celui des autres affections du cœur*.

Ce signe a, sans doute, existé chez le malade dont M. Lavirotte rapporte l'observation (d'une manière malheureusement trop peu détaillée); mais il est douteux qu'il se rencontre chez la plupart de ceux qui sont affectés de concrétions fibrineuses du cœur. En effet, celles-ci, du moins dans l'immense majorité des cas, ne surviennent que dans des maladies, soit aiguës, soit chroniques, dont l'effet nécessaire est de produire un engorgement plus ou moins étendu et plus ou moins considérable des poumons, des épanchements dans les plèvres ou dans le péricarde, toutes lésions physiques qui, au lieu de l'augmenter, diminuent, à divers degrés, la *sonoréité de la poitrine*, en même temps qu'elles *gênent la respiration*, qu'elles altèrent les *bruits respiratoires*, etc.

Si le *signe nouveau* devait se présenter toujours en pareil cas, ainsi que le suppose notre confrère, *il serait, en effet, singulier qu'un fait aussi palpable n'eût pas été signalé*. Quant à l'auteur de ces courtes réflexions, il est certain que le *signe* dont il s'agit n'existait pas dans les cas si nombreux qu'il a eu occasion d'observer depuis plus de vingt-cinq ans.

Il laisse d'ailleurs à l'observation exacte le soin de déterminer les cas dans lesquels le *nouveau signe* pourrait *apparaître* comme dans celui rapporté par M. le docteur Lavirotte.

Note sur un lithotribe à trois effets.

Par M. le docteur Antonio da Costa,

Chirurgien de l'hôpital de Santa-Casa-Misericordia, à Rio-Janeiro.

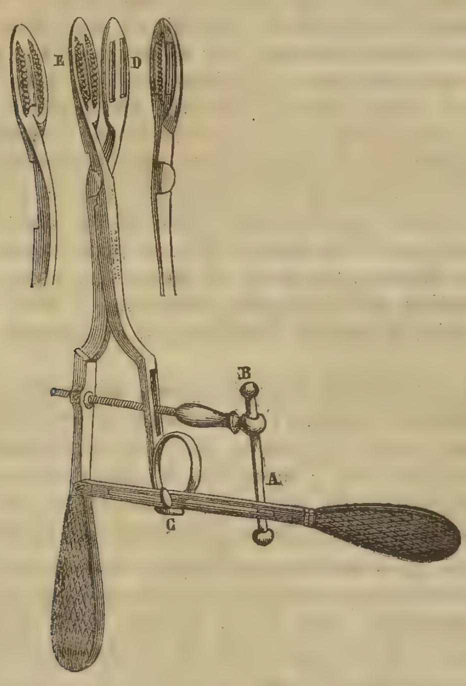
Les difficultés que nous avons éprouvées dans les opérations de taille périnéale pour extraire les calculs volumineux, nous ont suggéré l'idée d'un instrument qui aurait pu à la fois écraser et éclater les calculs qui par leur volume ne pourraient pas être extraits par la voie pratiquée par l'instrument tranchant.

Nous avions à peine connaissance du lithotriteur et des fortes tenettes pour les cas de ce genre. Ces deux instruments néanmoins nous paraissaient insuffisants et impuissants; le premier surtout, tout à fait destiné par sa forme à agir par l'introduction urétrale, ne peut être introduit que lorsqu'il est entièrement fermé, pour être ensuite ouvert dans l'intérieur d'une vessie qui se trouve intégralement remplie par un gros calcul.

On conçoit facilement toute la difficulté et l'impossibilité de le faire fonctionner.

Le second n'agit que par la force de pression que lui imprime la main de l'opérateur.

Ces difficultés, disons-nous, nous donnèrent l'idée du lithotribe à trois effets qui étant à peine ébauché à Rio-Janeiro, a été habilement fabriqué, à Paris, par M. Mathieu.



Cet instrument, qui représente une forte tenette à mors saillants et dentelés, a une de ses branches fixe, et l'autre mobile; cette disposition lui permet un mouvement de va-et-vient au moyen d'un ajustage par glissement. La force de pression produite par une vis qui traverse la branche mobile près de son anneau et qui va se visser à une boule mobile qui se trouve dans une fente pratiquée à la branche fixe, permet, tout en exerçant son action, le mouvement de broiement sur le calcul qui, n'étant pas excessivement dur, cède tout à fait.

Si cela n'est pas suffisant, on a alors recours à la percussion au moyen du marteau agissant sur la branche mobile qui à son anneau présente un point assez solide pour en recevoir les coups. Cette manœuvre donne lieu à l'éclatement du calcul qui se trouve toujours serré entre ses mors.

Cet instrument, que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie et qui a mérité une remarque de son illustre président, quoiqu'il ait une certaine analogie avec d'autres que l'on a exhibés plus tard, en est bien différent, car son mouvement de va-et-vient est produit par un levier, et celui de percussion lui est tout à fait particulier.

Chimie médicale et pharmacologie.

SUR L'ANALYSE DES VINS.

Par M. le Professeur A. Chevallier.

L'analyse des vins est une opération difficile, et celui qui en est chargé doit avoir égard au cru qui a fourni le vin, à la *sécheresse*, à l'*humidité*, à la *nature du sol*, etc.

Les opérations deviennent plus difficiles encore si l'on n'a pas de vin-type de la localité qui a fourni le vin; si ce vin est le résultat du mélange de plusieurs vins, mélange qui est une opération licite.

Nous avons eu à examiner des vins, et nous n'avons, dans deux cas, eu la conviction que nous avions affaire à du vin naturel que lorsque nous avons eu entre nos mains des échantillons du vin pris dans la localité, chez des personnes dignes de confiance, et dans un cas, du raisin qui avait fourni ce vin. Dans ces deux cas, nous opérions la première fois avec M. Lassaigne, sur du vin de Gevingey (Jura), la deuxième fois avec M. Barruel (Ernest), sur un vin *d'entre deux mers* que nous croyions allongé de cidre; aussi prenions-nous toutes les précautions pour arriver à la vérité.

Quelques personnes ont émis l'idée que l'on pouvait, à l'aide de la *dégustation*, se prononcer sur la nature d'un vin et affirmer que ce vin contient un cinquième, un dixième d'eau; nous avons examiné, expérimenté à propos de cette idée, et pour arriver à la conviction que si dans quelques cas on dit juste, c'est que le vin a été additionné outre mesure d'eau, et que dans la plupart de ces cas on peut être induit en erreur.

Les recherches et expériences que nous avons faites dans des conditions où nous ne connaissions pas les échantillons que nous dégustions, ces échantillons étant désignés par des numéros, et les numéros inscrits sur un registre avec l'explication de ce qu'on trouvait sous tel numéro, nous ont démontré :

1° Que l'on n'est pas toujours disposé à la dégustation et qu'il est des jours où l'on ne peut apprécier un vin;

2° Qu'il ne faut pas déguster un grand nombre de vins de suite;

3° Qu'à la suite de la dégustation, s'il y a le moindre doute, il faut faire intervenir la distillation, l'évaporation pour reconnaître la quantité d'extrait, la calcination pour examiner les cendres, et, toutes les fois qu'on peut avoir un type, faire des expériences comparatives.

Nous établissons tous ces faits parce que, tout récemment, nous avons, MM. Lassaigne, Barruel et moi, été appelés à donner notre avis à propos de rapports faits sur des vins que des confrères de province avaient déclaré être falsifiés, et que, malgré tout ce que nous avions fait, le détenteur des vins, qui n'étaient pas falsifiés, avait été condamné non-seulement à l'amende, mais encore à la prison, et que ce n'est que sur l'appel, et lorsque les experts eurent déclaré à l'audience l'insuffisance de leurs connaissances et qu'ils s'étaient trompés, que le marchand fut acquitté; mais que d'épreuves n'avait-il pas subies! Il avait vu des saisies s'opérer chez lui, une inculpation l'atteindre dans son honneur, sa bonne foi soupçonnée, sa vente arrêtée; enfin, innocent, il avait vu prononcer contre lui une condamnation qu'il n'avait pas méritée. Non-seulement

il avait été poursuivi en province, mais, ayant expédié du vin à Paris, une plainte vint l'empêcher de vendre ce vin, qu'on avait signalé comme devant être nuisible à la santé. Ce vin fut alors le sujet d'expérimentations, et on reconnut que la plainte portée était mal fondée, mais la vente était manquée, et il y avait un grave dommage pour l'expéditeur.

Nous nous proposons, dans l'un de nos prochains numéros, de publier :

1° Les rapports qui ont été produits dans cette affaire;

2° Les observations que nous avions faites en réponse à ces rapports.

(*Journal de chimie médicale*).

Nouveau procédé pour la préparation des pilules d'iodure de fer.

Par M. Perrens, pharmacien à Bordeaux.

« Ce procédé, qui appartient à un pharmacien de Bordeaux, se recommande par son extrême simplicité et *sa grande perfection*.

Pr.		
Iode.	1	gramme.
Fer en poudre non oxydé. .	1	—
Miel blanc.	1	—
Poudre de réglisse. . . .	2	—

« Broyez rapidement dans un mortier de fer l'iode et la limaille, de façon à opérer un mélange exact; ajoutez le miel, broyez vivement, et quand la masse, de brune qu'elle était, sera devenue noire et n'exhalera plus d'odeur d'iode, incorporez-y *de vive force* de la racine de réglisse, et divisez rapidement en 25 pilules, qui contiendront chacune 0,05 de proto-iodure de fer. Argentez et mettez avec de la poudre de lycopode, dans un flacon bouché, les pilules étant légèrement déliquescentes. La préparation s'achève en moins de dix minutes.

« Ainsi faites, ces pilules sont nécessairement de bonne conservation. L'iodure formé se trouve en présence d'un excès de fer divisé et du miel, dont l'action simultanée le préserve indéfiniment de l'action oxydante de l'air. M. Perrens en a conservé pendant plusieurs mois sans que la couche d'argent qui les recouvre ait subi la moindre altération, indice certain de la parfaite combinaison de l'iode et du fer. » (*Journal de médec. de Bordeaux* et *Journ. de pharm.*, septembre 1855.)

Nous regrettons vivement que nos savants confrères du *Journal de pharmacie* aient laissé passer cet article du journal de Bordeaux sans le faire suivre de quelques remarques qui de leur part auraient eu plus d'autorité que de la nôtre. Mieux que nous, en effet, ils savent que le moyen proposé par M. Perrens pour conserver l'iodure de fer représente l'enfance de l'art, en ce qui concerne ce puissant médicament. Les combinaisons qui comptent sur la décomposition et la recomposition de l'iodure pour le maintenir pur sont nécessairement défectueuses; car, dans ses réactions successives l'iode finit toujours par arracher un peu d'eau à un principe quelconque et, ainsi, se transformer en acide iodhydrique sinon par s'évaporer, en perçant son enveloppe, quelque solide qu'elle soit. Quand l'excipient employé est, en outre, hygrométrique comme celui employé par M. Perrens, la décomposition est bien plus prompte encore. Il n'y a qu'un bon moyen de conserver l'iodure de fer, au point de vue *médical*, c'est de le préparer *à l'état de pureté* dans un excipient *non hygrométrique* et *soluble*, et de l'entourer d'une enveloppe également *soluble* et non hygrométrique qui le préserve du contact de l'air et de l'humidité. Comme la science pharmaceutique renferme aujourd'hui une formule (formule de Gille) qui a réalisé cette condition, nous croyons qu'il n'y a pas d'autre progrès à désirer que de la perfectionner, si le perfectionnement est nécessaire et qu'elle en soit susceptible.

CORRESPONDANCE.

Paris, 4 octobre 1855.

Monsieur le Rédacteur,

Les numéros des 1 et 3 octobre du *Moniteur des hôpitaux* contiennent, l'un, un article où je suis indirectement en cause, l'autre, une lettre signée du docteur Tourette, où je suis pris à parti.

Je ne lis jamais, je l'avoue humblement, les *Annales cliniques de Montpellier*, mais à quoi bon ! Ne nous repassez-vous pas de temps en temps, dans le *Moniteur*, les petites espiègleries scientifiques de cette feuille !

Votre numéro du 1er octobre en contient une échappée de la plume du professeur Alquié : « Après avoir traité les cholériques par l'empoisonnement strychnique, s'écrie M. Alquié, on les soumet actuellement à l'empoisonnement sulfurique, toujours à la plus grande gloire de la médecine empirique non raisonnée, etc., etc. ! »

Vous avez presque osé élever la voix en faveur du sulfate de strychnine contre cette accusation lancée par un homme revêtu d'une robe, j'allais dire d'un caractère officiel; c'est là une nouvelle preuve de votre impartialité et de votre indépendance en matière scientifique. Vous me permettrez, d'après cette même impartialité, quelques mots à l'adresse du professeur de Montpellier, et une bien courte réponse à la lettre du docteur Tourette.

Un poëte a dit :

Les prêtres ne sont point ce qu'un vain peuple pense.

Si j'avais assez d'aptitude pour la versification, je me permettrais de substituer au mot prêtre celui de professeurs; mais je ne puis estropier un si beau vers en lui donnant un pied de plus.

M. le professeur Alquié a-t-il enterré un père, un parent, un ami avec le sulfate de strychnine? Nous en avons vu qui, sous l'impression douloureuse de la perte d'un ami mort du choléra et traité par le sulfate de strychnine, se sont laissés emporter jusqu'à la déclamation contre ce médicament. On comprend ce sentiment du cœur qui subjugue alors la rigueur de l'observation. Ou bien la conscience du professeur de Montpellier lui reproche-t-elle un empoisonnement par le sulfate de strychnine dont il aurait été involontairement l'auteur ou le témoin? Sinon, que devient dans la bouche d'un homme sensé sérieux, cette ignoble qualification d'empoisonnement strychnique à une méthode qui, M. Alquié ne peut l'ignorer, a fait ses preuves au grand jour avec honneur et conscience, subissant le contrôle volontaire de chefs de service et d'un académicien délégué par M. le ministre du commerce sans que ce contrôle ait pu controuver les faits avancés.

Que devient cette qualification en présence de statistiques auxquelles personne n'a eu à répliquer, et qui démontrent que, par cette méthode, la mortalité n'est que de 33 pour 100 tandis que la mortalité générale a toujours été au-dessus de 50 pour 100.

Broussais taxait d'empoisonneurs les browniens, qu'il combattait à outrance. Mais combien les choses ont changé depuis Broussais ! Broussais, au reste, avait un génie et une logique qui justifiaient presque les épithètes qu'il lançait à ses adversaires.

Si M. Alquié croit avoir quelque chose de Broussais, qu'il le montre, qu'il se mette en verve, nous ne serons pas fâché de le suivre sur ce terrain. Jusque-là, nous tiendrons pour bouffonnerie et rodomontade grotesque sa qualification d'empoisonnement strychnique.

Vous ne vous attendez pas, mon cher Rédacteur, à ce que je relève une à une toutes les hypothèses naïves contenues dans la lettre de M. le docteur Tourrette. Ce serait trop mal apprécier l'esprit de vos lecteurs que d'entreprendre cette inutile tâche.

Cet honorable confrère réclame les succès du sulfate de strychnine en faveur de son traitement, parce que, des soixante cholériques moyens ou légers qui ont pris de 1 à 2 centigrammes par jour de sulfate de strychnine, et dont cinquante-neuf ont guéri, trois seulement ont ressenti quelques légers effets physiologiques dus au médicament, et que tous ont usé de boissons chaudes ou froides. Ces malades n'ont pris ni bains ni lavements. Ils ont usé largement, à volonté même, de tisanes chaudes et de quelques fragments de glace après chaque prise du sel strychnique, pour empêcher son rejet par l'estomac. Ils avaient usé des mêmes boissons avant de prendre le sulfate de strychnine, et la maladie allait son train.

Si l'usage des boissons aqueuses constitue sa méthode, nous le prévenons qu'elle existe depuis la première apparition du choléra, car il n'est pas un médecin qui en prive ses malades. M. le docteur Tourrette peut donc centraliser entre ses mains, et en faveur de sa méthode, tous les traitements; mais comme tous les traitements ont

donné jusque-là une mortalité de 50 pour 100, il est probable que, pour descendre à celle de 33 pour 100, il serait obligé de joindre à sa méthode un peu de sulfate de sthychnine. Nous lui abandonnons, du reste, volontiers, l'innocente récréation de la réclame.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mon attachement.

ABEILLE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La correspondance américaine de *la Presse*, si riche de faits et si intéressante, donne les tristes détails suivants sur l'état sanitaire de la Virginie :

« Les nouvelles de la Virginie continuent à être déplorables, et la peste n'a point encore ralenti ses ravages. Des médecins, des sœurs de charité, des ministres, qui y étaient accourus pour soigner les malades et consoler les mourants, il ne reste à peu près plus personne; les morts demeurent sans sépulture, les cercueils font défaut, les remèdes et provisions manquent, et l'émigration s'organise, à l'aide de la charité publique, afin qu'il n'y ait bientôt plus d'habitants dans les lieux infectés. Il s'organise partout des souscriptions que l'on peut, par l'empressement des donateurs, appeler nationales, et notre grande tragédienne (il s'agit de mademoiselle Rachel), en foulant le sol américain, a voulu fournir, elle aussi, un témoignage de sympathie aux souffrances d'une nation dont elle allait recevoir les hommages. Elle a souscrit pour la somme de mille dollars. »

— *Académie de médecine belge.* — Après deux mois de vacances, l'Académie a repris hier, samedi, ses travaux. Nous rendrons compte de cette séance.

(*Presse médicale belge.*)

Nominations. — Par arrêtés royaux récents, M. Wilmart, professeur agrégé à l'université de Liége, a été promu au grade de professeur extraordinaire à l'université de Gand, et M. Soupart professeur extraordinaire à l'université de Gand, a été promu à l'ordinariat. — Nous félicitons le gouvernement sur ces promotions, mais nous ne comprenons pas trop pourquoi l'on a oublié M. Borlée, qui depuis longtemps rend de nombreux et signalés services à l'enseignement, ainsi que M. Lados, dont le dévouement et le talent sont incontestables. La carrière du professorat est assez ingrate par elle-même, pour qu'on ne néglige pas de stimuler l'émulation de ceux qui, depuis si longtemps, en ont donné des preuves éclatantes, même aux dépens de leur santé.

(*Presse médicale belge.*)

— Le concours pour l'internat dans les hôpitaux de Paris, et pour les prix à décerner aux élèves externes, sera ouvert le lundi 22 octobre courant.

Le concours pour l'externat sera ouvert le 5 novembre prochain, et celui pour les prix à décerner aux élèves internes le 7 du même mois.

— Par décret impérial du 26 septembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Le Bozec, chirurgien de 1re classe de la marine, et Cochois, chirurgien de 3e classe, pour services rendus dans les ambulances de l'armée.

— On lit dans la *Deutsche Klinik* :

Le docteur Ludwig, professeur d'anatomie et de physiologie à Zurich, vient d'être nommé professeur de physiologie et de zoologie à l'Académie médico-chirurgicale de l'empereur Joseph, à Vienne.

— Le professeur J. Vogel, professeur de clinique médicale à l'Université de Giessen, est nommé titulaire de la même chaire à l'Université de Halle, en Prusse.

M. J. Vogel est l'auteur bien connu d'un traité d'anatomie pathologique traduit en français, et des *Icones pathologicæ ;* ses travaux ont exercé une influence considérable sur les progrès de l'anatomie pathologique.

M. le docteur Félix Niemeyer, médecin en chef du grand hôpital de Magdebourg, est appelé comme professeur de clinique médicale à l'université de Greifswald (Prusse).

— Par décret du 14 juillet 1855, de S. M. l'empereur d'Autriche, le docteur L. Rigler, professeur de clinique médicale à l'université turque de Constantinople, a été nommé professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Graz (Autriche).

— M. KENDALL a été élu chirurgien de *West-Norfolk and Lynn-hospital* en remplacement de M. le docteur COTTON, qui a résigné ses fonctions. A propos de la démission de ce dernier les administrateurs de l'hôpital se sont réunis, ont nommé M. Cotton administrateur à vie, et lui ont, en outre, offert une médaille sur laquelle étaient gravés ces mots : « Offert à M. le Dr Cotton par les administrateurs de W.-N. and L. H., comme témoignage de leur estime et en souvenir des services par lui rendus pendant dix-huit ans. »

On voit que l'Angleterre semble prendre la bonne habitude d'honorer les hommes qui sont utiles à leurs semblables, même quand ces hommes sont des médecins.

Erratum. Dans le dernier numéro, page 943, 1re col., ligne 3e, *au lieu de :* grâce aux médecins, *lisez :* grâce à l'ex-médecin.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

—En vente au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique;* les *Gastralgies*; les *Entéralgies*; la *Dyspepsie*; l'*Hypocondrie.*— Prix : 2 fr.

Sous presse pour paraître très-prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de protoiodure de fer inaltérable.* A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX recevront gratuitement cet ouvrage.

En vente au bureau du Journal : *Etudes cliniques sur l'*ACONIT, par M. le docteur IMBERT-GOURBEYRE, professeur-adjoint à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrant, lauréat de l'Académie impériale de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, etc.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — De l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament.

3e *Mémoire.* — Sur l'éphidrose (sueurs générales chroniques), sur les divers traitements employés contre cette maladie, et en particulier sur son traitement par l'*aconit.* — Prix de chaque Mémoire, 25 c., et 40 c., *franco* par la poste.

— Viennent de paraître :

Recherches cliniques sur les *Maladies du cœur*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur BOUILLAUD, par M. le docteur Ernest AUBURTIN, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris ;

Précédées de Considérations de philosophie médicale sur le *vitalisme*, l'*organisme* et la *nomenclature médicale*, par M. le professeur BOUILLAUD ;

Paris, chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12; 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 120. 3e année. Lundi 8 Octobre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. RACIBORSKI.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108, 111 et 115.)

L'hystérie est probablement celle de toutes les névroses, qui se présente le plus souvent aux époques menstruelles par suite de l'excitation nerveuse qui caractérise ces époques. Comme l'a déjà remarqué M. le docteur Landouzy, la menstruation, en dehors de toute anomalie, de toute irrégularité, de tout désordre, paraît évidemment, chez certaines malades prédisposées, la seule cause occasionnelle de l'hystérie (1).

On peut conclure, par conséquent, de tout ce qui précède, que les névroses d'origine menstruelle constituent un groupe à part, qu'il est important de savoir distinguer des mêmes névroses venant d'une autre source. Cette distinction est importante, car elle sert de base pour le pronostic et les indications thérapeutiques. Il est incontestable qu'une fois le diagnostic posé dans ce sens, les névroses d'origine essentiellement menstruelle, malgré la gravité apparente de leurs symptômes, pourront être jugées comme étant relativement moins graves et plus faciles à guérir.

Les faits dont nous venons de parler constituent, sans aucun doute, les exemples du plus haut degré d'excitation ovarique; aussi sont-ils relativement en petit nombre. Mais si, étant circonscrite dans les degrés inférieurs, l'excitation ovarique n'est pas apte d'amener par elle-même, sympathiquement, les troubles qui constituent les névroses; elle ne joue pas moins un immense rôle dans leur étiologie comme favorisant les effets des causes efficientes.

Ainsi, d'après les recherches fort intéressantes de M. Beau, l'âge correspondant à l'époque de la première éruption des règles est celui où débutent le plus souvent l'épilepsie et l'hystérie. Ce médecin distingué dit avoir noté :

Pour l'épilepsie :	43	cas qui ont débuté de	6 à 12 ans.
	49	—	12 à 16
	17	—	16 à 20
Pour l'hystérie :	6	—	10 à 15
	7	—	15 à 20
	3	—	20 à 30

(1) *Traité complet de l'hystérie*, Paris, 1846.

D'un autre côté, chez 30 femmes épileptiques chez qui la cause a agi au moment des règles, l'effet a été immédiat chez 17.

Pour l'hystérie, la cause ayant agi deux fois au moment des règles a été suivie deux fois d'effet immédiat.

Enfin, sur 227 femmes épileptiques observées par M. Beau, il n'y en avait que 82 chez lesquelles la névrose avait été plus ou moins antérieure à l'établissement de la menstruation. Toutes les autres étaient déjà réglées lorsque l'épilepsie s'est déclarée, et parmi elles il y en avait 35 chez qui la menstruation et l'épilepsie ont paru dans la même année.

Sur trois cent cinquante et une observations d'hystérie recueillies par les différents auteurs, et analysées par M. le docteur Landouzy, les attaques avaient commencé :

48	fois de	10 à 15 ans.
105	—	15 à 20
80	—	20 à 25
40	—	25 à 30
38	—	30 à 35
15	—	35 à 40
7	—	40 à 45
8	—	45 à 50
4	—	50 à 55
4	—	55 à 60
1	—	60 à 65
1	—	80 à 85

En présence de ces chiffres, il n'est guère possible de douter que la menstruation soit réellement une cause prédisposante de l'épilepsie et de l'hystérie.

M. le docteur Marotte ayant analysé un assez grand nombre d'observations de l'épilepsie, publiées par les différents auteurs, et surtout par MM. Bouchet et Cazanvielh, fait jouer également un rôle important à la menstruation dans l'étiologie de cette affection. D'après ce médecin distingué, l'influence de la menstruation peut être appréciée de trois manières différentes : 1° la menstruation peut n'avoir concouru en rien à la production de l'épilepsie, mais donner néanmoins une impulsion aux attaques; c'est ainsi, par exemple, qu'une jeune fille commença à avoir des attaques d'épilepsie à neuf ans; de douze à quinze ans, les attaques cessèrent. Cependant la menstruation s'établit alors, et les attaques épileptiques recommencèrent. M. Marotte a trouvé quatre cas de ce genre. 2° L'épilepsie, tout étant antérieure à l'établissement des règles, reçoit quelquefois une activité inaccoutumée des retours périodiques de la menstruation, et ses attaques deviennent plus fréquentes. M. Marotte a trouvé six cas de ce genre dans les auteurs que nous venons de nommer. 3° L'épilepsie, quoique produite par d'autres causes efficientes que la menstruation, revient néanmoins périodiquement, simultanément avec le retour des règles. Ces cas ont été rencontrés neuf fois dans le travail analytique de M. Marotte.

Des faits analogues ont été cités à l'occasion de l'hystérie. M. Lucas Championnière cite l'observation d'une femme de vingt-quatre ans, chez qui les accès hystériques s'étant déclarés au moment des règles, à la suite d'une émotion vive, se répétaient ensuite chaque mois, tant que durait le flux menstruel, tandis qu'ils cessaient dans l'intervalle ainsi que pendant la grossesse, jusqu'au moment du retour des règles (1).

La même observation s'applique également à la manie. Règle générale, les époques menstruelles produisent presque toujours plus ou moins de surexcitation chez les maniaques, à tel point que lorsqu'on remarque que, sans cause appréiable, il survient de l'exacerbation dans leur état ordinaire, on peut prédire une prochaine apparition des règles. « L'époque des retours menstruels est toujours un temps orageux pour les femmes aliénées, dit Esquirol, même pour celles dont les menstrues ne sont point dérangées (2) » Cette influence des époques menstruelles est tellement remarquable, que presque toutes les maniaques qui tombent malades de délire aigu, affection qui leur est généralement fatale, gagnent cette grave complication, comme l'a remarqué notre savant confrère et ami, le docteur Baillarger, précisément au moment des époques menstruelles (3).

D'un autre côté, Esquirol dit avoir vu des femmes qui, après être restées maniaques pendant la période de la vie destinée à la menstruation, guérissaient spontanément, immédiatement, après l'âge critique. La surexcitation nerveuse qui accompagne les époques menstruelles trouve également des échos dans les troubles de sensibilité connus sous le nom de *névralgies*. Nous avons recueilli huit observations de névralgies : trois relatives aux névralgies de la cinquième paire, trois à la sciatique, et deux à la névralgie iléo-lombaire. Toutes les malades nous ont déclaré avoir éprouvé des exacerbations aux approches des règles, et même souvent pendant leur durée.

Ainsi, dans toutes les affections du système nerveux qui ont pour caractère l'*excitation*, la menstruation exerce généralement une influence bien marquée et incontestable, caractérisée par le surcroît de cette excitation. *A priori*, on pourrait déjà présumer qu'il ne devait pas en être de même dans les paralysies.

Effectivement, nous avons eu l'occasion d'interroger là-dessus huit femmes affectées de paralysies : deux d'hémiplégie, trois de paraplégie et trois de paralysie faciale. Toutes ces femmes avaient été habituellement bien réglées jusqu'à l'invasion de la maladie, et continuaient de l'être ensuite. Pas une seule n'a jamais remarqué la moindre modification dans son état au moment des règles.

De ce qui précède on est autorisé de conclure que, lorsqu'on examine attentivement l'influence de la menstruation sur les affections du système nerveux, tout semble se borner à l'excitation sinon aux effets purement négatifs. Quant à la faculté de juger les maladies, admise avec complaisance par les anciens, elle doit être rangée parmi de simples suppositions mises en avant pour les besoins de tel ou tel autre système, mais que rien de sérieux ne justifie. Si quelquefois on a vu cesser l'épilepsie, la chorée, etc., etc., aux approches de la puberté, il faudrait se garder d'en conclure que cet heureux résultat dépendît toujours de l'apparition des règles. Bien au contraire, comme nous l'avons vu dans le cours de ce chapitre, les névroses reçoivent souvent alors un nouveau stimulant de l'excitation nerveuse qui caractérise les époques menstruelles.

L'amélioration de la constitution qui coïncide souvent avec la puberté, lorsque les jeunes filles vivent dans des conditions favorables au développement de leur constitution, peut seule expliquer la cessation des troubles nerveux qui pouvaient être favorisés sinon occasionnés par des mauvaises conditions d'hygiène au milieu desquelles s'était passée la première jeunesse.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1836, p. 136.
(2) *Traité des maladies mentales*, 1838, t I, p 36.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1855, nº 39, article publié par M. Judée.

M. le docteur Foville nous a dit avoir vu dans ses salles à l'hospice de Charenton une épileptique qui, quoique âgée de vingt-six ans, n'avait pas encore été réglée, ce que ce savant médecin attribuait avec raison à sa constitution éminemment scrofuleuse. Après l'emploi habilement dirigé de préparations iodées, cette femme finit par être menstruée. Cependant ce changement, opéré évidemment sous l'influence d une modification favorable de la constitution, n'amena néanmoins aucune crise heureuse dans le cours de l'épilepsie qui a continué sa marche comme avant la menstruation.

Esquirol cite une seule observation qui pourrait constituer, d'après ce célèbre médecin, l'exemple d'une heureuse terminaison de la manie à la suite du retour des règles. Il s'agit d'une dame de vingt neuf ans, mère de deux enfants, d'un caractère excessivement jaloux. Elle éprouva un jour sans cause connue un violent accès de jalousie; ses règles se supprimèrent et furent remplacées par un délire maniaque.

Plusieurs mois de soins assidus ne purent amener aucun changement notable dans l'état des facultés intellectuelles de la malade ; enfin les règles reparurent et coulèrent abondamment; dès lors, toutes les idées sont justes, toutes les préventions se dissipent, les hallucinations se taisent; les excrétions se rétablissent, et au bout d'un mois, madame C... est en état de retourner chez elle.

Quoique cette observation semble réunir toutes les conditions d'une véritable crise; elle ne nous paraît pas cependant tout à fait concluante. En effet, comme le fait remarquer Esquirol lui-même, déjà depuis trois jours avant l'arrivée des règles la malade était moins sombre et moins mécontente que d'habitude, ce qui pouvait être attribuée, du moins jusqu'à un certain point, à des promenades en voiture qu'Esquirol a fait faire à la malade pendant ces trois jours à l'époque du carnaval. Cette distraction a pu être bien certainement pour quelque chose dans l'amélioration survenue aussi subitement, et l'on peut toujours supposer qu'au lieu d'être l'effet, l'amélioration a pu être plutôt la cause du retour des règles.

Tout ce que nous avons dit jusqu'à présent est relatif à l'influence de la menstruation sur les affections du système nerveux. Nous n'aurons que fort peu de chose à dire de l'influence réciproque de ces maladies sur les règles. Quelle que soit la forme de l'affection nerveuse, les règles ne continuent pas moins ordinairement à quelques rares exceptions près. Ainsi nous avons noté la continuation des règles chez les malades affectées de paralysies, de névralgies, d'hystérie, chez les épileptiques et même chez les aliénées.

« Lorsqu'une disposition héréditaire, dit Esquirol, un vice de conformation, prédisposent à la folie, laquelle éclate par l'effet d'une cause accidentelle, au début de la maladie, les menstrues se suppriment ; elles se rétablissent promptement, mais sans soulagement pour la malade. Lorsque les menstrues coulent bien, sans retour vers la santé, alors on doit craindre que la maladie ne devienne incurable; mais tant que les menstrues ne sont pas rétablies, il est permis de conserver quelque espoir de guérisons surtout dans la première jeunesse (1). » Les idiotes sont généralement bien réglées et mêmes elles ont ordinairement la menstruation abondante.

(1) Ouvrage cité, tome I, p. 180. Sans doute, le retour des règles qui sont restées supprimées pendant quelque temps peut faire supposer le rétablissement de l'équilibre dans les fonctions organiques. Tant que ce retour n'a pas lieu, on peut toujours espérer quelque chose de ce rétablissement de l'équilibre chez les aliénées. Mais dans ce cas encore le retour des règles ne doit pas être considéré comme cause, mais comme le résultat d'une amélioration préalable.

(La suite au prochain numéro.)

Mémoire sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.

Par M. O. Landry.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

(*Suite et fin, voir les nos* 20, 24, 36, 40, 45, 56, 64, 65, 66, 68 *à* 71, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 106).

B. *Indications fournies par la symptomatologie.* — En m'élevant contre l'empirisme qui règne dans la thérapeutique des névroses, je n'ai pas voulu prétendre qu'il fallût se préoccuper exclusivement de l'étiologie et perdre de vue les indications fournies par leurs formes. La matière médicale est riche en moyens capables de combattre efficacement le symptôme en lui-même, et qui deviennent, au moins en de certaines circonstances, d'énergiques auxiliaires dont on ne saurait refuser l'appoint sans compromettre les résultats du traitement. Faut il nommer l'éther, la valériane, le musc, le castoreum, l'oxyde de zinc, l'opium, l'aconit dont M. Gautier-Lacroze vient de faire enfin connaître une préparation fidèle, la belladone, la strychnine, l'électricité, la quinine, etc., pour rappeler les succès de ces moyens contre les convulsions hystériques, l'état nerveux, l'épilepsie, la douleur, les névralgies, la chorée, la paralysie, les phénomènes intermittents, etc.? Toutefois, la réputation d'incurabilité faite à beaucoup de névroses, démontre la trop fréquente impuissance de ces agents, même des plus actifs, lorqu'ils sont employés empiriquement, et lorsqu'on se rappelle les résultats obtenus dans les observations 1, 3, 5, 11, 15, 17, 29, 30, 31, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68, 121, 122, 134, etc., etc. sans le secours et parfois après l'infructueux usage des moyens spécifiques, on se trouve conduit à leur attribuer une valeur secondaire dans un grand nombre de cas, et à restreindre beaucoup leur application. Je chercherai donc à préciser les conditions où ils peuvent acquérir de l'utilité.

1° Les névroses doivent être divisées en deux catégories qui se distinguent non par les différences de leurs symptômes, mais par le mécanisme de ces modifications fonctionnelles. J'ai déjà établi cette distinction et désigné chacune de ces catégories sous le nom d'*accident* et d'*affection*. L'*affection* essentiellement liée à des causes permanentes, est permanente comme elles, quelle que soit l'intermittence de ses manifestations : ainsi, chez cette jeune malade de l'observation cent cinquante-unième, épileptique, cataleptique et imbécile, qui fut complétement guérie après l'expulsion d'un tœnia, l'intermittence des accès ne laissait pas moins subsister l'imminence morbide. C'est aussi le cas des névropathies protéiformes, et, dans tous ces états, l'influence pathogénique doit dominer les indications curatives. L'*accident*, au contraire, perturbation passagère, ne persistant que le temps indispensable au rétablissement de l'équilibre, est amené par des causes trop fugitives pour fournir aucune donnée thérapeutique. Alors véritablement, le mal tout entier consiste dans le symptôme auquel évidemment il faut subordonner la médication, lorsque, par hasard, la commotion nerveuse trop violente ou portant sur un système très susceptible, se prolonge au delà des limites ordinaires ou, par son intensité, menace la vie des malades.

2° S'il est très-vrai que les substances médicamenteuses auxquelle je fais allusion soient impropres, en général, à guérir d'une manière durable les affections nerveuses, au moins peuvent elles modérer certains symptômes qui, par leur nature, sont capables de compliquer et d'aggraver l'influence étiologique. Il est d'une bonne médecine de savoir mettre à profit de semblables ressources, même au point de vue du traitement général. Beaucoup de névroses, par exemple, s'accompagnent de douleurs vives ou vagues et mal définies, objectives ou subjectives, propres à l'affection nerveuse même ou dépendantes de quelque autre circonstance. La douleur, source d'insomnie, d'inappétence, d'éréthisme, est une complication capable non-seulement d'accroître les phénomènes névropathiques, mais surtout d'ajouter à certaines causes comme la chlorose, l'anémie, l'épuisement, ou de les faire naître si elles n'existaient pas déjà ; elle doit être énergiquement combattue si rien ne s'y oppose.

Les mêmes préceptes sont applicables aux grandes attaques convulsives qui, par l'ébranlement qu'elles communiquent à l'économie, ne sauraient manquer d'engendrer ou d'augmenter la susceptibilité nerveuse ; il faut chercher à en modérer la violence. En un mot, tout symptôme de la maladie nerveuse dont les effets sont à redouter soit au point de vue de l'affection elle-même, soit au point de vue de sa cause, constitue une indication secondaire que l'on doit essayer de remplir.

3° Mais les données curatives fournies par le symptôme trouvent surtout leur application lorsqu'on est parvenu à éliminer les causes de l'affection nerveuse. Dans bien des cas, en effet, malgré le traitement rationnel, les forces de l'organisme restent incapables de rétablir l'équilibre depuis longtemps rompu, comme si l'économie, pliée à des conditions anormales, se résignait à ne plus réagir : l'influence morbide a disparu, et cependant son expression symptomatique persiste; ainsi se comportent très-fréquemment les paralysies saturnines. Alors il devient nécessaire de chercher à ramener, par les moyens usités, les fonctions à leur ordre physiologique.

4° Enfin, dans les cas trop nombreux où nous ne parvenons pas à découvrir les éléments pathogéniques de l'affection nerveuse, toutes les circonstances du traitement reposent évidemment sur le symptôme, et, malgré l'incertitude d'une médication empirique, on ne peut hésiter, à moins de circonstances particulières, à employer, dans un but curatif, ou simplement palliatif, les moyens dont l'observation a démontré l'utilité. Ne voyons nous pas, en effet, tous les désordres fonctionnels déterminés par une lésion organique du cœur, être calmés par la digitale ou l'aconit, et souvent pour un laps de temps considérable? On parvient également à modérer la dyspnée liée à un emphysème pulmonaire. Il est donc permis de chercher à guérir, ou tout au moins à soulager les individus atteints d'une affection nerveuse, lors même que nous ignorons la cause de leur mal, ou quand l'influence pathogénique est au-dessus des ressources de l'art. Reconnaissons même que parfois le succès obtenu est durable, résultat qui, pour n'être pas toujours définitif, n'en est pas moins précieux pour le malade et digne des efforts du médecin. Mais trop souvent la promptitude des récidives démontre assez qu'en réalité nous n'avons maîtrisé que la manifestation symptomatique, et non la disposition morbide qu'elle exprime.

Ainsi, le traitement du symptôme ne peut dominer la thérapeutique que lorsque les indications fournies par la pathogénie font défaut ou ne sauraient être remplies.

Or, le choix de la médication est déterminé alors par la forme et quelquefois par le type de l'affection. Par la forme, qui entraîne l'emploi de tel ou tel agent, suivant ses nombreuses variétés, suivant que les phénomènes morbides présentent les apparences de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, de la paralysie, etc. ; par le type, le type périodique, au moins, dont la spécificité l'emporte sur celle de la forme, et, dans certains cas, même sur celle de la cause.

CONCLUSION.

Telles sont, au point de vue le plus général, les règles qui doivent présider au traitement des névroses; telles sont, au moins, les déductions naturelles auxquelles conduisent les faits et les travaux dont j'ai essayé de présenter l'analyse, et qui peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

I. Il faut établir, parmi les névroses, deux catégories bien distinctes, non par la forme, mais au point de vue pathogénique; l'*accident* nerveux et l'*affection* nerveuse.

II. L'*accident* nerveux, simple désordre fonctionnel passager, est l'expression d'une perturbation également passagère.

III. L'*affection* nerveuse, état morbide essentiellement permanent, quelle que puisse être l'intermittence de ses manifestations, se rattache toujours à des influences étiologiques, ou à quelque modification de l'organisme, permanentes comme elle.

IV. Les névroses de ces deux catégories peuvent être symptomatiques, sympathiques ou idiopathiques.

V. Les névroses *symptomatiques* se rapporten

1° aux altérations du sang : pléthore, chlorose, anémie.

2° à l'épuisement physique causé par : excès de travail physique, manque de sommeil, nourriture insuffisante ou insalubre, sueurs excessives, allaitement prolongé, grandes suppurations, onanisme, abus de coït, spermatorrhée, excès de travail intellectuel, contentions d'esprit, chagrins, passions, etc.

3° à diverses maladies aiguës et chroniques : suite de fièvres intermittentes, — fièvre typhoide, — dysenteries graves, — choléra, — suette, etc., dyspepsie, albuminurie, etc.

4° à diverses cachexies.

5° à diverses diathèses : scrofules, syphilis, rhumatisme.

6° à l'action du froid et de l'humidité.

7° à diverses intoxications : plomb, mercure, arsénic, alcool, tabac, miasmes marécageux.

8° à l'action de certaines névroses.

9° à l'état post-puerpéral.

VI. Les névroses *sympathiques* se rapportent :

1° aux affections des organes thoraciques.

2° aux affections des organes de l'abdomen : maladies de l'estomac, — des intestins, — du foie, — de la rate (?), — du péritoine, aux vers intestinaux, maladies de l'utérus : affections aiguës et chroniques, troubles de la menstruation, grossesse, accouchement, maladies des voies urinaires, — des organes génitaux.

3° aux fièvres graves ou éruptives : fièvre typhoïde, variole, scarlatine, rougeole.

4° aux maladies externes : travail de la dentition et odontalgie, tumeurs névromatiques, introduction de corps étrangers dans l'oreille, plaies, brûlures, etc.

VII. Les névroses *idiopathiques* résultent de diverses influences morales et physiques qui agissent directement sur le système nerveux, comme les passions, les chagrins, les contentions d'esprit, les brusques mouvements de l'âme, ou des impressions vives faites sur les sens, les grandes attaques convulsives, la douleur, etc.

VIII. Les causes qui donnent naissance aux névroses agissent soit d'une manière rapide et passagère, soit lentement et d'une manière permanente, produisant ainsi, tantôt de simples *accidents* nerveux, tantôt de véritables *affections* nerveuses.

IX. Chacune des conditions pathogéniques qui viennent d'être indiquées peut engendrer les névroses les plus variées, et la même névrose peut prendre naissance au milieu de conditions pathogéniques fort différentes.

X. Chaque forme des névroses ne révèle donc pas un état morbide unique, mais peut servir d'expression à une multitude de modifications de l'organisme.

XI. *Les névroses ne se trouvant liées à aucun principe spécifique, ne correspondant ni à une modification spéciale de l'organisme ni à une lésion anatomique constantes, susceptibles, au contraire, de servir de manifestation à une foule d'états organiques fort différents, ne sont donc pas des maladies, mais constituent de simples expressions morbides à signification très-variable.*

XII. Les influences pathogéniques énumérées plus haut jouent, à l'égard des névroses, le rôle de *causes déterminantes*.

XIII. A ces diverses conditions morbides, il faut ajouter les *prédispositions* issues du sexe, de l'âge, du tempérament, de la constitution, de l'hérédité, de certaines aptitudes particulières originelles ou acquises, etc., et les *causes occasionnelles*.

XIV. D'une part, l'existence d'une prédisposition ou d'une aptitude congénitale ou acquise, ne suffit certainement pas au développement des névroses ; le concours d'une cause déterminante est indispensable à leur manifestation.

XV. D'autre part. les causes déterminantes les plus ordinaires des névroses n'ont pas nécessairement pour effet de produire une névrose, et n'agissent ainsi qu'à la faveur de prédispositions particulières.

XVI. Une névrose paraît donc être le résultat complexe d'une aptitude spéciale et d'une cause déterminante.

XVII. Parfois, cependant, le développement d'une névrose est l'effet spécifique d'une cause déterminante également spécifique.

XVIII. Des circonstances variables paraissent présider à la détermination de la forme des névroses.

1° Certaines causes spécifiques engendrent plus spécialement certaines formes ; mais le plus souvent l'étiologie n'est pour rien dans le phénomène pathologique dont il est question.

2° Il existe manifestement de véritables *idiosyncrasies*

morbides, en vertu desquelles les phénomènes névropathiques affectent plus particulièrement telle ou telle forme pendant tout le cours de la vie chez certains individus.

3° L'âge, le sexe, l'éducation, les climats, l'imitation, etc., exercent une influence non douteuse sur la détermination de la forme symptomatique.

XIX. Dans l'*accident* nerveux, tout l'état morbide réside dans le symptôme.

XX. Dans l'*affection* nerveuse, au contraire, l'état morbide, essentiellement complexe, se compose du symptôme et de l'influence pathogénique, auxquels on doit ajouter, dans certains cas, un troisième élément, le type, lorsqu'il est périodique.

XXI. Le symptôme ou la forme des névroses possède une spécificité incontestable, contre laquelle la matière médicale fournit des agents également spécifiques.

XXII. Dans les névroses périodiques, la spécificité du type domine celle du symptôme et parfois de la cause.

XXIII. Les névroses empruntent aux causes qui les produisent leur spécificité, et celle-ci l'emporte sur la spécificité du symptôme et même du type.

XXIV. L'étiologie est donc la source des indications thérapeutiques les plus essentielles; celles que fournit la symptomatologie sont, en général, secondaires.

XXV. Les causes occasionnelles ne sauraient inspirer que des mesures de précaution.

XXVI. L'étude des causes prédisposantes ne conduit d'ordinaire qu'à des indications purement *prophylactiques*.

XXVII. Les indications tirées des causes déterminantes sont seules *curatives* parmi celles que fournit l'étiologie.

XXVIII. Le mode d'action des causes déterminantes étudiées dans ce travail permet de les diviser en quatre catégories :

1° Celles qui tendent à affaiblir l'organisme;

2° Celles qui agissent en vertu d'une modification de l'économie ou d'un principe spécifique.

3° Celles qui consistent en des influences sympathiques exercées sur le système nerveux.

4° Celles, enfin, qui consistent en des influences portant directement sur le système nerveux.

XXIX. De là, quatre indications principales :

1° Reconstituer l'organisme;

2° Modifier les dispositions diathésiques spéciales ou éliminer les principes spécifiques ;

3° Guérir les affections qui engendrent les sympathies nerveuses, et diminuer, quand il y a lieu, l'éréthisme nerveux qui favorise ces effets;

4° Eloigner les influences capables d'agir directement sur le système nerveux.

XXX. Ces quatre indications peuvent coïncider, se combiner et se substituer.

XXXI. Les indications fournies par la symptomatologie en général secondaires, peuvent acquérir cependant une grande importance.

1° Quand il s'agit d'un simple *accident* nerveux;

2° Dans le cas où certains phénomènes d'une *affection* nerveuse sont capables d'aggraver la névrose elle-même ou la cause dont elle dépend;

3° Lorsque l'influence pathogénique étant éliminée, le symptôme persiste;

4° Si les indications fournies par la pathogénie font défaut ou ne peuvent être remplies.

XXXII. Les indications tirées de la symptomatologie se rapportent :

1° A la forme morbide;

2° Parfois au type de l'affection, quand il est périodique.

Note sur l'emploi de l'ammoniaque liquide dans le traitement des affections scrofuleuses.

« Monsieur le Rédacteur,

« Divers journaux de médecine, le vôtre en particulier, ont mentionné, dans ces derniers mois, quelques applications nouvelles des préparations ammoniacales, notamment contre la névralgie. Voici une observation qui semble prouver que, à titre de moyens antiscrofuleux, elles pourraient rendre d'utiles services ; si vous estimez qu'elle soit digne de l'intérêt de vos lecteurs, je prendrai la liberté de réclamer pour elle une place dans votre journal :

OBSERVATION. — Il y a vingt ans environ, une jeune personne de la campagne, âgée de sept à huit ans, fut piquée au pied par une vipère. Cette jeune fille était atteinte de scrofules ; elle avait la figure bouffie, le teint pâle, les narines engorgées et couvertes de croûtes qui en obturaient presque l'entrée, les lèvres très-épaisses, et elle portait autour du cou des engorgements strumeux, d'où s'écoulait en abondance un pus séreux. Elle fut soumise, à cause de l'accident qui lui était arrivé, à l'usage intérieur de l'alcali volatil, dont elle prenait dix gouttes, toutes les deux heures, dans un verre de tisane, et elle continua cette médication pendant une dizaine de jours. Elle n'était pas encore remise des suites de sa blessure, qu'une modification heureuse se manifesta dans sa constitution. Le teint s'anima, la bouffissure commença de se dissiper, l'ichor des ulcères se transforma en pus de bonne nature, les ganglions engorgés diminuèrent de volume et entrèrent en voie de cicatrisation, et, au bout de quelques mois, la malade jouissait de tous les avantages d'une bonne santé. Elle la conserva plusieurs années ; mais, comme il ne fut plus rien fait pour l'affermir, les accidents scrofuleux se reproduisirent, la poitrine finit par se prendre, et la malade succomba dans la phthisie à l'âge de quinze ou seize ans.

« Ce funeste dénoûment peut faire regretter que l'alcali volatil n'ait pas été employé assez longtemps, chez cette malade, pour opérer dans sa constitution une modification plus radicale; car je ne pense pas que les heureux effets d'une médication antiscrofuleuse se soient jamais produits avec plus d'évidence que dans ce cas. Il y a lieu de croire qu'il en serait résulté des avantages durables si l'on avait mis quelque persévérance dans le traitement.

« J'ai employé, depuis lors, plusieurs fois la même médication dans la maladie scrofuleuse, et je m'en suis toujours assez bien trouvé pour me croire autorisé à la recommander à l'attention des praticiens.

« JULES VERDIER, médecin à Barre (Lozère). »

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

Le fait que rapporte l'honorable médecin de Barre est assurément fort intéressant et méritait même d'être connu, même avec plus de détails que n'en donne M. Verdier. Il paraîtra toutefois bien douteux, nous le croyons, qu'une dizaine de gouttes d'alcali volatil, répétées pendant dix jours, puissent modifier une constitution aussi gravement altérée que celle de la malade dont parle l'honorable praticien, alors que les médications les plus puissantes, le quinquina, l'iode, le fer, l'iodure de potassium, l'iodure de fer surtout, dont on possède aujourd'hui une si bonne préparation (dragées de Gille), alors que ces médications associées à une bonne hygiène demandent un temps si long pour triompher de la scrofule, quand elles en triomphent. Ce qui pourrait avoir eu plus d'influence, ce qui, dans tous les cas, est plus puissant que l'ammoniaque, dans l'ob-

servation de M. Verdier, c'est l'empoisonnement virulent subi par le malade On comprendrait mieux, en effet, que, par suite de l'ébranlement causé par une intoxication profonde, une constitution altérée pût recevoir ce qu'on est convenu d'appeler un *coup de fouet* salutaire, et changer de nature, quoique avec plus de lenteur que dans le fait de M. Verdier. Il est donc difficile de voir, pour le moment, dans l'observation qu'il a publiée, autre chose qu'une coïncidence curieuse dont l'avenir pourra seul déterminer la signification et la valeur.

CHIMIE MÉDICALE.

Mémoire sur la composition de l'hématoïdine.

Par M. Charles ROBIN.

(*Extrait d'un Mémoire communiqué à l'Académie des sciences.*)

Le but de ce Mémoire est de faire entrer dans le domaine de la chimie un composé qui se forme, dans l'économie animale, aux dépens de la matière colorante du sang épanché. Il est connu depuis longtemps des médecins, en raison de la netteté de ses formes cristallines et de la beauté de sa couleur rouge, ils ont pu observer les conditions dans lesquelles il se produit ; mais il a été négligé des chimistes, parce qu'on ne l'avait vu jusqu'à présent qu'en petite quantité.

Grâce à l'obligeance d'un interne distingué des hopitaux de Paris, M. Mercier, j'ai pu m'en procurer une masse, pesant 3 grammes, entièrement formée de cristaux très-réguliers, qui s'étaient agglomérés dans un kyste hydatique du foie. Le corps dont je parle a reçu le nom d'*hématoïdine*. On sait que la matière colorante rouge des globules du sang à reçu, en 1827, de M. Chevreul, le nom d'*hématosine*, et que beaucoup d'auteurs l'ont appelée, depuis du nom d'*hématine;* mais c'est à tort, car dès 1811 M. Chevreul avait donné le nom d'*hematine* à la matière colorante jaune rouge du bois de campêche (*Hématoxylon Campechianum*, L.).

L'hématosine, quoiqu'on en ait dit, n'est pas cristallisable; mais presque toutes les fois que du sang est épanché dans l'épaisseur des tissus d'un animal vivant, on voit, de quatre à vingt jours après l'hémorrhagie, se former des cristaux microscopiques très-nets et quelquefois conformés en aiguilles ; toutefois, la plupart sont des prismes obliques à base rhombe et d'un beau rouge. Ce sont ces cristaux qui, figurés et décrits successivement par Everard Home en 1830, par Rokitansky en 1842, par Scherer en 1843, par Zwicky en 1846, ont été désignés en 1847 par Virchow, sous le nom d'*hématoïdine*. L'analyse chimique va nous montrer bientôt que l'*hématoïdine corps cristallisable* est de l'*hématosine non cristallisable* qui a perdu tout son fer, mais a pris 1 equivalent d'eau.

Les prismes obliques à base rhomboïdale, comme les aiguilles d'hématoïdine, sont assez durs cassants, réfractent fortement la lumière sous le microscope ; ils ont une couleur d'un rouge-orangé vif, ou rouge-ponceau, vers le centre et d'un rouge-carmin foncé sur les bords et aux extrémités. A la lumière réfléchie, séparés de toute impureté, ils sont d'un beau rouge de bi-iodure de mercure ou d'alizarine. Ces cristaux sont doués d'un pouvoir colorant très-intense; ils sont un peu plus lourds que l'eau, mais forment par leur réunion une masse volumineuse. La valeur des angles du prisme est de 118 et 62 degrés.

Chauffée au contact de l'air, elle donne d'abord une odeur de goudron, puis de matière azotée ou de corne qui brûle ; elle s'enflamme alors, brûle comme une bougie, et donne un charbon volumineux, boursouflé, qui finit par disparaître complétement : toutefois, ce composé est difficile à brûler dans l'appareil a combustion. Hors du contact de l'air, la chaleur en dégage des gaz fétides, une substance d'aspect de goudron, et il reste un charbon volumineux boursouflé.

L'eau, l'alcool, l'éther, la glycérine, les essences et l'acide acétique ne dissolvent pas trace de ce composé; l'ammoniaque le dissout rapidement, avec une teinte rouge-amarante, si la dissolution est concentrée, et, dans tous les cas, celle-ci passe bientôt au jaune safrané, puis brunâtre. La potasse et la soude gonflent les cristaux d'hématoïdine, les fendillent et les dissolvent peu à peu, mais en assez faible proportion à côté de l'ammoniaque ; la solution est rougeâtre. L'acide azotique dissout assez vite ce corps ; la solution est d'un rouge assez foncé, et il se dégage des bulles de gaz si elle est concentrée. L'acide chlorhydrique le dissout, mais peu; la solution est d'un jaune d'or ou jaune-rougeâtre; les cristaux restants ont une teinte ocreuse à la lumière réfléchie, jaune rougeâtre sous le microscope. L'acide sulfurique ne les dissout pas ; il les rend seulement de plus en plus foncés, et, de plus, il prend une teinte verte lorsque des traces de composés ferriques et alcalins accompagnent encore les cristaux.

Après m'être assuré par le microscope que les lavages par l'eau, l'alcool et l'éther n'avaient laissé que des cristaux sans mélange d'impuretés, et que c'est bien sur un produit entièrement cristallisé que portait l'analyse, j'ai obtenu, avec le concours de M. Riche, les résultats suivants :

Hématoïdine.	I	II.	III.	*Hématosine;* moyenne des 5 analyses de Mulder.	
Carbone. . . .	65,0460	65,8510	»	65,84 soit	C^{44}
Hydrogène. . .	6,3700	6,4650	»	5,37	H^{22}
Azote	»	»	10,505	10,40	Az^{3}
Oxygène. . . .	18,0888	17,1788	»	11,75	O^{6}
Cendres. . . .	00,0002	00,0002	»	*Fer*. . . 6,64	Fe.

Deux combustions faites spécialement dans le but de déterminer la quantité de *fer* qu'aurait pu contenir l'hématoïdine, ont été opérées, l'une sur 34 centigrammes, l'autre sur 55 centigrammes de ce composé: elles ont fourni, la première 7 dix-milligrammes, la seconde 13 dix-milligrammes d'un résidu gris-blanchâtre, d'aspect de cendre, mais ne ressemblant point à de l'oxyde de fer. Ce résidu ne contenait pas de chaux, mais des traces de sels alcalins et une notable quantité de fer, décelée par le prussiate de potasse. Il est facile de voir que ce sont là des restes d'impuretés fixées aux cristaux et que les lavages n'ont pu enlever, ainsi qu'il arrive souvent pour les composés d'origine organique. Ce résidu, eût-il été composé uniquement d'oxyde de fer, serait manifestement trop minime pour qu'on pût songer à considérer ce métal autrement que comme impuretés par rapport à l'hématoïdine, et à le faire entrer dans la composition de sa formule. Je n'ai pu y trouver ni soufre ni phosphore.

En comparant les nombres fournis par mes analyses, on reste frappé de leur concordance avec ceux obtenus en 1839 par Mulder, qui opérait sur de l'hématosine évidemment pure. Si de l'*hématosine non cristallisable* on enlève le fer par digestion dans l'acide sulfurique concentré, ou par le chlore, ainsi que l'a fait Mulder, il reste un corps composé de 70 49 de carbone, 5,76 d'hydrogène, 11,16 d'azote, 12,59 d'oxygène, c'est-à-dire un corps ayant la composition donnée plus haut pour l'hématosine, moins le fer. La formule que donnent ces nombres pour ce produit est

$$C^{14}\,H^{8}\,Az\,O^{2},$$

ou, comme l'écrit Mulder, par comparaison à celle de l'hématosine,

$$(C^{44}\,H^{22}\,Az^{3}\,O^{6});$$

or, comme celle qui résulte de mes analyses de l'*hématoïdine* est

$$C^{14}\,H^{9}\,Az\,O^{3}, \quad \text{soit} \quad C^{14}\,H^{8}\,Az\,O^{2} + HO,$$

on reconnaîtra facilement que l'hématoïdine n'est point la matière colorante du sang ou hématosine, mais un composé chimique qui provient de sa décomposition, dans laquelle 1 équivalent d'eau (HO) a remplacé 1 équivalent de fer (Fe).

La quantité d'hématoïdine retirée du kyste hydatique du

foie correspondait à 1800 grammes de sang au moins, qui ont dû s'épancher successivement pour donner lieu à sa formation.

Analyse de l'eau du Bosphore, prise à Bujuk-Déré, près l'embouchure de la mer Noire.

Par M. Pisani.

Dans une Note communiquée à l'Institut, l'auteur donne la composition suivante :

Eau, 1 litre ; densité, 1,01345.

	gr
Chlorure de sodium............	13,8582
Chlorure de potassium..........	0,0298
Chlorure de magnésium.........	1,7940
Sulfate de magnésie............	1,2279
Sulfate de chaux..............	0,5169
Carbonate de chaux............	0,1569
	17,5837

Le brome n'a pas été dosé, mais il ne s'y trouve qu'en fort petite quantité.

Gaz contenus dans 1 litre : 23cc,99 à 0° et 760mm.

En centièmes :	Acide carbonique........	33,22
	Azote..................	45,78
	Oxygène................	21,00
		100,00

Autre analyse :

Gaz : 22cc,27.

En centièmes :	Acide carbonique........	27 1
	Azote..................	48,7
	Oxygène................	24,2
		100,0

Cette eau n'a pas toujours la même richesse en sels ; ainsi les résidus salins provenant de 100 grammes d'eau varient de 1 gr. 627 à 1 gr. 739.

Les densites varient aussi de 1,0121 à 1,0139.

Elles ont été prises entre 22 et 26 degrés.

La densité moyenne est de 1,01324.

Le maximum de salure correspond aux vents d'est et nord-est; le minimum semble correspondre aux vents de sud; mais l'absence de ces derniers, depuis quelques mois, m'a empêché de mieux le constater.

La quantité de chaux augmente avec la salure et varie de 0 gr. 1740 à 0 gr. 350 par litre.

Le chlore y varie de 8 gr. 853 à 9 gr. 625.

Les autres n'y éprouvent que de faibles variations.

CORRESPONDANCE.

Conformément à notre habitude, nous croyons de notre devoir de publier la lettre suivante, quoiqu'il nous semble qu'elle eut gagné à être présentee sous une forme plus académique.

Structure du foie.

Monsieur le Rédacteur,

Votre journal étant destiné à faire progresser la science et non à propager l'erreur, permettez-moi de ne point laisser passer un article de M. Becquerel sur la cirrhose du foie, inséré dans votre numéro du 26 septembre. Il serait, en effet, déplorable que quelques-uns de vos lecteurs adoptassent, sur la structure du foie, certaines idées émises par un homme dont le nom et la position peuvent facilement en imposer. M. Becquerel a la prétention de donner des détails sur la structure du foie ; peut-on appeler détails quelques lignes incohérentes et incompréhensibles pour quiconque ne connaît déjà l'anatomie de l'organe en question, dont la structure a agité pendant près de deux siècles les anatomistes et les physiologistes les plus éminents? Que diraient de ces détails les Ruysch et les Malpighi, les Glisson, les Meckel, les Ferrein, et Albinus, et Bœrhaave et Mappis, Weber, et Kiernan, Krause, Henle, Lambron, Verger et Dujardin, Purkinje, Halmann, Huschke, Muller, Vogel, Wagner, et M. Rochoux, et, enfin, ce Retzius qui nous a probablement donné le dernier mot sur la structure du foie? M. Becquerel, comme on le voit, fait bon marché de tant d'hommes illustres et de l'œuvre de deux siècles.

« Il y a, dit-il, deux opinions sur la structure du foie (*sic*). La « première, adoptée par MM. Bernard et Béclard, et la seconde qui « est celle adoptée par Retrius.» Lisez Retzius, car malheureusement on a toujours mis une *r* à la place d'un *z* dans l'article de M. Becquel (1). Mais voyons, qu'est-ce que cette opinion adoptée par MM. Bernard et Béclard? N'aurait-on pas mieux fait de nous dire quel était son auteur? ne doit-on pas toujours se rappeler ici le nom de Kiernan, à moins peut-être q 'il y eut plus de mérite à adopter une invention qu'à la faire? Voudriez-vous faire passer sur le dos de ces Messieurs le bagage de Kiernan? Ce sont des services que l'on se rend quelquefois dans le monde scientifique; donne-moi la rhubarbe et je te passerai le sené. Mais malheureusement M. Béclard, que M. Becquerel n'a pas même lu, rapporte les honneurs de son opinion à Kiernan, auquel il emprunte une figure pour représenter la structure du foie. Mais continuons l'examen de cette première opinion, telle qu'elle a été exposée par M. Becquerel; il dit : « Un *acini* est organisé ainsi qu'il suit. » Quel malheur de perdre ainsi son latin dès le commencement, un *acini*, on dit, s'il me semble, un *acinus* au singulier, des *acini* au pluriel. Reprenons.

« Un acini est organisé ainsi qu'il suit :

« *a.* Trame cellulo-fibreuse ou fibroïde.

« *b.* Au centre de cet acini, se trouve l'origine de la veine sus-« hépatique.

« *c.* Dans l'acini lui-même on trouve : 1o disséminées, tassées les « unes contre les autres, un très-grand nombre de cellules polyédri-« ques assez volumineuses et à noyau central arrondi, qui sont la « partie véritablement sécrétante du foie ; 2° les bouches béantes et « ouvertes des canalicules excréteurs du foie, qui ont une direction « centrifuge et gagnent la périphérie de l'acini. »

Ainsi M. Becquerel admet des cellules sécrétantes, libres de connexion avec les canalicules biliaires, et il dit que ces canalicules ont des bouches béantes. Pauvre M. Béclard, on dit que c'est là votre opinion ! on vous fait dire des absurdités que vous avez cependant combattues. En effet, nous trouvons dans l'anatomie générale de M. Béclard, page 382, qu'Henle a eu tort de supposer ouvertes les extrémités des canalicules hépatiques; et, ajoute M. Béclard, « cette « supposition est en désaccord avec les divers travaux auxquels a « donné lieu la structure du foie, et avec la disposition générale des « canaux excréteurs de toutes les glandes. »

Passons l'énumération de trois cercles vasculaires concentriques à l'acinus sur laquelle cependant on pourrait bien dire quelque chose, et voyons si M. Becquerel a été plus heureux en exposant l'opinion de Retzius.

Il dit : « A. L'acini (lisez l'acinus) est constitué, comme dans le cas « précédent, par une matière fibroïde qui en forme la base, la « trame.

« B. La disposition vasculaire peut être considérée comme la « même que dans le cas précédent.

« C. Les canalicules excréteurs au lieu de prendre leur origine « par des bouches béantes dans la trame même de l'acini, se termi-« nent dans cette même partie par des anses, des culs-de-sac, des « ampoules plus ou moins contournées, et c'est dans ces canalicules, « et non pas en dehors d'eux, que se trouvent les cellules polyé-« driques secrétantes, absolument comme cela a lieu pour les cel-« lules secrétantes des reins, dans les canalicules secréteurs de la « substance corticale des reins. »

Comment a-t-on pu faire dire de pareilles choses à Retzius? Il est évident que M. Becquerel a encore moins lu Retzius que Béclard, et que lui, agrégé, n'a pas même lu le beau traité de M. Bérard ; car il y aurait vu un dessin chematique du rapport des différents éléments du foie, dessin envoyé par Retzius à M. Robin, et qui aurait suffi pour donner à M. Becquerel de plus justes idées et sur l'opinion de Retzius et sur la structure du foie : Il y aurait vu que l'opinion adoptée par cet auteur sur la disposition des vaisseaux sanguins n'est pas la même que dans la description adoptée par M. Béclard; car

(1) C'es là, on le comprend, une erreur typographique dont M. Becquerel n'est nullement responsable et que tous nos lecteurs auront eux-mêmes corrigée. N. du R.

Retzius, au lieu de placer la veine sus-hépathique au centre de l'acinus, la met, tout au contraire, à l'extérieur; tandis que, suivant lui, la veine porte et l'artère hépatique sont à l'intérieur, contrairement aussi à la première opinion. C'est inutilement que Retzius a décrit et figuré dans l'acinus des canaux sécréteurs et des canaux excréteurs, M. Becquerel juge à propos de simplifier la description, il n'admet qu'une seule espèce de canalicules, les excréteurs; seulement ces canalicules excréteurs sont aussi sécréteurs pour lui, puisqu'ils sont tapissés par des cellules sécrétantes; c'est en vain que les micrographes les plus distingués ont admis une grande différence entre les deux espèces de conduits biliaires, fondée surtout sur la structure de l'epithelium. M. Becquerel détruit tout cela dans quelques lignes. Continuons, et nous verrons qu'il est toujours de plus en plus en désaccord avec Retzius; en effet, suivant lui, Retzius fait terminer les canalicules hépatiques par des culs-de-sac, des ampoules plus ou moins contournées; ah! quelle erreur il fait commettre à ce pauvre Retzius, qui s'est efforcé, au contraire, de dire et de figurer que les canalicules se terminent par de vastes réseaux anastomotiques analogues à celui de capillaires sanguins, et qui a donné à ces réseaux le nom de *plexus vaginales :* ces réseaux ont été admis par presque tous les auteurs et dans les deux opinions que M. Becquerel a citées, même par M. Béclard, contrairement aux terminaisons par bouches béantes que M. Becquerel lui a fait adopter.

Ruysch avait vu ce réseau et le faisait communiquer avec les capillaires sanguins, Bewes avec son réseau vasculaire intermédiaire. Avant Retzius, les magnifiques injections de Weber ont mis hors de doute l'existence de ce réseau, libre de toutes communications avec le système sanguin, et si Krause et Müller ont admis des terminaisons en cul-de-sac, c'est que probablement, comme ce dernier l'avoue, leurs injections ne leur ont pas bien réussi. Cependant, il est bon de dire ici qu'on trouve en quelques points du foie des branches d'un diamètre plus considérable, qui ne se divisent pas jusqu'au point de former des réseaux, et qui se terminent en culs-de-sacs; ces vaisseaux ont reçu le nom de *vasa aberrantia hepatis.* Mais ces vaisseaux sont assez rares, et la masse des canalicules biliaires se termine toujours par des réseaux dans chaque acinus, et ces réseaux communiquent encore avec ceux des acini voisins.

Nous n'examinerons pas la théorie de M. Becquerel sur la cirrhose. Seulement, comme cet auteur à des idées tout à fait fausses sur la structure du foie, soit dans l'opinion adoptée par M. Béclard, soit dans celle de Retzius, il nous semble impossible qu'il puisse donner une théorie de la cirrhose, fondée sur la structure du foie, comme il en a la prétention. Cependant, cela n'empêche pas M. Becquerel de dire : « Vous devez bien penser que si je me suis donné « beaucoup de peine et fait de nombreux travaux pour établir une « théorie, je ne saurais vous conseiller d'en adopter une autre. Je « ne peux cependant m'empêcher de vous dire qu'une théorie éma- « nant d'un homme aussi savant que M. Gubler doit être prise en « sérieuse considération. Il faudrait de nouvelles, et surtout plus « nombreuses observations anatomo-microscopiques, pour admettre « l'une ou l'autre. » Comment expliquer cela; M. Becquerel dit d'adopter sa théorie, et deux lignes plus bas il avoue qu'il faudrait de nouvelles recherches pour admettre son opinion ou celle de M. Gubler? Quelle inconséquence avec lui-même! Quoique nous n'ayons pas eu l'intention de critiquer ici la pathologie de M. Becquerel, cependant nous ne pouvons laisser passer une étrange prétention. M. Becquerel nous dit qu'on reste inactif devant la cirrhose, et qu'on a tort; une idée lumineuse lui est venue, celle d'employer les vésicants et les caustiques, les purgatifs ; il livre ces moyens à l'attention des praticiens. Mais, malheureusement, il n'est pas d'élèves qui ne sache que ces moyens ont été employés, et presque toujours inutilement.

Mais finissons, et espérons que désormais on verra moins souvent des hommes profiter de leur nom et de leur position pour lancer dans le public médical, et même sur les bancs des écoles, des travaux et des idées en désaccord avec la science comme avec les faits, et qu'au contraire, on apportera d'autant plus de sévérité, qu'on occupera une position plus élevée, et qu'on respectera le public comme on se respectera soi-même.

Veuillez, mon cher Rédacteur, avoir la bonté d'insérer cette lettre dans un de vos prochains numéros, et recevez l'assurance de ma considération distinguée.

LOUIS PIZE, d. m. p.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Mort de M. Magendie. — M. le professeur Magendie, qu'une grave maladie chronique avait depuis longtemps éloigné des assemblées scientifiques et de l'enseignement, a succombé hier au soir à sept heures. — Ses obsèques auront lieu jeudi prochain à midi. — On se réunira à la maison mortuaire, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

— On lit dans la *Presse medicale belge :*

« Une nouvelle branche vient d'être ajoutée à l'enseignement de l'école de médecine vétérinaire de l'Etat. Dorénavant « l'enseigne- « ment religieux fait partie essentielle du programme d'études de cet « établissement, et cet enseignement y est donné par un aumônier « nommé par le chef diocésain. »

« Voilà une innovation qui surprendra les hommes de science et qui donnera à l'étranger une singulière opinion de l'enseignement supérieur dans notre pays. C'est à ne pas y croire, si nous n'avions sous les yeux l'arrêté royal approuvant le règlement qui l'institue. Ce règlement ne dit pas si cette branche de l'enseignement fera également partie des examens. Quoi! des jeunes gens dont l'éducation première est terminée, qui sont astreints à des études sérieuses et toutes scientifiques, on les oblige à se mettre sur les bancs comme des écoliers, pour recevoir des instructions religieuses!... Et c'est au XIXe siècle, dans un pays libre et de progrès que l'on se permet de semblables innovations!!! Nous ne désespérons pas que la mesure ne passe de l'école vétérinaire dans les universités de l'Etat. »

— M. Spring, professeur à l'université de Liége, vient d'être déchargé du cours d'ostéologie qu'il donnait à la Faculté de médecine de cette ville; cette partie du cours sera actuellement donnée par M. Borlée.

(*Presse médicale belge.*)

— Par arrêté royal, les appointements de M. Vantcoetsem, professeur de pathologie interne à l'Université de Gand, viennent d'être portés à 7,000 francs, en raison des services que ce professeur a rendus à l'enseignement.

(*Presse médicale belge.*)

— *La Presse* annonce, d'après le *Bombay-Times*, que les décès causés dans le Scinde par les morsures de serpent sont devenus si nombreux que le gouvernement a fini par adopter des mesures pour la destruction de ces reptiles.

— A propos du prix Bréant auquel a voulu concourir un anonyme, les Secrétaires perpétuels de l'Académie des Sciences ont publié l'avis suivant :

L'Académie reçoit, de Schweidnitz (Etats prussiens), un Mémoire écrit en allemand et destiné au même concours.

L'auteur, supposant à tort que les concurrents pour ce prix étaient tenus de garder l'anonyme, a placé son nom sous pli cacheté, et indiqué l'adresse à laquelle devrait être renvoyé son Mémoire, dans le cas où il ne serait pas jugé digne du prix ou d'une mention honorable.

Les personnes qui se présentent pour ce concours doivent faire connaître leur nom. En conséquence, le billet cacheté sera ouvert, et l'auteur sera averti qu'après que la Commission aura porté son jugement sur le concours, aucune des pièces soumises à l'examen ne devra être reprise. Jusqu'à ce qu'il ait fait savoir s'il persiste, dans ces conditions, à se présenter comme concurrent, son Mémoire sera conservé, à titre de dépôt, sous pli cacheté.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

1er *Mémoire.* — Sur les propriétés anti-névralgiques de l'aconit.

2e *Mémoire.* — De l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés anti-névralgiques de ce médicament.

3e *Mémoire.* — Sur l'éphidrose (sueurs générales chroniques), sur les divers traitements employés contre cette maladie, et en particulier sur son traitement par l'*aconit.* — Prix de chaque Mémoire, 25 c., et 40 c., *franco* par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 121. 3e année. Mercredi 10 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique ; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108, 111 et 115.)

Chapitre VIII.

De la suppression brusque des règles, de ses rapports avec les états morbides qui lui sont attribués par les auteurs, de son influence sur la thérapeutique.

C'est un question fort importante que celle de la suppression des règles ; elle est importante au point de vue pratique, car il s'agit de savoir ce qu'il convient de faire à l'égard de l'hémorrhagie supprimée ; elle l'est aussi au point de vue de la pathologie générale.

L'influence des causes qui produisent la suppression peut se borner à la suppression seule, ou, ce qui arrive plus souvent, faire naître simultanément d'autres troubles et donner lieu à différentes maladies.

La plupart des auteurs qui ont traité cette question n'ont fait que raffermir les idées erronées répandues là-dessus dans le public, et qui conduiraient à de plus fausses inductions thérapeutiques, si l'on persistait à vouloir les suivre. Pour ne pas remonter jusqu'aux anciens, arrêtons-nous seulement un instant sur le livre que nous avons eu déjà l'occasion de citer et qui résume parfaitement l'état de l'emménologie jusqu'à nos travaux. « Les accidents déterminés par la rétention sont-ils plutôt dus aux qualités du sang qu'à sa quantité? se demande M. Brière de Boismont. Beaucoup de preuves semblent parler, dit notre honorable confrère, en faveur de la première opinion (1). » L'auteur appuie surtout sa manière de voir sur des faits de *cyanose* qu'on a vue quelquefois survenir après la suppression des règles. Ces faits paraissent à M. Brière de Boismont significatifs et indiquent évidemment une altération du sang, analogue à celle qui s'opère dans *les asphyxies et après l'empoisonnement par certaines substances narcotiques, entre autres par l'opium.*

Pour faire sentir jusqu'à quel point les meilleurs esprits peuvent se laisser égarer par des préventions, nous ferons observer que c'est après s'être efforcé de démontrer, dans la partie physiologique de son ouvrage, l'identité du sang menstruel avec le sang artériel, que M. Brière de Boismont a soutenu, dans la partie pathologique, une si étrange opinion. Nous ferons remarquer encore que chez une des malades affectées de cyanose dont parle l'auteur, on a trouvé à l'autopsie un *rétrécissement général du système artériel coïncidant avec un développement marqué du système veineux jusque dans ses capillaires.* Cette altération ne suffit-elle pas déjà par elle-même pour expliquer la teinte cyanosée sans qu'on ait besoin de recourir à l'hypothèse d'empoisonnement par le sang menstruel rentré!

(1) Ouvrage cité, p. 321.

En supposant que chez l'autre malade dont par l'auteur il n'y eût pas eu de cause organique analogue à celle là pour rendre compte de la cyanose, ce fait pourrait encore être très-bien expliqué par la seule commotion vive du système nerveux, sans que les règles eussent joué là-dedans d'autre rôle que celui de cause prédisposante. Les faits de ce genre ne manquent pas dans la science ; et dans le moment même où nous écrivons ces lignes, nous lisons dans la *Gazette médicale* une observation fort curieuse de cyanose rapportée par notre savant confrère et ami le professeur Hus, de Stockholm (1). Jamais la chose ne pouvait arriver plus à propos, car il s'agit précisément d'un cas de cyanose survenu après une frayeur sans aucune participation des règles. Une jeune fille de treize ans, encore non réglée, effrayée par un homme dont elle s'est vue poursuivie dans la rue, avait employé toutes ses forces pour lui échapper. Arrivée chez elle, elle a éprouvé un accès de palpitations violentes avec une grande difficulté de respirer qui lui a fait perdre connaissance ; en même temps la peau est devenue bleue sur tout le corps. Cet état ayant continué pendant deux mois, la mère amena l'enfant à l'hôpital où elle était traitée par la diète et le sous-carbonate de fer. Au bout de trois semaines, son état a éprouvé une amélioration remarquable, et elle n'a pas tardé à être complétement guérie.

Après avoir rejeté la théorie d'empoisonnement dont l'origine remonte aux médecins arabes, mais qui n'est pas soutenable dans l'état actuel de nos connaissances, voyons ce que nous apprend l observation clinique sur le mécanisme étiologique des accidents survenus sous l'influence des causes ayant occasionné la suppression brusque des règles.

La suppression produite par des causes agissant directement sur la circulation donne rarement l'occasion d'observer d'autres troubles concomitants. Ces causes ébranlent, en effet, la masse du sang ; les globules en chemin pour s'échapper des vaisseaux utérins s'arrêtent ou rentrent dans le tourbillon de la circulation générale, et tout se borne à la suppression momentanée ou plus ou moins prolongée de l'hémorrhagie menstruelle. C'est de cette manière que semble agir la saignée pratiquée au moment des règles. Son effet le plus ordinaire est la suppression de l'hémorrhagie menstruelle sans qu'il en résulte rien de fâcheux pour l'économie. C'est de la même manière

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1843, numéro du 11 février.

encore que se produisent sans doute ces suppressions brusques que l'on voit survenir souvent quand une maladie fébrile aiguë éclate au moment même de l'hémorrhagie menstruelle. Dans l'un comme dans l'autre cas, si un peu de congestion locale survit à l'hémorrhagie supprimée, elle ne tarde pas à disparaître sous l'influence même de la cause qui avait occasionné la suppression. Les globules du sang rentrent dans la circulation générale et l'état local reprend en très-peu de temps les conditions antérieures au molimen menstruel sans fournir aucune indication spéciale à la thérapeutique.

En dehors de ces cas la plupart des influences auxquelles on attribue généralement la suppression brusque des règles, sont suivies en même temps d'autres accidents. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces accidents sont toujours étroitement liés à la nature des causes qui les ont produits. Ainsi on peut être sûr d'avance que lorsqu'il s'agit de la frayeur, d'un chagrin profond ou d'une douleur subite, la suppression des règles sera accompagnée d'accidents appartenant à l'innervation, tels que : l'hystéralgie, l'hystérie, l'épilepsie, le délire, la folie, etc., etc. Si, au contraire, la cause qui a précédé la suppression est d'une autre nature, comme, par exemple, le passage du chaud au froid, l'exposition à la pluie, etc., etc., on verra succéder des accidents de nature inflammatoire, tels que: des angines, des pleurésies, des fluxions de poitrine, des métrites, etc., etc. Ces accidents sont, par conséquent, absolument semblables à ceux que les mêmes causes produisent habituellement en dehors de l'influence des époques menstruelles, ce qui prouve que les règles ne jouent d'autre rôle dans leur étiologie que celui de cause prédisposante. Ce rôle, déjà assez important par lui-même à cause de l'impressionnabilité plus grande des femmes à cette époque, acquiert une importance tout exceptionnelle des causes qui agissent particulièrement sur l'innervation. L'orgasme nerveux qui constitue un des caractères essentiels des époques menstruelles étant déja normalement très-développé chez certaines femmes, ne peut que faciliter alors l'évolution des troubles de l'innervation et les rendre capables de revêtir toutes les formes connues.

L'hémorrhagie menstruelle n'entre donc pour rien dans la production de tous ces accidents; il serait d'ailleurs fort difficile de comprendre qu'une seule et même cause pût occasionner tant de diversité dans les résultats. Si la suppression des règles en était réellement la cause, il devrait être entièrement indifférent qu'elle survienne après les influences de l'ordre physique ou moral ; les résultats devraient être, dans les deux cas, les mêmes.

Nous n'excepterons de cette règle générale que deux ordres d'accidents qui semblent emprunter leurs principaux caractères à l'hémorrhagie supprimée : l'engorgement congestif ou inflammatoire de l'utérus et les hémorrhagies supplémentaires. Il est bien certain que, quelle que soit la cause qui ait précédé la suppression des règles, l'utérus et ses annexes peuvent être avant tout frappés dans leur système circulatoire, grâce à des conditions toutes spéciales dans lesquelles ils se trouvent alors physiologiquement.

La suppression des règles peut être seulement momentanée ; l'hémorrhagie revient alors au bout de quelques heures ou le lendemain, et peut continuer jusqu'à son terme habituel. Mais bien plus souvent le retour des règles n'a lieu qu'à l'époque suivante, sans qu'il soit absolument nécessaire que des accidents aigus qui avaient succédé d'abord à la suppression, aient cessé auparavant. Si les règles tardent davantage à reparaître, cela tient généralement à la nature de l'affection survenue en même temps que la suppression ou au traitement hyposthénisant.

Quelquefois, au lieu d'hémorrhagie menstruelle, on peut observer aux époques qui suivent la suppression, des hémorrhagies supplémentaires par les différentes voies. Cette anomalie, qui peut se déclarer quelquefois directement sans l'intervention d'une suppression brusque des règles, est toujours l'indice d'une grande perturbation dans l'économie et particulièrement du système nerveux.

Le plus ordinairement, la nature choisit pour ses hémorrhagies des points qui étaient déjà antérieurement plus ou moins congestionnés, tels que des ulcères, des nævi, des varices, etc., etc. D'autres fois cependant, elles ont lieu par un point de la peau ou des membranes muqueuses où l'on n'apercevait jusqu'alors aucune altération. D'autres fois enfin, on a vu des femmes qui, s'étant blessées accidentellement au moment des règles, rendaient aux époques suivantes du sang par le point correspondant à leur blessure.

Girod de Lyon rapporte un fait fort intéressant de ce genre.

Une demoiselle de ving-trois ans étant au moment des règles fit une chute sur le bras. La suppression du flux menstruel fut l'effet immédiat de cet accident. Quinze jours après, il survint des coliques qui firent espérer la réapparition des règles ; mais tout se dissipa, et le vingt-neuvième jour cette jeune personne vit à son réveil son bras qui avait supporté l'effort de la chute et qui jusque-là n'avait pas présenté la moindre altération, se tuméfier, s'ecchymoser et se couvrir de varices tellement grosses qu'il en fut tout déformé. Plus tard les menstrues reparurent et l'on ne s'occupa plus que de la compression des varices au moyen d'un bandage roulé (1).

Bordeu rapporte l'histoire d'une demoiselle chez laquelle les règles supprimées furent remplacées par un écoulement de sang qui se fit à la surface d'un ulcère au pied. A chaque époque menstruelle, les varices qui sont survenues après la suppression des règles, grossissaient étonnemment.

Notre savant et très-distingué confrère, M. Brique, dit aussi avoir observé une fois un grand développement des varices après la suppression des menstrues.

D'autres fois ce sont les membranes muqueuses qui fournissent périodiquement du sang par un point quelconque comme, par exemple, la muqueuse de l'œil, celle des bronches de l'estomac, etc., etc. Ce serait se faire une fausse idée de ce qui arrive dans tous ces exemples, que de supposer qu'il s'agit chez ces femmes d'une véritable métastase. Rien en effet ne peut remplacer les ovaires pour l'ovulation, et tout porte à croire que celle-ci continue à parcourir ses périodes comme d'habitude, et que c'est à elle que revient la tâche de donner chaque fois le signal du retour périodique de toutes ces hémorragies ou congestions supplémentaires.

Envisagé au point de vue utérin, le déplacement du flux menstruel n'offre rien de grave et met tout bonnement les femmes qui en sont affectées dans la catégorie des femmes dont parlent plusieurs auteurs, lesquelles ont pu jouir d'une excellente santé et même avoir plusieurs enfants sans avoir jamais été réglées de leur vie (2).

---

(1) *Journal de la Société de médecine*, t. XIX, cahier de nivose

(2) Les exemples de ce genre ne sont pas rares et ne font que témoigner de nouveau contre l'importance absolue des *Emménagogues*. Fabrice de Hilden cite l'exemple d'une femme qui est devenue sept f is enceinte sans avoir jamais été réglée : «Sed et nobis affirmat matrona illa se unquam fluxu menstruali laborasse, tum durante virginitate, tum etiam in ipso matrimonio in quo tamen septem liberos peperit, et quidem feliciter quorum major pars adhuc in vivis est et athletice optimeque valet. In puerperio lochia quoque exigua fuisse affirmat. » (*Centur.* V, *Obs.* 42, p. 425).

Donatus dit avoir connu deux femmes à Padoue qui devinrent enceintes sans avoir été réglées (*Centur.* IV, *Obs.* 54).

Rondelet cite une femme qui accoucha douze fois (*Methodus curandor. omnium morb. corp. hum.*).

Joubert parle d'une autre femme qui a eu dix-huit enfants sans avoir été sujette au flux menstruel (*Med. prat. libri*, Lyon, 1577).

Pierre Frank dit avoir connu à la clinique de Pavie une femme qui était mère de trois enfants sans avoir été réglée (*Epitome de curand. hominum morbis*).

M. Velpeau dit, dans son *Traité d'accouchement*, avoir observé à l'hôpital de Tours une femme qui n'avait jamais été réglée et qui cependant était mère d'un garçon de quinze à dix-huit ans très-bien constitué.

Kleemann (*Magaz. de Rust.* XVIII) rapporte l'observation d'une dame qui, mariée à vingt-sept ans, ne vit ses règles que deux mois après son huitième enfant et continua à être ensuite bien réglée.

D'un autre côté, comme l'a remarqué M. Gendrin (3), si l'on fait bien attention, il est rare que l'on ne découvre pas chez des femmes qui offrent l'exemple d'hémorrhagies supplémentaires, des traces de l'hémorrhagie utérine. Toute modification se porte donc en réalité sur l'hémorrhagie seule dont le molimen, distrait de son centre physiologique, se trouve en quelque sorte divisé mais jamais anéanti. S'il fallait encore d'autres preuves de la persistance du travail physiologique fondamental de la menstruation malgré la suppression de l'hémorrhagie, nous pourrions les trouver dans les observations des femmes devenues enceintes nonobstant le déplacement apparent de la menstruation.

Le docteur Bonfils, de Nancy, cite l'observation d'une femme qui était sujette aux spasmes hystériques aux époques menstruelles. Cette femme, qui était réglée depuis l'âge de neuf ans, tous les mois, pendant huit jours, éprouvait souvent, simultanément avec ses règles, surtout si elle avait quelque chagrin, un suintement sanguinolent par la peau du mamelon et de l'aisselle. Nonobstant cela, elle eut un enfant. Après sa couche, les menstrues se rétablirent par les voies naturelles, mais en même temps le suintement sus-indiqué recommença. La malade était obligée de se garnir l'aisselle, et surtout le mamelon. Si l'on essuyait ces deux points avec un linge sec, et qu'on attendît quelques secondes, on voyait bientôt la peau se couvrir, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, d'une multitude de gouttelettes de sang infiniment petites, qui, grossissant et se joignant les unes aux autres, formaient, dans l'espace de quatre à cinq minutes, deux ou trois gouttes, dont la réunion donnait naissance à une large traînée de sang. Plus tard, un suintement analogue s'opérait par les différentes parties du corps, sans que la santé en fût nullement incommodée (2).

Traitement des accidents attribués à une suppression brusque des règles.

Toutes les fois qu'on est auprès d'une personne qui attribue sa maladie à une suppression brusque des règles, on doit avant tout s'appliquer au diagnostic de la nature de cette maladie, et, autant qu'il est possible, de son siége anatomique. D'après ce que nous avons dit plus haut, il est de toute évidence que le rétablissement du flux menstruel doit être la dernière préoccupation du médecin. Ce qu'il aura soin de faire, c'est de chercher à s'emparer de la confiance des malades pour leur faire comprendre l'inutilité des efforts dirigés dans ce sens, afin de rassurer leur moral et leur épargner une déception inévitable, qui aurait toujours un mauvais effet. Ces précautions une fois prises, on doit procéder au traitement des maladies diagnostiquées avec toute l'énergie qu'elles réclament, sans se préoccuper en aucune manière de l'hémorrhagie menstruelle. Ce serait s'exposer à perdre souvent inutilement un temps précieux que de se bercer d'espoir de voir les accidents se dissiper par le rappel du flux menstruel. Dans l'immense majorité des cas, tous les efforts resteraient stériles; mais fût-on même assez heureux pour rappeler l'hémorrhagie supprimée, ce mince résultat ne changerait rien à l'état des choses, et l'on n'aurait pas moins toujours à combattre les maladies qui, comme nous l'avons démontré, en sont, la plupart du temps, indépendantes, et survivent à la suppression.

Tissot, qui s'élève avec force contre la pratique des médecins qui veulent forcer le retour des règles, cite un fait fort curieux à l'appui de sa manière de voir. Il s'agit d'une demoiselle de vingt ans, qui, s'étant effrayée, a eu immédiatement une suppression accompagnée de défaillance et de palpitations. On lui administra une quantité de remèdes irritants pour rappeler les menstrues, et on lui fit boire beaucoup d'eau de Balaruc.

(1) *Traité philosophique de médecine pratique.*
(2) *Journal générale de médecine*, 1828.

« L'effet de ce traitement fut tel, dit Tissot, qu'elle tomba dans des convulsions d'une force, d'une longueur, d'une fréquence et d'une bizarrerie si extraordinaire, qu'après avoir épuisé tous les secours physiques de la province, et avoir fait inutilement quelques consultations ailleurs, on ne vit qu'une cause surnaturelle et très-malfaisante qui pût opérer une telle maladie : on accuse le diable, et après mûre délibération, on convient que l'exorcisation est la seule voie de salut. Le jour est marqué, les ecclésiastiques du voisinage sont convoqués, l'heure approchait, la cérémonie allait commencer, quand M. le M. D., ami de la maison, arrive par hasard, fait sentir toute l'extravagance de cette opération et obtient le temps nécessaire pour m'écrire. Je ne vis que les suites naturelles d'une irritation excessive occasionnée par des remèdes violents; j'ai cru qu'il fallait traiter la malade comme une personne empoisonnée; j'ordonnai l'usage du lait pour tout aliment, tout remède, toute boisson, et les accidents ne tardèrent pas à disparaître : ils n'auraient jamais eu lieu si l'on se fût borné, après la frayeur, à quelques bains tièdes, à un régime doux, à quelque boisson délayante et un peu diaphorétique, et à un exercice fréquent; c'est presque le seul traitement qui convienne dans ces cas (1). »

Les hémorrhagies supplémentaires sont peut-être les seules qui méritent d'être quelquefois exceptées de cette loi générale. Quoique la plupart du temps elles soient à peu près inoffensives, il sera bon tout de même de chercher à imprimer à l'hémorrhagie périodique sa direction normale. On pourra espérer d'atteindre ce but par l'application de quelques sangsues à la vulve aux approches d'une époque présumée des règles, par des sinapismes aux cuisses, ou, ce qui vaut mieux encore, par des vapeurs ammoniacales ou celles d'infusion de farine de moutarde dirigées dans le vagin, etc.

Mais, quelque gênante que puisse être une hémorrhagie supplémentaire, on ne doit jamais penser à la supprimer avant de rétablir préalablement le flux menstruel. Des auteurs citent des exemples de très-graves accidents après ces tentatives téméraires de suppression.

Forestus cite l'observation d'une fille de vingt ans chez qui la suppression des règles fut suivie de la formation d'un ulcère sur la cuisse, par lequel suintait tous les mois une forte quantité de sang. La malade, ainsi que ses parents, ayant demandé avec instance la cicatrisation de cet ulcère, Forestus s'y refusa. Cependant, un autre chirurgien fut moins scrupuleux et accepta la proposition. Bientôt l'ulcère se cicatrisa, mais immédiatement après la jeune fille offrit tous les signes d'aliénation mentale accompagnée de nymphomanie. Ces accidents n'ont disparu qu'après le retour des règles par les voies naturelles (3).

Chauffe de Besançon cite un autre fait analogue. Une dame ayant eu ses règles supprimées, il lui survint une petite tumeur entre l'os de la pommette et celui du nez. Ennuyé de la voir saigner à certaines époques, elle prit la résolution de s'en débarrasser. Le chirurgien appelé dans cette intention en fit la ligature. L'opération réussit, mais elle fut suivie de différents désordres des facultés intellectuelles suivies d'apoplexie qui se termina par la mort.

L'idée du danger que l'on attachait généralement (1) de tous temps à la suppression des règles, a suggéré à son tour celle de l'inconvénient d'administrer les remèdes pendant les époques menstruelles. Les anciens s'abstenaient généralement d'administrer alors des médicaments dans la crainte d'occasionner la suppression, et cette manière de voir est encore aujourd'hui généralement partagée, du moins dans le public. Cependant plusieurs observateurs judicieux avaient su déjà faire justice de ces craintes exagérées. Van Swieten avoue

(1) *Des nerfs et de leurs maladies*, art. VI, § 46.
(2) *De cerebr. morb.*, obs. 24.
(3) *Des accidents et des maladies qui surviennent à la cessation de la menstruation.* Thèse de Paris, an X.

qu'il n'a jamais hésité de pratiquer la saignée au moment des règles quand elle paraissait être indiquée. « Nec abstinui, ditil, a venæ sectione, si respiratio multum impedita erat, licet menstruæ fluerent, et bono quidem cum successu (2). »

Comme nous avons pu voir dans les précédents chapitres, jamais cette circonstance n'avait arrêté notre illustre maître, le savant professeur Bouillaud, devant l'administration des saignées coup sur coup quand il les a jugées nécessaires, et jamais nous n'avons vu cette pratique être suivie du moindre accident. C'est là également la manière d'agir de MM. Andral, Piorry, Rostan, en un mot celle de l'école de Paris. En présence de faits aussi nombreux et d'autorités aussi imposantes, nous avons de la peine à partager l'opinion de Maisonneuve qui dit avoir vu une femme de quarante ans, d'un tempérament sanguin, née de parents sains, et bien réglée depuis l'âge de dix-huit ans, qui devint épileptique après une saignée du bras *imprudemment* pratiquée pendant l'écoulement des menstrues à l'âge de vingt-huit ans. Depuis lors la malade éprouvait des accès épileptiques tous les mois, se répétant plusieurs fois dans les deux ou trois jours où devaient couler les règles qui n'ont plus jamais reparu.

Il y a évidemment dans ce fait une erreur d'appréciation, et tout porte à croire qu'il faut chercher ailleurs, peut-être même dans la crainte excessive de la saignée qui a été pratiquée, la cause de l'épilepsie.

M. Gendrin dit avoir eu l'occasion d'administrer souvent les émétiques pendant les époques des règles dans le cas d'emphysème, accompagné de beaucoup d'oppression et d'une menstruation abondante. Non-seulement il l'a toujours fait sans aucun effet fâcheux, mais cette pratique était généralement suivie d'excellents résultats.

A l'exemple de ce médecin distingué, nous avons l'habitude de ne jamais nous préoccuper des époques des règles quand il faut administrer des vomitifs, des purgatifs, et à plus forte raison d'autres médicaments tirés de la classe des toniques, des antispasmodiques, etc. La principale considération dont nous nous préoccupons dans cette circonstance, c'est l'opportunité de la médication. Nous cherchons ensuite, avant d'administrer un médicament quelconque ou de pratiquer la saignée, de raisonner les malades et de les convaincre de l'innocuité de la médication au moment des règles. A notre avis, si jamais la saignée ou des médicaments que nous venons de nommer, ont pu produire des accidents, cela ne peut être que par suite de la crainte que leurs résultats inspiraient sans doute aux malades. Par conséquent, ce n'est point à l'action des médicaments mais à l'influence d'une cause morale telle que la peur qu'il fallait attribuer ces accidents.

Nous n'en dirons pas autant des bains froids et des affusions froides. Sans doute l'habitude joue encore, dans cette circonstance, un rôle immense, et l'on a pu voir souvent des femmes, comme cela se voit par exemple tous les jours chez les laveuses de grandes villes, rester plongées impunément une partie de la journée dans l'eau froide au moment des règles. Cependant la prudence exige, qu'à moins d'un cas d'urgence, on s'abstienne de ce genre de traitement pendant les époques menstruelles. Nous proscrivons également l'habitude qu'ont certaines femmes du monde de continuer des lotions de propreté à l'eau froide au moment des règles. Plus d'une fois nous avons vu cette pratique susciter des pertes assez abondantes, ocasionner des accès d'hystéralgie, des névralgies du col de la vessie avec des envies fréquentes d'uriner, etc.

(*La suite prochainement.*)

Séances de l'Académie de médecine. — L'Académie est en vacances, et l'on s'en aperçoit bien ; seulement la manière dont on s'en aperçoit n'est pas toujours la même. Il y a huit jours, c'était le mordant secrétaire perpétuel qui nous initiait aux grands et petits mystères de l'Académie de Chirurgie, et nous ne dirons pas que ce fut à la plus grande gloire de cet illustre corps. En y regardant de près, on voit que si les noms changent, les choses sont, au fond, à bien peu de choses près les mêmes : le piquant secrétaire nous a peint avec une vigueur de ton qu'on dirait inspirée par modèles vivants :

1° Les déclamateurs de l'Académie de chirurgie ; — mais l'Académie de médecine n'a-t-elle pas ses tribuns ?

2° Les grammairiens de l'Académie défunte ; — mais l'Académie vivante n'a-t-elle pas ses lettrés qui écrivent *diette* pour *diète*, *innocence* pour *innocuité*, et qui croient que *biologie* signifie : *histoire des hommes illustres !*

3° Les pindaristes de l'Académie de chirurgie n'ont-ils pas leurs émules dans les poëtes de l'Académie de médecine, particulièrement dans ceux qui comparent le périnée *à une toile d'araignée à laquelle est suspendue par un fil la vie physique et morale de l'accoucheur !*

4° Les *jetonniers* de l'Académie ne vivent-ils pas encore dans..... Mais le lecteur aimera aimera sans doute mieux lire l'histoire que des commentaires. Nous le renvoyons donc à la lecture de M. Dubois, que nous publions aujourd'hui.

Hier la séance aurait été moins récréative sans l'heureuse intervention de M. Malgaigne dans une question qui n'était guère digne de lui, la question des *sétons perfectionnés*, soulevée et traitée en français et en latin par l'académicien que certains faux bruits, entendus de lui seul, avaient voulu faire passer pour mort, et qui tient à prouver au monde qu'il est vivant, bien vivant, très-vivant. Cette preuve, comme on le voit, n'avait rien de bien amusant par elle-même ; c'est ce qu'a pensé sans doute M. Malgaigne, et il a voulu dédommager le public. Dire qu'il y a réussi est peine inutile, nos lecteurs s'en convaincrnot agréablement en lisant notre prochain numéro.

Deux épisodes empruntés à l'Académie royale de chirurgie.

lus à l'Académie de médecine, dans la séance du 2 octobre,

Par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel.

Dans les loisirs que nous fait le temps des vacances, et en l'absence de travaux plus importants, je vous demande la permission de reprendre une lecture que j'avais commencée devant vous, mais que d'autres devoirs m'avaient forcé d'interrompre : il s'agit de deux *épisodes* empruntés à l'histoire intérieure de l'Académie royale de chirurgie. Après quelques considérations sur la fondation de l'Académie royale de chirurgie, j'étais arrivé à l'époque où Lamartinière, premier chirurgien du roi en survivance, venait de succéder à Lapeyronie, aussi bien dans la présidence d'honneur de l'Académie que dans la place de premier chirurgien du roi ; c'était en 1747. Plein de zèle et de fermeté, jaloux de la dignité de la compagnie, Lamartinière crut devoir d'abord remettre en vigueur les priviléges de l'Académie et veiller à la bonne direction de ses travaux ; sa correspondance avec les directeurs et avec les secrétaires roule presque toujours sur ces trois points : faire que les élections soient justes et honorables, maintenir l'ordre pendant les séances et obtenir des travaux de la plupart des membres ; qui croirait aujourd'hui, tant le nom d'Académie royale de chirurgie est resté glorieux dans la mémoire des savants, qu'il ait fallu des luttes de chaque jour pour obtenir quelques élections honnêtes et légitimes ; pour amener un peu d'ordre dans les séances et, pour défendre les propres travaux de la compagnie, ces beaux mémoires, qui sont ses vrais titres de gloire, pour les défendre, je le répète, contre les attaques de coteries jalouses et envieuses. Tel est cependant le spectacle que présentait trop souvent cette célèbre corporation.

Lamartinière avait voulu d'abord conserver le règlement de l'Académie tel que Lapeyronie l'avait institué en 1742 ; mais, contrairement à ce qu'on en avait attendu, l'émulation ne se rétablissait pas. Quesnay, nommé pour présider à la rédaction et à la publication du premier volume des mémoires, était plutôt un secrétaire d'honneur qu'un secrétaire effectif ; retiré dans son entresol du château de Versailles, il s'y occupait presque exclusivement d'économie politique ; telle était, en 1750, la situation de l'Académie.

Lamartinière pensa, et avec raison, que cet état d'inertie tenait à la constitution même de l'Académie, et qu'il fallait modifier de nouveau son règlement ; c'est ce qu'il fit au commencement de 1751 : le 23 mars, il réunit extraordinairement l'Académie sous sa présidence et fit donner lecture de la lettre par laquelle M. d'Argenson annonçait à la compagnie le nouveau règlement qui allait la régir.

(1) *Comment. in aphorism.*, 890, t. III, p. 35, édit. de Paris, 1754.

Quesnay venait de se démettre de ses fonctions, il avait pris le titre de *secrétaire vétéran*. Morand, remis en possession de ses anciennes fonctions, avait obtenu le titre de secrétaire perpétuel; il ouvrit la séance du 1er avril par une nouvelle lecture de la lettre de M. d'Argenson et par la lecture du règlement lui-même.

C'était la nouvelle constitution octroyée à l'Académie; elle n'était pas aussi libérale que celle de 1731, mais du moins elle rendait à l'Académie le droit de pourvoir à toutes les places vacantes par la voie du scrutin, c'est-à-dire le droit de se recruter elle-même, et en même temps elle maintenait l'inamovibilité des places, seulement elle consacrait la division en plusieurs ordres.

Comme le règlement est devenu plus tard la cause ou du moins le prétexte de troubles assez graves dans le sein de l'Académie, il est bon d'en faire connaître les principales dispositions.

L'Académie avait toujours eu, outre son président-né, premier chirurgien du roi, six officiers :

Un directeur,
Un vice-directeur,
Un secrétaire,
Un secrétaire pour les extraits,
Un commissaire pour les correspondances,
Et un trésorier.

Mais de ces six officiers deux seulement étaient perpétuels, le secrétaire et le trésorier.

L'Académie, comme je viens de le dire, restait distribuée en différentes classes.

Une première, composée de quarante académiciens, dits *conseillers* du comité; une seconde, composée de vingt académiciens, dits *adjoints* au comité, et une troisième, comprenant les maîtres chirurgiens de Paris, dits académiciens *libres*.

Quant aux élections et aux promotions, on les avait entourées de quelques garanties; des devoirs étaient imposés aux académiciens des différents ordres; on exigeait d'eux des travaux non-seulement pour passer d'une classe dans une autre, mais encore pour conserver leurs places.

Ainsi, pour conserver le titre de *conseiller*, il fallait fournir chaque année un ou deux Mémoires. Voici le texte : « La place de ceux qui passeront deux ans sans se conformer à cette disposition, sera déclarée vacante. »

Il en était de même pour ceux qui, sans excuse valable, manqueraient trois mois de suite aux assemblées.

Que, s'il y avait une place vacante parmi les conseillers, ceux-ci étaient seuls admis à voter, mais ils devaient choisir les trois candidats parmi les *adjoints* et désigner de préférence ceux qui avaient fourni *le plus* de Mémoires ou d'Observations.

Que s'il y avait une place vacante parmi les adjoints, les conseillers et les adjoints réunis devaient présenter trois candidats pris parmi les académiciens *libres*, mais ils devaient désigner toujours de préférence ceux qui avaient fourni le plus de Mémoires ou d'Observations.

On avait cru, par ces dernières dispositions, ranimer l'émulation dans le sein de l'Académie, récompenser les hommes de mérite et obtenir des travaux; mais l'Académie, dans bien des circonstances, ne se fit aucun scrupule de violer ouvertement les articles du règlement, de désigner les moins dignes dans les élections, et cela malgré toutes les réclamations de Lamartinière. Il y a plus, trois mois ne s'étaient pas écoulés depuis la promulgation de ce règlement, que la masse des maîtres chirurgiens de Paris organisa une sorte d'insurrection et résolut de faire une démonstration publique pour obtenir ce qu'ils appelaient une réforme radicale.

Les hommes médiocres et remuants, toujours en majorité dans les grandes corporations, regrettaient le temps où tout le monde pouvait espérer de passer par le comité; alors que toutes les classes de la compagnie de Saint-Côme se formaient en comices pour en opérer le renouvellement annuel.

Vers le milieu du mois de juin 1751, les maîtres chirurgiens de Paris se réunirent sous la présidence du doyen et du sous-doyen, et ils rédigèrent une requête par laquelle ils demandaient au roi :

1° Que les places des quarante conseillers du comité fussent déclarées *muables*, et renouvelées par les suffrages de la compagnie de Saint-Côme;

2° Que la troisième classe, celle des *libres*, fût supprimée, et que tous les chirurgiens de Saint-Côme fussent admis à composer les deux classes d'académiciens.

Cette pièce fut signée, doyen en tête, par cent douze maîtres en chirurgie de Paris; elle était humble dans sa forme, les signataires se disaient *suppliants*, mais impérieuse au fond; elle fut déposée entre les mains du ministre.

Ceci est fâcheux à dire, mais il y avait en même temps une question d'argent. Ce qui blessait surtout les *libres*, c'est que les conseillers seuls avaient droit de toucher le jeton d'argent légué par Lapeyronie; en l'absence d'un ou de plusieurs conseillers, les adjoints étaient appelés par rang d'ancienneté, mais les *libres* n'y avaient aucune part; de là la vivacité de leurs réclamations, mais le pouvoir était alors dans toute sa force, et on va voir que cette espèce d'insurrection fut promptement réprimée.

Le 2 août 1751, l'Académie fut convoquée extraordinairement sous la présidence de Ledran, qui remit à Morand une dépêche officielle.

Ce paquet contenait d'abord une lettre de M. le comte d'Argenson, datée de Compiègne, le 29 juillet. Morand en donna lecture à l'assemblée.

« Sa Majesté, disait le ministre, a vu avec étonnement que non-
« seulement on forme des demandes aussi contraires aux vues qui
« l'ont portée à rendre le règlement qui fixe l'état de l'Académie,
« mais que l'on ose même essayer de combattre ces mêmes vues par
« des raisonnements également vains et répréhensibles; aussi Sa
« Majesté a-t-elle mieux aimé penser que le mémoire donné au nom
« des maîtres en chirurgie de Paris, est simplement l'ouvrage de
« quelques esprits turbulents, qui n'en sont que plus punissables.

« Sa Majesté, ajoutait le ministre, m'a chargé de vous ordonner de
« faire les perquisitions nécessaires pour connaître les sujets dont il
« s'agit; mais en attendant, son attention est que ceux qui ont signé
« le mémoire soient et demeurent interdits de l'entrée de l'Académie
« et de toutes les assemblées qu'il peut y avoir à Saint-Côme.

« Vous aurez pour agréable de lire cette lettre dans une assemblée
« que vous convoquerez à cet effet, de tenir la main à ce que les in-
« tentions du roi soient exactement remplies, et de me mettre en état
« de rendre compte à Sa Majesté de ce qui se passera; je dois au
« reste vous avertir que les auteurs du mémoire en question, ayant
« poussé la témérité jusqu'à le faire imprimer pour le répandre dans
« le public, Sa Majesté vient d'en ordonner la suppression par un
« arrêt du Conseil d'Etat dont je joins ici la copie.

« Je suis, monsieur, parfaitement à vous,

« D'ARGENSON. »

Les maîtres en chirurgie de Paris, ainsi exclus de l'Académie et de Saint-Côme, ne tardèrent pas à regretter la démarche qu'ils avaient faite, et peu de mois après ils rédigèrent un *désistement* qui fut signé par eux et remis à M. d'Argenson pour être soumis à Sa Majesté.

Ce désistement était conçu en ces termes :

« Nous, soussignés maîtres en l'art et science de la chirurgie de
« Paris, et académiciens libres de l'Académie royale de chirurgie,
« déclarons, sous le bon plaisir de Sa Majesté, qu'étant pleinement
« convaincus de la sagesse et de l'utilité de toutes les dispositions du
« règlement qu'elle a jugé à propos de donner à ladite Académie,
« nous n'avons jamais entendu y contrevenir ni nous soustraire à son
« exécution... En conséquence, nous désavouons toutes les deman-
« des et représentations... Lesquelles nous n'avons signées que par
« inductions et surprises causées par la seule crainte que de l'*immua-*
« *bilité* des places de conseillers il ne pût résulter quelque obstacle
« au progrès de la chirurgie, ce que nous reconnaissons de bonne
« foi n'être qu'une erreur...

« Supplions très-humblement Sa Majesté de recevoir favorable-
« ment l'aveu sincère de notre faute et d'avoir la bonté de lever l'in-
« terdiction, etc., etc. »

Le roi ayant accueilli favorablement cet aveu sincère ou non, l'interdiction fut levée et signifiée à l'Académie par une lettre en date du 2 décembre suivant.

Telle fut l'issue de la première tentative faite par les *libres* pour changer à leur profit la constitution de l'Académie; mais en 1790 les choses vont se passer autrement : l'autorité royale avait perdu presque tout son prestige et toute sa force; ce n'était plus ce pouvoir absolu et conservateur de 1751 : aussi les troubles dont je vais parler furent plus graves et bien plus sérieux.

Et d'abord les opposants qu'on appelait *le parti des jeunes gens* ne crut pas devoir procéder par voie de pétition : Sédillot le jeune, qu'on appelait Sédillot second, était un des plus ardents; il donna le signal des premières exigences. Après s'être entendu avec Peyrilhe, Baudelocque, Ant. Dubois et quelques autres, il adressa le 1er septembre 1790 à tous ses collègues une circulaire dont j'ai retrouvé un

exemplaire, circulaire par laquelle il les prévenait que l'Assemblée nationale, devant prochainement s'occuper de réorganiser les sociétés savantes, l'Académie de chirurgie se réunirait le lendemain à l'effet de prendre des mesures pour présenter un nouveau règlement, et que lui, Sédillot, prononcerait un discours à ce sujet.

Louis, secrétaire perpétuel de la compagnie, reçut une circulaire comme tous ses collègues, et il nous a conservé la minute de sa réponse.

Il objectait d'abord que la réunion provoquée par Sédillot était illégale; que si c'était un mémoire que se proposait de lire M. Sédillot en sa qualité de *libre*, il ne pouvait le faire que dans une séance ordinaire ; dans tous les cas, ajoutait Louis, si les jeunes gens veulent faire du bruit, c'est au directeur à user de l'article 36 du règlement.

Sédillot passa outre, et Louis nous a laissé la relation de ce qui s'est passé dans cette première séance.

Le directeur n'avait pu réprimer le tumulte; on était venu pour troubler, dit Louis, et l'on était en force ; les opposants, après bien des clameurs, se constituèrent en assemblée *première* et se nommèrent des officiers pour présider leurs assemblées illégales.

Le prétexte de cette agitation, suscitée principalement par les *libres*, était d'amener une révision du règlement dans un sens qu'on appelait *libéral;* l'ancien bureau ne refusait pas d'adhérer à une révision, mais il la voulait sage, modérée et faite dans certaines limites.

Pipelet, qui était alors directeur, avait proposé, dans une séance subséquente, le 16 septembre 1790, un plan de conciliation, mais il n'avait pu parvenir à se faire entendre; la séance tout entière s'était passée, dit Louis, en avis tumultueux, et en propos plus ou moins injurieux sur la nécessité d'une dissidence si contraire au bon ordre.

C'était là comme un effet de cet esprit de vertige qui avait saisi en quelque sorte toute la nation; l'Académie de chirurgie parodiait de tout point les premières scènes de l'assemblée constituante; elle avait ses trois ordres : les conseillers, les adjoints et les libres ; ceux-ci se regardaient comme le *tiers état chirurgical*; et, à l'exemple de Sieyès, ils pensaient qu'ils étaient *tout*. Aussi, dans la séance du 18 septembre, on vit se renouveler ce qui s'était passé à Versailles, l'année précédente, à l'assemblée des états généraux; pendant que les deux premiers ordres, les conseillers et les adjoints, étaient réunis dans leur salle ordinaire, les libres s'étaient réunis dans une autre pièce; les premiers étaient légalement présidés par le directeur de l'année, Pipelet; les seconds par des officiers improvisés.

Les conseillers et les adjoints, je viens de le dire, consentaient volontiers à modifier les règlements, qui étaient la constitution de l'Académie; ils avaient même pris la résolution de nommer, pour procéder à cette révision, une commission de quinze membres, dont six de la classe des conseillers, trois de celle des adjoints, et six de celle des libres, afin d'y représenter tous les intérêts, et ils avaient invité, séance tenante, les opposants à se réunir à eux pour nommer en commun ces commissaires.

Les meneurs s'opposèrent de toutes leurs forces à cet accommodement; de sorte qu'ils furent obligés de nommer à eux seuls cette commission.

Mais alors, dit Louis, les opposants, par contre-marche, vinrent au nombre de quatre dans la salle où étaient réunis les conseillers et les adjoints, et ils déposèrent sur le bureau un écrit signé de leur main et dans lequel ils disaient textuellement que :

« Sans examiner pour le moment la question de l'illégalité ou de « la légalité de leur assemblée, ils invitaient messieurs de la compa- « gnie, actuellement assemblés sous le titre de comité, à se joindre « à eux à l'effet de traiter en commun et amiablement des affaires « communes. »

Nous avons retrouvé l'original de cette pièce; elle est revêtue, en effet, de quatre signatures, qui sont celles de Pelletan, Baudelocque, Sédillot et Coquart.

C'était le tiers état, je le répète, qui appelait à lui les deux autres ordres pour faire une constitution commune; mais à la différence de ce qui s'était passé dans l'assemblée nationale, les deux camps restèrent distincts, et chacun fit sa constitution.

Nous avons ces deux documents ; celui des membres dissidents a un préambule de circonstance ; il y est dit que :

« L'Académie de chirurgie, attentive aux progrès de la raison chez « les Français, aux leçons de sagesse et de patriotisme qui émanent « de l'assemblée nationale, persuadée avec elle que le moyen le plus « propre pour perfectionner la connaissance humaine, pour tirer la « nation de la détresse où elle se trouve, et la porter au degré de « puissance dont elle est susceptible, se réduit à élever le génie *par « l'égalité*; puissance dont les effets vivifiants sont incalculables, etc.; « en conséquence, l'Académie présente à l'assemblée nationale le « projet de règlement suivant. »

Il me suffira, pour faire connaître les dispositions principales de ce nouveau règlement, de dire que les trois classes d'académiciens étaient ramenées à une seule; et que l'Académie se trouvait ainsi composée de membres ayant tous mêmes droits aux mêmes prérogatives et aux jetons de présence.

L'Académie ne devait plus être présidée que par un directeur annuel; la place et le titre de président perpétuel, qui appartenait au premier chirurgien du roi, étaient supprimés.

Un considérant fait remarquer que la présidence perpétuelle exclut l'égalité et répugne à la raison.

La place de secrétaire perpétuel était également supprimée, ou du moins réduite à quatre ou six ans.

Un considérant fait remarquer que *le secrétaire est fait pour l'Académie, et non l'Académie pour le secrétaire.*

Le même considérant ajoute :

« Que l'Académie se renouvelant sans cesse ne vieillit pas, tandis « que le secrétaire perpétuel, en gagnant des années, devient moins « propre au travail ; et puis, ajoute le même considérant, un officier « nommé ainsi à vie, finit toujours, malgré les règlements, par de- « venir indépendant, et à ne plus agir que suivant sa conve- « nance, etc. »

Il était facile de reconnaître ici la main des ennemis de Louis; c'était le grand chirurgien qu'ils accusaient, non-seulement de despotisme, mais encore d'incurie, de paresse et d'incapacité ! Toutefois, par un reste de pudeur, on n'alla point, pour le moment, jusqu'à demander sa révocation; on voulut bien trouver, car on n'était encore qu'en 1790, qu'il était juste de conserver, au président et au secrétaire *actuels*, la perpétuité de leurs fonctions, c'est-à-dire la jouissance de leurs places, leur vie durant, et de n'appliquer ces dispositions qu'après leur décès.

Louis s'était opposé à tous les changements, mais avec calme et modération ; il s'était borné à faire connaître les précédents de l'Académie et à rappeler quelles avaient toujours été les bases de son organisation; l'une de ses allocutions commençait ainsi :

« Celui qui, depuis quarante-cinq ans, est assidu aux exercices « de cette Société, qui depuis quarante est au nombre de ses offi- « ciers, et qui en est devenu le doyen, croit être plus en état que « personne de fournir les notions nécessaires pour améliorer sa con- « stitution, etc. »

Et en effet, Louis s'était prêté à toutes les améliorations reconnues justes, praticables et vraiment libérales.

La Commission régulièrement nommée par l'Académie pour procéder à cette révision avait eu pour rapporteur Sabatier ; on ne pouvait choisir un meilleur esprit.

Sabatier donna lecture de son projet de règlement vers la fin de l'année, le comité n'y apporta que peu de modifications. Nous en avons trouvé deux copies, l'une de la main de Louis, l'autre de la main de Sabatier.

Malgré l'amoindrissement de la royauté à cette époque, on ne craint pas dans le préambule, de rappeler ses bienfaits envers l'Académie de chirurgie. Toutefois, on y demande à l'Assemblée nationale de déterminer elle-même sous quelle autorité le corps académique se trouvera desormais placé.

L'article 1 établit que l'Académie sera *essentiellement* formée de tous les maîtres en chirurgie du collége de Paris. Mais, par l'article 2, on la divise en deux classes distinctes : l'une composée des *membres du Comité perpétuel;* l'autre formée des *académiciens libres.*

Ainsi, la classe des vingt adjoints est confondue avec celle des quarante conseillers, ce qui portait l'Académie à soixante membres ayant tous mêmes droits et mêmes prérogatives.

Les libres étant la classe dans laquelle devaient se recruter les académiciens proprement dits, restaient en nombre indéterminé.

D'après l'article 5, trois officiers étaient perpétuels : le président, le secrétaire et le trésorier. C'était le premier chirurgien du roi, qui restait de droit président de la compagnie.

Ainsi l'Académie, régulièrement représentée, avait fait disparaître de sa constitution tout ce qu'il y avait de suranné et de blessant, à savoir ; la distinction des membres élus en deux catégories, les conseillers et les adjoints ; ceux-ci se trouvaient élevés au rang de conseillers, et ils devaient également recevoir un jeton à chaque séance; mais ils étaient au nombre de vingt; c'était un surcroît de dépense

auquel on allait avoir à faire face. Le désintéressement de Louis y pourvut.

D'après le testament de Lapeyronie, le secrétaire perpétuel devait, à chaque séance, toucher la moitié des jetons des conseillers absents, l'autre moitié était dévolue aux adjoints, en commençant par les plus anciens et jusqu'à concurrence des jetons disponibles; Louis se désista de son droit et fit l'entier abandon de cette moitié de jetons, afin qu'on pût rétribuer tous les adjoints sur le même pied que les conseillers, et cela de lui-même, sans qu'on l'en priât; bien mieux, malgré les instances et le vœu de tous les commissaires.

Telles furent les dispositions des deux projets de règlement formulés d'un côté par une réunion qui s'était constituée d'elle-même en assemblée primaire; de l'autre, par l'Académie régulièrement représentée.

Ces deux projets furent adressés à l'Assemblée nationale; celui qui émanait de l'Académie fut remis par le directeur et par le secrétaire à M. Bureau de Puzy et à M. Emery, alors président; mais le torrent des affaires politiques ne permit pas à l'Assemblée de s'occuper d'une affaire aussi secondaire si on la compare aux événements qui se succédaient avec tant de rapidité!

De sorte que l'Académie de chirurgie dut rester à peu près dans le même état jusqu'au moment où elle fut supprimée. Heureuse encore si ses propres membres ne s'étaient pas de nouveau divisés! Mais de même que les constituants avaient été bientôt dépassés par de nouveaux opposants, de même les Sédillot, les Baudelocque et les Dubois avaient été dépassés par d'autres mécontents.

Deux lettres retrouvées par moi dans les archives de l'Académie montreront quelles formes nouvelles avaient prise les réclamations des académiciens *libres* après la chute de la royauté; l'une est d'*Evrat*, l'autre de *Coquart*. La première, assez modérée, avait encore la couleur de l'Assemblée législative; l'autre dépassait toutes les bornes, elle avait, en quelque sorte, la couleur de la convention.

Voici quelques fragments de la lettre d'Evrat:

« J'ai entendu, dit-il, plusieurs membres se récrier sur la poursuite des académiciens libres, les traiter de factieux, et les accuser de vouloir renverser l'Académie: c'est à tort; il me semble que ce reproche serait mieux fondé dans la bouche des libres..... Il ne faut pas se dissimuler que l'Académie craint sa défaite, en même temps qu'elle voudrait conserver son régime abusif et faire croire aux libres que, s'ils tirent le rideau, l'Académie est détruite, et qu'ils en seront la cause. C'est pour l'empêcher de tomber, au contraire; les libres ne respirent que pour lui donner une nouvelle existence.....

« Nous avons fait notre temps, disent les anciens, notre réputation est faite, ce n'est donc pas pour notre intérêt personnel que nous parlons..... Sans chercher à approfondir ce qu'il y a de réel dans cette assertion, il me suffira de dire qu'il n'importe pas moins aux libres comment les affaires iront.....

« Si c'est être factieux, poursuit Evrat, si c'est être mauvais citoyen et confrère, si c'est là vouloir détruire l'Académie, si c'est là, enfin, vouloir montrer de l'ingratitude, de quelque manière qn'on considère mon existence chirurgicale dans la Société, je me tais, et n'en redoute pas la preuve.

« Je suis avec une parfaite considération, citoyens et confrères,

« Votre concitoyen et confrère, EVRAT. »

Cette lettre n'avait d'autre but que d'informer l'Académie des dispositions du ministre Roland à son égard; et bien qu'Evrat reproche aux conseillers de vouloir conserver leurs privilèges; il se défend plutôt qu'il n'attaque. Mais il n'en est pas de même de Coquard; la lettre de celui-ci est odieuse.

Non content de l'avoir écrite à Evrat, il prit le parti de l'envoyer directement à l'Académie, en la faisant précéder d'un préambule de sa façon; la voici telle que je l'ai trouvée dans les archives:

« Le 23 octobre, l'an Ier de la République.

« Citoyens et confrères,

« Un homme faible m'a dit que les académiciens libres voulait (*sic*) détruire l'Académie; j'ai ri de sa crédulité innocente; quand on reçoit un jeton » (toujours le jeton!), « n'est-on pas assez payé pour tout croire? Nous avons été demander justice au ministre, je l'ai dit à tout le monde; le citoyen Andouillé a vu aussi le ministre, mais il ne l'a dit à personne: lequel des deux est le plus généreux? J'ai écrit la lettre suivante au citoyen Evrat, je vous en donne copie, elle éclairera ma conduite.

« Copie de ma lettre:

« Le bras de la justice a frappé de mort la royauté en France, le flambeau de la raison, en éclairant les peuples, incendie déjà les trônes qui nous environnent, et le manteau ridicule des prétentions enveloppe et cache à la lumière un individu qui se croit notre maître; c'est sous le manteau, ou plutôt les haillons aristocratiques, que le ci-devant premier chirurgien du roi cache la nudité de son pouvoir. Craignant pour sa vie despotique, il se retient à nos statuts comme l'homme qui se noie s'attache aux branches du saule. L'arbre de nos lois, tout odieux qu'il est, sera respecté, parce que l'Assemblée législative l'a voulu. Que le citoyen Andouillé s'y cramponne bien; la vérité, qui le rend notre égal, comme un torrent l'entraîne sans doute loin de nous, car nous ne le voyons presque plus.

« Voilà ce qu'il faut dire au citoyen Rolland; rappelez à cet apôtre de la liberté qu'il n'a pas répondu à notre adresse; mettez-la-lui vous-même sous les yeux, il gémira sur nos statuts, s'il les lit. »

Andouillé, que Coquart accusait ainsi de faire du despotisme, s'effaçait autant qu'il le pouvait. A la mort du secrétaire perpétuel, il s'était borné à demander qu'on nommât secrétaire par intérim Sue, qui était déjà commissaire pour les extraits.

Au renouvellement du bureau pour 1793, il avait fait approuver la nomination des officiers par le pouvoir exécutif, et il restait chez lui sans mot dire. Voilà comment il exerçait son despotisme!

Disons, pour l'honneur de l'Académie, que ces deux lettres ayant été lues dans la séance du 25 octobre, on passa immédiatement à l'ordre du jour, et cela, dit le plumitif, à la presque unanimité des voix.

Mais il y avait encore d'autres sujets d'inquiétudes pour l'Académie, c'était certains objets d'art qu'elle possédait, et qui, dans le langage du temps, étaient devenus des *objets relatifs à la féodalité*.

Un membre crut devoir en occuper la compagnie dans cette même séance du 25 octobre, et il proposa d'en délibérer. Il s'agissait d'abord d'une statue en marbre de Louis XV; elle était placée dans la salle des actes, là où se trouve aujourd'hui à la Faculté une statue de l'Apollon du Belvédère; c'était un objet compromettant: trois propositions furent faites:

1° En référer au ministre de l'intérieur; 2° prendre les ordres de la municipalité; 3° en informer la Convention nationale.

Il fut décidé que le bureau de l'Académie prendrait l'avis du ministre de l'intérieur. Mais il y avait un autre objet d'art, c'était une seconde statue en bronze de Louis XV; à l'égard de celle-ci, il fut décidé qu'elle serait envoyée à la section du Théâtre-Français, pour être, dit le plumitif, convertie en instruments propres à l'artillerie.

En conséquence de cette décision, la lettre suivante fut écrite par le directeur de l'Académie au ministre de l'intérieur.

« Citoyen ministre,

« L'Académie de chirurgie me charge de vous instruire qu'il existe dans son local une statue pédestre en marbre de Louis XV, et plusieurs tableaux et ornements relatifs à la féodalité; l'Académie n'a pas cru devoir prendre à ce sujet de parti décisif sans avoir consulté auparavant le ministre de l'intérieur, qui ordonnera ce que sa prudence lui dictera.

« SABATIER, directeur. »

Mais le ministre, qui avait sans doute à s'occuper d'affaires plus importantes, ne répondit pas; plusieurs mois se passèrent et le jour de la séance annuelle publique approchait; l'Académie, assez embarrassée, prit un terme moyen.

Je copie le plumitif du 21 mars 1793, l'an II de la République:

« L'Académie, n'ayant pas reçu de réponse du ministre de l'intérieur, à la lettre qu'elle lui a fait écrire par son directeur, et jugeant qu'il serait indécent (*sic*) que la statue en marbre de Louis XV restât exposée aux regards du public le jeudi 11 avril prochain (1793), jour de la séance publique de l'Académie, a arrêté que cette statue serait entourée de planches en attendant la décision du ministre. »

Les choses restèrent encore en cet état jusqu'en juillet 1793; mais alors de zélés patriotes, s'étant introduits dans le local de l'Académie, mirent en pièces la statue, qu'on s'était contenté d'entourer de planches, et les journaux en informèrent le public.

Cet événement mit en émoi la compagnie, et, dans la séance du 18, le directeur nomma trois commissaires ayant tout pouvoir d'anéantir les effets, meubles ou autres objets qui pourraient offrir des traces de l'ancien régime; Lassus, Peyrilhe et Caron furent désignés à cet

effet, et, dans la séance extraordinaire du 22 juillet, ils rendirent compte à la compagnie des démarches qu'ils avaient faites. Le citoyen Barthélemy avait donné des renseignements sur les moyens de conserver, avec des changements analogues aux principes de la République, les peintures à fresque du grand amphithéâtre, et le citoyen Brunet avait également donné des renseignements pour conserver les sculptures placées en dehors au-dessus de la grille d'entrée. Mais tout n'était pas encore fini; l'autorité elle-même avait été préoccupée de ces faits; il y avait des comptes à rendre, des explications à donner.

Il fallut d'abord faire une démarche auprès des citoyens membres du directoire du département de Paris; ce fut le secrétaire qui remplit cette mission, le 25 juillet; il exposa à l'Académie comment il avait donné lecture au directoire des extraits des registres de l'Académie. Ceci s'était assez bien passé; mais au conseil général de la commune on s'était montré moins facile; voici ce qui s'y était passé: trois commissaire de l'Académie s'étaient rendus dans son sein :

« Lecture faite au conseil général de la commune des arrêtés de « l'Académie par un de ses membres, dit le plumitif, un membre de « la commune a observé (*sic*) que les mots *liberté* et *égalité*, placés « dans une incription de l'amphithéâtre des écoles de chirurgie, « avaient été effacés et détruits; le commissaire de l'Académie, après « avoir demandé et obtenu la parole, a répondu au préopinant que « l'inscription où se trouvaient les mots ayant été placée depuis en- « viron deux ans, par les élèves, avec l'approbation des officiers de « l'Académie et des professeurs du collége, on ne pouvait soupçonner « ni les uns ni les autres d'avoir détruit leur propre ouvrage, et « d'être les auteurs du délit anticivique dont se plaignait le membre « de la commune; que ce délit ne pouvait avoir été commis que par « la main ennemie de quelque malveillant qui s'était introduit dans « l'amphithéâtre lorsqu'il n'y avait ni professeur ni élèves; que pour « éviter dorénavant un pareil événement, qui pouvait compromettre « le patriotisme des professeurs et des élèves, l'Académie, après « avoir ordonné la restitution des mots seulement en partie grattés « et non détruits, avait arrêté que les portes de l'amphithéâtre se- « raient fermées, hors le temps des leçons, et ouvertes une demi- « heure seulement avant la leçon. »

Ceci se passait du 22 au 25 juillet 1793; quinze jours après, le 8 août, la Convention promulguait le décret en vertu duquel toutes les académies et sociétés savantes patentées et dotées par la nation étaient supprimées.

L'Académie de chirurgie dut obéir comme les autres à ce décret, qui était pour elle une véritable spoliation; ce n'était point, en effet, la nation qui l'avait dotée, c'était Lapeyronie; mais en temps de révolution on n'y regarde pas de si près; la nation confisqua donc à son profit et la terre de Montigny et toutes les propriétés que Lapeyronie avait cru affecter à tout jamais aux dépenses de l'Académie, et il a fallu plus d'un quart de siècle pour qu'un gouvernement réparateur restituât enfin, par une subvention publique, à l'héritage de ce grand corps, c'est-à-dire à notre Académie, ce qu'un décret inique lui avait enlevé dans ces jours néfastes.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous recevons de Rio-Janeiro des nouvelles qui confirment malheureusement les prévisions que nous avons émises. Le choléra s'y est déclaré avec une assez grande intensité. Jusqu'au départ du paquebot, cependant, l'épidémie n'avait fait de victimes que dans les populations nègre et ouvrière; elle paraissait être encore en voie de progrès. L'administration a pris des mesures pour apporter aux malades les secours les plus utiles possibles; elle a également institué un comité pour dresser une statistique exacte de la marche de l'épidémie.

— Des scrupules on ne peut plus honorables ont engagé M. Ozanam, bibliothécaire de l'Académie de médecine, à résigner ses fonctions. Par suite de cette démission, le Conseil d'administration de l'Académie a été appelé à présenter un candidat à M. le ministre; le choix du Conseil s'est fixé sur M. René Briau, le savant traducteur de Paul d'Egine. Il était impossible que le Conseil fît un meilleur choix.

— Nous nous abstenons habituellement de reproduire ici les états des maladies et des décès dressés, par les administrations militaires de France et d'Angleterre, parce que ces états, utiles pour les administrations elles-mêmes, sont absolument sans aucune utilité scientifique. En voici un, par exemple, adressé à lord Panmure par *John* Hall, inspecteur des hôpitaux, et dans lequel on ne distingue, ni dans les entrées, ni dans les malades en traitement, ni dans les décès, même les plaies d'avec les affections internes! De telles statistiques peuvent à peine occuper un instant la curiosité publique; mais elles ne peuvent avoir aucun intérêt pour des médecins.

« Monsieur, en vous transmettant l'état des malades au 22, j'ai la satisfaction de dire que la condition sanitaire de l'armée est satisfaisante, et sans les pertes occasionnées par la guerre, elle serait très-favorable.

« Le chiffre total des individus admis et décédés à l'hôpital, pendant la semaine, a été de 1,567 admis et 106 décédés (causes d'admission : fièvres, diarrhée, choléra, dyssenterie, blessures, autres maladies). La semaine précédente, le chiffre des admissions avait été de 3,500 et celui des décès de 194.

« Le nombre des décès par suite de blessures est considérable. Un grand nombre d'hommes, dans l'assaut du Redan, ont été blessés à la partie supérieure de la poitrine, et de pareilles blessures sont toujours sérieuses; mais une grande partie des blessures étaient légères, et depuis quinze jours il est sorti 1,000 hommes, déduction faite de ceux transférés à l'hôpital général. »

— *Hydrophobie.* — Deux cas d'hydrophobie ont été récemment observés à l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'un sur un enfant de douze ans, mordu, quarante jours auparavant, par un chat abandonné dont il a été impossible de constater exactement l'état de santé; l'autre sur un adulte mordu par un chien, qui, suivant toute apparence, était atteint de la rage virulente. L'un et l'autre malade ont succombé, malgré tous les efforts de l'art. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— On lit dans *la Presse* :

« On a nié l'exactitude d'une opinion devenue populaire, et qui existe depuis longtemps, à savoir, que le niveau de l'océan Atlantique est supérieur à celui de l'océan Pacifique vers l'isthme de Panama. Après une suite d'observations exactes de marées faites à Panama et dans la baie d'Aspinwal, observations reliées entre elles par des nivellements exacts pris le long du parcours du chemin de fer, le colonel Trotton s'est assuré que la hauteur moyenne des deux océans est exactement la même, bien que, par moments, l'un des deux océans devienne plus élevé que l'autre par la différence de l'heure de la marée dans ces deux points. Mais le niveau moyen des deux océans, c'est-à-dire leur élévation à mi-marée, est maintenant prouvée être exactement la même.

— Le même journal emprunte les détails suivants aux journaux américains :

« Les journaux américains disent qu'aux Etats-Unis la fièvre jaune fait de terribles ravages. L'épidémie est en pleine recrudescence à Norfolk. Dans la journée de mercredi 19 et la matinée de jeudi 20 septembre, le nombre des morts s'y est élevé à 50. A Portsmouth, on comptait déjà le jeudi à midi, 11 morts constatées depuis le matin. Les cas nouveaux continuent à se déclarer plus nombreux. La panique, un moment arrêtée, est de nouveau à son comble parmi la population.

En même temps on reçoit les nouvelles les plus alarmantes des bords du Mississipi. Le fléau a fait son apparition à Vicksburg, à Canton, à Natchez, et semble vouloir se répandre sur tous les bords du fleuve, aussi bien que sur ceux de la Ouachita et de la rivière Noire.

A Vicksburg, il y aurait eu, d'après une dépêche télégraphique, 10 décès dans la seule journée du 19 septembre.

Un voyageur, récemment arrivé de la Louisiane, rapporte que la terrible fièvre a également éclaté à Bâton-Rouge et dans diverses paroisses qu'elle avait épargnées jusqu'ici.

Sans entrer à cet égard dans aucun détail explicite, les journaux de la Nouvelle-Orléans réitèrent aux personnes non acclimatées l'avis de ne pas s'aventurer encore du côté de la métropole louisianaise.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 122. 3e année. Vendredi 12 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Remarques sur le traitement des anévrismes par la compression indirecte, à propos d'un fait tout récemment publié par M. le docteur Delore.

On traite communément les anévrismes chirurgicaux par la ligature appliquée entre le sac et le cœur, opération dont la gravité est aujourd'hui bien connue ; les hémorrhagies consécutives, la phlébite, l'érysipèle, le phlegmon diffus, la suppuration et la rupture du sac, enfin la gangrène du membre, donnent la mort, d'après les statistiques les plus complètes, au tiers environ des opérés. De pareils désastres ont frappé tous les chirurgiens, et nos confrères de Lyon s'en sont émus plus que personne, puisque c'est à la chirurgie lyonnaise que sont dues en grande partie la méthode de la galvano-puncture et celle des injections coagulantes, destinées l'une et l'autre à diminuer les dangers de l'opération de l'anévrisme.

Mais il y a une autre méthode, bien moins dangereuse encore, et que les Lyonnais ont accueillie pourtant avec beaucoup plus de froideur; oubliant sans doute les beaux succès qu'elle a fournis, il y a près d'un demi-siècle, entre les mains de leur compatriote Viricel. Je veux parler de la *compression indirecte*, méthode qui agit sur les anévrismes de la même manière que la ligature, en n'exposant ni aux hémorrhagies, ni aux phlébites, ni aux autres accidents traumatiques, et en réduisant à leur minimum les chances de la gangrène. Dans la compression indirecte, on applique sur les artères, entre l'anévrisme et le cœur, au lieu d'une ligature, une pelote comprimée qui *diminue*, mais qui ne supprime pas le passage du sang dans le vaisseau comprimé, et qui, ralentissant beaucoup la circulation dans l'anévrisme, permet au sang d'y déposer des couches fibrineuses solides jusqu'à complète oblitération.

La méthode de la compression indirecte, née en France comme la ligature, est allée, comme la ligature, se perfectionner à l'étranger. Ce sont les chirurgiens de Dublin qui ont eu le mérite de la faire revivre, il y a une douzaine d'années, et les résultats qu'ils en ont obtenus sont tellement brillants, qu'il m'a paru nécessaire de les faire connaître en France. J'ai donc publié sur ce sujet un long Mémoire où j'ai réuni dans un tableau les quarante-sept faits antérieurs à la renaissance de la compression en Irlande, et les cent soixante-trois faits qui ont été recueillis depuis cette époque. J'ai fait rentrer indistinctement dans ce relevé tous les cas heureux ou malheureux, ceux où la compression a été bien faite, et ceux où elle a été appliquée contrairement à tous les principes de la chirurgie la plus vulgaire, ceux où elle a été employée avec persévérance, et ceux où elle a été abandonnée au bout de *cinq minutes* ! Ceux, enfin, où elle a réussi, et ceux où le chirurgien a cru devoir en venir à la ligature. Tous ces faits ont été mis sous les yeux du lecteur, à qui j'ai laissé le soin de se faire une opinion sur la valeur pratique de la méthode compressive.

En dehors de toute considération théorique, et en dépit de toute vaine récrimination, il est, et il demeure acquis que, sur cent soixante-trois anévrismes qui ont été traités, tant bien que mal, par cette méthode, depuis 1842 jusqu'à 1854, il y en a eu cent cinq qui ont été guéris complétement et définitivement par la seule compression indirecte; que la ligature a ensuite guéri la plupart des autres, et que la mortalité totale n'a pas dépassé le chiffre de treize. On remarquera que la plupart de ces anévrismes étaient très-graves, puisqu'il y en avait cent quarante qui occupaient la cuisse et le jarret, et qui ne comportaient d'autre ligature que celle de l'artère fémorale. Ces résultats remarquables seront analysés plus amplement dans mon *Traité des anévrismes*, qui est actuellement sous presse ; mais j'ai cru devoir les rappeler ici, parce qu'ils ont déjà été publiés, et parce que M. Delore, qui dit avoir lu mon Mémoire, semble pourtant les avoir perdus de vue.

Personne n'a dit que la compression indirecte fût *infaillible* ; elle est quelquefois intolérable, quelquefois inefficace, mais très-souvent suivie de succès, et toujours sans danger. Il en résulte que, dans tous les cas où la compression est applicable, on doit l'essayer avec prudence et persévérance, avant de se décider à entreprendre l'opération meurtrière de la ligature. Dès lors, un cas d'insuccès de plus ou de moins n'est pas de nature à compromettre une méthode où il n'y a rien à perdre et tout à gagner, surtout lorsque ce fait se présente dans des conditions qui ne sont pas celles où la compression indirecte a été recommandée. Afin que le lecteur en juge par lui-même, je reproduirai complétement l'observation de M. Delore et les remarques qui l'accompagnent, me réservant d'y joindre à mon tour de courtes réflexions.

Anévrisme traumatique de l'arcade palmaire. Compression prolongée sans résultat. Ligature de l'artère radiale et de la cubitale ; guérison.

Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Bouchacourt,

Par M. le docteur Delore (1).

On a beaucoup vanté dans ces derniers temps la compression artérielle, pour la curation des tumeurs anévrismales, et M. Broca, professeur agrégé de la Faculté de Paris, a publié (*Gaz. hebdomadaire*, 1854-55) sur ce mode de traitement, un Mémoire remarquable à

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, 30 septembre 1855 ; t. VII, p. 336.

plus d'un titre. Repoussant la compression *totale* employée d'emblée, dont il reconnaît les nombreux inconvénients, ce chirurgien s'attache à démontrer les avantages qu'on peut retirer de la compression *graduelle*, qui, *partielle* au début, peut devenir *totale* ensuite. C'est cette compression qu'il décore du nom de *compression en deux temps*.

M. Broca pense qu'elle peut être appliquée à presque tous les anévrismes; sans doute son emploi a réussi dans un certain nombre de cas favorables, et M. Broca a rassemblé autant de faits qu'il a pu, nous n'en doutons pas, pour étayer son opinion. Il n'en est pas moins vrai que dans la plupart des observations qu'il relate, il termine en disant, que les battements avaient cessé dans la tumeur, ce qui n'est point, il nous semble, un signe suffisant de guérison.

La méthode qu'il préconise compte déjà plus d'un insuccès, tels que le cas de M. Maisonneuve et celui plus déplorable encore dont nous avons été témoin dans le service de M. Nélaton.

Outre la mortification de la peau, on peut reprocher à la compression la mieux faite l'interruption de la circulation veineuse qui peut amener des congestions dans des organes importants, tels que le cerveau (cas de M. Nélaton), la dilatation prématurée des collatérales et l'épaississement du tissu cellulaire, qui rendent la ligature quelquefois inutile et toujours plus difficile.

M. Robert, dans la discussion soulevée à la Société de chirurgie (février 1855), par le Mémoire de M. Broca, a bien fait ressortir les inconvénients inhérents à cette méthode, et mieux que tout autre il était placé pour l'apprécier, l'ayant expérimentée lui-même sous la direction de M. Broca.

De l'examen attentif des faits et des discussions, il ressort pour nous que la compression ne peut être appliquée dans tous les cas et qu'il serait important de formuler les indications précises qui nécessitent son emploi.

Le fait suivant démontre qu'elle peut être tout au moins inutile sinon dangereuse.

Observation. — Louise Doux, âgée de vingt ans, domestique, née à Chasselay (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu, le 7 août 1855, salle Sainte-Anne, n° 3, service de M. Bouchacourt.

Cette jeune personne, d'une bonne constitution, s'est fait, il y a un mois, en coupant du pain, une incision profonde et longitudinale à la région thénar de la main gauche, à la suite de laquelle survint une abondante hémorrhagie qui ne fut arrêtée ni par des applications de persil hâché, ni par une lipothymie. Le tamponnement et la compression directe, pratiqués une heure après l'accident, font cesser l'écoulement sanguin; leur emploi continué pendant huit jours est suivi de la cicatrisation complète de la plaie.

Le douzième jour une petite tumeur apparaît au-dessous de la cicatrice, on la frictionne avec des onguents divers, ce qui ne l'empêche point de s'accroître progressivement.

Le 1er août, une fissure, qui s'établit à la peau, donne passage à un suintement sanguin.

Le 6 août. hémorrhagie abondante, la jeune fille se décide à entrer à l'hôpital. M. Bouchacourt constate alors les symptômes suivants:

Une tumeur, du volume d'une amande, existe au niveau du pli que forme l'éminence thénar gauche, par son union avec la paume de la main; à son sommet, on voit une ouverture de deux centimètres de longueur environ, dont les bords sont écartés par un caillot sanguin; la tumeur qu'il représente est soulevée par des battements avec expansion, isochrones au pouls; les doigts sont fléchis, leur extension est douloureuse et difficile. Un suintement de sang artériel a lieu par la plaie, la compression de la radiale le diminue à peine, ainsi que le battement; la compression de la cubitale a un effet beaucoup prononcé, mais encore insuffisant; si on comprime les deux artères à la fois, on fait cesser le battement et l'écoulement de sang.

M. Bouchacourt se décide à employer la compression. On place sur la radiale et la cubitale, au-dessus du poignet, des bourdonnets de charpie durs et faits avec soin, qu'on assujettit au moyen d'une bande, et on s'assure, après leur application, que tout mouvement expansif a cessé dans la tumeur. Pour plus de sûreté, on en place de semblables directement sur l'anévrisme. Diète, repos, la main est tenue plus élevée que le coude.

13 août. On fait le pansement de la plaie; pas de battements appréciables; les bords du derme gonflés, œdémateux, ne tendent point à la cicatrisation; pas d'hémorrhagie, on continue la compression.

17 août. Nouveau pansement. Au centre de la plaie existe toujours un caillot noirâtre, qui présente, cette fois, des battements évidents. Les doigts se fléchissent davantage.

20 août. Pas de battements.

23 août. Hémorrhagie artérielle abondante, pansement au perchlorure de fer; compression replacée avec soin.

25 août. Nouvelle hémorrhagie en dépit de la compression.

28 août. On se dispose à la ligature, mais au moment de la pratiquer point de battements dans la tumeur, pas une goute de sang ne s'écoule; on y renonce.

30 août. Hémorrhagie inquiétante.

On endort la malade, et après quelques recherches prudentes et inutiles dans la plaie pour lier directement l'orifice béant des vaisseaux, M. Bouchacourt pratique la ligature de la radiale et de la cubitale.

Le tissu cellulaire périphérique à ces artères était épaissi, dur, adhérent, se laissant difficilement écarter par la sonde cannelée, à tel point qu'il fallut employer le bistouri presque jusqu'au moment où l'on arrive immédiatement sur l'artère à lier.

On observa, cette fois encore, qu'après la ligature de la radiale, les battements et le suintement sanguin persistaient dans la tumeur, ils cessèrent lorsque l'opération fut terminée.

Les bords des plaies sont légèrement rapprochés par des bandelettes de diachylum; pansement simple.

1er septembre. La fièvre traumatique a été légère. La main et les doigts sont chauds, les plaies des ligatures en bon état; la plaie anévrismale a subi un changement complet; ses bords sont revenus sur eux-mêmes, ont pris une couleur naturelle, ne sont point, en un mot, gonflés, fongueux et violacés, comme avant l'opération; plus de caillot sanguin ne se remarque au fond. Pansement laudanisé.

4 septembre, état général excellent, suppuration de bonne nature, des bourgeons charnus se développent également bien dans les trois plaies. Les ligatures sont solides.

5 septembre. Chute des ligatures, le septième jour après l'opération.

Depuis lors la cicatrisation se fait régulièrement et, le 21 septembre, deux petites plaies linéaires indiquent seules le point où la radiale fut liée et le siége de l'anévrisme. Au niveau de la ligature de la cubitale, on voit une bonne cicatrice, les doigts se meuvent aisément et peuvent se mettre en extension complète; toute trace d'engorgement a disparu et la guérison peut être considérée comme complète.

Réflexions. — Il ressort des détails de cette observation, qu'on avait affaire à un anévrisme faux, consécutif, dépendant d'une lésion très-probable de *l'arcade palmaire artificielle, fournie par la cubitale; si la radiale entrait pour quelque chose dans les battements, c'est qu'elle donne naissance à l'arcade palmaire profonde*, qui s'anastomose largement avec la superficielle.

Ce cas, au début, semblait très-favorable à la compression; non-seulement on pouvait l'exécuter d'une manière complète sur les artères de l'avant-bras, mais encore directement sur la tumeur, et cependant elle n'aurait eu d'autre résultat que d'endormir la vigilance du chirurgien et de lui donner une trompeuse sécurité, s'il ne se fût tenu sur ses gardes et n'eût disposé de prompts secours pour empêcher l'hémorrhagie de devenir funeste.

La ligature ne put être faite dans la plaie de la paume de la main; il eût fallu pour cela l'agrandir outre mesure et se livrer à des dissections longues et minutieuses, toujours difficiles dans des tissus altérés par l'inflammation, et dangereuses au voisinage des gaînes tandineuses de cette région. Mieux valait lier la cubitale et la radiale au lieu d'élection, et alors on trouva ces artères enveloppées d'un tissu cellulaire épais et durci, preuve évidente que la compression avait été bien faite.

On me permettra de faire maintenant quelques réflexions, et de donner à M. Delore quelques explications dont il semble avoir besoin.

Suivant M. Delore, les faits que j'ai rassemblés ne sont pas assez concluants, parce que, « dans la plupart des observations que j'ai relatées, j'ai terminé en disant que les battements avaient cessés dans la tumeur, ce qui n'est pas un signe suffisant de guérison. » M. Delore sait bien cependant que la guérison des anévrismes n'est autre chose que la transformation d'une tumeur pulsative et nuisible, en une tumeur solide et sans pulsation, qui s'affaisse ensuite peu à peu, et qui, désormais inoffensive, peut persister indéfiniment, comme elle peut, à la longue, disparaître tout à fait. La compression, comme la ligature, a pour but de produire cette oblitération. Dès que l'oblitération est obtenue, la compression a fini son

rôle, le traitement est terminé; voilà pourquoi, dans mon tableau, j'ai apprécié la durée du traitement d'après le temps qui s'est écoulé, chaque fois, entre le début de la compression et le moment de la solidification totale de l'anévrisme. Lorsqu'il est survenu des accidents à la suite de cette solidification, je les ai indiqués avec soin ; deux malades ont eu la gangrène, quatre ont vu leurs anévrismes récidiver; mais ces faits ne figurent pas au nombre des cent cinq cas de succès complet et définitif que j'ai cités, et dont j'ai soigneusement indiqué la source. Si M. Delore veut se donner la peine de consulter dans les originaux ces cent cinq observations, que je n'ai évidemment pas pu reproduire dans tous leurs détails, il cessera d'élever des doutes sur la réalité des guérisons dues à la compression indirecte, et il cessera en même temps de citer le fait de M. Maisonneuve comme un insuccès de cette méthode. Dans ce cas, la compression n'a pas échoué, attendu qu'elle a été interrompue sans motif suffisant au bout d'une quinzaine de jours; ce qui a échoué, c'est la ligature, puisque le malade est mort peu de jours après cette opération. Quant au fait dont M. Delore a été témoin dans le service de M. Nélaton, je me demande si c'est sérieusement qu'on l'invoque ici contre la méthode compressive. Il s'agissait, non pas d'un anévrisme artériel, mais d'un anévrisme artério-veineux : le manche recourbé d'un parapluie avait pénétré dans l'orbite, et de là dans le crâne, où il avait ouvert à la fois le sinus caverneux et l'artère cérébrale antérieure; il en était résulté un anévrisme artério-veineux, que M. Nélaton avait su diagnostiquer, et qui faisait des progrès inquiétants. On sait que la ligature ne guérit pas ces sortes d'anévrysmes. D'ailleurs, la seule ligature praticable était celle de la carotide primitive, opération trop grave pour qu'on pût songer à en faire l'essai. Ce fut alors que M. Nélaton fit quelques tentatives de compression sur la carotide; ces tentatives furent infructueuses; la tumeur fit des progrès, s'ouvrit dans le sinus sphénoïdal, et donna lieu à une épistaxis mortelle. L'autopsie vérifia l'exactitude du diagnostic et légitima la conduite du chirurgien. La pièce a été présentée par M. Henri à la Société anatomique. Tel est le fait dont M. Delore dit avoir été témoin. Ses souvenirs, en tout cas, l'ont bien mal servi, puisqu'il ne paraît même pas savoir qu'il s'agissait d'un anévrisme artério-veineux; s'il en avait conclu que la compression indirecte ne guérit pas ces sortes d'anévrismes, tout le monde aurait été de son avis; s'il s'était contenté de dire que la compression des carotides semble difficile à appliquer et plus difficile encore à supporter, je lui aurais volontiers accordé cette proposition; j'aurais même ajouté que personne jusqu'ici n'a proposé d'appliquer la compression indirecte au traitement des anévrismes de la tête et du cou, et que, réfuter une méthode en invoquant des cas où elle n'a élevé aucune prétention, c'est combattre des adversaires dont on devrait laisser le monopole à un chevalier illustre. Mais M. Delore ne se contente pas de si peu, et il se sert du fait de M. Nélaton pour prouver que « la compression la mieux faite détermine l'interruption de la circulation veineuse, qui peut amener des congestions dans des organes importants, tels que le cerveau, etc. »

Je n'en finirais pas si je devais réfuter une à une toutes les erreurs qui fourmillent dans l'article de M. Delore. Je ne chercherai même pas à prouver que le tronc radio-palmaire établit une communication directe entre l'artère radiale et l'arcade palmaire superficielle. Ce ne seraient là que des objections de détail. Parlons plutôt du fait qui a été le point de départ de cette petite campagne contre la compression indirecte.

L'auteur a sans doute vu échouer cette méthode dans un cas où elle a été bien appliquée, et où il était indiqué d'y avoir recours? On a sans doute mis en usage l'un des compresseurs modernes qui permettent de graduer à volonté l'action des pelotes? Point du tout. On n'a employé ni compresseur ni pelote. Des *bourdonnets de charpie* ont été appliqués sur les deux artères de l'avant bras et assujettis au moyen d'une bande! La compression indirecte était-elle indiquée dans ce cas? Pas davantage. Il s'agissait d'un anévrisme de la paume de la main; la tumeur était *ouverte* et laissait écouler du sang.

La compression *directe* aurait pu être appliquée avec succès. Il aurait mieux valu encore inciser la petite tumeur et lier les deux bouts du vaisseau ou les tamponner avec de la charpie, imbibée ou non de perchlorure de fer. Mais la compression indirecte était tout à fait contre-indiquée. Cette méthode agit en *diminuant* et non en *supprimant* le passage du sang dans les anévrismes. Ce liquide, ralenti dans son cours, laisse déposer dans la poche des couches fibrineuses qui l'oblitèrent. Ici, il ne fallait pas diminuer l'accès du sang, il fallait le supprimer, puisqu'il y avait hémorrhagie. J'ajoute même, la méthode d'arrêt, telle qu'elle a été appliquée en dernier lieu par M. Bouchacourt, n'offrait que des chances fort incertaines, elle exposait à la réapparition de l'hémorrhagie, ainsi que l'expérience l'a démontré bien des fois, dans des cas semblables. Cet accident ne s'est pas présenté dans le fait de M. Delore; j'en félicite le malade, et j'en conclus que puisque la ligature a réussi, la compression *totale* des artères radiale et cubitale, telle qu'on a cherché à l'appliquer, aurait pu à la rigueur réussir aussi. Il aurait pu se faire, en effet, que la compression indirecte fût assez efficace pour arrêter l'hémorrhagie, et que cependant le sang, lentement ramené par les collatérales, vînt déposer ensuite dans le sac des caillots fibrineux capables de l'oblitérer. Mais le chirurgien a pris ses mesures pour rendre impossible cette éventualité heureuse. Il a exercé sur le sac une compression *directe*, il a empêché le sang d'y entrer, et, par conséquent, de s'y coaguler, ignorant sans doute que le meilleur moyen de faire échouer la compression indirecte, consistait à y joindre une compression directe: *non crimen artis quod professoris*.. Mais M. Delore ne s'arrête pas à ces détails. On a comprimé, peu importe où et peu importe comment. Cette compression n'a pas réussi; il n'en demande pas davantage, et il prouve ainsi qu'il ne connaît pas les premiers éléments de la question.

Cette critique paraîtra sans doute sévère. Je ne pouvais cependant pas laisser passer, sans le réfuter, un article qui renferme presque autant d'erreurs que de lignes, et qui, publié sous la responsabilité du nom honorable de M. Bouchacourt, aurait pu faire sur l'esprit des praticiens une impression défavorable à la méthode compressive. Chacun a le droit de se défendre contre les innovations; il est même bon que le progrès rencontre des résistances, et provoque des discussions; mais il ne faut pas qu'on se croie autorisé à juger une méthode d'après son titre, à en parler sans la connaître, et à la condamner sous prétexte qu'elle a échoué dans un cas où il était formellement contre-indiqué d'y avoir recours.

PAUL BROCA.

De l'administration des médicaments par les fosses nasales.

Par le docteur A. ZSIGMONDY.

Cette nouvelle manière d'administration des médicaments est surtout recommandée chez les malades dont les mâchoires sont spasmodiquement rapprochées par suite de lésion cérébrale, de convulsions, etc., chez les aliénés, ou enfin chez les enfants. Les médicaments, dissous ou suspendus dans une quantité de liquide, qui doit au plus atteindre une cuillerée à bouche, sont versés lentement dans une fosse nasale, l'orifice étant maintenu relevé par l'abaissement et la fixation de la tête du malade. L'introduction de ce liquide occasionne fort peu de chatouillement. L'auteur de cette Note a pu se convaincre fréquemment de l'utilité pratique de ce nouveau procédé, en administrant de l'émétique, du sulfate de quinine, etc.,

ou même des aliments liquides. Nous ajouterons que l'injection des liquides dans les fosses nasales, avec une petite seringue, en suivant le plancher, nous a toujours paru mieux réussir que le moyen indiqué par l'auteur.

(*Oesterr. Zeitsch. für. pract. Heilk.*, mai 1855, et *Gaz. heb.*)

Toxicologie.

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORATE DE POTASSE.

On sait que les épiciers, les herboristes ne doivent pas exercer la pharmacie; mais ce qu'on ne sait pas, ou ce qu'on ne veut pas savoir, c'est que les individus qui exercent ces professions se livrent journellement à l'exercice illégal de la pharmacie, quoiqu'ils n'aient pas fait les études qu'on exige du pharmacien. Voici un exemple des résultats que peut occasionner cet exercice illégal.

Il vient d'arriver à T..., par erreur, un accident des plus graves, puisqu'il y a *mort d'homme*.

Un sieur J..., marchand de parapluies, avait l'habitude de se purger très-souvent, et, par motif d'économie, il faisait emplette chez un sieur G..., épicier, de sel d'Epsum. Dans les derniers jours d'août, il alla chez son fournisseur habituel demander 60 grammes de sel d'Epsum ou sulfate de magnésie; par erreur, au lieu de ce sel, on lui délivre 60 grammes de chlorate de potasse; il divise ce médicament en trois doses, il prend la première le matin à jeun, et il éprouve dans la journée de violentes coliques. Sans avoir égard à cet effet, il prend le lendemain matin la seconde partie, et le soir il succombe dans des convulsions atroces. La personne qui nous signale ce fait dit : « Je n'ai pas vu le nommé J..., mais il paraît que le lendemain de l'ingestion de la première dose (20 grammes), son corps était devenu de couleur gris d'ardoise. »

La justice, avertie, a commencé ses investigations.

Si le jury médical avait fait son devoir; s'il avait saisi chez l'épicier les substances médicamenteuses qui se trouvaient dans sa boutique; s'il avait signalé au préfet, au procureur impérial les contraventions exercées par le sieur G..., le sieur J... n'aurait pas succombé à un empoisonnement par le chlorate de potasse.

Il serait à désirer que des mesures fussent prises pour réserver au pharmacien, duquel on exige des études, un stage, des examens, etc., la vente exclusive des médicaments.

A. CHEVALLIER.

(*Journ. de chimie médicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance des 2 *et* 9 *octobre* 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur VINGTRINIER, de Rouen, sur une épidémie de rougeole.

— 2° Rapport de M. CAUSSARD, de Laignes, sur une épidémie de dysenterie.

— 3° Rapport de M. le docteur POULET, de Planches-les-Mines, sur une épidémie de fièvre typhoïde. (Comm. des épidémies.)

— 4° Deux rapports de MM. LEBROU et HUETTE, médecins des épidémies pour les arrondissements d'Orléans et de Montargis, sur une épidémie de choléra. (Comm. du choléra de 1854.)

— 5° Rapport de M. le docteur BRUN, de Guano (Corse), sur les maladies traitées par les eaux minérales de cette localité pendant l'année 1854.

— 6° Demande de M. BOULOUMIÉ à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter deux sources minérales nouvelles, sises dans le département des Vosges.

— 7° Rapport de M. le docteur GAY, sur le service médical des eaux de Saint-Alban (Loire) pendant l'année 1853. (Comm. des eaux minérales.)

— 8° Mémoire sur le tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine, par M. PAULI. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— 9° Etats des vaccinations pratiquées dans les départements du Finistère et de la Moselle pendant l'année 1854. (Comm. de vaccine.)

CORRESPONDANCE PRIVÉE.

Huile de foie de morue. — M. LOUIS NATHANSON, de Varsovie (Note sur un moyen de corriger le goût de l'huile de foie de morue; addition d'une goutte de créosote par livre d'huile). (Commissaire : M. Guibourt.)

Piment. — M. CAUMONT (Lettre et réclamation de priorité, en faveur de son beau-père, M. Allègre, relativement à l'emploi du piment dans le traitement des hémorroïdes). (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

Choléra. — 1° M. le docteur SANDRINI, de Sesana (Lettre sur les causes et le mode de propagation du choléra). (Comm. du choléra.)

— 2° M. le docteur Thomas, membre correspondant de l'Académie, envoie des lettres sur diverses questions relatives à l'histoire du choléra.

LECTURES ET MÉMOIRES.

M. VELPEAU, en déposant sur le bureau une série d'observations qui lui ont été adressées par M. le docteur ROYER, de Joinville, signale celles qui lui ont paru mériter un intérêt tout particulier, autant pour la rareté des faits qui y sont rapportés que pour le soin de leur rédaction.

1° *Hémorrhagie abdominale suite de rupture spontanée de la trompe; guérison.* — M. Velpeau fait remarquer qu'un pareil accident se montre communément pendant le cours des grossesses extra-utérines, tubaires ou ovariques. Mais dans le cas cité par M. Royer, il s'agit d'une femme multipare, régulièrement réglée, qui ne présentait aucun signe de grossesse, et qui six ou sept jours après une époque menstruelle, présenta tout à coup tous les symptômes d'une hémorrhagie interne abondante, compliquée d'une péritonite suraiguë, qui l'enlevèrent au bout de quelques heures. A l'autopsie, M. Royer trouve environ deux litres et demi de sang épanché dans l'abdomen et principalement dans le petit bassin. Ce sang s'était échappé par une déchirure de la trompe gauche dans laquelle se trouvait encore engagé un caillot, mais qui ne renfermait aucun détritus organique capable de faire soupçonner une grossesse tubaire.

2° *Spina-bifida de la région sacrée inférieure; ponction; excision et suture de la poche; guérison.* — Ce n'est qu'après deux essais infructueux de traitement par la ponction que M. Royer s'est décidé à pratiquer l'excision du sac séreux a la racine même de la tumeur. Cette opération, faite chez un enfant de trois ans, a parfaitement réussi. Dix mois plus tard, le petit malade succomba à une affection intestinale, et l'autopsie permit à M. Royer de constater que la guérison du *spina bifida* était complète et avait été obtenue par l'adhérence de l'extrémité terminale de la queue de cheval et des méninges rachidiennes avec les tissus cicatrisés (parois de la poche, peau).

M. ROBERT demande si l'auteur a trouvé des prolongements nerveux accolés aux parois de la tumeur, et si leur section a entraîné des troubles dans la myotilité et la sensibilité des membres inférieurs.

M. VELPEAU répond que M. Royer signale en effet la présence de ces filets nerveux dans les parois de la poche.

3° *Hernie crurale; adhérence complète de l'intestin avec le sac qui ne contient pas de sérosité; ouverture de l'intestin pendant l'opération; ligature de cette ouverture; réduction et guérison.* — Le trait le plus remarquable de cette observation serait, suivant M. Velpeau, non-seulement le succès de la ligature de l'intestin, mais surtout l'innocuité du séjour du fil dans la cavité abdominale, car l'opérateur n'a jamais pu le retrouver ni pendant ni après la cicatrisation de la plaie.

4° *Perforation de l'intestin par un lombric; péritonite; mort.* — C'est là une lésion rare et difficile à constater. Mais ici les signes ne sont pas douteux. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les lésions d'une péritonite aiguë avec épanchement de matières fécales renfermant un ver lombricoïde dans la région iliaque droite. L'anse intestinale la plus voisine présentait une perforation régulièrement arrondie; les

tuniques intestinales étaient saines à son niveau et n'offraient aucune trace d'un travail inflammatoire ou ulcératif.

5° *Luxation complète du genou gauche* (tibia en avant); *réduction; guérison.*—C'est une variété de luxation extrêmement rare; ce qui rend le fait plus curieux encore, c'est l'intégrité des parties molles qui entourent le genou, la facilité de la réduction par la flexion de la jambe sans traction violente, et enfin la guérison parfaite du malade, au bout d'un mois, sans complications, sans accidents consécutifs.

M. Velpeau demande que ces cinq observations de M. Royer soient envoyées au comité de publication. (Adopté.)

M. Jobert rappelle que les cas de succès après l'opération de la suture intestinale sont aujourd'hui assez nombreux dans la science.

M. Laugier se souvient d'avoir observé, chez un malade auquel il avait lié l'intestin, la chute de la ligature dans le canal intestinal, même l'expulsion du fil avec les matières fécales. Chez un autre malade, il a vu un lombric perforer successivement les parois adhérentes de l'intestin et de la vessie, et tomber dans la cavité de cet organe après avoir déterminé une fistule vésico-intestinale.

Ces deux malades, dont il a publié l'observation, ont guéri.

M. Gerdy ne voit rien de surprenant dans l'observation de M. Royer relative à la ligature de l'intestin. Il s'est passé là, sans doute, ce qui se passe constamment dans les expériences de ce genre faites sur les animaux. Il se fait un épanchement de lymphe plastique autour du fil, et celui-ci sort par la plaie extérieure avec le pus, ou bien tombe dans le tube digestif après avoir coupé ses tuniques que la lymphe coagulable, épanchée sans cesse, rapproche et réunit.

Pour le cas rapporté par M. Royer, il s'agirait de savoir si le fil a été coupé *ras* ou s'il a été retenu en dehors de l'incision des téguments.

M. Velpeau répond que le fil a été coupé *ras*, et que d'ailleurs la ligature ayant été appliquée de côté pour ainsi dire et sur un pli des tuniques intestinales, le nœud est demeuré entièrement en dehors de l'intestin, et l'on ne peut que faire des suppositions sur sa destinée ultérieure, puisqu'il n'a pas été retrouvé et que le malade a parfaitement guéri sans accidents.

M. Piorry monte à la tribune pour faire la lecture de plusieurs rapports qu'il déclare avoir rédigés sans la participation de ses co-commissaires et sans les avoir soumis à leur approbation.

M. Gerdy prétend qu'après une pareille déclaration l'Académie ne peut pas entendre les rapports de M. Piorry sans sortir de la limite de ses règlements et sans créer un antécédent fâcheux d'où pourront naître des embarras de toute espèce qui risqueraient fort de porter atteinte à l'indépendance et à la dignité de la compagnie.

Cette motion est appuyée par MM. Boullay, Moreau, Velpeau, Dubois (d'Amiens) et Jobert.

L'Académie consultée décide que la lecture des rapports de M. Piorry sera remise à huitaine.

M. Piorry, en descendant de la tribune, remercie l'Académie de lui donner ainsi le temps de développer dans un de ses rapports une importante question de doctrine relative au diagnostic des maladies, et qu'il regrettait de n'avoir pu qu'effleurer à peine.

M. Dubois (d'Amiens) reprend la lecture d'un travail intitulé : *Deux épisodes empruntés à l'histoire intérieure de l'Académie royale de chirurgie*, lecture commencée à une autre époque. (*Voir* notre dernier numéro.)

Séance du 9 octobre 1855.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Une note de M. le docteur Jaubert, de Guyonville (Haute-Marne), sur une épidémie de laryngite striduleuse. (Renvoyée à la Commission des épidémies.)

2° Une lettre de M. le docteur Troy, pour demander l'autorisation d'exploiter une source minérale à Baréges [Hautes-Pyrénées]. (Commission des eaux minérales.)

3° La recette d'un sirop iodo-gallique de M. Motte, pharmacien à Lyon, qui lui attribue la propriété de guérir les maladies scrofuleuses.

4° L'annonce d'un *système curatif anti-cholérique* que M. le docteur Langlebert demande à expérimenter dans les hôpitaux de Paris. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Un Mémoire de M. le docteur Lemaire, de Dunkerque, sur une épidémie de fièvre puerpérale.

2° Une observation de *perforation intestinale par un ver lombricoïde*, par M. le docteur Perrin, de Paris. (M. Velpeau, rapporteur.)

3° Un Mémoire intitulé : *Du choléra et de son traitement*, par M. le docteur Wyzewski, de Saint-Amand-les-Eaux [Nord]. (Commission du choléra de 1854.)

4° La description d'un nouveau mode d'emploi et de conservation de divers médicaments sous forme de pralines et de dragées, par M. Laurent, pharmacien à Montmartre. (Comm., MM. Ricord, Bussy, Bouchardat.)

5° Une lettre de M. le docteur Leroy d'Etioles, qui revendique la priorité de l'invention de l'*écrou brisé*, appliqué aux instruments lithotriteurs, et cite à l'appui la phrase suivante d'un rapport de Larrey et Roux, adopté par l'Académie des sciences :

« Il est probable que ces deux habiles lithotritistes (MM. Civiale et Leroy d'Etiolles), sans avoir connaissance des instruments l'un de l'autre, ont eu la même idée et l'ont mise à exécution chacun de son côté, mais enfin il ne reste aucun doute pour vos commissaires que M. Leroy d'Etiolles l'a émise le premier. »

M. H. Bouley dépose sur le bureau de l'Académie un Mémoire de M. le docteur Willems, *Sur l'inoculation de la péripneumonie comme moyen préventif.* (Comm., MM. Leblanc et Bouley.)

RAPPORTS.

Acoumètre-plessimètre. — M. Piorry lit un rapport sur un acoumètre de M. Yearsley et un plessimètre de M. Biundi.

M. Moreau. Je conçois très-bien que M. Piorry ait puisé dans la percussion cadavérique des connaissances nombreuses et variées, qui ont contribué à assurer le diagnostic fourni par la percussion sur le vivant, mais je ne comprends pas trop ce qu'il entend par ses expériences sur le cadavre relativement à l'application du stéthoscope.

M. Piorry. Je demanderai à l'Académie la permission de ne pas répondre à cette observation; je ne veux pas faire ici une leçon sur les différentes variétés de sons que peut fournir l'auscultation cadavérique : je ne dirai qu'un mot, c'est que, pour entendre le bruit respiratoire sur le cadavre, il suffit d'introduire de l'air dans la poitrine, contre les parois de laquelle on applique l'oreille, et de l'en faire sortir par la pression; que, pour entendre les bruits des différents râles, il suffit de faire entrer dans les bronches de l'air et des liquides de différente nature et de différente consistance pendant que l'on ausculte les parois de la poitrine; qu'il est facile, enfin, de parler dans la trachée, pendant que l'on applique le stéthoscope sur différents points des parois de la poitrine.

De même, l'auscultation du cœur peut se faire sur le cadavre à l'aide d'expériences analogues : je dirai encore, pour M. Bricheteau, que lui-même, dans un magnifique travail sur un cas de perforation d'une masse tuberculeuse dans le péricarde, a signalé des bruits particuliers que l'on a retrouvés par l'auscultation cadavérique. Je rappellerai aussi que j'ai publié un Mémoire sur les bruits du cœur, fondé sur des recherches d'auscultation cadavérique : on ne produira pas certainement les bruits du cœur du fœtus, mais il y a des bruits du cœur chez l'adulte, que l'expérimentation sur le cadavre peut facilement reproduire.

M. Bricheteau. Je veux faire une simple observation : il y a longtemps que M. Petrequin a publié le fruit de ses recherches sur l'auscultation cadavérique; sans doute ces expériences sur le cadavre sont faciles à faire et sont d'une grande utilité, mais elles sont insuffisantes et ne peuvent pas donner une idée réelle de ce qui se passe sur le vivant.

M. Piorry. Sans doute, c'est Laënnec qui le premier essaya de connaître la science de la percussion et de l'auscultation; mais ses expériences, il les a faites sur des tuyaux, et c'est moi réellement qui ai le premier étudié l'auscultation sur le cadavre : quant à M. Pétrequin, tout ce qu'il dit est dans le *Traité d'auscultation médicale* : l'auscultation cadavérique, voilà le grand moyen d'étude, voilà le fond de la science, qu'il me soit donc permis d'y insister.

M. Bricheteau dit que l'étude du cadavre ne vaut pas l'étude pratique, clinique : en cela, je suis parfaitement de son avis; mais l'auscultation cadavérique a une grande importance; l'on peut, dans les poumons du cadavre, retrouver les conditions normales de l'auscultation, on peut produire un grand nombre des bruits qui se passent chez le vivant, et c'est là ce que je dis. Le râle crépitant est, dit-on, un signe certain, pathognomonique de la pneumonie; eh bien! prenez le poumon d'un homme qui est mort par suite d'une bronchite, dans ce cas, il y a des viscosités dans les bronches, mais il n'y a pas de pneumonie; appliquez un stéthoscope sur ce poumon et imprimez de petits mouvements à ce viscère, et vous obtiendrez le rhoncus

crépitant. Voilà ce que vous apprend l'auscultation cadavérique. Je n'insiste pas davantage.

M. Bouillaud. Je suis fâché que M. Piorry revienne à la discussion sur les bruits du cœur. Lorsque M. Piorry a fait ses expériences, il n'a jamais rien produit qui ait imité le bruit des valvules, par exemple : j'insiste là-dessus, parce que cela donnerait une fausse idée des bruits du cœur. Il y a une grande différence entre les résultats qu'il a obtenus et ceux qu'obtiennent chaque jour les praticiens.

Quant au râle crépitant qui caractérise la pneumonie, je crains fort que M. Piorry ne le confonde avec le râle sous-crépitant qu'il a reproduit dans son expérience, mais le râle crépitant vrai, on ne l'y trouve pas.

M. Piorry. Je maintiens tout ce que j'ai dit dans mon livre sur ce sujet : M. Bouillaud n'a peut-être pas lu cela dans mon livre; du reste, il avoue lui-même qu'il ne l'a pas lu du tout, et j'en suis vraiment désolé, car cela lui eût évité l'observation malheureuse qu'il vient de m'adresser. Quelle est cette expérience? On prend un cœur de cadavre, on coupe les valvules, et on fait passer, avec un certain degré de force, un liquide dans le cœur : or, suivant que l'on poussait le liquide plus ou moins fort, on obtenait des bruits différents. Je produisais des bruits nombreux qui sont en rapport avec le frottement du sang contre les parois du cœur, ce qui ressemble fort à la théorie de M. Beau, mon élève. Que M. Bouillaud, dans son livre et ses écrits, ait dit que j'avais été conduit par mes expériences à dire que le cœur bat d'abord d'un côté, puis de l'autre, je regrette que M. Bouillaud n'ait pas lu mon livre, il m'aurait épargné ce que je viens de dire; car, dans mon travail, je finis par dire : Mais, en définitive, tout le monde admet que les deux côtés du cœur battent simultanément; mais ne serait-ce pas le côté droit qui bat le premier? Je suis donc allé faire des expériences à Montfaucon, et j'ai vu que les deux côtés du cœur battent en même temps.

Ce n'est pas tout; M. Bouillaud dit que je confonds le rhuncus crépitant avec le râle sous-crépitant; mais je suis comme vous élève de Laënnec; je l'ai suivi pendant longtemps et assidûment; j'écoutais attentivement ses leçons, et je m'exerçais à l'étude clinique; je ne faisais pas comme ces élèves qui viennent se promener en causant dans les salles de la Charité, pendant que l'on pratique l'auscultation au lit des malades, et je déclare qu'il n'y a pas d'unité de rhuncus crépitant; il faudrait donc savoir si le râle crépitant que l'on entend sur un poumon crépitant est bien le râle crépitant ou le râle sous-crépitant; car il y a bien des nuances, depuis le râle crépitant très-fin, à peine perceptible, jusqu'au râle crépitant à grosses bulles, et très-voisin du râle sous-crépitant; cela dépend de la consistance des liquides qui sont dans le poumon, de la dimension des conduits qui les renferment, etc.

M. Bouillaud. Lorsque, dans mon ouvrage, j'ai parlé de vos expériences, j'ai donné textuellement votre citation, maintenant, vous dites que ces expériences que vous avez faites vous ont donné des résultats infinis; mais des expériences bien faites, concluantes, mènent à des faits bien définis, certains. Ces phénomènes de souffle, vous savez bien qu'on les avait expliqués par le frottement du sang sur les parois du cœur bien longtemps avant vous. Vous dites à l'Académie qu'on ne peut pas savoir percuter sans plessimètre, et vous savez bien, cependant, que nombre de praticiens ne se sont jamais servi que du doigt, et certes, ils savent aussi bien percuter que d'autres, aussi bien que vous-même; je ne dis pas cela pour moi, puisque je me sers toujours du plessimètre; vous savez bien que les phénomènes donnés par la percussion sont les mêmes, qu'on les obtienne avec le doigt ou avec le plessimètre : il y a donc exagération à dire que l'on ne peut pas se passer du plessimètre; je dirai même plus, c'est qu'il y a des bruits que l'on ne trouve pas avec le plessimètre, et que l'on obtient avec le doigt.

M. Piorry. Je suis très-fâché de ces réflexions, car le discours de M. Bouillaud semblerait dire qu'il y a plus d'individus qui percutent avec le doigt qu'avec le plessimètre, ce qui n'est pas, car le plessimétrisme s'étend tous les jours de plus en plus. Du reste, je suis le premier qui me sois servi du plessimètre-doigt, et lorsque j'en attribuai l'idée aux Américains, en 1826, c'était une petite honnêteté que je voulus faire à ceux qui étaient venus suivre mes leçons alors que je ne trouvais en France qu'opposition à tout ce que je disais. D'ailleurs Skoda, ce grand juge dans cette question, Skoda lui-même rejette bien loin la percussion sur le doigt.

Dans un visite qu'il me fit à la Salpêtrière M. Bouillaud, percutant avec le doigt, trouva du son dans un poumon que le plessimètre déclara devoir être mat, et ce que confirma l'ouverture du cadavre. Depuis cette époque, M. Bouillaud s'est toujours servi du plessimètre-doigt, et il en préconise chaque jour l'emploi. Pour moi, j'ai énormément étudié ce sujet, je percute, je travaille depuis trente ans, et je crois bien savoir la percussion. Mais le public médical, seul juge dans ce cas, vient tous les jours de plus en plus à se servir du plessimètre; et cependant, je le dis, on ne s'en sert pas encore assez, et cela parce qu'on ne sait pas s'en servir.

M. Bouillaud. Je ne me rappelle pas avoir jamais été à la Salpétrière pour l'expérience dont parle M. Piorry : mais quant à ce que vous me dites du faux résultat que j'aurais obtenu en percutant avec le doigt, ce n'est pas le doigt qu'il faut accuser dans ce cas, c'est moi qui suis le coupable, car j'aurais certainement obtenu le même résultat avec le plessimètre. D'ailleurs, je répète que je ne me rappelle pas le moins du monde cette circonstance, et je ne puis que féliciter M. Piorry de sa bonne mémoire. Mais vous dites qu'en matière de percussion vous avez une plus grande autorité que nous, parce que vous percutez depuis vingt ans! Mais nous aussi nous percutons les malades depuis le même temps, et un grand nombre de praticiens, pour percuter avec le plessimètre-doigt au lieu de la plaque d'ivoire, n'en sont pas moins habiles pour cela à reconnaître tous les signes que donne la percussion. J'affirme donc qu'on peut percuter aussi exactement avec le doigt qu'avec le plessimètre, et je dis que vous exagérez lorsque vous venez nous dire que hors le plessimètre il n'y a pas de percussion possible. Je dis même plus, il est certains bruits que l'on obtient par la percussion sur le doigt et que le plessimètre ne donne pas. Ainsi le tintement métallique, le bruit de pot fêlé, qui caractérise l'existence d'une caverne dans le poumon, ne peut être produit avec le plessimètre.

M. Piorry. Mais moi je le trouve ave le plessimètre, le bruit de pot fêlé, et lorsqu'on ne l'obtient pas avec la plaque d'ivoire, ce n'est pas l'interposition du plessimètre qui empêche de l'entendre, c'est qu'on a oublié de faire ouvrir la bouche au malade. Mais, qui a donné le droit à M. Bouillaud de me taxer d'exagération? (Rumeurs.) Pardon, Messieurs, j'ai la parole et j'ai le droit de me défendre. Il faut avoir un peu plus d'indulgence pour ses confrères, monsieur Bouillaud; vous parlez de mes exagérations, mais, si je voulais, moi, parler des vôtres, de vos pertes de sang!

Voix. La question! la question!

M. Moreau. Il faut revenir aux usages académiques. A la fin de chaque rapport, le rapporteur doit soumettre à l'Académie des conclusions sur le travail qu'il vient d'examiner; mais M. Piorry vient de lire deux rapports sur deux sujets différents; il en a encore deux autres à lire, et je crains fort, s'il nous les lit tous les deux, sans formuler après chaque rapport ses conclusions sur ce sujet, que l'on ne sache plus ce dont il est question, ni ce que l'on nous fait voter.

M. Piorry. Si je n'ai pas formulé quelques conclusions après chacun des deux rapports que je viens de lire, c'est que ces conclusions sont identiques.

Voix. Les conclusions!

M. Piorry. Ces conclusions, c'est que les tentatives de M. Yearsley pour la construction de son acoumètre et celles de M. Biundi pour son stéthoscope doivent être également encouragées.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Bouvier lit un *Mémoire sur un procédé simple, commode et peu douloureux, pour entretenir le séton à la nuque.*

Frappé des inconvénients et des accidents qui accompagnent l'emploi du séton ordinaire, prenant surtout en considération la douleur qu'amène chaque pansement avec la mèche de charpie longue ou avec la bandelette de toile effilée sur ses bords, convaincu néanmoins des grands avantages que l'on peut tirer de l'emploi de cet exutoire dans les maladies siégeant à la tête (hydrocéphale, ophthalmies chroniques), M. Bouvier imagina d'y substituer de petits sétons à demeure. On établit le séton à volonté ou vertical ou horizontal, en introduisant à la base d'un pli fait à la peau de la nuque une aiguille droite ou courbe, qui entraîne à sa suite un mince cordonnet couvert d'un enduit imperméable et inaltérable au contact du pus. Si l'irritation produite par le passage d'un fil est insuffisante, rien de plus facile que d'en introduire de la même manière un second, un troisième, etc. On peut encore remplacer le cordonnet par une chaîne flexible en argent, en or ou en platine.

Les avantages que M. Bouvier attribue à cette espèce de sétons sont : 1° le peu de douleur qu'il occasionne; 2° la facilité du pansement; 3° la possibilité de conserver ce séton en permanence, comme séton d'attente, dans l'intervalle des exacerbations de l'ophthalmie chronique, par exemple.

Après cette lecture, M. Bouvier présente à l'Académie sept petits malades, trois filles et quatre garçons de l'hôpital des Enfants, à qui il a appliqué ces petits sétons, depuis un temps plus ou moins long,

pour des ophthalmies chroniques qui sont en voie d'amélioration considérable.

M. LARREY. Je suis parfaitement d'accord avec M. Bouvier lorsqu'il dit qu'avec les petits sétons on évite les inconvénients fâcheux du séton ordinaire, tels qu'abcès, phlegmons, etc. : le mode d'action est le même dans les deux cas, ils agissent par la suppuration qu'ils entretiennent, et alors ne peut-il pas se présenter des cas où, une suppuration plus abondante étant nécessaire, ces petits sétons deviennent insuffisants?

Un second point; M. Bouvier dit que l'on peut, dans quelques maladies, placer ces petits sétons derrière les oreilles, aux apophyses mastoïdes, etc., que fait-on alors? On remplace simplement les cautères par un petit séton, et je crois que dans quelques circonstances il peut arriver que l'on se prive ainsi du bénéfice d'une suppuration abondante.

M. BOUVIER. J'aurai peu de chose à dire : il est vrai que ces petits sétons agissent comme des cautères, c'est le même mode d'action; mais, à mon avis, l'avantage est du côté des petits sétons. Mais, quand on a besoin d'une plus grande suppuration, on peut, ainsi que je l'ai dit, arriver progressivement, en quelques jours, à placer deux, trois, quatre cordonnets et plus dans le trajet du séton, et avoir ainsi un nombre de fils dont le volume est égal à celui des grosses mèches de charpie que l'on emploie ordinairement : il me sulfit de pouvoir obtenir ce résultat en sept ou huit jours, car je ne vois pas trop quels sont les cas où il serait utile de produire en vingt-quatre heures une suppuration abondante.

M. GERDY. Le séton est d'un usage si commode qu'on l'emploie fort souvent, pour ma part, j'y ai souvent eu recours, et j'ai vu que le séton donne lieu, non-seulement à des phénomènes d'inflammation circonvoisine, mais encore à des augmentations du mal dans les ophthalmies, par exemple, et dans les amauroses : il va donc quelquefois directement contre le but qu'on se propose. J'ai vu plus d'une fois des malades qui me disaient : « Le séton me fait mal, » et ce n'était pas de la douleur dans le cou, ce n'étaient pas des engorgements ganglionnaires, mais : « J'y vois de moins en moins clair; j'ai des étourdissements, etc. » Il fallait bien reconnaître que le séton amenait des congestions plus ou moins graves de la tête, effets que le vésicatoire produit aussi quelquefois. Il faut donc être bien prévenu de ces accidents : pour ma part, j'ai renoncé aux sétons.

M. BOUVIER. J'ai observé les mêmes effets, non pas très-souvent, comme dit M. Gerdy, mais seulement quelquefois; c'est l'exception.

M. MALGAIGNE. Je regrette beaucoup, en cette circonstance, de me trouver en désaccord complet avec mon collègue M. Bouvier; mais la question est trop grave pour que je garde le silence. Je veux parler des sétons et de tous les exutoires placés à demeure pour obtenir une suppuration prolongée, et cela sous quelque forme que ce soit. Comme le disait M. Gerdy, nous avons été élevés dans l'amour de ces exutoires; à présent encore, on use et on abuse du séton, du cautère, du moxa; j'en ai donc mis un grand nombre, et après en avoir vu tous les dangers et les inconvénients, j'en suis venu à me demander si ces inconvénients étaient compensés par quelques avantages; or, on n'y arrive par deux voies, l'expérience des siècles et l'expérience personnelle.

L'expérience des siècles... Ce sont des opérations qui se sont introduites dans l'art empiriquement, grossièrement, sans qu'on en connaisse l'auteur, sans que jamais, à ma connaissance, on ait produit une série d'observations attestant ces avantages. Fabrice d'Aquapendente déclare qu'il en a obtenu de très-grands effets; que deux fois lui-même n'a dû le rétablissement de ses yeux qu'à l'emploi du séton, et il ajoute que le séton (qu'à cette époque on établissait avec le fer rouge) ne fait vraiment pas de mal « et minimè dolorem inferens » : de sorte que M. Bouvier fait deux parts de ce passage de Fabrice, l'une qu'il admet parce qu'elle lui est utile et l'autre qu'il rejette comme très-douteuse.

Je viens maintenant à l'expérience personnelle. En avançant vers les temps modernes, on trouve que l'usage du séton est plus modéré. Etant arrivé à ceci, que moi je n'appliquais qu'une médication empirique, que les autorités modernes étaient partagées d'avis sur ce sujet, que parmi les médecins il y avait des conservateurs (il y en a partout), tandis que d'autres y avaient renoncé, j'interrogeai mes souvenirs et je reconnus que tout le bénéfice que j'avais pu retirer de l'emploi des exutoires était très-douteux, que, dans presque tous les cas, leur usage avait été beaucoup trop prolongé pour leur attribuer le succès que l'on obtient souvent de l'expectation seule. J'en suis donc revenu. J'ai étudié longtemps l'action des moxas et des cautères sur les affections des jointures, et je dis que, si l'on n'en a pas obtenu de bons effets dès les premiers jours de leur application, sétons ou moxas ne produisent plus rien; je n'en ai jamais rien vu obtenir passé ce temps, et depuis longues années, dans mon service, il n'a pas été appliqué de sétons, ni de moxas, ni de cautères prolongés, et je vois journellement me venir des malades portant des ophthalmies chroniques malgré l'usage prolongé du séton, des malades avec des affections des jointures et portant les cicatrices de vingt, trente moxas. Je me rappelle un malade affecté d'arthrite et chez lequel M. Amussat imagina de diminuer les dimensions du moxa pour pouvoir en appliquer quatre-vingts sur le genou : mais il n'en a pas obtenu de meilleurs résultats.

Je reviens aux malades de M. Bouvier. Ces malades devaient-ils réellement avoir le séton, qui est fort ennuyeux, et, quoi qu'on en dise, fort douloureux? Ne pouvait-on pas guérir leurs affections sans recourir au séton? J'ai examiné ces malades; ils portent de petits sétons depuis trois, quatre semaines; mais ils ne sont pas guéris, ils ne sont qu'améliorés. Il faut savoir aussi s'il n'a pas été fait en même temps quelque médication, ce qui modifierait singulièrement la question, surtout quand on songe que l'expectation seule suffit quelquefois pour guérir les ophthalmies intenses. Ensuite, je voudrais savoir combien de temps ces enfants garderont leurs sétons. Ainsi, il y a une de ces petites filles qui en a un depuis trois ans; mais quand il y a un certain temps que l'on porte un séton, l'économie finit par s'y accoutumer et alors le séton n'agit plus comme médication, c'est un tourment continuel que le malade porte inutilement. Je voudrais donc que M. Bouvier mît à exécution une idée dont il a parlé lui-même, à savoir, de rechercher d'abord quelles sont les circonstances où le séton peut faire du bien et celles où il peut faire du mal. Voilà ce qu'il faut faire. M. Gerdy, qui me paraît bien convaincu de l'utilité du séton, a renoncé depuis longtemps aux grands sétons, en a appliqué de petits, mais il n'a pas mieux réussi; et cependant il déclare qu'il conserve de grandes espérances pour l'emploi de ces petits sétons *perfectionnés*. Pour ma part, je le répète, je ne voudrais pas soumettre mes malades à leur usage; j'aime mieux attendre que M. Bouvier nous ait signalé les circonstances où leur emploi est bon et celles où il est nuisible.

M. VELPEAU a la parole pour la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra.

Chambly (Oise), 9 octobre 1855.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je ne m'étonne pas que le traitement par le sulfate de strychnine, qualifié d'une part d'*empoisonnement strychnique* et de l'autre d'*impuissance*, ait suscité le courroux de son auteur contre les adversaires de cette médication. Cependant, un peu d'urbanité ne nuit jamais, même dans les discussions scientifiques.

Que mes hypothèses paraissent *naïves* à M. le docteur Abeille, et qu'il ne veuille pas se donner la peine de les relever *une à une*, parce que ce *serait trop mal apprécier l'esprit de vos lecteurs*, c'est possible; mais rien ne prouve pour cela qu'elles ne soient pas vraies, lorsqu'on peut fournir des résultats comparatifs des deux méthodes.

En effet, M. le docteur Abeille déclare que depuis qu'il a employé le sulfate de strychnine, la mortalité est tombée à 33 pour 100, tandis qu'avec tous les autres traitements la mortalité descend jusqu'à 50 pour 100 et plus. Mais M. le docteur Abeille oublie de nous dire qu'il a aussi introduit les saignées locales et générales dans son traitement par le sulfate de strychnine. Or, les saignées locales et générales, ces dernières surtout, en diminuant le nombre des globules du sang, ont une action des plus puissantes dans la guérison, puisque, par leur concours avec l'eau froide, mes résultats ne me donnent que 12 à 13 morts pour 100, chiffre bien plus satisfaisant encore que celui de M. le docteur Abeille; de sorte que je n'ai que faire du sulfate de strychnine! Et, quoique ce médecin me avoir employé les bains, voici ce qu'on trouve dans le *Moniteur des Hôpitaux*, nº 87, 22 juillet 1854 : « Plus tard, nous faisons plonger les malades dans « un bain chaud avec la précaution de leur tenir de la glace ou de « l'eau froide sur la tête. L'action du bain dans ce cas facilite la cir- « culation autant par l'imbibition des tissus, par la pénétration de « l'eau dans le sang par voie d'endosmose, que par l'élévation de la « température cutanée. Ces deux points nous ont paru de la plus « grande importance, et nous les signalons. »

Quant aux boissons aqueuses, que M. le docteur Abeille veut absolument avoir toujours prescrit *largement* à ses cholériques, je sais, aussi bien que lui, que leur usage est très-ancien, puisqu'Hippocrate les conseillait dans le but d'expulser les matières morbifiques accumulées dans le tube digestif, et que d'autres observateurs les ont aussi recommandées, en petite quantité, pour apaiser la soif, comme dans la plupart des autres maladies. Mais je ne sache pas que personne ait jamais, avant moi, considéré les boissons aqueuses, l'eau froide surtout, comme la base fondamentale du traitement du choléra. M. le docteur Bally, un des membres de l'Académie de médecine, dont les travaux sur le choléra sont justement appréciés, s'exprime ainsi dans une lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'écrire : « S'il est quelque « chose de constant, c'est que vous êtes le premier qui ayez formulé « la méthode et démontré son pouvoir par une série de faits bien « exposés. Sous ce point de vue, vous avez parfaitement raison d'en « revendiquer la priorité. »

Si donc, depuis la publication de mon travail, les boissons aqueuses ont été administrées avec moins de timidité aux cholériques, il me semble que j'ai une large part à revendiquer dans cette heureuse modification apportée au traitement du choléra.

Je ne m'étendrai pas davantage, heureux si cette polémique pouvait, dans l'intérêt des cholériques et un peu aussi dans le mien, décider vos lecteurs, le cas échéant, à expérimenter ma méthode, et l'eau froide de préférence, dont je leur garantis les mêmes succès, pourvu qu'ils veuillent bien l'aborder avec toute la vigueur qu'elle exige.

Veuillez, Monsieur le Rédacteur en chef, croire à l'expression sincère de ma reconnaissance,

Docteur TOURRETTE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Obsèques de M. Magendie. — Nous l'avons déjà dit bien des fois, il n'entre pas dans notre manière de voir et surtout de sentir d'esquisser des notices biographiques sur des tombes à peine fermées. Plus que jamais, il nous est aujourd'hui prescrit de ne point nous départir de nos habitudes. Nous nous bornerons donc à dire que les obsèques de M. Magendie ont eu lieu hier au milieu d'un grand concours de monde, et que plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe pour rendre hommage à ses talents et à ses vertus.

— *L'économie animale fabrique-t-elle du carbone?* — Nos lecteurs n'ont point perdu de vue que cette grande découverte ressortait d'une communication faite à l'Académie des sciences par M. Andral avec la garantie de M. Favre, pour la partie chimique du travail. Mais en signalant cette découverte aussi gigantesque qu'inattendue, nous faisions remarquer qu'elle ne pourrait prendre rang dans la science que lorsque MM. Andral et Favre auraient fait connaître avec détails les procédés par eux mis en usage pour constater les faits quasi-fabuleux qu'ils annonçaient. Nous avons donc réclamé la publication de ces procédés. *La Presse* a bien voulu prêter l'appui de sa puissante voix au vœu que nous avions émis; MM. Andral et Favre n'ont pas été plus sensibles aux sollicitations de notre puissant confrère qu'aux nôtres. Comme aucune raison d'Etat ne nous paraît pas s'opposer à la publication des détails que nous avons demandés, nous croyons pouvoir conclure, sans trop de témérité, du silence de MM. Andral et Fabre que ces honorables savants ont peu de confiance dans leurs observations, et que la communication qu'ils ont faite à l'Académie est grandement sujette à révision. (*Voir* le *Moniteur des hôpitaux* du 20 août 1855.)

— Un de nos honorables confrères nous demande ce que les Académies et Sociétés savantes entendent quand elles recommandent que les Mémoires qu'on leur envoie soient adressés dans les formes académiques.

Comme ce renseignement peut être utile à plusieurs de nos lecteurs, nous croyons devoir les informer que cette formule signifie simplement que les Mémoires doivent porter une épigraphe qui se trouve répétée dans un pli *cacheté* dans lequel est également écrit le nom de l'auteur. On sait, en effet, que dans presque tous les concours académiques, le nom des concurrents ne doit être connu qu'après que le jugement est porté.

— *Les sétons perfectionnés!* — Tel est le vrai titre de la communication que M. Bouvier a eu l'heureuse idée de faire à l'Académie; ce titre, ce n'est pas l'auteur qui l'a trouvé, c'est M. Malgaigne; mais, comme on le sent bien, il n'en vaut que mieux (le titre). Nos lecteurs nous saurons gré de mettre textuellement sous leurs yeux la piquante improvisation du savant professeur de médecine opératoire. Pour apprécier des inventions comme celle de M. Bouvier, l'esprit et le sel suffisent, et ce n'est pas là ce qui manque à M. Malgaigne. Aussi en trouvera-t-on dans son discours de quoi assaisonner au moins trois perfectionnements de sétons ou autres exutoires.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 123. 3e année. Lundi 15 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du degré constant de la chaleur animale, considéré dans l'homme comme loi de la santé, des effets morbides produits par les variations de cette chaleur, et des applications à en déduire pour la thérapeutique.

Par M. le docteur WANNER.

(Voir le numéro 119.)

Dans l'impossibilité où l'on est de comprendre la nature constitutive du corps de l'homme, et d'en déduire des lois thérapeutiques, on doit, à notre avis, l'accepter telle qu'elle est, et se borner à l'appréciation de ceux de ses phénomènes dont la connaissance peut servir légitimement de base à une théorie positive de l'art de guérir.

Celui de tous ces phénomènes qui nous a paru offrir au plus haut degré les conditions propres à remplir ce but est la chaleur animale.

Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse du calorique, qu'on y voie un agent spécial ou une propriété de la matière en mouvement, il est impossible de nier qu'il ne joue un rôle permanent dans tous les êtres organisés. Dans l'homme, la chaleur apparaît comme l'un des caractères essentiels de la vie, qu'elle accompagne sans interruption complète depuis la fécondation jusqu'à la mort. Le mode de sa constante émission, de son entretien dans l'économie, est assurément l'un des sujets les plus dignes d'être étudiés, des plus importants à expliquer pour le physiologiste. Si ce mode était bien connu, il est de toute évidence qu'on posséderait l'une des données principales du problème de la vie organique. Il nous a semblé que cette question se rattachait directement aux lois générales de la physique et de la chimie, au moyen desquelles il est possible de s'en rendre compte d'une manière rigoureuse par l'ensemble des faits.

C'est une loi physique générale que la chaleur se dégage par une action de frottement, cette loi a été de tout temps constatée par l'expérience vulgaire sur les corps solides, et l'on sait que c'est par le frottement que le feu a été découvert.

En ce qui concerne les corps liquides, on n'a jamais, que nous sachions, tenté aucune expérience, pour savoir si ils émettent aussi du calorique dans le même cas.

Nous avons dans ce but fait trois essais, que nous avons l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie : 1° sur de l'eau; 2° sur un mélange d'eau et de farine; 3° sur du sang de bœuf.

L'appareil dont nous nous sommes servi, consiste dans un demi-litre de forme très-allongée, d'un diamètre égal pour toute sa longueur, et au goulot duquel est solidement attachée une bande de caoutchouc assez épaisse pour supporter une grande force de traction ; cette bande elle-même est fixée à un fort crochet en fer. Autour du fond de la bouteille est nouée, par un de ses bouts, une corde de la longueur d'un mètre environ, et qui, tirée avec une certaine force et d'une manière régulière, détermine un va-et-vient sur la bouteille, qui ne peut être échauffée par aucun contact.

Pour notre première expérience, nous avons pris 180 gr. d'eau, marquant 0 à l'aréomètre et 22 degrés au thermomètre centigrade. Au moyen de l'appareil que nous venons de décrire, de fortes tractions opérées régulièrement pendant un quart d'heure, sur la bouteille contenant cette eau et parfaitement bouchée, ont déterminé une élévation de 3 degrés ; il a suffi de laisser reposer l'eau pendant une demi-heure pour qu'elle redescende à 22 degrés.

Après avoir opéré sur l'eau, il était logique d'agir ensuite sur un liquide dont la densité fût plus considérable. Un mélange de 180 grammes d'eau et 8 grammes de farine bien délayés ensemble donnant 5 degrés à l'aréomètre et 23 degrés au thermomètre, soumis pendant le même temps à la même agitation, a présenté aussi une élévation de 3 degrés. Après une demi-heure de repos, ce mélange était redescendu à son degré primitif.

Notre dernière expérience faite sur du sang de bœuf, dont la densité était de 10 degrés, et la température 23 degrés centigrades, a donné 3 degrés et demi d'élévation.

Ces trois observations prouvent que les liquides suffisamment agités, ou, en d'autres termes, soumis au frottement, émettent du calorique.

En considérant la distribution du système nerveux, espèce de réseau électro-moteur, celle du système circulatoire, la divisibilité moléculaire des principes du sang, destiné à l'entretien des tissus, et la rapidité avec laquelle ce fluide pénètre les organes, il est difficile de ne pas reconnaître dans ces dispositions organiques d'admirables moyens dont se sert la nature pour entretenir un échange continuel entre les équivalents des principes de l'organisme, et pour faciliter à chaque instant, d'une manière incessante, les actes de composition et de décomposition, afin de renouveler la trame osseuse dans les os, la fibre motile dans les muscles, la fibre nerveuse dans les nerfs, etc. Pendant ce mouvement incessant des principes matériels de l'organisme, il se développe deux phénomènes qui contribuent à émettre simultanément le calorique du corps : 1° le frottement qui a lieu entre les particules du sang et les tissus; 2° les actes de composition et de décomposition.

La caléfaction, en général, s'opère toujours par un mouve-

ment de molécules. Il n'est pas de cas où un corps puisse être chauffé sans que son volume ne soit modifié, où une combustion puisse avoir lieu, sans que les particules des corps qui se combinent ne se déplacent avec vitesse et ne se frottent plus ou moins entre elles. La vitesse même du mouvement des molécules, dans la combustion, apparaît d'autant plus grande, que celle-ci est plus prompte, et que le dégagement du calorique est plus intense La formation de la chaleur dans les êtres organisés n'échappe pas à cette loi générale. Il faut absolument que là où il y a production de chaleur, il y ait aussi mouvement de matière, et comme ce mouvement ne s'opère pas dans le vide, il faut aussi nécessairement admettre la rencontre des particules en mouvement, soit entre elles, soit avec d'autres particules adjacentes, et, par conséquent, reconnaître *l'impossibilité géométrique du phénomène sans le frottement.* La calorification n'est donc, après cela, qu'une caléfaction ordinaire maintenue au même point, dans l'économie, par les procédés, et aux moyens de conditions qu'il n'est pas inutile d'examiner.

Si le sang est riche en globules et en fibrine, les tissus sont entretenus de manière à présenter une densité qui a pour but non-seulement de rendre l'homme fort, mais encore d'émettre par un frottement dont l'intensité est proportionnée, une quantité suffisante de calorique pour atteindre 37 ° et lui permettre de se maintenir en équilibre dans les milieux à température froide tandis qu'au contraire, si le sang contient plus de sérum que de fibrine et de globules, les fibres des tissus étant mal réparées, sont molles et flasques, et alors le frottement qui a lieu entre les molécules du sang et les tissus étant peu intense, la somme de calorique émise ne peut plus maintenir cet équilibre. Aussi voit-on la nature établir chez les enfants nouveaux-nés et chez les anémiques une compensation à la trop grande fluidité du sang et au défaut de fermeté des tissus par l'augmentation de la vitesse de la circulation, puisque, chez les uns, les battements du cœur s'élèvent jusqu'à 126, et chez les autres, jusqu'à 80, sans doute afin d'arriver à une émission de calorique qui puisse atteindre le degré normal. Cette compensation, qui nous paraît être une preuve irréfragable des principes dont nous traitons ici leur permet alors de vivre dans un milieu atmosphérique tempéré, mais ils ne pourraient supporter sans danger un milieu de température extrême soit chaud ou froid.

On comprend que si avec un instrument on pouvait graduer l'état de densité du sang, ainsi que la force de résistance des tissus, il serait certainement possible de mesurer l'intensité des frottements et la puissance d'émission du calorique, on en trouve une preuve indirecte dans le degré de chaleur animale des batraciens, dont le sang est excessivement liquide.

Pour que la caléfaction s'opère d'une manière normale, cinq conditions sont nécessaires.

Il faut 1° que les éléments qui composent le sang, sérum, fibrine et globules, soient dans des proportions, que la science est parvenue à connaître, sinon très-exactement, du moins très-approximativement; ces proportions ne peuvent pas être sensiblement altérées, sans que le mouvement circulatoire et les actes de composition et de décomposition soient aussi modifiés;

2° Que les combinaisons hétérogènes à l'organisation, formées dans l'économie pendant l'exercice des diverses fonctions, telles que les acides carbonique, acétique, lactique et urique, soient rejetées au dehors, leur séjour prolongé dans l'intérieur du corps ayant pour effet de déterminer une perturbation dans le mouvement circulatoire ainsi que dans les actes de composition et de décomposition;

3° Que l'excédant de calorique formé sous l'influence de la température élevée du milieu ambiant, excédant dont le renouvellement et l'abondance peuvent déterminer de graves modifications, se perde dans l'atmotsphère;

4° Que l'influence du milieu ambiant à la température ordinaire ou à une température basse, ne s'exerce pas de manière à accroître sensiblement la conductibilité du corps pour la chaleur et à opérer sur celui-ci une soustraction d'une quantité de calorique supérieure à celle qu'il reçoit, auquel cas des désordres plus ou moins grands ont toujours lieu dans l'économie;

5° Qu'aucune lésion ou aucune incubation ne produise un trouble économique de nature à modifier quelqu'une des fonctions.

Ces conditions se remplissent, la première, par le renouvellement suffisant des matériaux du sang; la seconde, par les sécrétions; la troisième, par les moyens physiques dont se sert la nature afin que l'excédant de calorique se perde dans l'atmosphère; la quatrième, par le maintien, dans un milieu sec, du corps, *qui est naturellement mauvais conducteur du calorique*, puisque, dans le choléra, le calorique ne s'abaisse que dans les parties ou la circulation s'exerce difficilement et qu'on peut avoir en même temps très-froid aux pieds et aux mains et très chaud aux jambes et aux bras; la cinquième, par tout ce qui peut prévenir les lésions et les incubations.

L'émission au dehors, soit du calorique, soit des principes de sécrétions, a lieu au moyen de la déperdition. Le renouvellement des matériaux du sang s'opère par la réparation.

Les pertes qu'éprouve le corps, soit en calorique, soit en principes matériels, sont, en raison des divers degrés de température des pays habités; elles s'effectuent, suivant les cas, par le rejet au moyen des organes, par le contact du corps et de milieux ambiants, et par l'évaporation.

L'évaporation a lieu par transpiration insensible et par transsudation.

La transpiration insensible est abondante en raison de la ventilation, de la raréfaction de l'air et du froid de l'atmosphère où il existe une grande concentration d'oxigène et d'azote. Aussi dans le Nord ces deux causes produisent-elles sur la peau une action très-énergique, ce qui détermine pour le corps une très-grande déperdition, non-seulement de principes matériels, mais encore de calorique, par la raison que ce fluide tend toujours à se mettre en équilibre avec les milieux ambiants.

L'évaporation par transsudation est celle qui accompagne la sueur. Comme aucun liquide ne peut s'évaporer, s'il ne s'empare de la chaleur du corps avec lequel il se trouve en contact, l'évaporation est donc un moyen que la nature emploie, pour débarrasser des principes matériels qui doivent être excrétés, et de son calorique, le corps, lorsqu'il est en sueur. Ce n'était pas sans raison que Franklin comparait ce dernier à un alcarazas.

Dans les pays tempérés la sueur est toujours aqueuse, tandis que sous l'équateur la sueur des nègres est huileuse; cette différence a pour effet, chez ces derniers, de rendre l'évaporation plus difficile et moins rapide, et l'on conçoit que sans cette sage prévoyance de la nature, le trop grand abaissement de leur moyenne thermométrique exercerait sur eux l'influence de débilitation si remarquable chez les Européens qui voyagent dans ces contrées.

La réparation s'opère au moyen de la respiration et de l'alimentation. Dans l'homme, à l'état de santé, cette fonction s'exerce parallèlement à la déperdition et avec une énergie directement proportionnelle à l'action de celle-ci. Ainsi, l'habitant des régions polaires qui reste plongé dans une atmosphère très-froide, perdant beaucoup de calorique et de principes matériels, est obligé de réparer d'autant. La nature lui fournit pour cela des aliments qui contiennent un principe très-riche en calorique, l'hydrogène carboné, tels que des poissons fermentés, des lanières de peau de baleine, etc., ses boissons sont très-alcooliques, l'air qu'il respire est très-chargé d'oxygène.

Dans les pays tempérés, l'homme perdant moins répare de même.

Sous la zone torride la déperdition est très-considérable,

malgré l'état huileux de la sueur des nègres, aussi la réparation est-elle en rapport avec cette déperdition ; et l'on sait que, sous la ligne équatoriale, les populations mangent beaucoup et que leurs aliments sont très épicés.

En considérant cet équilibre des pertes et des réparations, on ne peut s'empêcher d'admirer la haute sagesse avec laquelle Dieu a réglé les modifications auxquelles le corps est assujetti, pour qu'il conserve le même degré de chaleur ; et, lorsqu'on voit l'ensemble des fonctions concourir nécessairement à ce résultat, il n'est pas possible de méconnaître que 37° c est la seule moyenne de températures sous l'influence de laquelle s'opère l'entretien des organes, ce qui constitue l'état isotherme et une loi au point de vue de la physiologie et de l'hygiène.

En vain m'objecterait-on que cette température constante du corps n'est qu'un effet et non une cause, et que partant, elle ne pourrait servir de base à une théorie positive ; je réponds qu'un effet qui se réalise sous un mode constant et déterminé, n'est ni plus ni moins qu'une loi; que toutes les causes des phénomènes physiques, la pesanteur, la chaleur, nous sont entièrement inconnues, si ce n'est par leurs effets ; qu'ici le phénomène constant 37° c de chaleur animale, suppose de la part du calorique, dont l'action est si variée dans la nature, un degré d'intensité permanent, seul capable de produire un résultat semblable ; et que si l'on m'objectait encore que cette chaleur est produite par des actes de l'organisation, qu'elle n'apparaît point ici comme un agent direct, comme cause immédiate, je ferai remarquer que quelle que soit la théorie qu'on adopte pour expliquer les phénomènes de la chaleur ; que l'on considère le calorique comme une propriété de la matière, ou comme une substance particulière, comme un état ou comme un agent, comme un résultat de mouvement de particules des corps, ou comme un fluide répandu dans leurs interstices et agissant sur elles, on ne saurait nier que ces phénomènes présupposent un principe, et que si l'on n'admettait pas le calorique comme cause des effets de chaleur qui se manifestent à nos sens, il faudrait nécessairement lui assigner à lui même ou lui substituer une cause produisant des effets identiques.

(*La suite prochainement.*)

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

De l'ergot de blé.

Par M. le docteur Grandclément.

Un travail remarquable à beaucoup d'égards a été présenté à la Faculté de médecine, comme sujet de l'épreuve de thèse, cette formalité surannée qu'on remplit si souvent avec des lieux communs et des niaiseries, pour le seul et plus grand avantage de l'imprimeur et des épiciers. M. Grandclément heureusement n'a pas voulu suivre l'usage général [fort explicable d'ailleurs (1)]. Naturaliste distingué, il a profité des conditions exceptionnelles dans lesquelles il s'est trouvé à Clermont-Ferrand pour étudier une production qui, d'après les renseignements que nous possédions déjà, peut acquérir une véritable importance en thérapeutique. Les praticiens nous sauront gré de reproduire toute la partie pratique du travail de M. Grandclément.

Depuis plusieurs années, j'ai constaté, comme l'ont fait quelques personnes qui s'occupent de botanique, que l'on trouve de l'ergot dans le froment.

Pendant quelque temps, je croyais avoir trouvé celui du blé de Turquie (*maïs zea*, Linné). De nouvelles observations ont jeté le doute dans mon esprit; il y a plus, d'après ce que j'ai pu étudier sur la production des ergots, je pencherais presque à nier, pour nos climats du moins, l'existence de l'ergot dans cette plante.

(1) A la Faculté, tous les professeurs intelligents et *progressifs* blâment la formalité de la thèse, qui ne sert qu'à forcer les élèves à des dépenses inutiles, et cependant cette formalité ridicule se maintient.

Quoi qu'il en soit, ces découvertes me donnèrent l'idée de rechercher directement, dans mes courses botaniques, s'il est vrai, comme je l'ai vu énoncer dans quelques écrits (1), que l'on trouve de l'ergot dans toutes les plantes de la famille des graminées et de la famille des cypéracées.

Les études médicales, si longues et si difficiles, auxquelles je me suis livré, m'ont fait ajourner ce travail ; mais, en même temps, elles m'ont suggéré la pensée d'étudier les propriétés thérapeutiques des différents ergots.

Jusqu'ici je n'ai pu m'occuper que de l'ergot de blé, et je suis loin d'avoir fait sur ce sujet tout ce que j'aurais désiré.

Avant d'exposer ce que j'ai pu recueillir sur l'existence et sur les propriétés thérapeutiques de l'ergot de blé, la reconnaissance et la justice me font un devoir de remercier ici publiquement mon ami M. Gauthier-Lacroze, un des pharmaciens les plus instruits de Clermont-Ferrant ; c'est par lui que j'ai pu me procurer une quantité suffisante d'ergot, et plusieurs renseignements précieux qui me seront d'une grande utilité dans la rédaction du travail qui va suivre.

Coup d'œil historique.

Depuis la Note de Camerarius, insérée dans les *Actes des curieux de la nature*, en 1688, jusqu'au Mémoire de M. Millet, couronné en 1852 (2), il n'y a peut-être pas de médicament sur lequel on ait autant écrit que sur l'*ergot de seigle*.

J'ai consulté tous les ouvrages que j'ai pu me procurer, non pour faire de nouvelles recherches en cette matière, je la crois suffisamment épuisée, mais avec le désir, et pourquoi ne le dirais-je pas? avec l'espérance de ne rien trouver qui se rapportât à l'ergot de blé.

Je ne veux pas donner ici la nomenclature de tous les ouvrages que j'ai lus, ce luxe d'érudition facile est inutile à mon sujet ; je citerai seulement ceux où il est parlé de l'existence de l'ergot de blé, soit que les auteurs l'aient eux-mêmes rencontré, soit qu'ils en aient admis l'existence sur la foi d'autres personnes.

L'article qui se rapporte le plus, en apparence, à l'ergot de blé est de 1710; il est rédigé sous le titre suivant : *Sur le blé cornu, appelé ergot* (3).

Heureusement que le titre seul m'a donné de l'inquiétude. L'auteur dit formellement : *Ce n'est que dans le seigle que l'on trouve l'ergot.*

Cet article, dans lequel l'auteur parle des accidents que produit le seigle ergoté (4), ne dit même rien des propriétés obstétricales de l'ergot de seigle.

Desfontaines, dans un rapport fait, le 28 octobre 1816, à l'Académie des sciences, dit en parlant de l'ergot (5) : « Cette maladie n'est pas particulière au seigle, comme quelques auteurs l'avaient cru. Le froment, l'orge, plusieurs carex, etc., y sont sujets ; mais il ne paraît pas qu'on l'ait observée sur aucune plante d'autre famille que celle des cypéracées et des graminées. »

Un peu plus loin, le même rapporteur ajoute : « D'après M. Tessier, l'ergot prend la forme du grain ; en sorte que celui du froment, par exemple, est plus gros, plus obtus et moins allongé que celui du seigle (6). »

(1) *Annales de chimie et de physique*, t. III, p. 216 ; ibid, p. 205. *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale*, par Mérat et de Lens ; 1831.
(2) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVIII.
(3) *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1710.
(4) Il n'est pas nécessaire de dire, je pense, que c'est le nom que l'on donne au seigle qui contient de l'ergot.
(5) *Annales de chimie et de physique*, t. III, p. 203.
(6) *Annales de chimie et de physique*, p. 205.

Mérat et de Lens, dans leur ouvrage, d'une érudition un peu désespérante, disent : « On en a observé (de l'ergot) sur d'autres graminées, telles que le *froment*, l'*avoine*, l'*ivraie*, l'*alpiste*, le *maïs*, etc., etc. (1). »

Le long article de M. Bayle (2), qui résume en quelque sorte tout ce qui a été dit sur les propriétés thérapeutiques de l'ergot de seigle jusqu'en 1835, ne donne même pas à penser qu'il existe un ergot de blé.

Achille Richard, dans ses *Eléments d'histoire naturelle médicale*, dit bien : La sphacélie se développe non-seulement sur le seigle, mais encore sur le maïs et plusieurs autres graminées (3). » Il n'y a rien là de positif sur l'existence de l'ergot de blé.

Enfin, dans le mémoire déjà cité de M. Millet (4), je lis cette phrase : « Les ergots ne se trouvent que dans les plantes glumacées (*graminées, cypéracées.*) »

Je n'ai pas été aussi heureux que je le désirais dans les recherches que j'ai faites. Plusieurs auteurs, comme je viens de le faire voir, ont parlé de l'existence de l'ergot de blé ; quelques-uns même l'ont fait d'une manière assez vague. Je puis donc dire que personne jusqu'ici n'a écrit sur les propriétés thérapeutiques de l'ergot de blé, et c'est particulièrement sous ce point de vue que je me propose de l'étudier.

Comment se produit l'ergot?

Pour Tillet (5), c'est une production analogue aux galles. Diez, à Tubingue, parvint à faire développer des ergots en piquant avec une aiguille très-fine les ovules fécondés de plusieurs épis de seigle (6). J'aurais voulu voir des expériences sur d'autres graminées.

Pour d'autres, c'est un champignon (Paulet, de Candolle).

Enfin une opinion que j'appellerais mixte, faute d'un terme plus exact, a eu pour défenseur un homme de mérite, M. Léveillé ; cet auteur regarde l'ergot comme formé de l'ovaire non fécondé, mais altéré, et surmonté du *sphacella* (7).

Ces trois manières de voir, que l'on pourrait croire en opposition complète, ne le sont peut-être qu'en apparence ; c'est ce qu'une discussion facile peut, ce me semble, mettre hors de doute.

La récolte de l'ergot de blé ne se fait pas comme celle de l'ergot de seigle; ce n'est pas l'objet d'une industrie spéciale, à Clermont-Ferrand du moins : c'est le produit perdu d'une grande industrie de cette ville.

Il se fabrique à Clermont-Ferrand une grande quantité de semoule, qui est versée telle quelle dans le commerce, ou qui sert à fabriquer les pâtes connues sous les noms de pâtes de Gênes, pâtes d'Italie.

Le blé qui sert à la fabrication de la belle semoule est un blé dur, rouge, glacé, à cassure luisante, conchoïde, qui avant d'être travaillé est trié à la main.

Je ne sais depuis combien de temps les femmes chargées de ce triage mettent à part l'ergot, qu'elles reconnaissent à sa couleur noire, autant qu'à sa forme allongée ; ni depuis quelle époque elles le vendent aux pharmaciens. Tout ce que j'ai pu constater, c'est qu'on trouve cet ergot dans plusieurs officines de Clermont-Ferrand , et que les médecins accoucheurs et les sages-femmes l'emploient comme si c'était de l'ergot de seigle.

La manière dont je supposais que cet ergot est entré dans la thérapeutique, m'avait engagé à faire des recherches sur une plus grande échelle. J'ai essayé de me procurer de l'ergot de Gênes et de quelques villes d'Italie où existent des industries semblables à celle de Clermont-Ferrand.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Bibliothèque de thérapeutique* de A.-L.-J. Bayle, t. III.
(3) *Eléments d'hist. natur. médicale*, t. I.
(4) Mémoire de M. Millet, p. 185.
(5) *Annales de chimie et de physique*, t. III.
(6) Mémoire de M. Millet déjà cité.
(7) *Mémoire de la Société linéenne de Paris*, t. V.

Les tentatives que j'ai faites dans ce but m'ont donné tant de peines pour n'aboutir à rien, que j'y ai renoncé. Je laisse à d'autres qui pourront avoir des relations scientifiques, les seules, à mon avis, qui puissent donner quelque chose de positif, le soin de compléter, de ce côté, le travail que je ne puis qu'ébaucher.

Avant d'aller plus loin, je veux répondre à une objection qui pourrait bien m'être faite. Ne serait-il pas possible que l'ergot trouvé dans le blé dur fût un ergot de seigle qui s'y rencontrerait par hasard? Sans doute, il est possible de trouver quelques grains d'ergot de seigle dans du blé ; mais, pour celui que j'étudie, quand la forme ne serait pas là pour en attester la véritable origine, la présence des glumes qui enveloppent encore plusieurs ergots, suffirait pour lever les doutes. D'ailleurs, lorsque j'étudierai comparativement les propriétés physiques de l'ergot de blé et de l'ergot de seigle, j'espère mettre cette proposition hors de doute, à savoir, que le médicament qui fait l'objet l'objet de ce travail, est bien de l'ergot de blé.

J'ai dû rechercher si cette production ne se trouverait pas dans d'autres localités. Je me suis procuré de l'ergot de plusieurs villes : j'en ai de Grenoble, de La Rochelle, de Brest ; j'ai examiné ce produit dans plusieurs pharmacies de Paris ; je dois même à l'obligeance de M. Dorvault d'avoir pu vérifier, à la Pharmacie centrale de Paris, des échantillons d'ergots de plusieurs provenances ; je n'ai toujours rencontré que de l'ergot de seigle pur et sans mélange d'ergot de blé.

Propriétés physiques.

J'ai sous les yeux 25 à 30 grammes d'ergots de seigle d'un côté, et d'un autre côté la même quantité d'ergots de blé. La différence entre ces deux productions est patente, impossible à méconnaître, même pour l'œil le moins habile, pour l'esprit le plus prévenu.

Si je les compare grain à grain, ils se distinguent avec autant de facilité.

Forme. L'ergot de seigle est allongé, fusiforme, un peu arqué, sillonné de plusieurs stries longitudinales d'égale profondeur à peu près.

L'ergot de blé se rapproche plus de la forme du grain normal ; de plus les stries longitudinales ne sont plus égales, l'une est plus profonde que les autres.

Longueur. L'ergot de seigle a en moyenne de 20 à 25 millimètres ; les échantillons les plus courts ont de 10 à 12 millimètres, et pour les plus longs, on en trouve qui ont jusqu'à 60 à 70 millimètres.

Au contraire, l'ergot de blé ne dépasse guère 10 millim. ; les plus courts ont de 4 à 5 millimètres, et les plus longs, de 12 à 15 millimètres.

Grosseur. L'ergot de blé n'est pas, comme le prétend Tessier (1), plus gros que l'ergot de seigle. Étant plus court, il paraît d'un diamètre plus considérable ; la vérité, c'est qu'il est moins gros.

Couleur. A l'extérieur comme à l'intérieur, ces deux espèces d'ergots ont à très-peu près la même couleur. J'ai cependant trouvé, dans les coupes que j'ai faites sur l'un et l'autre ergot, que la couleur de l ergot de blé est plus souvent brunâtre que celle de l'ergot de seigle.

Tous deux brûlent avec une flamme non fuligineuse, mais très-vive et persistante. L'ergot de blé est peut-être un peu moins facile à s'enflammer que l'autre.

Saveur. Je n'ai pas trouvé de différence.

Odeur. L'ergot de blé est moins nauséabond que celui de seigle ; cette différence tient peut-être à ce que je conserve le premier dans un vase ouvert.

Ni l'un ni l'autre ne jouissent de la propriété de germer.

(1). *Annales de chimie et de physique*, t. III, p. 205.

ÉTUDES MICROSCOPIQUES.

ERGOT DE BLÉ.	ERGOT DE SEIGLE.
Poussière obtenue en raclant la surface	
C'est une masse constituée par des granulations de sporules. Les diamètres de ces granulations sont de 1/266 de millim. On remarque aussi quelques sporules complètes, mais elles sont rares; elles ont pour diamètre 1/100, 1/90.	Cette poussière est composée de sporules allongées et de sporules polyédriques. Longueur des premières, 1/66 m., largeur, 1/176 millimètres. Les polyédriques ont pour diamètre 1/160 millimètre.
Partie corticale.	
Composée exclusivement de sporules polyédriques et de sporules allongées.	Il n'y a pas de différence avec la poussière.
Partie centrale.	
La coupe présente une surface pointillée et striée en noir, sur un fond jaunâtre; on dirait que la masse est pétrie de sporules polyédriques. Il n'y a pas de traces apparentes de grains de fécule. Diamètre de quelques sporules: 1/100 1/88 1/66. Diamètre des noyaux correspondants : 1/260 1/138 1/88.	La coupe perpendiculaire au grand axe de l'ergot présente une surface d'un blanc mat très-uniforme sans la moindre strie noirâtre. Sous le microscope, on ne voit que des corpuscules régulièrement sphériques dont les diamètres sont de 1/133, 1/522 m.; ils ont tout à fait l'apparence des grains d'amidon.
Action de l'iode.	
Tout à fait insensible à l'action de l'iode.	L'action n'est pas franche; au lieu d'une coloration bleue, on ne voit qu'une couleur bleuâtre.

Sur un autre ergot de seigle, j'ai trouvé dans la partie centrale les mêmes éléments que dans la substance corticale, c'est-à-dire des sporules polyédriques et des sporules allongées, avec les mêmes diamètres que précédemment; mais aussi j'ai rencontré quelques rares globules régulièrement sphériques et sans réaction franche avec l'iode.

Je puis donc conclure de cette étude :

1° Que les sporules de l'ergot de blé sont plus grosses que celles de l'ergot de seigle;

2° Que la masse du premier est exclusivement composée de sporules, tandis que dans celle du second, il y a des parties où l'on n'en trouve pas de traces, et que lorsqu'il y en a, la masse n'en est jamais toute formée;

3° Que rien dans l'ergot de blé ne rappelle la substance amylacée, soit pour la forme, soit pour la réaction au moyen de l'iode, tandis que pour l'ergot de seigle on rencontre des corpuscules qui ont la forme des grains d'amidon, et qui en ont un peu la réaction avec l'iode.

Principes immédiats de l'ergot de blé.

Les analogies précédentes m'ont conduit à penser que l'ergot de blé renfermait un principe analogue à celui que M. Bonjean, de Chambéry, a retiré de l'ergot de seigle.

J'ai traité de la poudre d'ergot de blé dens un entonnoir, en guise d'appareil à déplacement, j'ai chauffé au bain-marie la solution aqueuse jusqu'à consistance de sirop. Ce premier produit, soumis à l'action de l'alcool, a été abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures.

Au bout de ce temps, j'ai décanté, et la liqueur, évaporée de nouveau au bain-marie, m'a donné un produit qui n'est pas identique à l'ergotine de M. Bonjean.

Ce sera l'*ergotine de froment*. J'ai préparé par le même procédé de l'ergotine de seigle.

ERGOTINE DE BLÉ.	ERGOTINE DE SEIGLE.
Odeur.	
Elle rappelle celle de l'extrait de réglisse mêlée à celle du sirop de café.	C'est celle du miel qui commence à fermenter.

Toutes deux sont solubles dans l'eau, mais la coloration est différente : l'ergotine de blé donne la couleur d'une solution de sirop de groseilles, tandis que celle de seigle est de couleur citrine.

Saveur. Elle n'est pas la même dans les deux préparations, mais je ne sais la qualifier, tout ce que je puis dire, c'est qu'elle n'est pas plus désagréable.

L'ergotine de blé jouit-elle des mêmes propriétés thérapeutiques que celle du seigle? Je ne connais pas d'expériences tentées dans le but d'éclairer cette question.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'efficacité du chloroforme dans l'opération de la version pelvienne; par M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

Le temps, ce grand juge en thérapeutique, a prononcé favorablement sur la valeur médicatrice du chloroforme; les téméraires sont devenus plus prudents, et les pusillanimes, intimidés d'abord par quelques faits malheureux, sont plus hardis dans son application.

Maintenant que son action mieux appréciée a reçu sa sanction définitive, il ne s'agit plus pour le chirurgien de l'employer sur toutes les douleurs et pour les moindres opérations, car les échecs suivent de près les abus, mais bien de l'appliquer dans les cas les plus urgents.

Le fait suivant de pratique obstétricale, si intéressant sous plusieurs rapports, est un des faits dans lesquels la puissance du chloroforme a été d'une utilité incontestable; car elle a réparé une faute commise à la suite d'une erreur de diagnostic.

Présentation de l'épaule gauche avec position céphalo-iliaque droite; erreur de diagnostic; version impossible; chloroformisation; version facile.

Obs.—Une femme de 29 ans, bien constituée, ayant une bonne conformation du bassin, était accouchée il y a quinze mois environ d'un premier enfant; l'accouchement fut naturel, en première position occipito-iliaque gauche.

Six mois après cet accouchement, il survint une nouvelle grossesse dont la durée fut régulière et sans accident.

Le travail de la parturition commença, le mardi 14 décembre à midi, par des douleurs légères, mais assez rapprochées; à quatre heures après-midi, la sage-femme sentant que la poche des eaux faisait saillie en forme de boudin, à travers le col peu dilaté, la perça; aussitôt après la rupture, un flot considérable de liquide s'écoule, inonde le lit; l'orifice du col se rétracte et les douleurs cessent complétement.

A dix heures du soir, je fus appelé; par le palper abdominal, je sentis les mouvements du fœtus; au toucher, l'orifice du col était rétréci et élevé au point que le doigt ne pouvait atteindre les parties du fœtus; la femme était très-calme. Je conseillai la temporisation; la femme dormit toute la nuit sans éprouver de douleurs.

Le lendemain matin 15 décembre à dix heures, le col était dilaté de la largeur d'une pièce de 5 francs; je crus reconnaître au toucher une présentation des fesses, et en cela je

commettais une erreur de diagnostic grossière, puisque j'avais affaire à une présentation de l'épaule gauche. Voyant la femme sans douleurs et sentant au palper quelques légers mouvements du fœtus, je pensai qu'il ne fallait pas encore hâter le travail, m'appuyant sur ce principe : que dans les accouchements par l'extrémité pelvienne, *il faut que la femme ménage ses douleurs au commencement pour les faire valoir à la fin du travail.*

La journée et la nuit du mercredi furent tranquilles.

Le jeudi, 16 décembre, vers midi, le col se dilate de plus en plus; croyant toujours avoir affaire à une présentation des fesses, j'ordonnai 6 grammes de poudre de seigle ergoté, à prendre 4 grammes d'abord, réserver les 2 autres grammes aussitôt que le corps de l'enfant serait engagé totalement dans l'excavation.

Vers sept heures du soir, les contractions utérines stimulées par le seigle ergoté étaient très-vives; l'épaule était descendue en totalité dans l'excavation; c'est seulement alors que je reconnus mon erreur: la main et le bras gauche du fœtus amenés par une traction légère à la vulve étaient tuméfiés, bleuâtres et déjà gangrenés.

Dans cette conjoncture, je n'avais que la version à pratiquer; mais autant elle eût été simple le mercredi matin après la dilatation de l'orifice utérin, autant elle était difficile le jeudi soir après l'écoulement de la totalité des eaux, l'épaule du fœtus étant tuméfiée et la matrice étant fortement contractée, sous l'influence du seigle ergoté. Je m'aidai de l'expérience de mon collègue M. Salmon, et tous deux nous tentâmes d'opérer *la version ;* ce fut en vain; le col se contractait avec une telle force qu'il nous fut impossible de porter la main dans la cavité de la matrice pour aller à la recherche des pieds.

Après deux tentatives infructueuses, nous convînmes d'endormir la femme au moyen du chloroforme, la chloroformisation fut très-rapide; l'état anesthésique fut complet et profond; aussitôt, M. Salmon introduisit sa main gauche avec une facilité extrême dans la cavité de la matrice, saisit les pieds, opéra la version, et, en moins d'une minute, l'enfant fut amené au dehors; il était sans vie.

Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, bien que la femme fût encore sous l'influence du chloroforme, les fibres du corps de la matrice se contractèrent comme dans l'état normal et la cavité diminua.

Un quart d'heure après, la délivrance s'opéra au moyen de quelques tractions modérées sur le cordon ; le corps de la matrice revint complétement sur lui-même; il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Les suites de couches furent très-heureuses, et douze jours après la femme pouvait se lever et vaquer à ses occupations.

Dans ce fait, il y a trois fautes à signaler, trois fautes qui sont en quelque sorte solidaires l'une de l'autre.

La première est la rupture intempestive de la poche des eaux, rupture pratiquée artificiellement au début du travail.

Si cette rupture n'eût pas eu lieu, il est probable que le fœtus fût arrivé, comme dans le premier accouchement, en position occipito-iliaque gauche; mais je suis porté à penser que l'irruption rapide du flot du liquide amniotique a entraîné brusquement la tête du fœtus de gauche à droite, de telle sorte qu'il survint une présentation de l'épaule gauche avec position céphalo-iliaque droite.

Après cette rupture de la poche et l'évacuation des eaux de l'amnios, le col, qui était en voie de dilatation, se rétracte de manière à ne plus laisser qu'un orifice étroit et à suspendre complétement les douleurs du travail.

Quoi qu'il en soit de l'imprudence de la sage-femme, je commis une erreur de diagnostic que je dois confesser; c'est souvent une faute qui rend le médecin plus circonspect à l'avenir.

Au toucher, je pris l'épaule pour les fesses et le creux auxillaire pour la fente périnéale; je touchai à deux reprises et deux fois je crus sentir une présentation de l'extrémité pelvienne; ce n'est qu'à la troisième inspection, c'est-à-dire cinquante-quatre heures après le commencement du travail que je reconnus mon erreur.

Cette erreur me fit commettre deux fautes : d'abord je conseillai la temporisation, lorsque j'aurais dû dilater autant que possible et operer la version; en second lieu, après la dilatation complète du col, j'ordonnai la poudre de seigle ergoté pour activer les contractions de la matrice et vaincre son inertie qui durait depuis trente-six heures. Puis, après l'administration de ce médicament actif, les contractions de la matrice se réveillèrent, poussèrent l'épaule dans l'excavation et déterminèrent une pression si vive qu'en peu de temps une tuméfaction considérable de l'épaule et du bras eut lieu, et la gangrène s'empara du membre.

Le seigle ergoté eut pour effet fâcheux, non-seulement de refouler l'épaule du fœtus dans l'excavation du bassin, mais encore de rendre les coutractions du col si énergiques, qu'il nous fut impossible d'introduire la main dans la cavité de la matrice pour pratiquer la version.

Heureusement M. Salmon eut l'excellente idée de recourir à l'usage du chloroforme; dans deux cas d'accouchement laborieux, avec présentation de l'épaule, il avait déjà eu l'occasion de l'employer avec succès; c'était donc instruit par l'expérience qu'il le conseillait. Nous savions qu'en France M. Dubois avait préconisé cet agent thérapeutique, en affirmant que pendant le travail il neutralise les douleurs, sans paralyser les contractions de l'utérus; qu'en Angleterre, MM. Bennett (de Londres) et Simpson (d'Édimbourg) avaient obtenu des résultats avantageux et publié des observations coucluantes sur l'utilité du chloroforme dans la pratique obstétricale; que sur dix versions faites par Denham (de Dublin), l'emploi du chloroforme avait rendu cette opération d'une facilité extrême, et toutes les femmes s'étaient rétablies; mais comme je n'avais jamais été témoin de son action dans les accouchements, j'étais loin de m'attendre à un aussi beau résultat pour notre malade : sommeil complet, inertie du col au moment de l'introduction de la main; version facile et rapide, et retour immédiat des parois utérines sur elles-mêmes.

Le chloroforme a donc eu pour action, chez notre malade ;

1° De neutraliser la rigidité des fibres du col, rigidité provoquée par l'administration du seigle ergoté; par conséquent de permettre avec facilité l'introduction de la main et l'opértion de la version;

2° De ne pas empêcher les contractions des fibres du corps de la matrice, par conséquent de laisser revenir les parois utérines sur elles-mêmes, après la sortie du fœtus.

(*Gazette médicale de Paris.*)

CORRESPONDANCE.

Traitement des anévrysmes par la compression directe.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher ami,

Vous avez bien voulu publier dans votre dernier numéro un article que je vous avais communiqué et dont malheureusement les épreuves ne m'ont pas été envoyées. Il est résulté de cette petite négligence de l'imprimeur plusieurs erreurs que j'ai hâte de rectifier. Et d'abord, je vous parlerai de l'orthographe du mot *anévrysme.* Votre correcteur écrit ce mot avec un *i.* Il a pour lui le très-salubre dictionnaire de l'Académie, autorité assez maigre en matière de science; mais il a contre lui l'étymologie et les saines traditions de la littérature médicale. *Anévrysme* vient d'un adjectif grec qui veut dire *large*, ou plutôt d'un verbe qui signifie *je dilate.* Les Grecs ont donc écrit ἀνεύρυσμα; les auteurs qui à toutes les époques ont écrit en latin ont

traduit ce mot par *aneurysma*, et si, dans plusieurs langues vivantes, cet *y* a fait place à un *i*, il en faut accuser l'ignorance des barbiers illettrés qui ont mis pour la première fois la chirurgie en langue vulgaire. Cela tient aussi peut-être à une autre cause. Les chirurgiens italiens, qui ont tant écrit sur les anévrysmes, ont obligés de se servir de la lettre *i* à la place de l'*y* qui n'existe pas dans leur langue. Ce n'est pas une raison pour qu'en France et au XIXe siècle, les chirurgiens, qui sont tenus d'être bacheliers, continuent à estropier l'orthographe d'un mot dont ils connaissent l'étymologie.

Ce petit détail de linguistique ne m'aurait pas mis la plume à la main s'il ne s'était glissé en même temps dans mon article plusieurs fautes d'impression. Je me bornerai à en signaler trois, et je laisserai à l'intelligence du lecteur le soin de rectifier les autres, afin de ne pas donner à cette lettre l'ennuyeuse sécheresse d'un erratum.

Page 969, col. 1, ligne 17 en remontant, on a mis *comprimée* au lieu de *compressive*, ce qui change tout à fait le sens de la phrase.

Page 971, col. 2, ligne 16, la *méthode d'Anel* a pris le nom de *méthode d'arrêt*, d'où l'on pourrait conclure que le correcteur est plus versé dans la pratique de la chasse que dans celle de la chirurgie;

Enfin, page 971, col. 1, ligne 26, l'*artère cérébrale antérieure* s'est substituée à l'*artère carotide interne* qui seule communiquait avec le sinus caverneux. Cela ne prouve guère en faveur de mon écriture; mais il y a quelque chose de plus grave encore.

Mon article, écrit en courant, a été envoyé à l'imprimerie avant que j'eusse pris des renseignements complets sur l'anévrysme artério-veineux de la carotide interne qui a été observé dans le service de M. Nélaton. J'avais vu de mes propres yeux la pièce à la Société anatomique; je savais qu'il s'agissait d'un anévrysme artério-veineux, aussi incapable de guérir par la compression indirecte que par la méthode d'Anel; je savais enfin que M. Nélaton avait eu le talent de diagnostiquer cette tumeur anévrysmale intra-crânienne; mais je n'avais pas sous les yeux l'observation clinique, qui ne put m'être communiquée que le lendemain, et dont je me proposais de faire mon profit en corrigeant les épreuves. La négligence de l'imprimeur a donc laissé subsister dans mon article une erreur dont le correcteur ne pouvait s'apercevoir, et que j'aurais pu seul rectifier. M. Nélaton n'a pas diagnostiqué la nature de l'anévrysme, mais il en a précisé le siége avec une exactitude rigoureuse; il n'a pas reconnu que l'anévrysme communiquait avec le sinus caverneux, mais il a annoncé qu'il était situé sur l'extrémité intra-crânienne de la carotide interne, et l'autopsie a démontré la justesse de ce diagnostic remarquable. La connaissance de ce détail aurait entraîné quelques changements dans ma rédaction primitive, mais n'en aurait pas modifié le sens. Diagnostiqué ou non, l'anévrysme était artério-veineux, et ne pouvait guérir par la compression de la carotide. Et puisque l'occasion se présente de parler de cette compression, j'en profiterai pour dire qu'elle n'a point donné lieu aux accidents de congestion cérébrale dont parle M. Delore. J'ai l'honneur de remplacer actuellement M. Nélaton à l'hôpital des Cliniques, et l'un des internes du service, M. Henry, qui a recueilli l'observation et qui a fait construire l'appareil compressif, m'a répété encore ce matin que les pelotes n'avaient donné lieu à aucun phénomène de ce genre.

Mais je m'aperçois, mon cher ami, que ma lettre prend des proportions démesurées. Je voulais faire un erratum, j'ai failli faire un article; je suis presque tenté, en terminant, de remercier votre imprimeur, qui m'a fourni l'occasion de vous renouveler l'assurance de mes sentiments affectueux.

PAUL BROCA.

Structure du foie.

Paris, 12 octobre 1855.

Monsieur le Rédacteur,

Revenu de la campagne il y a deux jours, ce n'est qu'hier seulement que j'ai eu connaissance de la lettre qui a été publiée contre moi dans le numéro du 8 octobre du *Moniteur des hôpitaux*.

Vous êtes bien indulgent en ne la trouvant que peu académique; je la qualifie, moi, de diatribe aussi acerbe et injuste qu'impolie et de mauvaise foi, et je suis autorisé à employer cette dernière expression quand je vois qu'on se permet de prendre jusqu'à des fautes de typographie pour base d'attaques.

Je connais pas l'auteur de l'article; j'ignore les motifs qui ont poussé ce monsieur, au début de sa carrière, dans une voie où tout homme qui se respecte ne doit pas s'engager. Aussi n'ai-je pas l'intention de lui répondre. Toutefois, les égards que je dois avoir pour les lecteurs de votre journal et le désir que j'ai qu'il ne reste aucun doute dans leur esprit, m'obligent à leur donner quelques explications.

Je ferai d'abord observer qu'il ne s'agit pas ici d'un article de fond, d'un article didactique, mais d'un simple compte rendu de leçons orales, compte rendu dont je ne suis même pas l'auteur, et dont je pourrais à la rigueur récuser la responsabilité, surtout quand, comme vous le savez parfaitement vous-même, il ne m'a jamais été donné de relire ou de corriger les épreuves. Or, en pareil cas, il arrive parfois que dans la chaleur de l'improvisation on emploie des expressions ou on émet des idées que l'on modifierait peut-être dans un traité didactique ou dans un article *ex professo*.

Mais je ne veux pas agir ainsi, et j'entre immédiatement en matière.

Il semble en vérité que j'aie voulu faire l'historique et tracer d'une manière complète la description de la structure microscopique du foie, tandis que je n'ai eu qu'un but unique, au début de mes leçons sur la cirrhose, celui de faire comprendre en quelques phrases l'idée qu'on doit se faire de cette structure. Les quelques mots que j'ai dit à cet égard sont-ils inexacts? Le lecteur va en juger. J'ai fait copier, en l'agrandissant, la planche relative à la structure du foie, imprimée dans le texte même de l'ouvrage de M. Béclard, et sur cette planche exposée dans l'amphitéâtre, j'ai développé, en les suivant du doigt, les résultats admis par l'auteur, résultats toutefois qui ne lui appartiennent pas. L'erreur était donc impossible, et malgré l'aménité de votre correspondant, qui prétend que je n'ai pas plus lu M. Béclard que M. Bérard ou Retzius, je maintiens qu'on ne peut se tromper, quand pour exposer les idées d'un auteur, on se borne à présenter à l'auditoire et à développer avec quelques détails une planche de lui. J'ai agi de même pour Retzius dont je n'adopte pas, du reste, les opinions, et dont je n'ai prononcé le nom qu'une seule fois, au sujet du mode de terminaison des canaux bilaires.

Je maintiens donc que tout ce que j'ai dit est parfaitement exact; et que je n'ai eu qu'un but, celui de donner une idée très-sommaire de la structure du foie sous le point de vue exclusif de la cirrhose. J'ajouterai enfin que tout ce que j'ai admis, je l'ai vérifié au microscope.

La deuxième partie est consacrée à critiquer ma théorie de la cirrhose du foie; mais on ne met en avant aucune raison; on émet seulement quelques assertions vagues, on les suppose inexactes par cela seulement qu'on croit avoir démontré que tout ce que j'ai dit de la structure normale du foie est inexact; on se croit obligé de trouver mauvais jusqu'à la réserve que j'ai montrée en disant qu'il faudrait de nouvelles recherches pour admettre telle ou telle théorie.

Je n'ai qu'un mot à répondre pour détruire cet échafaudage. C'est qu'à la suite de mes leçons sur la cirrhose, j'ai fait apporter plusieurs microscopes excellents dans l'amphithéâtre de la Faculté et que j'ai démontré séparément à plus de deux cents élèves toutes les particularités que je leur avais d'abord fait connaître oralement.

Je bornerai ma lettre à ces courtes observations : il ne saurait entrer ni dans mes goûts ni dans mes habitudes de soutenir une polémique entamée par une lettre dans le genre de celle que vous avez publiée; je n'ai voulu que prémunir vos lecteurs contre les assertions de son auteur.

Veuillez agréer, etc.

Docteur A. BECQUEREL.

Sulfate de strychnine dans le choléra.

Monsieur le Rédacteur,

J'avais pensé qu'en abandonnant à l'appréciation des lecteurs du *Moniteur* les naïves hypothèses contenues dans la lettre de M. le docteur Tourrette, et lui laissant le plaisir d'une inoffensive réclame, notre confrère se tiendrait au moins pour satisfait.

Point; M. Tourrette se plaint aujourd'hui de mon peu d'urbanité, et ne s'étonne pas que les qualifications d'*empoisonnement* et d'*impuissance*, décochées au sulfate de strychnine, aient excité mon courroux. Décidément, M. Tourrette se flatte ou s'abuse en cherchant à se poser comme victime de mon courroux et de mon peu d'urbanité. Mais non, je le soupçonne volontiers d'un petit artifice. Lisez plutôt la fin de sa deuxième lettre. « Je serais heureux, dit-il en terminant, si cette polémique peut... *un peu dans mon intérêt*, décider vos lecteurs, le cas échéant, à expérimenter ma méthode... l'*eau froide*. » N'est-ce pas encore une réclame en bonne règle? Donc, les lettres de M. Tourrette ne sont, au fond, que des réclames.

Néanmoins, je ne voudrais pas être injuste à son égard. Voyons si

la première venue des hypothèses contenues dans sa première lettre n'est pas tant soit peu naïve. Ce confrère pense que j'ai raison quand je soutiens que l'absorption se fait encore dans l'algidité cholérique, et il n'est pas le seul ; il ajoute ensuite que l'eau est absorbée, mais qu'on peut bien supposer que le sulfate de strychnine qu'elle contient en parfaite dissolution ne l'est pas.

L'honneur de la guérison revient donc à l'eau, etc.; et je manque d'urbanité quand j'appelle cela une hypothèse naïve !

Y aurait-il moins de naïveté dans la deuxième lettre de M. Tourrette?

« Rien ne prouve, dit-il, qu'elles ne soient pas vraies (ces hypothèses), lorsqu'on peut fournir des résultats comparatifs des deux méthodes. »

Puis il cite ses propres résultats, qui ne lui donnent qu'une mortalité de 12 ou 13 pour 100, résultats bien plus satisfaisants que ceux par moi obtenus, c'est-à-dire une mortalité de 33 pour 100.

Mais M. Tourrette a trop d'esprit pour ignorer qu'on ne peut tirer un jugement un peu valable de deux choses comparées ensemble que quand les conditions sont identiquement les mêmes.

Les résultats fournis par le sulfate de strychnine ont été déduits par un académicien délégué par M. le ministre du commerce : 1° d'observations dont il a suivi chaque sujet à l'hôpital et en ville; 2° d'observations publiées ou à lui adressées par des adversaires ou des partisans de la méthode. Ces résultats ont donc eu pour témoin et pour juge un savant revêtu d'un caractère officiel, éminemment apte, et qui n'a pu, en aucun point, se laisser aller à l'illusion.

Quel a été le juge et le témoin des résultats obtenus par M. Tourrette? Pas même le garde-champêtre de Chambly, je suppose, car M. Tourrette nous l'eût dit. D'aucuns ont annoncé des résultats plus mirobolants encore que les siens; pas un mort sur cent cholériques. Or, toutes ces assertions, on les tient généralement pour ce qu'elles valent, et il y a quelque naïveté, en matière de choléra, à annoncer quatre-vingt-huit guérisons sur cent, si on ne fournit pas de pièces suffisamment justificatives.

M. Tourrette a trop bien lu mon Mémoire pour ne pas savoir que ce n'est qu'aux cholériques arrivés à la période algide ou à la réaction consécutive que je fais donner des bains et pratiquer des saignées.

Or, des soixante malades dont il est question dans la lettre première, pas un, c'est écrit, n'est arrivé à l'algidité prononcée, pas un n'a eu ni bains ni déperdition sanguine, c'est encore écrit. A quoi bon s'obstiner à revenir aux bains et aux saignées à leur sujet !

Notre confrère en serait-il encore à ignorer qu'il n'y a que les choses réellement importantes et sérieuses qui aient le pouvoir d'attirer l'opposition, de donner lieu à contradiction? Aurait-il oublié qu'en France tout ce qui n'est pas né viable est mort en naissant; que le silence et l'oubli sont les deux plus terribles exécuteurs des œuvres sans portée?

Le quinquina règne en souverain après avoir été dénigré, combattu pendant plus de trente ans; le tartre stibié à haute dose nargue les anathêmes que lui ont lancé pendant plus de dix ans les plus illustres de nos contemporains, et, pour comble, il devient fréquemment entre leurs mains la seule arme dont ils puissent user en maintes occasions. Peut-être le sulfate de strychnine n'aura-t-il pas à se plaindre un jour de l'opposition un peu vive de quelques hommes remarquables du reste.

J'ose espérer, mon cher Rédacteur, que votre impartialité ne vous obligera pas à infliger à vos lecteurs une troisième réclame de M. le docteur Tourrette, et que vous leur réserverez quelque chose de plus sérieux qui ne peut manquer de nous arriver d'un autre côté.

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de mon amitié.

ABEILLE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Hygiène publique. — Circulaire relative aux allumettes chimiques. — *La Presse* reproduit la circulaire suivante, adressée par le préfet du Doubs aux maires de son département, et à laquelle on ne saurait trop applaudir. On pourrait seulement désirer que, dans les circulaires analogues, MM. les préfets voulussent bien rappeler les avantages qu'il y a pour l'hygiène publique à substituer le phosphore rouge au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes. On se rappelle, en effet, car nous avons insisté plusieurs fois sur ce fait important, que le phosphore rouge, tout en conservant les propriétés qu'on recherche dans l'économie domestique, perd les propriétés caustiques qui en font un violent poison. Or, les incendies ne sont malheureusement pas les seuls dangers auxquels expose la trop facile circulation des allumettes chimiques, ainsi que le prouve la statistique publiée dans ce journal par M. Chevallier. Voici la circulaire de M. le préfet du Doubs.

« Besançon, le 20 septembre 1855.

« Le colportage des allumettes chimiques a été dans les campagnes la cause de bien des accidents.

« Aucunes précautions ne sont prises dans leur emploi ; elles sont abandonnées à la disposition de chacun ; des enfants en font un objet d'amusement et sont souvent victimes de leur imprudence.

« Il y a là de sérieux abus à réformer; le soin de la sécurité publique vous fait un devoir de tenter cette réforme, et je vous engage vivement à vous mettre à l'œuvre.

« La loi du 16-24 août 1790, et celle du 18 juillet 1837, vous autorisent à réglementer, par un arrêté, l'usage des allumettes chimiques; à prescrire, par exemple, que, dans tous les ménages, les allumettes seront exactement renfermées dans une boîte en métal ou en matière incombustible; que ces boîtes seront éloignées des foyers dans l'intérieur des maisons ; que les allumettes ne seront pas jetées enflammées sur la voix publique, etc.

« Ces mesures seraient facilement applicables, et en tenant la main à leur exécution, vous rendriez un véritable service à vos administrés.

« Vous n'omettrez pas de m'envoyer, préalablement à la publication, les arrêtés que vous jugeriez à propos de prendre. Vous feriez bien, en tout cas, de vous hâter : les incendies sont plus à redouter que jamais, aujourd'hui que les récoltes sont rentrées, et que la moindre imprudence suffit pour mettre en péril la fortune des cultivateurs. »

Société de médecine de Rouen. — La Société de médecine de Rouen vient de renouveler son bureau, qui se trouve ainsi composé pour l'année prochaine :

Président, M. Duclos, vice-président sortant ;
Vice-président, M. Dalmenesche ;
Secrétaire, M. Grout, secrétaire sortant;
Secrétaire de correspondance, M. Bouteiller fils, président sortant ;
Trésorier-archiviste, M. Domesnil.

— Par décision en date du 10 octobre 1855, Son Altesse impériale le prince Jérôme Napoléon a nommé médecins par quartier attachés à sa personne et à sa maison les docteurs Laboulbène, Schnepf, Herr.

— Le docteur Ludwig, professeur d'anatomie et de physiologie à Zurich, vient d'être nommé professeur de physiologie et de zoologie à l'Académie médico-chirurgicale de l'empereur Joseph, à Vienne.

— Le professeur J. Vogel, professeur de clinique médicale à l'Université de Giessen, est nommé titulaire de la même chaire à l'Université de Halle, en Prusse.

Propriétaire et locataire médecin. — La *Gazette médicale* publie sous cette rubrique la fait suivant qui armera plus d'un confrère contre le despotisme trop patiemment supporté de MM. les portiers. Il faut ajouter même que la justice qu'a obtenue M. Pierson n'est nullement particulière à la profession, et que tout locataire a, sous ce rapport les mêmes droits que le médecin. C'est ce qui a été décidé il y a environ deux ans, non par ordonnance de référé, mais par jugement rendu contre un concierge qui avait jugé, dans sa sagesse, que tout locataire qui ne serait pas rentré à minuit, passerait la nuit à la belle étoile, à moins de payer 1 franc d'amende au profit dudit concierge.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 124. 3e année. Mercredi 17 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique ; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. RACIBORSKI.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108, 111, 115, 119, 120 et 121.)

CHAPITRE IX.

De l'influence de la menstruation sur le lait des nourrices et la santé des nourrissons.

La question que nous allons traiter dans ce chapitre est une de celles qui intéressent à un haut degré les praticiens. Elle a été envisagée différemment par les auteurs, mais elle manque, on peut le dire, jusqu'à présent, de solution scientifique.

L'allaitement suspend, en général, le travail de l'ovulation pendant un temps plus ou moins long ; ordinairement, pendant environ un an, mais quelquefois pendant plus longtemps. Aussi les menstrues cessent elles de paraître pendant tout ce temps, et la reproduction de l'espèce ne rencontre pas non plus de chances aussi favorables que chez les femmes menstruées. Si parfois on voit des nourrices chez lesquelles les règles reparaissent, après l'accouchement, au terme habituel, comme si elles n'avaient pas nourri, cela constitue vraiment une rare exception ; l'aménorrhée, plus ou moins prolongée, n'en est pas moins la règle générale. Il importe donc de savoir si la continuation ou le retour des règles, chez une nourrice, ont quelque influence snr le lait, et si l'on peut confier impunément un enfant à une nourrice qui est menstruée.

Quand on réfléchit à l'importance de cette question, qui touche si directement aux intérêts des familles, on est en droit de s'étonner qu'on n'ait pas cherché de l'éclairer du flambeau de la science, et qu'on ait permis de rester dans la plus grande incertitude à cet égard. Les auteurs n'ont fait, en général, que de se rapporter à leur expérience personnelle, aussi n'est-il pas surprenant de trouver tant de divergence dans leur manière de voir.

« La menstruation, disent les auteurs de l'article *nourrice* du grand *Dictionnaire des sciences médicales*, a, sur l'action des mamelles, une influence très-manifeste et très-défavorable chez certaines femmes. Il en est, au contraire, dont le lait conserve ses propriétés pendant toute la durée de l'écoulement utérin. On ne peut donc pas plus établir en principe général que le lait des femmes menstruées est funeste aux enfants, qu'il est possible d'affirmer la proposition contraire. La continuation des règles, poursuivent ces auteurs, est sans doute une circonstance défavorable qui devra faire rejeter une nourrice qui se présente, mais leur apparition au milieu de l'allaitement ne peut pas seul motiver le renvoi d'une femme aux soins de laquelle l'enfant est déjà accoutumé. »

Voilà, certes, une singulière manière de faire de la science. « La menstruation, dit-on, a, sur l'action des mamelles, une influence très-manifeste, et très-défavorable chez certaines femmes. » Qu'est-ce qui prouve qu'il en est réellement ainsi? Les auteurs de l'article que nous venons de citer se sont-ils livrés à l'examen attentif du lait chez ces *certaines femmes?* Ont-ils constaté qu'il a été réellement altéré? Mais d'ailleurs, en supposant même qu'ils eussent constaté *de visu* cette altération, de quel droit se croiraient-ils autorisés à en conclure que celle-ci est le résultat de la menstruation ? Cette conclusion n'est rien moins que rigoureuse ; elle n'est même pas du tout logique. Tous les jours, sur un certain nombre de femmes qui se présentent pour être nourrices, on en rencontre quelques-unes dont le lait, par sa quantité comme par ses qualités, ne réunit pas les conditions nécessaires pour pourvoir suffisamment aux besoins de l'enfant. Or, s'il est possible de trouver quelques mauvaises nourrices dans un certain nombre de nourrices non menstruées, comment ne pas admettre qu'il puisse y en avoir également de mauvaises parmi celles qui sont réglées ?

Il n'est pas nécessaire, dit-on, de renvoyer une nourrice surprise par les règles au milieu d'un allaitement qui paraît profiter à l'enfant, mais il faut rejeter une nourrice qui se présente avec les menstrues. Voilà encore un singulier système, une singulière manière de procéder. Une des deux choses: ou bien la menstruation altère le lait, ou bien elle ne lui fait éprouver aucune altération sensible. Dans le premier cas, l'enfant serait il même venu à merveille pendant tout le temps que la nourrice n'a pas été menstruée, le retour des règles peut tout d'un coup compromettre tout le passé; à quoi bon alors exposer l'enfant à devenir malade ? Pourquoi ne pas faire cesser immédiatement l'allaitement qui peut lui être préjudiciable ? Si, au contraire, la menstruation n'attire pas le lait, pourquoi alors refuser une nourrice par cette seule considération qu'elle est réglée, tandis qu'elle peut être une excellente nourrice, sous tous les rapports, et qu'elle a pu déjà élever, dans les mêmes conditions, un autre nourrisson qui jouit d'une excellente santé ? Voilà à quels mécomptes, à quels tâtonnements on est exposé quand on n'a pas pour guide le flambeau de la science, et quand on est obligé de marcher au hasard, sacrifiant à chaque instant à l'influence des opinions admises sans contrôle et même aux préjugés.

M. Donné est, sans contredit, un des premiers qui ait im-

primé une impulsion favorable aux intéressants travaux des modernes sur le lait. Sans son heureuse initiative, les beaux travaux de MM. Quevenne, Lecour, Mandl, etc., etc., se seraient peut-être encore fait attendre. Cependant, M. Donné laisse, on peut dire sans solution, l'intéressant problème qui nous occupe. Ce médecin distingué prétend, mais il ne le démontre pas, qu'il y a des cas où la menstruation exerce une influence fâcheuse sur le lait; toutefois, il ne manque pas de faire observer qu'il arrive plus souvent encore qu'elle n'exerce aucune influence, et que l'enfant ne s'en ressent d'aucune manière. « A part donc les cas, dit cet habile galactographe, où le lait éprouve une altération notable, c'est le résultat même qui doit servir de guide, c'est-à-dire que l'état de l'enfant est le meilleur indice de la conduite à tenir. »

Cette conclusion paraît être très-rationnelle. Rien de mieux, rien de plus juste, en effet, que le précepte de changer de nourrice lorsque le lait paraît altéré ou même seulement lorsque l'enfant n'en profite pas. Cependant cette conclusion ne répond en aucune manière à la question que nous nous sommes posée à savoir : Quelle est l'influence de la menstruation sur le lait des nourrices et la santé des nourrissons? Ce que M. Donné conseille ici de faire pour les nourrices menstruées, il l'aurait conseillé à coup sûr, à l'occasion de toutes les mauvaises nourrices, ne fussent-elles même pas réglées. Mais ce serait certes aller trop loin que de vouloir conclure, sans aucune donnée antérieure de la science, que, toutes les fois que l'enfant allaité par une nourrice menstruée ne vient pas bien, cet insuccès soit dû à la présence des règles. L'enfant ne peut-il pas, en effet, être souvent victime de quelque vice héréditaire ou congénial qui le mine profondément? D'un autre côté, son état chétif ne peut-il pas aussi bien dépendre de quelques influences hygiéniques défavorables contre lesquelles le lait de la meilleure nourrice pourrait échouer tout en opposant par ses bonnes qualités une puissante résistance au développement des germes morbides.

En vérité il n'y avait qu'un moyen d'éviter tous ces écueils, c'était de prendre la route qui seule pouvait conduire directement au fait, en dehors de toutes les appréciations plus ou moins erronées, aussi bien préjudiciables à la science qu'aux enfants et à leurs nourrices. Il fallait avant tout examiner attentivement le lait des nourrices par tous les moyens dont la science dispose, et chercher s'il subit réellement quelques altérations importantes sous l'influence de la menstruation. Le résultat de cette expertise aurait au moins fourni d'excellentes données d'après lesquelles il eût été facile de se prononcer en connaissance de cause.

M. Gendrin a si bien senti l'importance de cette distinction qu'il paraît s'en être occupé un des premiers. Nous regrettons seulement que l'auteur n'ait pas jugé à propos de faire connaître le procédé qu'il avait mis en usage dans ses investigations; ce regret est d'autant plus vif que les conclusions auxquelles est arrivé ce médecin distingué sont, pour ainsi dire, tout à fait opposées à celles auxquelles nous sommes arrivé de notre côté. Voici, d'ailleurs, les conclusions de M. Gendrin. D'après cet habile pathologiste, quand les règles surviennent chez les nourrices, elles s'accompagnent d'une diminution dans l'activité de la sécrétion mammaire. Le lait alors sécrété est toujours séreux et moins riche en principes nutritifs; on en peut juger, dit-il, par la diminution des granulations que le microscope fait reconnaître dans ce liquide; le lait se rapproche du colostrum, il acquiert même ordinairement des propriétés laxatives qui se montrent par les coliques et les selles diarrhéiques dont le nourrisson est atteint tant que dure l'hémorrhagie utérine menstruelle. Si les nourrices continuent à être réglées et surtout si elles le sont abondamment, la quantité habituelle de lait diminue, et ce liquide s'affaiblit dans ses qualités alimentaires, l'enfant maigrit et est insuffisamment nourri (1).

(1) Ouvrage cité.

Nous professons, en général, tant de respect pour les données vraiment scientifiques, dont la description de M. Gendrin offre, il faut le reconnaître, toutes les allures, que si nous considérions les observations de M. Gendrin comme ne laissant rien à désirer au point de vue de l'exactitude, nous n'hésiterions pas à proscrire d'une manière absolue l'usage des nourrices menstruées, et que nous conseillerions toujours de changer immédiatement de nourrice, la santé du nourrisson eût-elle même les plus belles apparences, dès qu'il y aurait un retour des règles dans le cours de l'allaitement.

Cependant, peu disposé déjà par caractère de jurer sur la parole du maître, nous avons cru que dans une question aussi importante il était de notre devoir d'examiner les choses par nous-même, et nous avons procédé à l'examen comparatif du lait pendant les époques menstruelles et dans leur intervalle, ayant eu préalablement soin de nous assurer le concours éclairé de M. Quevenne, pharmacien en chef à l'hôpital de la Charité, dont tout le monde connaît les travaux remarquables sur le lait en général. Qu'il nous soit permis d'exprimer ici publiquement notre reconnaissance à ce savant aussi distingué que modeste, pour la bienveillance avec laquelle il s'était mis constamment à notre disposition.

Nous avons examiné dans chaque cas particulier l'aspect extérieur du lait, sa densité, sa réaction chimique, la quantité relative de crème, le nombre proportionné de globules, leurs diamètres, la présence des granulations, etc., etc.

Pour arriver à des résultats aussi exacts que possible, il était indispensable d'observer certaines précautions que nous voulons signaler.

Il y a d'abord un fait remarquable qui avait déjà frappé depuis longtemps l'attention des éleveurs de vaches, et que M. Quevenne a eu l'occasion de vérifier par ses expériences, c'est que le lait peut déjà présenter des caractères plus ou moins différents, selon qu'on l'examine au commencement où à la fin de la traite; que celui qui est retiré à la fin et qui a séjourné moins longtemps dans la glande mammaire est plus riche que celui qu'on avait retiré en premier lieu. Nous avons cru devoir profiter de cet enseignement, et nous avons prié les femmes soumises à notre observation de tirer toujours le lait destiné à notre examen, avant de donner à teter. De cette manière nous avons opéré plus de rapprochement entre les différents laits, si nous ne les avons pas ramenés à des conditions à peu près les mêmes.

Inutile d'ajouter que nous avons employé les mêmes procédés pour apprécier les qualités soit physiques soit chimiques du lait chez toutes les nourrices soumises à notre examen. Ainsi c'était toujours la même éprouvette graduée ou le crémomètre pour apprécier les proportions de la crème, c'était toujours du papier de tournesol de la même force, le même lacto-densimètre, etc., etc. Toutes ces précautions étaient indispensables, car il n'y a pas jusqu'à la forme ou la hauteur du vase dans lequel on essaie le lait qui ne puisse influer sur le résultat des expériences pratiquées sur des laits d'ailleurs absolument semblables (1).

Passons à l'examen des faits particuliers.

Observation I. — N..., âgée de trente ans, concierge, de constitution moyenne, blonde, ayant la peau blanche couverte de nombreuses éphélides sur le visage, est accouchée depuis cinq mois et demi, et a revu ses règles au bout de trois mois. Depuis lors, la menstruation a continué sa marche régulière, dure chaque fois, comme avant l'accouchement, cinq jours, et donne lieu à une perte

(1) M. Quevenne ayant mis en même temps du lait dans une éprouvette graduée et une petite terrine, a trouvé, au bout de vingt-quatre heures, 11° de crème dans la première, et 1033,5 pour la pesanteur du lait écrémé, tandis que la pesanteur du lait écrémé de la terrine était 1035,5, ce qui prouve que la crème était séparée plus complétement dans la terrine. En général la crème se sépare plus facilement dans les vases larges. Il est nécessaire que l'ascension des globules gras ne soit point gênée par le frottement contre les parois du vase, ce qui arriverait nécessairement si on laissait reposer le lait dans des vases plus étroits à leur ouverture.

assez abondante. Cette femme nourrit un garçon à peau blanche, fine, aux cheveux blonds, d'une belle constitution, ayant les chairs fermes et un bel embonpoint. Cet enfant, gai et riant, est généralement assez précoce, et a déjà deux dents incisives depuis environ quinze jours.

Premier échantillon de lait. — Lait tiré le second jour des règles, examiné vingt-quatre heures après : aspect blanc opaque; aucune odeur particulière; le papier rouge commence à bleuir, après quelques minutes d'immersion, sans que le bleu soit influencé. Pesanteur spécifique, 29,9. Examiné au microscope, ce lait présente des globules nombreux, parfaitement libres, la plupart de dimensions ordinaires, entre 1/300 et 1/100. Quelques-uns sont d'une grosseur qui tranche sur le reste, et offrent jusqu'à 1/50 de millim. Ayant versé de ce lait dans le tube gradué de Chevallier, à la température de 18 degrés, nous avons obtenu, au bout de vingt-trois heures, 9 1/2 de crème. Le lait écrémé pesait 33,8, c'est-à-dire 3,9 degrés plus qu'avant d'être écrémé (1).

Deuxième échantillon de lait, pris dans l'intervalle des époques menstruelles, et examiné environ vingt heures après. Aspect fortement opaque. Le papier rouge bleuit en quelques secondes. Pesanteur spécifique, 29,8. Les globules sont libres, un peu plus régulièrement calibrés que dans le cas précédent. Il n'y a que fort peu de gros globules, et ils tranchent alors sur les autres; ils ont de 1/100 à 1/50; le plus grand nombre sont de 1/200 à 1/100; versé dans le même tube gradué que le lait précédent, il a donné, au bout de vingt-quatre heures, et à la température de 14 degrés, 9 de crème. Pesanteur spécifique après l'enlèvement de la crème, 32,8, ou 3 de plus que dans l'échantillon précédent.

Troisième échantillon de lait, pris le second jour des règles et examiné quatre heures après : aspect assez opaque, un peu bleuâtre, parfaitement homogène; les globules sont nombreux, assez régulièrement calibrés; un grand nombre de 1/200, beaucoup de 1/100, quelques-uns au-dessus, jusqu'à 1/75; point de granulations ni de globules muqueux; le papier rouge commence à bleuir après quelques minutes d'immersion. Versé dans un tube gradué, ce lait n'a fourni en vingt-quatre heures, et à la température de 24 degrés, que 4 de crème.

Réflexions. — Si nous passons en revue les principaux caractères des échantillons de lait examiné dans cette observation, nous sommes obligés de reconnaître qu'il n'y a pas eu de différence bien notable entre le lait examiné pendant les règles et celui examiné dans l'intervalle des époques menstruelles. L'aspect extérieur du lait était, dans les deux cas, à peu près semblable, la pesanteur spécifique presque la même, et les mêmes diamètres des globules. Le repos de vingt-quatre heures avait fourni, dans l'intervalle des règles, 9, et pendant les règles, 9 1/2 de crème, ce qui ferait une petite différence en faveur du lait sécrété au moment de la menstruation. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'ayant examiné le lait de cette femme à une autre époque menstruelle, on n'avait trouvé que 4 de crème. Doit on attribuer cet appauvrissement à l'influence de la menstruation? Il nous serait difficile de l'affirmer, surtout en présence du lait de l'autre échantillon, pris également au moment des règles, où la quantité de crème paraissait dépasser un peu celle du lait examiné dans l'intervalle des époques menstruelles. D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue que, dans le dernier échantillon, le lait a été versé dans l'éprouvette au bout de quatre heures, tandis que, dans le premier échantillon, il n'a été versé dans l'éprouvette qu'au bout de vingt-quatre heures de repos dans un flacon. Cette circonstance peut ne pas avoir été étrangère au mode un peu différent dans la séparation de la crème, et ceci nous fait encore davantage regretter de ne pas avoir pu prendre note de la pesanteur spécifique; la différence que nous aurions trouvée sous ce rapport, avant et après l'enlèvement de crème, aurait pu jeter beaucoup de jour sur cette question. Nous finirons par faire observer que la quantité de lait n'avait éprouvé chez cette femme aucune influence notable de la part de la menstruation. L'enfant avait toujours joui d'une excellente santé, et le retour de la menstruation n'avait nui en rien à son développement un peu précoce.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Les globules butyreux sont comparativement plus légers que la partie liquide du lait, ce qui fait qu'en laissant reposer le lait, on les voit remonter à la surface où ils forment en grande partie ce qu'on appelle la crème. Plus la séparation des globules gras a été complète, plus la différence entre la pesanteur spécifique du lait, avant et après l'enlèvement de la crème, sera sensible. Le degré de cette différence peut donner, par conséquent, une assez juste idée des différences que peuvent présenter deux laits sous le rapport des proportions de crème.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales.

Par M. le docteur Chassaignac.

(*Suite.— Voir les numéros*, 100, 101, 102, 103, 106 *et* 116.)

L'observation suivante se recommande à l'attention du praticien par certaines circonstances ayant un caractère tout à fait exceptionnel, eu égard à la plupart des autres faits rapportés dans ce travail. Nous avons à faire ressortir les particularités dont il s'agit, mais ce ne sera qu'après avoir mis l'observation sous les yeux du lecteur.

Observation XVI. — *Tumeur hémorrhoïdale annulaire.— Hémorrhagies abondantes depuis deux ans. — Anémie profonde. — Ablation de la tumeur par écrasement linéaire. — Guérison* (Observation recueillie par M. Alfred Fournier, interne des hôpitaux).

Boissard François, âgé de quarante-huit ans, menuisier, entre à l'hôpital Lariboisière le 9 avril 1855.

C'est un homme de petite taille, d'une pâleur livide et d'une extrême faiblesse, qui contrastent avec un certain embonpoint, la largeur des épaules et le développement du système musculaire des membres. Il raconte qu'il a joui jusque dans ces derniers temps d'une constitution très-robuste et d'une santé parfaite; son teint était coloré; il exerçait sans peine une profession dure et pénible, qui l'obligeait à se tenir sans cesse debout.

Il y a deux ans, il fut pris un jour, en allant à la selle, d'une perte sanguine abondante, dont il fut d'autant plus effrayé, qu'il n'avait jamais auparavant perdu de sang par l'anus. Cette hémorrhagie, au dire du malade, survint sans aucun indice précurseur, au milieu de la plus parfaite santé, sans même avoir été annoncée par quelques douleurs intestinales, quelque chaleur vers le rectum, etc.; elle fut accompagnée, dans les quinze jours qui suivirent, par d'autres écoulements sanguins moins abondants; à chaque selle, le malade perdit, dans cette quinzaine, la valeur d'un demi-verre de sang.

Ces hémorrhagies, survenues coup sur coup, l'affaiblirent un peu; mais doué d'une très-bonne constitution, il ne se ressentit pas longtemps de cette faiblesse, et comme il n'éprouvait d'ailleurs aucune souffrance, il ne s'inquiéta pas davantage de cet accident. Il ne suivit donc aucun régime.

A dater de cette époque, chaque mois, à jour presque fixe, Boissard éprouvait des coliques assez vives, siégeant surtout vers la fosse iliaque gauche, avec pesanteur dans les lombes et chaleur vers l'anus; ces symptômes se jugeaient bientôt par l'écoulement d'une certaine quantité de sang. Malgré ces pertes de sang renouvelées chaque mois, la santé était parfaite; les forces se conservaient et permettaient au malade de continuer sa profession. Il paraît que chaque hémorrhagie mensuelle était suivie d'une augmentation très-notable de l'appétit.

Dans la dernière semaine de février, l'écoulement sanguin prit une intensité qu'il n'avait pas encore présentée. Depuis cette époque, jusqu'au 9 avril, jour de son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas été un seul jour exempt d'hémorrhagie. Les pertes sanguines accompagnaient chaque selle, et elles étaient devenues d'autant plus fréquentes que, sous l'influence de la congestion rectale, les garderobes augmentaient toujours en nombre. La quantité de sang perdue était considérable et le malade l'évaluait puor chaque selle à plus d'un grand verre; quelquefois, dit-il, le sang coulait par jet, comme celui d'une saignée; il était toujours pur et très-vermeil.

Dès les premiers jours de cette hémorrhagie, le malade se sentit prodigieusement affaibli; ses couleurs se perdirent très-rapidement pour faire place à une pâleur toujours croissante; l'appétit diminua beaucoup. Un tel état ne permit pas au malade de continuer sa profession. Il garda la chambre, et comme l'hémorrhagie continuait

avec intensité, il se décida à entrer à l'hôpital, sur le conseil de M. le docteur Triboulet.

Etat actuel.— Le 10 avril, le malade accuse une extrême faiblesse ; ses jambes le supportent à peine, et il a fallu le soutenir pour l'amener de l'entrée de l'hopital jusqu'à son lit.

Aspect livide de la face. Teint ictérique, s'étendant à tout le tégument externe. La sclérotique est d'un blanc mat très-remarquable, et cette coloration contribue encore à donner à la physionomie l'aspect d'une anémie des plus profondes. Ongles extrêmement pâles. Muqueuses décolorées ; la muqueuse conjonctivale est plutôt blanche que faiblement rosée.

Perte de l'appetit ; dégoût presque complet pour tous les aliments. Quelques douleurs de ventre. Peu de démangeaisons du côté de l'anus.

Respiration haute et fréquente. La parole est entrecoupée, semblable à celle d'un homme qui vient de courir ; le malade est forcé de reprendre haleine à chaque moment, et le moindre effort suffit pour l'essouffler.

A la suite des hémorrhagies qui ont eu lieu dans ces derniers jours, le malade a été pris plusieurs fois d'étourdissements, de vertiges ; néanmoins pas de défaillance complète. Pouls faible, très-fréquent.

La percussion et l'auscultation ne révèlent aucune lésion du côté des poumons. La respiration se fait bien, mais elle est un peu faible.

Bruits du cœur normaux ; le premier bruit est prolongé, mais non soufflant. Quelques palpitations dans ces derniers temps. Absence complète de souffle carotidien. Ce résultat d'auscultation a été noté avec le plus grand soin et à plusieurs reprises.

Le sang qui s'écoule par l'anus est très-aqueux et peu coloré ; il fait sur le linge une *simple tache rosée* dont les bords sont presque incolores.

L'examen extérieur ne fait reconnaître la présence d'aucune tumeur à l'anus ; mais le toucher rectal apprend l'existence, à l'intérieur du rectum et immédiatement au-dessus du sphincter externe, de tumeurs mollasses, peu saillantes, multilobées, constituées évidemment par des hémorrhoïdes.

Traitement.— Ferrugineux ; vin de quinquina ; pilules de ratanhia ; deux portions.

L'état du malade ne change pas dans les premiers jours ; seulement les pertes sanguines deviennent peut-être un peu moindres. M. Chassaignac, décidé à enlever les tumeurs, soumet le malade à l'alcoolature d'aconit, comme il a coutume de le faire avant toutes les opérations.

Le 19 avril, on procède à l'opération. Le malade étant endormi à l'aide du chloroforme, une érigne à branches divergentes est introduite dans le rectum, puis à ce moment les branches s'écartent et s'implantent dans la muqueuse rectale ; une faible traction exercée sur l'érigne amène au dehors les tumeurs hémorrhoïdales. La chaîne de l'écraseur linéaire est alors placée sur les parties ainsi entraînées au dehors de l'anus, et pédiculisées à l'aide d'une forte ligature. L'écrasement du pédicule commence ; il est achevé en onze minutes. L'opération ne donne lieu qu'à l'issue de quelques gouttes de sang provenant de la compression des tumeurs ; mais *pas une goutte de sang ne s'écoule de la plaie*.

Application d'amadou sur l'anus ; bandage en T.

Dans la journée, pas de douleurs, pas le moindre accident nerveux, pas de fièvre ; mixtion facile, sans douleur. Le malade dit avoir rendu des gaz par l'anus à plusieurs reprises depuis le moment de l'opération.

Le 20 avril, bon sommeil cette nuit ; calme ce matin. Pas de douleur, pas de fièvre.

Le 21, bon état. Le malade a eu dans la soirée une selle qui n'a pas été très-douloureuse. La plaie est rosée, de bon aspect. Pansement au cérat. Même traitement interne.

Le malade continue à bien se trouver les jours suivants. Le 22, on place sans difficulté une mèche dans le rectum ; même pansement chaque matin. Le 25, quelques douleurs abdominales ; pas de selles depuis trois jours. Eau de Sedlitz. Le 26, l'eau de Sedliz n'a produit aucun effet. Douche rectale. Une seconde bouteille d'eau de Sedlitz amène des selles très-nombreuses.

Vers la fin d'avril, le malade se sent plus fort. L'appétit augmente chaque jour ; mais la pâleur persiste. Déjà cependant le malade se lève et se promène dans la salle.

On ajoute au traitement les bains sulfureux et les frictions alcooliques sur le corps.

L'amélioration continue d'une façon très-marquée dans la première quinzaine de mai. Le passage des matières sur la petite plaie est devenu très-supportable ; tendance continuelle à la constipation, résistant aux lavements et à l'huile de ricin. Le 17 mai, malgré plusieurs purgatifs, le malade n'a pas eu de selles depuis plusieurs jours, et il se plaint de vives douleurs vers le sacrum et le petit bassin ; le toucher rectal fait alors constater la présence à l'intérieur de l'intestin d'une grande quantité de matieres très-dures, formant une sorte de bloc résistant. Plusieurs douches sont insuffisantes pour délayer ces matières et en amener l'issue ; l'on est forcé de les extraire avec la curette et le doigt. Grand soulagement à la suite.

A cette même époque, l'état du malade est notablement modifié. Retour progressif des forces ; les muqueuses ont repris un peu de leur coloration normale ; la face est toujours pâle, mais elle n'a plus l'aspect livide que nous avons signalé.

Ces changements deviennent bien plus marqués dans la seconde quinzaine de mai et les premiers jours de juin. Se trouvant parfaitement guéri, Boissard quitte l'hôpital, le 10 juin, dans l'état suivant :

Face toujours un peu pâle, mais sans coloration ictérique ; œil vif. Les muqueuses labiale et conjonctivale ont repris leur teinte normale.

Les forces sont assez revenues pour permettre de longues promenades dans les cours de l'hôpital pendant toute la durée du jour.

Appétit excellent ; digestions faciles ; selles régulières depuis quelques jours ; pas la moindre douleur au passage des matières.

Respiration facile ; pas d'essoufflement, même en montant les escaliers. La parole n'a plus ce caractère saccadé qu'elle présentait dans les premiers temps.

Bruits du cœur normaux ; aucun bruit anormal dans les vaisseaux du cou. Les palpitations ont complétement cessé.

Depuis l'opération, pas une goutte de sang n'a été rendue avec les selles, ni dans leur intervalle.

Le doigt indicateur, porté dans le rectum avec précaution, ne sent plus qu'une surface lisse sans bosselures ; cette exploration ne produit aucune douleur.

Il est important d'ajouter que le doigt pénètre facilement dans le rectum, et qu'il n'éprouve en franchissant le sphincter que le degré de constriction normale.

La muqueuse intestinale, près de l'anus, est encore d'un rose assez vif, bien que le travail de cicatrisation paraisse terminé.

Quoique nous ayons opéré un grand nombre de tumeurs hémorrhoïdales circulaires chez des sujets qui avaient été amenés à un état d'épuisement extrême, il n'en est aucune peut être qui ait offert les signes de l'anémie à un degré plus prononcé et plus caractéristique que l'individu qui fait le sujet de l'observation ci-dessus.

Il s'agit ici d'un cas d'anémie pure, aussi prononcée qu'on puisse l'imaginer quand on envisage cet état en dehors de taute complication. Pas d'autres symptômes que la débilité générale et la décoloration des tissus. Absence absolue du bruit de souffle carotidien qui a été retrouvé chez presque tous nos malades, et qui, dans le cas particulier, d'après les explorations très-attentives de M. Fournier et de plusieurs médecins distingués qui ont assisté à nos visites du matin, n'a existé à aucune époque de la maladie. Point de phénomènes névralgiques ; aucun trouble fonctionnel appréciable, hormis la faiblesse musculaire et l'essoufflement.

Ce fait est rendu plus remarquable encore au point de vue chirurgical, en ce sens qu'il n'existait aucun bourrelet extérieur et que les dilatations hémorrhoïdaires étaient complétement internes. Aucune tumeur, par conséquent, ne faisait saillie à l'anus. Il s'agissait donc d'un de ces cas où les moyens thérapeutiques n'ont pas pour objet principal de détruire une tumeur plus ou moins proéminente, mais où l'on combat presque exclusivement la cause des hémorrhagies.

Pour tout praticien qui a vu ce malade, il n'est pas douteux que le terme de son existence ne fût très prochain, et l'on ne peut pas dire que grâce au repos, à la bonne alimentation, etc., la tendance hémorrhagique se serait arrêtée, puisqu'il suffisait que le malade allât à la garderobe pour subir de nouvelles pertes de sang, de telle sorte que la reconstitution du liquide sanguin était à peu près impossible.

L'absence de toute saillie extérieure nous a obligé à faire reposer le diagnostic local sur les seules sensations fournies

par le toucher, et pour donner dans des cas analogues des jalons propres à guider le praticien, nous rappellerons ici le texte même de l'observation en ce qui concerne le résultat de l'exploration rectale. « Le toucher rectal fait reconnaître im- « médiatement au-dessus du sphincter externe des tumeurs « mollasses, peu saillantes, multilobées, constituées évidem- « ment par des hémorrhoïdes. » C'est donc à pareil signe que dans des cas analogues le praticien reconnaîtrait les conditions anatomiques de la maladie et en déduirait le traitement à suivre.

Cette circonstance très-importante d'hémorrhoïdes amenant l'épuisement rapide des malades, sans manifester leur existence par la plus légère saillie variqueuse externe, par la moindre procidence de la muqueuse anale, montre toute l'utilité pratique de l'érigne à branches divergentes qui ramena au dehors, et sans aucune difficulté, tout ce qu'il était nécessaire d'enlever par l'opération. D'un autre côté, on ne saurait trop méditer sur cet ordre de faits dans lequel l'action chirurgicale n'est en quelque sorte appelée par aucune modification dans la forme des parties, et se trouve cependant si bien légitimée par l'indication hémostatique.

Nous avons encore eu l'occasion de remarquer chez ce malade, aussi bien que chez plusieurs autres, combien il est difficile de refaire du sang, lorsque les causes de l'anémie ont agi longtemps et avec intensité. C'est en observant un seul sujet dans de pareilles conditions que l'on comprend bien le danger des illusions consistant à croire que le seul secours d'un traitement analeptique, du repos absolu, des astringents, peut suffire pour le rétablissement du malade. Quand on a été témoin des difficultés qu'on éprouve à reconstituer le liquide sanguin, même après la cessation absolue de toute nouvelle hémorrhagie (et il n'est pas d'hémostatique plus puissant en pareil cas que l'écrasement linéaire), on sent que de faibles pertes de sang renouvelées à l'occasion des selles ou autrement suffiraient pour neutraliser l'action des moyens dont nous venons de parler.

Toutes les fois qu'il nous arrive d'opérer quelqu'un de ces malades arrivés à un degré d'épuisement pareil à celui qui existait chez le sujet de l'observation précédente, ce n'est jamais sans appréhension que nous posons la question de l'anesthésie par le chloroforme.

Nous nous demandons toujours si, chez des sujets arrivés à de telles prédispositions syncopales, nous n'allons point avoir à déplorer quelque catastrophe du genre de celles qui sont aujourd'hui connues de tous les chirurgiens. Nous n'avons cependant refusé le bienfait de l'agent anesthésique à aucun de nos opérés, et nous n'avons pas eu à le regretter; mais aussi, que de précautions, de lenteurs et de ménagements n'avons-nous pas mis dans l'emploi de l'anesthésie!

Une dernière circonstance doit être relevée dans l'observation qui précède, c'est l'existence d'un énorme bloc fécal et très-dur qui, dix jours après l'opération, rendait complétement impuissante l'action des lavements et des purgatifs répétés. Nous avons déjà signalé l'inertie de l'intestin et la largeur considérable de l'ampoule rectale chez les sujets hémorrhoïdaires. Lorsqu'au milieu de pareilles conditions on vient, dans un but analeptique, à prescrire aux malades une alimentation exclusivement tonique et presque entièrement composée de substances animales, on peut donner lieu à la production d'un bloc fécal qui défie l'action des purgatifs et celle des lavements ordinaires. Dissocier cette masse compacte par le secours de la curette, faire pénétrer le liquide des douches intestinales au-dessus des matières à expulser, et cela à l'aide d'une très-longue canule élastique, tels sont les moyens qui nous ont le mieux réussi. Nous avons acquis la preuve que les douches, même les plus énergiques, si elles sont poussées à travers les canules de longueur ordinaire, restent impuissantes, et voici pour quel motif.

L'orifice de la canule vient heurter contre la substance de l'amas fécal sans le traverser de part en part ou sans le contourner, et l'impulsion la plus vive donnée au liquide n'amène aucun résultat.

Il faut donc recourir à des canules très-longues qui, contournant le bol fécal ou le perforant de part en part, conduisent le liquide au-dessus de lui, de manière à en provoquer l'expulsion.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

De l'ergot de blé.

Par M. le docteur GRANDCLÉMENT.

Action du temps sur les ergots.

Ergot de seigle. A part quelques rares exceptions, tous ceux qui ont parlé de l'ergot de seigle sous le point de vue thérapeutique, sont unanimes pour reconnaître qu'il perd rapidement ses propriétés, et qu'il faut user de grandes précautions pour les lui conserver.

Suivant M. Kluge, de Berlin, « l'action de l'ergot de seigle recueilli dans l'épi, avant la récolte, est très-énergique; celle de l'ergot recueilli dans l'aire, après la récolte, est presque nulle (1). »

Exposé à l'air, dit Bayle (2), « l'ergot se dessèche promptement, et perd en grande partie ses propriétés vénéneuses et médicamenteuses; d'où la nécessité de le conserver dans des vases bouchés hermétiquement, de le pulvériser au moment de s'en servir, et de l'employer dans l'année même où il a été recueilli. »

Le seigle ergoté doit être conservé avec soin, et à l'abri du contact de l'air et de la lumière; il doit être le plus récent possible (3).

A. Richard ne dit rien de l'action du temps sur ce médicament (4).

Je lis dans la thérapeutique de M. Trousseau (5) : « M. Bonjean affirme que l'ergot blanc à l'intérieur est aussi énergique que celui qui est violacé. L'ergot piqué, vieux, vermoulu, pulvérisé, et exposé à l'air depuis longtemps, n'a rien perdu de ses qualités.

« Pour préparer la poudre d'ergot de seigle, on fait sécher l'ergot de seigle à l'étuve, et on pulvérise sans résidu. Comme il est toujours fort difficile de conserver cette poudre avec ses propriétés actives, il est bien préférable de pulvériser l'ergot de seigle au moment même de l'administration. L'ergot de seigle étant lui même fort altérable, il est nécessaire de le conserver dans des flacons bien secs et bouchés exactement. »

J'avoue qu'il m'est bien difficile, d'après la citation que je viens de faire, de connaître la pensée de M. Trousseau. Quant à l'emploi, pour la question que je traite, il est plus explicite : « L'ergot de seigle, dit-il, est seul employé en médecine (6). »

Enfin M. Millet dit (7) qu'avec le temps il *s'altère*, mais qu'il ne perd ni ses propriétés médicales, ni ses propriétés toxiques, et que la poudre, préparée depuis longtemps, les conserve également bien.

Ergot de blé. L'ergot de blé résiste beaucoup plus à l'action du temps, et on ne prend pour le conserver aucune précaution.

La poudre se conserve pendant longtemps sans rien perdre de ses propriétés.

(1) Bayle, t. III, p. 555.
(2) Bayle, t. III, p. 374.
(3) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835, p. 288.
(4) *Loc. cit.*, t. I, p. 12.
(5) *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, 1851.
(6) *Loc. cit.*
(7) Mémoire de M. Millet.

En effet, voici les expériences qui ont été faites par M. Gautier-Lacroze :

Il a placé dans son magasin deux petites caisses; dans l'une était de l'ergot de froment, dans l'autre de l'ergot de seigle ; ces ergots étaient tous deux de la même année. Au bout de trois ou quatre mois l'ergot de seigle était en partie altéré, plusieurs grains étaient perforés, rongés plus ou moins profondément; celui de froment était intact. Au bout d'un an, l'ergot de seigle était presque en totalité vermoulu; celui de froment était dans le même état qu'au commencement de l'expérience.

Je crois pouvoir expliquer cette résistance à la destruction par la nature du blé qui produit cet ergot; peut-être celui d'un blé tendre résisterait-il moins.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est là et mérite d'être pris en considération.

La poudre de l'ergot de blé jouit aussi d'une sorte d'immunité; l'expérience comparative n'a pas été faite, mais on peut facilement la déduire de ce qui se passe journellement.

En effet, le plus grand nombre des accoucheurs ont constaté que la poudre d'ergot de seigle s'altère promptement et perd complétement ses propriétés.

Rien de semblable n'a lieu pour la poudre d'ergot de blé. M. Gautier-Lacroze prépare une grande quantité de poudre qu'il vend par paquet de 100 à 200 grammes. Les accoucheurs et les sages-femmes, qui font à l'avance une aussi grande provision, ne lui ont jamais dit que le médicament eût manqué son effet.

Je soupçonne fort, d'après cette étude comparative, que les quelques auteurs qui disent que la poudre d'ergot de seigle ne s'altère pas avaient affaire, à leur insu, à de l'ergot de blé.

Je n'ai pas la prétention de donner aux expériences que je viens de rapporter plus de valeur qu'elles n'en ont; mais je crois qu'elles ont plus de poids que les faits rapportés plus haut et qui sont en faveur de l'ergot de seigle, car celles que je cite ont été faites dans le but d'éclairer une question.

Cette propriété de l'ergot de blé n'est pas, je l'avoue, d'une grande importance; mais si d'autres expériences viennent la confirmer, je ne crois pas qu'elle soit à dédaigner.

L'ergot de blé se trouve, en thérapeutique, dans la position où était celui de seigle au moment où Desgranges, de Lyon, fit connaître ce dernier.

Je ne sais pas au juste depuis quelle époque les accoucheurs et les sages-femmes de Clermont-Ferrand et de quelques localités du département du Puy-de-Dôme emploient l'ergot de blé. Il est probable que c'est à partir du moment où s'est établie l'industrie dont j'ai parlé : son usage alors ne daterait que de vingt à vingt-cinq ans. Mais comment est-on venu à l'employer à la place de l'ergot de seigle, est-ce par confusion ou autrement? Je n'ai pu éclaircir ce fait.

Quoi qu'il en soit de son introduction dans la thérapeutique, il est employé seul ou presque seul dans les cas qui réclament l'administration de l'autre ergot.

M. Pourcher, l'accoucheur le plus en renom de Clermont-Ferrand, a employé l'ergot au moins deux cents fois ; dans ce nombre, celui du blé y figure pour plus de la moitié des cas.

Action physiologique.

Je transcris ici la note que ce médecin a eu la complaisance de me communiquer.

L'action commence au bout de dix à quinze minutes, et ne dure pas plus d'une heure.

Les contractions sont violentes, convulsives, longues, intermittentes, mais rapprochées.

Jamais le médicament n'a manqué de réveiller les contractions, mais quelquefois elles ont été faibles, inefficaces. Pour compléter cette note, je dois ajouter, car je le tiens de source certaine, que :

Jamais, entre les mains de cet accoucheur, l'ergot de blé n'a produit d'accidents, ni sur la mère ni sur l'enfant.

Je regrette de ne pouvoir joindre aux observations que je viens de citer des expériences faites sous mes yeux. Si d'autres observateurs confirmaient la remarque de M. Pourcher sur l'action toujours constante de l'ergot de blé, on aurait là un médicament supérieur à l'ergot de seigle, qui, dans quelques circonstances, ne produit pas toujours les effets qu'on attend de lui.

En effet, sur 1176 cas, publiés par 62 auteurs, il y a eu succès complet 1051 fois; succès modéré, 14 fois, et 111 fois, l'ergot de seigle a échoué complétement (1).

Si je prends des observations plus recentes, les succès sont dans une moins grande proportion. M. Dufresne, professeur d'accouchement à l'Ecole de médecine de Grenoble, conclut de ses expériences que l'ergot de seigle réussit, terme moyen, 5 fois sur 6, à réveiller les contractions utérines.

Plusieurs thérapeutistes refusent à l'ergot de seigle des propriétés abortives (2); il serait curieux de rechercher si celui du blé jouit d'une semblable innocuité.

Le blé ergoté, c'est à dire le blé qui renferme de l'ergot, produit-il ou bien a-t-il produit des accidents analogues à ceux que produit le seigle ergoté?

Les recherches que j'ai faites pour éclairer cette question m'ont conduit à une réponse négative. L'ergot se trouve toujours dans une trop faible proportion pour que le blé qui en contient puisse être d'un usage dangereux.

En effet, les blés glacés, soumis au triage dont j'ai parlé, donnent à peine, en moyenne, de 50 à 60 grammes d'ergot par hectolitre.

Les blés durs et glacés ne sont pas les seuls dans lesquels on trouve de l'ergot, il s'en trouve également dans les blés tendres. D'ailleurs, la différence entre ces deux espèces de produits n'est pas aussi essentielle qu'on pourrait le croire. Le plus beau blé glacé peut produire du blé tendre, de même qu'en semant du blé tendre on peut récolter du blé glacé. Il y a dans ce fait, qui est incontestable pour moi, quelque chose d'obscur. Je n'ai rien trouvé, dans ce que j'ai pu lire sur la nature des blés, qui pût me donner une explication de cette espèce d'anomalie.

Circonstances dans lesquelles l'ergot de froment doit être employé, au point de vue seul de la pratique des accouchements.

Probablement je ne suivrai pas l'ordre des auteurs qui ont écrit en cette matière, quand ils ont parlé de l'emploi de l'ergot de seigle dans la pratique des accouchements.

Je vais traiter ce sujet à mon point de vue, non avec la prétention de faire mieux, mais pour me tracer une règle de conduite, avec laquelle je puisse être en garde contre les éventualités de tel ou tel accident.

Je divise les circonstances dans lesquelles ce remède rend d'incontestables services, en trois catégories :

Dans la première se trouvent les accidents qui arrivent à une femme qui n'est pas au terme de sa grossesse;

Dans la deuxième, ce sont les diverses complications qui peuvent venir entraver ou arrêter le travail;

Dans la troisième, se rencontrent les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, et les accidents qui peuvent compliquer la délivrance.

1° *Quelles sont les circonstances dans lesquelles il faudra administrer l'ergot de blé à une femme qui n'est pas à terme?*

Théoriquement, il n'y en a qu'une : c'est dans l'avortement; mais cliniquement, il y en a deux : d'abord dans un avortement fait, et ensuite dans un avortement en voie de se faire.

---

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835.
(2) Loc. cit., 1835.

Un médecin est appelé auprès d'une femme qui fait une fausse couche. l'avortement est certain ; le fœtus est dehors, mais le délivre est resté dans l'utérus. Dans ce cas, si l'utérus continue de se contracter, et si l'hémorrhagie est légère, nullement compromettante, on peut attendre ; mais si l'utérus reste dans l'inaction, ou s'il y a une hémorrhagie légère ou grave, n'importe, si elle est compromettante, il faut administrer l'ergot.

Soit, en second lieu, une femme enceinte qui a une hémorrhagie utérine légère, si le col n'est pas dilaté, ou si, étant un peu dilaté, les membranes sont intactes, il faut combattre l'accident par les moyens appropriés et faire tous ses efforts pour arrêter l'avortement. Il peut arriver qu'en dépit de toute médication l'avortement continue sa marche ; alors, quand l'orifice sera dilaté ou que les membranes seront rompues, on donnera de l'ergot si la matrice cesse de se contracter ou se contracte mollement.

Enfin une femme enceinte peut avoir une perte grave. Après avoir employé divers moyens hémostatiques, avant d'avoir recours au tampon, on donne 2 grammes d'ergot, comme nouvel hémostatique. Il arrive alors de deux choses l'une, ou le médicament provoque des contractions, ou il n'en provoque pas.

S'il n'y a pas de contractions et que la perte continue, on applique le tampon.

S'il y a des contractions, aussitôt que le col est ouvert comme une pièce de 1 à 2 francs, on rompt les membranes et on laisse marcher le travail.

2° *Quels sont les cas dans lesquels il faut donner de l'ergot de blé à une femme qui est en travail?*

Avant d'avoir la *pensée* (je souligne ce mot à dessein), avant, dis-je, d'avoir la pensée de donner de l'ergot à une femme qui accouche, il faut *s'assurer* qu'au moins trois des conditions suivantes sont remplies, si l'on ne veut s'exposer à faire courir à la femme les plus grands dangers :

« En premier lieu, qu'il n'y a pas d'obstacles mécaniques sérieux à l'accouchement, rétrécissements, vices de conformation ;

« Secondement, que la dilatation est complète, ou, si elle ne l'est pas, que les parties sont molles, et tellement dilatables, que la dilatation puisse se compléter sous l'action des premières contractions que produira le médicament;

« En troisième lieu, que le diagnostic de la présentation étant bien établi, c'est une extrémité fœtale qui se présente (1);

« Quatrièmement, que les membranes sont rompues;

« Cinquièmement, ceci est très-important pour ne pas compromettre la vie de l'enfant, il faut qu'à partir du moment où le médicament commencera à produire son effet l'accouchement puisse se terminer en quelques minutes. »

J'insiste sur ces préceptes ; c'est malheureusement parce que l'ergot a été administré en dehors de ces conditions qu'on l'a vu produire des accidents terribles, et soulever contre lui tant de reproches injustes, et l'épithète imméritée : *pulvis ad partum, pulvis ad mortem.*

L'ergot de seigle, ou son succédané, l'ergot de blé, est un médicament précieux, aussi précieux dans son genre que le mercure, que le quinquina le sont dans le leur; mais à une condition, c'est de l'administrer à propos.

Pendant le travail, on peut administrer l'ergot pour venir en aide soit à la mère, soit à l'enfant.

(1) Ce n'est pas sans un grand étonnement que j'ai vu l'ergot conseillé dans la présentation de l'épaule (mémoire de M. Millet). C'est un conseil malheureux, pour ne rien dire de plus. Si des accoucheurs ont eu l'extraordinaire bonheur de voir le succès couronner leur audacieuse imprudence, on ne doit en parler que pour faire voir tout ce qu'on peut attendre de la nature dans certaines circonstances, puisque l'accouchement se fait en dépit des fautes les plus graves ; on ne doit en parler, dis-je, que pour donner le conseil de ne pas les imiter.

Secours que le médicament donne à la mère.

Un médecin se trouve en face d'un accouchement qui se présente dans de très-bonnes conditions, mais qui ne marche pas, parce que l'utérus ne se contracte plus, ou ne se contracte que faiblement. Faut-il administrer l'ergot? A cette question, je répondrais *non* d'abord, ensuite je chercherais les causes qui s'opposent à la marche du travail.

La femme est-elle faible, débilitée, épuisée par un long travail, l'emploi du remède n'est pas encore indiqué; il vaut mieux administrer des toniques, un peu de bon vin, de petits bouillons. Ce n'est que lorsque ces moyens auront échoué qu'on emploiera l'ergot.

Le travail, au contraire, cesse-t-il chez une femme forte, vigoureuse, pléthorique, on fait une petite saignée ; ce moyen fait souvent merveille. Les contractions ne se réveillant pas après la saignée, on administre l'ergot.

Il peut arriver que les contractions soient faibles, et qu'on les voie s'épuiser inutilement parce que l'utérus est trop distendu. On commence par rompre les membranes, en prenant la précaution de ne pas laisser écouler trop de liquide à la fois. Après avoir rompu les membranes, il peut arriver que la tête s'oppose à l'écoulement des eaux ; alors on fait comme Puzos, on soulève un peu la tête pendant l'intervalle des douleurs, pour faire écouler une partie du liquide.

Ce n'est qu'après avoir usé de ce moyen préliminaire qu'on emploiera l'ergot, si les contractions ne se réveillent pas.

Dans les accouchements rapides, dans lesquels il y a quelques raisons de craindre une hémorrhagie après la sortie de l'enfant, il est prudent d'administrer de l'ergot pour se mettre en mesure contre les éventualités de cet accident. On commence par s'opposer à la sortie brusque du fœtus, et 10 ou 15 minutes avant la fin présumée de l'accouchement, on donne de l'ergot.

Pendant le travail, une hémorrhagie légère peut avoir lieu. Si l'orifice est dilaté, et que les membranes soient intactes, pour peu qu'il y ait menace de voir augmenter l'hémorrhagie, on rompt les membranes. Si, après cela, les contractions restent faibles, éloignées, on administre l'ergot.

Dans ce même cas d'hémorrhagie légère, si les membranes se sont rompues d'elles-mêmes, si la présentation est bonne, il faut administrer l'ergot avant de penser au forceps, à plus forte raison à la version.

Enfin, si l'hémorrhagie est grave, on se comporte dans ce cas comme si la femme n'était pas à terme.

Secours que le médicament donne au fœtus.

On vient en aide au fœtus lorsque, le travail n'ayant rien de particulier que la lenteur, on s'aperçoit que l'enfant rend le méconium, et que, par l'auscultation, on constate qu'il souffre; alors il faut terminer rapidement l'accouchement, en donnant l'ergot de blé.

3° *Quand faut-il administrer l'ergot de blé après l'accouchement ?*

Dans deux cas, ou pour faciliter la délivrance ou pour arrêter une hémorrhagie.

Il peut arriver que, le fœtus étant dehors, l'utérus, pour des causes quelconques, reste flasque, mou.

Tant que le placenta n'est pas décollé, il n'y a rien à craindre : il suffit d'exercer des frictions sur l'utérus, de le soumettre à un léger massage; si ces moyens sont impuissants à le stimuler, c'est le moment d'administrer l'ergot.

Mais, si le placenta est décollé, si le sang coule avec abondance, il faut administrer l'ergot, en même temps porter la main dans l'utérus pour en extraire le délivre et les caillots, comprimer l'aorte à travers les parois abdominales, en attendant l'action du médicament.

Il est rationnel de penser que l'ergot de blé, jouissant au même degré que celui de seigle de la propriété spéciale de stimuler l'utérus, peut être employé dans toutes les circonstances où ce dernier médicament produit de bons effets.

Mode d'administration et doses.

L'ergot de blé se donne en poudre, à la dose de 50 à 60 centigrammes, de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à 2 grammes, en s'arrêtant à la dose qui produit l'effet désiré.

On administre le médicament dans un quart de verre d'eau sucrée, à laquelle on peut ajouter quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger.

On pourrait préparer une potion analogue à celle que l'on prépare avec l'ergot de seigle :

Ergot de blé. . .	3	grammes.
Vin blanc . . .	100	—

A prendre en trois doses, que l'on rapproche suivant les effets que l'on veut produire.

MÉDECINE COMPARÉE.

Prédisposition aux exostoses déterminée par l'usage d'une eau fortement cha gée de sels terreux.

Par M. Ormo Dudfield,
vétérinaire à Cheltenham.

Dans un haras de chevaux de chasse, à Cheltenham, un grand nombre d'animaux furent atteints d'exostoses, telles que éparvins, suros, formes, etc., pendant une série d'années. Ces maladies se manifestaient dès le premier âge et ne pouvaient s'expliquer par l'abus du travail, car le propriétaire de ce haras avait un trop grand nombre d'animaux pour en abuser.

En 1851, M. Dudfield père crut reconnaître la cause de cette singulière prédisposition; en goûtant, par hasard, l'eau dont les chevaux faisaient u-age, il lui reconnut une saveur fortement terreuse, et il fut conduit à penser que l'excès de sels calcaires dont cette eau était chargée pouvait bien être la cause de la formation des tumeurs osseuses.

Cette eau, soumise à l'analyse chimique, fut reconnue contenir la proportion de matières solides suivante pour un gallon de la capacité de 70,000 grains (en litres : 4,545) :

Chlorure de calcium...............	8.80
— de magnésium............	3.04
— de sodium................	4 00
Matières organiques................	1.92
Sulfate de magnésie................	3.68
Carbonate de chaux................	15 36
Sulfate de chaux avec traces de fer....	15.36
	52.16

M. William Herapath, auteur de cette analyse, pense que la grande quantité de sels terreux que contient l'eau qu'il a examinée peut être la cause, comme l'a préjugé M. Dubfield, des dépôts osseux dont les animaux sont affectés. Il fait observer que dans un gallon impérial (c'est-à-dire, en mesure française, dans un peu plus de 4 litres de liquide) il n'y a pas moins de 46 grains de sels terreux sur 52 grains de matières solides; que sur cette quantité de sels terreux il y a 11 grains qui sont formés par des chlorures terreux prompts à se décomposer, dans l'économie, sous l'influence des biphosphates du canal alimentaire; d'où la formation des phosphates neutres ou *terre des os*.

Ce résultat connu, le propriétaire du haras eut recours à des mesures prophylactiques. Les chevaux cessèrent de faire usage de l'eau terreuse et furent alimentés soit avec de l'eau de pluie, soit avec de l'eau provenant d'une petite hauteur située à peu de distance de la ville, et depuis cette époque aucun nouveau cas de tumeurs osseuses ne s'est manifesté; d'où M. Dudfield se croit autorisé à conclure que la cause de ces tumeurs était inhérente à l'usage des boissons chargées de sels calcaires en excès.

Cette observation est pleine d'intérêt.

(*Recueil de médecine vétérinaire.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Une susceptibilité des* Annales de Clinique. — L'honorable directeur des *Annales de Clinique* est vraiment trop tendre à l'irritation; il lui suffit que nous *soulignions* trois mots sortis de sa plume pour se croire autorisé à nous apostropher par des : *Non, Monsieur!* Avant de reproduire l'article légèrement bilieux du savant Rédacteur, pour qui nous avons plusieurs fois fait preuve de bienveillante confraternité, notamment dans l'article dont il se plaint, nous lui ferons observer :

1° Que le *soulignement* d'un ou de plusieurs mots ne peut, en aucun cas, augmenter l'énormité d'une inexactitude, mais seulement appeler l'attention sur une erreur ou sur une vérité qui pourrait passer inaperçue; les *Annales* auraient souligné, que leur erreur n'aurait été ni plus ni moins énorme; mais la vérité est qu'elles n'ont point souligné les mots *ravagé si cruellement*, et nous n'avons pas prétendu dire le contraire. Ce qu'elles ont souligné, ce sont les mots *cité médicale*, et c'est là seulement ce que nous avons voulu faire remarquer, afin que les *Annales*, si elles le jugeaient à propos, nous fissent connaître le sens de ce soulignement, si tant est qu'il en ait un. M. Alquié craindrait-il que l'existence de la Faculté de Montpellier fût au nombre des faits qui peuvent passer inaperçus?

2° Que ce n'est nullement par susceptibilité (attendu que notre habitude n'est pas de nous émouvoir sans motif), mais par pur amour de la vérité que nous avons relevé l'erreur des *Annales*.

3° Que ce n'est pas en invoquant des appréciations faites par différents auteurs qu'on prouve un fait; mais en montrant ce fait ou en indiquant des témoignages qui puissent en démontrer l'existence. Quand M. Alquié nous aura signalé une observation dans laquelle le sulfate de strychnine a été prescrit à dose toxique, nous lui accorderons qu'il a bien fait d'appliquer à la méthode strychnique la qualification que nous avons infligée à la méthode sulfurique.

Sous le bénéfice de ces deux remarques, nous nous plaisons à reproduire, comme toujours, la verdoyante prose de M. Alquié.

« Dans notre précédent numéro nous avons écrit: « Le choléra « qui ravage si cruellement plusieurs contrées de la France, Paris, « Strasbourg, Bordeaux, Marseille, etc., semble vouloir épargner « notre *cité médicale*. » Cette annonce a provoqué la susceptibilité de l'honorable directeur du *Moniteur des Hôpitaux* qui, dans un de ses récents numéros, écrit : « On lit dans les *Annales de Clinique*: « Le « choléra qui *ravage si cruellement*, etc. (Ce sont les *Annales* qui soulignent.) » Non, Monsieur, ce ne sont pas les *Annales* qui soulignent, mais le Rédacteur du *Moniteur des Hôpitaux* qui l'a vu ainsi, par désir d'y trouver une énorme inexactitude. Nous ajouterons à notre précédente note qu'à Toulon on comptait naguère de 20 à 30 décès par jour parmi les cholériques, et qu'à Pézenas, nous dit-on, il en a été à peu près de même.

M. Castelnau s'élève ensuite sur la qualification d'*empoisonnement* par nous donnée à l'emploi du sulfate de strychnine chez les cholériques. Nous ne pensons pas, en effet, que l'*empoisonnement sulfurique* lui paraisse inexactement apprécié, puisque ce sont les expressions dont il s'est servi lui-même à ce sujet. Mais il ajoute : « Jamais, à notre connaissance, le sulfate de strychnine n'a été donné ni conseillé à des doses autres que celles usitées dans la médecine ordinaire. » Nous pourrions renvoyer notre contradicteur à plusieurs journaux de médecine parisienne; mais il préférera sans doute lire dans l'un des derniers numéros de son estimable journal (*Mon. Hôp.* 3 octobre 1855. p. 944), une lettre où M. le docteur Tourette constate qu'on a administré le sulfate de strychnine, *à des doses énormes*, à des cholériques dans la période algide; aussi ce médecin ne peut s'expliquer l'absence d'accidents qu'en supposant la non-absorption du médicament. Professeur Alquié.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 125. 3e année. Vendredi 19 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à *Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 19 octobre 1855.

De la philosophie médico-chirurgicale à propos des petits sétons perfectionnés.

Tout est dans tout, a dit un philosophe ; il n'est donc pas étonnant que M. Velpeau ait trouvé matière à philosopher là où M. Malgaigne n'avait vu qu'une occasion d'amuser un moment le public aux dépens de la ridicule exhibition dont on avait rendu l'Académie témoin.

Il est probable que si d'autres devoirs que ceux du journaliste ne nous avaient point tenu éloigné de l'Académie, et que l'avantage nous eût été réservé d'entendre le discours de M. Velpeau, nous y aurions trouvé quelqu'une de ces qualités que nous nous sommes si souvent plu à signaler dans ses précédentes oraisons. L'intonation, le geste, l'expression ont des mérites que l'auditeur seul peut apprécier, et qui sont entièrement perdus pour le lecteur. Aussi devons-nous avouer que, réduites à une simple reproduction sténographique, les paroles de M. Velpeau sont bien plus dignes du sujet qui les a provoquées que de la position du savant académicien. Les aperçus philosophiques qu'il a jetés dans son discours ne nous paraissent guère propres à en accroître l'éclat et la portée, et loin qu'ils soient de nature à relever le séton, ils nous semblent eux mêmes avoir pris un fort goût d'exutoire.

Comme premier aperçu philosophique, M. Velpeau fait remarquer que le chirurgien passe par trois âges chirurgicaux, juste comme l'homme Si nous avons bien compris M. Velpeau, qui n'a pas toujours été d'une clarté sans nuage, il y aurait seulement cette différence entre l'homme et le chirurgien, que le dernier âge de celui-ci, au lieu d'être l'âge de la décrépitude serait celui de la virilité. C'est sans doute en preuve de cet aphorisme philosophico-physiologique que le savant professeur a émis les opinions et assertions suivantes :

Les sétons sont utiles dans les affections des yeux anciennes et dont le siége *est n'est pas très-précis*. Quoique la langue de M. Velpeau soit sujette à tourner, nous croyons, nous sommes certain même qu'elle a dû tourner en cette circonstance ; car ce n'est pas un homme de sa complexion qui pourrait sérieusement fonder une indication thérapeutique sur l'ignorance du siége véritable d'une maladie. Il serait inutile d'insister davantage sur ce point.

FEUILLETON.

De l'enseignement anatomique.

L'anatomie est, comme on le sait, la science qui s'occupe de l'organisation des végétaux et des animaux. Je ne perdrai pas mon temps à examiner si le mot est en rapport avec la chose qu'il exprime. Je ne veux ni le justifier ni le critiquer, je l'accepte tel qu'il est et avec le sens qu'on lui donne aujourd'hui.

L'anatomie se divise en plusieurs branches, suivant le genre de recherches auxquelles on se livre et le but qu'on se propose.

L'anatomie des animaux, pour ne nous occuper que d'elle seule, se prête facilement aux principales divisions suivantes :

1° On la nomme descriptive quand elle s'occupe de la forme des objets, de leur situation, de leur position, de leur direction, de leurs dimensions. Elle envisage surtout les parties facilement saisissables, elle les distingue, les coordonne, les classe, et quand on étudie le degré de consistance, la densité, la mollesse, la dureté, l'élasticité, etc., elle conduit naturellement à la seconde division.

2° L'anatomie de texture pénètre dans l'intimité de la constitution des parties. Le nom d'anatomie de structure ou plutôt de composition lui aurait mieux convenu que celui de texture, comme ayant une désignation plus générale. Pour arriver à son but, elle a recours à des moyens variés, à l'analyse chimique, à l'emploi du microscope, aux injections fines, etc.

3° L'anatomie descriptive, mais surtout l'anatomie de texture, nous portent à l'examen de l'anatomie d'évolution, et toutes trois ensemble à l'étude de :

4° L'anatomie physiologique, qui consiste dans le rapport qu'ont entre elles les diverses parties du corps, appelées alors organes, et leur fonctionnement.

5° Vient ensuite l'anatomie comparée, qui consiste à rapprocher les différents organismes de la série animale et à les comparer sous les différents points de vue indiqués dans les divisions précédentes.

Puis 6° l'anatomie générale, qui comprend en elle toutes les autres divisions. Les autres branches nous ont présenté l'histoire de l'organisme par lambeaux ; l'anatomie générale nous l'offre dans une synthèse complète. C'est la seule qui devrait rationnellement et philosophiquement exister, puisqu'elle comprend toutes les autres en elle. Mais nos moyens d'étude sont encore trop insuffisants, et nos classifications, nos méthodes, trop imparfaites pour pouvoir atteindre ce but d'emblée. Avec elle, nous nous élevons des éléments aux combinaisons simples, et de celles-ci à de plus compliquées, et ainsi de suite, jusqu'à ce que nous soyons arrivés à l'achèvement complet de l'édifice et à son fonctionnement général. Elle part de l'œuf et des animaux inférieurs pour finir à l'homme ; mais cette anatomie générale n'est enseignée nulle part, ni dans les livres ni dans les cours. Elle fait de la vie une unité dont elle cherche à saisir tous les leviers, tous les liens, tous les ressorts, tous les mouvements. Elle ne se préoccupe pas plus d'une chose que d'une autre, puisque tout est nécessaire dans l'accomplissement des fonctions. La science de la vie est son unique but, et c'est vers lui qu'elle cherche à s'élever en étudiant tout, puisque tout est indispensable pour y arriver.

On a encore divisé l'anatomie en anatomie chirurgicale, médi-

En voici un où M. Velpeau paraît avoir péché avec plus de réflexion : Si l'on voulait faire passer toute la thérapeutique par l'étamine dans laquelle M. Malgaigne a voulu filtrer le séton, peu de moyens, a dit M. Velpeau, résisteraient à une telle épreuve.

Voilà qui est parfaitement vrai, et tout aurait été pour le mieux, si le savant académicien avait ajouté qu'il faut se hâter de généraliser l'application de l'étamine de M. Malgaigne, afin que les praticiens qui veulent se distinguer des commères, des charrons et autres guérisseurs, avec lesquels ils se plaignent, quelquefois à tort, qu'on les confond, sachent distinguer le douteux du certain, le vrai du faux, la science de l'ignorance, et l'art du charlatanisme, ou, comme le disait naguère le prince Charles Bonaparte, à propos d'un rapport fait par un de ses collègues de l'Institut, de la *charlatanerie*. — Mais au lieu de cette conclusion, M. Velpeau infère :

1° Qu'il y a des convictions qui, fondées sur une expérience personnelle, ne sont point inattaquables, mais qu'il faut respecter néanmoins. — Respecter, à la bonne heure, mais non pas sans doute considérer comme des vérités, à moins d'admettre autant de vérités qu'il y a d'expériences personnelles, système que M. Velpeau doit laisser à son père nourricier et à son frère cadet.

2° M. Velpeau infère encore qu'il ne peut y avoir en médecine de certitude absolue, de *convictions mathématiques*. — A part ce qu'on pourrait objecter à M. Velpeau, touchant les *convictions* mathématiques, nous pensons qu'il ne se fait pas une idée nette des différentes espèces de certitudes, et qu'il se trompe beaucoup en pensant qu'il n'y a que la certitude fondée sur une démonstration mathématique qui soit *absolue*, c'est-à-dire qui soit réellement une certitude. A moins de pousser le scepticisme jusqu'à l'absurdité, on est forcé d'admettre qu'il y a des lois et des faits parfaitement certains, quoiqu'ils ne puissent être démontrés par aucune opération mathématique ; il y en a même qui sont *plus certains*, si l'on peut ainsi dire, que les vérités mathématiques : un homme qui s'entendait mieux que nous en philosophie, et l'on peut même dire, sans crainte d'humilier notre savant professeur, mieux que M. Velpeau lui-même, a décrit : « Quelque effort que je fasse pour douter, je suis plus convaincu de l'existence des corps que je ne le suis de plusieurs vérités géométriques. Ceci paraîtra étonnant, mais je n'y puis que faire ; j'ai beau manquer de démonstrations géométriques pour prouver que j'ai un père et une mère, et j'ai beau m'avoir démontré, c'est-à-dire n'avoir pu répondre à l'argument qui me prouve qu'une infinité de lignes courbes peuvent passer entre un cercle et sa tangente, je sens bien que, si un être tout-puissant me venait dire. De ces deux propositions, *il y a des corps*, et *une infinité de courbes passent entre le cercle et sa tangente*, il y a une proposition qui est fausse, devinez laquelle? Je devinerais que c'est la dernière... »

Au lieu de l'existence des corps, le grand philosophe aurait pu choisir cent autres exemples de certitude non moins certaines et contre lesquelles M. Velpeau ne se serait certainement pas inscrit en faux. Les certitudes thérapeutiques sont donc d'un ordre différent des certitudes mathématiques, mais elles ne sont pas moins absolues ; la seule difficulté est d'arriver à la démonstration, et de ne pas croire avoir démontré quand on a à peine fourni une présomption ; c'est à faire cette distinction, capitale autant que difficile, que doivent s'évertuer les savants sérieux arrivés au troisième âge chirurgical, au lieu de se contenter de cette expérience personnelle qui penche trop vers ce que les *artistes* en plein air appellent l'inspiration.

3° M. Velpeau a inféré encore des insuccès de M. Malgaigne à l'endroit du séton, que les maladies étaient des états complexes, et qu'on n'en rencontrait pas deux semblables. Pour preuve, M. Velpeau ajoute qu'il a obtenu par le séton *vingt à trente* améliorations dans des cas où d'autres moyens avaient échoué ; si les *vingt* ou *trente* améliorations sont réelles, il s'ensuivrait donc que les vingt ou trente maladies où on les a observées offraient au moins ceci de commun et de semblable qu'elles étaient heureusement modifiées par un même moyen. Mais à quoi bon répondre à une banalité mille fois réfutée et qui n'était pas digne de passer par la bouche de M. Velpeau? Il lui faut laisser les arguments de cette force à son frère cadet.

Nous pourrions bien ajouter encore quelques remarques sur le discours de M. Velpeau, notamment sur les idiosyncrasies et sur l'absorption de *certains éléments* du pus ; mais nous préférons arriver sans plus tarder à la moralité de ces débats, s'il en est une qui en puisse sortir : C'est que lorsqu'il s'agira de sétons, de cautères, de buses, de corsets et autres engins plus ou moins perfectionnés, les hommes de la valeur de M. Velpeau devront s'abstenir de prendre la parole, à moins que ce ne

---

cale, etc., mais ce sont là des points de vue tout à fait particuliers, répondant à des exigences spéciales. La division philosophique est celle que nous avons établie.

Parmi les diverses branches de l'anatomie, celle qui a été l'objet principal de mon étude, c'est l'anatomie descriptive considérée dans l'homme. C'est la plus pratique, en même temps la plus élémentaire, du moins dans son mode de procéder ; elle n'oblige point à des analyses subtiles ; elle ne nous engage pas dans l'examen des infiniment petits ; elle décrit ce qui est, et ne nous fait point passer d'un état à un autre, à travers des transitions difficiles à saisir. Les faits qu'elle constate sont simples et ne se prêtent pas en général à ces interprétations diverses, qui entraînent avec elles des discussions interminables, comme on le voit dans les autres branches de l'anatomie auxquelles, du reste, elle sert de base, d'appui et de point de départ. Elle a été, elle est encore ma science de prédilection, le foyer de convergence de toutes mes études, de tous mes travaux. C'est d'elle que je procède pour m'élever à des recherches nouvelles. C'est vers elle que je reviens, lorsque je veux reconstituer les résultats obtenus. Je n'ai point ici à m'occuper de son utilité dans la pratique de la médecine et de la chirurgie. Ce n'est point à ceux qui nient cette utilité que j'adresse mes paroles. Le père de la médecine, en faisant l'hygiène, disait : Je n'écris point pour les Sarmates et pour les peuples plus barbares encore. J'entre, sans autre préambule, en matière, et j'expose de suite mes vues sur l'enseignement de l'anatomie descriptive de l'homme.

Avant l'école de Dessault, les descriptions anatomiques n'avaient ni la précision, ni la netteté, ni la clarté qu'elles acquirent à cette époque.

Dessault, persécuté par la Faculté de médecine, fit néanmoins assez promptement triompher sa méthode. Ses opposants durent s'incliner devant l'évidence, et céder à la puissance de la vérité.

Gavard, Bichat, Boyer, etc., vulgarisèrent la méthode de leur maître, et nul n'a dépassé le dernier en ce qui concerne la simplicité et la netteté de l'exposition des détails. A ce point de vue son livre d'anatomie est un chef-d'œuvre, chef-d'œuvre conçu par le maître, exécuté par l'élève... Heureux les maîtres qui ont de pareils élèves, heureux les élèves qui ont de pareils maîtres !

La négligence de la détermination des plans du corps donnait aux descriptions anatomiques une allure vague et incertaine. Dessault et son école, en insistant sur cette détermination, donnent à l'anatomie descriptive un cachet de précision ignoré jusqu'alors.

Le corps humain est encadré entre six plans, antérieur, postérieur, supérieur, inférieur et latéraux. Le plan médian coupe le corps en deux moitiés, qui, chacune d'elles, offrent une face externe, une face interne.

Si, avant Dessault, ces indications ont été signalées, elles manquent très-certainement du caractère positif et déterminé que l'on retrouve dans les cours et les livres de son école. On n'a besoin, pour s'en convaincre, que de lire les œuvres de l'école qui a précédé la sienne, de celle de Winslow. Les directions et les inclinaisons, déductions naturelles des positions, sont données avec le plus grand soin. Tout devient clair et net. Les objets les plus petits, comme les plus grands, sont minutieusement décrits dans leur situation, dans leur position, dans leur forme ; avec leurs faces, leurs bords, leur direction, leur inclinaison. Les rapports ne sont point négligés, le développement parfois signalé, la méthode est tracée. Venez, faits

soit pour fustiger à la manière de M. Malgaigne ces fallacieuses inventions.

M. Clot-Bey semble vouloir prendre la bonne habitude de venir apporter chaque année à l'Académie le fruit de l'expérience personnelle qu'il doit avoir acquise pendant son long séjour en Egypte. Il est à regretter que les résultats de cette expérience ne soient pas formulés avec plus de netteté et de précision par l'honorable bey, qui paraît ne s'être pas suffisamment souvenu, en Egypte, que la médecine ne peut se fonder sur des impressions, mais bien sur des observations. Il a eu toutefois le mérite de nous apprendre, mardi dernier, que les sétons perfectionnés étaient de la médecine de Bedouins. M. Malgaigne doit s'en vouloir, comme nous-même, de ne s'en être point douté. Après cela, peut-être s'en est-il douté un peu.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — Service des Calculeux. — M. CIVIALE.

Lithotritie dans un cas défavorable. — Guérison prompte. — Précautions à prendre avant l'opération.

Le malade qui vient d'être soumis à l'application de la lithotritie avec un succès si complet présente des particularités sur lesquelles je dois appeler votre attention.

Cet homme, plus que septuagénaire, souffrait depuis longtemps de la pierre. Mais ce n'étaient pas ces douleurs locales, tranchées et plus ou moins temporaires, caractéristiques de l'affection calculeuse; c'étaient des souffrances vagues dans l'excavation pelvienne, au pubis et au sacrum, s'irradiant vers l'estomac et le poumon, dont les fonctions étaient souvent troublées. Du côté de la vessie, on n'observait rien de saillant; l'urine était catarrhale et parfois brunâtre; il y avait de fréquents besoins de la rendre, mais elle coulait lentement. La vessie se contractant faiblement soit en commençant, soit en finissant d'uriner, il n'y avait ni épreinte ni tenesme. La seule sensation que la malade accusait était un peu d'ardeur dans le canal et un malaise général qu'augmentait la fatigue et même l'exercice le plus modéré. Les forces physiques et l'aptitude au travail avaient diminué ainsi que l'embonpoint. L'appétit était faible et souvent le malade avait de la fièvre. Sa figure avait un aspect terreux et l'on voyait sur les côtés du nez un bouton de nature suspecte.

Cet ensemble de phénomènes locaux et généraux ne se rattachait pas spécialement à la pierre; plusieurs lésions de la vessie en produisent de semblables; mais on avait constaté la présence d'un calcul, et je me suis borné à vérifier l'exactitude du diagnostic qu'on avait porté et à examiner l'état des organes. J'ai reconnu que l'urètre et le col vésical avaient une sensibilité exagérée, que la vessie, dont la capacité paraissait avoir diminué, se contractait si faiblement que toute l'urine n'était pas expulsée à chaque mixtion, que sa surface interne était molle et couverte de villosités. La pierre avait à peu près le volume d'une noix. Il eût été imprudent de faire d'emblée une exploration plus complète. Je soumis immédiatement le malade au traitement préparatoire dont je vous ai plusieurs fois exposé les bases et, au bout de huit jours, l'opération a été commencée. A l'aide du lithoclaste, dont j'avais fait choix, la pierre a été saisie, morcelée, et les fragments repris et écrasés; le tout dans l'espace de deux minutes qu'a duré l'opération. Une injection faite immédiatement a entraîné une grande quantité de débris rougeâtres et quelques éclats. D'autres sont sortis spontanément avec l'urine et sans causer de douleur. Un bain, deux potages, des boissons abondantes ont été prescrits.

Le malade a repris le lendemain son régime ordinaire. Trois autres opérations d'aussi peu de durée ont suffi pour réduire en poudre ou en petits débris ce qui restait de la pierre. Le tout a été expulsé naturellement avec l'urine.

A dater de la première séance, l'état général du malade s'est notablement amélioré et les fonctions de la vessie se sont régularisées.

Deux explorations terminales m'ont prouvé que la guérison était complète.

Ainsi ce malade, dont l'état nous avait donné les inquiétudes les plus sérieuses, a supporté les opérations sans le moindre accident. Vous avez remarqué qu'il n'a donné aucun signe de douleur. Cependant la première séance fut pénible. On ne peut pas saisir une grosse pierre dans la vessie, sans ouvrir largement le lithoclaste et exécuter des mouvements étendus qui sont toujours douloureux, surtout quand la vessie

---

connus et inconnus, vous ranger sous cette bannière; vous serez tous décrits: nul n'échappera; la méthode est générale, universelle. Après avoir fait de cette méthode un éloge aussi grand, et, il faut le dire, aussi justement mérité, il semble qu'il n'y ait plus, d'après nous, rien à faire, si ce n'est à ranger religieusement tous les objets sous la règle descriptive qu'il nous a donnée. Pourtant cette conclusion est loin de ma pensée. Sans doute Dessault a rendu un immense service aux études anatomiques; sans doute sa méthode est remarquable, mais il s'est arrêté après avoir fait un pas, et c'est ainsi que nous nous arrêtons toujours: il n'est donné à personne d'arriver à la perfection; l'infini, voilà la loi du progrès. Et pourtant loin de moi la pensée de substituer aux règles qu'il a données d'autres règles; j'ajoute, j'explique, je ne retranche ni ne change rien, mais ces additions, ces explications sont pour moi d'une grande importance. Je n'en conserve pas moins les données de Dessault, et sa méthode est pour moi la base solide, servant d'appui à mes développements ultérieurs. Parlons d'abord d'une question, qui n'a peut-être pas une grande importance au point de vue de la philosophie de la méthode, mais qui en a une réelle dans la pratique de l'enseignement, quand on est chargé de faire pénétrer les principes de la science dans l'esprit de jeunes auditeurs non encore initiés aux études anatomiques.

Dans la première leçon de mon cours, après avoir exposé à mes élèves le but de l'anatomie, après avoir esquissé à grands traits les principales divisions du sujet, j'en commence immédiatement l'étude en mettant l'homme en position. Je l'encadre, à la manière de Dessault, entre six plans; puis, après avoir indiqué les désignations en usage pour les exprimer, je passe à l'étude des directions, je montre avec plus de précision que cela n'a été fait jusqu'ici, qu'elles ne sont qu'une déduction des positions. Deux objets diffèrent-ils, quant à la situation, suivant un seul mode la direction de la ligne d'union sera simple, soit verticale, soit transversale, soit antéro-postérieure; suivant deux modes, elle sera binaire, suivant trois modes, ternaire; mais là s'arrête la désignation la plus compliquée des différences de situation et de direction. Deux objets pris dans le corps humain diffèrent l'un de l'autre, au moins suivant le mode simple, sans quoi ils seraient à la même place et ne feraient qu'un même objet; ils peuvent différer suivant le binaire ou le ternaire, mais jamais au delà. Les directions se comportent absolument de la même manière. Prenons pour exemple le bout supérieur de l'oreille et le menton. Le premier point est par rapport au second tout à la fois supérieur, postérieur et externe; le second est inférieur, antérieur et interne, et la direction est nécessairement ternaire, de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans, en partant de l'oreille, ou en sens inverse en partant du menton. Dérivé de la position et de la direction, le regard est lui-même simple, binaire et ternaire; un objet peut regarder en direction simple, en avant, par exemple; en direction binaire, soit en avant et en dehors; en direction ternaire, soit en avant, en dehors et en haut; mais arrêtons-nous-là, nous ne trouverions pas un quatrième cas. Ce que l'on nomme inclinaison répond à un regard au moins binaire.

Pour déterminer le nombre des regards principaux simples, binaires ou ternaires, que l'on prenne un cube. Ses six faces répondront aux six regards simples, ses douze angles dièdres aux douze regards binaires, et ses huit angles trièdres aux huit regards ternaires. Je ne puis développer ici toutes les applications que je donne, toutes les comparaisons que je fais dans mes cours pour l'intelligence

est irritable et qu'il y a phlegmasie comme cela existait ici.

Aux séances suivantes, la pierre étant morcelée, la manœuvre a été plus facile et moins douloureuse. C'est là un résultat constant et qui surprend toujours les personnes peu familières avec ce mode de traitement. Il est constaté, en effet, 1° que lorsque la pierre est petite, ou qu'elle a été morcelée, la manœuvre est facile et produit peu de souffrances. L'instrument n'étant ouvert que d'une faible quantité, ne produit sur la surface vésicale qu'un léger frottement; et si l'opérateur a la main exercée, le malade est soustrait aux impressions pénibles qui sont inévitables quand la pierre est volumineuse; 2° que la vessie, comme l'urètre, s'accoutume au contact répété des instruments; et les douleurs de l'opération sont de plus en plus faibles, à tel point que lorsqu'il devient nécessaire de faire un grand nombre de séances, le malade souffre à peine vers la fin du traitement.

Cet effet important qui paraissait méconnu de la plupart de ceux qui pratiquent la lithotritie, de ceux même qui prétendent tracer des règles pour cette opération, est prouvé par l'expérience de tous les jours; mais pour l'obtenir, il est nécessaire que le contact des instruments avec la surface vésicale ne se prolonge pas et que la manœuvre soit exempte de toute violence. Si l'on fait de longues séances, comme c'est l'usage, si les mouvements du lithoclaste sont brusques, plus ou moins violents, la sensibilité vésicale au lieu de diminuer augmente, au contraire, de jour en jour; la contractilité de ce viscère suit la même progression, et un moment arrive où le malade ne peut plus supporter l'opération et la santé générale ne tarde pas à se perdre.

Ce n'est pas seulement sur l'état local que se manifeste l'heureuse influence des précautions dont je vous ai souvent entretenu pour la pratique de la lithotritie, c'est-à-dire d'opérer avec ménagement et de ne faire que des seances très-courtes; l'état général du sujet s'en ressent aussi, et ce que vous avez remarqué chez notre bon curé, vous l'observerez sur la plupart des opérés, surtout dans les cas où la contractilité vésicale est faible. Chez ces malades, en effet, une longue et laborieuse séance de lithotritie produit un ébranlement considérable et, par suite, la fièvre et le trouble de toutes les fonctions qui persistent, s'aggravent et finissent par entraîner la mort. Mais lorsque la manœuvre se borne à produire une excitation modérée, temporaire, on voit bientôt les fonctions, notamment celles de l'estomac se régulariser, le sommeil et les forces revenir, la tranquillité d'esprit et l'aptitude au travail renaître à mesure que le traitement avance. Cet effet peut être obtenu même dans les cas graves. J'ai recueilli un grand nombre de faits qui m'ont encouragé à opérer des sujets qui paraissaient exclus de ce mode de traitement. J'ai consacré un article dans mon *Traité de la lithotritie* à l'histoire de ces cas.

A l'entrée du malade dans le service, je me bornai à constater les faits principaux, me réservant de faire une exploration plus complète si le cas l'exigeait, après le traitement préalable. C'est en effet ce qu'il faut faire, en général, pour prévenir les réactions qu'entraînent trop souvent les recherches prolongées à la première visite. En suivant la marche que je vous conseille, on épargne souvent bien des douleurs au malade, et l'exploration devient le commencement de l'opération, toutes les fois que le lithoclaste dont on a fait choix est applicable à la pierre que l'on rencontre et qu'il n'existe pas une de ces lésions vésicales qui exigent des modifications dans la manière de procéder à la trituration de la pierre.

E. Crouzat.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 octobre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle comprend les états des vaccinations faites en 1854 dans les départements de la Loire, d'Eure-et-Loir, Meurthe, Côtes-du-Nord, Dordogne. (Comm. de vaccine.)

CORRESPONDANCE PRIVÉE.

1° **Choléra.** — Un Mémoire du docteur Raffaele Agresti, sur l'épidémie de choléra qui a sévi à Naples en 1854. (Comm. du choléra de 1854.)

2° **Remèdes secrets.** — Échantillons sur divers remèdes.

M. le président informe l'Académie que MM. Bouisson et Clot-Bey, membres correspondants, sont présents à la séance.

DISCUSSION SUR LES SÉTONS.

M. Velpeau. L'Académie est étonnée de voir la discussion s'enga-

du sujet; et que l'on ne s'imagine pas que je fatigue l'esprit de l'élève de notions générales, étendues et multipliées, comme on le fait habituellement dans les cours et dans les ouvrages. Il n'en est rien, et j'imite en cela l'exemple d'un illustre maître, de Gay-Lussac. A sa première leçon, il décrivait l'oxygène et l'hydrogène, et basait ses premières généralités sur les propriétés de ces deux corps; je ne procède pas autrement. A ma première leçon, je décris les vertèbres, et c'est sur la description de ces os, base du squelette, que s'appuient les premières généralités de mon exposition. Tout dans mes démonstrations prend corps et figure. Je repousse les formes abstraites comme point de départ de l'étude, quel que soit son objet d'application. L'esprit ne peut, en général, s'élever d'emblée à l'abstraction. Il faut que l'image nous ait frappés, pour qu'il puisse naître en notre intelligence une conception: *Nil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu.* Je ne fais pas de discours préliminaire, je n'ai point à mon usage de leçons d'introduction. J'initie les élèves à la science par la science même, et cela de la façon la plus simple et la plus naturelle du monde. Je ne puis entrer ici dans tous les développements de la méthode, je ne puis qu'en donner une idée, pour la juger il faut la voir en action; venez et écoutez, à l'œuvre on connaît l'artisan. On voit que je commence par l'étude du squelette et de la colonne vertébrale en particulier; les raisons que l'on a données à l'appui de cette manière de procéder étant suffisantes, je n'ai pas ici à m'en préoccuper; j'étudie le squelette à la manière de Boyer et comme l'avaient fait d'autres auteurs avant lui, os et articulations en même temps. On évite ainsi des redites inutiles, et quand, après avoir étudié les os d'une partie, le professeur en décrit immédiatement après les articulations, il trouve dans des souvenirs tout récents un appui qui lui manque lorsqu'il procède à la manière ordinaire. Ajoutez à cela que l'on saisit mieux un objet lorsqu'on le considère sous toutes les faces à la fois, qu'en y revenant à plusieurs reprises différentes pour l'envisager dans sa totalité. L'idée d'un ensemble net et précis ne peut naître que d'un pareil genre d'examen. Mais il ne me suffisait point d'envisager les os et les articulations en même temps, j'ai voulu réunir à leur description celle des muscles et faire de toutes les parties de l'appareil locomoteur une étude collective. J'ai voulu, tout en suivant l'ordre systématique, constituer les régions comme on le fait en anatomie dite topographique, pour les besoins de la médecine et surtout de la chirurgie.

Je me suis attaché en d'autres termes à suivre les organes non-seulement dans leur continuité, mais encore à les considérer dans leur contiguïté, et cela sans que l'un des modes d'examen pût nuire à l'autre, mais ne fit au contraire que le confirmer. Ce n'est pas tout, je me suis efforcé de mener de front et l'étude des organes et celle de leur fonctionnement, c'est-à-dire l'anatomie et la physiologie, et cela pour une raison qui me paraît bien simple et bien facile à concevoir, c'est que l'esprit n'est jamais mieux disposé à comprendre le jeu d'une machine que lorsqu'il vient d'en étudier tous les rouages.

De quelle manière ai-je attaqué toutes ces difficultés, jusqu'à quel point ai-je avancé la solution de cet important problème, c'est ce que mes lecteurs seront à même d'apprécier dans le prochain numéro.

Docteur Dupré, professeur.

ger sur un sujet en apparence si peu important, car le séton rentre dans la petite chirurgie; mais, à bien prendre, il n'y a rien de petit ni d'absolument grand; il n'y a de si petit objet qui n'ait sa valeur, sa mesure dans le temps : il ne faut donc pas dédaigner les petites choses.

L'autre jour, lorsque j'ai entendu M. Bouvier parler du séton, et dire les inconvénients et même les dangers qui s'attachent au séton ordinaire, j'ai pensé d'abord qu'il allait le proscrire; bientôt j'ai vu qu'il voulait tout simplement les remplacer par de très-petits sétons. Qu'est-ce qui l'a conduit à cette substitution? C'est d'abord que, suivant l'avis de M. Bouvier, l'usage du séton devenait de plus en plus rare, et il lui semblait que les médecins avaient tort de s'abstenir ainsi du séton. M. Bouvier croyait que le séton n'était plus employé aujourd'hui contre des maladies qui autrefois en réclamaient souvent l'emploi; il a cité quelques praticiens, des oculistes surtout, qui blâment le séton, et il en a conclu que tous les chirurgiens qui soignent aussi des maladies des yeux blâmaient l'emploi du séton. Je le prie donc de m'exclure du nombre, car je l'emploie pour les maux d'yeux en particulier. Mais ce n'est pas cela qui a porté M. Bouvier à modifier la forme, à changer la nature du séton; il a cru que cette sorte de défaveur tenait au volume trop grand des sétons, et qu'en les mettant très-petits il en aurait tous les avantages sans en craindre les dangers; il en est donc arrivé à se servir de sétons filiformes. Mais ces fils ne sont pas une nouveauté, leur emploi est très-ancien; depuis, on est arrivé à de gros sétons. Enfin, M. Bouvier nous apporte comme d'excellents exutoires dont il retire de brillants résultats, des sétons très-petits, infiniment petits. J'ai remarqué que de nos jours nous tournons aux infiniment petits, sans vouloir parler de l'homéopathie; j'ai entendu parler de la cautérisation ponctuée, destinée à remplacer les cautères et les moxas; ce sont simplement de nombreux cautères, mais modifiés en ce qu'ils sont infiniment petits; puis nous arrivons aux petits sétons pour remplacer les grands. J'avoue que j'ai eu peur lorsque j'ai entendu M. Bouvier parler de ses très-petits sétons, car de là à l'homœopathie il n'y a plus que l'épaisseur d'un fil : d'abord j'ai peine à croire qu'un fil placé depuis longtemps dans la peau puisse produire quelque chose, cela m'a l'air en vérité de se rapprocher beaucoup de l'homœopathie; ces sétons ne sont guère employés que dans les maladies chroniques, mais tout le monde sait qu'après un certain temps ces maladies peuvent se dissiper toutes seules; tout le monde sait qu'après l'emploi de quinze ou vingt médicaments différents, si la maladie vient à céder, on impute ce succès au dernier moyen employé, qui n'a peut-être pas fait plus que les autres, tandis que la guérison n'est due qu'à l'expectation, au temps seul : cela donne l'idée de la valeur qu'on peut attribuer aux petits sétons. Lorsque M. Bouvier nous a présenté des malades porteurs de ces petits sétons à la nuque, il m'a semblé que ces malades n'avaient rien au cou ou à peu près, et je me suis demandé si c'est à leurs petits sétons que ces malades devaient l'amélioration de leur état. Croit-il que les petits sétons aient une action semblable à celle des grands sétons? Je ne le crois pas : les grands sétons agissent par la douleur et par la suppuration; là se trouve la révulsion, pour les vitalistes, et la suppuration, pour les humoristes, et nous ne retrouvons pas cela dans les petits sétons de M. Bouvier. Je n'ai donc pas pu, après cette lecture, partager les idées de M. Bouvier, et j'étais assez de l'avis de M. Malgaigne. Mais quand j'ai vu M. Malgaigne profiter de ce qu'avait dit M. Bouvier contre les grands sétons (et c'est ainsi que nous agissons envers nos plus grands amis, dès qu'une personne commence à les attaquer, nous nous joignons à elle pour les écraser) ; quand j'ai vu M. Malgaigne rejeter les sétons en masse, parce qu'il trouvait les petits sétons inutiles et les grands sétons nuisibles et dangereux; quand je l'ai vu condamner du même coup tous les exutoires, j'ai été fort surpris, car j'ai vu nombre de malades à qui on a mis des sétons et qui s'en sont bien trouvés; pour ma part, j'en ai appliqué beaucoup, et je suis loin de croire que ce soit un moyen inutile.

M. Malgaigne a proscrit le séton après avoir consulté l'expérience des siècles et son expérience personnelle : l'expérience des siècles ne lui a rien appris; l'expérience personnelle lui a montré que le séton ne valait rien, et il est très-étonné de trouver des conservateurs. Sous ce rapport, je suis un peu parmi les conservateurs. Les hommes d'étude et de science passent naturellement par trois âges : dans ma jeunesse, j'ai mis des sétons en grand nombre, j'allais sur la parole des maîtres, sans trop réfléchir; un peu plus avancé dans la vie, j'appliquai moins de sétons, je revenais un peu de ma première manière de faire; j'aimais à aller comme les autres, renversant devant moi sans trop savoir ce qu'il en adviendrait : j'ai donc rabattu les propriétés du séton et des exutoires, il serait même facile de trouver quelques phrases de moi contre eux. Mais maintenant je suis arrivé à cette période de la vie où l'homme sent le besoin de se replier un peu sur lui-même, d'apprécier la valeur de ses écrits et de consulter de nouveau l'expérience. Dans cette nouvelle période de ma vie, j'ai été un peu moins dur contre le séton, et, pour dire en résumé ce que je vois et ce que j'ai vu sur le séton, voici ce que je trouverai : pour les maux d'yeux, par exemple, les sétons, les cautères et les vésicatoires ne m'ont pas paru indifféremment nuisibles ou utiles, il m'a semblé que tel ou tel moyen était utile dans tel ou tel cas; par exemple, les vésicatoires sont plus souvent utiles que les sétons et les cautères dans les ophthalmies aiguës et superficielles, tel que la conjonctivite ; les cautères m'ont paru plus utiles que les vésicatoires dans les ophthalmies internes et déjà anciennes, c'est-à-dire qui ont résisté à quatre, cinq ou six semaines de traitement; enfin, le séton est surtout utile dans les maladies plus anciennes, et en particulier dans quelques-unes de celles dont le siége n'est pas très-précis. Je ferai remarquer qu'ici le séton n'arrive qu'en dernière ligne : je l'emploie rarement de prime-abord, excepté dans l'amaurose. Les amauroses, on le sait, sont des affections complexes, dont on ne peut pas trop demander compte à l'anatomie. Dans l'amaurose, j'ai souvent employé le séton et je m'en suis bien trouvé : il est évident qu'il est inutile dans les cas où il y a altération viscérale, soit des membranes de l'œil, soit du nerf optique ou du cerveau ; mais dans les cas où l'affection qui détermine l'amaurose est mal définie, l'emploi du séton est souvent suivi de bons résultats. Je sais bien qu'il y a là une très-grande difficulté, celle de savoir si, lorsqu'une amaurose a été guérie après l'application d'un séton à la nuque, c'est le séton qui a amené la guérison, ou si cette amaurose devait guérir toute seule ou par le fait de la médication qui a été employée pendant le séjour du séton ; cette difficulté, certes, est immense, mais elle pèse sur toute la médecine, sur tous les moyens thérapeutiques, et je crois que, si l'on voulait examiner de la même manière tous les agents dont la thérapeutique dispose, il en resterait fort peu dans la science, après avoir subi de telles épreuves.

Il y a des convictions qui s'établissent sur des faits d'expérience personnelle, et qui, sans être inattaquables, méritent cependant d'être un peu respectées : j'aurai vu que le séton a amené vingt ou trente fois une grande amélioration dans des cas où d'autres moyens avaient échoué, je serai bien autorisé à croire que le séton a une certaine utilité dans ces cas; mais cette conviction que j'ai, je ne trouverai pas mauvais qu'on ne l'adopte pas. Mais notre science est ainsi faite, il a des maladies pour lesquelles les convictions mathématiques sont impossibles; il y a des maladies dont le diagnostic n'est pas très-clair : l'érysipèle, par exemple, tout le monde croit bien savoir ce que c'est. Mais il y a souvent trois ou quatre affections confondues ensemble. Que l'on applique là, sans distinction, une médication quelconque, et que cette médication tombe trois ou quatre fois de suite sur une de ces affections, qui sont de courte durée, et ce moyen sera réputé bon; mais un autre applique ce même moyen dans un cas en apparence semblable, et il ne réussit pas : il dira alors que ce moyen est mauvais. Pour la fièvre typhoïde, que n'a-t-on pas essayé, que n'a-t on pas vanté et blâmé tout à la fois, le sulfate de quinine, les purgatifs, etc.? Et cependant le diagnostic de la fièvre typhoïde n'est pas très-difficile. Comment se fait-il que le même traitement, appliqué à deux malades, dans des conditions analogues, réussit chez l'un et est sans effet chez l'autre? Passons maintenant aux maladies chroniques : voilà, par exemple, une amaurose, on en a vu guérir après deux ou trois ans; pendant ce temps, le malade change plusieurs fois de médecin, différents traitements ont été employés, comment pouvez-vous alors avoir une observation régulière, complète? Pour les maladies chroniques des articulations, les maladies graves contre lesquelles les cautères, que l'on emploie très-souvent, ne servent à rien, dit M. Malgaigne; mais ces maladies-là, quel est le médecin qui a été à même de les suivre pendant toute leur durée? Le malade reste deux ou trois mois sous votre direction, puis il va trouver un autre médecin; on ne peut pas avoir une observation, une démonstration complète. Il en résulte que les exigences de M. Malgaigne sur le séton sont beaucoup trop rigoureuses, et que, si, pour déclarer un moyen efficace, il exige une démonstration absolue, mathématique, il en trouvera bien peu. Mais je soupçonne qu'un jour arrivera où M. Malgaigne emploiera lui-même les sétons et les cautères, car il est des maladies qui résistent à tous les traitements que l'on emploie; après avoir essayé de tous ces moyens sans obtenir de résultats, à bout de son rouleau, il se dira : « Mais je n'ai pas employé ce moyen-là, » et il se trouvera certainement des malades qu'il aura soulagés, sinon guéris, par l'emploi du séton. M. Malgaigne est très-partisan de la médecine exacte, il ne veut employer que des

moyens dont il connaît l'action, c'est très-bien, mais moi je suis aussi très-partisan de la médecine qui guérit, et lorsque je n'ai pas pu guérir mon malade par tous les moyens que l'on a indiqués comme bons, j'arrive alors au séton et aux exutoires, qui peuvent bien alors avoir leur petite utilité.

Je crois, du reste, que l'on a beaucoup exagéré les inconvénients et les dangers du séton : l'établissement du séton, d'abord, n'est pas très-douloureux quand on a la précaution de bien fixer le pli de la peau et de passer rapidement l'aiguille à la base de ce pli; et une fois le séton établi, le pansement, lorsqu'il est fait convenablement, n'est pas extrêmement douloureux, non pas cependant que je veuille dire que ce soit agréable. Une fois le séton établi, quel que soit le moyen que l'on emploie pour y entretenir la suppuration, que ce soit la mèche de charpie ou le morceau de toile effilée (cela soit dit sans que l'on croie que je veuille entrer dans les discussions de la Charité et de l'Hôtel-Dieu à ce sujet), je ne prétends pas dire que le séton soit sans inconvénients. Il est vrai qu'il peut être quelquefois le foyer d'accidents de voisinage, ou même, comme dit M. Gerdy, d'accidents de voisinage éloigné, un foyer d'irritation qui s'irradie surtout par le système lymphatique, mais cela n'est pas commun. Ces irradiations ne sont pas non plus en raison de l'étendue de la plaie, car il y a de petites plaies qui amènent de grands accidents; tout le monde sait bien qu'une petite piqûre à un doigt peut amener de grands abcès de l'aisselle; je crois donc qu'une très-petite plaie, qu'une très-petite piqûre, produite par les petits sétons de M. Bouvier, peut amener ces accidents tout aussi bien que le séton ordinaire. Mais d'ailleurs on peut surveiller ces accidents. La douleur? mais elle n'est pas assez grande généralement pour qu'on puisse dire qu'elle est nuisible à l'affection contre laquelle on emploie le séton. Les accidents? mais s'ils sont trop graves, je diminue, j'enlève le séton. Il y a bien encore une autre raison : les maladies pour lesquelles on emploie le séton sont des maladies tenaces, qui ont résisté à tout jusque-là, et que l'on tient beaucoup à dissiper. Dans l'amaurose, par exemple, est-ce le danger de la douleur, d'une adénite ou d'un abcès, qui m'empêchera de tenter de la guérir par l'emploi du séton? Non, certainement; il en est de même pour ces ophthalmies chroniques qui aveuglent presque le malade.

Mais il y avait dans l'emploi du séton un danger beaucoup plus grand. Comme le séton devient un foyer de suppuration, je m'étais dit : un foyer de suppuration est toujours dangereux, car le malade peut absorber certains éléments du pus, l'emploi du séton expose donc le malade à un danger immense, l'infection purulente. L'expérience m'a montré que jamais il n'était survenu d'infection purulente ayant pour point de départ un séton ou un cautère; j'ai vu des abcès, des phlegmons, mais pas d'infection purulente.

J'emploie donc le séton dans l'amaurose quand il n'y a pas de signes manifestes d'une lésion organique insurmontable, quand elle ne m'a pas l'air de tenir à une affection viscérale; je l'emploie dans les kératites qui résistent aux émissions sanguines, aux vésicatoires volants, à différents collyres appropriés, aux purgatifs ou à la mercurialisation par le calomel, et j'en ai obtenu de très-bons effets. Je l'emploie encore pour de très-anciennes kératites vasculaires, rarement contre les conjonctivites. Mais comment ai-je acquis la conviction que le séton est utile dans les kératites? Des malades ont été traités pendant quelques semaines par tous les moyens que je viens d'énumérer; j'applique le séton sans rien changer au régime du malade, et je vois qu'il va mieux, et cela se répète plusieurs fois de suite; je suis donc en droit de dire que je crois à l'efficacité du séton dans tous ces cas. M. Malgaigne dit : « Mais j'ai employé le séton dans les mêmes cas, et je n'ai pas réussi. » C'est possible, car les maladies sont toujours quelque chose de complexe, il y a toujours quelque chose qui fait qu'une maladie, avec toutes les apparences de similitude, diffère essentiellement chez deux individus qui semblaient être placés dans les mêmes conditions; cela tient à la nature de la cause de la maladie, à la constitution, à l'idiosyncrasie de chaque sujet; les idiosyncrasies, dont on a tant ri, et cependant remarquez : voici deux individus de même force, qui ont la même maladie, j'applique à chacun un large vésicatoire sur le genou; le lendemain, l'un se plaint de douleurs, de ténesme à la vessie, l'autre n'a rien éprouvé ; cela arrive très-souvent. Donnez de l'émétique à deux individus, dans les mêmes conditions apparentes l'un vomit beaucoup et l'autre pas : à quoi tiennent ces différences, si ce n'est à l'idiosyncrasie? Pouvait-on les prévoir avant d'administrer le médicament? On ne pouvait pas plus les connaître d'avance que l'on ne peut dire : Telle médication appliquée à telle maladie réussira dans tous les cas. Voilà, je crois, comment peut s'expliquer la différence entre les résultats que j'ai obtenus et ceux qu'a eus M. Malgaigne.

Il en résulte que les convictions personnelles ne doivent pas être trop sévèrement rejetées. Lorsque des hommes comme Ambroise Paré, comme Boyer, nous disent qu'ils ont réussi plusieurs fois par tel moyen dans telle maladie, j'ai la plus grande tendance, je suis tout disposé à les croire. M. Malgaigne exige une démonstration rigoureuse, il faut une statistique sévère, irréprochable ; à ce compte-là, une observation bien faite, du reste, mais à laquelle il manquera quelque petite chose, ne signifiera rien.

Ces observations, d'ailleurs, peuvent être tout aussi fausses que les traditions, et je répète que, pour moi, l'expérience des siècles, lorsqu'elle nous est transmise par des hommes de science, et qui font autorité, vaut à peu près autant que les observations rigoureuses.

M. Bouvier. Je répondrai quelques mots à M. Velpeau, et ensuite à M. Malgaigne. M. Velpeau m'est venu en aide, et j'en avais besoin, de cette façon l'expérience de M. Malgaigne se trouve contrebalancée par celle non moins imposante de M. Velpeau.

M. Velpeau a reproduit un argument qui m'avait déjà été posé par M. Larrey, et auquel j'avais répondu. Il me dit que les sétons que je propose sont trop petits pour produire un effet suffisant; j'ai été mal compris : j'ai parlé de sétons petits et de sétons progressivement plus gros; j'ai dit qu'en partant d'un séton filiforme, on peut, en sept ou huit jours, arriver à un séton aussi volumineux que l'on voudra. Ce petit séton, que vous pouvez à volonté augmenter ou diminuer, vous permet en quelque sorte de doser la quantité d'action que vous voulez en obtenir; il n'est pas nécessaire d'avoir en vingt-quatre heures un grand foyer de suppuration. Commencez donc par placer un fil, puis un second, un troisième, etc., et je suis persuadé que si M. Velpeau était dans la nécessité de se faire appliquer un séton, il aimerait encore mieux avoir ce petit séton filiforme que de se laisser traverser la peau de la nuque par l'aiguille de Boyer.

M. Velpeau m'a rendu un grand service lorsque, M. Malgaigne se demandant si les affections oculaires des enfants que j'ai présentés étaient assez graves pour qu'on leur infligeât le séton, lui, de son côté, trouvait que ces enfants n'avait rien ou presque rien au cou. Les observations que j'ai lues, et les petits malades que j'ai soumis à l'Académie, n'ont pas paru, à M. Malgaigne, prouver grand chose, mais j'ai voulu simplement démontrer que le séton que je propose est moins douloureux et plus commode que le séton ordinaire; je n'avais pas pour but de prouver l'efficacité du séton dans les affections des yeux, je la croyais démontrée, j'ai seulement voulu parler de la modification que j'ai apportée au séton. Je travaillais pour tous ceux qui emploient le séton, et j'ai dit : Vous trouvez des inconvénients et des dangers aux grands sétons, en voici un que je crois plus commode et moins dangereux.

M. Malgaigne passe sur un nouveau terrain, la révulsion; cela nous mettra d'accord. Pour ma part, je crois que la révulsion fait la moitié de la thérapeutique, mais, pour ne parler que de la révulsion extérieure, que de formes différentes, depuis la simple rubéfaction de la peau, jusqu'aux plaies, aux exutoires! Il est évident que tous les révulsifs n'agissent pas de la même manière, mais le cachet commun, c'est la permanence de leur action, et c'est là précisément ce que M. Malgaigne leur reproche. Pour lui, les révulsifs n'agissent que pendant les premiers jours de leur application ; passé ce temps, leur action est épuisée, mais renouvelez sans cesse la révulsion, entretenez l'excitation en vertu de laquelle la suppuration s'est établie, et vous en obtiendrez de bons effets pendant un temps prolongé. Je crois, comme M. Malgaigne, qu'on a abusé des cautères dans les affections des os, mais quelle différence entre les os où la vitalité est si lente, et les organes si éminemment riches en vaisseaux, tels que les yeux, le cerveau. Je récuse donc l'analogie que l'on a voulu établir entre ces différents organes sous le rapport de l'action que la révulsion a sur eux.

M. Malgaigne rejette le séton parce qu'on ne connaît pas son origine; le séton est de très-bonne maison, il descend d'Hippocrate, voilà le père; la mère, c'est la médecine vétérinaire (que M. Malgaigne trouvera peut-être un peu vulgaire). Qu'est-ce que le séton? voici la description du séton d'Hippocrate : c'est un ulcère creux à deux ouvertures apparentes au dehors, et dont la partie moyenne est située sous la peau ; c'est un ulcère sous-cutané : il est vrai qu'autrefois on n'y mettait pas de mèche, de même qu'autrefois on ne mettait pas de pois dans les cautères; mais les anciens recherchaient comme nous à prolonger la durée de ces exutoires; ils recommandent d'en retarder le plus possible la cicatrisation.

Parmi les arabistes, Albucasis, après Paul d'Egine, reproduit la description du séton d'Hippocrate : Rhazès pour la première fois distingue le séton des autres exutoires, et recommande d'y placer un corps étranger afin d'en prolonger la durée.

Enfin Laufranc, le premier, place le séton à la nuque. Il est vrai qu'il l'établissait encore avec le fer rouge, et ce n'est que longtemps après qu'on arriva au séton actuel. Comment M. Malgaigne a-t-il pu traiter d'empirique le séton, sur lequel il a fait un excellent mais court article : il y a dans ses recherches une petite lacune causée par une méprise, par un malentendu : dans la citation de Marc-Aurèle, Séverin, *lib. 1, medic. veter.* , M. Malgaigne a cru voir *lib. I, medicinæ veteris*, tandis que c'est : *lib. 1., medicinæ veterinariæ;* ce qui fait que M. Malgaigne n'a pas trouvé le passage cité dans Hippocrate.

Mais on taxe le séton d'impuissance ! Après de semblables assertions, je suis tenté de m'écrier : Chers collègues, joignez-vous à moi pour remercier Dieu de m'avoir guéri par le séton : Fabrice d'Aquapendente a été guéri par le séton ; la fille de l'autre Fabrice, l'orfèvre Paul dont parle A. Paré, ont aussi été guéris par le séton. A propos de Fabrice d'Aquapendente, M. Malgaigne dit que je fais deux parts de sa version, et que je n'en accepte qu'une ; du tout, j'ai dit que Fabrice devait bien savoir quelque chose au sujet de la douleur que produit le séton ; il entre là-dessus dans de grands détails et dit que le séton est peu douloureux, surtout quand on le passe rapidement, *citissimè et ferè sine dolore*. M. Malgaigne demande si l'on ne peut pas attribuer la guérison à autre chose que le séton ; pour ma part, je suis convaincu que je ne dois ma guérison qu'au séton. Quant aux deux Fabrice et à l'orfèvre Paul, c'est le séton seul qui les a guéris ; et ce fait de Ruisch, où le séton guérit une première fois ; une rechute survient, le séton la guérit encore ; enfin une seconde rechute et le séton en fait encore justice.

Mais, dit-on, l'ophthalmologie moderne rejette le séton ; c'est peut-être un tort : j'ai dit que le séton est peu douloureux, voyez si, dans la pratique de l'ophthalmologie, il n'y a pas des choses bien plus terribles : voyez ces petits enfants qui n'accusent pas la moindre douleur quand on panse leur séton, qui le pansent eux-mêmes, et d'un autre côté entendez les cris horribles, voyez les affreuses contorsions de ces petits malheureux à qui on instille dans les yeux du collyre au nitrate d'argent. Le vésicatoire, dit M. Malgaigne, vaut mieux que le séton ; mais le vésicatoire est très-douloureux au contact de l'air, surtout lorsque le derme est entamé ; de plus, chez les enfants, il expose à la diphthérite qui est beaucoup plus rare, qui est presque inconnue pour le séton ; c'est là la différence des plaies sous-cutanées.

M. Malgaigne demande une série d'observations sur les effets des exutoires ; mais si l'on rejette ces moyens de la pratique, comment pourra-t-on avoir une série d'observations ?

M. Desformes. J'ai peu de mots à dire : M. Bouvier m'a cité pour une note que j'ai publiée il y a dix ans sur les petits sétons ; j'ai recommandé un appareil de plusieurs petits sétons placés à la fois. Il y a plusieurs petites plaies sous-cutanées qui ont chacune leur action, c'est l'action du grand séton divisé en plusieurs petites plaies. Je crois à l'action d'un seul petit séton filiforme, mais s'il vient à se supprimer, il ne reste plus à la peau qu'une petite fistule sans aucune action ; tandis que dans l'appareil de petits sétons que j'ai proposé, si une ou deux des petites plaies vient à se fermer, il en reste encore quelques-unes qui agissent. Voilà tout ce que j'avais à dire.

M. Clot-Bey. Les affections des yeux sont très-fréquentes en Egypte. Avant d'y aller, j'étais partisan du séton que j'ai appliqué souvent. Je déclare que je n'ai jamais vu employer le séton que dans les maladies chroniques. En Egypte, j'ai vu de très-nombreuses affections des yeux passées à l'état chronique ; le séton a été un des moyens le plus généralement employés, et je crois pouvoir dire que le séton a produit des effets vraiment merveilleux. J'ai apporté à l'emploi du séton une modification qui était nécessitée par les conditions des hommes auxquels j'avais affaire, les hommes du peuple, pour qui il est très-gênant d'avoir un paquet de linge autour du cou, et qui ne peuvent se panser soigneusement matin et soir : je plaçais une mèche que je fermais par un nœud, et je laissais cette anse en place ; ils n'avaient plus qu'à faire tourner doucement cette anse de mèche dans la plaie : je supprimais ainsi la douleur des pansements et les difficultés de l'entretien. Je crois donc, relativement à l'action du séton, que dans l'amaurose particulièrement il a de merveilleux résultats.

Je veux parler d'un autre séton filiforme que les Arabes appliquent à l'angle externe de l'œil ou aux paupières. Quand j'ai vu appliquer ces petits sétons, j'ai voulu me rendre compte de leurs effets, et j'ai vu qu'ils pouvaient remplacer les grands exutoires dans les cas où l'affection étant légère ne nécessite pas l'emploi de plus grands moyens, dans les cas, par exemple, où l'on emploie les mouches de Milan, les petits vésicatoires volants, sur lesquels ils ont ce très-grand avantage que l'on peut les prolonger pendant long-temps ; la pratique de ces petits sétons est vulgaire chez les Arabes, et j'en ai obtenu d'excellents résultats. C'est ce moyen que j'ai introduit en France, et qui trouve souvent son application. Le dernier cas où je l'ai employé est celui d'une dame atteinte d'une otite chronique et à qui j'ai appliqué derrière l'oreille un séton filiforme qu'elle cache dans ses cheveux ; elle s'en est très-bien trouvée jusqu'ici.

M. Gerdy demande la parole pour la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Linas, interne à la Maison de santé de Charenton, présente à l'Académie des pièces pathologiques fort intéressantes que nous publierons dans notre prochain numéro.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Chambly (Oise), 18 octobre 1855.

Monsieur le Rédacteur en chef,

C'est parce que je compte sur votre impartialité, mais non à la manière de M. le docteur Abeille, que je viens vous prier de vouloir bien insérer cette lettre qui, du reste, sera la dernière sur ce sujet. Je ne veux pas non plus abuser davantage de la patience de vos lecteurs qu'une polémique de ce genre ne peut intéresser beaucoup. Aussi j'aurais pu ne pas répondre, persuadé qu'ils comprendront parfaitement de quel côté est le sérieux, et que M. Abeille donne à mes idées un sens tout autre que celui qu'elles ont. Mais comme sa dernière réponse me prouve qu'il ne m'a pas compris, ou qu'il n'a pas voulu me comprendre, je tiens donc, pour lui seulement, à une dernière explication :

Je n'ai jamais écrit que le sulfate de strychnine administré à la dose de 1 à 3 centigr. dans l'algidité, n'était pas absorbé et qu'il n'y avait que l'eau le tenant en parfaite dissolution qui avait ce privilége, puisque je crois, au contraire, que l'eau en abondance a dû favoriser l'absorption de ce sel ; mais que ce dernier ayant été donné à trop faibles doses, M. le docteur Abeille ne pouvait le considérer comme un *spécifique*, puisque de l'avis de M. le professeur Trousseau les effets physiologiques ne paraissent avoir lieu dans les maladies autres que le choléra, qu'à la dose de 7 centigr. D'un autre côté, M. le docteur Abeille ayant donné à ses cholériques des boissons abondantes, pratiqué des saignées générales et locales dans le but, à la vérité, de remédier à la stase du sang dans les capillaires par suite de l'action présumée de la strychnine, fait mettre dans les bains, etc., etc., et que ce traitement, moins le sulfate de strychnine, se rapportant tout à fait au mien, j'ai dû rigoureusement conclure, comme je le fais encore, à la spécificité de l'eau.

Maintenant je dirai à mon honorable confrère *qu'il s'abuse*, s'il pense me faire beaucoup de peine en insistant sur ce qu'il appelle *mes réclames*. Que font donc tous les médecins qui ayant essayé un traitement quelconque avec réussite, viennent en informer leurs confrères par la voie des journaux scientifiques. Qu'a donc fait lui-même M. Abeille en préconisant le sulfate de strychnine ? si ce n'est une réclame ! Aussi il a le plus grand tort de tant insister sur ce mot.

M. Abeille me fait ensuite le reproche, à l'aide d'une fade plaisanterie, c'est son genre, de n'avoir eu ni juge ni témoin de mes résultats, et il ajoute encore qu'il y a *quelque naïveté*, en matière de choléra, à annoncer quatre-vingt-huit guérisons sur cent, si on ne fournit pas de pièces suffisamment justificatives. S'il s'était donné la peine de lire ma lettre du 23 novembre 1854, nº 139 du *Moniteur des hôpitaux*, il aurait vu qu'il n'a pas dépendu de moi que les résultats de mon traitement soient restés sans contrôle.

D'ailleurs je ne vois pas que M. Abeille ait tant à s'enorgueiller de l'opinion qu'on a émise sur les résultats de sa méthode qui a eu pour témoin un académicien revêtu d'un caractère officiel, puis le concours des contre-expériences dans les hôpitaux de Paris et de la Province, sans oublier celui de la pratique particulière d'un grand nombre de médecins de tous les pays. Hé bien ! qu'est-il résulté de tout cela ? Un rapport académique rien moins que favorable au sulfate de strychnine et des statistiques démontrant des résultats souvent inférieurs à ceux des autres modes de traitement.

Telles sont, monsieur le Rédacteur en chef, les réflexions que la dernière lettre de M. Abeille m'a obligé à lui présenter de nouveau :

il peut les trouver encore *naïves*, je ne m'en préoccupe nullement, le lecteur jugera !

Recevez, monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de ma haute considération.

Docteur TOURRETTE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

INOCULATION PROPHYLACTIQUE DE LA FIEVRE JAUNE.

La Presse, qui s'occupe avec tant de suite de tout ce qui se rattache aux grands intérêts publics, a eu la bonne pensée d'emprunter la correspondance suivante à un journal d'outre-mer. Nous la reproduisons à notre tour comme digne de l'intérêt de nos lecteurs, mais en faisant remarquer néanmoins que la manière confuse dont l'auteur de cette correspondance expose les faits, n'est pas de nature à éclairer beaucoup les hommes instruits sur l'utilité de l'inoculation de la fièvre jaune, ni même de leur suggérer des présomptions sérieuses à cet égard. Il est vivement à désirer que ces remarques parviennent sous les yeux de M. de Humboldt, le fils de l'illustre savant, avant qu'il ne se mette à rédiger le résultat de ses expériences.

« Havane, 15 août.

« Monsieur le Rédacteur,

« Bien que le *Moniteur de la Martinique* ait déja publié un rapport d'une Commission officielle envoyée à la Havane pour y étudier la question de l'inoculation préservatrice de la fièvre jaune et s'assurer de la valeur des promesses faites à ce sujet par M. le docteur de Humboldt, l'importance de telles promesses ne laissera pas, j'en suis sûr, la Martinique indifférente à une nouvelle communication à ce sujet.

« D'ailleurs, à l'heure qu'il est, la question offre un point de vue que ces messieurs de la Commission n'avaient pas pu apprécier, et duquel seul elle peut être jugée définitivement. En effet, nous sommes ici en ce moment dans cette saison critique que l'armée de la Péninsule ne peut traverser sans une mortalité de 25 pour 100 de l'effectif total des régiments arrivés à Cuba dans l'année. Ce chiffre est officiel. C'est de la statistique comparative de la mortalité dans les régiments frais non inoculés, et de la mortalité dans les 3,000 inoculés de M. de Humboldt dans la saison que nous traversons, que résultera le triomphe ou la chute de l'inoculation.

« Jusqu'à présent, les chiffres plaident en sa faveur. Le 30 juillet, on m'a communiqué le tableau du mouvement de l'hôpital militaire. Il porte pour la fièvre jaune 85 entrées et 61 morts. C'est une mortalité de 75 pour 100 sur les hommes tombés malades. Quant à M. de Humboldt, il accusait, à la même époque, une mortalité de 7 sur 3,000 inoculés. Nous ne savons à quel chiffre de troupes fraîches répondent les chiffres 85 entrés et 61 morts, mais nous pouvons comparer cette mortalité de 7 sur 3,000, ou 2,3 dixièmes pour 1,000, avec la mortalité officielle que nous relations tout à l'heure, 25 pour 100.

« Peut-on juger dès à présent si cette différence si éloquente des chiffres se maintiendra? Or, voici ce que je puis dire de l'enquête que j'ai faite à ce sujet. M. de Humboldt m'a conduit plusieurs fois à la salle de l'hôpital *San-Isidro*, où sont transportés pour être confiés à ses soins tous les malades primitivement inoculés et actuellement atteints d'affections fébriles. Je n'y ai jamais vu de fièvres jaunes proprement dites. Ce jugement en masse en regard du chiffre actuel de mortalité attribué à cette même affection dans les malades de la garnison non inoculés (61 sur 85), établissait déjà pour moi une forte présomption en faveur de la continuité du succès de la méthode.

« Mais voici ce qu'un examen plus sérieux et plus minutieux m'a révélé et ce qui a contribué à rendre cette présomption plus grande pour moi. Au début des affections fébriles dont sont atteints les malades de *San-Isidro*, ils présentent tout l'appareil symptomatique de la fièvre jaune, mais l'affection ne tarde pas à se transformer; et c'est dans cette transformation, à laquelle j'ai pu assister, que M. de Humboldt formule le résultat de son procédé.

« J'ai fait plusieurs visites à l'hôpital de San-Isidro, le soir, à 8 heures, au moment de l'entrée des malades, et l'appareil de symptômes que beaucoup présentaient était celui-ci : la face était vultueuse; il existait un gonflement inflammatoire des paupières avec un léger larmoiement. On observait une déjection jaune de la sclérotique; le pouls, accéléré et vif, était vibrant. La peau, chaude, était très-sèche. Ces malades accusaient en même temps une vive céphalalgie frontale, une forte douleur de reins et une grande courbature.

« Bien qu'il n'y ait pas de signes pathognomoniques de la fièvre jaune au début, on ne peut se refuser, surtout dans un milieu épidémique, à trouver dans cet ensemble de symptômes quelque chose de très-caractéristique. Si on continue à voir ces malades et surtout matin et soir, par exemple à 6 heures le matin et à 7 ou 8 heures le soir, on ne tarde pas à voir, surtout à ces heures-là, des rémissions franches succéder à cet appareil alarmant.

« En effet, à ce moment de la journée, des malades que je voyais au début, et aussi dans le courant des jours suivant leur entrée, dans un état alarmant, s'offraient toujours à moi dans un état susceptible d'inspirer le meilleur pronostic, lequel ne tardait pas à se vérifier par un retour à la santé presque immédiat. On voit, d'après cet exposé, que l'affection se transforme et qu'une fièvre inflammatoire et continue est remplacée par une fièvre avec intermittence franche. C'est en effet de cette manière qu'agirait l'inoculation. Elle ne préserverait pas absolument de la fièvre jaune; mais elle convertirait, chez l'individu atteint, une fièvre continue, et pour laquelle il n'existe pas souvent de moyens thérapeutiques efficaces, en une fièvre intermittente, ou tout au moins rémittente, avec des intermittences si franches, que la quinine serait dans tous les cas une arme victorieuse.

« Je dois dire d'ailleurs toute la confiance que possède, près de ses fébricitants inoculés, M. de Humboldt. Cette confiance, au premier abord, me paraissait téméraire. Il ordonne, immédiatement après leur entrée, une saignée, et, aussitôt après la saignée, il fait prendre un gros de quinine en quatre fois, d'heure en heure. Comme je m'inquiétais de sa précipitation, « la réaction se fait toujours après « la saignée, » me dit-il.

« Passager de transit à la Havane, je ne puis, pour mon compte, soumettre à une appréciation suivie la série si intéressante des malades de San-Isidro, intéressante surtout au point de vue des espérances que M. de Humboldt nous fait entrevoir. Il serait bien à désirer que M. le gouverneur de la Martinique, qui a apprécié l'importance des promesses faites par M. de Humboldt, ne fît pas abandonner les études commencées.

« C'est maintenant qu'il serait intéressant pour une commission éclairée, qui n'aurait pas d'autres soins, de suivre pas à pas l'établissement du chiffre de la statistique. Ce serait aussi une égide que cette protection de la France contre les attaques inconsidérées ou intéressées que se permettent les journaux contre une invention que le temps seul peut juger.

« Encore ce temps n'est-il pas long, deux ou trois mois. L'humanité ordonne silence jusqu'à ce que l'expérience se soit définitivement prononcée; et c'est vraiment un triste spectacle que cette conspiration du coffre-fort médical qui surgit de toute part et ne sait pas ajourner son impatience pour siffler. Puissent les faits la faire rentrer dans l'ombre, au grand bénéfice de l'Europe et de l'humanité !

« Recevez, etc. »

— *Conséquences de la doctrine de la contagion en matière de choléra.* — Si la contagion du choléra était une vérité, on pourrait y regarder à deux fois avant de le dire; mais quand c'est une erreur aussi bien démontrée que chose puisse être démontrée en médecine, on s'explique difficilement qu'il se trouve des médecins qui se hasardent à la soutenir, ne pouvant ignorer les conséquences désastreuses qu'elle peut entraîner. *La Presse* nous en signale aujourd'hui un nouvel exemple, qui malheureusement est loin d'être le seul. Voici ce qu'elle emprunte au *Journal de Madrid* :

« Les maires de villages envahis par le choléra consentent à ce que les pauvres et les malades soient chassés sans pitié, et à force de mauvais traitements, de leurs demeures. Ces malheureux errent sans asile, sans secours, repoussés de toutes parts, meurent ensuite d'inanition, ou succombent à la maladie dans les champs. »

— Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris est composé comme suit, sauf récusations : *Juges* : MM. Bouillaud, Natalis, Guillot, Vernois, Richet et Desormeaux. — *Suppléants* : MM. Beau et Maisonneuve.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 126. 3e année. Lundi 22 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales.

Par M. le docteur Chassaignac.

(*Suite. — Voir les numéros,* 100, 101, 102, 103, 106 *et* 124.)

L'observation suivante, qui nous a fourni de précieux enseignements sur un point du plus haut intérêt, à savoir, l'influence que la dilatation préalable du sphincter peut exercer sur les suites de l'opération, vient ajouter une nouvelle preuve d'une grande valeur, selon nous, en faveur de l'écrasement linéaire. Le malade nous avait été adressé par notre honorable confrère M. le docteur Ferniot.

Observation XVII. — *Bourrelet hémorrhoïdal circulaire énorme. — Hémorrhagies anales depuis seize années. — Accidents graves d'étranglement survenus il y a huit ans. — Guérison temporaire. — Réapparition de la maladie au bout de six mois. — Altération de la santé générale. — Ablation de la tumeur par écrasement linéaire. — Guérison au bout de quinze jours* (Observation recueillie par M. Alfred Fournier, interne des hôpitaux.)

Lebrun Edmond, âgé de trente-trois ans, menuisier, entre le 24 mai 1855, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 24.

Cet homme a joui d'une bonne constitution pendant sa jeunesse; il n'a pas eu d'autre maladie qu'une variole à vingt-deux ans.

Dès l'âge de dix ans, il a commencé à ressentir vers l'anus des picotements légers, intermittents. A dix-sept-ans, il perdit du sang pour la première fois en allant à la selle; la quantité de sang versé avec les matières était alors fort peu considérable, mais, à dater de cette époque, chaque garderobe s'accompagna d'un écoulement sanguin. Vers l'âge de vingt-deux ans, les hémorrhagies, au lieu d'être quotidiennes, ne se renouvelaient plus qu'à des intervalles variant entre quinze jours et un mois ; mais en revanche elles devinrent bien plus abondantes. A cette même époque, le malade s'aperçut de la présence à l'anus de petites tumeurs qui sortaient de l'intestin dans le moment des garderobes et rentraient ensuite spontanément. Ces petites tumeurs s'accrurent peu à peu ; vers l'âge de vingt-cinq ans elles constituaient déjà un bourrelet circulaire assez volumineux ; leur développement s'accompagnait d'hémorrhagies presque périodiques, revenant toutes les trois semaines et se prolongeant pendant quatre à cinq jours : l'écoulement sanguin se produisait surtout au moment des garderobes; mais il se continuait aussi pendant leur intervalle. Ces hémorrhagies périodiques soulageaient beaucoup le malade, en faisant disparaître quelques symptômes douloureux, tels que pesanteur vers les lombes, chaleur et prurit à l'anus, etc.

Bientôt, le volume croissant de la tumeur ne lui permit plus de se réduire d'elle-même, à la suite des efforts de défécation ; le malade était forcé, après chaque selle, de faire rentrer le bourrelet à l'aide de pressions plus ou moins longues et douloureuses. A l'âge de vingt-cinq ans, il arriva qu'un jour, à la suite d'une garderobe, la réduction fut impossible ; le malade l'avait tentée vainement; un médecin, appelé aussitôt, échoua également dans le taxis. La tumeur devint très-tendue, très-douloureuse; les accidents d'*étranglement* paraissent avoir été très-intenses, car pendant quinze jours, le malade éprouva les souffrances les plus atroces; il ne prit aucun sommeil pendant tout ce temps. Les tumeurs ne tardèrent pas à suppurer; elles diminuèrent beaucoup de volume, et finirent par se détacher en lambeaux : ce fut le terme des accidents.

A la suite de cet étranglement, le malade se trouvait réellement guéri par les seuls efforts de la nature. Pendant six mois, en effet, il ne perdit pas une goutte de sang; aucune tumeur ne paraissait à l'anus dans les garderobes; mais cette guérison ne fut pas de longue durée; car après six mois, les hémorrhagies se manifestèrent de nouveau.

Pendant cette période de six mois, où il n'y eut plus d'écoulement sanguin par le rectum, Lebrun fut sujet à de fréquentes épistaxis; il ne passait pas une semaine sans en éprouver au moins une. Il se rappelle positivement qu'avant l'âge de dix-sept ans, alors qu'il ne perdait pas encore de sang par l'anus, il était très-sujet aux hémorrhagies nasales, et que celles-ci disparurent dès que le flux hémorrhoïdal s'établit. Les épistaxis s'annoncèrent de nouveau après la suppression du flux qui suivit l'étranglement des tumeurs; elles disparurent complétement dès le moment où l'écoulement sanguin par le rectum se rétablit.

Le nouveau flux hémorrhoïdal ne tarda pas à s'accroître, et bientôt le malade en vint à perdre du sang à chaque selle; la quantité de l'écoulement ne dépassait guère un demi-verre à liqueur. Bientôt une petite tumeur apparut à l'anus, faisant saillie au dehors au moment des garderobes, se réduisant d'elle-même après la défécation.

Une année se passa de la sorte, à la fin de laquelle le malade commença à se sentir affaibli par les hémorrhagies continuelles auxquelles il était sujet. Son teint, qui avait déjà pâli depuis plusieurs années, s'altéra davantage.

Dans les dix-huit mois qui suivirent, les pertes sanguines s'accrurent en se répétant à chaque selle aussi bien que dans l'intervalle des garderobes : quelquefois le malade allait jusqu'à perdre un demi-verre de sang. La tumeur de l'anus se développa, continuant de sortir à chaque garderobe.

Depuis six mois, la tumeur a commencé à faire issue au dehors, même dans l'intervalle des selles, sous l'influence du moindre effort, en sorte que le malade est forcé, plusieurs fois par jour, de pratiquer sur elle un taxis douloureux. De plus, chaque sortie de la tumeur s'accompagne de pertes de sang dont la quantité varie, mais atteint souvent la valeur d'un grand verre.

Dans ces derniers temps, le malade, après avoir consulté plusieurs médecins qui lui avaient conseillé des bains de siége froids, des lavements d'écorce de chêne, de feuilles de noyer, etc., etc., eut l'idée de s'introduire dans le rectum des mèches d'alcool camphré. Il en résulta des douleurs très-vives et des hémorrhagies de plus en plus abondantes jusqu'à ces derniers jours.

Ces hémorrhagies se sont accompagnées d'un affaiblissement proportionnel à leur fréquence et à leur intensité. Le malade a beaucoup maigri depuis six mois; mais c'est surtout depuis trois mois que les forces se sont perdues, que la peau a pris la teinte jaunâtre qu'elle

présente aujourd'hui, et que l'appétit a disparu. Depuis trois mois, essoufflement dans la marche, lassitude, courbature générale, faiblesse des membres, sentiment de langueur et de tristesse, palpitations datant de trois à quatre semaines.

Le malade a continué les travaux de sa profession jusqu'au 20 de ce mois, mais depuis longtemps il était forcé de se ménager et d'abréger les heures de travail; dans la dernière semaine, il avait été pris plusieurs fois de vertiges, d'étourdissements, et ce fut à la suite d'un accident semblable, survenu le 20 mai, qu'il se vit contraint d'abandonner son atelier.

Etat actuel. — Visage amaigri, teinte jaunâtre, sub-ictérique de la peau du visage et de celle du corps. Muqueuses décolorées; sclérotique très-pâle, avec reflet bleuâtre.

Faiblesse extrême : le malade est dans l'impossibilité complète d'exercer sa profession; il peut encore faire de petites courses, mais il est très-promptement essoufflé.

Appétit très-diminué, digestions d'ailleurs faciles, selles régulières, quotidiennes, toujours accompagnées de sang.

Pouls fréquent, donnant 108 pulsations par minute et conservant encore assez de plénitude et de force. Premier bruit du cœur légèrement soufflant; ce souffle a son maximum à la base et à gauche. Souffle intermittent, assez doux, dans les vaisseaux du cou, correspondant à la diastole artérielle. Respiration normale; essoufflement très-facile à produire. Rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation.

Organes des sens intacts. Pas de vertiges ni d'étourdissements depuis que le malade a quitté son travail. Point de varices aux jambes ni de varicocèle. Le père du malade est affecté d'hémorroïdes.

Le malade étant au lit, la tumeur est rentrée dans le rectum, mais un seul effort la fait aussitôt sortir de l'anus. Elle se présente sous la forme d'un énorme bourrelet circulaire, dont les dimensions sont les suivantes : diamètre antéro-postérieur, 7 centimètres; diamètre transversal, 5 centimètres; circonférence, 18 centimètres.

L'épaisseur du bourrelet est plus considérable à droite qu'à gauche; à droite, le bourrelet offre le volume d'un gros orteil d'adulte; à gauche, celui du doigt médius.

Il est formé par la réunion de plusieurs mamelons charnus que séparent des sillons plus ou moins profonds. L'orifice anal n'est indiqué que par une simple fente linéaire antéro-postérieure, située non au centre du bourrelet, mais vers la partie gauche et supérieure de la tumeur.

Ces divers mamelons varient pour l'aspect : les uns, les plus volumineux, sont rosés, presque rouges, avec taches noires ecchymotiques; ils saignent au moindre contact; leur surface est évidemment constituée par la muqueuse rectale ; les autres, plus petits, sont blanchâtres, acuminés, consistants : ce sont de simples marisques.

Le sang que fournit la tumeur pendant cette exploration est remarquablement aqueux. Il laisse sur le linge une tache rosée, très-pâle, surtout vers les bords.

Le malade est soumis préventivement à l'alcoolature d'aconit.

Le 28 mai, on procède à l'opération. Le malade est endormi au chloroforme. On remarque que pendant toute la durée du sommeil chloroformique la peau se couvre de sueur très-abondante.

M. Chassaignac fait précéder l'opération de la dilaattion du sphincter, dans le but de prévenir le resserrement consécutif de l'intestin. La tumeur hémorrhoïdale est saisie à l'intérieur du rectum par l'érigne à branches multiples divergentes, puis amenée au dehors; une forte ligature embrasse le pédicule; l'anse de l'écraseur linéaire est passée au-dessus de ce fil, et l'on commence l'écrasement. Cette opération dure dix minutes. La plaie qui résulte de la séparation du bourrelet hémorrhoïdal ne donne pas une seule goutte de sang. Application sur l'anus de rondelles d'amadou ; bandage en T. Alcoolature d'aconit. Bouillons.

J'ai étudié sur la pièce qui venait d'être enlevée la plaie produite par l'écraseur, en essayant de rendre aux parties, par une traction artificielle, la tension que doit leur donner sur le vivant l'élasticité naturelle des tissus. Cette plaie se présente sous forme d'un anneau ayant environ 2 centimètres de hauteur, bordé en bas par la peau, dont la surface de section est très-nette; en haut par la muqueuse coupée un peu moins régulièrement. Les parties étant replacées dans leur position normale, il est facile de constater que *la plaie a sa direction dans l'axe même du rectum*, car la surface de section est parallèle à la muqueuse intestinale retranchée.

Dans la journée même de l'opération, le malade n'a ressenti vers le rectum qu'une cuisson supportable ; il a été calme, et s'est même endormi vers trois heures de l'après-midi. Il a ressenti jusqu'à six heures une certaine difficulté à uriner, avec cuisson légère dans le canal ; mais la nuit il a uriné très-librement. Pas d'envie d'aller à la garderobe. Sommeil assez bon pendant la nuit.

Le 29 mai. Calme ce matin. Nulle douleur vers l'anus et pas d'envie d'aller à la garderobe. Pouls un peu vif, à 100; langue blanche. Alcoolature d'aconit; potages.

Le 30 mai, même état. 112 pulsations; un peu de chaleur à la peau. Sommeil cette nuit. Ventre un peu ballonné. Le pansement étant enlevé, une exploration minutieuse fait reconnaître l'impossibilité de faire pénétrer dans le rectum une sonde de femme; la partie inférieure de l'intestin est oblitérée par l'accolement des lèvres de la plaie. M. Chassaignac détruit avec le doigt ces adhérences encore faibles. Bouteille d'eau de Sedlitz. Une portion.

Le 31 mai, trois ou quatre selles à la suite du médicament, peu douloureuses. Bon état; nulle douleur dans l'intervalle des garderobes. La nuit un peu de chaleur à la peau, mais sans sueurs; pas de frissons.

On place une mèche dans le rectum. Alcoolature d'aconit.

Le 2 juin, même état. Pas de selles. 15 grammes d'huile de ricin. Lavement; quelques garderobes fort peu douloureuses.

Le 3 juin, on commence l'emploi du tartrate de fer. Dans les jours qui suivent, l'état du malade continue à être des plus satisfaisants; l'appétit renaît; les digestions sont faciles; les selles, aidées de quelques lavements, deviennent presque quotidiennes, et le passage des matières n'occasionne presque pas de douleur. Le malade commence à se lever le 12 juin, et, dans les jours suivants, il s'exerce à quelques promenades. Il n'éprouve aucune douleur pendant la marche. La petite plaie fournit à peine un léger suintement; elle est d'aspect rosé, peu douloureuse.

A la fin de la première quinzaine de juin, les selles ne sont plus douloureuses; elles deviennent assez régulières; aucune ne s'accompagne d'écoulement sanguin. L'état général est très-satisfaisant. Appétit; digestions normales. La face a pris une expression plus vive; les yeux sont plus animés; les muqueuses commencent à reprendre de la couleur, et l'on peut même constater sur les joues un certain reflet rosé qui commence à se mêler à la teinte jaunâtre du visage. Les forces se sont notablement accrues; le malade peut se lever et faire quelques promenades. Le souffle vasculaire persiste, il semble même peut-être un peu plus prononcé qu'au début.

Depuis quelques jours on a supprimé l'alcoolature d'aconit. Fer réduit par l'hydrogène.

On est assez généralement porté à considérer l'affection hémorrhoïdaire comme n'étant pas une maladie de l'enfance, ni même de la première jeunesse. Il ne faut pas croire, cependant, qu'on n'observe jamais de tumeurs hémorrhoïdales chez les jeunes sujets, et l'observation ci-dessus est précisément un exemple de la précocité des dispositions hémorrhoïdaires chez certains individus, puisque, dès l'âge de dix ans, le malade avait éprouvé à la région anale quelques indices précurseurs de l'affection hémorrhoïdale si considérable dont il a été atteint plus tard. On voit, en outre, qu'à partir de dix-sept ans, les selles s'accompagnèrent toujours de la sortie d'une certaine quantité de sang.

On trouve chez ce malade, aussi bien que chez plusieurs de ceux dont nous avons rapporté l'observation, un exemple du fait bien connu, du reste, de la périodicité hémorrhagique qui, chez l'homme, constitue une sorte de menstruation. Nous n'insistons pas sur cette circonstance, considérée en elle-même et dans ses lois physiologiques, mais nous la rapprochons d'un fait extrêmement curieux et inattendu, selon nous, c'est l'impunité avec laquelle on supprime, par le fait de l'opération, un phénomène qui, par la régularité de ses retours, semblait avoir pris le caractère d'un véritable besoin de l'économie. Il faut de deux choses l'une, ou que nous ayons bien mal observé, ou qu'on ait singulièrement exagéré les conséquences de ce fameux fait de la suppression du flux hémorrhoïdaire qui reparaît à chaque page de l'histoire étiologique des maladies. Mais nous pouvons affirmer que pas un seul des malades que nous avons opérés, soit à l'époque où nous faisions usage du fer rouge, soit depuis que nous employons l'écrasement linéaire, ne nous a donné lieu de noter le moindre accident fâcheux comme conséquence de la suppression chirurgicale du flux hémorrhoïdaire.

Sans contester d'une manière absolue des opinions qui, dans l'esprit de beaucoup de savants praticiens, s'élèvent presque à la hauteur d'une croyance, nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'il y a eu beaucoup d'exagération dans l'importance étiologique qu'on a donnée à la suppression du flux hémorrhoïdal. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, l'effet a été pris pour la cause, et nous croyons que chez un grand nombre de sujets le début inaperçu de certaines lésions internes a provoqué la cessation de flux hémorrhoïdaux, à la suppression desquels on a attribué des maladies déjà existantes à l'époque où elle a eu lieu.

Sans vouloir heurter inconsidérément des opinions devenues respectables par l'adhésion que leur ont donnée les pathologistes les plus accrédités, nous dirons qu'il résulte pour nous, de tout ce que nous avons observé, qu'il n'y a, du fait de la suppression du flux hémorrhoïdal ultérieurement à l'opération, aucune contre-indication empêchant de recourir à ce précieux moyen. Nous croyons que beaucoup de sujets hémorrhoïdaires restent volontairement victimes d'une pénible et dégoûtante infirmité, qui pourraient rentrer dans les conditions de la santé la plus normale, s'ils n'étaient intimidés par l'idée d'une suppression dangereuse.

(*La suite au prochain numéro.*)

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. RACIBORSKI.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108, 111, 115, 119, 120, 121 et 124.)

OBSERVATION II. — Madame G..., Italienne, à Paris depuis une dizaine d'années, est accouchée pour la troisième fois il y a treize mois. Elle se porte ordinairement très-bien; sa nourriture est succulente, composée en grande partie de viandes rôties. Cette dame avait toujours beaucoup de lait, son garçon avait été toujours bien portant; il est gros, a les chairs fermes, le teint coloré, et a quatre dents depuis l'âge de onze mois ou d'un an. La menstruation a repris son cours au bout de dix mois d'allaitement et le poursuit régulièrement depuis.

Premier échantillon de lait. Le lait, pris dans l'intervalle des époques menstruelles, et examiné vingt-quatre heures après, présente l'aspect très-opaque. Les globules sont nombreux, et, en général, libres; beaucoup ont 1/200, un assez grand nombre au-dessous, quelques-uns ont 1/100, et il y en a même quelques-uns, mais peu nombreux, qui sont plus gros. Point de globules muqueux ni purulents. En agitant ce lait avec l'éther, on fait disparaître les globules butyreux sans faire perdre au liquide sa teinte, qui reste encore assez opaque.

Mis dans une éprouvette graduée, ce lait a fourni 10 de crème au bout de vingt-quatre heures; sa réaction est légèrement alcaline.

Deuxième échantillon. Lait recueilli au moment des règles, offrant l'aspect opaque et la réaction sensiblement alcaline. Ce lait offre les globules libres pour la plupart avec peu d'agglomération; point de globules muqueux ni purulents. Absence complète de granulations de collostrum. Un assez grand nombre de globules ont 1/100, et même plus de diamètre, d'autres ont 1/200 environ, et beaucoup de 1/300 à 1/400. Agité avec l'éther, ce lait ne perd également qu'imparfaitement son opacité.

Pesanteur spécifique, 30,8. Mis dans l'éprouvette graduée, ce lait ne fournit que 5 de crème à la température de 10 degrés; écrémé, il pèse 32,3, ce qui donne 1,4 d'augmentation.

Troisième échantillon. Le lait recueilli dans l'intervalle des époques menstruelles présente l'aspect moins blanc et moins opaque que dans d'autres échantillons. Cette circonstance pourrait peut-être s'expliquer par l'état de l'enfant qui souffre beaucoup et tette constamment. Pesanteur spécifique, 30,1. Les globules sont assez nombreux, libres, de diamètres ordinaires. Point de corps granuleux ni d'autres corps étrangers. Mis dans le crémomètre, ce lait fournit 8 de crème à la température de 16 degrés. Ecrémé, il offre 33,2 de pesanteur, ce qui donne 3,1 d'augmentation. Le papier rougi redevient bleu en moins d'une demi-minute.

Quatrième échantillon. Lait recueilli pendant les règles, offrant un aspect bleuâtre peu opaque, parfaitement homogène. Pesanteur spécifique, 32. Le papier rougi redevient bleu en moins de un quart de minute. Les globules sont libres, isolés, régulièrement calibrés, rarement au-dessus de 1/100. Volume de crème, 5, à la température de 18 degrés. Ce lait écrémé pèse 32,9, ce qui ne donne que 0,9 d'augmentation, et il présente dans cet état une teinte très-peu opaque.

Réflexions. — Dans cette observation, la diminution des proportions de la crème, sous l'influence des règles, paraît un fait constant. Ainsi, on avait pris quatre échantillons de lait; deux fois il a été examiné pendant les règles, et deux fois dans l'intervalle des époques menstruelles. Dans l'intervalle des règles, on avait trouvé une fois 8 et une autre fois 10 de crème; au moment des règles, au contraire, on n'en a trouvé chaque fois que 5. La différence entre la pesanteur spécifique du lait, avant et après la séparation de la crème, concorde d'ailleurs très-bien avec les résultats annoncés par le crémomètre. Toutefois, nous ferons observer que nonobstant cette diminution de crème sous l'influence de la menstruation, l'enfant avait toujours joui d'une excellente santé et n'avait jamais paru souffrir au moment des règles.

OBSERVATION III. — Nous devons à l'obligeance de M. de Crozant, interne distingué des hôpitaux, l'adresse d'une femme demeurant rue Saint-Eloi, âgée de vingt-cinq ans, accouchée depuis treize mois et réglée depuis le neuvième mois d'allaitement. Cette femme vivait dans une profonde misère; son mari, presque aveugle, gagnait à peine 1 fr. ou 1 fr. 50 par jour, et ceci devait suffire à eux trois; la plupart de leurs effets étaient déjà engagés au mont-de-piété, de manière que je me suis empressé de leur aider à en retirer au moins les plus indispensables. Ajoutons que peu de temps après être accouchée, cette femme fut affligée d'un abcès au sein, qui fut suivi d'une suppression complète de la sécrétion de lait de ce côté, et qui l'obligeait à ne donner depuis à teter que d'un seul sein.

Nonobstant ces conditions si défavorables, l'enfant jouissait d'une santé parfaite; c'était un beau garçon, bien constitué, ayant les chairs fermes et assez d'embonpoint; il eut deux dents à l'âge de onze mois. La mère nous avait affirmé que son lait ne diminuait pas aux époques des règles, et qu'elle ne s'était alors jamais aperçu de la moindre indisposition chez son enfant.

Premier échantillon de lait. Le lait recueilli le troisième jour des règles présente un aspect bleuâtre et pèse 33,9. Les globules sont parfaitement libres, assez réguliers; la plupart ont 1/100, quelques-uns 1/75, d'autres 1/200, et très-peu au-dessous. Versé dans le crémomètre, ce lait a fourni au bout de vingt-quatre heures, à la température de 23 degrés, 4 de crème. Le lait écrémé pèse 34,8, ce qui ne fait que 0,9 d'augmentation.

Deuxième échantillon. Le lait recueilli onze jours après la fin de l'évacuation menstruelle présente un aspect d'un blanc opaque, et rend bleu en très-peu de temps le papier rougi. Les globules sont parfaitement libres, beaucoup de 1/200, d'autres de 1/300, un assez grand nombre de 1/100. Point de globules étrangers. Versé dans le crémomètre, ce lait a fourni au bout de vingt-quatre heures, à la température de 20 degrés, 12 de crème.

Réflexions. — Le caractère dominant de cette observation est encore, comme dans les observations précédentes, la diminution sensible de crème au moment des règles. Cette diminution, qui a fait descendre l'échelle du crémomètre de 12 à 4, est une des plus fortes que nous ayons encore observées. Nous ferons cependant remarquer que nonobstant cette circonstance, l'enfant ne paraissait nullement en être indisposé aux époques des règles. Nous n'affirmerons pas qu'il en eût été de même si la diminution de crème eût été permanente, mais ce qu'il y a d'incontestable, et ce que nous avons vu déjà dans les observations précédentes, c'est qu'avec son caractère passager elle n'apportait aucun trouble dans l'état général de l'enfant. Nous finirons par faire observer que la diminution de crème coïncidait chez la femme de cette observation avec la

décoloration du lait, qui avait perdu évidemment de son opacité ordinaire.

Cette diminution dans les proportions de la crème est loin cependant d'être le résultat constant de l'influence de la menstruation, comme nous allons le voir dans deux observations qui vont suivre.

Observation IV. — Elise Varin, demeurant rue de la Cité, 58, est âgée de vingt-six ans; elle est accouchée, pour la seconde fois, d'une fille ayant aujourd'hui quinze mois. Cet enfant a été toujours bien portante, elle est grasse, a les chairs fermes, un peu pâle. Elle a eu sa première dent à l'âge de quatre mois, et actuellement elle en a quatre. Au bout de neuf mois de l'allaitement, la mère s'est aperçue du retour de la menstruation, qui, dès lors, n'a pas cessé de revenir régulièrement. L'enfant n'a jamais souffert pendant les époques menstruelles. Nous ferons remarquer que, d'après la déclaration de cette personne, elle s'était déjà trouvée dans ce cas à l'époque où elle avait nourri son premier enfant, et qu'alors, pas plus que cette fois, elle ne s'était aperçue de la moindre influence défavorable sur la santé de son enfant de la part de la menstruation.

Premier échantillon de lait. Lait recueilli sept jours après les règles et examiné 20 heures après, présente l'aspect fortement opaque, et bleuit en quelques instants le papier rougi. Pesanteur spécifique, 30 4. Les globules sont libres; on trouve un assez grand nombre de globules de 1/100 et même de 1/50; il y en a beaucoup qui n'ont que 1/200 et même au-dessous. Ce lait marque au crémomètre 11 de crème à la température de 16°; écrémé il pèse 33,5, ce qui donne 3,1 d'augmentation.

Deuxième échantillon. Lait recueilli le second jour des règles offre l'aspect assez opaque et ne bleuit que lentement le papier rougi sans agir sur le bleu. Pesanteur spécifique 28,6. Les globules sont libres, le plus grand nombre ont 1/200, quelques-uns ont 1/100, mais il y en a aussi qui n'ont que 1/300. Versé dans le crémomètre, ce lait fournit dans l'espace de 24 heures, à la température de 14°, 11 de crème. Ecrémé il pèse, à la température de 15°, 31,8, ce qui donne 3,2 d'augmentation.

Réflexions. — Le lait de cette observation est évidemment un lait riche en crème, car il atteint le chiffre 11 au bout de 24 heures de séjour dans le crémomètre, ce qui constitue, sous ce rapport, un chiffre assez élevé. Nous ferons remarquer que, contrairement à ce que nous avons vu jusqu'à présent, ce chiffre n'a été modifié en rien sous l'influence de la menstruation. D'un autre côté, de même que dans les observations précédentes, nous n'y avons point remarqué de globules étrangers dont la présence a été signalée par quelques auteurs aux époques menstruelles.

Observation V.—M. le docteur Letalevet eut l'obligeance de nous donner l'adresse d'une de ses clientes, qui continuait à être menstruée pendant l'allaitement. Nous saisissons cette occasion pour remercier ce médecin distingué de ce procédé de bonne confraternité, qui nous a permis de recueillir les détails suivants:

Madame F..., demeurant rue Neuve-des-Mathurins, âgée de 29 ans, est accouchée, il y a six mois, pour la seconde fois. Elle avait nourri elle-même son premier enfant, ce qui n'a pas empêché ses règles de revenir peu de temps après sa couche, et paraître ensuite régulièrement pendant toute la durée de l'allaitement, sans que cette circonstance ait nui en quoi que ce soit à la santé de l'enfant. Le dernier enfant fut envoyé en nourrice à quelques lieues de Paris. La mère, rétablie de ses couches, revit ses règles environ six semaines après. Au bout de trois mois, elle fit venir son enfant à Paris, et, n'ayant pas été satisfaite de sa nourrice, elle résolut de le sevrer. Cependant l'enfant ne voulant pas prendre facilement des bouillies, elle eut l'idée de le mettre à son propre sein, son lait n'ayant pas cessé complétement de couler. Cette tentative fut couronnée de succès; la sécrétion du lait se rétablit, et le lait devint abondant et fit la seule nourriture de l'enfant jusqu'au moment de notre examen. Nous l'avons trouvé très-bien portant, gros, ayant le teint coloré et les chairs fermes. Le rétablissement de la sécrétion mammaire n'avait point empêché le retour périodique de la menstruation. D'un autre côté, et ceci est très-remarquable surtout après ce que nous avons vu dans les trois premières observations, le lait paraissait devenir plus abondant pendant chaque époque menstruelle. La mère nous a affirmé positivement avoir fait cette remarque pendant tout le temps qu'elle avait nourri ses deux enfants.

Premier échantillon du lait. Lait pris dans l'intervalle des époques menstruelles, six mois après l'accouchement. Examiné 24 heures après, il présentait un aspect fortement opaque et rendait la teinte bleue au papier rougi. Pesanteur spécifique, 31,6. Les globules commencent à former des agglomérations peu serrées; il y a peu de globules allant à 1/100; la plupart ne dépassent guère 1/200 : point de globules muqueux. Versé dans le crémomètre, ce lait fournit 4 1/2 de crème en 24 heures à la température de 9 degrés; écrémé, il pèse 33,7, ce qui augmente son poids de 2,1.

Deuxième échantillon. Lait pris le troisième jour de l'évacuation menstruelle, et examiné 24 heures après, présente l'aspect fortement opaque et bleuit le papier rougi au bout d'une minute. Pesanteur spécifique, 29,8. Les globules sont libres, assez régulièrement calibrés; la plupart ont 1/200 à 1/150; très-peu ont 1/100; il y en a aussi beaucoup à 1/300 et au-dessous; mais point de globules étrangers. Versé dans le crémomètre, ce lait fournit 7 1/2 de crème à la température de 12 degrés dans l'espace de 24 heures. Ecrémé, il pèse 32,8, ce qui donne 3 d'augmentation.

Réflexions. — Cette observation est fort remarquable sous plus d'un rapport. Nous ferons d'abord ressortir la persistance de la sécrétion lactée après trois mois de sevrage chez une femme abondamment réglée. Aussi, dès que l'enfant a été remis au sein, la sécrétion du lait devint-elle abondante et suffit elle-même à la nourriture de l'enfant. Non-seulement la continuation de la menstruation n'avait en rien nui à la sécrétion du lait; mais la qualité du lait, au lieu de perdre quelque chose de sa richesse, comme cela était arrivé chez plusieurs autres femmes, paraissait devenir meilleure sous l'influence de l'exutation utérine. Ce qu'il y a de certain, c'est que le lait donnait alors plus de crème dans le même espace de temps, et qu'il paraissait être plus abondant.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES.

En rapprochant les unes des autres chacune de ces cinq observations, on peut arriver à des conclusions générales qui ne manquent pas d'intérêt. Ce qui nous frappe en premier lieu, c'est le peu de rapport qu'il y a entre les résultats auxquels nous sommes arrivés, et ceux auxquels l'opinion généralement admise dans le monde, ou professée par les auteurs, nous donnait le droit de nous attendre.

Il faut singulièrement rabattre, comme on a pu le voir, de l'opinion des médecins qui attribuent à la menstruation une influence fâcheuse sur le lait, ou qui lui supposent de graves altérations au moment des époques menstruelles.

La seule altération que nous croyons devoir réellement attribuer à l'influence des règles, est la diminution dans les proportions de globules butyreux ou la diminution de crème. C'est ainsi que, dans l'observation II, le lait ayant été examiné pendant deux époques menstruelles, nous avons vu l'échelle représentant la hauteur de la crème descendre de 8 et de 10 à 5 degrés. Dans l'observation III, le chiffre 12 représentant les proportions de la crème dans l'intervalle des époques menstruelles, est descendu, au moment des règles, à 4.

Cependant, hâtons-nous de le reconnaître, cette influence est loin de se faire remarquer chez toutes les femmes, elle est même loin de se reproduire constamment à chaque époque. Ainsi, dans l'observation I, le chiffre représentant les proportions de la crème est resté une fois au moment des règles, tel qu'il avait été dans l'intervalle, tandis qu'à une autre époque il était descendu de 9 à 4 1/2.

Dans l'observation IV, le chiffre représentant la hauteur de la crème est resté à peu de chose près le même pendant que dans l'intervalle des règles, et ce qu'il y a de remarquable c'est que ce chiffre s'était élevé de 3 degrés pendant les règles chez la femme de l'observation V. Cette femme paraît avoir été douée d'une grande impressionnabilité des seins, ce qui pourrait expliquer jusqu'à un certain point et cette augmen-

tation relative de crème et l'augmentation de la sécrétion lactée qu'elle nous dit avoir remarqué à chaque époque menstruelle. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après avoir essayé de donner à teter pour la première fois trois mois après sa couche, cette femme vit, sous l'influence de cette simple excitation, reparaître le lait et la sécrétion lactée s'établir ensuite avec abondance.

Nous terminerons par faire remarquer que la diminution dans les proportions de la crème que nous avons constatée dans plus de moitié des cas ne va jamais au delà des limites où elle constituerait un mauvais lait. Ce lait est évidemment moins riche, mais il n'est pas mauvais pour cela, surtout quand on pense qu'il reprend habituellement son degré primitif aussitôt après les règles.

Il serait assez curieux de savoir si l'appauvrissement que nous signalons est l'effet de la sympathie exercée sur les seins par la matrice ou s'il n'est que le résultat de la déplétion du système sanguin par l'hémorrhagie menstruelle. En examinant les modifications que peut éprouver le lait sous l'influence des émissions sanguines on pourrait arriver à la solution de ce problème; c'est ce que nous nous proposons de faire à la première occasion, car il nous répugnerait de soumettre les nourrices à cette expérimentation sans une indication positive.

Les globules avaient généralement suivi de près les modifications notées dans la quantité de crème. En général, plus l'échelle de la crème était élevée plus les globules étaient gros et plus leur nombre était considérable, et *vice versâ*.

Nous n'avons jamais rencontré d'autres globules mêlés à ceux du lait, et, en particulier, jamais la moindre trace de globules de pus ou de granulations de collostrum signalées par M. Gendrin.

L'aspect extérieur du lait a paru quelquefois changer. Le lait perdait parfois de son aspect opaque pour prendre une teinte légèrement bleuâtre au moment des règles. On peut expliquer cette particularité par la diminution des globules crémeux dont dépend en grande partie la couleur du lait.

La réaction chimique n'a pas été modifiée une seule fois par l'influence de la menstruation et le lait conservait toujours son alcalinité ordinaire. Ceci répond suffisamment aux personnes qui attribuent au lait des nourrices menstruées, l'inconvénient de favoriser le développement des acides dans l'estomac et d'occasionner la diarrhée.

Passons enfin à l'examen de la question que l'on peut regarder comme l'aboutissant de toute la discussion précédente, nous voulons parler de l'influence du lait des nourrices menstruées sur la santé des enfants.

Si les proportions de la creme étaient toujours fixes à l'état normal, on pourrait présumer qu'une diminution brusque de cet élement si important au moment des époques menstruelles devrait avoir une influence fâcheuse sur la nature du lait et nuire à la santé des enfants. Mais heureusement, il n'en est rien. En consultant les observations dans lesquelles il nous a été possible de répéter plusieurs fois l'examen du lait, il est facile de voir que les proportions sont susceptibles de varier sans que les conditions au milieu desquelles vivent les femmes aient changé d'une manière sensible. Ainsi il est très-rare de rencontrer chez la même femme le même chiffre représentant la crème à plusieurs jours d'intervalle. Nous ferons en même temps observer ce que nous avons déjà noté dans le cours de ce chapitre, qu'il s'en faut que le chiffre 4, le plus bas terme auquel nous ayons vu descendre les proportions de la crème sous l'influence des règles constitue a proprement parler un mauvais lait. Les enfants des cinq femmes dont nous avons rapporté les observations et auxquelles nous aurions pu ajouter l'enfant d'une autre femme (1) dont nous n'avons pas parlé parce que nous n'avons pas été à même de faire des recherches comparatives sur son lait, tous ces enfants jouissaient d'une santé parfaite. Jamais leurs mères ne se sont aperçues de la moindre indisposition au moment des époques menstruelles, et les ont élevés convenablement au point de vue de la fraîcheur et de l'embonpoint, quoiqu'il y en avait dans le nombre qui vivaient dans une profonde misère.

(1) C'est à l'obligeance de M. le docteur Gautier de Claubry que nous devions ce fait, et nous saisissons cette occasion pour l'en remercier.

Nous rappellerons, surtout comme étant très-curieuse à cet égard, l'observation de la femme de la rue Saint-Eloi qui a élevé un enfant plein de santé et de vigueur quoiqu'elle ait vécu dans la plus profonde misère et qu'elle n'eût pu nourrir que d'un seul côté.

La malade du docteur Letalenet n'est pas moins intéressante. La sécrétion du lait supprimée d'abord presque entièrement se rétablit chez elle après trois mois de sevrage. Cette circonstance rend déjà cette observation curieuse, mais ce qui rehausse surtout son intérêt, c'est la coïncidence de la sécrétion lactée avec le retour de la menstruation, c'est la richesse plus grande du lait au moment de ces époques, c'est enfin le rétablissement complet de l'enfant qui, remis au sein de sa mère au milieu de toutes ces circonstances en apparence aussi défavorables, revint, pour ainsi dire, à la vie et devint plus tard fort et très-bien portant.

Lalouette avait prétendu que les enfants conçus au moment des époques menstruelles étaient tous rouges ou écrouelleux.

Nous avons déjà suffisamment combattu cette opinion dans un autre travail, bornons-nous pour le moment à constater que nous n'avons jamais remarqué que le lait des nourrices menstruées donnât des dispositions au développement des scrofules.

De tout ce qui précède nous pouvons tirer des conclusions suivantes :

1° Le lait des nourrices qui continuent à être menstruées pendant l'allaitement, ne diffère pas sensiblement, sous le rapport de ses qualités physiques, de sa réaction chimique et de son aspect microscopique du lait, des nourrices non réglées.

L'hémorrhagie menstruelle ne paraît pas davantage modifier sensiblement la nature du lait.

2° La seule particularité que semblent présenter les nourrices réglées consiste en ce que leur lait paraît être généralement moins riche en crème pendant la durée de l'évacuation menstruelle que dans l'intervalle des époques des règles.

3° La continuation des règles chez une nourrice ne semble avoir aucune influence sensible sur la santé des enfants; généralement ils ne se trouvent pas indisposés au moment des règles.

4° Il ne nous semblerait pas raisonnable de refuser une nourrice par cette seule considération qu'elle continuerait à être menstruée, les nourrices réglées n'étant pas du tout, toutes choses égales d'ailleurs, moins bonnes nourrices que celles qui ne sont pas menstruées.

5° Eu égard à la surexcition nerveuse qui accompagne généralement, quoique à différents degrés, les époques menstruelles, on doit surveiller davantage les nourrices menstruées pendant les règles et les mettre à l'abri de toutes les impressions morales vives qui pourraient réagir plus vivement sur le système nerveux des nourrissons.

Augmentation considerable du volume de la rate.

Nous publions la note que nous avons annoncée sur l'intéressante présentation faite à l'Académie de médecine par M. Linas, interne à la maison de Charenton.

Le volume, le poids et les autres caractères physiques de la rate présentée par M. Linas, rappellent celle que M. Barth a présentée à une autre époque. Celle-ci provient d'un jeune homme de dix-huit ans, frappé d'imbécillité, placé depuis peu de temps dans le service de M. Calmeil, à Charenton, et qui a succombé le 10 de ce mois à une dysenterie aiguë intense. Le malade était d'un pays où les fièvres intermittentes sont à peu près inconnues; lui-même n'a

jamais eu d'affections de cette nature, on n'a trouvé dans les antécédents morbides de ce jeune homme, qu'une fièvre typhoïde à forme cérébrale, contractée il y a deux ans. Le foie du même sujet, que M. Linas montre ensuite à l'Académie, présente l'atrophie, le ratatinement, l'aspect mamelonné, la couleur jaune brun et la densité qui caractérisent la *cirrhose* au second degré.

La rate ne paraît que simplement augmentée du volume, sans dégénérescence, sans altération de son tissu. Sauf une scissure profonde, transversale, qui partage l'organe en deux lobes distincts, cette rate a conservé la configuration, la couleur, la friabilité, la souplesse ordinaires ; le poids et le volume seuls s'écartent de l'état normal. Cet organe, qui occupait toute la moitié gauche de la cavité abdominale jusqu'au détroit du bassin, pèse 2 kilogrammes ; il a 32 centimètres de long, 20 de large et 9 d'épaisseur à sa partie la plus saillante. Chez le même sujet, les reins étaient très-volumineux et fortement hypérémiés. Toutes les veines abdominales étaient flexueuses, alternativement dilatées et rétrécies, comme cela s'observe dans l'état variqueux. La veine-porte, la veine splénique, les veines mésaraïques, les veines satellites de l'artère épigastrique, les veines iliaques externes présentaient le calibre de la veine cave inférieure, tandis que les veines sous-cutanées, médiocrement dilatées, ne se dessinaient que faiblement à travers la transparence des téguments. Une exhalation sanguine considérable s'était opérée sur presque toute l'étendue du tube digestif, ainsi que le témoignait la présence d'un liquide abondant, couleur lie de vin, et la teinte également vineuse de la muqueuse digestive, particulièrement au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac, dans toute la longueur du duodénum et vers le tiers inférieur de l'intestin grêle.

Dans le duodénum, les *follicules de Brunner* étaient saillants et injectés ; dans l'intestin grêle, les *plaques de Peyer* se dessinaient nettement en formant un relief elliptique d'une couleur bleue foncée ; et, vues par transparence, elles s'offraient sous l'aspect d'un riche réseau veineux parsemé d'un pointillé plus foncé.

La muqueuse du gros intestin était boursoufflée, tomenteuse, imbibée de sang ; cette coloration augmentait d'intensité vers le rectum, et prenait là tous les caractères d'une phlegmasie aiguë intense.

Il n'y avait pas une goutte de sérosité dans le péritoine. — Le cœur était normal ; le bord postérieur des poumons fortement engoué, leur tissu sain de toute lésion organique.

Voilà donc un cas de cirrhose aussi curieux, aussi rare, par la présence des lésions qui l'accompagnent que par l'absence d'autres altérations qui, le plus souvent, s'unissent à cette singulière affection.

Ainsi, point d'affection du cœur, point d'ascite surtout, que les auteurs qui ont écrit sur la cirrhose s'accordent pourtant à regarder comme à peu près constante ; mais, en revanche, prodigieuse hypertrophie de la rate, hypérémie des reins, exhalation sanguine sur toute la surface muqueuse de l'intestin, et dilatation variqueuse de tout le système veineux intrà-abdominal. Ces faits ne parlent-ils pas d'eux-mêmes ? Ne disent-ils pas que la *cirehose* peut arriver à un degré avancé sans épanchement péritonéal ; qu'elle entraîne si bien l'oblitération du réseau vasculaire du foie et plus particulièrement des vaisseaux terminaux du *système porte-hépatique*, que le sang, ne trouvant plus de passage à travers ces petits canaux, reflue dans la *veine porte-abdominale*, dilate toutes les veines qui aboutissent à ce système, s'accumule dans la rate (dont l'élasticité se prête à une prodigieuse distension), et finalement s'exhale à la surface interne du canal alimentaire, où il peut produire des suffusions abondantes, des congestions intenses et même des hypérémies inflammatoires ; car des auteurs graves ont pensé que la dysenterie pouvait être un des accidents de la *cirrhose*.

Est-il nécessaire enfin de faire remarquer l'absence de tout phénomène morbide intermittent, malgré cette énorme dilatation de la rate ?

HYGIÈNE ET MÉDECINE LÉGALE.

Un mot sur le tatouage accidentel.

Sous ce titre, je désigne un accident (peu grave j'en conviens, mais quelquefois très-désagréable) consécutif dans certains cas à l'emploi du taffetas noir d'Angleterre.

Quand, chez les personnes à peau blanche et délicate, surtout chez les enfants, on tente la réunion immédiate des petites plaies à l'aide du taffetas noir d'Angleterre, la cicatrice présente souvent une teinte bleue-noirâtre, teinte que je crois indélébile, car je connais quelques personnes chez lesquelles cette coloration persiste depuis plusieurs années.

Cependant l'accident n'est pas fatal. Ainsi, pour les petites coupures à bords bien nets, rarement il se produit. Dans le cas contraire, surtout pour les petites plaies contuses, la coloration est inévitable.

Chacun, du reste, peut se convaincre du fait en expérimentant dans des conditions favorables, de couleur et de finesse de la peau, sur des piqûres de sangsues, bien entendu quand elles siégeront sur des parties du corps qui ne restent pas exposées à la vue.

Le fait que je signale, je le sais, est connu depuis longtemps ; je l'avais observé, même avant d'étudier la médecine ; mais je me suis aperçu que la connaissance en est moins vulgaire que je croyais.

Il est donc prudent, lorsqu'on a à traiter une petite plaie, soit sur la figure, soit sur d'autres parties du corps qui restent exposées à la vue, d'employer du taffetas rose ou blanc. Je ne vois même pas la nécessité d'employer jamais, dans ces cas, du taffetas noir.

Je n'attache à la communication que je fais, que fort peu d'importance, pour ne pas dire que je n'en attache pas du tout. C'est un de ces mille petits riens que le médecin peut connaître ou ignorer, sans que des juges compétents soient en droit d'affirmer ou d'infirmer son mérite. Mais, malheureusement, nous sommes justiciables de toute espèce de clients, et il y en a, je le sais, qui ne pardonneraient pas à leur médecin de ne pas avoir évité ce petit accident.

GRANDCLÉMENT,
professeur d'histoire naturelle au lycée de Clermont-Ferrand.

CORRESPONDANCE.

Structure du foie.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans votre numéro du 18 octobre une lettre de M. Becquerel sur l'article de critique que j'ai publié dans votre numéro du 8 octobre. Dans cette publication, je n'ai eu, je le déclare, d'autres motifs que l'amour de la science et celui de la vérité. Je regrette donc que M. Becquerel ait traité cette critique d'injuste et de mauvaise foi.

Un instant j'ai cru que l'auteur allait admettre qu'il avait pu commettre une erreur, comme toute intelligence humaine. En effet, il commence par dire, qu'entraîné par la chaleur de l'improvisation, on émet quelquefois des idées que l'on pourrait ensuite modifier. Il dit qu'il pourrait récuser le compte rendu de ses leçons ; s'il l'eût fait, j'aurais déchargé M. Becquerel de cette critique, tout en la faisant retomber sur le signataire du compte rendu. Mais l'honorable auteur dit qu'il ne veut pas en agir ainsi, il *maintient tout ce qu'il a dit comme parfaitement exact*. Nous sommes donc obligé de lui répéter que c'est au contraire parfaitement inexact, et de prouver que nous sommes loin d'être de mauvaise foi.

Pour s'éclairer dans cette question, il n'est pas besoin de longues discussions ; on n'a qu'à lire la description de la structure du foie de M. Béclard dans son *Traité d'anatomie générale*, édition de 1852, pages 309 et suivantes, celle de Retzius admirablement exposée dans le *Traité de physiologie* de Bérard, si on ne veut la déchiffrer dans Muller's *Archiv.*, 1849, page 154 ; ensuite on comparera avec les fausses descriptions que M. Becquerel prête à ces auteurs.

M. Becquerel a-t-il dit que M. Béclard admet les cellules sécrétantes de la bile disséminées, tassées les unes contre les autres, des canalicules avec des bouches béantes, oui ou non ?

M. Becquerel a-t-il dit que Retzius admet une disposition vasculaire dans l'acinus identique à ceux décrits par M. Béclard, une seule espèce de canalicules biliaires, et la terminaison de ces canalicules en anses, culs-de-sac, ampoules ou moins contournés ? M. Becquerel

a-t-il dit cela, oui ou non? Les auteurs disent-ils toute autre chose, oui ou non?

Veuillez, monsieur le Rédacteur, avoir la bonté d'insérer cette lettre dans un de vos prochains numéros, et recevez, etc.

Docteur Louis Pize.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

LE COCOTIER.

La plupart des botanistes qui ont écrit sur cet arbre précieux dont le fruit forme la nourriture principale de plus de 200 millions d'hommes, ne s'en sont guère occupés qu'au point de vue purement botanique; dans l'article dont on va lire l'analyse, M. Bréon l'envisage à un point de vue plus intéressant: celui de sa culture et de son utilité.

Le cocotier, arbre de la famille des palmiers, comme chacun sait, parvient à la hauteur de 15 à 25 mètres. Le tronc, parfaitement lisse, ne dépasse pas, chez les sujets les plus forts, 1m 30 à 1m 40 de circonférence. Il est couronné d'un faisceau de 10 à 12 feuilles longues de 3 à 4 mètres; celles des jeunes cocotiers de cinq à six ans ont même quelquefois jusqu'à 5 mètres; leur largeur varie de 1m 20 à 1m 30. Le centre des feuilles est occupé par un cône ou bourgeon droit et pointu qu'on nomme *chou-palmiste*. Ce chou, formé par la réunion de feuilles qui ne sont pas encore développées, constitue le légume le plus délicat qu'on puisse manger; mais on se fait d'ordinaire très-grand scrupule de le retrancher, parce que sa suppression entraîne infailliblement la perte de l'arbre.

Le tronc émet à la base interne des feuilles un panicule nommé *régime*, formé de fleurs jaunâtres disposées en grappes; chaque cocotier porte ordinairement quatre régimes, et chaque régime donne naissance à cinq, sept ou neuf cocos. Les régimes se reproduisent deux fois par an sur les vieux cocotiers et trois fois sur les jeunes. Le cocotier commence à porter des fruits à l'âge de quatre à cinq ans; il a déjà alors 6 à 7 mètres de hauteur. Il est vieux de soixante à quatre-vingts ans et ne donne plus qu'un petit nombre de fruits peu volumineux.

La culture du cocotier est pratiquée du tropique du Cancer à celui du Capricorne, c'est-à-dire sur une largeur de 460 myriamètres; le froid des zones tempérées la rend impossible. Ce bel arbre affectionne le voisinage de la mer. Les plus beaux et les plus productifs croissent dans les îles de la Sonde, aux Célèbes, aux Philippines, dans les Carolines, les Mariannes, les îles de l'Amirauté, les Laquedives et les Maldives; ces dernières, dont plusieurs sont inhabitées, sont couvertes de cocotiers tellement serrés qu'il est difficile de s'y faire un passage. Les Indiens des îles voisines viennent y récolter des fruits, récolte peu importante, les fruits de ces cocotiers étant très-petits.

La côte occidentale de la presqu'île de l'Inde, sur une longueur de 400 lieues environ, du cap Comorin à Bombay, est la partie de la zone torride où le cocotier est le mieux cultivé; c'est aussi celle où il est le plus productif. L'innombrable population malabare trouve dans ce seul arbre, non-seulement sa nourriture, mais encore une source de richesse. On estime dans ce pays la fortune d'un homme d'après le nombre de cocotiers qu'il possède.

Lorsque les régimes se montrent, les Malabars les coupent au-dessous des panicules en fleurs. Si l'arbre porte quatre panicules, deux sont retranchés; les deux autres sont conservés pour porter fruit. Au moment même où le régime est coupé, le bout de son support est introduit dans le goulot d'une calebasse solidement assujettie avec une corde mince. Pendant les premiers jours, les calebasses, dont chacune peut contenir cinq à six litres, se remplissent en vingt-quatre heures d'une liqueur claire, blanchâtre, douce et d'un goût agréable. Tous les jours le Malabar monte sur le cocotier, portant sur son dos deux calebasses vides; il charge sur ses épaules, au moyen d'une courroie, les deux calebasses pleines, et les remplace par celles qu'il vient d'apporter, après avoir eu soin de rafraîchir la coupe du support du régime; l'opération se continue jusqu'à ce que celui-ci ne donne presque plus de liquide. « Il est curieux et pénible en même temps, dit M. Bréon, de voir les malheureux Malabars escalader les cocotiers, dont la hauteur varie de 15 à 25 mètres. Il sont ordinairement nus; une corde fixée au-dessus de la cheville, à chaque pied, embrassant à peu près le tiers de la circonférence du tronc, les aide à monter et à descendre, ce qu'ils font très-lestement. A les voir au milieu des feuilles du cocotier, occupés à arranger leurs calebasses, on les prendrait plutôt pour des singes que pour des hommes. »

Au bout de dix à douze heures, le liquide acquiert une saveur douce, légèrement acidulée, et forme ce que les Européens nomment *vin de palmier*. Il s'en fait une grande consommation. Au bout de vingt-quatre à trente heures, la fermentation est tellement avancée que le liquide n'est plus potable. Au bout de cinquante à soixante heures, il est au point de fermentation convenable pour être distillé. La distillation se fait dans un alambic des plus simples composé d'une chaudière en terre cuite recouverte d'un chapeau de même matière. On obtient ainsi un alcool incolore de 20 à 21 degrés qu'on nomme *arrack*, dont on fait sur place un grand usage et dont on exporte aussi des quantités considérables.

Quand le coco a pris tout son développement, mais n'est pas encore parvenu à maturité, il contient à l'intérieur de son amande un tiers de litre d'une liqueur claire, douce, parfumée, très-rafraîchissante, ayant la saveur de l'orgeat. L'amande est excellente, elle est douce, huileuse; son goût est celui de la noisette. Le coco parfaitement mûr ne contient plus qu'une petite quantité de liquide, mais l'amande qui remplit alors la coque est très-nourrissante.

Les Malabars aiment beaucoup ce fruit dont un seul suffit et au delà à la nourriture d'un homme pendant toute une journée. L'enveloppe extérieure ou *brou* (les Malabars le nomment *cuir* de coco) est enlevée 15 ou 20 jours avant la récolte et sert à fabriquer des cordes, cordages et câbles, à l'usage de la marine. Les plus gros fruits sont sciés pour en extraire l'amande, et les deux moitiés de la coque servent de gobelets, d'assiettes, de plats et d'écuelles. Les plus petits sont cassés et les fragments de leurs coques imbibés d'huile, forment un excellent combustible employé à la cuisson des aliments.

Les Malabars tirent de l'amande, par expression, une huile qui vaut, lorsqu'elle est récente, nos meilleures huiles de table. Cette huile, connue dans l'Inde sous le nom de *manièque*, est assez consistante et se prend à la cuiller; son goût est celui de l'amande. Tant qu'elle est fraîche, on l'emploie pour la cuisine; malheureusement, au bout d'un mois, elle devient rance et prend une saveur tellement insupportable qu'il n'est plus possible de s'en servir pour cet usage. En cet état, on l'utilise pour la peinture et pour l'éclairage; elle brûle avec une lumière aussi pure et aussi brillante que celle du gaz.

Les Malabars utilisent les feuilles du cocotier pour la couverture de leurs habitations; ils en fabriquent aussi des nattes, des paniers et une foule d'ustensiles du même genre.

Le pétiole des feuilles, ordinairement long de 3 à 4 mètres, sert à la construction des maisons, spécialement à celle des planchers; sa couleur est celle du bois d'acajou; il est excessivement dur; le vernis naturel fort luisant dont il est revêtu lui donne la propriété de se conserver très-longtemps sans s'altérer.

Le bois du tronc est très-solide; on en fait la grosse charpente des maisons dans tout le Malabar, où l'on manque d'autres bois.

Sur toute cette côte, la culture du poivrier est associée à celle du cocotier et donne des produits énormes. Les rameaux

sarmenteux du poivrier couvrent le bas du tronc de tous les cocotiers jusqu'à la hauteur de 4 à 5 mètres, quelquefois jusqu'à 6 et 7 mètres ; ce tronc disparaît sous les grappes de fleurs et de fruits du poivrier. Les produits de cette culture s'exportent dans toutes les parties du monde. Autrefois les îles de Java et de Sumatra cultivaient fort en grand le poivrier ; elles y ont renoncé en grande partie depuis quelques années ; le Malabar s'en est pour ainsi dire approprié le monopole.

La culture et la multiplication du cocotier sont très-faciles. Voici, d'après M. Bréon, en quoi elles consistent :

« Environ un mois après la récolte des fruits, on fait choix des plus gros et des mieux conformés ; ils sont placés, avec leur brou, dans des fosses profondes de 0m,61 à 0m,70 ; ils y sont disposés de manière à ce que leur sommet ne dépasse pas le sol environnant. Les fosses sont recouvertes de fumier long ou de paille, pour empêcher le contact direct de l'air sur les cocos ; de légers arrosages les entretiennent à un degré modéré d'humidité. Au bout de vingt-cinq à trente jours, ils commencent à germer ; après trente-cinq à quarante jours, la plumule a déjà 0m,20 à 0m,30 de hauteur ; c'est le moment le plus favorable pour les planter à demeure. On ouvre à cet effet des trous d'environ 1 mètre carré, espacés entre eux de 5 ou 6 mètres et disposés en quinconce. Le coco planté ne doit pas être couvert de plus de 0m,15 à 0m,18 de terre ; le trou n'est pas entièrement comblé ; on laisse auprès du jeune cocotier un vide de 0m,15 à 0m,20 au-dessous du niveau du sol. Un mois après la plantation, le trou est tout à fait comblé en donnant un premier binage. La culture ultérieure du cocotier n'exige pas d'autres soins que quelques binages pendant les premières années ; plus tard, il couvre entièrement le sol ; les mauvaises herbes cessent d'y croître ; tout le travail se borne à la récolte des produits.

« Le cocotier n'a pas de racines pivotantes ; il n'a même pas de grosses racines latérales ; toutes ses racines sont très-fines ; elles forment un chevelu très-épais qui s'empare de tout le terrain à 5 ou 6 mètres tout autour de la base du tronc. Malgré la finesse de ces racines, son élévation et le volume de la touffe qui le couronne, je ne connais pas d'arbre qui résiste aux vents violents et aux ouragans mieux que le cocotier. Tandis que, dans les contrées intertropicales, les arbres les plus robustes sont fréquemment abattus par les orages, il y a peu d'exemples de cocotiers déracinés, renversés ou même brisés par les furieuses tempêtes propres au climat de leur pays natal. »

(*L'Ami des sciences.*)

— *Avis.* — A monsieur le Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux.*

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous annoncer que la distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique, pour le semestre d'hiver, aura lieu le mercredi 24 octobre, à midi précis, dans une des salles de l'Ecole de Médecine.

Je vous prie de vouloir bien en prévenir MM. les professeurs particuliers par la voie de votre journal.

JARJAVAY.

— *Mutations dans le personnel médical des hôpitaux de Paris.* — Par suite de la mort de M. le docteur Valleix, les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel des hôpitaux de Paris : M. le docteur Becquerel passe de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital de la Pitié ; M. le docteur Hérard, de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Lariboisière ; M. le docteur Moutard-Martin, de la direction des nourrices à l'hôpital Saint-Antoine ; M. le docteur Bergeron, de l'hospice la Rochefoucauld aux nourrices ; M. le docteur Sée, médecin du bureau central, est nommé à l'hospice la Rochefoucault.

— Le nouvel hôpital militaire, dont nous avions annoncé la construction à Cette, sur l'emplacement de l'ancien Lazaret, est aujourd'hui terminé. Il a été ouvert le 1er octobre, pour recevoir un certain nombre de malades militaires venant de l'armée d'Orient ou évacués de l'hospice Saint-Charles de Cette. MM. les docteurs Kijewski et Barthez ont été nommés médecins traitants à cet hôpital, où la médecine militaire est représentée par M. le docteur Milliot, médecin-major de deuxième classe. La direction de cet établissement est confiée aux administrateurs et aux religieuses de l'hospice de Cette, d'après un marché passé avec l'intendance militaire. Les baraques qui constituent le nouvel hôpital sont placées au bord de la mer, à l'ouest de la montagne, et sur une falaise très-aérée. Elles sont donc établies, eu égard à leur destination, dans les meilleures conditions hygiéniques.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

— D'importants travaux vont prochainement être exécutés pour le compte de l'administration de l'assistance publique, dans différents hôpitaux de Paris. On va surélever les bâtiments de Necker, établir un dortoir, réparer la pharmacie et les bâtiments de la communauté donnant sur la rue Bichat, à Saint-Louis ; réparer toutes les cours de la maison d'accouchement ; construire un dortoir à l'hospice de la Vieillesse (femmes).

(*La Presse.*)

— Le Nestor de la chirurgie belge, M. Sommé, chirurgien à l'hôpital Sainte-Elisabeth d'Anvers, vient de succomber. La vie de M. Sommé a été parfaitement remplie. Excellent praticien, il a encore publié plusieurs travaux qui ont eu un certain retentissement.

(*Presse médicale belge.*)

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

— En vente : le tome premier du *Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, publié avec la collaboration d'une Société de professeurs vétérinaires et de vétérinaires praticiens ; par MM. H. BOULEY, professeur de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, secrétaire de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, membre de l'Académie impériale de médecine et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc., etc., et REYNAL, chef de service de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, membre de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, de la Commission d'hygiène hippique, membre correspondant de la Société impériale et centrale d'agriculture, etc.

Mode de publication et conditions de la souscription : Le *Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, se composera de 8 forts vol. in-8° qui paraîtront tous les six mois. Prix de chaque volume : 7 fr. 50 c. à Paris ; 9 fr. *franco* par la poste. On souscrit à Paris, chez Labé, éditeur, et chez tous les libraires de la France et de l'étranger.

— *Traité d'anatomie descriptive* avec figures intercalées dans le texte, par Ph.-C. SAPPEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, tome IIe, deuxième partie, deuxième fascicule. Sens de la vue ; sens de l'odorat ; sens du goût. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cette partie tant désirée d'un ouvrage qui a pris une si grande et si juste autorité vient enfin de paraître. Il est à désirer pour les élèves et pour beaucoup de médecins que le dernier demi-volume de l'ouvrage ne se fasse pas longtemps attendre, ce que les renseignements qui nous sont parvenus nous permettent d'espérer.

— Documents et mélanges publiés à l'occasion de la *maladie asiatique*, introduite dans les Etats-Romains et les Alpes dauphinoises, par V. BALLY. Broch. in-8, 215 pages. Au bureau du journal.

— *Notice médicale sur les bains de mer du Croisic* et sur l'effet thérapeutique des eaux-mères, de l'hydrothérapie marine, et des bains de sables administrés à l'établissement du Croisic. In-8. Prix, 1 fr. 25 c.

— *Du tremblement des mains et des doigts*, et description de deux machines orthopédiques à l'aide desquelles les malades qui ont été amputés du poignet droit, ou qui ont un tremblement *oscillatoire* de la main droite, *peuvent écrire*, par le docteur J.-J. CAZENAVE (de Bordeaux). Broch. in-8. Paris, chez J.-J. Baillière.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé chez BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 127. 3e année. Mercredi 24 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales.

Par M. le docteur CHASSAIGNAC.

(*Suite et fin.— Voir les numéros,* 100, 101, 102, 103, 106 124, 126.)

Contrairement donc à une opinion qui ne s'est pas trouvée en harmonie avec les faits assez nombreux qu'il nous a été donné d'observer, nous serions conduit, comme déduction logique de nos observations, à cette proposition, que les tumeurs hémorrhoïdales sont des maladies *qu'il n'est pas dangereux de guérir*.

Entre autres particularités curieuses de l'observation qui vient d'être rapportée, nous rappellerons cette sorte de guérison spontanée de l'affection hémorrhoïdaire, guérison qui dura près de six mois. On remarquera tout d'abord que cette guérison succéda à une inflammation violente. Il ne manque pas d'exemples de guérisons plus durables encore dues à la même cause. Quel en est le mécanisme ? Pourquoi la guérison n'a-t-elle été que temporaire au lieu d'être définitive ?

Le mécanisme de ce mode de guérison s'accomplit par l'intervention du sphacèle. Nous avons été à même d'observer des cas dans lesquels la gangrène a joué le rôle d'un moyen de traitement. Mais, dira-t-on, si la gangrène amène la disparition d'une tumeur hémorrhoïdale, elle le fait sans doute d'une manière plus ou moins analogue à celle des moyens thérapeutiques par lesquels on détruit ces tumeurs. Dès lors, puisque la destruction chirurgicale des tumeurs hémorrhoïdaires en produit la guérison radicale, pourquoi le sphacèle de la tumeur n'a-t-il donné lieu, dans le cas particulier, qu'à une guérison aussi passagère, puisqu'elle n'a duré que six mois?

Je crois avoir trouvé l'explication de ce fait dans mes études sur la gangrène spontanée des tumeurs hémorrhoïdales. J'ai remarqué, en effet, et je ne sais si mes observations concordent à cet égard avec celles des autres chirurgiens, j'ai remarqué, dis-je, que les gangrènes hémorrhoïdaires se présentent sous forme de plaques, et ne comprennent jamais toute l'épaisseur de la tumeur. Plusieurs des faits contenus dans ce travail, et notamment l'observation de madame Priquet, offrent un exemple de ces gangrènes par plaques dans des conditions où il n'y avait pas lieu à se méprendre sur l'étendue du sphacèle. Mais j'ai vu des cas où ces gangrènes superficielles, au lieu de faire tache à la surface de la tumeur,

FEUILLETON.

De l'enseignement anatomique.

Par M. le professeur DUPRÉ.

(*Suite.* — Voir le n° 125.)

Nous voici donc en demeure de tenir la promesse que nous avons faite à nos lecteurs dans notre dernier numéro. La question, si on se le rappelle bien, est celle-ci : Il s'agit de décrire l'anatomie en même temps au point de vue de la continuité et de la contiguité des organes, il s'agit aussi de relier à cette étude celle de leurs fonctions ; en d'autres termes de mener de front l'anatomie et la physiologie.

J'expose de suite ma manière de procéder : Je décris les vertèbres d'avant en arrière, comme, du reste, on le fait habituellement; et, à ce sujet, je ne puis m'empêcher de faire remarquer en passant que je n'innove jamais pour le plaisir de le faire ; au contraire, je suis toujours heureux lorsque, suivant une marche donnée, je puis m'appuyer sur des hommes d'une autorité incontestable. Sans doute, il était naturel de procéder ainsi, en vue de la forme des objets plus gros, plus réguliers, plus simples en avant qu'en arrière; mais, par une heureuse coïncidence, si cette méthode devait paraître la plus facile, la plus pratique, elle était en même temps la plus philosophique. Ce n'est pas, du reste, le seul cas où j'aurai l'occasion de faire remarquer cette alliance de la pratique et de la philosophie, et je ne crains pas de poser en thèse générale, que les choses les plus pratiques sont en même temps les plus philosophiques et que les plus philosophiques sont en même temps les plus pratiques. Dès le principe, au point de départ de mes descriptions, je le prouve par un exemple frappant de vérité. Les vertèbres, dans leur évolution organique, se développent d'avant en arrière. La description ne fait que suivre pas à pas la marche de la construction; l'homme décrit comme la nature a construit, et voilà la méthode naturelle inscrite et gravée dans l'arrangement des choses, dans les choses elles-mêmes ; on ne l'invente pas, on la découvre, on la trouve ; on baisse les yeux, on la voit. Lorque la vertèbre ne se forme pas complétement, c'est la partie postérieure qui manque. Le corps a pu se former, là s'est arrêtée l'évolution ; il peut exister sans le reste, mais le reste n'existe pas sans lui, et là vous avez la clef des arrêts de développement de la colonne vertébrale, de ces vices de conformation nommés *spina-bifida* par les pathologistes. Honneur à la pensée de M. Serres ! qu'il me permette de lui rendre en passant cet hommage, puisque ses travaux ont éclairé cette importante question.

Après la description des vertèbres je passe à l'étude des os qui présentent de l'analogie avec elles, en bas le sacrum et le coccyx ; et, à la fois fidèle observateur de la méthode naturelle et des règles du genre descriptif, je décris ses os détail par détail, faisant remarquer à chaque point les ressemblances et les différences qui existent, soit entre eux considérés vis-à-vis l'un de l'autre, soit entre eux et les vertèbres. J'en montre la dégradation successive en allant de haut en

en enveloppaient toute la périphérie. Dans des cas de ce genre, il n'est pas étonnant que certains observateurs aient considéré la gangrène comme s'étant emparée de la masse hémorrhoïdale tout entière. Mais ce qui m'explique comment la destruction sphacélique n'amène point la guérison radicale, comme le fait la destruction par le fer rouge, c'est que, selon moi, la plupart du temps le sphacèle spontané des tumeurs hémorrhoïdales ne siége qu'à la superficie, et qu'il ne détruit pas totalement la tumeur. On conçoit donc comment certaines guérisons spontanées peuvent n'être que temporaires, alors que des guérisons obtenues chirurgicalement seraient définitives.

On doit noter, du reste, que pendant la durée de la guérison temporaire, qui fut de six mois chez notre malade, des hémorrhagies supplémentaires et sous forme d'épistaxis furent observées.

Il y aurait donc pour les bourrelets hémorrhoïdaux étranglés et enflammés plusieurs modes de sphacèle : le sphacèle par plaques isolées, le sphacèle par plaque générale recouvrant toute la tumeur, et enfin le sphacèle de toute l'épaisseur.

A l'égard de la manière dont se comportent les tumeurs hémorrhoïdales, il y a deux catégories, ou, si l'on veut, deux degrés, parmi les sujets hémorrhoïdaires : ceux chez lesquels les tumeurs ne sortent que pendant l'acte de la défécation, ceux chez lesquels les tumeurs restent au dehors d'une manière continue et à l'état, sinon d'irréductibilité, du moins de non-réduction habituelle. Nous avons parlé de deux degrés, parce que l'un des deux états succède quelquefois à l'autre, et n'en est que le développement exagéré. Ainsi, chez notre malade, il a été parfaitement noté que pendant un temps les tumeurs hémorrhoïdaires ne se manifestaient au dehors qu'à l'occasion des selles, tandis qu'à une autre époque, c'est-à-dire dans les six derniers mois qui ont précédé l'opération, les tumeurs faisaient saillie, même dans l'intervalle des garderobes, sous l'influence du moindre effort, en sorte que le malade était obligé plusieurs fois par jour de pratiquer un taxis assez douloureux.

Il est évident que quand la maladie en est arrivée à ce dernier degré, elle est tout bonnement intolérable.

Nous avions à cœur de vérifier chez ce malade une opinion qui nous avait été suggérée par l'observation du malade de M. Rodenberg. Ayant eu à combattre chez le premier de ces malades la névralgie spasmodique du sphincter, une fistule à l'anus et une tumeur hémorrhoïdale, nous avions été surpris de l'excessive bénignité des suites de la triple opération. Nous avions attribué particulièrement l'absence des douleurs consécutives à ce que, dans le but de remédier à l'état spasmodique du sphincter, nous avions eu recours à la dilatation forcée de celui-ci préalablement à toute autre manœuvre opératoire. Nous nous étions proposé dès lors de ne point laisser échapper l'occasion d'arriver à connaître expérimentalement quelle était la valeur de la dilatation préalable du sphincter dans l'ablation des bourrelets hémorroïdaux, et l'effet que cette dilatation pouvait avoir sur les phénomènes douloureux qui peuvent succéder à l'opération, soit pendant la défécation, soit pendant l'émission des urines, soit enfin dans l'intervalle de ces deux fonctions. Nous eûmes donc soin, dans le cas actuel, de recourir à la dilatation préalable et forcée du sphincter.

Nos prévisions, quant aux phénomènes douloureux, ont été vérifiées de la manière la plus complète. En effet, il n'est aucun des sujets opérés par nous pour des bourrelets hémorrhoïdaux annulaires, qui ait présenté l'absence de la douleur comme suite de l'opération au même degré que le sujet dont nous nous occupons actuellement. Mais nous avons vu d'autre part, contrairement à nos prévisions, que si la dilatation du sphincter tempérait les douleurs qui succèdent à l'amputation du bourrelet, elle n'empêchait point l'adhésion des surfaces de la plaie intestinale. Non-seulement l'absence de douleurs a été remarquée dans l'intervalle des garderobes, mais les premières selles qui ont eu lieu ont été exemptes de tout accompagnement douloureux. Un point que nous avons encore à signaler dans l'observation précédente, et qui est d'une grande importance, c'est la description complète de la pièce anatomique qui a été extraite par l'écrasement linéaire.

Il est une question de diagnostic différentiel d'un grand intérêt au point de vue des opérations que l'on pourrait être appelé à pratiquer pour des tumeurs placées à la périphérie de l'orifice anal. Il est nécessaire que le praticien soit à même de reconnaître les caractères distinctifs de ces diverses tumeurs ou excroissances, afin d'éviter tout contre-sens dans le traitement.

C'est parce que l'observation qu'on va lire et les remarques qui la suivent renferment quelques éléments utiles pour la solution de cette question, que nous avons cru devoir les soumettre au lecteur.

---

bas et dans le coccyx, que reste-t-il du type vertébral? on l'a deviné. Ce sont les corps, base dans les autres vertèbres de tout développement ultérieur et ici réduits à l'état rudimentaire; et qu'on ne croie pas que l'indication des rapports positifs ou négatifs nuise à l'utilité pratique de la description, c'est l'inverse qui est vrai. La méthode naturelle et le genre descriptif se prêtent un mutuel appui. Au lieu de les séparer il faut les unir; ils se vivifient l'un par l'autre; et si les partisans de la méthode naturelle ont parfois jeté un regard de dédain sur les descriptifs, si ceux-ci, à leur tour, ont aussi souvent méprisé les idées spéculatives des premiers, eh bien! ils avaient tort les uns les autres, du moins au point de vue général. Ils eussent mieux fait, à mon sens, d'agir dans un commun accord plutôt que d'entretenir une division nuisible à la science, nuisible à eux-mêmes. Mais, pour revenir à mon sujet, si, du bout inférieur de la colonne vertébrale, je me reporte au bout supérieur, voici ce que je remarque: tandis qu'en bas tout va se dégradant à mesure que l'on descend, ici tout va se développant, se perfectionnant; et c'est ce que l'on observe facilement dans l'occipital, ce lien d'union entre le crâne et la colonne vertébrale. Mais l'occipital, malgré ce perfectionnement, présente dans tous ses traits les indices du type dont il est dérivé. La description peut facilement les donner un à un, et de cette façon mieux en graver le souvenir que si elle les offrait sans faire ressortir les analogies qui les rapprochent du type déjà connu, déjà observé et étudié. On voit facilement que l'arc postérieur qui manque dans les vertèbres coccygiennes, présente ici un développement considérable et a surpassé le corps laissé bien en arrière de lui; ce corps est évidemment l'apophyse basilaire; si nous voulons poursuivre la même analogie dans les autres os du crâne, la tâche devient plus difficile et même impossible dans la pratique qui, dès ce moment, abandonne la philosophie livrée à ses propres forces. Que la philosophie se défie alors d'elle-même, qu'elle prenne garde de justifier les reproches qu'elle a trop souvent mérités. Seule, elle ressemble à un vaisseau sans boussole, sans gouvernail, livré aux caprices des flots et des vents. Pratique et philosophie, ne vous quittez jamais, vous êtes deux sœurs qui devez toujours vous tenir par la main, vous prêter un appui mutuel; mais non, vous n'êtes pas deux choses, vous n'en êtes qu'une; vous vous appelez d'un seul nom la philosophie, la vraie philosophie, la philosophie pratique.

Après avoir décrit les vertèbres, j'étudie ensuite leurs moyens d'union, leurs articulations et ligaments, et je suis, dans cette nouvelle description, la marche que j'avais adoptée dans celle des vertèbres, c'est-à-dire que je procède d'avant en arrière, et dans l'étude des muscles, je serai encore fidèle à la même méthode. Les articulations et les ligaments décrits, je passe à l'examen de leurs fonctions spéciales, et ces fonctions sont, comme on le sait, des fonctions mécaniques. Je montre que la vertèbre, en particulier, et tout os, en général, n'est qu'un levier, assujetti comme tel aux lois de l'équilibre et du mouvement. A ce point de vue, la colonne vertébrale, le squelette, le corps entier ne nous apparaît que comme une machine organisée et vivante. Elle est soumise aux mêmes principes que les autres machines, elle obéit aux mêmes lois. Ce qui diffère, c'est l'es-

OBSERVATION XVIII. — *Tumeurs multiples développées à la marge et entre les plis rayonnés de l'anus. — Hémorrhoïdes. — Chute du rectum. — Condylomes.*

Courtaud (Jean-Marie), trente-sept ans, polisseur, entre le 10 décembre 1844 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 39.

A son entrée, le malade ne pouvait ni marcher, ni s'asseoir sans douleur, et éprouvait au moment de la défécation une sensation d'ardeur telle, qu'il la comparait à celle que produirait le contact d'un fer rouge. Ces divers accidents étaient dus aux hémorrhoïdes que le malade porte, dit-il, depuis l'âge de douze ans, et qui de temps en temps saignent abondamment. Il existe d'ailleurs une constipation habituelle, et souvent trois jours se passent sans qu'il y ait de garde-robes.

Il y a douze ans, Courtaud a eu une gonorrhée et des chancres volants.

L'examen du malade prouva qu'il y avait en effet, autour de l'orifice anal, non-seulement des tumeurs hémorrhoïdales, mais encore des condylomes et un bourrelet circulaire formé par le prolapsus de la muqueuse rectale.

Sur tout le pourtour de l'anus on voyait deux espèces de tumeurs, toutes les deux situées sur les bords de l'orifice, toutes les deux paraissant se continuer avec la muqueuse rectale, toutes les deux augmentant de volume par les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux.

Parmi ces tumeurs, les unes étaient larges, sessiles; leur base se confondait insensiblement avec la muqueuse de l'intestin; elles étaient rosées comme celle-ci, plissées et froncées à leur furface. C'était l'intestin lui-même en état de prolapsus.

Les autres, d'un rouge bleuâtre, lisses, de consistance ferme, se montraient au dehors pendant les efforts de la défécation qu'on faisait faire au malade. Elles étaient arrondies, pyriformes et pourvues d'un pédicule très-distinct. Leur attouchement était douloureux. C'étaient les tumeurs hémorrhoïdales.

Un peu plus au-dessous du cercle anal, apparaissaient d'autres tumeurs très-dissemblables entre elles quant à la forme. Elles n'étaient ni froncées, ni feuilletées, pour ainsi dire, comme les bourrelets formés par la muqueuse rectale prolapsée, ni arrondies, pyriformes et pédiculées comme les tumeurs hémorrhoïdales. Elles étaient situées entre les plis rayonnés de l'anus. Leur base, large et sessile, faisait corps avec les tissus à la surface desquels elles se trouvaient. Chacune de ces tumeurs se détachait nettement, brusquement et sous des angles à peu près égaux de sa surface d'implantation, surface au-dessus de laquelle elle proéminait plus ou moins, offrant des facettes planes ou à peu près, séparées par des angles saillants. Cette dernière série de tumeurs n'était autre chose que des condylomes.

On se contenta de cautériser avec le nitrate d'argent d'abord, puis avec la pâte de Vienne, les tumeurs condylomateuses, qui furent ainsi détruites. On fut dispensé de remédier au prolapsus du rectum. Il disparut de lui-même sous l'influence du repos et à la faveur des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait le malade.

Ce dernier sort aujourd'hui, 19 janvier 1845, complétement débarrassé de ses condylomes; mais il garde toujours ses bourrelets hémorrhoïdaux.

Le but que nous nous sommes proposé, en rapportant cette observation, c'est de mettre en relief, et par une description prise sur nature, les caractères différentiels de certaines tumeurs qui peuvent s'observer simultanément à la région anale, et sur le caractère de chacune desquelles il importe que le praticien soit fixé. Ainsi, alors même que les trois ordres de tumeurs se présenteraient chez le même individu, voici les signes distinctifs qui permettraient d'assigner sur-le-champ à chacune d'elles sa véritable nature.

Tumeurs larges, sessiles, se confondant insensiblement par leur base avec la muqueuse rectale, rosées comme celle-ci, plissées et froncées à leur surface. C'est le prolapsus du rectum.

Tumeurs d'un rouge bleuâtre, lisses, de consistance ferme, se montrant au dehors par les efforts de défécation qu'on fait faire au malade, arrondies, piriformes, pédiculées, douloureuses au toucher. Ce sont les hémorrhoïdes.

Tumeurs très-dissemblables entre elles quant à la forme, siégeant entre les plis rayonnés de l'anus, faisant corps par leur base, qui est large et sessile, avec les tissus à la surface desquels elles font relief, se détachant nettement, brusquement de leur point d'implantation, offrant des facettes planes ou à peu près, séparées les unes des autres par des angles saillants. Ce sont les condylomes

Ces trois espèces de tumeurs sont disposées autour de l'orifice anal sur trois lignes concentriques, de telle sorte que le prolapsus du rectum forme la rangée la plus centrale, les condylomes la rangée la plus éloignée, et les hémorrhoïdes la rangée intermédiaire.

CONCLUSIONS.

1° Les accidents anémiques auxquels peut donner lieu l'existence d'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux sont des causes assez fréquentes de méprises diagnostiques, consistant à croire qu'il existe des affections viscérales de la poitrine ou de l'abdomen.

2° Quelque grave que paraisse l'état d'un malade atteint de

---

sence de la force, encore cette force, une fois admise, agit, en tant que force, comme le ferait une force quelconque.

Nous allons déterminer les conditions fondamentales des mouvements d'une vertèbre sur une autre, conditions qui sont les mêmes en principe que ceux d'un os quelconque sur un autre. Mais avant, posons cette donnée indispensable, à savoir que les corps mobiles, quels qu'ils soient, sont susceptibles de trois genres de mouvements : mouvement de translation ou projection, de rotation, d'inclinaison. Prenons pour exemple du fait le triple mouvement de la toupie que la main vient de lancer: vous la voyez décrire sur le sol une courbe de projection, puis, en même temps qu'elle se promène, elle tourne autour d'elle-même, et parfois s'incline et se balance. Un de ces mouvements peut se manifester seul, ou deux simultanément, ou même les trois ensemble. Les os, dans leurs mouvements, ne procèdent pas autrement que la toupie.

Si maintenant je fais l'application de ces indications au mouvement d'une vertèbre, voici ce que j'observe : il n'y a pas là de mouvement, de translation à proprement parler, l'association des mouvements ne semble être que binaire. Dans l'inclinaison, la vertèbre se penche en avant, en arrière ou sur les côtés, les corps prenant leurs points d'appui sur la pulpe centrale du ménisque cartilagineux intercorporel. Le corps de la vertèbre bascule sur ce point d'appui mobile, comme le ferait un levier ayant son point d'appui entre ses deux extrémités, par exemple le fléau d'une balance. Tous les éléments de la vertèbre s'associent avec régularité, et suivant leurs positions, à ce mécanisme si simple, absolument comme le feraient dans les arts les éléments mécaniques ordinaires; le mouvement de rotation, qui peut se manifester seul ou combiné avec le précédent, se passe autour d'un axe central qui, de la face supérieure du corps de la vertèbre, se porterait à sa face inférieure en traversant la pulpe du cartilage.

Ce qui doit surtout fixer l'attention dans les mouvements rotatoires et les mouvements d'inclinaison, qui, du reste, ne sont que des mouvements rotatoires, c'est le centre du mouvement, l'axe du mouvement. Au premier abord, cette observation peut paraître inutile; mais si je parviens à démontrer que les anatomistes, les physiologistes, les chirurgiens ont, dans nombre de cas, mal déterminé la nature d'un mouvement, faute d'avoir fait, d'une manière nette et précise, cette appréciation, peut-être trouvera-t-on, après mes explications, que je n'avais pas tort d'appeler l'attention sur ce point. On peut facilement, lorsqu'on étudie le jeu des articulations, faire la remarque suivante : quand un os s'adapte par une tête à un autre qui lui répond par une cavité, les deux extrémités de cet os se portent, dans les mouvements d'inclinaison, en sens inverse. Ainsi, l'extrémité inférieure du fémur se porte-t-elle en avant, l'extrémité supérieure se porte en arrière, et *vice versâ* : d'où l'on peut établir que toutes les fois qu'une tête se meut sur une cavité, cette tête se meut en sens inverse de l'extrémité opposée. La cavité se déplace, au contraire, dans le même sens que l'extrémité opposée, mais d'une quantité moindre, bien entendu.

J'ai fait une application assez étendue de cette indication à l'étude des luxations et des fractures; j'ai pu facilement reconnaître que des

tumeurs hémorrhoïdales, il ne faut pas renoncer à l'opération, celle-ci pouvant devenir le point de départ d'une amélioration tout à fait inattendue (voyez obs. de Peigné).

3° Les accompagnements locaux de l'affection hémorrhoïdaire sont : 1° les fistules à l'anus ; 2° les abcès à l'anus ; 3° la fissure anale avec ou sans spasme du sphincter ; 4° des dilatations ampullaires considérables du rectum ; 5° des hernies abdominales, soit simples, soit multiples ; 6° des rétrécissements urétraux.

4° Parmi ces accompagnements, les uns remplissent à l'égard des hémorrhoïdes le rôle de causes (rétrécissement urétral), les autres se présentent comme effet de l'existence des hémorrhoïdes (abcès, spasmes du sphincter) ; d'autres enfin, comme l'engorgement prostatique, jouent le double rôle de cause et d'effet à la fois.

5° L'usage préalable des purgations et des douches intestinales est de rigueur avant l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire.

6° Les malades qui vont être soumis à l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales par la méthode de l'écrasement, doivent toujours être amenés à l'état de tolérance anesthésique par l'emploi du chloroforme.

7° On ne doit jamais appliquer l'écrasement linéaire aux tumeurs hémorrhoïdales sans les avoir préalablement pédiculisées.

8° On peut pédiculiser les tumeurs hémorrhoïdales latérales sans autre secours que l'extrémité des deux doigts indicateurs, dont l'un, courbé en manière de crochet, ramène la tumeur du dedans au dehors, tandis que l'autre fait contre-appui à la limite cutanée du bourrelet hémorrhoïdal.

9° La ligature préalable pour la pédiculisation des tumeurs qui vont être soumises au broiement linéaire, est non-seulement utile, mais même indispensable.

10° Chez tous les sujets qui doivent être soumis à l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales, il importe de recourir à un cathétérisme urétral préalable ; cela dans le double but d'une exploration et d'une préparation utiles pour les cas où le cathétérisme viendrait à être indispensable plus tard.

11° L'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux circulaires se fait d'une manière complète en une seule fois par le concours de l'érigne à branches multiples et de l'écraseur.

12° Lorsque l'écrasement est conduit avec les précautions que nous avons indiquées, on peut obtenir la séparation des tumeurs hémorrhoïdales sans effusion de sang.

13° L'ablation des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire permet d'étudier anatomiquement la structure intime de ces tumeurs.

14° L'absence d'hémorrhagie, soit primitive, soit consécutive, doit être considérée comme un fait absolu à la suite de l'écrasement linéaire, quand celui-ci est pratiqué avec les précautions dont nous avons parlé.

15° La suppuration de la plaie qui succède à l'écrasement linéaire est presque nulle ; elle consiste dans le suintement très-faible, d'une humidité muqueuse.

16° La douleur qui succède à l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire est beaucoup plus courte que celle qu'on observe après les diverses méthodes de cautérisation.

17° Dans l'ablation par écrasement linéaire d'un bourrelet hémorrhoïdal circulaire, il arrive quelquefois que dans l'espace des premières vingt-quatre heures qui suivent l'opération il s'établit par le travail adhésif une occlusion complète de la plaie circulaire qui a été produite par l'instrument. Le chirurgien doit s'attacher à prévenir cette adhésion, dont l'effet est de clore l'extrémité de l'intestin rectum.

18° Les moyens de prévenir l'occlusion adhésive de la plaie circulaire sont : 1° l'introduction d'une mèche au moment même où l'opération vient d'être faite ; 2° l'introduction d'une mèche au bout de vingt-quatre heures ; 3° la division du bourrelet en deux moitiés, de manière à écraser chaque moitié séparément. De ces divers moyens, l'introduction d'une mèche au bout de vingt-quatre heures est celui auquel on doit donner la préférence.

19° Au bout de vingt-quatre heures après l'opération, il est nécessaire de s'assurer de la perméabilité de l'intestin, soit en opérant le décollement avec le doigt, soit en introduisant une algalie.

20° Dans la tuméfaction du ventre, qui succède, chez certains sujets, à l'ablation d'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux, il importe de distinguer ce qui peut dépendre de la rétention d'urine, à laquelle on remédie sur-le-champ par le cathétérisme, ce qui peut tenir à la distension par inertie intestinale, distension qu'on fait cesser par l'introduction d'une sonde élastique propre à favoriser l'issue des gaz, et enfin ce qui dépend d'une péritonite.

---

auteurs très-recommandables avaient mal déterminé le mécanisme de production de certaines luxations pour avoir négligé, ou plutôt n'avoir pas saisi ce fait important. Mais ce fait lui-même n'est qu'une déduction d'un principe supérieur, et l'erreur provient de la confusion que l'on fait entre l'appui et l'axe du mouvement.

La tête du fémur a son appui dans la cavité cotyloïde, mais son axe est au col. Ceci est encore plus saisissable pour l'articulation temporo-maxillaire ; ici tout le monde a admis le fait, mais sans le généraliser.

S'il s'agit d'une cavité se développant sur une tête, des cavités glénoïdes du tibia sur les condyles du fémur, nous remarquons que si les cavités qui forment le bout supérieur de cet os s'inclinent dans les mouvements d'extension et de flexion dans le même sens que le bout inférieur, cela vient de ce que l'axe du mouvement répond à une ligne transversale passant de la face latérale d'un condyle à celle du condyle opposé.

J'en ai assez dit sur ce sujet pour faire comprendre la nature de mes développements relatifs au mécanisme des mouvements articulatoire. Je démontre, dans mes cours sur les fractures et les luxations, que la théorie de leur production se détermine bien mieux par la considération du triple mouvement que par celle des causes directes et indirectes, expressions mal définies, mais que je conserve pourtant comme expressions de valeur secondaire en les expliquant et les soumettant à la prédominance de la loi fondamentale.

On sent bien que je ne puis ici entrer dans une discussion détaillée à cet égard ; je le fais dans mes cours, et le ferai plus tard dans un traité particulier, mais je passe outre, et je reviens à mon sujet.

Après avoir étudié les os et les articulations de la colonne vertébrale, en particulier, je les étudie ensuite, en général, en suivant toujours, et dans tous les cas, le même ordre de description. Il est un point spécial sur lequel j'insiste beaucoup dans l'étude générale de la colonne, c'est celui qui a trait aux dimensions des différentes parties comparées au tout. Les dimensions qui varient le moins sont celles de la portion dorsale ; elle est, du reste, la plus fixe des trois. Les régions cervicale et lombaire varient davantage. Malgré tout, la colonne vertébrale est la partie du squelette qui varie le moins chez les différents individus, appréciation qui n'a pas échappé à l'esprit judicieux de M. Cruveilhier.

(*La suite à un prochain numéro.*)

21° Aucun des malades opérés par écrasement linéaire, soit de tumeurs hémorrhoïdales latérales, soit de bourrelets circulaires, n'a jamais éprouvé jusqu'ici de difficultés sérieuses et durables dans les fonctions de l'intestin.

22° Chez beaucoup de malades opérés de tumeurs hémorrhoïdales par écrasement, les suites de l'opération sont tellement simples que, dès le troisième jour, ils sont en état de quitter l'hôpital et de reprendre leurs travaux. (Observations de Roux et de Phil. Claude.)

Du degré constant de la chaleur animale, considéré dans l'homme comme loi de la santé, des effets morbides produits par les variations de cette chaleur, et des applications à en déduire pour la thérapeutique.

Par M. le docteur Wanner.

(Voir les numéros 119 et 123.)

Si, comme nous l'avons dit, la calorification est destinée à produire une chaleur constante de 37 degrés pour que tous les phénomènes de la vie organique, et notamment les plus essentiels, comme la formation et l'entretien des organes, aient lieu dans des conditions normales propres à l'état de santé parfaite, la conséquence la plus directe de cette loi, c'est que toute perturbation de l'état isotherme du corps est non-seulement un symptôme, mais encore un état de maladie ; que, en effet, au-dessus ou au-dessous de 37 degrés, aucune des fonctions ne s'exerce régulièrement, il n'y a plus équilibre entre les réparations et les pertes, il n'y a plus santé. *L'état de maladie, considéré d'une manière abstraite,* n'est donc pas autre chose que *le trouble de l'état isotherme.*

Dans toutes les maladies inflammatoires, on a toujours observé que le degré de température du corps s'élevait constamment en raison de l'intensité de l'inflammation. En effet, plus l'inflammation est grande, plus le pouls est fort et accéléré, ce qui est une preuve indirecte que la production du calorique est en rapport avec l'intensité de frottement.

Si, sur un animal vivant, on examine au microscope le mésentère, sur lequel on a pratiqué une piqûre ou appliqué un agent chimique, tel qu'un acide, un alcali, on aperçoit une tache obscure, immuable, formée par du sang extravasé dans la rupture ou le point altéré d'une ou plusieurs cellules; il y a là une inflammation.

Ce point ainsi obstrué fait obstacle au passage du sang en cet endroit, il en résulte que les vaisseaux capillaires circonvoisins se trouvent, après un certain temps, distendus par l'afflux circulatoire, et que les molécules du sang et des tissus, nécessairement comprimées, subissent, dans leurs mouvements, un frottement plus intense. Tout frottement de ce genre a pour effet une émission de calorique et une élévation de la température de la partie où il s'opère.

La chaleur ainsi produite modifie, par son action dilatatrice, les rapports entre les particules des tissus et du sang, et cause une expansion qui est en raison même de l'accroissement de température.

Cette expansion, à son tour, ne peut avoir lieu sans que les parties organiques, dont les rapports de volume et de situation se trouvent par là altérés, n'aient à subir une compression plus ou moins forte, ajoutée à celle déjà produite par l'afflux du sang. Ce phénomène complexe a pour premier effet de déterminer une plus grande rapidité dans les actes de composition et de décomposition ; mais il peut atteindre un tel degré de chaleur, d'expansion et de compression, que la fonction économique du mouvement soit totalement supprimée dans la partie malade, que l'état de la vie cesse entièrement, et qu'il y ait état gangréneux.

Au-dessous de ce degré extrême, le calorique a pour effet de modifier seulement les actes de composition et de décomposition, de manière à former ce que nous appelons le pus. On sait que cette substance, s'accumulant sans cesse, finit bientôt, en brisant les cellules des tissus environnants, par se faire jour au dehors; alors toute compression cessant, la circulation se rétablit.

A ces deux modes de terminaison de l'inflammation, on peut en ajouter un troisième, qui consiste dans la résolution que l'on obtient, si l'on parvient à faire cesser assez à temps l'expansion au moyen d'un abaissement de température.

Cette expansion, produite par compression, frottement et chaleur, ainsi que nous venons de le déduire, est un phénomène qui n'a pas encore, que nous sachions, fixé l'attention de personne; et c'est pourtant, à notre avis, la seule action qui, concurremment avec l'afflux du sang, constitue l'inflammation, puisque l'un et l'autre sont la cause de cet état, qu'on a depuis longtemps indiqué par les caractères de rougeur, chaleur, tumeur et douleur, état que nous appelons *hyperisothermie.*

C'est en effet l'expansion qui, forçant, par l'excès de compression qu'elle détermine, le sang à briser les cellules et à s'y loger, produit la rougeur.

C'est à cause de l'afflux du sang et de l'expansion, que les parties solides et liquides se trouvant comprimées, que les molécules en mouvement subissent un frottement plus intense et émettent une température plus élevée; en d'autres termes, produisent la chaleur.

C'est à l'afflux du sang et à l'expansion qu'est due l'augmentation de volume de la partie enflammée, ou la tumeur.

Enfin, ce sont encore les mêmes causes qui, par la compression, refoulent le fluide contenu dans les tubules nerveux ; nous avons l'honneur de rappeler à l'Académie, que le 25 janvier 1849, il parut dans la *Gazette des Hôpitaux* une notice, dans laquelle nous émettions cette opinion, que la sensation est transmise par le fluide contenu dans les tubules nerveux, au moyen d'un ébranlement de ce fluide, déterminé par la compression qu'exercent sur les papilles les corps avec lesquels ces dernières se trouvent en contact. Ce liquide n'échappe pas assurément aux lois de l'hydrodynamique; bien que soumis aux influences de la capillarité, il doit comme les autres liquides obéir à la compression.

Or, dans les maladies cutanées, telles que la scarlatine, la rougeole, la variole, et dans la fièvre typhoïde, maladies où la peau est ordinairement très-sèche et très-halitueuse, les molécules du sang et des tissus qui constituent cette membrane, étant portées à une température plus élevée et éprouvant une expansion proportionnelle à cette élévation de température, non-seulement on conçoit sans peine, mais il est encore rationnel d'admettre qu'une compression s'exerce sur les tubules nerveux et refoule le liquide qu'ils contiennent jusqu'à leur communication avec le point où la sensibilité est perçue. Puisque toutes les circonstances de fait concourent à confirmer cette opinion, ajoutons que le refoulement du liquide des tubules doit, en vertu des lois de l'hydrodynamique, communiquer une pression au liquide cérébro-spinal : ce qui explique le délire et les modifications qu'éprouvent les phénomènes de la sensibilité dans ces maladies.

En donnant cette nouvelle théorie de l'inflammation, nous ne nous sommes pas dissimulé qu'on pouvait nous objecter l'impossibilité de comprendre les actes de composition de la trame organique, ou les rapports intimes des molécules du sang et des tissus dans l'inflammation. Mais il nous suffit de savoir que ces actes ne peuvent pas s'effectuer sans frottement, que le sang arrêté dans son mouvement circulatoire par un point obstrué, forcé de rétrograder, se meut encore dans les capillaires qui environnent cet obstacle, et que si la vitesse de progression des molécules du sang est ralentie, le mouvement qu'elles subissent encore suffit cependant pour que la compression qui résulte de leur concentration numérique, détermine entre elles et celles des tissus, un rappro-

chement plus intime, ce qui donne l'explication de l'intensité de leur frottement et de cette émission du degré de calorique, qui est non-seulement plus élevé, mais encore plus considérable par la somme, en raison de cette concentration de molécules. Enfin, puisque pour l'inflammation, il ne nous est pas donné de comprendre le mode de rapport des molécules du sang avec celle des tissus, si nous tenons compte de l'élévation de température pendant l'état inflammatoire, il est évident qu'ici, le frottement des molécules entre elles doit être plus rapide, car si la vitesse de la circulation est diminuée par l'obstacle que lui présente le point obstrué, la vitesse des rapports des molécules des tissus avec celles du sang, doit être alors augmentée; puisque tout le monde sait que plus le dégagement du calorique est intense, plus est considérable la vitesse du mouvement des molécules soumises à son action.

L'hyperisothermie peut être déterminée par une lésion accidentelle, soit une déchirure, une rupture, une contusion, ou par une incubation ; elle peut être aiguë ou chronique.

D'après nos observations, la chaleur animale, dans les maladies inflammatoires, peut s'élever jusqu'à 42 degrés centigrades; seulement, à cette température, le malade est presque asphixié. On a dit que chez les cholériques la température du corps s'abaissait jusqu'à 34 degrés centigrades, cela est-il bien exact? Sans doute que la chaleur animale s'abaisse dans les régions où les fonctions existent à peine, puisque la circulation est presque nulle pour ces parties, mais dans le ventre la chaleur est considérable, car on trouve à l'autopsie que, longtemps après la mort, le sang contenu dans l'abdomen est encore chaud. Aussi est-ce dans le rectum qu'il faudrait placer le thermomètre pour bien constater le degré chez ces malades,

Comme 37 degrés centigrades est le degré qui constitue l'état de santé.

Comme les maladies inflammatoires, quel que soit l'organe affecté, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, ne peuvent se développer et parcourir leurs périodes sans que la température du corps ne s'élève ; comme de leur explication par la perturbation de l'état isotherme se déduit logiquement la possibilité de les réduire avec promptitude, ce qui pour la thérapeutique est d'une importance d'autant plus grande; que le traitement se fonde sur une loi pathologique, et devient commun à toutes les inflammations, il s'ensuit nécessairement que le médecin doit, en agissant au point de vue de l'hygiène, tendre a maintenir ce degré, et, en agissant au point de vue thérapeutiqne, s'efforcer d'annihiler l'hyperisothermie en ramenant la température du corps à son état isotherme.

Pour y parvenir, il n'a qu'à imiter la nature; les moyens qu'elle emploie, il peut les reproduire artificiellement; ainsi, comme c'est par une sueur continue que le corps perd d'une manière incessante son calorique, le médecin pourra obtenir le même effet au moyen d'une légère couche d'humidité, c'est-à-dire d'une sueur imitée. Il lui suffit pour cela de faire sans interruption des passes d'eau froide qui, déterminant une évaporation sur la partie mouillée, enlèvent du calorique, font cesser l'expansion, diminuent l'intensité de frottement, et, par conséquent, suspendent l'émission trop grande de ce fluide.

De même, si l'on considère que c'est en introduisant des aliments par les voies digestives, que le corps entretient son calorique, on sera conduit à produire un abaissement de la température interne en introduisant par ces mêmes voies, un corps réfrigérant, tel que la glace par exemple, qu'on aura soin de donner par petite portion, et de manière que le malade en absorbe sans interruption, et aussi longtemps qu'il faudra, pour produire l'effet désiré.

Nous mentionnerons ici deux expériences que nous avons faites, l'une sur un lapin et l'autre sur un chien, desquelles il résulte qu'il est facile d'abaisser la chaleur animale de plusieurs degrés. De la glace pilée ayant été introduite à l'aide d'un refouloir dans l'œsophage du lapin, qui pesait 5 kilogrammes et dans l'anus duquel avait été placé un thermomètre centigrade, au bout d'une heure le thermomètre marquait 36 degrés centigrades, et au bout d'une autre heure et demie 30 degrés centigrades. Chez le chien, qui pesait 6 kilogrammes, nous n'obtînmes les mêmes résultats qu'en six heures.

Par ce moyen, nous parvenons graduellement à abaisser la température de l'économie sans accident, la quantité de glace prise à chaque instant étant très-minime en comparaison de la masse du corps.

Pendant qu'on administre la glace, on peut aussi déterminer utilement une transsudation factice au moyen de passes sur la tête, et, selon l'intensité des cas, sur le ventre, les bras et les cuisses. Ce moyen, qui remplace la sueur locale, agit évidemment avec un peu plus d'énergie qu'elle, puisque plus l'eau est froide, plus l'économie doit fournir de calorique pour qu'elle s'évapore ; mais cet excès de soustraction de calorique est utile, et l'expérience constate qu'il est sans inconvénient. Il n'en est pas de même, comme on sait, pour les douches prolongées d'eau froide, ainsi que pour les bains froids prolongés, qui ont le grave inconvénient de mettre en rapport une somme considérable de température froide avec celle du calorique de tout le corps; cela peut, chez un sujet d'une constitution faible, amener un ébranlement nerveux, qui, en raison de son intensité, peut déterminer des accidents très-graves, même la mort, soit en soustrayant tout à coup au corps une somme trop grande de calorique, soit en empêchant l'évaporation des principes des sécrétions, qui sont alors répercutés.

Ce moyen, dont l'usage incessant sera d'autant avantageux, qu'on sait que le corps est mauvais conducteur du calorique, agira alors principalement sur la partie où existe l'inflammation ; il est également préférable aux applications permanentes d'une certaine quantité de glace, soit sur la tête, soit sur le ventre, ce qui a l'inconvénient de déterminer une activité plus ou moins prolongée dans des parties déjà malades.

Pour soustraire le calorique de l'abdomen, je fais administrer, toutes les trois heures, des lavements d'eau froide à température de glace fondante.

Pour nous rendre compte d'une manière irrécusable des avantages de ce traitement, nous l'avons employé d'abord contre la typhoïde, maladie inflammatoire jusqu'à présent la plus réfractaire aux moyens thérapeutiques connus, tels que la saignée, la diète, les purgatifs, les boissons délayantes. Ces moyens, à notre avis, n'agissent pareillement qu'en déterminant un abaissement de la température du corps, seulement leur énergie est moindre; ainsi la saignée soustrayant à la circulation une certaine masse de sang, par conséquent du sérum, de la fibrine et des globules, diminue la production de chaleur.

Les purgatifs augmentant les sécrétions intestinales et en déterminant une certaine déperdition, produisent un effet de même nature. La diète, ne permettant pas au sang de réparer ses pertes, et enfin les boissons absorbées rendant le sang plus liquide, conduisent aux mêmes résultats.

Seulement ces moyens, on le comprend, sont d'une énergie différente et bien moindre que celle de la glace, des passes et des lavements froids.

Nous n'ignorons pas, que dans les hôpitaux plusieurs chefs de service ont, contre la fièvre typhoïde, essayé différents moyens réfrigérants, tels que des bains froids, des douches d'eau froide, de la glace appliquée sur le ventre, sans en obtenir des résultats bien importants. Cela n'est pas étonnant ; car si jusqu'à présent, dans le traitement des maladies inflammatoires, on n'a pu se rendre compte des succès imprévus et des résultats fâcheux, obtenus par l'application du froid, cela tient sans aucun doute à ce que ce traitement par le froid n'a toujours été qu'empirique, soit que l'on n'ait pas apporté dans l'administration du froid les soins de *méthode* et de *continuité* nécessaires. On a pu, sans le vouloir ni le comprendre, pro-

duire des effets tout opposés à ceux que l'on tendait à déterminer.

Le traitement par la glace, les passes d'eau froide, les lavements froids, etc., comme nous le comprenons, nous a paru infaillible, appliqué au début de toutes les maladies inflammatoires, qu'elles soient médicales ou chirurgicales. La raison est, qu'en abaissant le calorique, nous rétablissons les rapports normaux des principes du corps, qui se trouvaient altérés dans un milieu au-dessus de 37 degrés centigrades.

(*La suite prochainement.*)

MÉDECINE COMPARÉE.

Rupture du péricarde chez le cheval,

par M. Cuthbert,
Vétérinaire à Wakefield.

Voici les symptômes que présenta avant sa mort l'animal sujet de cette observation : le pouls battait seulement 60 pulsations par minute ; il n'était pas perceptible à la mâchoire, mais à l'artère radiale. Très-irrégulier et intermittent, on sentait trois ou quatre pulsations consécutives très-fortes, puis il s'arrêtait pendant 7 à 8 secondes et reprenait ensuite avec la même force. Extrémités chaudes ; respiration haute, mais non précipitée, tête penchée ; point de trépignements ni de symptômes de douleurs.

Quelques heures avant la mort, le cœur battait avec tant de force qu'on pouvait entendre distinctement ses pulsations en se tenant derrière l'animal. Respiration haute, mais non précipitée, de temps à autre, plaintes profondes.

Autopsie. — Viscères parfaitement sains dans la cavité abdominale. A l'ouverture de la poitrine, M. Cuthbert découvrit que la pointe du cœur faisait saillie à travers une ouverture du péricarde ; il y avait une petite quantité de liquide épanché dans la cavité pleurale. Les poumons étaient très-congestionnés ; le cœur avait un volume très-considérable ; la rupture du péricarde mesurait environ 8 pouces de longueur ; l'intérieur de sa cavité était revêtu d'une couche de lymphe, très-épaisse par places. D'un côté les lèvres de la solution de continuité étaient très-minces, et de l'autre très-épaisses.

(*Rec. de méd. vétérin.*)

Remède contre l'hématurie du cheval.

Par M. Samuel Brown, vétérinaire à Melton-Mowbray.

M. Brown ayant eu occasion d'observer l'hématurie sur deux chevaux, eut recours, pour faire cesser l'écoulement du sang, à des pilules composées d'acétate de plomb, d'opium, d'un tonique végétal, de baume de copahu et de thériaque. L'auteur ne dit pas dans quelles proportions ces différentes substances étaient associées, mais il affirme avoir obtenu des résultats presque immédiats de leur administration. (*Idem.*)

De l'inoculation comme moyen de faire cesser les ravages du typhus sur l'espèce bovine.

Par M. Peter Jessen, directeur de l'Ecole vétérinaire à Dorpat.

L'article du *Veterinarian* est une analyse d'une brochure publiée, en 1852, par M. Peter Jessen sur ce sujet.

Le plan de l'auteur de cette brochure serait le suivant, d'après le rédacteur du *Veterinarian :* Il faudrait construire dans les steppes un bâtiment convenable pour loger un troupeau de 100 bêtes bovines complétement saines, qui n'auraient pas été exposées à l'influence de la contagion. Ces bêtes seraient inoculées avec le virus du typhus et serviraient à apprécier l'influence préservatrice de l'inoculation. (*Idem.*)

Des maladies vermineuses de l'œil.

Par M. Hodgson.

Les maladies vermineuses de l'œil sont endémiques sur les chevaux dans les mêmes localités où règne la faiblesse des reins, sans que M. Hodgson ait pu saisir cependant la moindre connexion entre ces affections.

Comment le ver se forme-t-il dans l'œil ? C'est ce que personne n'a encore pu découvrir. Il y a des circonstances où il est plus volumineux que dans d'autres, et il est certain que son apparition est instantanée, comme le prouve l'opacité immédiate de la cornée que déterminent ses mouvements. Suivant M. Hodgson, ce serait par le nerf optique que très-probablement le ver pénétrerait dans l'œil (*sic*) ; mais comme on le rencontre ailleurs, et particulièrement sous le péritoine, il est très-admissible, dit-il, qu'il peut se faire la voie à travers les tissus. Pour remédier à cet accident, M. Hodgson conseille d'abattre le cheval qui en est atteint avant que la cornée soit devenue opaque, ce qui arrive très-rapidement, et de ponctionner l'œil, soit avec une très-petite lancette, ou mieux avec un trocart de petite dimension. Le ver s'échappe par une ouverture extrêmement étroite.

Des lotions d'eau froide suffisent pour achever la cure.

Si le ver n'est pas extrait, la perte de l'œil est certaine ; aussi faut-il introduire dans sa cavité un petit instrument crochu pour tâcher de faire sortir le parasite, lorsqu'il ne se présente pas naturellement à l'ouverture pratiquée.

— Les maladies vermineuses de l'œil ont été quelquefois observées en France, et l'on est arrivé à obtenir leur guérison par un moyen beaucoup plus simple, tout au moins aussi efficace, et à coup sûr moins dangereux que celui que conseille M. Hodgson : l'application sur la cornée de quelques gouttes de teinture aloétique, que M. Chaignand a indiquée dans les premiers volumes du *Recueil.*

(*Recueil de méd. vétér.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 *octobre* 1855. — Présidence de M. Regnault.

Traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses inrécidivables, par l'inoculation de leurs produits morbides. M. H. Bourguignon envoie sur ce sujet une note qu'il résume ainsi :

Parmi les maladies les plus graves, celles dites essentielles, infectieuses, telles que la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre miliaire, la peste, le choléra, la fièvre jaune, tiennent le premier rang. Ces maladies, dont nous ne connaissons ni les causes ni le traitement, ont cela de particulier, que deux traitements leur sont applicables, l'un préservatif, l'autre curatif : le premier, dont nous constatons tous les jours les effets, car ces maladies essentielles laissent les individus qu'elles atteignent indemnes, incontagiables pour l'avenir ; le second, qui nous sera de longtemps encore inconnu. Et puisque nous ne pouvons guérir ces maladies à l'aide d'une médication raisonnée, nous devons imiter la nature et appliquer le traitement prophylactique, en inoculant le virus préservateur propre à chacune d'elles. La fièvre typhoïde me paraît, parmi les maladies infectieuses, celle qui montrera le plus clairement le fait général de non-récidive : aussi me semble-t-il très probable que l'inoculation du virus typhoïdique préservera les individus inoculés des atteintes de la fièvre typhoïde spontanée.

Mais l'inoculation présuppose l'existence d'un virus inoculable, et l'analogie constatée entre la variole et la fièvre typhoïde (cette dernière produisant au début une éruption pustuleuse sur la muqueuse intestinale (1), comme la variole provoque une éruption pustuleuse sur la peau), me fait penser

(1) L'auteur entend par fièvres typhoïdes celles qui s'accompagnent constamment d'ulcérations intestinales ; il ne regarde pas comme telles des dothinentérites bien caractérisées quant aux symptômes généraux, mais dans lesquelles les ulcérations intestinales font défaut, et il n'étend pas à celles-ci la propriété de n'être pas sujettes à récidive.

qu'on trouvera sur l'homme ou sur les animaux le germe virulent transmissible. Pour arriver à cette découverte, il y a plus de chemin à faire, je le sais, qu'il n'y en eut pour Jenner à arriver à celle de la vaccination; la question est moins avancée; Jenner, en effet, trouva l'inoculation de la variole d'homme à homme en usage depuis des siècles, quand il eut l'idée d'emprunter au *cow-pox* le virus préservateur. Mais si la distance à parcourir est plus grande, c'est un motif pour nous mettre plus tôt en marche: les résultats déjà obtenus pour quelques-unes des maladies de nos animaux domestiques, l'inoculation pratiquée pour prévenir la clavelée des moutons et la pneumonie contagieuse des bêtes bovines, sont de nature à nous encourager.

L'auteur, en terminant, passe en revue les diverses éruptions auxquelles sont sujets les animaux domestiques, et principalement les ruminants, sur lesquels il lui semble qu'on a le plus d'espoir de trouver le virus à transmettre comme préservatif de la fièvre typhoïde.

Ablation de neuf loupes opérée à l'aide de la cautérisation linéaire remplaçant l'action du bistouri. — M. Legrand communique une observation dont voici le résumé :

Cette observation, dit l'auteur, la plus saillante de toutes celles que j'aurais pu recueillir depuis ma dernière communication (15 septembre 1855), me paraît être une démonstration nouvelle de l'innocuité de la méthode que je m'efforce de répandre, et qui réunit, selon moi, les avantages suivants: peu de douleur; jamais d'hémorrhagie; jamais d'érysipèle; jamais d'infection purulente, malgré la suppuration qu'on ne peut pas empêcher, mais qui reste toujours modérée. A la vérité, la durée du traitement est plus longue que dans l'ablation par le bistouri, et varie dans la grande majorité des cas de quinze à trente jours; mais, en revanche, on n'est jamais obligé de garder la chambre, et on peut vaquer librement à ses affaires.

Séance du 15 octobre.

Autoplastie. — M. Velpeau présente à l'Académie un Mémoire de M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Ce Mémoire, intitulé : *Nouveau procédé de rhinoplastie ayant pour but de conserver la régularité du contour des narines*, contient quatre observations recueillies à la clinique de l'hôpital Saint-Eloi, et qui tendent à démontrer l'efficacité de ce procédé pour corriger certaines imperfections inhérentes aux opérations rhinoplastiques, telles qu'on a l'habitude de les pratiquer.

Pour établir les traits distinctifs de la modification proposée, l'auteur examine succinctement les principales méthodes rhinoplastiques, et spécialement la méthode française, à laquelle il donne la préférence dans les cas où l'état des parties permet d'opter entre divers modes opératoires.

Cette méthode, qui consiste à tailler et à mobiliser par la dissection sous-cutanée des lambeaux empruntés aux joues et qu'on ramène vers la région du nez, pour réparer les pertes de substance causées par la maladie et par l'opération, a pour avantage de fournir des lambeaux larges, bien nourris, adhérents par une base étendue, riche en rameaux artériels. Ces lambeaux glissent facilement, leur fixation sur la circonférence des parties retranchées n'offre aucune difficulté, et les lignes de cicatrisation sont régulières. Mais cette méthode, quoique plus avantageuse que les autres dans son ensemble, n'en a pas moins, comme elles, l'inconvénient de donner, dans la majorité des cas, des nez tantôt aplatis, tantôt informes ou ramassés en boule, et dans lesquels les narines, mal formées, mal soutenues par les corps dilatants qu'on y introduit, finissent, à la longue, par se coarcter et présenter une apparence disgracieuse. Or, dans les opérations autoplastiques, et spécialement dans la rhinoplastie, il ne suffit pas d'obtenir la greffe des tissus et le succès matériel de l'opération, il faut chercher, autant que possible, à reproduire la forme normale. Sans ce résultat, les tentatives chirurgicales n'ont qu'une valeur insuffisante.

M. Bouisson pense que dans ce genre d'opérations on sacrifie trop légèrement les portions restées saines dans le squelette fibro-cartilagineux du nez. Ces parties, dont la résistance est propre à favoriser la restauration des formes naturelles, sont généralement moins affectées qu'on ne pense, et, loin de les emporter, comme on le fait généralement, le chirurgien doit conserver tout ce que la maladie a respecté. Cette conservation, appliquée spécialement au contour des narines, où se trouve un fibro-cartilage annulaire, assure à l'opérateur un point d'appui avantageux pour fixer le lambeau génien et donner au nez de nouvelle formation une apparence convenable.

Guidé par cette vue, dans les quatre opérations dont il est fait mention dans son Mémoire, l'auteur a obtenu des restaurations nasales remarquables et dont on peut vérifier le résultat sur les dessins qui sont annexés au travail soumis au jugement de l'Académie.

Ces essais, entrepris à la clinique de Montpellier, dès 1849, tendent à faire accepter les règles suivantes :

Respecter, autant que possible, la cloison, afin de prévenir l'aplatissement qui résulterait du manque de soutien de la voûte cutanée.

Faire un support latéral aux lambeaux avec les portions saines des fibro-cartilages des ailes du nez. Sans cette précaution, la peau qui forme la nouvelle aile du nez s'affaisse ou se crispe de manière à rétrécir la portion correspondante de la fosse nasale.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Les candidats aux emplois médicaux ne paraissent pas plus manquer en Angleterre qu'en France; le *Medical Times* nous apprend que le Conseil de salubrité de Londres ayant été appelé à élire un membre, en remplacement de M. Simon, nommé membre du Conseil général de santé, a eu à choisir entre seize candidats. A un scrutin de ballottage, M. Odling a obtenu 26 suffrages et M. Letheby, 38. Ce dernier a été nommé membre du Conseil de salubrité. Les émoluments attachés à ces fonctions sont de 400 livres par an ou 10,000 fr.

— Nous avons reçu de M. Abeille une lettre que nous insérerons dans notre prochain numéro.

— Messieurs les Professeurs particuliers qui font des cours cet hiver à l'Ecole pratique sont invités à se réunir samedi prochain, 27 courant à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de ladite Ecole pour prendre des arrangements relatifs à l'éclairage et au chauffage des amphithéâtres.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

— Viennent de paraître :

Recherches cliniques sur les *Maladies du cœur*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur Ernest Auburtin, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris ;

Précédées de Considérations de philosophie médicale sur le *vitalisme*, l'*organisme* et la *nomenclature médicale*, par M. le professeur Bouillaud ;

Paris, chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12; 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 128. 3e année. Vendredi 26 Octobre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Des instruments propres à pratiquer la suture profonde.

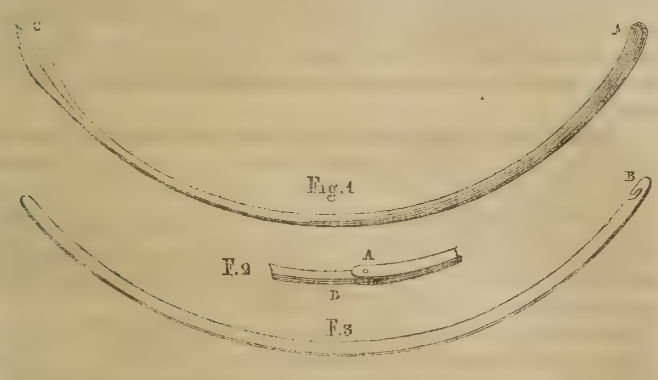
Par le docteur HEURTELOUP.

(2e Article. — Voir le *Moniteur des Hôpitaux* du 5 septembre 1855.)

Comme je l'ai défini, pour pratiquer la suture profonde, une aiguille courbe de contention se place à la base de la pyramide faite par les chairs rassemblées et réunies par les mains de l'aide. Cette aiguille courbe est constituée par deux parties, une en acier qui perce les tissus, une autre en argent qui suit la première et qui est destinée à rester dans la plaie pour servir au maintien des chairs. J'appelle la première l'aiguille *conductrice* et la deuxième l'aiguille à *demeure*. Je vais les décrire (planche 1re.)

De l'aiguille conductrice (planche 1re *fig.* 1.)

Cette aiguille décrit une courbe de 6 centimètres de rayon. Elle a à peu près une longueur entre le tiers et les deux tiers de la circonférence qui résulterait de ce rayon, ce qui lui



donne à peu près entre 6 et 12 centimètres de longueur.

Cette aiguille présente trois parties :

La pointe (C), le chas (A) et le corps.

La pointe est lancéolée, très-tranchante à son extrémité comme sur les ailes; elle est plus large que le corps de l'aiguille.

Le corps est large de 3 millimètres, épais de 1 millimètre.

Le chas (A) a une disposition particulière. Il n'est pas percé suivant son épaisseur, il l'est suivant sa largeur. Percé n'est pas le mot, car le chas fendu dans le sens de sa largeur présente deux languettes séparées par un espace. Ces deux languettes sont percées par un trou dans lequel passe une goupille. Cette goupille sert à accrocher l'aiguille à *demeure* (planche 1re *fig.* 2. A.)

De l'aiguille à demeure (planche 1re, *fig.* 3.)

L'aiguille à *demeure* n'est pas à proprement parler une aiguille, c'est une tige plate et large en argent, de même dimension que l'aiguille *conductrice*. Elle est courbe sur le même rayon. Ses lignes sont parallèles d'un bout à l'autre. Un bout est mousse, l'autre bout présente un crochet (*fig.* 3, B.). Ce crochet est plat suivant le plat de l'aiguille ; il est mince également suivant ce plat, et cette minceur permet d'introduire le crochet dans le chas de l'aiguille *conductrice*. *fig.* 2, (A).

L'aiguille *conductrice* et l'aiguille à *demeure* courbées suivant la même circonférence forment, lorsqu'elles sont accrochées l'une à l'autre, un cercle parfait. Cette circonférence exacte fait que là où un point du tout a passé, les autres points suivent exactement.

Les deux aiguilles s'accrochent l'une à l'autre avec facilité en insinuant le crochet de l'aiguille à *demeure* dans le chas de l'aiguille *conductrice*, et en faisant entrer la goupille de celle-ci dans le crochet de celle-là (*fig.* 2, A.)

Manière d'introduire l'aiguille conductrice dans les tissus.

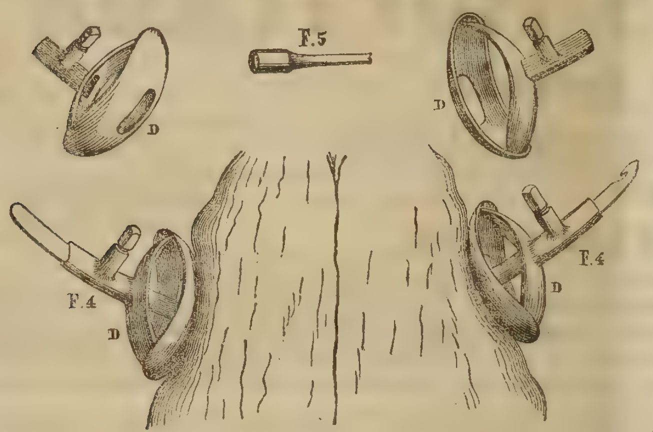
C'est le chirurgien lui-même qui étudie la manière de rapprocher les tissus. Il les met dans différentes conditions de rapprochement pour choisir la meilleure, c'est-à-dire celle qui présentera une chance de réunion plus large, plus exacte et plus profonde. Lorsqu'il a fini son étude il cherche à maintenir les tissus au moyen de deux doigts *uniques* opposés, et si ces deux doigts opèrent à *eux seuls* un rapprochement convenable, c'est à l'endroit où sont ces deux doigts que l'aiguille conductrice doit être placée. Elle doit entrer par la place occupée par un doigt et sortir par la place occupée par l'autre doigt. Pour cela, l'aide embrasse les tissus avec ses doigts en les posant autre part qu'à la place d'élection afin de *laisser cette place libre*, et les maintient en position pendant que le chirurgien passe l'aiguille *conductrice*.

Aussitôt cette aiguille conductrice passée, il accroche l'aiguille à *demeure*, et faisant décrire aux deux aiguilles un cercle parfait, il tire cette dernière qui remplace la première. Il sépare les deux aiguilles en les décrochant, et l'aiguille à demeure reste dans les tissus. C'est alors que, l'aide maintenant toujours les chairs en position, le chirurgien glisse sur les deux extrémités de cette aiguille à demeure les deux pièces de contention que je vais décrire.

Des pièces de contention.

J'ai appelé ces pièces, pièces de *contention* non pas seulement parce qu'elles sont destinées à maintenir les tissus en

contact, mais aussi parce que, mobiles, elles peuvent obéir à tous les degrés de pression que le chargement de volume des tissus peut exiger. J'emploie deux genres de pièces de *con-*

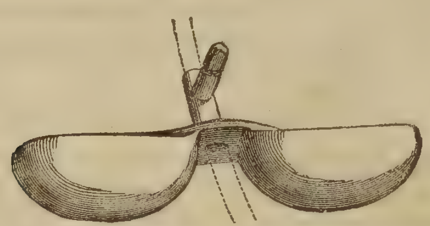


tention, l'une qui presse et contient en agissant sur la ligne même de l'aiguille à demeure (planche 2 DDDD) et l'autre qui porte son action à quelque distance de cette aiguille et sur ses deux côtés.

La pièce de *contention* présente trois propriétés : 1° remplaçant les doigts, elle est arrondie et lisse ; 2° tout en prenant son point d'appui sur l'aiguille à demeure, elle ne bouche pas cependant le trou fait par cette aiguille, et 3° elle se fixe à volonté sur un des points de cette aiguille.

La pièce de *contention* qui agit sur la ligne même de l'aiguille à *demeure* présente deux montants qui se continuent avec la gaîne qui reçoit l'aiguille et qui font corps avec la pièce en coquille qui presse sur les tissus. Cette pièce est percée d'un trou par lequel le pus s'écoule facilement, bien qu'il y ait une pression exercée tout près de l'aiguille.

La pièce de *contention*, qui porte son action à quelque distance de l'aiguille à demeure (planche 3), étend ses deux co-



quilles à droite et à gauche. Ces coquilles n'ont pas de trous, car l'espace qu'elles laissent entre elles permet au pus de s'écouler avec facilité. Ces coquilles sont réunies à la gaîne qui glisse sur l'aiguille à demeure au moyen d'une traverse qui les rend solidaires.

Enfin il est une troisième pièce de contention, mais qui est exceptionnelle, c'est celle qui au lieu d'agir sur les parties latérales de l'aiguille à demeure, agit au-dessous de sa convexité; alors sa coquille est placée dans ce sens. Toutes les coquilles de ces pièces peuvent être allongées, et alors prenant sur un plus grand espace elles maintiennent les tissus dans une plus grande longueur et au moyen de la large contention que ces cuquilles permettent, il n'est nécessaire que de poser une aiguille pour réunir une plaie largement béante. On peut faire des coquilles à rallonge.

J'ai fait faire des coquilles en bois et en caoutchouc comme celles que je vous présente, mais le métal inoxydable vaut mieux : très-poli, très-arrondi et se maintenant propre, il est d'un meilleur usage.

Dans le principe, j'avais disposé les pièces de contention avec une vis présentant une tête que pouvaient tourner les doigts, mais cela encombrait; ces vis projetaient trop, et j'ai dû en placer sur les gaînes de courtes que je tourne maintenant avec une petite clef : je vous la présente. Cette clef a une force suffisante pour mouvoir les vis lorsqu'elles sont salies et c'est un point important (l'extrémité de cette clef est dessinée sur la planche 2, *fig*. 5).

Lorsque le chirurgien juge que la réunion lui paraît suffisante, il desserre la vis, recule les pièces de *contention*, et n'enlève jamais ces pièces ni l'aiguille à demeure abruptement ; il desserre un jour, puis un second, puis un troisième, il produit l'effet que j'appelle de *seconde intention*, et qu'il ne sera le moment de mettre en lumière que lorsque j'entretiendrai l'Académie des effets de la suture profonde dans le cas où je l'ai mise en usage.

L'idée principale de la *suture profonde* étant publiée, les instruments qui en permettent l'usage étant décrits, je désire être surpassé par les savants et habiles praticiens qui m'écoutent ; car si ce que je propose est rationnel, je ne doute pas qu'ils n'étudient le sujet plus profondément que celui qui n'a pas assez l'occasion de l'appliquer et qu'ils ne le fécondent avec l'esprit de perfectionnement qui les distingue.

J'ai l'espérance, s'ils veulent bien se livrer à cette étude, qu'ils admettront que la *suture profonde* peut être employée seule ou concurremment avec la *suture superficielle* et *vice versâ*, chacune ajoutant au bien dans la mesure de ses propriétés.

Mémoire sur l'if et sur ses propriétés toxiques.

Par MM. Chevallier, Duchesne et Reynal.

Sous ce titre, ces trois honorables auteurs, déjà connus par plusieurs travaux utiles, viennent de publier, dans les *Annales d'hygiène*, des recherches étendues sur un arbre qui, jusqu'à ce jour, a occupé une bien faible place dans la toxicologie et la thérapeutique, et qui ne paraît pas être digne de l'oubli où il est resté. Nos lecteurs, nous n'en doutons pas, liront avec intérêt l'extrait suivant de ce consciencieux travail.

« Deux tentatives d'avortement sur deux jeunes filles ont eu lieu dans ces dernières années, et, dans une des instructions judiciaires, nous avons été invités à donner notre avis sur les propriétés toxiques de l'if.

« Lorsque nous avons voulu nous livrer à cette étude, nous avons reconnu que quelques auteurs ne partageaient pas l'opinion générale qui attribue des propriétés vénéneuses à cet arbre, et que, pour pouvoir prononcer d'une manière positive, nous devions reprendre et refaire les expériences déjà anciennes dont les résultats sont épars dans les feuilles scientifiques.

« Aussi avons-nous pensé qu'il était utile, pour éclairer ce point important de toxicologie, de nous associer M. Reynal, chef de clinique à l'école d'Alfort; c'est avec son concours et sous sa direction que nous avons tenté les nombreuses expériences dont les résultats sont consignés dans ce travail ; elles ne peuvent manquer de lever tous les doutes et de fixer d'une manière définitive ce débat scientifique. »

Les auteurs se livrent ici à des recherches historiques nombreuses et fort curieuses. Ils énumèrent les diverses espèces d'if, et décrivent ainsi les diverses parties du *taxus baccata*, le seul qu'ils aient étudié.

« *Ecorce.* — Harmand de Montgarni a rapporté (1) des observations sur la poudre d'écorce d'if, sur lesquelles nous reviendrons lorsque nous parlerons de la thérapeutique; nous ne citerons actuellement qu'une seule d'entre elles, parce qu'il en paraît ressortir que l'écorce de l'if a occasionné des accidents secondaires d'une certaine gravité.

« En 1777, un manœuvre faïencier, âgé d'environ quarante ans, d'une constitution grêle et d'ailleurs assez vigoureux,

(1) *Obs. sur l'if* (ancien *Journ. de méd.*, t. LXXXIII, p. 810).

était atteint, depuis seize mois, d'une fièvre quarte contre laquelle il avait employé inutilement beaucoup de remèdes.

« Il but, le jour de l'accès, une pinte de vin blanc dans lequel on avait fait infuser, la veille, une once d'écorce récente d'if.

« La fièvre cessa dès ce moment et ne reparut plus. Il ne s'était fait aucune évacuation sensible, si ce n'est deux garde-robes qui eurent lieu dans le même jour; mais, environ un mois après cette guérison, le corps se couvrit de gales et de pustules, tous les cheveux et les poils du corps tombèrent en deux jours, et cet homme resta comme imbécile pendant près de deux mois que dura cette affection cutanée. La peau a conservé depuis une teinte d'un gris sale et plombé, et, quoique cet homme jouisse actuellement d'une santé ordinaire, il a été néanmoins attaqué deux fois, depuis la guérison de sa fièvre, d'un ictère noir dont on a eu beaucoup de peine à détruire les symptômes.

« Nous n'avons fait qu'une seule expérience avec cette partie de l'if.

« Nous avons mis infuser à froid pendant huit jours, dans du vin vieux de Mâcon, de l'écorce fraîche de jeunes rameaux d'if, et au bout de ce temps nous en avons bu environ trente grammes à jeun, sans en ressentir aucun mauvais effet. Ce vin n'avait pas changé de couleur et le goût n'en était pas sensiblement altéré; cependant nous avons trouvé qu'il laissait ensuite une légère amertume dans la bouche.

« *Feuilles.* — Dans les études sur l'if, ce sont certainement les feuilles qui ont donné lieu aux observations les plus nombreuses et les plus intéressantes; mais les faits épars sont publiés sans ordre, et il est très-difficile de les utiliser dans des recherches. Nous avons donc cru, vu l'importance du sujet, devoir les classer. Nous parlerons successivement : 1° des feuilles vertes et de leurs effets chez l'homme; 2° des feuilles vertes et de leurs effets sur différents animaux; 3° des feuilles vertes mélangées à du foin, à de l'orge, à de l'avoine; 4° du suc des feuilles vertes de l'if et de ses effets chez l'homme; 5° de l'infusion des feuilles vertes; 6° de l'eau distillée des feuilles vertes; 7° de la décoction des feuilles vertes; 8° de leur extrait aqueux; 9° de leur extrait alcoolique; 10° des feuilles sèches de l'if et de leur poudre.

§ Ier. — *Des feuilles vertes et de leurs effets chez l'homme.*

« Les observations d'empoisonnement sur l'homme, au moyen des feuilles fraîches, sont peu nombreuses, et encore il n'est pas bien certain pour nous que l'on n'ait pas employé le suc des feuilles plutôt que les feuilles elles-mêmes, dont le goût amer, âcre et nauséabond, nous paraît devoir rendre l'ingestion assez difficile. »

§ II. — *Des feuilles vertes et de leurs effets sur différents animaux.*

Après avoir cité un grand nombre d'observations empruntées aux auteurs les plus anciens et aux plus modernes, mais qui nous paraissent peu concluantes, les auteurs rendent ainsi compte de leurs propres expériences :

« *Première expérience.* — Jument commune, sous poil gris clair, propre au gros trait, âgée de quinze ans, atteinte d'un javart cartilagineux au membre antérieur droit, côté interne, inoculée avec de la matière putréfiée provenant d'un cheval morveux, le 4 mars 1855, ne présentant aucun symptôme de maladie, sauf la boiterie du membre antérieur droit.

« Le 24 mars 1855, à huit heures du matin, la jument étant à jeun, on lui présenta 1500 grammes environ de feuilles d'if détachées de l'arbre la veille. L'animal en prit d'abord quelques-unes, les broya, puis les laissa tomber, et ne voulut plus y toucher. On lui mélangea ces feuilles avec un litre et demi environ de son mouillé, et l'animal mangea le tout avec assez d'avidité.

« Le repas fait, la jument parut inquiète, éprouva de légères coliques; quelques borborygmes se firent entendre; elle secoua la tête plusieurs fois et chercha à manger quelques brins de paille qui se trouvèrent sous elle; les pulsations s'élevèrent insensiblement : à onze heures, elles étaient au nombre de 52, et à deux heures elles atteignaient 75. Le pouls assez fort; la respiration lente et profonde. Le sang ne présentait rien d'anormal. Le reste de la journée, tous ces symptômes s'atténuèrent, et le lendemain matin, quand on lui présenta son repas, elle le mangea avec avidité.

« *Deuxième expérience.* — Cheval âgé de dix-huit ans, en bon état de santé.

« Le 3 avril 1855, administration de 3 kilogrammes d'if. Observé pendant trente-six heures, cet animal n'a présenté aucun symptôme d'empoisonnement.

« *Troisième expérience.* — Le 4 mai 1855, 1000 grammes de feuilles d'if furent présentés à un cheval qui, bien qu'il fût à jeun, refusa de les prendre : d'abord il se jeta dessus, mais à peine en eut-il quelques feuilles dans la bouche, qu'il les laissa retomber; il refusa même de les prendre avec un peu de son qu'on lui avait mélangé avec quelques feuilles.

« Le 5 mai, la même dose de feuilles nouvelles lui fut présentée, et, comme la veille, il refusa entièrement de les manger; pour faciliter leur ingestion, les feuilles furent pilées dans un mortier, puis, en ajoutant un peu d'eau, on put en faire des boules qui, introduites à l'entrée du pharynx, étaient avalées ensuite par l'animal. Dans la journée, aucun symptôme d'empoisonnement ne se manifesta.

« Le 6 mai, encouragé par le succès de la veille, on voulut encore faire manger l'animal de force, et, dans ce but, 1500 grammes furent préparés comme la veille, mais il fut de toute impossibilité de les faire avaler. Toute la journée on laissa dans sa mangeoire l'if réduit en pulpe; l'animal le refusa, quoique à jeun depuis quatre jours.

« Le 7 mai, mêmes efforts que la veille pour le faire manger, et les résultats ne sont pas plus satisfaisants.

« Le 8 mai, au matin, voyant que ce cheval se laissait mourir de faim plutôt que de manger de l'if, et pour prévenir la mort qu'aurait entraînée une si longue abstinence, le sujet est abattu. A l'autopsie, aucune lésion remarquable n'est observée, si ce n'est une inflammation circonscrite de la muqueuse gastrique près de l'orifice pylorique; mais cette légère irritation pourrait avoir pour cause le jeûne prolongé de cet animal depuis huit jours.

« Cette expérience est curieuse, car l'animal a refusé l'if, même après une diète de six jours; il serait mort, sans aucun doute, d'inanition plutôt que de manger cette plante.

« *Quatrième expérience.* — Le 15 avril, on administra à un chien de petite taille, à jeun depuis vingt-quatre heures, 30 grammes de feuilles d'if écrasées.

« Pour empêcher le vomissement, on pratique la ligature de l'œsophage.

« Pendant les deux heures qui suivirent l'ingestion des feuilles d'if, le chien fit de violents et continuels efforts pour vomir. Au bout de trois heures, les efforts cessèrent; le chien resta calme, il était dans un état voisin de la somnolence : la tête était agitée par un mouvement d'encensoir; les yeux étaient éteints, enfoncés dans l'orbite; par intervalles, on observa des contractions des membres. Dans la soirée, tous ces symptômes s'aggravèrent; le chien mourut dans la nuit.

« L'autopsie est faite le matin, à sept heures.

« La muqueuse intestinale présente, dans toute son étendue, les traces d'une violente inflammation; elle est plus accusée dans le sac droit de l'estomac et dans l'intestin grêle; dans les grosses circonvolutions intestinales, on rencontre des vergetures d'une couleur jaune safran. Les sinus veineux du cerveau sont gorgés de sang; les vaisseaux qui rampent à la surface de la moelle épinière sont également remplis de sang.

« Comme on le voit, nos tentatives ont été presque toujours infructueuses, et, par suite de la difficulté que nous avons éprouvée d'administrer aux animaux les feuilles vertes non mélangées, nous ne pouvons tirer aucune conclusion absolue de nos expériences personnelles; il en sera autrement dans les chapitres suivants, où nous prouverons que nous sommes arrivés à des résultats intéressants pour la science.

« Nous ne voulons cependant pas terminer ce chapitre sans citer ce qui a été écrit de l'effet des feuilles d'if sur les poissons.

« Le professeur Schott assure que si l'on jette de l'if dans de l'eau dormante, les poissons en deviennent tout étourdis, de

sorte qu'on peut les prendre à la main : il produit le même effet que la coque du Levant.

§ III. — *Feuilles vertes mélangées à du foin, de l'orge, de l'avoine, etc.*

« Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que les feuilles d'if non mélangées sont un véritable poison très-actif sur tous les animaux ; il nous a paru intéressant de répéter les expériences de Wiborg, qui prétend que l'on peut employer l'if comme fourrage, et qu'il perd ses qualités vénéneuses, lorsqu'il est mélangé à d'autres aliments.

« *Première expérience avec* 300 *grammes de feuilles d'if et de la farine d'orge.* — Cette expérience eut lieu sur un cheval entier, sous poil rouan, très-vieux mais en fort bon état, abandonné pour cause d'ouverture de l'articulation du pied. Après avoir pesé 300 grammes de la pâte confectionnée avec les feuilles vertes, on mélange une certaine quantité de farine d'orge pour faciliter l'administration, et l'on donne le tout à la manière d'un électuaire. On met ensuite l'animal dans sa box et on le laisse à la diète. Il ne présente absolument rien de particulier.

« *Deuxième expérience avec* 300 *grammes de feuilles d'if et de la farine d'orge.* — Jument sous poil alezan, âgée d'environ vingt ans, aveugle, abandonnée à l'école d'Alfort à cause de sa valeur très-minime.

« On pèse 500 grammes de la pâte de feuilles d'if que l'on administre comme dans l'expérience précédente. On ne parvient qu'avec difficulté à cette administration ; l'animal cherche à se défendre.

« L'observation la plus attentive ne peut rien faire voir de particulier dans l'état ultérieur du sujet. L'if n'a donc produit aucun effet à cette dose, presque double de celle donnée dans l'expérience qui précède.

« *Troisième expérience avec* 2,300 *grammes de feuilles d'if et de la farine d'orge.* — N'ayant obtenu aucun résultat des deux expériences précédentes, on administre à la jument qui a fait le sujet de la deuxième une dose beaucoup plus considérable de feuilles réduites en pâte mélangée avec de la farine d'orge.

« On en donne 2,300 grammes. L'administration, faite dès le commencement, devient de plus en plus difficile ; l'animal se défendant, on ne parvient qu'avec peine à lui faire tout avaler. Une heure après l'ingestion, la jument paraît inquiète ; elle se tourne à droite et à gauche, écoute, mange un peu de paille, bientôt elle reste calme, la tête appuyée au fond de la mangeoire ; la respiration est un peu accélérée ; les muqueuses sont rouges, surtout la buccale, peut-être à cause du contact prolongé des feuilles d'if séjournant dans cette cavité. Enfin, l'animal chancelle, tombe, et après quelques mouvements peu violents, il expire, environ deux heures après l'administration de l'if.

« *Autopsie.* — Elle est faite immédiatement après la mort, et, comme on le pense bien, on ne trouve de lésions que dans l'appareil digestif. L'estomac, distendu par la grande quantité de feuilles, présente des traces évidentes d'inflammation, au moins dans tout le cul-de-sac droit, dont la muqueuse est rouge, injectée, surtout dans certains points qui probablement ont été en contact plus prolongé avec l'if ingéré. Dans une certaine étendue de la muqueuse du sac droit, et particulièrement dans le voisinage de la ligne de démarcation de cette muqueuse d'avec celle du sac gauche, on remarque que l'épithélium est blanchâtre, fort facile à détacher par lambeaux considérables. C'est là un résultat probable de l'irritation prolongée produite par l'if donné la veille à la dose de 500 grammes.

« Mais l'irritation est bien plus considérable dans la première moitié de la longueur de l'intestin grêle, et d'autant plus que l'on se rapproche davantage du pylore, où la muqueuse est d'un rouge vif et uniforme. Dans la seconde moitié, les traces d'inflammation sont peu considérables et disséminées. On ne trouve nulle trace d'irritation sur la muqueuse du gros intestin.

« L'if administré le même jour est retrouvé dans l'estomac et la première moitié de l intestin grêle. Quant à la petite quantité d'if que l'on trouve plus loin et même dans le cœcum, elle provient sans doute des 500 grammes donnés la veille.

« *Quatrième expérienee avec* 1,500 *grammes de feuilles d'if et de la farine d'orge.* — L'administration de 500 grammes d'if n'ayant rien produit de particulier, et un animal ayant succombé deux heures après avoir pris 2,300 grammes de ce même poison, on se décide à faire de nouvelles expériences, afin de déterminer quelle est la dose la plus minime capable d'empoisonner un cheval. Pour cela faire, on donne 1,500 grammes de feuilles d'if que l'on mélange avec de la farine d'orge.

« Le sujet de cette expérience est un cheval hongre, âgé d'environ neuf ans, et abandonné à l'école d'Alfort pour un farcin aigu, incurable. Cet animal, resté à la diète depuis vingt-quatre heures, ingère avidement tout le poison qu'on lui présente ; mais une demi-heure environ s'était à peine écoulée, qu'il paraît triste, tient la tête basse, reste immobile dans sa stalle sans s'occuper de ce qui se passe autour de lui. Bientôt il paraît inquiet ; il se frotte à plusieurs reprises la tête contre la mangeoire ; la respiration est à peu près normale, peut-être un peu accélérée ; l'animal chancelle, tombe sur le côté droit. La tête est relevée, les yeux pirouettants, les membres étendus et roides ; la respiration est lente et les inspirations fort grandes ; les naseaux dilatés, la bouche ouverte. La tête s'étend peu à peu et tombe sur le sol pour ne plus se relever, les membres restent fortement étendus ; la respiration devient de plus en plus rare ; l'inspiration est grande et lente, tandis que l'expiration est rapide et imprime au corps tout entier une assez forte secousse ; enfin, l'animal succombe sans se livrer à des mouvements désordonnés. Il s'est écoulé quarante-cinq minutes entre l'ingestion des feuilles d'if et la mort du sujet.

« *Autopsie.* — Elle est faite dix-huit heures environ après la mort. L'if, que l'on retrouve en grande quantité dans l'estomac, en a irrité la muqueuse du sac droit, et d'autant moins que l'on se rapproche davantage de l'ouverture du pylore, où l'irritation peut être regardée comme presque nulle. La très-petite portion d'if que l'on trouve dans l'intestin grêle (portion pylorique) n'y a déterminé aucune trace notable d'irritation.

« Il faut bien noter que, dans cette quatrième expérience, les feuilles d'if ont été données telles que nous les avons prises sur l'arbre lui-même.

« *Cinquième expérience avec* 700 *grammes de feuilles d'if et* 700 *grammes d'avoine.* — Le 3 mai 1855, on présente à un cheval d'une douzaine d'années, en bonne santé et à jeun depuis la veille au matin, un mélange de 700 grammes de feuilles fraîches d'if et de 700 grammes environ d'avoine. Il le prend sans répugnance. — Le reste de la journée et la nuit suivante, il ne s'est *produit rien de particulier.*

« *Sixième expérience avec* 800 *grammes de feuilles d'if et* 700 *grammes d'avoine.* — Le lendemain, on lui en offre 800 grammes mêlés à 700 grammes d'avoine. Il le prend moins bien que la veille ; il en mange environ 600 grammes, et refuse le reste, qui est laissé dans la crèche, et qu'il prend dans le courant de la journée. — *Rien d'anormal, si ce n'est une légère diurèse.*

« *Septième expérience avec* 1000 *grammes de feuilles d'if et* 700 *grammes d'avoine.* — Le 5 mai, la dose de l'if est augmentée de 200 grammes. Ces 1000 grammes sont mêlés à 700 grammes d'avoine. (Depuis le commencement de l'expérience, l'animal est maintenu à une diète absolue.) — *Rien de notable à la suite de cette troisième expérience.*

« *Huitième expérience avec* 1500 *grammes de feuilles d'if et* 700 *grammes d'avoine.* — Le 6 mai, la dose administrée est de 1500 grammes (la quantité d'avoine reste invariable).

« Il n'en prend que 1200 grammes. Le reste de la journée, il paraît ne pas s'en ressentir plus que les jours précédents. — Il meurt dans la nuit suivante.

« *Autopsie.* — L'estomac renferme environ 3 litres de feuilles d'if réduites en une pâte épaisse. La muqueuse de ce viscère présente quelques vergetures rouges dans le sac droit, au niveau de la grande courbure et près de l'orifice pylorique.

« L'intestin grêle, dans sa portion duodénale, est complétement sain ; la muqueuse de la portion flottante présente seule quelque chose à noter : c'est une vive injection par places, sous forme de bandelettes, de petites plaques irrégulières ; à côté, c'est un pointillé d'un rouge vif ; plus loin, la muqueuse s'offre avec ses caractères normaux. Ces lésions sont ont presque uniquement localisées au bord supérieur de l'intestin, et semblent correspondre aux points où abondent les glandes de Peyer qui participent à la violente injection de la muqueuse.

« La muqueuse du cœcum reflète une teinte rose vif plus foncée aux points saillants des plissements de cette membre.

« Le colon est complétement sain.

« Les organes de la cavité thoracique n'offrent rien d'anormal.

« *Neuvième expérience avec* 1500 *grammes de feuilles d'if et* 4 *litres d'avoine.* — Jument hanovrienne, propre au trait léger, queue écourtée en balai, sous poil bai châtain, nez de renard, âgée de huit ans, taille de 1m,52 sous potence.

« Soumise à une diète sévère depuis trois jours, cette bête reçut, le 10 mai, à dix heures du matin, 1500 grammes de feuilles vertes d'if, préalablement mélangées à 4 litres d'avoine et de farine; l'animal prit ce mélange seul sans faire aucune difficulté : à quatre heures cinquantes minutes du soir, sept heures après l'administration, il expirait.

« *L'autopsie* est faite le 18, à huit heures du matin, quinze heures après la mort.

« L'estomac, distendu, renferme encore la plus grande partie de la substance administrée et telle qu'elle a été modifiée par l'insalivation et la mastication; la muqueuse du sac gauche ne présente rien de particulier, celle du sac droit est plus pâle qu'à l'état normal, sauf au niveau du pylore, où elle se montre avec une injection très-notable.

« L'intestin grêle renferme une pâle chymeuse demi-fluide, d'un blanc grisâtre, dans laquelle nagent des feuilles d'if encore intactes. La muqueuse de cet organe reflète une teinte d'un rose pâle qui contraste avec des vergetures d'un rouge violet, que l'on trouve çà et là, mais seulement sur le trajet des vaisseaux veineux.

« La muqueuse cœcale porte les traces d'une vive injection, d'autant plus marquée, qu'on la considère plus près de la pointe de l'organe, où elle se montre avec une teinte violacée.

« Cette injection se prolonge, mais d'une manière moins apparente, dans le gros colon jusqu'au niveau de sa première courbure. A partir de ce point, on ne trouve plus aucune trace de la substance toxique.

« Partout le sang est noir, diffluent, et ne présente que quelques caillots blancs, peu consistants et d'un petit volume.

« Dans les deux poumons, outre les lésions de la morve chronique, on trouve çà et là cinq ou six petites tumeurs sanguines dont les plus grandes ont le volume d'une noix, et les plus petites celui d'un pois.

« Nous avons actuellement la certitude que l'if empoisonne à la dose de 750 grammes *minimum*, et 1500 grammes *maximum*, qu'il soit ou non mêlé à l'avoine.

« Des expériences nombreuses que nous venons de rapporter et de celles mêmes faites par Wiborg, il nous semble ressortir évidemment que l'if doit être absolument repoussé de la nourriture des animaux, et qu il faut bien se garder de l'employer comme fourrage. Nous avons vu, en effet, que presque toujours les animaux ne consentent à le manger que lorsqu'ils y sont poussés par la faim, et que si l'on parvient à les décider à prendre cet aliment en le mélangeant avec du foin, avec de l'orge, avec de l'avoine, il survient toujours des accidents mortels lorsqu'on arrive à une certaine dose de feuilles d'if.

« Ne serait-il pas alors dangereux de mettre entre les mains d'hommes de service imprudents, et quelquefois même malveillants, une substance qui pourrait en quelques heures faire périr des animaux ayant une grande valeur pour leur propriétaire?

« Nous voudrions, au contraire, qu'il fût défendu de mettre de l'if dans les haies, sur les bords des chemins, dans les pâturages, dans les cimetières des campagnes, dans tous les endroits enfin où les bestiaux et les chevaux peuvent le manger.

« *Dixième expérience avec des feuilles d'if épuisées par l'eau bouillante et de l'avoine.* — On trouve dans la correspondance de Fromage de Feugré (1) une expérience de Barthélemy, vétérinaire en chef au 3e chasseurs à cheval.

« A sept heures du matin, le 3 septembre 1810, on choisit une jument dont le pouls donnait, lorsqu'elle était encore couchée, de 45 à 50 pulsations par minute. Dix onces de feuilles d'if (300 grammes) qui avaient servi la veille à une infusion lui furent présentées, mêlées avec un peu d'avoine. Elle mangea d'abord avec grand appétit, mais sur la fin elle commençait à se dégoûter, et l'on fut obligé d'augmenter la quantité d'avoine pour l'engager à manger le tout.

« Jusqu'à dix heures soixante-douze minutes, le pouls battit très-irrégulièrement (de 30 à 50); à cette époque, les borborygmes se faisaient entendre. La jument se leva avec assez de vivacité, mais étant sur ses extrémités, elle chancela un moment. Je lui présentai un seau d'eau dont elle but la moitié, puis elle recommença à manger sa litière; bientôt elle se coucha, puis se releva, ce qu'elle fit plusieurs fois jusqu'à onze heures soixante-douze minutes. Elle tomba alors et expira après s'être débattue pendant quelques minutes en poussant des plaintes.

« L'ouverture n'a offert aucune lésion apparente; seulement les débris de feuilles d'if furent trouvés tant dans l'estomac que dans les premières portions du tube digestif, où ils étaient mélangés avec les aliments dont la jument s'était repue. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Tome I, p. 112 et suiv.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 *octobre* 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° **Bibliothécaire.** — Ampliation de l'arrêté ministériel nommant bibliothécaire M. René BRIAU.

2° **Vaccine.** — Tableaux de vaccinations.

3° **Epidémies.** — Divers rapports sur des épidémies qui ont régné en 1854.

4° **Choléra.** — Notice sur le choléra qui a régné à Montluçon en 1854 et 1855, par le docteur DECHAUD.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

Traitement de la pourriture d'hôpital et des plaies en général, par la glycérine. — M. DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, chargé par intérim d'un service à l'hôpital Saint-Louis, adresse la lettre suivante :

Je viens appeler un instant l'attention de l'Académie sur une substance qui me paraît susceptible de quelques applications nouvelles : je veux parler de la glycérine.

Cette substance est depuis longtemps connue des chimistes; M. Chevreul, qui en a fait une étude spéciale, lui a donné le nom qu'elle porte actuellement. L'année dernière M. Cap a publié à son occasion deux mémoires dans lesquels, après avoir étudié ses qualités physiques et chimiques, il a cherché à déterminer les applications heureuses qu'on en pourrait faire à la médecine et à la pharmacie. Plusieurs praticiens distingués d'Angleterre et de France l'ont employée dans le traitement de diverses affections médicales; mais jusqu'à ce jour les chirurgiens l'avaient négligée. Cependant, en réfléchissant aux propriétés physiques et chimiques qui appartiennent à cette substance, il me semblait qu'elle pourrait être de quelque utilité dans le pansement des plaies ; aussi me suis-je hâté de mettre à profit mon séjour à l'hôpital Saint-Louis pour faire quelques essais dans le service de M. le professeur Denonvilliers. Parmi les malades que j'ai eu à traiter, quelques-uns ayant été pris d'une complication grave des plaies, la pourriture d'hôpital, je fis d'abord usage des moyens énergiques par lesquels cette affection est ordinairement combattue, c'est-à-dire de l'acide citrique, de l'acide nitrique et du fer rouge, mais en vain : j'eus recours alors à la glycérine, et en vingt-quatre heures les plaies des malheureux malades avaient changé d'aspect ; la fièvre tombait, et bientôt la guérison s'accomplissait sous nos yeux.

Vivement frappé de ces faits, ainsi que toutes les personnes attachées au service, je résolus de poursuivre mes recherches et d'appliquer la glycérine au traitement des plaies ordinaires. En conséquence, tous les blessés du service furent pansés avec la glycérine, et voici ce qu'il nous fut donné de constater.

Les plaies soumises à ce mode de pansement ont un aspect rosé et se maintiennent si propres qu'on est dispensé de les laver et de recourir à la spatule pour enlever le coagulum de cérat et de pus qui rend le pansement actuel des plaies long et douloureux. Les linges enduits de glycérine se lèvent avec la plus grande facilité, de plus cette substance modère la suppuration, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur un certain nombre de malades soumis, avant l'emploi du nouveau pansement, à l'usage du cérat. Les bourgeons charnus eux-mêmes restent peu développés, et n'ont point besoin d'être réprimés par la pierre infernale.

Ajoutez à ces avantages celui de rendre les pansements doux et agréables aux malades, et d'activer d'une manière notable la cica-

trisation des plaies. Toutes ces circonstances ont été constatées par M. le professeur Denonvilliers, et c'est avec l'appui de son nom que j'ai l'honneur d'apporter devant l'Académie les résultats de mes recherches. J'espère dans un temps prochain être en mesure de porter à la connaissance de l'Académie quelques expériences nouvelles entreprises de concert avec cet habile professeur.

La manière d'appliquer la glycérine au pansement des plaies est des plus simples. Un linge fenêtré trempé dans cette substance, est placé sur la plaie qu'il recouvre largement ; un peu de charpie est appliquée sur le linge; le tout est recouvert d'une compresse et d'une bande. Le lendemain, le linge s'enlève sans douleur, sans difficulté, et l'on voit une plaie rosée, propre, à peine recouverte de pus. J'ai pensé, monsieur le Président, que vous voudriez bien accueillir avec bienveillance ma lettre sur les avantages que la chirurgie peut retirer dès aujourd'hui de l'emploi de la glycerine dans le pansement des plaies. Je pense avec M. Cap que cette substance est destinée à rendre de grands services à l'art de guérir. Les recherches nouvelles que j'ai entreprises, se produisant sous le patronage de M. Denonvilliers, c'est déjà une garantie de leur importance.

M. Londe croit devoir, à propos de cette communication, informer l'Académie qu'un chimiste distingué, atteint d'un eczéma avec prurit extrêmement intense, a eu un soulagement immédiat à suivre les onctions avec la glycérine.

2° **Accouchement prématuré artificiel.** — Lettre de M. le professeur Krause, de Dorpat, sur ce sujet. (Renvoyée à M. Danyau).

3° **Rétrécissements.** — Mémoire sur la section sous-cutanée des rétrécissements de l'urètre, par M. Dick, de Londres. (Comm., MM. Jobert et Guérin.)

4° **Eponge.** — De l'éponge au point de vue pharmaceutique, par M. Jourdain. (Comm., MM. Chatin et Bouchardat.)

DISCUSSION SUR LES SÉTONS.

La parole est à M. Gerdy. — L'honorable orateur, envisageant d'abord la question historique, nous apprend que *l'origine du séton se perd dans la nuit des temps.* — Il rappelle ensuite les accidents que les sétons, même petits, peuvent produire, tout en faisant remarquer qu'un petit séton étant une dose moins forte que le grand doit produire moins d'accidents. Il faut donc doser les sétons comme les autres médicaments; c'est, du reste, là une très-vieille médecine. Arrivant ensuite à l'utilité des sétons, il fait remarquer que la médecine tout entière ne peut reposer que sur des probabilités, et que les calculs ne peuvent guère offrir assez de rigueur pour que les résultats généraux en soient inattaquables. Il est néanmoins des faits particuliers qui sont évidents par eux-mêmes; tel est, en ce qui concerne l'efficacité révulsive du séton, le fait suivant, dont M. Gerdy est lui-même le sujet.

En 1816, dit-il, je fus pris d'une douleur rhumatismale du genou gauche, l'articulation était rigide et faisait entendre, pendant les mouvements, un bruit de craquement assez prononcé pour faire retourner les passants dans la rue : c'était un bruit de gonds rouillés. Enfin, je fus forcé de m'aliter; pendant quatre mois, on me traita par la méthode de Broussais, alors en vogue, sans aucun succès; j'éprouvais des douleurs assez tolérables en somme, mais de temps en temps j'en ressentais d'extrêmement vives dans la profondeur des condyles fémoraux, et cette sensation était localisée dans les os avec une netteté parfaite. Je me décidai à appliquer un moxa qui me fit cruellement souffrir ; le lendemain, il se fit un épanchement dans l'articulation (jusque-là sèche, comme l'indiquait le bruit de craquement), et je me crus tombé de Charybde en Scylla. Mais à partir de ce moment, la douleur ostéocope avait disparu complétement, à tout jamais, pour ne plus revenir. L'épanchement se résorba promptement. A ce fait, observé sur soi-même, j'en puis ajouter plusieurs autres : celui du nommé Antoine, cité dans mon *Traité de chirurgie*, chez lequel, à plusieurs reprises, des douleurs ostéocopes ont cédé immédiatement à l'application d'un moxa; celle d'un autre malade de la Charité, atteint d'ostéite et d'une série d'abcès circonvoisins, non ossifluents, qui a été également débarrassé plusieurs fois de douleurs très-vives sous l'influence du même moyen. Dans ces cas et dans plusieurs autres, l'action a été trop prompte, trop isolée de l'intervention de toute autre médication, pour que le doute fût permis.

Est-ce à dire que je sois sûr à l'avance de voir réussir les exutoires dans tel cas donné? Pas le moins du monde. Ce qui est vivant ne peut être assujetti à des règles fixes et invariables. Quel est donc l'agriculteur qui peut affirmer de telle graine semée dans un champ qu'elle lèvera certainement?

Quoi qu'en puisse dire M. Malgaigne, la révulsion a fait et fait journellement des prodiges. Que de fois j'ai vu des douleurs atroces céder à l'application d'une brique chaude, d'un sinapisme, d'un vésicatoire.

Sinapisme, vésicatoire, cautère ou moxa, la théorie de leur influence sur l'économie est toujours la même, et l'on essaierait en vain de l'obscurcir par des distinctions subtiles. En attaquant le séton, M. Malgaigne les a implicitement contestés tous. — M. Gerdy croit que tous sont utiles.

La parole est à M. Malgaigne. Nous reproduirons, dans notre prochain numéro, l'étincelant discours de l'habile orateur, en présentant nos propres remarques sur le fond de la question qu'il a soulevée à propos de la ridicule exhibition sétonnière.

CORRESPONDANCE.

Paris, 23 octobre 1855.

Monsieur le Rédacteur,

Vous vous rappelez, sans doute, ces vers si fins et si sarcastiques de la fable de La Fontaine :

Un petit bout d'oreille échappé par malheur, etc.

Au lieu d'un petit bout, c'est l'oreille tout entière qui se montre quand, comme l'a fait M. le docteur Tourrette, on cherche à se dépêtrer au lieu de se tenir tranquille. Ce digne confrère, dans sa troisième lettre, insérée le 19 dans le *Moniteur*, veut se laver d'une hypothèse que je m'étais contenté d'appeler naïve. Il dit dans cette lettre (page 999, 4e alinéa, 2e colonne) : « Je n'ai jamais écrit que le sulfate de strychnine, administré à la dose de 1 à 3 centigrammes dans l'algidité cholérique, n'était pas absorbé. »

Or, on lit dans le *Moniteur* du 3 octobre (lettre signée : docteur Tourrette), page 914, 3e alinéa, 1re colonne, cette phrase :

« Quoiqu'il soit vrai que l'absorption s'exerce encore dans cette période avancée (du choléra), comme je l'ai démontré dans ma brochure sur le traitement curatif et prophylactique du choléra, et dans une lettre publiée dans le numéro 139 du *Moniteur des Hôpitaux*, 23 novembre 1854, ne peut-il pas se faire que dans une maladie aussi exceptionnelle que le choléra certains agents thérapeutiques soient réfractaires à l'absorption? Le sulfate de strychnine me paraît offrir cette particularité. »

Est-ce assez clair? Et M. le docteur Tourrette aurait voulu que je le prenne au sérieux, et il se livre à l'appréciation des lecteurs! J'espère que cette appréciation ne lui aura pas fait défaut. Mais ce n'est pas tout, ou plutôt c'est peu de se nier; M. Tourrette, peu au courant de la science, sans doute, vous formule ensuite quelque grossière hérésie, qu'il n'hésite pas, cette fois, à prêter au professeur Trousseau (1).

« Puisque, de l'avis du professeur Trousseau, dit-il, les effets physiologiques (du sulfate de strychnine) ne paraissent avoir lieu, dans les maladies autres que le choléra, qu'à la dose de 7 centigrammes. »

Je ne sais si le savant professeur sera charmé de cette opinion qu'on lui prête bien gratuitement, mais l'auteur de la lettre n'a guère pu la déduire que de ce que j'avais écrit dans la *Gazette des Hôpitaux*, où je citais deux observations exceptionnelles dues à M. Trousseau, dans lesquelles le sulfate de strychnine, administré graduellement tous les jours, n'avait donné lieu aux effets physiologiques qu'à la dose de 7 centigrammes, quoique le professeur eût cru à l'absorption du médicament dès les premières doses, 1, 2, 3, etc., centigr.

Quoi qu'il en soit, quand on n'a que de semblables billevesées à raconter à des lecteurs sérieux, on ferait preuve de bon sens en s'abstenant : la réticence est quelquefois un excellent moyen de se tirer d'affaire.

Le professeur Alquié, de Montpellier, avait pourtant donné à notre confrère un bon exemple à suivre, mais il n'a pas su en profiter.

Vous vous rappelez, en effet, mon cher Rédacteur, que M. Alquié, pour justifier son épithète peu professorale adressée au sulfate de strychnine, n'a trouvé rien de mieux à faire que d'avoir l'air de se fâcher un peu contre vous, dans le dernier numéro des *Annales de clinique*, à propos de trois mots que vous aviez soulignés, et de vous renvoyer à l'opinion de M. le docteur Tourrette, qui, dit-il, ne s'ex-

(1) Si hérésie il y a, ce n'est pas là que peut être le tort de M. le docteur Tourrette; on peut prêter à M. Trousseau toutes les hérésies du monde sans sortir de la vérité. *N. du R.*

plique l'absence d'accidents, à la suite de l'administration du sulfate de strychnine, qu'en supposant la non absorption du médicament.

Cette réticence était on ne peut plus adroite de la part du professeur de Montpellier, dont nous attendions quelque tirade broussénne. Mais le malheur a voulu que M. le docteur Tourrette se soit démenti, et qu'il vous ait écrit une troisième lettre pour vous dire qu'il n'avait jamais écrit que le sulfate de strychnine n'est pas absorbé dans le choléra algide. M. le professeur Alquié se trouve, par cette malencontreuse rétractation, privé de tout le bénéfice de sa réticence. Il en sera quitte cette fois pour le silence absolu après avoir débuté dans ses *Annales* d'un ton quelque peu grotesque.

Arrivons maintenant à quelque chose de plus sérieux, et qui pourra peut-être profiter à la science, aussi bien l'occasion est-elle bonne. Vous savez mieux que personne, mon cher Rédacteur, que les médicaments les plus héroïques que nous possédons ont eu longtemps à lutter avant de triompher. C'est tout simple. Tandis que l'un obtient de nombreux succès, un autre éprouve beaucoup de revers avec le même remède. Il y a également bonne foi de part et d'autre, mais il est sans doute des circonstances encore ignorées qui font que, dans des cas identiques en apparence, les résultats ne sont pas les mêmes. Le sulfate de strychnine ne pouvait manquer d'avoir le même sort dans le choléra. De là la dénigration à côté de l'éloge, la négation en face de l'affirmation, en un mot la lutte entre les partisans et les opposants; mais cette lutte sert à quelque chose, elle stimule l'observation, et l'observation rigoureuse conduit à bonne fin. Que tel médecin qui a administré le sulfate de strychnine à huit cholériques algides en ait perdu six; que tel autre qui l'a administré à huit autres malades au même degré en ait sauvé six, qu'est-ce que cela prouve? Est-ce de quelques cas isolés, de quelque pratique particulière qu'on est habitué à conclure dans les questions sérieuses? Vous savez trop bien le contraire. Vous citerai-je tel médecin chargé d'un important hôpital de province qui annonce avoir perdu presque tous les cholériques qu'il a traités par le sulfate de strychnine, tandis qu'un autre médecin d'un autre hôpital non moins important annonce en même temps qu'il a sauvé presque tous ses cholériques avec le même mode de traitement? Evidemment, on ne peut accuser de mauvaise foi, ni taxer d'ignorance, deux hommes aussi bien posés, et qui écrivent spontanément sous l'impression première de leurs résultats? Vous citerai-je encore l'exemple du docteur Solevi, de Gênes, chargé, en 1854, de l'hôpital del Seminario, qui traite par le sulfate de strychnine, du 15 au 25 août, 61 cholériques excessivement graves, dont beaucoup atteints de choléra dit *foudroyant*, et rangés en deux catégories, 21 hommes et 40 femmes? Savez-vous quels sont les résultats fournis par le sulfate de strychnine entre les mains de ce même médecin, au même moment, au plus fort de l'épidémie, et sur des cas identiques en apparence? Le docteur Solevi a perdu 19 hommes sur 21; il n'a perdu que 3 femmes sur 40. En somme, sur ses 61 cholériques, la mortalité n'a guère été que d'un tiers. Elle a pourtant été effrayante pour les hommes. Il devait y avoir un motif à une si disproportionnée différence pour les deux sexes.

Non, ce n'est point par des résultats isolés, mais bien par l'ensemble des résultats connus qu'on juge statistiquement une question. Or, ceux fournis par le sulfate de strychnine donnent une mortalité de 33 pour 100, au lieu de 50 pour 100 qui a toujours été au moins la mortalité générale pour l'ensemble des cas. A ce point de vue la question est donc jugée.

Qu'on ait voulu, à un moment donné, comparer des résultats obtenus dans des cas exceptionnels par leur gravité à ceux fournis par tous les cas en général, cela n'avait rien en soi de bien concluant, au moins pour les esprits sérieux. Vous savez que j'ai toujours soutenu que dans les cas très-graves on ne guérit pas plus de deux malades sur dix ou douze.

Le sulfate de strychnine donne, dans ces cas, 11 guérisons sur 24. Dès qu'un contrôle sévère intervient dans la pratique, on ne tarde pas à s'apercevoir que par les autres méthodes la mortalité est telle que je l'ai avancé, et telle que je l'ai toujours vue dans cinq épidémies différentes.

Rappelez-vous la lutte qui a eu lieu récemment à Marseille, à l'Hôtel-Dieu, entre la médecine alleopathique dite rationnelle et la médecine homœpathique qui avait la prétention de guérir dans presque tous les cas. L'une perd 20 malades sur 25, et l'autre 25 sur 25. N'avais-je pas raison de dire que devant un contrôle sérieux la mortalité, dans les cas graves ou le choléra bleu, est toujours de huit sur dix par les autres méthodes. Il faut des circonstances comme la lutte établie à Marseille pour bien mettre cette vérité en évidence.

Mais si la question de sulfate du strychnine est jugée numériquement, elle a conquis un bien autre et bien plus important avantage de l'aveu unanime de tous ceux qui l'ont traitée d'une façon ou d'autre. Vous vous souvenez, en effet, que tous, opposants et partisans, sont convenus que dans les degrés moins avancés de la maladie, ce médicament donne d'excellents résultats. L'algidité n'est point toute la maladie, c'est un fait démontré; dans l'immense majorité des cas, il y a des périodes moins graves, et on sait que c'est dans ces périodes qu'on attaque le mal avec plus d'avantage. Si le sulfate de strychnine guérit 11 fois sur 24 dans les cas algides, s'il guérit dans la presque totalité des cas dans les périodes moins graves, la conclusion rigoureuse est que le sulfate de strychnine est la médication rationnelle du choléra; et, de fait, ceux qui ont eu à s'en louer dans l'épidémie de 1854, y sont revenus avec plus de confiance, et parmi ceux qui n'en avaient pas été satisfaits, quelques-uns ont essayé de nouveau et ont été plus rassurés. La question du sulfate de strychnine a donc gagné plutôt que perdu, et elle continuera à gagner par une observation attentive, rigoureuse.

J'ai dit qu'il y a des circonstances inconnues qui font que, dans des cas, en apparence identiques, le même médicament fournit des résultats quelquefois bien différents.

La recherche de ces circonstances est mille fois plus profitable à la pratique que toutes les discussions, c'est pourquoi je terminerai cette lettre en signalant celles qu'une longue et attentive observation a pu nous révéler, à M. l'académicien délégué par M. le Ministre du Commerce qui n'a pas mis moins de six mois à compulser les nombreux matériaux qui lui sont arrivés de sources diverses et à moi.

1° L'alcoolisation momentanée ou l'habitude de l'alcoolisation semblent être les circonstances les plus défavorables à l'administration du sulfate de strychnine; nous avons rarement vu des malades dans ces conditions guérir par ce traitement.

Les vingt et un hommes atteints de choléra et traités par le docteur Solevi de Gênes se trouvaient dans ces conditions, aussi la mortalité a-t-elle été effrayante.

2° Sous le rapport des âges, la vieillesse semble peu favorable à ce mode de traitement; l'enfance, au contraire, paraît en retirer les plus heureux résultats, puisque, d'une part, il y a eu dix guérisons sur douze, et d'autre part, quatre sur six.

3° Sous le rapport du sexe, le traitement a fourni des résultats bien supérieurs sur les femmes.

4° Enfin, sous le rapport de la constitution générale, les constitutions faibles ou moyennes ont fourni plus de succès que les constitutions fortes.

Voilà quelques données qui peuvent être utiles à la pratique et qui déblayent un peu le champ d'observation.

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de mon attachement.

ABEILLE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Mort de M. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité. — La science vient de perdre prématurément, dans la personne de M. Quevenne, un de ses plus fervents adorateurs. Homme profondément instruit, bienveillant, modeste, laborieux à l'excès, M. Quevenne a longtemps cultivé la science pour elle-même avec un zèle, une ardeur même qui n'avaient de rival que l'amour de ses devoirs et des pauvres souffrants. C'est à peine si, sur la fin de sa carrière, M. Quevenne s'était aperçu que tant de travail et d'abnégation méritaient une récompense; encore n'est-il pas bien certain qu'il s'en soit aperçu lui-même. Deux de ses collègues, deux de ses amis, MM. Bouchardat et Soubeyran ont noblement dit sur la tombe du vertueux défunt les nobles qualités qui recommandent sa mémoire à la vénération des honnêtes gens. Nous ne pouvons que nous associer sans réserve aux sentiments des deux orateurs, car si nous avons de l'admiration pour tous les talents, M. Quevenne est notre homme.

Discours de M. BOUCHARDAT.

Messieurs,

Je viens au nom de ses amis, du corps médical et pharmaceutique des hôpitaux et du personnel de la Charité, rendre un dernier hommage à Théodore Quevenne, pharmacien en chef de la Charité.

Je ne chercherai point, en présence des émotions de cette tombe, à vous faire apprécier la suite et l'importance des travaux auxquels sa vie a été consacrée; je me bornerai à vous faire entrevoir la perte

que tous nous avons faite, car peut-on en faire une plus grande que celle de l'homme dont nous pouvions attendre, dans toutes les occasions de la vie, les meilleurs conseils et les plus nobles exemples.

Ce qui caractérisait Th. Quevenne, ce qui le distinguait entre tous, c'était cette persévérance de tous les instants de sa vie dans les travaux ayant pour but la recherche de la vérité ; cette ardeur de bénédictin ne pouvait être comparée qu'à son incomparable modestie, qu'à son désir incessant d'obliger.

Il fallait le voir, devançant l'aurore dans son laboratoire, sans cesse en action, ne perdant pas une minute, faisant marcher de front cent expériences diverses, avec un ordre, une méthode qu'on ne pouvait trop admirer.

A quelque heure du jour qu'on vînt, on était sûr de le trouver toujours travaillant.

Ne croyez pas, messieurs, que l'amour de la science lui fît oublier ses devoirs : il n'oubliait que les plaisirs du monde. Personne ne fut plus que lui dévoué, sans trève ni relâche, à ses modestes fonctions, qu'il remplissait, depuis vingt ans, avec autant d'ardeur que dans les premiers mois de son entrée dans les hôpitaux.

Malgré ses devoirs, malgré ses recherches, qui étaient si grandes qu'il n'en entrevoyait pas la fin, venait-on lui demander non pas seulement une direction, des conseils, mais des expériences qui devaient interrompre les siennes, s'il s'agissait d'obliger, de servir la science, il n'hésitait jamais.

Combien de fois avons-nous tous mis à contribution son inépuisable bonté, son désir ardent de seconder ceux qui poursuivaient le même but que lui.

S'il fut un homme au monde qui ne chercha jamais à se faire valoir, ah ! ce fut bien Quevenne ; ne pensez pas que ce fût par faiblesse, car il avait la meilleure des bravoures, la bravoure calme. Je puis en rendre témoignage, je l'ai vu sans émotion aucune essayer sur lui-même les médicaments les plus énergiques ; je l'ai vu traverser les épidémies du choléra, il n'y pensait que pour rester davantage à l'hôpital et y doubler son travail surhumain. Il y a un mois à peine, quand tous ses amis le pressaient, en déplorant la décadence de sa santé, de prendre à la campagne quelque temps de repos, il apprend que l'épidémie paraît imminente, il renonce à son congé, il veut mourir sur la brèche !

Les honneurs académiques, les distinctions qu'on envie le plus, et qu'il méritait à tant de titres, ne sont pas venus le trouver.

Ah ! mon digne ami, que tu as eu raison de ne pas t'en préoccuper. Qu'en reste-t-il en présence de catte tombe? La postérité rendra l'honneur qu'ils méritent à tes grands travaux sur les ferrugineux, sur la digitaline, sur le lait.

Ta mémoire vivra dans le cœur d'amis qui ont compris ton inviolable fidélité, ton dévouement à toute épreuve.

Adieu Quevenne ! Adieu mon meilleur ami !

M. le professeur Soubeiran, au nom de la Société de pharmacie, a lu le discours suivant :

Après les paroles qu'une voix amie vient de faire entendre, j'aurais voulu ne rien ajouter qui prolongeât ce pénible moment, si je n'avais le devoir, dans cette douloureuse cérémonie, de venir, comme représentant de la Société de pharmacie de Paris, vous dire quels sont ses regrets et sonder avec vous la profondeur du vide qui s'est fait dans ses rangs. Plus la vie de M. Quevenne a été bien remplie, plus déchirante est la séparation, plus amère et plus profonde est la douleur qu'elle nous cause.

Il y a vingt-cinq ans à peine je voyais M. Quevenne débuter par le concours pour l'internat des hôpitaux ; il fut admis, et, dès ce moment, il se fit remarquer par son amour du travail et par l'exactitude qu'il apportait dans l'accomplissement de ses devoirs. Ce n'était pas un de ces esprits brillants qui semblent de plein droit devoir s'emparer de la première place, et dont l'intelligence supérieure écarte tous les rivaux ; mais il avait la volonté et la persévérance, qui mènent plus sûrement au but. Il avait tâté ses forces et avait trouvé la confiance ; de ce jour, sa persévérance ne se démentit pas, et alors que le succès eut couronné ses efforts et que les luttes du concours l'eurent porté au poste honorable qu'il ambitionnait, chacun l'applaudit ; c'était le travail qui recevait sa récompense.

Mais M. Quevenne avait sagement mesuré ses désirs et son ambition. Satisfait de la position honorable qu'il avait acquise, il ne rêva pas une plus grande élévation. Aspirer plus haut, c'eût été rentrer dans les luttes et créer autour de soi les soucis qui les accompagnent, les rivalités qu'on ne manque pas d'y rencontrer et les inimitiés qui ne leur succèdent que trop. M. Quevenne se trouvait content de sa vie tranquille et honorée ; c'était de la modestie ; c'était de la véritable sagesse ; mais, pour cela, il n'avait pas abandonné ses habitudes de travail ; seulement il les gardait inoffensives. Ne menaçant aucune position, ne se heurtant contre personne qu'il pût gêner dans son avancement, il eut le rare bonheur de voir ses travaux accueillis par une bienveillance générale.

C'est qu'au milieu des diversités, des bizarreries mêmes que comportent les jugements des hommes, il est consolant de voir que l'équité n'est jamais perdue. Aussitôt que les passions se taisent, l'accord s'établit, la conscience parle seule, et l'on est bientôt unanime pour aimer et admirer ce qui est beau et bon. L'étincelle divine de notre intelligence s'est fait jour, le voile qui la dérobe aux yeux s'est soulevé un instant, et la justice, autrement dit la voix de Dieu, se fait entendre sans contradicteurs.

Les travaux de M. Quevenne portent tous le caractère particulier de son esprit. Ils n'ont pas été très-nombreux ; il était trop difficile envers lui-même pour les faire connaître avant de les avoir complétement achevés. Ils sont tous vrais et consciencieux ; l'honnêteté de son âme s'y est reflétée tout entière. Les expériences y abondent ; car, avant tout, il voulait avoir la conscience intime de les avoir faites exactes. Ce n'est pas ici le lieu de vous en tracer l'histoire, et cependant ses mémoires sont une peinture si exacte des mérites particuliers de leur auteur que, pour vous le faire connaître lui-même, il me faut au moins vous en citer un entre tous et vous en montrer la tendance.

Un jour, M. Quevenne entreprend un travail sur le lait ; le lait, qui semble être le type complet de l'aliment du carnivore, qui est la première nourriture indispensable de l'enfance, que l'homme fait utilise à son tour, et qui se montre si secourable aux valétudinaires et aux malades : le sujet ne manquait pas d'intérêt ; mais il avait été bien des fois effleuré par les savants. M. Quevenne avait vu tout ce qu'il laissait encore d'incomplet ; il se plut à aborder les nombreuses difficultés d'un travail épineux, et à lutter avec elles. Il y consacra plusieurs années, et multiplia à tel point les expériences, que les travaux réunis de tous ses devanciers en offriraient à peine un pareil nombre. Aussi a-t-il dressé un monument durable, qui se recommande par son utilité non moins que par son mérite scientifique.

A peine ce grand travail avait-il paru, que l'Administration des hôpitaux en tirait parti pour assurer aux pauvres malades un lait de bonne qualité, et qu'elle s'empressait de donner à M. Quevenne un témoignage de sa satisfaction et de sa gratitude. Plusieurs villes ont suivi ce bon exemple ; en appliquant les procédés analytiques de M. Quevenne, elles ont obligé les marchands à n'apporter, dorénavant, que du lait pur sur les marchés.

Mais, messieurs, ce qui, à nos yeux, a élevé M. Quevenne plus haut que la science ne pouvait le faire, c'est qu'il s'est montré avec toutes les qualités qui font l'homme de bien : simple et modeste dans ses habitudes ; aimant pour sa famille et ses amis ; bienveillant pour tous ; loyal et honnête dans toutes ses actions. Pharmacien des pauvres à l'hôpital de la Charité, on le trouvait toujours lorsqu'il pouvait leur être utile et secourable ; chef de service et chargé de diriger des élèves nombreux, s'il exigeait une scrupuleuse exactitude dans l'exécution de leurs devoirs, il était aussi pour eux un excellent maître et un ami. Membre de la Société de pharmacie, chacun de nous le trouva en toute occasion plein de bienveillance et de cordialité. Homme privé, il s'est fait des amis de tous ceux qui ont pu pénétrer dans son intimité, et sa mort laisse aujourd'hui, dans bien des cœurs, un vide immense et de douloureux regrets.

En ce moment, qu'il ne reste sous nos yeux qu'une froide dépouille, qu'une fosse sépulcrale va nous cacher, lorsque déjà la terre jetée par l'église a accompli cette terrible séparation ;

Que le souvenir de cet homme de bien vive dans nos cœurs et s'y conserve précieusement, jusqu'à ce jour où nous-mêmes il nous faudra nous séparer de nos familles et de nos amis pour aller chercher un séjour où les affections sont éternelles !

M. Génevoix, ami particulier de M. Quevenne, et qui l'a assisté dans ses derniers moments, a terminé cette triste cérémonie par la lecture de quelques vers que lui a inspirés la vie utile, la vie modèle de son ami.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 129. 3e année. Lundi 29 Octobre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur l'if et sur ses propriétés toxiques.

Par MM. CHEVALLIER, DUCHESNE ET REYNAL.

(*Suite.* — Voir le numéro 128.)

§ IV. — *Suc des feuilles vertes de l'if.*

« D'après Strabon, les Gaulois empoisonnaient leurs flèches avec le suc d'if.

« Nous avons voulu voir si cette assertion était vraie, et nous avons tenté plusieurs expériences. Nous avons fait avec un bistouri, sur trois chevaux, de nombreuses incisions sur les parties latérales de la poitrine, et nous avons ensuite introduit du suc d'if dans les plaies qui ont été maintenues fermées. Tous les essais ont été infructueux. Il n'est survenu qu'une légère inflammation du tissu cellulaire, inflammation qui suit ordinairement l'introduction d'un corps étranger dans une plaie, et qui s'est éteinte avec la cause qui lui avait donné naissance.

« Dioscoride (1), en parlant de l'if, s'exprime ainsi :

« *Pota frigus universo corpori strangulatur et celerem inte-*
« *ritum refert.* »

« Grognier, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, a expérimenté les effets du suc d'if sur les chiens.

« *Première expérience.* — Le suc extrait des feuilles de ce végétal a été donné à la dose de 50 grammes, et ensuite d'un hectogramme, à un chien barbet de moyenne taille, âgé d'environ quatre ans, et il n'a déterminé d'autres effets que le vomissement.

« *Deuxième expérience.* — Un autre chien plus petit a succombé après avoir pris 10 grammes de la même substance.

« Wibord parle d'une expérience qu'il fit sur une jeune jument.
« Je formai, dit-il, avec sept onces de feuilles et de brins d'if pilés, et
« douze onces d'eau, une forte défécation ou confection que je pré-
« sentai à la jument après l'avoir fait jeûner pendant quatre heures.
« Une heure après, elle mourut aussi subitement et avec les
« mêmes circonstances que le cheval de la première expérience.

« Hartman, dont nous avons cité plus haut les observations, a bien parlé aussi des effets des feuilles d'if sur une jeune fille qui avait voulu se faire avorter; mais comme il parle des feuilles et non du suc, nous n'avons pas voulu intervertir l'ordre que nous avons adopté, quoiqu'il nous semble que c'est du suc qu'il a entendu parler.

« Le 1er juin 1855, nous avons tenté l'expérience suivante. Nous avons fait un mélange de mie de pain, de grains de chenevis écrasés et de suc de feuilles d'if. Nous avons placé, vers dix heures du ma-

(1) *In Alexander*, c. 12.

FEUILLETON.

De l'enseignement anatomique.

Par M. le professeur DUPRÉ.

(*Suite.* — Voir le n° 125.)

Si l'étude des dimensions de la colonne vertébrale présente de l'intérêt en ce qui la concerne elle-même, on voit cet intérêt s'accroître quand on cherche à y rattacher, comme à un étalon fixe et bien déterminé, les dimensions en hauteur des organes du cou, de la poitrine et de l'abdomen en rapport avec elle. Jusqu'ici les dimensions des organes sont déterminées sans terme de comparaison, aussi est-il à peu près impossible d'en conserver le souvenir.

Mais si, au lieu d'examiner chacune de ces dimensions isolément, on les rattache à un type commun, bien étudié, au squelette, par exemple, et si les dimensions de celui-ci peuvent être développées en séries harmoniques et proportionnelles, ce que je démontre dans mes cours, et ce que je prouverai plus tard dans un traité, oh! alors, l'étude des dimensions des organes ne deviendra plus qu'un jeu, au lieu d'être, comme aujourd'hui, la chose la plus fatigante, la plus ennuyeuse, la plus inintelligente, la plus irrationnelle que l'on puisse imaginer.

Après avoir décrit la colonne vertébrale, j'étudie les côtes d'avant en arrière de la colonne vertébrale, première base de mon étude, jusqu'au sternum; je les étudie comme elle se sont développées : sternum, articulations des côtes avec la colonne, avec le sternum, mécanisme de leurs mouvements, thorax considéré en général, tout cela est passé en revue comme dans l'examen précédent. Je soumets au même genre d'étude l'épaule et le bassin, ces traits-d'union entre le tronc et les membres, comme l'occipital l'est lui-même entre la colonne vertébrale et la tête.

Après avoir décrit les os et les articulations du tronc, je ne procède point immédiatement à la description des os et des articulations du reste du corps, comme on le fait généralement, mais à celle des muscles qui s'y fixent et des aponévroses qui s'y développent. En voici les raisons déterminantes, c'est que l'esprit sera mieux préparé à cette étude par celle qu'il vient de faire, que s'il y revenait après avoir abandonné le tronc pour des régions qui s'en éloignent de plus en plus, et qui présentent avec lui des affinités qui vont continuellement en s'affaiblissant. Mais, me dira-t-on, vous sacrifiez l'idée de continuité à l'idée de contiguïté? En aucune façon. Le tronc, tel que je viens de le considérer, présente une délimitation bien déterminée, tête et membres ne sont, pour ainsi dire, que des parties surajoutées, des rayons émergents d'un centre commun. Il y a, de la part de ceux qui pourraient me faire cette objection, une susceptibilité systématique que l'on doit sans hésiter sacrifier à l'intérêt pratique. Du reste, dans mon livre, je les satisferai pleinement, car l'étude du squelette n'y sera point scindée comme dans mon cours. Seulement

tin, la pâte qui en est résultée dans un coin de la cage où se trouvait notre moineau, déjà soumis à l'expérience avec le pollen.

« Cet oiseau était à jeun depuis la veille au soir. Il vint manger et parut conserver sa gaieté toute la journée, mais vers les deux heures du soir il tomba comme foudroyé. Il y eut quelques mouvements convulsifs dans les pattes, et la mort arriva très-rapidement.

« Nous avons été assez heureux pour recueillir deux faits très-intéressants de tentative d'avortement qui ont amené la mort. Ces deux observations détaillées sont importantes pour la médecine légale; ce sont de nouveaux matériaux qui peuvent être très-utiles à ceux qui cultivent cette science, car l'if est encore inconnu dans les fastes judiciaires comme substance abortive, et n'a pas été signalé jusqu'à ce jour par les auteurs comme ayant cette propriété.

« *Première observation.* — Les journaux de Bayeux, et plus tard le *Journal de Coutances* (Manche), dans son numéro du 29 janvier 1854, ont inséré le récit suivant d'un fait d'empoisonnement: « Le 18 janvier 1854, une jeune fille, Fannie Fautrat, a été trouvée morte dans sa demeure, au village de la Chaussée, à Lessay. « Les autorités, accompagnées d'un médecin, se sont transportés sur les lieux; on a facilement constaté qu'elle s'était empoisonnée au moyen d'un breuvage préparé avec l'if. Cette fille avait eu précédemment un enfant et était devenue de nouveau enceinte de quelques mois. Le désespoir lui aura sans doute suggéré sa funeste résolution. Quelques branches de ce bois étaient restées dans la maison. »

« Nous avons pu nous procurer le rapport fait à cette occasion par le docteur Lenoel. Nous le publions en entier.

« Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, demeurant à Lessay, sur la réquisition de M. le juge de paix de Lessay, et après avoir prêté devant lui le serment de faire notre rapport et de donner avis en notre honneur et conscience, nous sommes transporté aujourd'hui, vers onze heures du matin, au domicile de la nommée Fannie Fautrat, à l'effet de constater sa mort et d'en rechercher les causes; et là, en présence de M. le juge de paix, de M. le maire et de M. le brigadier de gendarmerie de Lessay, nous avons procédé à l'ouverture du cadavre.

« Déjà, avant-hier, vers cinq heures du soir, nous nous étions transporté, avec M. le maire et M. le brigadier, au domicile de la fille Fautrat. Nous l'avions trouvée étendue au pied de son lit, la face contre terre. Le corps, couvert d'une grande partie de ses vêtements habituels, présentait une injection cadavérique générale; la roideur des membres était très-prononcée; les doigts surtout étaient fortement fléchis. Ce corps, examiné attentivement, ne nous offrit aucune trace de lésion extérieure.

« Près du lit, sur un banc, nous trouvâmes une tasse contenant quelques cuillerées de liquide, et à côté un vase contenant environ un litre, et entièrement rempli de feuilles et de petites branches d'if encore humide; au-dessous de ces feuilles était un linge également humide, qui avait été fortement tordu et qui exhalait, ainsi que les feuilles, une odeur de cidre prononcée.

« M. le maire fit placer le cadavre sur le lit. Aujourd'hui, nous l'avons retrouvé dans la même position; et après l'avoir fait étendre sur une table, nous avons procédé à l'examen de l'utérus et de l'estomac.

« Le premier de ces deux organes nous a offert un fœtus de trois mois et demi environ. Le second présentait, vers la grande courbure, une injection capillaire notable et une légère altération de texture. Il contenait environ 80 grammes d'un liquide presque incolore au milieu duquel nageaient des flocons grisâtres ne ressemblant nullement aux produits ordinaires de la digestion. L'estomac et la plus grande partie de son contenu ont été recueillis soigneusement dans un vase cacheté, peur être représentés au besoin.

« Nous avons examiné de nouveau le cadavre dans toutes ses parties, et nous n'avons constaté aucune lésion physique extérieure. Nous n'avons trouvé aucune trace de vomissement.

« Ce second examen nous a confirmé dans la pensée que nous avions eue déjà, que la fille Fautrat avait avalé pour se débarrasser de l'enfant qu'elle portait, une trop forte fusion de feuilles d'if, arbre malheureusement trop fréquent dans nos cimetières, et contre la présence duquel nous ne cesserons de protester devant le clergé et devant l'autorité.

« Ainsi, en procédant par exclusion, et sans pouvoir, bien entendu, rien affirmer d'une manière absolue, nous pensons que la mort de la fille Fautrat a été le résultat, sinon d'un suicide, au moins d'une tentative volontaire d'avortement.

« En foi de quoi nous avons signé le présent rapport.

« Lenoel, D. M. P. »

Lessay, ce 20 janvier 1854.

« *Deuxième observation.*— Deux d'entre nous ont pu connaître et recueillir les détails qui vont suivre de l'empoisonnement d'une jeune fille sur laquelle on avait tenté un avortement. Nous pouvons donc garantir la véracité du fait.

« B..., domestique, âgée de vingt et un ans, était au service de X... Dans ces derniers mois, on la disait enceinte, mais elle repoussait ces soupçons. Au mois de janvier elle demanda à la fille de son maître de lui procurer de l'if dans le but de rappeler ses règles. Cette demande fut accueillie, et le lendemain on envoya un jeune garçon chercher de l'if, sous prétexte qu'on en avait besoin chez X... pour une jument malade. Deux branches d'if furent rapportées par le commissionnaire, et le soir même B... écrasa une partie des feuilles avec un marteau et conserva le suc dans une tasse qui tient environ troi

---

j'aurai soin d'avertir les commençants qu'après avoir étudié les os et les articulations du tronc, ils devront abandonner momentanément le volume qui traite de ces parties, pour recourir au volume de myologie, et s'occuper des muscles qui appartiennent au tronc, à moins que le manque de sujets de dissections ou de préparations anatomiques ne les mette dans l'impossibilité de le faire. Déjà familiers avec une portion importante du squelette, ils le deviendront plus encore, par la détermination des muscles qui la recouvrent et se fixent aux différents os qui la constituent.

Ne voit-on pas du premier coup d'œil les avantages que la chirurgie, et si je voulais porter mes regards ailleurs je dirais que la peinture et la sculpture peuvent tirer de ce mode d'appréciation des rapports anatomiques. Voilà ce que j'appelle faire à la fois de l'anatomie de continuité et de contiguïté. C'est la descriptive unie à la topographique, pour employer deux locutions usitées, mais dont je ne veux point ici défendre la justesse.

L'anatomie descriptive s'était surtout donné pour tâche l'étude des organes dans leur continuité, insuffisante d'ailleurs quant à celle de leurs rapports; l'anatomie topographique s'était chargée à son tour du soin de les déterminer sans se préoccuper du premier point de vue. Elle suppose la première notion acquise quand elle procède à ses démonstrations.

Malheureusement, sa supposition est purement gratuite. Si l'on savait d'avance l'anatomie descriptive autant qu'il est nécessaire pour étudier avec fruit l'anatomie topographique, celle-ci ne serait plus qu'un jeu, ce ne serait plus qu'un simple exercice. Elle se déduirait tout naturellement de connaissances positives et précises sur les dispositions anatomiques des parties, mais il n'en est rien. Le défaut de netteté des notions acquises sur le sujet, détermine dans l'esprit une confusion d'images, — conséquence forcée de l'incohérence de descriptions dans lesquelles on expose les objets, sans se préoccuper souvent le moins du monde de leur enchaînement et de leurs liaisons naturelles. Ajoutez à cela que chaque auteur a ses régions à lui, sa systématisation particulière, et si des hommes consciencieux ont, par conviction, établi des classements de leur création, il en est d'autres qui ne semblent l'avoir fait que par pure fantaisie, poussés seulement par le désir d'innover et de rendre leur nom plus glorieux. Les topographes me font l'effet d'un architecte qui, voulant décrire un grand édifice, Notre-Dame, par exemple, le partagerait du sommet à la base, en petits carrés, petits losanges, petits triangles, etc., passerait en revue chacun d'eux en particulier, et vous dirait ensuite: Voilà Notre-Dame: Je vois bien, lui répondrais-je, des carrés, des losanges, des triangles, mais je ne vois pas Notre-Dame.

Mais si, pénétrant dans le cœur de l'édifice et cherchant la clef de son développement et de son évolution, il s'adressait d'abord à ces grandes colonnes, à ces piliers géants autour desquels tout converge, sur lesquels tout s'appuie, je lui dirais en lui serrant la main: Vous êtes architecte, vous êtes anatomiste. Et qu'on ne s'étonne pas du rapprochement, il n'y a qu'une science, il n'y a qu'une méthode, tout est la même chose. Je démontrerai plus tard dans un traité spécial la verité de ce que j'avance en ce moment. La méthode anatomique n'est qu'un cas particulier de la méthode générale; mais re-

ou quatre décilitres. On ignore quelle était la quantité de suc obtenu, et s'il était étendu d'un véhicule quelconque.

« Dans la nuit, la fille de X..., qui partageait le lit de B..., s'éveilla et vit celle-ci boire le suc d'if renfermé dans la tasse. Il était alors plus de minuit. A quatre heures et demie du matin, X... appela sa domestique qui se leva aussitôt et alla comme d'ordinaire donner la nourriture aux chevaux. Vers cinq heures, elle rentra, se plaignant d'un profond malaise, de trouble de la vue et d'étourdissement.

« Elle sortit néanmoins de nouveau pour puiser de l'eau à une mare contiguë à la maison Quand elle revint, son état empirait rapidement. Elle n'y voyait plus et se laissa tomber sur un lit qu'elle se disposait à faire. Elle ne dit pas et l'on ne lui demanda pas ce qui s'était passé dans la cour; on ignore donc si elle avait eu des vomissements et des évacuations alvines.

« Quoi-qu'il en soit, la demoiselle X... lui aida à se coucher, car elle pouvait à peine se soutenir; il y avait un affaissement et un assoupissement profonds. On courut chercher un médecin. Quand celui-ci arriva, peu de temps a près, il ne trouva plus qu'un cadavre. Il n'était pas encore six heures du matin. Quelques instants avant la mort, il y avait eu une évacuation alvine involontaire. C'est le lieu de mentionner ici qu'un des rameaux d'if a été trouvé au domicile de X... Il provenait de l'if commun (*Taxus baccata*), les jeunes chatons étaient déjà gros comme des grains de chènevis.

« *Examen cadavérique.* — Le corps est celui d'une femme petite, mais robuste. Son embonpoint est assez considérable. Les seins sont volumineux et laissent suinter, par la pression, des gouttelettes d'un liquide qui a la consistance et les apparences du lait, mais est un peu plus jaunâtre. Le ventre est saillant. Il est facile, au toucher et à la percussion, de constater un développement considérable de l'utérus qui monte deux travers de doigt environ au-dessus du nombril.

« Une coloration uniforme, d'un rouge framboisé intense, occupe les parties postérieures et envahit même les parties latérales du tronc et des membres; il semble qu'il y ait gonflement en même temps que rougeur; des taches de la même couleur, à peu près circulaires, paraissent aussi en relief et se montrent à la face antérieure des membres abdominaux. Les lèvres et la bouche n'offrent aucune trace de violence, de brûlure et de coloration suspectes. Il en est de même de la vulve et du vagin. Nulle trace de blessures sur le ventre.

« L'utérus, un peu déjeté à droite, contient, nageant dans le liquide amniotique limpide et transparent, un fœtus du sexe masculin, long de 0m.37 du sommet de la tête au talon et pesant environ 1400 gr. L'insertion du cordon ombilical répond à 3 centimètres au-dessus de la moitié en longueur du fœtus. La poitrine est déjà allongée, le ventre n'est pas très-saillant. La peau est rosée, déjà épaisse et fibreuse, pourvue d'épiderme et dépourvue d'enduit sébacé. Les cheveux sont blondins. (Nous estimons que ce fœtus pouvait avoir sept mois à sept mois et demi environ.) Le colon transverse présente déjà quelques bosselures. Le placenta adhère complétement à la face antérieure de l'utérus, en haut et un peu à droite. Les membranes n'ont pas été percées et n'offrent à leur surface interne ni rougeur, ni indice de travail inflammatoire.

« L'estomac a été compris entre deux ligatures, puis enlevé. Il contient quatre cuillerées à bouche environ d'un liquide d'un gris rosé, sans odeur caractéristique, et ne présentant à l'œil nu aucune trace de particules végétales submergées ou flottantes.

« Un peu au-dessous du cardia existe une ecchymose à peu près circulaire, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Sur les rides de l'estomac, à demi-contracté, se montrent des bandes continues, formées (vues à la loupe) de très-petites ecchymoses simplement contiguës ou confluentes en quelques points de leur circonférence.

« L'intestin grêle ne présente, en aucun point, de coloration anormale. Il contient assez abondamment, dans sa partie supérieure, un liquide jaune de chlore, de la consistance de la bile, sans odeur suspecte.

« Le cœcum et le colon sont également sans trace aucune de rougeur, et contiennent des matières fécales naturelles : telle était la nature de celles qui ont été expulsées avant la mort, ainsi qu'on a pu s'en assurer par l'inspection.

« Le foie est extrêmement volumineux, d'un brun violet, très-gorgé de sang, presque friable. La vésicule du fiel est distendue par la bile.

« Rien à noter dans les organes thoraciques.

« Le cerveau et le cervelet sont très-fermes, légèrement sablés de sang lorsqu'on les coupe; pie-mère d'un rouge brun, sèche, comme comprimée entre les anfractuosités encéphaliques. Pas d'hémorrhagie à la surface ou dans le tissu de l'encéphale, pas d'épanchement dans les cavités ventriculaires.

« La fille B... était enceinte de sept mois à sept mois et demi, et sa mort paraît être due à l'action d'un poison narcotique énergique donné dans l'intention de procurer l'avortement.

« La forte constitution de B..., sa robuste santé, l'absence dans les organes de toute lésion spontanée, aiguë ou chronique, qui puisse expliquer la mort, l'absence de tout poison minéral ou végétal, appréciable par l'analyse chimique, que nous avons faite avec un grand soin, font croire que cette mort si rapide doit être attribuée au breuvage composé avec du suc des feuilles d'if. »

« Nous avons voulu donner, *in extenso*, cette observation très-intéressante pour la science, et nous terminerons ce que nous avons à dire sur les effets du suc des feuilles d'if, en faisant ressortir les phénomènes principaux de l'empoisonnement chez les animaux, et en établissant qu'ils sont identiques avec ceux observés chez B.

« Après un temps plus ou moins long, suivant la forme sous laquelle on administre l'if, suivant la dose, suivant la force de l'animal, etc., celui-ci, qui avait paru d'abord très-

---

venons à notre sujet. Lorsque j'étudie les os, les articulations, les muscles et les aponévroses d'une région suivant le mode que j'ai développé, je fais en anatomie descriptive de la topographie naturelle.

Oui, je soutiens qu'avec eux j'ai formé la région. Mais, dira-t-on, et les nerfs et les vaisseaux, qu'en faites-vous? Les nerfs et les vaisseaux ressemblent aux routes qui traversent les contrées sans en changer la topographie générale. La forme régionelle se constitue sans eux, ce sont de simples cordons passant à travers des régions qu'ils ne modifient point ou presque point. Ne peut-on pas étudier les dispositions d'une maison en faisant abstraction de ceux qui l'habitent? Plus tard quand on étudiera les vaisseaux et les nerfs, on fixera leur rapport avec les régions qu'ils parcourent, et qui, par avance, ont été déterminées d'une manière sévère et rigoureuse.

Telle est ma façon de procéder dans l'étude de la portion de l'appareil locomoteur qui appartient au tronc, et je ne procède pas différemment pour les autres parties de cet appareil; je n'entrerai dans aucun détail, à cet égard. Le point de vue philosophique et pratique étant toujours le même, l'exemple précédent peut faire comprendre suffisamment quelle pourrait être, dans cette seconde étude, la nature de mes développements.

Ne voyez-vous pas que ce sont là deux études qui se corroborent l'une par l'autre en se prêtant un mutuel appui, c'est une même chose vue immédiatement sous deux faces différentes au lieu de ne l'être que sous une seule.

Quand on viendrait avec des raisonnements en apparence d'une logique irréfutable me prouver le contraire, je ne me rendrais jamais, et savez-vous pourquoi? C'est que j'ai en faveur de cette méthode ce qui vaut mieux que le meilleur raisonnement du monde, j'ai l'expérience de quatorze années, et je parle ici plutôt en praticien qu'en logicien; mais que dis-je? je parle en vrai logicien, car la pratique c'est la logique. Je décris d'abord les muscles de la colonne vertébrale en procédant d'avant en arrière, comme j'en ai décrit le squelette.

Je les étudie de la profondeur vers la superficie, en d'autres termes, j'habille le squelette, et l'on assiste ainsi aux modications que l'objet subit par transitions insensibles pour passer de son état primordial à sa forme définitive.

On m'a fait à ce sujet une objection dont je nie la portée, et je dirai d'abord qu'elle n'est pas scientifique. On m'a dit que procéder ainsi c'était s'exposer à une dépense plus grande de sujets de dissection, et que l'on devait y regarder surtout dans l'enseignement particulier de l'anatomie qui n'a pas toujours à sa disposition les moyens de travail nécessaires à ses études. Une objection de cette nature ne porte nullement atteinte à la logique de mon raisonnement, et sans nier complétement les difficultés signalées, je dirai qu'elles ne m'ont jamais arrêté.

J'unis l'étude des aponévroses à celle des muscles, suivant en cela l'exemple d'auteurs recommandables, pour la même raison que j'ai uni à l'histoire des os celle de leurs articulations. Lorsque j'ai décrit les formes, les dimensions, les insertions des muscles d'une région, en un mot, tout ce qui a trait à l'histoire intrinsèque de chacun d'eux,

calme, qui avait pu se laisser atteler, traîner une voiture et faire encore 1 kilomètre de chemin (*observation de M. Dujardin*, p. 124), est frappé comme de la foudre et meurt en quelques instants.

« A l'ouverture de l'estomac, on trouve généralement des traces d'une vive inflammation.

« N'observons-nous pas les mêmes effets chez B...? N'a-t-elle pas pu vaquer aux soins du ménage, aller donner à manger aux chevaux, aller puiser de l'eau à une mare voisine, puis être prise de vertiges, se laisser tomber sur son lit, et rendre aussitôt le dernier soupir.

« Les premiers phénomènes observés sont ceux de l'inflammation qui se signale par des vomissements, des déjections alvines, et à mesure que se fait l'absorption, on voit arriver ce que nous pouvons appeler l'effet secondaire, c'est-à-dire l'effet narcotique, stupéfiant, qui tue les sujets, tue le fœtus, et paraît produire sur la matrice un tel état de relâchement, que le fœtus mort peut même être expulsé involontairement après la cessation de la vie de la mère (*observation de M. Dujardin*).

« Tels sont les phénomènes indiqués, en partie, par les auteurs qui ont parlé de l'if; mais aucun d'eux n'ayant été à même de voir ces effets morbides reproduits chez l'homme, n'a pu, comme nous, faire ressortir d'une manière aussi évidente l'analogie des accidents qui se produisent dans les expériences sur les animaux.

« Il est un autre phénomène fort curieux que personne avant nous n'avait indiqué comme caractéristique des empoisonnements par l'if. Nous voulons parler de ces éruptions particulières, avec chute des poils, qui arrivent après l'usage des préparations d'if, et que nous avons reproduites dans l'expérience (page 553) avec l'eau distillée.

« Ces taches éruptives, qui sont quelquefois apparentes à l'intérieur, ont été parfois notées sans que l'on ait compris alors la cause qui les produisait. Il est probable que ces taches intérieures sont de la même nature que les premières, et que l'on doit probablement rattacher aussi à l'effet toxique de l'if ces taches d'une forme particulière qui ont été vues sur les cadavres peu de temps après la mort.

« Quelques auteurs ont bien noté ces particularités, mais aucun d'eux n'avait cru devoir les donner comme signe distinctif fort curieux de cet empoisonnement.

« Ce caractère pathologique, heureusement saisi par M. Duchesne, au moment de livrer le travail à l'impression, est trop essentiel pour que nous ne cherchions pas à attirer sur lui l'attention des observateurs, et pour rendre, sous ce point de vue, nos futures expériences plus complètes.

« Harmand de Montgarni dit que le corps du malade soumis au traitement d'une fièvre quarte par l'infusion d'écorce d'if dans du vin blanc, se couvrit, un mois après la guérison, de gales et de pustules, et que tous les cheveux et les poils du corps tombèrent.

« Le même auteur affirme, dans une autre observation, que le corps de la malade se couvrit d'une éruption miliaire qui causa la mort par sa disparition.

« Girard ayant examiné les corps de deux chevaux empoisonnés par l'if, déclare que leurs corps étaient enflés, le poil hérissé, cédant facilement à la main qui le tirait et le séparait de la peau.

« Gilibert, ouvrant un mulet qu'il avait empoisonné avec les feuilles d'if, dit qu'on aperçut sur les intestins grêles quelques taches ecchymotiques de la grandeur de l'ongle.

« Dans la première observation de M. Delcroix, nous lisons qu'à l'ouverture d'un poulain mort après avoir mangé de l'if, il trouva qu'il existait sur l'œsophage, de distance en distance, des taches violettes visibles à travers l'épithélium de la muqueuse. La membrane muqueuse de l'estomac était couverte, du côté droit, d'un mucus épais d'un blanc jaunâtre, adhérent à sa surface, et parsemée de taches rouges plus ou moins foncées jusqu'au violet, qui contrastaient par leur nuance avec des taches d'un blanc jaunâtre, sur lesquelles la membrane paraissait plus épaisse : de là un aspect général marbré. Au niveau du pylore et au delà, on remarquait les mêmes altérations.

« Dans notre quatrième expérience sur l'administration des feuilles vertes, nous avons rencontré, dans les grosses circonvolutions intestinales, des vergetures d'une couleur jaune safran.

« Dans l'observation récente de M. Dujardin, cet habile vétérinaire dit que chez une des deux juments, la surface de la membrane muqueuse de l'intestin grêle était rouge violacée, très-brune en certains endroits; que des plaques noires, d'une étendue variable de $0^m,05$ et $0^m,10$ parsemaient sa portion pylorique; que dans la portion flottante il s'en trouvait aussi, mais que la teinte était moins foncée.

« A l'ouverture du cheval qui fait le sujet de notre huitième

---

je les considère ensuite dans leurs rapports soit avec eux-mêmes, soit avec les os et les articulations déjà étudiés.

Mais si l'on a réfléchi tant soit peu à l'influence de mon mode descriptif sur la notion de ces rapports, on a dû voir que leur indication ressortait déjà nécessairement de l'examen des muscles par ordre de superposition, et cela se fait naturellement en passant du connu à l'inconnu et du point de départ aux développements consécutifs, et cette présentation des rapports, je la varie quant à sa forme autant qu'il est possible de le faire; ainsi on la voit surgir comme conséquence nécessaire du genre de description employé, mais ce n'est là qu'une indication insuffisante, incomplète; je la détermine d'une manière plus positive et plus précise en l'envisageant dans la collection régionelle des organes que j'ai décris.

Bien entendu que je procède encore ici de la profondeur vers la superficie, ce qui ne m'empêche pas de reprendre la série des rapports en sens inverse et de les repasser en revue de la superficie vers la profondeur, ce qui ne m'empêche pas d'extraire de mes tableaux généraux un muscle quelconque et de l'envisager dans ses rapports particuliers, avec les objets environnants; mais c'est un genre d'exercice que j'abandonne généralement aux élèves.

C'est là mon critérium, ma pierre de touche et d'épreuve. La relation spéciale se déduit si naturellement des relations générales, le particulier du collectif, que l'élève, qui a été vraiment attentif, me répond presque toujours d'une manière satisfaisante, sans que je sois obligé de lui représenter le rapport sous cette forme nouvelle.

Ainsi voilà de quoi satisfaire, je le crois, du moins, à toutes les exigences, et, qu'on le sache bien, je ne m'arrête pas qu'à la constatation vague et indéterminée du rapport. L'expression en serait insuffisante à mon point de vue, j'en signale avec soin les conditions variées et la modalité spéciale; mon énoncé, comme j'ai l'habitude de le dire n'est pas seulement quantitatif, il est qualitatif.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

expérience, nous trouvons que la membrane muqueuse de l'estomac présente quelques vergetures rouges dans le sac droit, au niveau de la grande courbure et près de l'orifice pylorique ; la muqueuse de la portion flottante de l'intestin grêle présente une vive injection, par places, sous forme de bandelettes ou de petites plaques irrégulières.

« Chez la jument que nous avons sacrifiée pour notre neuvième expérience, nous observons que la muqueuse de l'intestin grêle reflète une teinte d'un rose pâle qui contraste avec des vergetures d'un rouge violacé que l'on trouve çà et là, mais seulement sur le trajet des vaisseaux veineux.

« Dans notre deuxième observation d'empoisonnement à la suite d'une tentative d'avortement, nous remarquons qu'en procédant à l'examen du cadavre de la fille B..., on a observé une coloration uniforme d'un rouge framboisé intense qui occupe les parties postérieures et envahit même les parties latérales du tronc et des membres ; il semble qu'il y ait gonflement en même temps que rougeur ; des taches de la même couleur, à peu près circulaires, paraissent aussi en relief et se montrent à la face antérieure des membres abdominaux.

« Un peu au-dessous du cardia existe une ecchymose, à peu près circulaire, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Sur les rides de l'estomac à demi-contracté se montrent des bandes continues formées (vues à la loupe) de très-petites ecchymoses simplement contiguës ou confluentes en quelques points de leur circonférence.

« Dans l'expérience que nous avons faite pour faire avorter une chienne, nous trouvons à l'autopsie des ecchymoses nombreuses par places, principalement sur l'intestin grêle.

« Dans notre expérience au moyen de l'eau distillée, nous n'avons pu produire, avec cette préparation d'if, un empoisonnement complet, mais nous avons remarqué une ébullition qui se produisit à la peau ; très-légère d'abord, et se présentant sous forme d'élevures isolées, elle augmenta graduellement dans la journée, au point que vers le soir tout le corps en était recouvert, et qu'à certaines parties, vers les reins, par exemple, toutes ces élevures s'étaient réunies pour former des surfaces larges comme la main.

« Cette éruption avait presque complétement disparu le lendemain matin.

« Hermann ne put empoisonner un chat avec un gros de poudre d'if, mais il observa que huit jours après son corps se couvrit de gale, qu'il refusa de boire et de manger, tomba dans le marasme et périt le dix-septième jour.

« L'observation que nous citons du même médecin est celle d'un enfant qui mourut empoisonné avec de la poudre d'if ; une heure après seulement, son corps était marqué en divers endroits de vergetures et d'ecchymoses fort étendues.

« Dans notre première expérience sur l'administration de la poudre d'if, nous constatons, à l'autopsie, dans l'estomac du cheval, la présence de taches disséminées au milieu du sac droit. Elles formaient, par leur ensemble, une plaque d'une largeur de 5 centimètres environ.

« Dans une observation extraite de la *Revue médicale*, on remarque que le corps de l'enfant qui mourut après avoir mangé des baies d'if avait le corps couvert de taches violacées, et que l'estomac présentait plusieurs taches rouges.

« On pourra nous objecter sans doute que ces éruptions encore mal définies, que ces taches de couleur variable ne peuvent pas être indiquées comme signe pathognomonique des empoisonnements par l'if, car on ne les retrouve pas dans toutes les observations et même dans toutes nos expériences. A cela nous répondrons que, jusqu'à ce jour, l'attention n'avait pas encore été appelée sur ce caractère pathologique, mais que nous venons, même avec des observations très-anciennes et qui ne sont certainement pas faites pour les besoins de la cause, de fournir un assez grand nombre de faits analogues capables de faire prendre notre opinion en grande considération. Dorénavant nous ne ferons plus aucun essai sans noter avec grand soin l'absence ou la présence de ces éruptions singulières, et nous chercherons à en déterminer la nature.

« Il ne sera pas, d'ailleurs, sans intérêt pour les dermatologistes d'indiquer les véritables caractères de cette éruption avec chute des poils que l'on remarque dans les empoisonnements par l'if.

« Par nos expériences précédentes, nous avons voulu montrer l'effet toxique du suc des feuilles d'if ; nous allons chercher maintenant à savoir si ces feuilles peuvent être employées comme abortives.

« A cet effet, le 15 juillet 1855, nous choisissons une chienne mâtinée, âgée de trois ans, pleine de quatre-vingt-dix à cent jours environ, en parfaite santé.

« Nous lui administrons à jeun 120 grammes de feuilles d'if fraîches réduites en pulpe par l'écrasement.

« On attache ensemble les quatre membres pour borner les mouvements d'expansion des parois abdominales, et on lie fortement la mâchoire, dans le double but d'empêcher l'introduction de l'air dans l'estomac et de mettre obstacle au vomissement. Au bout de trois heures, la chienne est mise en liberté. Elle fait aussitôt quelques efforts pour vomir ; elle expulse des matières glaireuses vertes, tenant en suspension quelques parcelles de feuilles d'if. Dans le cours de la journée, on observe les symptômes suivants : Tristesse, perte de l'appétit ; sensibilité générale exaltée, le moindre attouchement suffit pour provoquer un aboiement plaintif ; la démarche est hésitée et chancelante ; le train postérieur, plus particulièrement, est vacillant ; la prostration des forces va toujours en augmentant ; vingt-quatre heures après l'administration de l'if, la chienne se tient à peine sur ses membres ; elle reste dans un état continuel de somnolence. Elle meurt au bout de trente-six heures sans manifester aucune douleur.

« Dans les dernières heures, on remarque un léger écoulement de sang par la vulve ; on n'a pas constaté de contractions des muscles des flancs, comme cela s'observe quand on administre un médicament ayant une action spéciale sur l'utérus.

« *Autopsie faite deux heures après la mort.* — Inflammation de toute la muqueuse intestinale ; ecchymoses nombreuses par places, principalement sur l'intestin grêle ; engorgement de tout le système veineux cérébro-spinal ; infiltration jaune du tissu des reins ; rougeur de la muqueuse de la vessie. Mort des petits chiens contenus dans l'utérus ; épanchement de sang dans cet organe ; sa muqueuse est d'un rouge brun et d'un noir foncé ; elle se déchire très-facilement.

« Quoique l'action sur l'utérus ait été manifeste, même pendant la vie, on voit que l'action abortive ne s'est pas produite et que l'empoisonnement a eu lieu comme dans les observations de la fille Fannie Fautrat et de la fille B...

« Nous essaierons de nouveau cette substance à moindre dose, et nous tenterons d'établir si l'on doit redouter la découverte d'une nouvelle préparation propre à faciliter les avortements. »

(*La suite prochainement.*)

Royal Society de Londres.

Des succédanés de l'huile de foie de morue et plus particulièrement de l'huile de noix de coco.

Nous apprenons par un succinct rendu compte des travaux de cette compagnie savante que, dans la séance du 27 avril 1854, le docteur Th. Thompson a cherché à prouver que l'huile de foie de morue ne peut être remplacée par l'huile d'amandes, ni par l'huile d'olives, tandis que l'huile de noix de coco peut lui être substituée avec avantage.

Il a administré les deux premières huiles à des malades qui étaient placés à l'hôpital pour des affections de poitrine, mais il n'en a retiré aucun résultat favorable. Le mode d'expérimentation consistait en ce que les malades étaient pesés avant et après l'usage des diverses huiles, en ce que les différences de poids étaient comparées entre elles, et en ce que quelques gouttes de sang de chaque malade étaient examinées avant et après l'administration de chacun des médicaments.

On fit usage de l'huile la plus pure extraite de la noix de coco ou, pour préciser davantage, de l'*élaïne* qu'on obtenait de l'huile de noix de coco, telle que le commerce la reçoit de l'île de Ceylan et des côtes de Malabar. L'huile ainsi fournie par le commerce, était traitée par un alcali, puis purifiée par l'eau distillée. Ainsi obtenue, l'élaïne brûle avec une faible flamme bleue; elle renferme une quantité peu considérable de carbone et sèche très difficilement.

Les résultats des analyses du sang, faites avec le plus grand soin par le docteur Campbell, peuvent être résumés de la manière suivante :

Le sang renfermait		en globules rouges,	en fibrines.
Avant l'usage des médicaments :	homme	129,26	4,52
	femme	116,53	3,57
Après l'usage de l'huile de foie de morue :	homme	141,53	5,00
	femme	136,47	4,70
Après l'usage des huiles d'amandes et d'olives :	homme	138,74	2,23
Après l'usage de l'huile de coco :	homme	139,95	2,31
	femme	144,94	4,61

Quelque incomplètes que soient ces données, elles serviront néanmoins pour l'appréciation de la thérapeutique si problématique encore, de l'huile de foie de morue, pour laquelle les praticiens ont certes un bien plus grand engouement que leurs petits clients.

D[r] B. S.

DISCOURS DE M. MALGAIGNE.

Dans le Mémoire présenté par M. Bouvier, il m'a semblé voir deux questions, l'une très-petite, l'autre très-grande. La petite question, c'est la substitution d'un petit séton perfectionné au gros séton ordinaire. La grande question, c'est celle des merveilles que M. Bouvier, et tout à l'heure M. Gerdy, ont annoncées au nom de la révulsion.

J'avais commencé par dire que les observations de M. Bouvier n'avaient pas une grande valeur. Notre collègue a répondu que je l'avais sans doute mal compris; que son intention n'avait pas été de prouver l'utilité de l'exutoire qu'il emploie, mais simplement de montrer que ses malades portaient les petits sétons avec une aisance non accoutumée. (On rit.) Je ferai observer que, même dans ce cas, la démonstration est incomplète.

Il eût fallu que M. Bouvier nous fît voir une autre série de malades porteurs de gros sétons pour savoir s'ils en étaient plus incommodés.

M. Bouvier a traité l'historique du séton avec un talent que je me plais à reconnaître. Mais puisqu'il a compulsé les annales de l'art à ce sujet, il aurait pu voir qu'à diverses époques, des perfectionnements se sont produits qui ont de l'analogie avec celui dont il est l'auteur.

Au XV[e] siècle, Gatenaria mettait une ficelle aux pauvres et un anneau d'or aux riches; Dionis se servait d'un fil retors *non passé à la lessive* M. Desportes a également proposé un séton perfectionné. Mais je me hâte d'abandonner ce perfectionnement, qui, à mes yeux, n'a pas grande importance, pour aborder une autre question qui domine la pratique de la chirurgie, de la médecine entière : je veux parler des exutoires à demeure.

J'avais d'abord étendu la discussion à tous les exutoires. Mais ce serait trop la compliquer. On vient de parler du moxa, je ne refuse pas d'y revenir, mais, pour le moment, je bornerai mes réflexions au séton.

Dans une précédente séance, j'ai raconté comment, après avoir appliqué beaucoup de sétons, sans m'être jamais aperçu qu'ils fussent utiles, j'en étais venu à me demander sur quoi l'on se fondait pour infliger aux malades un traitement si dur, oui, très-dur. Je disais qu'en faveur de ce moyen, d'origine empirique et barbare, on ne pouvait pas citer une série d'observations sérieuses, propres à leur faire accorder quelque confiance. A cela, M. Bouvier a répondu en rectifiant deux erreurs que j'ai commises, je le lui rendrai tout à l'heure! (Rires) et il a essayé de prouver que le séton était de haute noblesse. Il a d'abord cité Hippocrate, qui conseille de traverser l'aisselle avec un fer rouge, dans les cas de luxations du bras, pour empêcher la tendance du déplacement à se reproduire. Mais, ici, il n'est pas question de révulsion le moins du monde. Autant vaudrait appeler un séton l'opération prescrite par la loi de Moïse, et qui consiste à traverser avec une alène l'oreille des esclaves! Ce n'est pas la plaie traversant les téguments de part en part, c'est la présence de la mèche qui constitue le séton. Cela est si vrai que les chirurgiens du dernier siècle traitaient par le séton les blessures par armes à feu, dans lesquelles un membre était percé par une balle, traitement qui n'aurait aucun sens si la plaie était un séton elle-même!

M. Bouvier fait venir le séton de la médecine vétérinaire. Columelle nous apprend, en effet, que lorsqu'un bœuf était malade, n'importe de quelle maladie, on lui faisait passer dans l'oreille une alène, puis que, dans l'ouverture ainsi faite, on engageait, — quoi? une certaine racine, arrachée de la main gauche, avant le coucher du soleil! Voilà quelle est la première origine du séton.

Poursuivons. Dans la médecine grecque, il est fait mention d'une opération abominable appelée *hypospathisme;* d'après la description de Paul d'Egine, elle consistait à faire au front trois incisions transversales, à soulever les lèvres avec une spatule, — d'où le nom d'*hypospathisme*, — et à y introduire des mèches! N'allez pas croire qu'il s'agisse d'opérer une révulsion. Le but de ces incisions est de couper les veines qui portent la pituite aux yeux! C'est le but que Celse se proposait en faisant, au lieu d'incisions, des brûlures avec un fer rouge. Les anciens ne connaissaient pas la *grande idée de la révulsion*. A l'exception d'un aphorisme d'Hippocrate, d'un seul, et d'une seule ligne de Galien, je défie qu'on puisse citer dans les anciens rien qui se rapporte à cette idée.

Parmi les Arabes, M. Bouvier a nommé Rhasès comme ayant traité du séton dans le traitement des maladies des yeux. Moi, je n'avais rien trouvé dans Rhasès qui eût trait au séton, et j'avoue qu'en le feuilletant de nouveau, je n'ai pas été plus heureux. D'où vient l'assertion de M. Bouvier? De ce que, dans un livre intitulé : *De cauteriis*, il s'agit d'une opération appelée d'un nom barbare : *sectorium*. Or, ce livre n'est pas de Rhasès, il lui est postérieur; cet auteur y est nommé à la troisième personne ; Ebn Giolgol ne mentionne pas le traité *De cauteriis* dans sa liste des ouvrages de Rhasès; enfin, celui-ci ne dit pas un mot du séton. Qu'est-ce que le *sectorium?* Je l'ignore, mais je serais fort embarrassé pour prouver que c'est le séton. Voilà donc la troisième origine du séton : un procédé inconnu, décrit à une époque inconnue, par un auteur inconnu!

Roger, Roland, les quatre maîtres, ne mentionnent pas le séton. Enfin, il est décrit aux XIII[e] siècle par Lanfranc, — ici M. Bouvier a très-justement relevé une erreur que j'avais faite. — mais Guy de Chauliac est le premier qui parle du *séton à la nuque*. Remarquez qu'on en mettait d'abord partout, et que le séton à la nuque, je ne sais comment, a seul échappé à la réprobation universelle.

Or, déjà le commentateur de Guy de Chauliac le repousse et lui substitue le vésicatoire. Au XVI[e] siècle, le séton est prôné par Ambroise Paré, bientôt suivi de Fabrice d'Aquapendente, mais il est inconnu à Jean de Vigo et combattu par Fernel; au XVII[e], Fabrice de Hilden en est grand partisan, ainsi que M.-A. Severin; mais Dionis en parle comme d'une opération tombée en désuétude; au XVIII[e], les oculistes le vantent, Saint-Yves et surtout Gleize qui le perfectionne (c'est un M. Bouvier des temps passés), et il a contre lui un chirurgien dont je ne voudrais pas exagérer l'autorité, mais qui était l'écho de J.-L. Petit, c'est Garengeot, qui dit : Le séton d'oreille et de la nuque procurent l'un et l'autre un bien plus imaginaire que réel. Enfin, au XIX[e] siècle, le séton n'est pas admis sans discussion.

On pourra m'objecter que tous les moyens possibles ont eu leurs détracteurs; aussi n'est-ce pas aux détracteurs que je me suis adressé pour savoir à quoi m'en tenir, mais aux partisans du séton. Or, voici ce qu'ils m'ont appris.

Il y a d'abord une chose étrange. Au commencement on se servait, pour établir le séton, du fer rouge — aussi figure-t-il parmi les *cautères*; — Ambroise Paré, un des premiers, déclare qu'en le pratiquant avec une aiguille, on obtient les mêmes avantages; — Fabrice de Hilden, celui qui a guéri sa fille, trouve le séton pratiqué au moyen du feu mauvais, et lui reproche tous les inconvénients que M. Gerdy blâme dans le séton ordinaire; mais il vante beaucoup celui qu'on fait avec l'aiguille; — Gleize dit que le fer rouge et l'aiguille *lui font horreur!* (c'est plus que je n'aurais osé dire), il veut un séton anodin, perfectionné; avec celui-là il assure avoir fait des miracles. De sorte que si je voulais choisir parmi les partisans, je pourrais invoquer Fabrice de Hilden pour repousser le séton au fer rouge, Gleize pour repousser le séton à l'aiguille, et contre le petit séton de Gleize, tout le XIX[e] siècle qui l'a voué à un complet oubli.

Mais voyons les faits qui ont été produits en faveur de ce moyen. Les premiers sont ceux d'Ambroise Paré. A ce propos, M. Velpeau a

fait une remarque très-juste : c'est qu'il ne faut pas exiger des chirurgiens de ces époques des observations détaillées; cela n'était pas dans l'esprit de leur siècle. Quand un auteur comme Ambroise Paré affirme qu'un moyen lui a souvent réussi, cette assertion a son importance et doit faire impression. Mais d'abord Paré ne tient pas ce langage; il dit que le séton lui réussit *toujours*; quand un écrivain dit *toujours*, je trouve qu'il a tort, car, ainsi que M. Gerdy l'a fort bien développé, c'est trop prétendre que de vouloir dépasser, en médecine, la probabilité. Voici le texte, il mérite la peine d'être cité : « L'expérience quotidienne montre que tôt après que l'ulcère jette boue, la vue se clarifie voire à ceux qui l'avaient du tout perdue. » Je déclare, pour ma part, n'avoir jamais rien vu de pareil après l'emploi du séton. On a cité l'observation de l'orfévre Paul, traité par Paré. Mais dans ce fait, qui est le seul rapporté avec quelques détails, le malade devait porter le séton « un an ou plus; » au bout de ce temps il était guéri, et pendant six mois l'exutoire est supprimé; mais le malade retombe, et alors Paré lui met un séton « *pour la vie!* » Cela se faisait ainsi. Au XVIe et au XVIIe siècle on vous faisait garder un séton toute la vie. C'est à cette condition seulement qu'il faisait merveille. (Rires.)

J'arrive à Fabrice d'Aquapendente qui l'a trouvé, « par longue expérience, d'une extrême efficace » et qui l'a porté lui-même deux fois en sa vie. J'ai une grande estime pour l'auteur que je viens de nommer, mais pour savoir ce que vaut cette foi de Fabrice, tournons la page; à côté du séton il vante la cautérisation de la nuque « aux nouveau-nés et enfants déjà grands pour *épilepsie, apoplexie, vertige, coma*; « et cette opération se fait le plus souvent avec une *évidente et très-prompte utilité*... Elle est si ordinaire à Florence qu'il n'y a point ou fort peu d'enfants qui n'y soient soumis. » Ce sont les mêmes assertions, c'est la même expérience. La trouvez-vous convaincante?

Pour Fabrice de Hilden, le séton guérit tout : épilepsie, catarrhe, phthisiques crachant le sang et le pus. Il l'a vu préserver de la peste. Il raconte très-sérieusement qu'un enfant malade portant un cautère à la nuque, était dans un état désespéré; on remplace le cautère par un séton, et l'enfant guérit. Il parle d'une dame qui porte un séton depuis dix ans « avec beaucoup de fruit. » Quant à sa propre fille, guérie par le même moyen, il ne donne aucun détail sur sa maladie. En revanche, dans une observation un peu plus circonstanciée, il montre le séton opérant la guérison *purgato corpore, institutaque victus ratione* (la purgation et le régime ne peuvent-ils pas revendiquer leur part du succès obtenu?).— Il veut qu'on le porte toute la vie. Un ami lui demande ce qu'il pense du séton dans la cataracte; Fabrice répond que son emploi n'a pas d'inconvénient, bien qu'on puisse citer *fort peu* de succès.

Marc-Aurèle Séverin applique un séton au cou à un Jacobin qui n'en voulait point à la nuque... pour un polype des fosses nasales! Une autre fois il en place un dans l'aisselle pour un *anévrysme du sternum* (de l'aorte?).

Gleize (1789) rapporte six observations de maladies des yeux guéries par le séton. Parmi ces malades, les uns l'ont porté huit à dix jours et ont été guéris peu après, mais il le leur a fait garder pendant huit mois pour en assurer la cure. Chez d'autres, il a pratiqué en même temps la section des vaisseaux de la conjonctive, employé le régime, les collyres et obtenu la guérison au bout d'*un mois et demi*; d'autres l'ont gardé huit, dix, vingt quatre jours, quarante jours! « On ne peut guère fixer, dit-il, le temps que le séton doit rester appliqué; en effet, je l'ai fait porter aux uns trois ou quatre mois, aux autres cinq ou six. J'ai observé *chez presque tous les malades* que le séton désigne le temps qu'il faut l'ôter, c'est quand il ne suppure plus. » Voilà le séton intelligent; le voilà désignant lui-même au chirurgien quand il est temps de le supprimer! C'est même pour cela que Gleize lui donne la préférence sur les vésicatoires et les cautères.

Boyer, partisan du séton, et auteur d'un perfectionnement de l'aiguille dont on se sert pour l'établir, en partie d'après sa propre expérience et d'après celle des autres. Il dit que « dans plusieurs cas il s'est passé un mois, quelquefois plus, avant qu'on n'observât aucune amélioration sensible, et qu'après ce temps le mal a marché rapidement vers la guérison. Aussi recommandait-il de « ne pas se hâter de supprimer un séton, lorsque au bout d'un certain temps on n'en a point encore obtenu de bons effets. »

M. Bouvier invitait l'autre jour l'Académie à monter avec lui au Capitole; l'Académie ne l'y a pas suivi. Il allait remercier les dieux d'avoir permis que le séton lui sauvât la vue. Mais quel était ce séton? Etait-ce un de ces petits sétons actuels? Non, c'était le gros séton classique; dès lors, il voulait sans doute le suspendre en *ex-voto* dans un temple, pour ne plus s'en servir jamais! Il y a là de l'ingratitude et une légère inconséquence. Ce n'est pas au Capitole que M. Bouvier devrait se rendre, mais à Notre-Dame-de-Lorette. Là, des pèlerins suspendent divers objets auxquels ils attribuent la guérison merveilleuse de leur maladie, et dans le nombre, peut-être trouverait-on quelques sétons aussi.

M. Bouvier fait valoir sa compétence, puisqu'il s'agit d'une observation recueillie sur lui-même. Cette compétence, je me sens peu porté à l'admettre dans le cas particulier. D'abord, M. Bouvier n'y voyait pas bien clair à ce moment-là; puis, il n'est pire malade que les médecins; puis il ne nous a pas dit au bout de combien de temps la guérison a eu lieu, quels *adjutoria* ont été mis en usage; et quand même le séton l'aurait guéri positivement, dans quels cas nous devons nous attendre à voir ce succès se reproduire.

Quand M. Velpeau a pris la parole, j'étais fort contrarié de lui entendre annoncer une opinion opposée à la mienne; mais à mesure que je l'écoutais, ma confiance renaissait. M. Velpeau a parlé des trois âges du chirurgien. Dans le premier, il avait appliqué des sétons; dans le second, s'étant sans doute aperçu de leur inefficacité, il les a abandonnés, mais pour les reprendre dans le troisième. C'est ce dernier revirement qui m'étonne. Que M. Velpeau ait renoncé aux sétons, rien de plus facile à comprendre, et ce n'est sans doute pas sans de fort bonnes raisons qu'il l'a fait; mais que tout à coup, un beau jour, à l'illumination du troisième âge chirurgical, il y soit revenu, sans que dans l'intervalle il ait eu l'occasion de se convaincre de son utilité, voilà ce que je ne comprends plus! M. Velpeau m'a prédit que moi aussi j'y reviendrais, par deux raisons. La première, c'est qu'il est des maladies mal définies, obscures, et qu'ayant à les traiter, je dirais : le meilleur est encore de mettre un séton. La seconde, c'est qu'il est des maladies désespérées et désespérantes auxquelles on ne sait que faire, et dans des cas pareils, je serais bien aise de trouver une ressource dans le séton. Si bien qu'en passant au crible les considérations développées par M. Velpeau, il reste ceci : le séton convient quand on ne sait à quoi l'on a affaire; il convient encore quand on ne sait quoi faire. Cependant je trouverais bon, avant de placer un exutoire, de me poser les questions suivantes, et de les répondre : Que vais-je faire? Pourquoi? Qu'est-ce que j'espère en obtenir? Ce que je vais faire, je l'ignore; pourquoi, je n'en sais rien; je n'en espère rien, et je l'applique au hasard. (Longue hilarité.)

M. Velpeau reste partisan du séton, et cependant, comme moi, il ne croit pas aux résultats annoncés par M. Bouvier. Chose curieuse! cet accord entre M. Velpeau et moi sur le peu de valeur des observations de M. Bouvier, c'est M. Bouvier qui s'en félicite. Il convient lui-même que ces observations sont incomplètes, et qu'elles ne prouvent rien, bien que d'abord il ait voulu par elles prouver quelque chose. Mais tels qu'ils sont, ces faits sont au moins aussi complets que ceux sur lesquels M. Velpeau fonde sa croyance au gros séton. J'interpelle directement M. Velpeau, et je lui demande s'il est bien sûr que, dans les cas de guérison par le séton ordinaire, l'influence du temps, l'influence des autres moyens n'ait pas contribué à la guérison qu'il a rapportée à l'exutoire? Je lui rappelle, d'ailleurs, ce qu'il a dit lui-même de la difficulté que présente l'observation dans des affections toujours longues, où l'on perd les malades de vue, où ils changent de médecins ou reçoivent leur *exeat* avant qu'on ait pu juger du résultat définitif.

Malgré tout ce que je viens de dire et quoique je me sois adressé aux autorités les plus hautes, analysant auteur par auteur, fait par fait, je comprends qu'il puisse encore rester place au doute. Mais ce doute n'est plus possible dans mon esprit quand je songe aux résultats de ma propre expérience, car j'ai employé, moi aussi, des sétons. Pourquoi les ai-je abandonnés? Parce que je ne leur ai jamais reconnu aucune efficacité. Comme M. Gerdy, je ne demande pas des effets constants, certains, je me contente de la probabilité. Si sur dix cas j'avais réussi quatre ou cinq fois, j'essaierais de nouveau. Mais je n'ai pas encore rencontré un seul cas où cette efficacité me fût bien démontrée. Et, quand même on observerait un ou deux succès sur une série de dix malades, quelle valeur auront ces faits si l'on ne prend pas toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur?— Messieurs, je suppose que le séton n'ait pas été inventé et qu'un homme vienne à cette tribune le proposer comme un moyen nouveau. Que dirait la Commission chargée de se prononcer sur la valeur de l'innovation? Elle dirait que les preuves manquent.

Depuis longues années je suis frappé de l'abus que l'on fait journellement des exutoires *à demeure*. J'insiste sur ce terme; car je suis loin de nier l'utilité du moxa, du sinapisme, de la cautérisation pour faire cesser les douleurs. Il ne faut pas confondre l'influence d'un

moxa avec celles des sétons et des cautères dont la nature prend si bien l'habitude qu'on ne peut plus en débarrasser les malades, et dont l'action devient aussi nulle que celle des boucles d'oreilles.

Et je ne suis pas seul de mon avis. Depuis que je prêche la vanité des exutoires, j'ai demandé à bien des élèves, à bien des médecins : cherchez bien dans vos souvenirs, combien connaissez-vous de succès bien authentiques sur dix cas, sur vingt cas? Et la réponse a toujours été la même. J'ai demandé à M. Piorry : Mettez-vous des cautères et des sétons? Il m'a répondu : Jamais (rires). M. Cazeaux m'a déclaré n'en avoir jamais obtenu rien de bon; M. Bonnafont m'a fait un aveu semblable. Si tous nos collègues qui s'occupent des maladies des yeux énuméraient les succès que leur a procurés le séton, ils en énonceraient un bien petit nombre. Aussi les oculistes y ont-ils presque entièrement renoncé, excepté pourtant dans les cas signalés par M. Velpeau, où ils ne savent quoi faire. Et les médecins, que pensent-ils du vésicatoire au bras? J'en ai mis beaucoup, j'en demande pardon à Dieu et aux hommes! Mais aussi depuis j'en ai beaucoup supprimé.

M. Bouvier a cru que nous serions d'accord après qu'il aura prononcé le grand mot de révulsion. De quelle révulsion s'agit-il? Serait-ce de la révulsion de la médecine antique? Mais à part l'aphorisme d'Hippocrate : *De duobus doloribus in eodem loco ortis vehementior obscurat alteram*, aphorisme qui ne s'applique au surplus qu'à la *douleur*, on ne trouve dans les anciens aucune trace de cette théorie. C'est au XVIe et au XVIIe siècles que sont nées la révulsion, la dérivation, la spoliation et les saignées révulsive, dérivative, spoliative. Je suppose que les chirurgiens ne font plus aujourd'hui de saignées de ce genre. Que l'on me dise donc ce que c'est la révulsion dans l'antiquité, sans quoi ce sera pour moi un mot vide de sens; les anciens, je le répète, l'ignoraient.

M. Bouvier. Et Celse!

M. Malgaigne. Encore une fois, Celse pratiquait les cautérisations, non pour obtenir une révulsion, mais dans le but de couper la veine qui portait aux yeux la pituite.

Qui donc, l'autre jour, a parlé ici de peuples entiers dont les générations se succèdent de siècle en siècle dans l'amour des exutoires?

Messieurs, le séton n'est que l'un des exutoires à demeure usités en chirurgie. Si l'Académie le désire, je lui présenterai, dans une prochaine séance, des observations sur le traitement des tumeurs blanches par cet ordre de moyens.

M. Bouvier demande la parole. Il y a dans le discours de M. Malgaigne une insinuation qui est presque personnelle.

M. Malgaigne. Quelle qu'elle soit, je la rétracte à l'avance.

M. Bouvier. M. Malgaigne a affirmé que j'étais convenu du peu de valeur de mes observations présentées d'abord comme concluantes en faveur du séton. J'ai dit seulement qu'elles étaient incomplètes, en ce sens que le résultat du traitement demandait à être suivi jusqu'au bout. Dans la prochaine séance, je les présenterai de nouveau pour qu'on puisse juger de ce qui a été obtenu dans l'espace de trois semaines.

L'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

Chambly, 28 octobre 1855.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'étais bien décidé à ne plus répondre à M. Abeille, persuadé qu'il s'arrêterait dans son système de dénigrement. Mais non, ce médecin continue à dénaturer tout ce que j'écris, et, cette fois encore, il ne fait pas autre chose.

Il m'oblige donc à lui répéter que j'ai toujours soutenu que l'absorption existait encore dans la période algide, puisque tout mon traitement repose sur cette fonction, néanmoins qu'il y avait des médicaments réfractaires dans cette période, et que le sulfate de strychnine me paraissait offrir cette particularité *à des doses élevées* et administrées, sans doute, sans le concours des boissons abondantes, qui, facilement absorbées, entraînent avec elles les médicaments tenus en parfaite dissolution. J'ai ajouté qu'il y avait eu absorption entre les mains de M. le docteur Abeille, à la dose de 1 à 3 centigrammes, parce qu'ayant donné beaucoup à boire à ses malades, il avait facilité l'absorption de doses aussi minimes, mais que ces doses insuffisantes n'avaient pu concourir à la guérison. Dès lors M. Abeille aurait bien fait de nous dire pourquoi M. Deroy a pu donner à des cholériques algides des doses fabuleuses sans apercevoir aucun effet physiologique, et pourquoi MM. Vernois et Duchaussoy ont constaté la non-absorption du sulfate de strychnine et l'absorption de l'iodure de potassium!

Il n'y a donc pas eu de rétractation de ma part dans ma lettre, ainsi que le soutient M. Abeille, de sorte que M. le professeur Alquié n'aura pas à se repentir, à la grande mystification de M. Abeille, d'avoir partagé mon opinion, puisque, encore une fois, mon adversaire n'a dû qu'aux boissons l'absorption de la strychnine *dans l'algidité*.

Qu'il essaie maintenant de traiter ses malades avec ce médicament seul; qu'il abandonne les boissons abondantes, la glace, les saignées, et il nous dira plus tard ce qu'il en a obtenu?

Puis le *savant* docteur passant ensuite à quelque chose de *plus sérieux*, c'est-à-dire à la statistique par la méthode strychnique, après avoir démontré que les succès des uns, les insuccès des autres, ne prouvent rien pour ou contre elle, et qu'il faut, pour procéder avec certitude, prendre une série de malades qu'on devra traiter indistinctement, se voit pourtant obligé, par l'exemple de M. Solevi, de retrancher de cette série : 1° les ivrognes; 2° les vieillards; 3° les personnes à forte constitution. Enfin, si on retire encore les cholérines et les cas moyens pour lesquels la strychnine est vraiment un hors-d'œuvre, que restera-t-il alors pour l'expérimentation strychnique?

En terminant, Monsieur le Rédacteur en chef, j'ai à vous adresser des remercîments pour l'impartialité que vous avez montrée dans cette polémique, impartialité qui, je n'ai pas besoin d'en douter, ne fera pas défaut à cette dernière réponse.

Veuillez, Monsieur le Rédacteur en chef, croire à la sincérité de ma reconnaissance.

Tourrette.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Education des sourds-muets dans les écoles ordinaires. — Le Conseil municipal de Paris, d'après l'avis conforme du Conseil départemental de l'instruction publique, vient de prendre une décision qui peut marquer une ère nouvelle dans l'éducation des sourds-muets, et qui, dans tous les cas, restera comme une des plus honorables tentatives faites pour l'amélioration de cette classe d'infortunés. Sur le rapport d'un de ses membres, M. Victor Fouché, dont le zèle charitable s'exerce depuis long-temps sur toutes les infortunes, ce Conseil vient de déclarer *établissements communaux* quatre des classes créées par la Société générale d'assistance et de patronage pour les sourds-muets, dont l'Impératrice est la protectrice. On sait que ces classes, ainsi que la Société elle-même, ont été fondées par les soins moraux et matériels de M. le docteur Blanchet, dont le dévouement et l'infatigable activité ont enfin triomphé des obstacles qui se dressent devant toute grande innovation. La grave question qui fut débattue il y a deux ans à l'Académie de médecine avec tant de passion, et de certains côtés avec tant d'aveuglement, va enfin être jugée par le souverain juge, l'expérience. *Peut-on élever les sourds-muets dans les écoles ordinaires* avec avantage pour eux, avec économie pour le Trésor? telle est cette question. Constatons seulement que le Conseil général, en prenant en considération, dans la séance du 9 août 1854, la demande de la Société d'assistance, et le Conseil municipal en réalisant partiellement, cette année, les vœux de cette Société, ont établi une importante présomption en faveur des *externats de sourds-muets*. On sait d'ailleurs que le premier bienfait de l'institution des externats serait, grâce à l'énorme économie qu'ils permettraient de réaliser, d'étendre à toute la population des sourds-muets, une éducation que des considérations purement financières obligent à ne donner aujourd'hui qu'au quart de cette population.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 130. 3e année. Mercredi 31 Octobre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE COMPARÉES.

De l'emportement chez les chevaux.

Par M. ARM. GOUBAUX.

Professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort.

I. Le sujet que je me propose de traiter sous ce titre est à peu près neuf, car je ne sache pas qu'il ait été l'objet d'une étude spéciale. Il m'a paru offrir de l'importance sous le rapport de la physiologie, et des applications pratiques qui peuvent être le résultat des considérations dans lesquelles j'entrerai, pour rechercher quelles sont les causes sous l'influence desquelles l'emportement peut avoir lieu.

II. Sans préjuger des circonstances diverses qui peuvent causer l'*emportement* chez les animaux domestiques, je propose ce mot comme synonyme d'une expression généralement acceptée qui consiste à dire, particulièrement des chevaux chez lesquels on observe cet état, que les animaux *ont pris le mors aux dents.* J'aimerais mieux qu'on dît que les animaux se *sont emportés*, ou qu'on employât simplement l'expression d'*emportement ;* en voici les raisons : d'abord, parce qu'elle peut être appliquée indistinctement aux animaux domestiques, quelle que soit l'espèce à laquelle ils appartiennent ; ensuite, parce que les animaux qui s'emportent peuvent très-bien, même les chevaux, n'avoir pas de mors dans la bouche. Cette dernière raison n'est-elle pas suffisante pour faire accepter l'expression que je propose préférablement à celle qui est presque généralement adoptée.

III. En général, il n'y a rien dans la conformation extérieure ni dans l'expression des animaux (1) qui puisse faire pressentir qu'ils s'emportent ou qu'ils ont des dispositions à s'emporter. Cependant, il est certain, — je ne crains pas de l'avancer, — que les animaux irritables, vifs, énergiques, sont ceux qui s'emportent le plus ordinairement. Cette assertion sera, je l'espère, suffisamment appuyée dans le courant de ce travail.

IV. Les causes directes de l'emportement peuvent être rangées sous deux chefs principaux : 1° la *peur* et 2° la *douleur.* Notons d'abord que, quelles que soient les causes de la peur et de la douleur, les effets sont absolument les mêmes, quoique l'on pût croire *a priori*, qu'il en dût être tout autrement ; et, maintenant, examinons quelles sont les circonstances les plus ordinaires de la peur et quelles sont celles de la douleur.

V. La peur ou la frayeur est l'effet de plusieurs causes variées, dont voici les principales et les plus ordinaires.

C'est un *bruit* soudain, comme celui du tambour, d'un canon, ou la détonation d'une arme à feu, ou la lumière subite de l'explosion d'une pièce d'artifice, ou enfin l'augmentation subite de bruit qui se produit lorsque l'animal, marchant sur la terre, entre sur un chemin pavé. La *vue* de linges étendus et flottants, la *fracture* des voitures auxquelles les animaux sont attelés, — plus particulièrement celle du palonnier, — ou enfin la *rupture* de quelque partie des harnais, le plus ordinairement l'avaloire qui se détache de la sellette et vient tomber dans les membres postérieurs.

Un des cas les plus fréquents, et dont j'ai vu plusieurs exemples, est le suivant : il y a des gens qui débrident complétement leurs chevaux alors qu'ils sont attelés, dans le but de leur donner à boire ou à manger. La vue des roues qui tournent ou la lumière réfléchie par des roues nouvellement peintes, effraye les animaux qui s'échappent alors immédiatement avec une violence et une rapidité extrêmes. Si cette interprétation n'est pas exacte, le fait n'est pas moins constant. J'ai raisonné d'après ce que j'ai vu un assez grand nombre de fois. Cependant, on voit quelques chevaux qu'on attèle et qui travaillent sans que leur bride soit munie d'œillères. Chez ces derniers, il y a habitude. Aussi, je reviendrai tout à l'heure sur *l'habitude, qui a pour effet*, ainsi que l'a si bien démontré Bichat, *de perfectionner le jugement et d'émousser le sentiment.*

VI. La *douleur* résultant d'une mauvaise application ou confection des harnais, de la pression des jambes par le cavalier, de la blessure faite par l'usage immodéré des éperons ou de secousses violentes imprimées au mors, les coups, telles sont les différentes causes de la douleur qui peut produire l'emportement.

VII. A ces deux causes, la peur et la douleur, qui me paraissent être les plus ordinaires de l'emportement, je suis tenté d'en ajouter une troisième et dernière qui tiendrait au mauvais caractère ou aux habitudes violentes de l'animal. Le caractère et les habitudes dont je viens de parler peuvent bien aussi avoir quelque part dans cette *courte rage*, car c'est ainsi qu'on appelle encore l'emportement.

VIII. Un animal emporté me paraît être absolument dans

(1) Rodet a vu un cheval qui avait habituellement un air de stupidité remarquable, une certaine expression d'égarement dans la vue, etc. Son observation est très-intéressante. (Voyez *Considérations sur la possibilité de l'existence de la folie chez les animaux*, dans sa *Doctrine physiologique appliquée à la médecine vétérinaire.* Paris, 1828.

les mêmes conditions mentales qu'un homme en colère. Dans cet état, ils oublient tout l'un et l'autre, jusqu'à leur propre conservation. Mais ils n'agissent pas avec les mêmes moyens, et je ne pousserai pas le parallèle jusqu'à montrer ce qui peut arriver, ou même ce qui arrive pour chacun d'eux, dans les circonstances dont je viens de parler.

IX. Ces causes agissant sur des animaux placés dans des conditions différentes (repos ou travail) ne produisent pas toujours les mêmes effets, et ces effets sont plus ou moins dangereux. Pour ces raisons, il convient d'établir des divisions et d'examiner les animaux dans les deux conditions sus mentionnées.

Parmi les différents animaux domestiques, c'est chez les chevaux qu'on observe le plus communément l'emportement, et c'est chez eux qu'il peut avoir les conséquences les plus malheureuses. Dans l'examen que je vais faire, je parlerai bien plus d'après ce que j'ai vu, ou ce que j'ai été à même d'observer, que d'après des communications qui m'ont été faites.

Soit donc un cheval au *repos*. Suivant la cause qui agira, il arrivera de deux choses l'une:

1° Ou bien la *peur* portée à un très-haut degré, ou l'effroi, ou enfin la *douleur* mettra l'animal dans l'impossibilité de fuir, ou bien il s'élancera en avant, bondira de côté, et s'enfuira ensuite avec une extrême vitesse pour éviter l'objet ou la cause qui a si vivement frappé son système nerveux.

2° S'il est attaché à un mur ou s'il est tenu en main, ou enfin s'il est en liberté, il se porte vivement en arrière, les membres postérieurs sont engagés sous le centre de gravité, tandis que les membres antérieurs sont portés en avant. Les oreilles sont portées en avant et elles restent fixes. Les yeux sont fixes et largement ouverts. Les naseaux sont très-dilatés, et l'animal souffle avec force : il *renâcle*, ainsi qu'on le dit vulgairement. Quelquefois, s'il est attaché, il se renverse en arrière, *tire au renard*, rompt ses liens et se sauve, ou bien se renverse en arrière et tombe sur le sol (1).

Ce portrait du cheval qui a peur ne présente pas de danger pour les personnes qui l'entourent, au moins dans l'immense majorité des cas : ce n'est pas celui de l'emportement, c'est, à proprement parler, celui de l'effroi.

Les choses se passent tout autrement, et elles offrent bien plus de gravité lorsque l'animal, *monté* ou *attelé*, vient à s'emporter. Il y a alors danger pour celui qui le conduit, pour les personnes qu'il peut rencontrer, et enfin pour lui-même, car il n'est pas très-rare qu'il se tue, soit dans une chute, soit en se frappant contre les obstacles qu'il peut rencontrer dans sa course impétueuse (maison, mur, voiture, etc., etc.)

L'animal épouvanté ne calcule pas, ne se rend pas compte de ce qu'il observe, il ne fait qu'une chose, et c'est la seule dont il puisse disposer, c'est de fuir.

C'est, en effet, ce qu'on observe dans les cas que j'ai déjà cités, lorsqu'un animal entend le tambour, le bruit du canon, la détonation d'une arme à feu quelconque; lorsque, simultanément, il voit la vive lumière et entend l'explosion d'une pièce d'artifice, etc., etc.

Immédiatement, l'animal relève fortement la tête, mais cependant ne *porte* pas toujours *au vent*, et s'enfuit avec une plus ou moins grande rapidité, proportionné à la force et à l'énergie dont il est doué.

J'ai dit que dans cet état le cheval ne connaît plus rien, ni la voix de son conducteur, ni l'action du mors dont on se servait d'ordinaire pour l'arrêter très-facilement; il ne connaît plus et il ne voit plus aucun obstacle, aussi, souvent, dans sa course, il cause les plus grands malheurs, et quelquefois même il se tue.

(1) Rodet a cité deux exemples semblables à ceux dont je parle. L'un des sujets *guérit* à force de patience, d'attention, de traitements les plus doux. — Voir ouvrage cité plus haut, p. 259 et 262.

On croit généralement, en raison de la position élevée de la tête, que la traction opérée sur les branches du mors tend à faire remonter celui-ci, qui vient alors prendre un point d'appui sur la première dent molaire, ou même que les animaux saisissent le mors entre leurs dents, et qu'ils s'opposent alors complétement à l'action de ce moyen de conduite et de gouverne. Qu'on y réfléchisse bien, et l'on sera bientôt convaincu qu'il n'en est pas ainsi. Dans cet état, je le répète, le cheval a perdu, mais entièrement perdu tout instinct de conservation; il est dans le même état qu'un homme en colère; il brise, il renverse tout ce qu'il rencontre, et si, à la fin, l'homme revenu à lui-même déplore les accidents ou les malheurs qu'il a causés, l'animal s'arrête souvent avec des fractures diverses qui nécessitent son abattage.

J'aurai l'occasion, vers la fin de ce travail, de parler des moyens qui peuvent être employés pour arrêter les chevaux qui s'emportent; je ne veux pas anticiper à cet égard, mais je crois nécessaire, pour en faire comprendre toute l'utilité, de citer ici un exemple d'emportement d'un cheval dont j'ai failli être la victime.

Le dimanche 14 mai 1843, je venais de monter en cabriolet au fond de la cour des hôpitaux, et je me disposais à sortir de l'Ecole. A ce cabriolet était attelé un cheval de race allemande, extrêmement vigoureux et violent. Après avoir parcouru l'espace de vingt-cinq pas environ au petit trot, le cheval avait pris le petit galop de chasse, et je l'aurais bientôt arrêté, si, au moment où je devais passer sur un ruisseau formé par quelques rangées de pavés, le cheval, qui jusque-là n'avait marché que sur la terre, n'avait été effrayé par le bruit. Aussitôt, l'animal s'élança en avant; il ne fut plus possible, malgré toute ma présence d'esprit et l'emploi de toute ma force, ni de l'arrêter, ni même de le diriger. Bientôt après, il se dirigea vers un des bâtiments, une des roues du cabriolet entra dans le mur, l'animal s'arrêta forcément et tomba sur le sol. Pour moi, je fus lancé hors du cabriolet, sur le mur; je tombai la tête sur un décrottoir en fer; je me fis une plaie profonde à la partie postérieure du crâne, en arrière de l'oreille gauche, et je passai sous la voiture, dont je vins caler les roues, d'un côté avec la tête et de l'autre avec les jambes. Je fus retiré de là dans un état presque désespéré.

Le cheval s'était fracturé les os des deux cuisses et ceux de l'extrémité inférieure de la tête. Il fut abattu le jour même.

Quand un pareil accident se manifeste, on peut espérer de maîtriser l'animal avec les moyens ordinaires, si l'on est sur une route et que rien ne puisse ni arrêter ni entraver sa marche. La rapidité de l'allure amène bientôt la fatigue, et l'animal se trouve vaincu, et par cette cause, et par l'obstacle qu'on lui oppose incessamment en agissant sur ses barres. Mais, quand on se trouve dans un espace limité, où l'on ne peut tourner qu'à angle droit (comme dans les cours de l'école d'Alfort, par exemple), ou enfin dans les rues de Paris ou d'une grande ville quelconque, où des embarras de toutes sortes s'opposent à la rapidité de la course, quels malheurs ne peuvent pas être la conséquence de l'emportement d'un cheval? Les exemples que j'en pourrais citer ne sont que trop nombreux.

X. Peut-être faut-il rapporter à l'emportement ce que M. Pierquin appellerait une *monomanie ambitieuse*, que l'on constate chez quelques chevaux, et qui leur est quelquefois communiqué par ceux qui les conduisent. Voici en quoi cela consiste. Il y a des gens qui ne peuvent pas supporter qu'une voiture passe devant eux, et qui, pour arriver à ce but, excitent leurs chevaux par tous les moyens, et le fouet, et les appels de la voix, etc. Ceux-ci activent leur allure d'abord, s'animent, redoublent de vitesse, puis enfin s'emportent. On s'en rend maître quelque temps après, si l'on se trouve sur une route, et pour les raisons que j'ai indiquées plus haut. Mais, il arrive un jour où l'habitude ayant été contractée, l'emporte-

ment a lieu, bien qu'on ne l'ait pas suscité, et il peut avoir encore ici les conséquences les plus graves, les mêmes que celles auxquelles je faisais allusion plus haut. Je pourrais encore citer quelques exemples à cet égard.

Cette sorte de monomanie ambitieuse, si tant est qu'on puisse employer cette expression, qu'elle soit inhérente au caractère du cheval ou qu'elle soit le résultat d'une habitude qu'on lui a fait contracter, ne peut pas moins avoir les plus graves conséquences, et je viens de dire qu'elles peuvent être les mêmes que celles causées par l'épouvante ou la douleur.

J'hésite à considérer les animaux dont je parle comme étant affectés d'une sorte de monomanie. Quoi qu'il en soit, ils s'emportent aujourd'hui une première fois, ils s'emporteront encore dans quelques jours, lorsque l'occasion s'en présentera de nouveau. Ils ne sont pas dans le même cas que ceux qui se sont emportés une fois pour une cause fortuite : ils sont incorrigibles.

XI. Multiplier les exemples de l'emportement me serait chose facile, mais cela me paraît inutile à présent. J'ai montré quelles en sont les causes, les phénomènes que l'on observe sous leur influence, les accidents graves qui peuvent en être le résultat ; il ne me reste plus qu'à insister sur quelques détails avant de passer à l'examen des moyens qui peuvent être mis en pratique pour arrêter les chevaux emportés.

XII. De l'énumération des causes de l'emportement que j'ai faite plus haut, il me semble que je puis établir une division entre elles ; cette division est la suivante :

1° Causes qui peuvent être prévues ;

2° Causes qui ne peuvent pas être prévues.

Examinons ces causes sous ce nouveau point de vue.

Beaucoup de chevaux, en raison des services ou des fonctions que sont appelés à remplir les propriétaires auxquels ils appartiennent, sont fréquemment exposés à quelques-unes des causes de l'emportement. Ce sont d'abord les chevaux de troupe pour le bruit du tambour ou du canon, etc. ; puis, ce sont les chevaux des voyageurs ou autres, qu'on ne dételle pas lorsqu'on veut leur donner à boire ou à manger, et auxquels on a le tort de retirer complétement la bride, au lieu de retirer simplement le mors de la bouche.

Pour les premiers, on peut, par l'habitude, prévenir les accidents qui pourraient être les causes dont je viens de faire l'énumération. On voit souvent dans les régiments des chevaux qui, peu à peu, s'habituent aux manœuvres diverses, mais il faut agir à leur égard d'une manière progressive, et toujours avec beaucoup de douceur.

Pour les autres, on peut éviter de faire ce dont trop de personnes ont l'habitude imprudente, c'est de ne jamais débrider les chevaux lorsqu'ils sont attelés. *Une ordonnance de police devrait le défendre de la manière la plus absolue.*

Mais, ces mêmes causes que l'on peut prévoir peuvent exercer leur influence sur les chevaux au moment où ils s'y attendront et où l'on s'y attendra le moins; or, nous avons vu que les accidents qui peuvent en être la conséquence sont plus ou moins à redouter suivant les endroits où les choses se passent. Que faire dans ces nouvelles conditions ? Que faire... ? C'est de se mettre en garde d'une manière constante contre les dangers qui résultent de l'emportement des chevaux.

XIII. J'ai déjà dit plus haut que si l'on n'a pas devant soi une route, un grand espace, on ne peut guère espérer de se rendre maître de l'animal, quelle que soit la force avec laquelle on agisse sur le mors, quel que soit le mors qui est placé dans la bouche de l'animal, quels que soient le nombre et la situation des rênes ou des guides qui sont fixées aux branches du mors, etc. Cela, du reste, a été malheureusement constaté bien des fois.

XIV. On sait généralement que la *compression des fausses narines* du cheval détermine une gêne plus ou moins grande dans la respiration, suivant le degré avec lequel elle est exercée. Presque tout le monde le sait. Mais, ce que tout le monde ne sait pas, c'est que cette gêne est d'autant plus grande que le cheval ne respire que par le nez, ou presque exclusivement. Cette connaissance que j'appellerai *instinctive*, parce qu'elle n'est pas raisonnée, — au moins par la plupart des personnes, — a été mise souvent à profit par des hommes courageux qui, s'élançant à la tête des chevaux emportés, ont pu les saisir par les naseaux, et s'opposer ainsi aux accidents de toute nature qu'ils auraient pu causer dans cette sorte de *rage*.

Cette connaissance, mais alors cette *connaissance réfléchie, méditée*, a été mise aussi à profit par divers inventeurs (1).

On a parlé d'une bride qui, munie d'un appareil particulier, pouvait, à un moment donné, venir complétement empêcher la vue de l'animal. Je n'ai pas vu cette bride ; je ne sache pas qu'elle ait été l'objet d'expériences spéciales ; par conséquent, je ne puis que signaler ce moyen, et encore d'une manière bien incomplète.

Quant aux autres moyens qui ont plus particulièrement fixé l'attention des inventeurs (2), ils reposent tous sur cette connaissance dont j'ai parlé plus haut, c'est-à-dire qu'ils ont pour but d'exercer, promptement et sûrement, une compression sur les fausses narines, et de gêner le plus possible la respiration..

XV. J'ai assisté en 1843, avec mon honorable collègue M. le professeur H. Bouley, à des expériences qui ont été faites à l'aide de l'un de ces appareils. Ces expériences ont été répétées plusieurs fois d'une manière comparative avec le mors et avec la compression exercée sur les fausses narines, et il en est résulté, pour M. H. Bouley et par moi, que c'est là un moyen très-efficace pour arrêter les chevaux dans leur course. On pourra en juger par la narration suivante :

Le sujet qui a servi pour ces diverses expériences avait dû être cherché pendant quelque temps, et l'on avait parfaitement réussi dans le choix qui en avait été fait. C'était un cheval de race allemande, — autant que je puis me le rappeler, — à formes sèches, de grande taille, très-irritable, à mouvements violents et très-énergiques. Il s'était emporté déjà plusieurs fois, avait cassé des voitures, et, disait-on, avait causé la mort d'un homme. A la suite d'un emportement, il avait été battu avec une telle violence qu'on lui avait fracturé la mâchoire inférieure vers sa partie moyenne ou vers son col ; de plus, il portait sur le côté gauche de la face deux fistules profondes résultant d'un coup de fourche. Les barres étaient extrêmement irrégulières, et ne pouvaient plus fournir un appui convenable aux canons du mors.

Tels étaient le caractère et l'état de la région des barres de cet animal.

Ce cheval a été attelé plusieurs fois, — toujours muni d'un appareil propre à exercer une compression sur les fausses narines,— à un tilburi, et conduit avec précaution dans le bois de Vincennes, entre la porte de Charenton et celle de Saint-Mandé, le long du mur d'enceinte.

Sur le terrain choisi pour les expériences, le cheval était lancé à fond de train, et l'on recherchait comparativement le résultat produit par le mors seul et celui produit par la compression des fausses narines. Dans chacune de ces expériences, on a pu vérifier ce que j'ai dit précédemment, à savoir que lorsqu'on a devant soi un grand espace de terrain, on peut espérer d'arrêter l'animal emporté, et qu'on y parvient pour

(1) Je ne nommerai pas ici ces inventeurs; je ne dirai pas en quoi leurs inventions diffèrent les unes des autres, je ne m'occuperai que des principes sur lesquels elles reposent, et je laisserai à l'expérience à décider de la supériorité des unes sur les autres. En rédigeant ce travail, je n'ai eu d'autre idée, d'autre vue que de traiter d'une manière générale, de l'emportement, de ses causes, des moyens de le prévenir et des moyens de le réprimer.

(2) Il y a eu aussi des inventeurs qui se sont plus préoccupés de la sûreté des personnes qui se font conduire que de celle des habitants des villes qui peuvent être blessés par les chevaux emportés.

deux raisons : par la fatigue que produit la rapidité de la course, et par l'obstacle plus ou moins considérable qu'on oppose à l'animal en agissant sur la tête à l'aide du mors, ou en refoulant le plus possible le centre de gravité vers la partie postérieure de la base de sustentation. Eh bien, par la seule action du mors, on parvenait à arrêter cet animal, vraisemblablement pour les raisons que je viens encore d'indiquer. Mais, après combien de temps? Après avoir fait combien d'efforts? Dans quel état était-il, lorsqu'on avait obtenu ce résultat?

Ce n'était qu'un temps assez long après qu'on avait commencé à agir sur le mors, avec deux paires de guides, et deux hommes à la fois, qu'on parvenait à l'arrêter. Le sang s'écoulait avec la salive écumeuse de la bouche de l'animal. Il est arrivé plusieurs fois que des passants, ignorant le but de ces expériences, ont accusé les expérimentateurs de brutalité.

Dans l'autre épreuve, au contraire, immédiatement après que l'animal était saisi par les fausses narines, au moyen d'un petit appareil compresseur qui était annexé au mors, on observait des mouvements latéraux de la tête sur l'encolure qui exprimaient bien la gêne causée dans la respiration, et l'animal s'arrêtait bientôt. On aurait pu le faire tomber sur le sol, en continuant à faire agir l'appareil compresseur.

On a invariablement obtenu les résultats que je viens d'indiquer dans les différentes expériences qui ont été faites.

XVI. S'il en est ainsi, et je ne pense pas qu'on puisse en douter, car les expériences dont il vient d'être question ont été faites publiquement, je me demande pourquoi, quand les faits démontrent que le cheval le plus doux peut s'emporter d'un instant à l'autre et causer les accidents les plus graves, particulièrement dans les cités populeuses ; je me demande pourquoi tous les propriétaires ne devraient pas être obligés à se prémunir contre l'emportement de leurs chevaux, et à donner ainsi une sécurité aux habitants.

Il ne s'agit pas ici d'une dépense, et quand bien même il s'agissait d'une dépense, peut-elle être comparée à l'importance des accidents, aux malheurs quelquefois irréparables dont l'emportement des chevaux peut être la cause?

Il ne s'agit pas non plus d'une gêne pour l'animal, puisqu'on ne se sert de l'appareil compresseur que lorsqu'on ne peut plus le maîtriser par les moyens ordinaires. Au reste, cet appareil ne peut nullement gêner l'animal.

Je ne vois, en réalité, aucune considération sérieuse qui pourrait faire repousser l'emploi de ce moyen de gouverne des chevaux ; mais j'en vois beaucoup, de l'ordre le plus élevé, qui devraient obliger à ce que son emploi fût généralisé, et même devînt obligatoire.

XVII. En résumé, j'ai cherché à montrer successivement dans ce travail :

1° Quelles sont les causes ordinaires de l'emportement, quelles sont les diverses manières sous lesquelles il se manifeste ou se traduit, et le plus ou moins de danger qui peut en être la conséquence;

2° Enfin, quels sont les moyens qu'il conviendrait d'employer, de généraliser et même de rendre obligatoires pour prévenir et réprimer l'emportement des chevaux.

J'appelle sur ce sujet la bienveillante attention de l'administration.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Clinique ophthalmologique de la faculté de Strasbourg.

Note sur l'emploi du collodion dans certains cas d'entropion.
Par le professeur Stoeber.

L'opération de la cataracte donne quelquefois lieu à une variété d'entropion, qu'on a appelée entropion par enroulement.

Cet entropion se produit surtout chez les vieillards dont la peau est flasque, et il affecte de préférence la paupière inférieure.

Il se développe par suite d'irritation qui succède souvent à l'opération. Les malades éprouvent de la douleur ou de la gêne dans l'œil ; instinctivement ou volontairement, pour se soulager, ils contractent fortement l'orbiculaire des paupières; cette contraction tend à renverser la paupière inférieure en dedans, si une certaine tonicité de la peau ne contrebalance cet effet. Chez le vieillard, la peau étant flasque, la paupière cède à cette contraction ; le bord palpébral se renverse vers le globe de l'œil, s'enroule même au point que les cils sont en contact avec la cornée ou même avec le cul-de-sac inférieur de la conjonctive. L'irritation ne fait alors qu'augmenter par la présence des cils, et l'on conçoit que cet accident puisse influer défavorablement sur le résultat de l'opération, qu'il puisse surtout enflammer le lambeau de la cornée dans les cas de kératotomie inférieure.

A différentes reprises, j'avais cherché à combattre cet entropion par l'usage de bandelettes de taffetas gommé ou de sparadrap, fixées par un bout à la paupière et par l'autre à la joue, mais toujours sans succès, les larmes ne tardent pas à ramollir ou à détacher ces bandelettes. Je n'ai pas tenté de passer un fil par la paupière pour la tirer vers en bas, ni à appliquer des serres fines; ces moyens ne sont pas facilement supportés, et augmentent alors l'irritation.

C'est en présence d'un cas de ce genre que je songeai aux propriétés rétractiles du collodion. Appliqué à la peau, il la plisse, la ride, en séchant, par l'effet de sa rétraction ; il pouvait donc annuler ce relâchement palpébral et contrebalancer la contraction de l'orbiculaire. Je résolus de voir si la pratique confirmerait la théorie, et je l'appliquai immédiatement dans le cas suivant :

Obs. I. — Abraham Haas, d'Oberhoffen, âgé de soixante-trois ans, avait été opéré sans succès, par abaissement, à l'œil gauche, en 1854. Rentré à la clinique ophthalmologique de la Faculté de Strasbourg, il est opéré de l'œil droit par kératotomie inférieure, le 15 mai 1855 ; le malade étant affecté de rhumatismes et d'une bronchite chronique, on panse son œil avec du coton et on donne à l'intérieur une potion opiacée.

Les quatre premiers jours se passent sans douleur, sans larmoiement.

Le 19, léger larmoiement, accompagné le 21 de quelques douleurs passagères. L'œil, cependant, ne présente rien d'anormal et la vue est assez nette.

A ces symptômes se joint, le 26, une impossibité d'entr'ouvrir les paupières; la conjonctive est assez fortement irritée, ce qui paraît tenir à ce que la paupière inférieure s'étant roulée sur elle-même, un entropion s'était produit, et mettait les cils en contact avec le globe de l'œil.

Je pris alors un pinceau que je trempai dans du collodion, et j'en appliquai une couche large de 7 ou 8 millimètres dans toute la longueur de la paupière, parallèlement au bord ciliaire, et en restant à 5 ou 6 millimètres de ce bord. A peine le collodion était-il sec, que l'entropion avait disparu.

Au bout de vingt-quatre heures le collodion commença à se détacher et le bord palpébral à se renverser légèrement ; j'appliquai une nouvelle couche.

Je répétai cette opération pendant plusieurs jours. La paupière ne manifestant alors plus aucune tendance à reprendre sa position vicieuse, je cessai l'emploi du collodion. L'irritation conjonctivale avait disparue. Le malade resta encore en observation pendant une quinzaine, et sortit de la clinique le 17 juin, complétement guéri de son entropion et de la cataracte.

Peu de temps après cette première tentative, l'occasion se présenta de recourir de nouveau au collodion dans un cas analogue.

Observation II. — Louis Tisserand, du département de Saône-et-Loire, âgé de soixante-dix ans, entre à la clinique ophthalmologique le 3 mai 1855. Cataracte double, incomplète à droite, complète à

gauche, où elle présente un noyau ambré, dur, entouré de matière corticale, molle, rayonnée. L'iris étant rapproché de la cornée au point d'effacer presque complétement la chambre antérieure, je me décide à abaisser le noyau et à abandonner à l'absorption les parties corticales, après les avoir broyées et avoir dilacéré la capsule. C'est ce qui fut fait le 5 mai ; une partie de la matière molle passa dans la chambre antérieure. Des fomentations froides furent appliquées sur l'œil.

Dans la nuit : vomissements, douleurs atroces dans l'œil et dans la région sus-orbitaire, toux intense (saignée, potion opiacée, fomentations avec une infusion de feuilles de belladone).

Les symptômes se calment le lendemain, sans disparaître complétement ; malgré des applications de sangsues, l'usage du calomel à l'intérieur, et plus tard de vésicatoires volants, il reste de la rougeur à la conjonctive et du gonflement aux paupières jusqu'au 26 mai, jour de la sortie du malade. Il existait encore alors même un peu d'injection et de larmoiement.

Dans les premiers jours de juin, l'œil s'irrite davantage. Le 6 juin, je le trouve fortement injecté et larmoyant. La paupière inférieure, dont la peau était très-lâche, s'était roulée sur elle-même et constituait un entropion qui devait irriter le globe de l'œil par le contact des cils. J'appliquai alors une couche de collodion, comme au malade de la première observation. Cette application fut répétée tous les deux jours. Au bout de dix jours l'entropion avait disparu, ainsi que la rougeur et le larmoiement. Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui (10 septembre), Tisserand se sert de son œil sans qu'il soit survenu ni irritation ni tendance à l'entropion.

Plus récemment, j'ai essayé le même moyen sur un homme affecté d'ophthalmie granuleuse, qui à force de contracter ses paupières avait également fini par en renverser une vers en dedans. Le collodion produisit encore ici l'effet que j'en attendais ; mais la maladie principale continuant à exister, un léger degré d'entropion se produisit de nouveau ; le renversement n'est cependant pas assez considérable pour mettre les cils en contact avec le globe de l'œil.

Lorsque je fis ces essais, je ne me rappelais pas si le collodion avait déjà été appliqué dans des cas analogues. J'ai trouvé depuis dans l'*Union médicale* (t. IV, n°s 41 et 42) un article de M. Deval, dans lequel cet honorable confrère recommande le collodion, comme pouvant guérir certains entropions. J'ai relu aussi les deux mémoires sur l'emploi du collodion en ophthalmologie, insérés dans les *Annales d'oculistique*, l'un par Florent Cunier (1850, t. XXIV, p. 186), l'autre par le professeur Hairion, de Louvain (1849, t. XXI, page 57). Le premier emploie le collodion pour déterminer un entropion artificiel dans le traitement du symblépharon. M. Hairion se sert du collodion pour l'occlusion des paupières. En outre, il l'a employé pour coller les cils sur la peau palpébrale dans des cas de trichiasis. C'est à propos de ce dernier mode d'emploi, qu'il a vu deux faits qui ont la plus grande analogie avec les miens. Je ne puis mieux faire que de citer le passage du mémoire de M. Hairion. On sera tout étonné que les médecins n'en aient pas profité pour l'appliquer aux cas analogues à ceux que j'ai mentionnés.

« Chez deux malades, dit M. Hairion, atteints d'un léger « degré d'entropion, et chez lesquels j'avais fixé les cils sur « la surface cutanée des paupières, dans le double but d'éloi- « gner de l'œil cette cause permanente d'irritation et d'atten- « dre un moment plus opportun pour opérer l'entropion, je « fus étonné de voir la paupière se maintenir dans la direction « qui lui avait été imprimée par le renversement des cils. »

Je ferai seulement remarquer que, suivant moi, ce n'est pas la direction imprimée aux cils qui a guéri l'entropion, mais l'astriction exercée sur la peau palbébrale ; je ne crois pas qu'on fût arrivé au même résultat, surtout aussi vite, en fixant les cils avec du diachylon.

Quoique le nombre de mes faits soit très-restreint, j'en conclus néanmoins que l'application du collodion sur la peau palpébrale peut guérir certains entropions récents, et qui sont dus à une grande laxité de la peau, jointe à une contraction violente et continue de l'orbiculaire des paupières, produite par une irritation de l'œil. Ces cas s'observent surtout chez les vieillards, à la suite d'opérations pratiquées sur l'œil, principalement de l'opération de la cataracte. Une irritation non traumatique de l'œil peut également déterminer cet enroulement de la paupière, et céder au même moyen.

Pour que le collodion soit efficace dans ces cas, il faut qu'il soit bien préparé. C'est une remarque que M. Strohl a faite dans la discussion provoquée à la Société de médecine de Strasbourg par la communication des faits ci-dessus relatés. En effet, on trouve souvent dans les pharmacies du collodion qui s'écaille au bout de quelques heures, tandis que collodion de notre hôpital civil ne se détachait jamais qu'au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures.

(Je viens de lire dans les *Archiv fur Ophthalmologie*, de Arlt, Donders et Græfe (1er vol., 2e partie, p. 182), que le professeur Rau et M. Winn emploient le collodion comme palliatif dans l'entropion. Le *Medical Times* et la *Schweizerische Zeitschrift*, dans lesquels ils ont consigné le résultat de leur expérience à ce sujet, n'étant pas en mes mains, je suis réduit à cette courte indication.)

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Mémoire sur l'if et sur ses propriétés toxiques.

Par MM. Chevallier, Duchesne et Reynal.

(*Suite.* — Voir les numéros 128 et 129.)

§ V. — *Infusion de feuilles vertes d'if.*

« *Expérience de M. Barthélemy.* — Le 2 septembre 1810, écrit cet auteur, dix onces de feuilles d'if furent mises dans un vase convenable, et je versai dessus une livre et demie d'eau bouillante. Le vase bien couvert, je le laissai infuser et refroidir ; après avoir décanté, la liqueur avait le même aspect que la décoction, seulement ses propriétés étaient moins marquées.

« Nous choisîmes une jument dont l'estomac était libre ; le pouls battait cinquante fois par minute lorsque la bête était couchée, tandis qu'étant levée, il battait de soixante à soixante-trois.

« A trois heures et demie, l'infusion fut administrée, et la jument se recoucha ; à trois heures un quart, l'artère battait de quarante-cinq à cinquante fois, et à quatre heures on ne sentait plus que quarante-six pulsations ; le sujet ne parut nullement incommodé, et conserva son appétit.

§ VI. — *Décoction de feuilles vertes d'if.*

« Raï (1) dit qu'il a vu une femme qui avait bu une décoction de feuilles d'if être prise de vomissements et mourir.

« Gmelin (2) rapporte qu'une jeune fille qui avait fait usage d'une décoction de feuilles pour faire disparaître des rougeurs à la peau mourut aussitôt.

« On lit dans la *Nouvelle bibliothèque médicale* (3), que le docteur Hartmann, de Francfort, appelé pour faire l'autopsie d'une jeune fille qui s'était empoisonnée par l'usage d'une décoction de feuilles d'if, à l'aide de laquelle elle voulait se faire avorter, trouva l'expression du sourire dans les traits de la victime. Ce médecin prétend avoir remarqué ce phénomène déjà trois fois sur les cadavres d'individus dont la mort avait été occasionnée par l'usage des feuilles d'if.

« La fille était au commencement de la gestation ; l'utérus se montrait très-enflammé et renfermait un ovule gros comme une noisette, dans lequel se trouvaient les rudiments du placenta, mais pas encore de traces distinctes du fœtus.

« La *Gazette de santé* ( ) a publié les expériences faites sur l'if par M. Grognier.

---

(1) *Cat. plant. cantabr.*
(2) *Flora sibirica*, p. 265.
(3) Tome II, p. 125, 1827.
(4) 1er novembre 1817.

« Quatre hectogrammes de feuilles fraîches d'if ont été mises en décoction dans un litre et demi d'eau jusqu'à réduction de moitié. Les deux tiers du liquide obtenu ont été donnés à un chien de moyenne taille, le restant à un petit chien ; l'un et l'autre ont eu les pattes et la gueule liées pour empêcher le vomissement. Aucun signe d'empoisonnement ne s'est manifesté, le lendemain on a augmenté d'un hectogramme la dose de l'if. On l'a traité et administré de la même manière. Les résultats n'ont pas été différents.

« Barthélemy, que nous avons déjà cité, dit que dans la première expérience faite le 1er septembre 1810, il prit dix onces de feuilles d'if récemment cueillies, qu'il en fit une décoction dans trois livres d'eau jusqu'à réduction de moitié.

« Cette décoction, pendant et après l'ébullition, répandait une odeur assez semblable à celle de la pomme de rainette cuite à l'eau ; la couleur en était d'un brun foncé, la saveur amère et très-nauséabonde. La liqueur, n'ayant pas été filtrée, formait un dépôt abondant dont les propriétés étaient les mêmes que celles du liquide.

« Une jument de seize ans, assez vigoureuse, mais incapable d'aucun service, fut le sujet de l'expérience. On lui administra, à trois heures de l'après-midi, le breuvage, après l'avoir agité; l'estomac était dans l'état de vacuité. A quatre heures, le nombre des pulsations était considérablement augmenté, les pulsations artérielles étaient montées de 56 à 80; à cinq heures, la bête était couchée et le pouls était retombé à 50.

« Pendant les deux heures qui ont suivi la prise du breuvage, la jument a toujours montré un appétit vorace, et l'on était obligé de s'opposer à ce qu'elle mangeât sa litière.

« Le lendemain, à six heures et demie du matin, la bête mangeait de la paille, et le pouls ne battait plus que de 45 à 50 fois par minute.

« M. Canu, vétérinaire dans le Calvados, rapporte que M. Caillemer, qui habite près de Thorigny, voyant dans son jardin un grand carré de pois, ensemencé depuis quelques jours, en grande partie détruit par les mulots, eut l'idée de faire macérer des pois dans une décoction de feuilles d'if, et de laisser une certaine quantité de ces pois sur le sol au moment de l'ensemencement : le lendemain, il trouva dans son colombier une soixantaine de pigeons morts, et qui tous avaient dans le jabot une quantité plus ou moins grande desdits pois empoisonnés. »

« A cette occasion, M. Canu a fait les réflexions suivantes :

« Ne pourrait-on pas employer, avec les précautions convenables, un moyen aussi simple de destruction, dans les cas où certains champs ensemencés sont ravagés par les corneilles ou par d'autres animaux nuisibles.

§ VII. — *Eau distillée de feuilles vertes d'if.*

» Pour connaître l'effet de l'eau distillée d'if, administrée en breuvage à des animaux, nous avons tenté l'expérience qui suit :

« L'animal sur lequel nous expérimentions est une jument sous poil bai brun, âgée de cinq ans et demi, de la taille de 1 mètre 60 centimètres environ, propre au trait léger, sinon maigre, au moins en mauvais état, par suite des souffrances qu'elle éprouve depuis six semaines, en raison d'une fourbure localisée dans les membres antérieurs, mais d'un tempérament vigoureux.

« Le 14 avril, à midi, les fonctions sont à peu près normales : à la minute on compte 44 pulsations, 18 respirations; les muqueuses sont rosées.

« L'animal a été soumis à un jeûne complet depuis l'avant-veille.

« Deux bouteilles d'eau distillée d'if, qu'il ne prend qu'assez difficilement, sont ingérées dans l'estomac au moyen d'une bouteille de verre dont le goulot est entouré de filasse, la tête étant maintenue haute au moyen d'une fourche passée dans une anse de corde entourant la mâchoire supérieure. Deux décilitres de liquide environ ont été perdus pendant l'administration.

« Ramené dans sa box, le sujet se met à manger de la paille.

« A deux heures, 52 pulsations, 28 respirations ; le pouls est affaibli, les muqueuses sont normales.

A trois heures et demie, 46 pulsations, 35 respirations. La respiration est irrégulière. A 5 ou 6 expirations précipitées et courtes en succèdent 3 ou 4 autres plus longues, mais sans uniformité dans le nombre ni dans le temps. Par instants, l'animal fléchit les membres antérieurs, appuie le bout du nez sur le sol, et au bout de 30 ou 40 secondes se relève par un mouvement brusque. Nous pensons que cette flexion doit être attribuée à la fatigue qu'il éprouve dans la station contre son habitude quotidienne, peut-être à de légères coliques sans symptômes bien apparents. Il ne s'est pas couché depuis le commencement de l'expérience.

« A cinq heures trois quarts, 60 pulsations, l'artère est plus pleine, 28 respirations seulement. Même affaissement de l'avant train que précédemment. Nous remarquons alors aussi une légère sueur aux ars, aux aines et sous le ventre, mais nous l'attribuons à la chaleur qui existait dans la box dont la porte était fermée.

« Les muqueuses sont toujours normales ; pas de tristesse et grand appétit.

« Le 15 au matin, l'animal est calme; il est toujours resté à la diète.

« A dix heures, deux nouvelles bouteilles d'eau d'if sont ingérées par le même procédé que la veille.

« Vu plusieurs fois dans la journée, l'animal n'a rien présenté, dans l'examen de la circulation et de la respiration, qui soit bien digne d'être noté.

« Une seule chose à remarquer, c'est une ébullition qui se produisit à la peau. Très-légère d'abord et se présentant sous forme d'élevures isolées, elle augmenta graduellement dans la journée, au point que, vers le soir, tout le corps en était recouvert, et qu'à certaines parties, vers les reins par exemple, toutes ces élevures s'étaient réunies pour former des surfaces larges comme la main.

« Le 16 au matin, l'éruption a presque complétement disparu.

« Le 17, on ne voit plus rien ; les fonctions sont toujours normales.

§ VIII. — *Extrait aqueux des feuilles vertes de l'if.*

« On lit ce qui suit dans le mémoire de Gatereau (1) : « J'ai pilé des feuilles d'if sans inconvénient ;elles répandaient cependant une odeur forte et désagréable. Comme cette plante contient peu d'humidité, j'ai mis un peu d'eau pour la macération ; après quelques ébullitions, j'ai retiré toute la partie aqueuse et l'ai évaporée jusqu'à consistance d'extrait.

« Il a un goût amer, assez semblable à celui de fumeterre.

« *Première expérience.* — J'ai donné, dit-il, dans l'espace de trois « jours, à une pie, 18 grains (90 centigr.) d'extrait d'if à différentes « reprises. Il n'a paru d'autre altération, dans ce volatile, qu'une « évacuation copieuse le second et le troisième jour. Elle mourut une « quinzaine de jours après, faute de nourriture.

« *Deuxième expérience.* — J'en donnai ensuite à un chien de six « mois : le premier jour, 10 grains (0,50); le lendemain 1 drachme « (4 gram.) ; le surlendemain 3 drachmes (12 gram.). Je n'ai observé « d'autre effet sensible opéré par cette substance que la fréquence des « selles ; l'animal fut beaucoup purgé les deux derniers jours.

« *Troisième expérience.* — J'en pris ensuite une pilule de 2 grains « et demi, et restai deux heures sans prendre aucune autre nourri- « ture, bien attentif à observer ce qui se passerait au dedans de moi, « mais je n'en éprouvai aucun effet. Je réitérai pendant quatre ou « cinq jours ; les résultats furent à peu près les mêmes. »

« Grognier (1) a essayé d'introduire l'extrait aqueux dans l'économie par injection.

« Nous avons injecté, dit-il, dans la veine jugulaire d'un gros « chien robuste, 40 grains d'extrait aqueux préparé avec les feuilles « de cette plante et dissous dans une demi-once d'eau. Deux mi- « nutes après, l'animal a éprouvé des vertiges, sa tête paraissait « lourde, ses extrémités postérieures commençaient à fléchir. Cinq « minutes après, il était assoupi et sur le point de tomber, lorsqu'il « a été réveillé subitement. Ces symptômes ont diminué, et le len- « demain l'animal paraissait rétabli.

« On a recommencé l'expérience sur un chien de moyenne taille, « moins fort que le précédent. Il a éprouvé des symptômes analo- « gues, et il est mort dans la nuit : on n'a pu découvrir aucune al- « tération cadavérique. »

§ IX. — *Extrait alcoolique de feuilles vertes de l'if.*

« *Première expérience.* — Le 22 janvier 1855, nous avons admi-

(1) *Essai de médecine sur la nature de l'if.* (*Anc. journ. de méd.*, t. LXXXI, p. 81.)

(1) Journal cité.

nistré 250 grammes d'extrait alcoolique d'if, sous forme d'électuaire, à un cheval entier, de race commune, âgé de douze ans.

« Dans de bonnes conditions de santé au moment de l'administration de la préparation, et n'ayant reçu aucune nourriture depuis trois heures, cet animal, observé pendant les vingt-quatre heures qui suivirent le début de l'expérience, n'a présenté aucun signe ni symptômes notables.

« Si l'on pouvait conclure d'après une seule expérience, on établirait que l'extrait alcoolique d'if ne détermine chez les solipèdes, à la dose de 250 grammes, aucun phénomène d'intoxication. Nous nous proposons de répéter cette expérience, et nous en ferons connaître le résultat.

« *Deuxième expérience.* — Nous prenons un chien-loup, sous poil blanc, âgé de quatre ans, taille de 30 centimètres environ.

« A 10 heures 30 minutes, administration de 20 grammes d'extrait alcoolique d'if. — Résultat négatif.

« *Troisième expérience.* — Nous administrons 30 grammes d'extrait alcoolique d'if à un chien de chasse de race commune, sous poil pie fauve, âgé de deux ans, taille de 59 centimètres. — Résultat négatif.

« *Quatrième expérience.* — A 10 heures 32 minutes, nous administrons 30 grammes d'extrait alcoolique d'if à un chien de garde, sous poil noir, âgé de quinze mois, taille de 45 centimètres. — Résultat négatif. »

§ X. — *Des feuilles sèches de l'if et de leur poudre.*

« Il était intéressant de connaître si la dessication conservait ou altérait les propriétés toxiques de l'if, et nous avons cru devoir faire plusieurs expériences avec cette préparation.

« *Première expérience.* — Le 22 janvier 1855, nous administrons 500 grammes de poudre d'if, sous forme d'électuaire, à un cheval entier, de race commune, âgé de seize ans. Il était à jeun depuis vingt-quatre heures et en très-bon état de santé.

« Quarante minutes après l'administration de cette poudre, ce cheval a exécuté un brusque mouvement de recul en portant la tête en haut, et en la rejetant en arrière. A cet état a succédé un affaissement subit du train postérieur suivi d'une chute violente sur le côté droit. Il faisait des mouvements impuissants pour se relever; la respiration était accélérée, la bouche ouverte, les naseaux dilatés, les yeux pirouettants. A ces phénomènes d'exacerbation nerveuse a succédé un calme profond pendant lequel les mouvements respiratoires n'étaient apercevables qu'à des intervalles de quinze à vingt secondes. Le cheval est mort quarante-cinq minutes après l'ingestion, dans l'estomac, de la poudre d'if.

« A l'autopsie, faite deux heures après, on a constaté des taches disséminées au milieu du sac droit de l'estomac. Elles formaient par leur ensemble une plaque d'une largeur de 5 centimètres environ. Ce même viscère, contenant encore toute la poudre administrée, exhalait une forte odeur d'if. La muqueuse du même côté était revêtue d'une légère exsudation plastique. Tous les autres organes étaient sains.

« *Deuxième expérience.* — Le 23, nous administrons 500 grammes de poudre d'if, sous forme d'électuaire, à un cheval entier, de race commune, âgé de quatorze ans.

« Ce cheval était dans de bonnes conditions générales au moment de l'administration de la poudre d'if, et à jeun depuis la veille. Cet animal, quarante-cinq minutes après le début de l'expérience, temps pendant lequel rien de particulier n'avait été observé, s'est tout à coup porté en arrière, puis affaissé comme le sujet de la première expérience. Pendant les mouvements désordonnés auxquels il se livrait, on remarquait des alternatives de calme, au milieu duquel a succombé l'animal.

« L'autopsie, faite quatre heures après, n'a présenté aucune lésion dans les viscères digestifs. L'estomac seul était rouge et renfermait encore quelques parties de l'électuaire administré et quelques débris de paille et de foin.

« Ces expériences ont été répétées quatre autres fois, et toujours les résultats ont été les mêmes.

« *Troisième expérience.* — Nous avons placé une sangsue très-vivace dans un demi-verre d'eau, dans lequel nous avons mêlé 1 gramme de poudre de feuilles d'if.

« Les mouvements de la sangsue devinrent désordonnés; quatre heures après elle vivait encore; le lendemain matin, elle était morte, et le demi-verre d'eau était fortement coloré en rouge.

« Nous avons répété encore deux fois cet essai en diminuant la dose de la poudre, et cependant nous avons toujours tué la sangsue au bout de quelques heures.

« Des faits ci-dessus on peut donc conclure que la poudre d'if, à la dose de 500 grammes, détermine chez les solipèdes une intoxication rapide, et qu'elle porte principalement son action sur le système nerveux.

« On peut encore en conclure qu'il faut éloigner les plantations d'if du voisinage des étangs où l'on se livre à la reproduction et à la conservation des sangsues.

« La poudre des feuilles sèches de l'if est donc bien certainement vénéneuse; mais cette propriété peut se perdre si elle a été préalablement épuisée par l'éther. A ce point de vue l'expérience suivante est très-intéressante. Si l'on observe encore quelques accidents, il faudrait probablement les attribuer à ce que la poudre n'avait pas encore été complétement épuisée par l'éther.

« Nous choisissons un chien de chasse sous poil pie, âgé de dix mois, taille de 40 centimètres environ.

« A huit heures dix minutes, administration de 30 grammes de poudre d'if épuisée par l'éther, que l'on mélange à une petite quantité de soupe; l'animal mange sans aucune difficulté. La gueule est liée immédiatement après, afin de s'opposer au vomissement.

« A huit heures trente-cinq minutes, l'animal se plaint fortement; ses côtes se tordent: il y a des contractions des muscles abdominaux qui sembleraient indiquer qu'il fait des efforts pour chercher à vomir ce qu'il a mangé; mais ayant la gueule liée, il ne le peut.

« De dix heures trente du matin à quatre heures du soir, la plainte et l'abattement ont été continuels, sans avoir cependant augmenté sensiblement. L'animal a rendu par les voies rectales des matières très-liquides et d'une odeur excessivement mauvaise.

« A six heures, l'animal semble moins abattu; on lui délie la gueule.

« A neuf heures, l'animal, quoique toujours un peu faible, présente une amélioration notable.

« Le 14, à six heures et demie du matin, on trouve l'animal gai et bien portant.

« Gratereau a essayé encore les feuilles sèches sous une autre forme, il en a fait brûler et exposé pendant cinq minutes un rat à la fumée. Il n'en parut pas plus affecté que de celle du foin, à laquelle on le soumit un peu après, le même espace de temps.

§ XI. — *Extrait éthéré de la poudre des feuilles sèches de l'if.*

« Nous avons demandé à M. Gobley de nous préparer avec soin un extrait éthéré avec la poudre des feuilles sèches de l'if, et nous l'avons employé dans trois expériences entièrement nouvelles, et qui indiquent d'une manière précise que le principe toxique de l'if est soluble dans cet agent.

« *Première expérience du* 13 *août* 1855. — Chien de race commune (carlin), sous poil pie, âgé de deux ans, taille de 35 centimètres environ.

« A huit heures vingt-cinq minutes, 15 grammes de l'extrait éthéré d'if sont mélangés à une petite quantité de soupe froide, et sont présentés à l'animal. Le chien en mange à diverses reprises, mais peu à la fois.

« A huit heures trente-cinq minutes, sans avoir présenté jusque-là aucun symptôme, l'animal se met à vomir; les matières rendues sont d'une couleur vert-bouteille. On s'empresse de lier la gueule, afin de s'opposer à un nouveau vomissement. Le chien cherche par des efforts à se débarrasser de ce que contient encore son estomac; mais, après deux ou trois tentatives inutiles, il meurt instantanément (huit heures quarante minutes).

« La gueule est déliée aussitôt pour voir si de nouvelles matières alimentaires n'auraient pas, par leur présence, obstrué les voies aériennes et concouru à faire mourir l'animal. On ne trouve rien dans la bouche ni au voisinage du larynx.

« *Deuxième expérience du* 20 *août* 1855. — Chien de chasse sous poil pie alezan brûlé, âgé de deux ans, taille de 50 centimètres environ.

« A dix heures cinq minutes, on donne à manger à l'animal une boulette de viande, dans le milieu de laquelle sont renfermés 3 gr. d'extrait éthéré d'if; la gueule est liée aussitôt que la boulette est avalée.

« A dix heures vingt-sept minutes, les muscles de l'encolure et ceux de l'abdomen se contractent violemment; malgré la ligature solidement fixée autour de la gueule, l'animal parvient à vomir une petite quantité de mucosités mélangées à quelques parcelles de viande : le tout est coloré en vert foncé. Les contractions se continuent, et l'animal fait toujours des efforts pour rejeter ce que renferme l'estomac. La plainte est continue et forte.

« A dix heures trente-cinq minutes, en se débattant, l'animal enlève la ligature qui est placée sur sa gueule, et il vomit aussitôt une grande quantité de mucus et de morceaux de viande; le tout est fortement coloré en vert. Après le vomissement, l'animal paraît entièrement soulagé, et le mucus ne fait qu'accroître pendant le reste de la journée.

« Dans cette expérience, le résultat toxique, dont l'effet a été évident, n'a cependant pas pu avoir un résultat complet, parce que l'animal a pu se débattre, enlever les ligatures qui s'opposaient au vomissement, et se débarrasser ainsi d'une partie du poison. L'expérience suivante, répétée dans les mêmes conditions et avec toutes les précautions convenables, a produit, avec 3 grammes seulement d'extrait éthéré, un empoisonnement très-rapide, si l'on tient compte de la petite quantité d'extrait administré.

« *Troisième expérience du* 24 *août* 1855. — Chien de chasse sous poil pie, âgé de dix mois, taille de 40 centimètres environ.

« A dix heures six minutes, on fait prendre à l'animal 3 grammes d'extrait éthéré d'if, que l'on a placés dans le milieu d'une boulette de viande; aussitôt que la boulette est avalée, on lie la gueule à l'animal pour s'opposer au vomissement.

« A dix heures trente-cinq minutes, l'animal paraît abattu, il se plaint, l'expiration est profonde, et les côtes semblent se tordre.

« A dix heures cinquante-cinq minutes, l'animal éprouve quelques contractions des muscles de l'encolure et de ceux des parois abdominales, et il meurt immédiatement sans se débattre. (L'autopsie n'a pu être faite.)

Fleurs.

« Les fleurs de l'if ont peu fixé l'attention des observateurs modernes, et aucun d'entre eux n'a, jusqu'à ce jour, cherché à vérifier l'exactitude des opinions formulées par les auteurs anciens sur l'if en état de floraison.

« Nous avons pu nous procurer de l'if en fleur et nous l'avons employé pour nos expériences, comparativement avec de l'if défleuri; nous n'avons pas remarqué de différence dans l'activité de ce poison.

« Nous avons recueilli, en outre, avec beaucoup de peine, 4 décigrammes de pollen, et nous l'avons employé pour faire l'expérience suivante :

« Le 27 mai 1855, nous achetons un moineau femelle, très-vigoureux, que nous mettons en cage, et nous lui donnons pour nourriture du millet, du chènevis, du jaune d'œuf cuit dur. Pendant quatre jours, il mange avec appétit, conserve sa vivacité et chante. Le 31 au matin, nous retirons la graine, nous ne laissons que de l'eau dans sa cage, et après avoir fait jeûner notre moineau pendant quatre heures, nous écrasons 10 grammes de chènevis dans un mortier de porcelaine, nous y mêlons nos 4 décigrammes de pollen d'if, ajoutons un peu d'eau et plaçons cette pâte dans un coin de la cage; il était alors onze heures du matin. Notre moineau se jette dessus avidement et mange cette préparation à satiété. Toute la journée il conserve sa gaieté habituelle, et le lendemain il avait tout avalé sans que nous ayons pu remarquer aucun trouble dans les fonctions.

« On ne peut pas conclure de ce seul fait, mais il semblerait cependant en résulter que le principe vénéneux ne réside pas surtout dans le pollen, comme on paraissait le croire.

(*La fin à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le dernier numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg* renferme une récrimination contre la presse parisienne, dont il serait permis peut-être de contester d'une manière générale la légitimité, mais dont nous ne pouvons en tous cas accepter la part qui semble nous être destinée. Tous ceux qui connaissent les habitudes du *Moniteur des Hôpitaux* savent que son respect pour la libre discussion et pour le droit de réclamation est peut-être exagéré. — Nous ne saurions donc admettre que nous ayons jamais manqué de ce respect pour nos confrères de la presse de province. — La *Gaz. méd. de Strasb.* nous adresse une question plus directe touchant la contagion du choléra; à cette question, nous répondrons très-catégoriquement, lorsque le moment nous paraîtra opportun.

— Le choléra ne règne plus à l'état épidémique sur aucun point des deux départements de l'Alsace. Il y a encore par ci par là quelques cas sporadiques. Ainsi à l'hôpital de Strasbourg on a traité depuis le commencement du mois d'octobre deux cas, l'un venu de la ville, l'autre de la colonie agricole d'Ostwald, le premier a été mortel. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— L'hygiène publique s'est préoccupée à juste titre de la culture de l'igname, de cette plante qui promet un précieux auxiliaire aux matières alimentaires. M. Babaud-Laribière écrit à ce sujet à *l'Ami des Sciences* les détails suivants :

« Les bulbilles d'igname qui m'ont été confiées sur votre demande par M. de Montgaudry réussissent parfaitement. J'ai 25 pieds d'igname magnifiques, et un de mes amis, M. Descombes, avec lequel j'ai partagé la semence, a obtenu lui aussi d'excellents résultats. — Quant aux graines d'arbre à suif, nous n'avons pu les faire naître. »

— M. Royer a été nommé président du comité d'hygiène en remplacement de M. Magendie.

— *Hôpital Cochin; clinique chirurgicale.* — M. Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin, le lundi 5 novembre, à huit heures du matin, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

—En vente au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique*; les *Gastralgies*; les *Entéralgies*; la *Dyspepsie*; l'*Hypocondrie*.— Prix : 2 fr.

Sous presse pour paraître très-prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de protoiodure de fer inaltérable*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX recevront gratuitement cet ouvrage.

— Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des *Rétrécissements de l'urètre*, par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — Broch. in-8, avec planche. — Prix : 1 fr. 25 c.

— Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le même, recueillies et rédigées par le docteur Alexis FAVROT. — Prix : 2 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 131. 3e année. Vendredi 2 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine: Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont Il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 2 novembre 1855.

Les sétons perfectionnés et la prosopopée.

M. Bouvier, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants, etc., aura vraiment du malheur s'il ne parvient pas à détruire les faux bruits fameux (dont personne n'a jamais entendu parler), mais qui ne tendaient à rien moins, à ce qu'il paraît, qu'à faire croire au décès de M. Bouvier et surtout de sa maison de santé, située à Chaillot..., nous avons oublié la rue et le numéro. Outre les petits avis qui ont été glissés à cet effet, dans le *Constitutionnel*, la *Presse*, le *Siècle*, l'*Indépendance belge*, etc., pour démentir ces faux bruits terribles (que personne n'a jamais entendus), M. Bouvier a eu mardi des éclats de voix qui laissent bien peu de chances aux gens malintentionnés qui voudraient le faire passer pour mort. Plût au ciel, pour le bonheur des malades, qu'il eut aussi bien prouvé l'excellence de ses sétons perfectionnés que l'existence de la maison de Chaillot, rue..... numéro.. .! A la vérité, cela était moins important ; il n'est donc pas étonnant qu'il y ait moins bien réussi. En tous cas, ce n'est pas faute d'avoir pris son sujet d'assez haut ni d'assez loin. Evoquant d'emblée les *grandes ombres* d'Hippocrate, de Galien, de Celse et d'Arétée, M. Bouvier leur a prêté un langage et surtout des poumons qui auraient bien pu concourir avec la trompette du jugement dernier, à supposer que l'idée qu'on nous en donne soit bien exacte.

Aux premiers éclats de cette éloquence stentorée, que les comptes rendus ne pourront malheureusement traduire, nous avons cru entendre cette illustre prosopopée : « Dieux! que sont devenus ces toits de chaume et ces foyers rustiques qu'habitaient jadis la modération et la vertu? quelle splendeur funeste. ., etc. » Mais nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que si Hippocrate et Galien avaient de meilleurs poumons que Fabricius, en revanche, celui-ci leur damait le pion pour la langue. Mais à la langue près, la prosopopée est toujours de la prosopopée et n'en fait pas qui veut. Ah! monsieur Malgaigne! vous avez voulu faire de l'allusion, de l'ironie, de la synecdoche ! nous allons vous administrer de la prosopopée! Venez vous y frotter, à présent, si vous l'osez !

M. Malgaigne ne s'y frottera pas, et il fera bien. Se frottera-t-il à autre chose, à l'histoire du séton, par exemple? car la catilinaire de M. Bouvier n'est pas tout entière dans la prosopopée : excepté du tact et de la mesure, on y trouve un peu de tout, voire même de l'esprit. Nous croyons que M. Malgaigne s'y pourrait frotter avec avantage : M. Bouvier, avec un zèle dont nous le louons très-sincèrement, a lu depuis huit jours une très-grande quantité d'auteurs anciens ; il en a même trop lu pour avoir eu le temps de les bien comprendre, ce qui explique comment il a interprété très-inexactement l'opinion de plusieurs d'entre eux, sinon de tous, d'Hippocrate et de Galien, par exemple. Nous osons donc présumer que si M. Malgaigne veut de nouveau rentrer dans l'arène historique, il en sortira sans trop de meurtrissures. Mais nous avouons que le combat sur ce terrain nous semble assez peu important. Ce que M. Malgaigne, s'il juge son intervention de nouveau nécessaire, pourra examiner avec plus d'utilité et d'agrément pour le public, c'est ce qui tient le moins de place dans la pathétique improvisation de M. Bouvier, à savoir le véritable sens qu'on doit physiologiquement, rationnellement attacher aux mots révulsion et dérivation, et la véritable valeur des *sept* observations apportées par M. Bouvier, en faveur d'un perfectionnement aussi neuf qu'ingénieux. Sur ce dernier point, M. Malgaigne parviendra peut-être à amoindrir, sinon à dissiper la stupéfaction de son démosthénique collègue sur la proportion (qu'il faudra vérifier d'ailleurs) de quatre guérisons d'ophthalmies chroniques sur sept. L'étonnement de M. Bouvier, touchant cette proportion, aura sans doute quelque peu étonné nos ophthalmologistes, qui auront probablement la prétention de guérir plus de quatre ophthalmies sur sept sans le secours du moindre séton. Puisqu'il s'agit d'ophthalmologistes et de séton, nous, saisirons cette occasion pour rectifier une opinion de M. Bouvier sur la pratique de M. Sichel. Suivant l'orateur à la voix d'airain (1), M. Sichel aurait fréquemment recours au séton pour guérir ses ophthalmies, j'entends celles de ses malades; nous craignons que M. Bouvier, malgré son inquiète défiance des faux bruits, n'en ait ici été la dupe : depuis deux ans nous avons vu M. Sichel guérir nombre d'ophthalmies chroniques ; mais nous sommes encore à lui voir appliquer le premier séton, perfectionné ou non.

Après avoir dissipé l'étonnement de M. Bouvier sur la proportion des guérisons, M. Malgaigne pourrait peut-être lui en causer un touchant une au moins des *sept* observations..... Mais ces observations n'ayant pas été publiées encore, peut-être est-il prudent de renvoyer toute réflexion les concernant jusqu'au moment où elles auront paru au grand jour, ce qui, du reste, a déjà trop tardé. Il y a plus d'un inconvénient ou d'un avantage, suivant le point de vue auquel on se place, à renvoyer ainsi, après les discussions, la publication des faits qui en sont la base. On sait déjà combien les discours se perfectionnent sous les doigts des compositeurs du *Bulletin* ; les

(1) Nous ne nous faisons point honneur de cette image, et nous nous empressons d'avouer humblement que nous l'empruntons à Homère.

observations pourraient bien n'être pas entièrement réfractaires à cette espèce de fontaine de Jouvence.

— Nous n'avons rien à dire sur la partie du compte rendu de l'Académie des sciences que nous publions aujourd'hui, si ce n'est d'appeler l'attention sur la Communication de l'infatigable M. Brown-Séquard, où cependant les faits que l'auteur a voulu signaler ne sont peut-être pas exposés avec toute la netteté désirable, et sur la modification que M. Demarquay a imprimée au traitement des plaies, modification des plus heureuses, sans contredit, à tous les points de vue, si les faits ultérieurs sont conformes à ceux que M. Demarquay a déjà pu constater.— Dans le prochain numéro nous jetterons un coup d'œil sur les nombreuses communications dont la glycogénie a été depuis quelque temps l'objet.

H. de Castelnau.

Mémoire sur l'if et sur ses propriétés toxiques.

Par MM. Chevallier, Duchesne et Reynal.

(*Suite.* — Voir les numéros 128 et 129.)

Fruits.

« Les opinions sont très partagées sur les propriétés malfaisantes des baies d'if. Ce sont de petits fruits rouges nommés vulgairement *morviaux*, et dont nous avons donné une description succincte au commencement de ce travail.

« Quelques auteurs disent que ces fruits sont vénéneux et ont produit des accidents mortels dont ils rapportent des exemples; d'autres citent leur propre expérience et cherchent à prouver l'innocuité des baies d'if. L'époque trop peu avancée de la saison (juin, juillet, août) ne nous permet pas de prendre actuellement parti dans ce débat; nous répéterons ces expériences aussitôt que nous pourrons nous procurer ce fruit.

« Nous nous contenterons de rapporter les faits déjà publiés.

Mathiole a traité des bûcherons et des bergers attaqués de fièvre ardente pour avoir mangé de ces fruits.

« Le journal anglais, *the Lancet* (1857), a publié sur ce sujet un fait fort intéressant :

« Cinq petits enfants s'amusaient au-dessous d'un if à manger des fruits tombés de cet arbre. Une heure après, étant à dîner, un de ces enfants, âgé de trois ans et demi, fut pris de vomissements de matières alimentaires mêlées à des portions de fruits d'if. Il survint presque aussitôt des convulsions et l'enfant était mort deux heures après, lorsque M. Hurt arriva. Les lèvres étaient violacées et les pupilles très-dilatées. L'autopsie fut faite deux jours après. Tout le corps était couvert de taches violacées. Les pupilles s'étaient contractées; l'estomac contenait, outre des pommes de terre et des mucosités, une quantité considérable de fruits d'if grossièrement mastiqués. L'estomac présentait plusieurs taches rouges. La muqueuse était ramollie.

« M. Hurt conjecture que ce sont les amandes du fruit qui sont vénéneuses, et que l'on n'observe d'effet nuisible que lorsqu'elles ont été divisées par la mastication, de manière à mettre en contact avec les organes la pulpe imprégnée de substance vénéneuse.

« Percy a publié un travail ayant pour titre : *Preuves ultérieures de l'innocuité des baies d'if mangées crues* (1).

. . . .

« J'en mangeai, ce soir-là, une douzaine, et mon petit neveu, enfant de onze ans, en mangea bien le double ; nous ne nous en ressentîmes ni l'un, ni l'autre. Le lendemain, à jeun, nous en mangeâmes davantage. Alors je permis à mon neveu d'en manger à discrétion, et il n'en eut qu'une très-légère diarrhée, sans coliques.

« Dans le cas d'empoisonnement que nous avons rapporté plus haut, M. Hurt pense que la propriété vénéneuse peut résider dans l'amande. Voici une seule expérience de M. Grognier qui combat cette opinion.

8 hectogrammes de pepins d'if mêlés à une quantité double d'avoine ont été présentés à un cheval à jeun : il les a mangés avec difficulté et il n'a donné aucun signe d'empoisonnement. On affirme, d'ailleurs, que l'amande, dépouillée de sa pulpe, a un peu la saveur des noisettes, qu'elle est nourrissante, assez agréable, mais qu'elle devient âcre en vieillissant et est alors malsaine. Elle sert à nourrir et à engraisser les volailles, et l'on peut en tirer, par expression, une assez bonne huile.

Résine.

« Haller rapporte que Barklez avait observé que la résine qui suintait des rameaux, et qui avait la consistance du miel, produisait une vive irritation de la bouche.

Racine.

« M. Harmand ayant fait arracher un if du château de Montgarni, on jeta par hasard les racines dans un canal où il y avait des poissons. Dès la nuit même, il en périt un grand nombre, et les domestiques ayant osé en manger, payèrent aussitôt leur gourmandise par un dévoiement copieux avec des coliques dont ils souffrirent pendant plusieurs jours. Les chats, qui aiment le poisson, n'avaient pas voulu toucher à celui-là.

Bois.

« Pline (1), en parlant du bois d'if, dit : « *Vasa etiam viatoria ex ea vinis in Gallia facta mortifera fuisse compertum est.* »

Traitement de l'empoisonnement par l'if.

« Si l'on observe attentivement les effets produits par l'ingestion de l'if, on remarque d'abord qu'il exerce une action notable sur la respiration et la circulation, en augmentant les battements du pouls et les mouvements respiratoires ; il irrite violemment l'estomac et tout le tube digestif, en occasionnant souvent des vomissements et des évacuations alvines, et en laissant presque constamment dans ces organes des traces inflammatoires trop évidentes de son séjour et de son passage : il agit donc alors comme toutes les substances âcres et irritantes.

« Le deuxième effet, très-caractérisé, c'est l'action narcotique et stupéfiante produite par le poison, aussitôt que l'absorption commence à se faire. On observe alors l'action sur le système nerveux : inquiétude vague, altération notable de la vision, éblouissements remarquables, même chez les animaux ; diminution de la circulation, respiration plus rare et plus profonde, syncopes, coma, et enfin anéantissement complet et instantané du principe de la vie. Les victimes tombent comme frappées de la foudre pour ne plus se relever.

Dans la première période il faut, aussitôt qu'on le peut, et sans perdre de temps, provoquer le vomissement par une potion vomitive, la titillation de la luette, pour expulser le plus qu'il sera possible de la substance toxique ; puis employer les adoucissants, comme le lait, les décoctions émollientes et mucilagineuses.

Dans la deuxième période, il faut chercher à combattre l'action produite sur tout le système nerveux par les boissons

(1) *Anc. journal de méd*, t. LXXXIII, p. 229.

(1) Lib. XVI, cap. 10.

acides, le café noir, les lavements de tabac, d'eau vinaigrée, et donner ensuite les soins appropriés à l'état général du malade.

Il existe évidemment dans l'if un principe actif énergique que nous rencontrons surtout dans les feuilles, et qui n'est pas détruit par la dessiccation, puisque l'on peut empoisonner un animal avec les feuilles fraîches comme avec les feuilles sèches. Ce principe encore inconnu, soluble dans l'éther, et que recherche avec persévérance M. Goblez, un de nos chimistes les plus modestes et les plus instruits, finira sans doute par être séparé; il sera alors facile d'en déterminer les caractères et surtout l'action particulière, qui déjà diffère de celle des autres poisons connus. Ce principe, qui devrait prendre le nom de *taxine*, pourrait peut-être fournir quelques indications thérapeutiques et augmenter nos richesses médicales.

« On découvrirait certainement ensuite un réactif capable d'indiquer d'une manière positive les empoisonnements par l'if.

Thérapeutique.

« Nous ne voulons pas terminer ce travail sans parler des propriétés thérapeutiques attribuées à l'if, quoique le temps nous ait manqué pour soumettre les diverses parties de cet arbre à une expérimentation médicale raisonnée.

« *Suc des feuilles.* — Suétone dit que Tibérius Claudius avertit les citoyens, par un édit public, que le suc d'if était le véritable antidote de la morsure des serpents.

« *Extrait aqueux.* — L'extrait des feuilles d'if a été surtout recommandé dans les affections rhumatismales, dans les cachexies avec chlorose, l'aménorrhée, dans les fièvres intermittentes, le rachitisme et les affections scrofuleuses, le scorbut.

« Harmand rapporte plusieurs faits dans lesquels il croit que la guérison de plusieurs épileptiques a été obtenue par l'extrait aqueux des feuilles d'if.

« Il dit encore, dans ses observations, qu'il a guéri trois fièvres quartes par l'opiat préparé avec la poudre d'écorce et de feuilles incorporée dans son extrait vineux.

« Gatereau a employé l'extrait aqueux, avec beaucoup d'avantage, dans un cas de rhumatisme ; voici comment il s'exprime :

« Le malade était un homme de quarante-six ans, d'un tempérament bilieux et sanguin ; il avait, depuis deux années, une douleur rhumatismale fixée aux épaules; il ne pouvait exécuter aucun mouvement du bras gauche et était forcé de garder le lit depuis près de six mois. N'ayant obtenu aucun bon effet des saignées, des purgatifs, des fondants, des vésicatoires, etc., je lui administrai l'extrait d'if, d'abord à la dose de 3 grains, augmentant sensiblement dans l'espace de quarante jours, jusqu'à celle de 7 grains.

« Les premières pilules excitèrent la sécrétion de la salive, « le malade crachait beaucoup plus que de coutume et la sa- « live était extrêmement gluante. Vers la fin elles le purgè- « gèrent doucement pendant quelques jours, il put alors reve- « nir à son travail, qu'il avait abandonné depuis le commence- « ment de sa maladie. »

« *Eau distillée.* — Quelques médecins français et allemands ont indiqué l'eau distillée des feuilles dans certaines affections sthéniques, dans l'épilepsie, etc., et lui ont attribué des propriétés contra-stimulantes, analogues jusqu'à un certain point à celles de la digitale.

« *Infusion* — Harmand de Montargni cite l'exemple d'un enfant qu'il a guéri du rachitisme par l'infusion de l'écorce dans l'eau.

« ***Poudre de l'écorce et des feuilles.*** — **Harmand pense que** cette poudre et l'extrait ne peuvent pas produire d'effets sensibles quand on les donne en petite quantité, mais à plus forte dose ils ont produit les effets suivants : 1° Des nausées suivies quelquefois de vomissements; 2° une diarrhée ordinairement copieuse, mais accompagnée de ténesme ; 3° des vertiges momentanés ; 4° un assoupissement de quelques heures; 5° la difficulté d'uriner ; 6° une salive épaisse, salée, et quelquefois âcre ; 7° des sueurs gluantes, fétides, avec de vives démangeaisons; 8° un engourdissement avec une sorte d'immobilité dans les extrémités, etc.

« Il commençait d'abord par une très-petite dose, et il l'augmentait graduellement jusqu'à ce que les malades eussent ressenti quelques-uns des effets généraux rapportés ci-dessus. La plus forte dose à laquelle il a porté la poudre d'écorce et de feuilles d'if a été de 2 gros par jour, en une ou plusieurs prises, et il a donné l'extrait aqueux ou vineux jusqu'à 12 grains par jour en une ou plusieurs fois.

« *Fruits et baies.* — Percy dit que les baies d'if sont adoucissantes, béchiques, apéritives, et que, frappé de leur saveur onctueuse, il en a fait préparer un sirop et une gelée avec 15 à 18 livres. Ces compositions parurent excellentes à tous ceux à qui il en fit goûter. La couleur de chair de la gelée, sa belle transparence, son fondant, sa fraîcheur, faisaient surtout envie.

« Je bus, ajoute-t-il, trois jours de suite, en me levant, une « grande cuillerée de sirop étendu dans un verre d'eau. Je « n'en éprouvai aucun malaise; pendant trois autres jours « double dose avec aussi peu d'effet. Je ne pris qu'une seule « fois de la gelée.

« J'en administrai à des enfants et à des malades contre la « toux opiniâtre avec beaucoup d'avantages. »

« Une femme accablée d'hémorrhoïdes et habituellement constipée, recouvrait la liberté du ventre chaque fois qu'en se mettant au lit elle avalait une cuillerée de gelée pure.

« Un officier, sujet à la gravelle, rendit copieusement des urines glaireuses, et fut promptement rétabli de ses accès après avoir pris 3 à 4 onces de sirop.

« On lit, dans le *Bulletin de thérapeutique* (1), que quelques médecins, en Italie, ont cherché dans le règne végétal une plante qui eût des propriétés sédatives, analogues à la digitale, mais d'un effet plus constant. Ils ont constaté que le fruit d'if pouvait, avec avantage, lui être substitué.

« Le docteur Rempinelli, de Bergame, a obtenu ainsi des résultats qui offrent à la science un grand intérêt.

« Le fruit doit être privé de la pulpe charnue qui le recouvre, et qu'on rejette comme inutile. Avec la graine, on prépare une poudre, un extrait aqueux, un extrait alcoolique, un éthéréole.

« MM. Chevallier et Lassaigne, qui ont fait l'analyse des baies d'if, y ont trouvé : une matière sucrée fermentescible non cristallisable; de la gomme; des acides malique et phosphorique; une matière grasse d'un rouge carminé (2).

« *Bois.* — On fait, dit-on, au Canada, une bière purgative où il entre une infusion de bois d'if chargé de ses baies.

« Schwenkfeld a vanté l'emploi de son bois contre la rage, et Kluncker dit aussi, d'après Gottschedys (3), que les paysans de la Silésie emploient depuis longtemps, avec avantage, la décoction de bois d if dans du lait contre la morsure des chiens enragés. »

(1) Tome XXIII, p. 444 ; 1842.
(2) *Journal de pharmacie*, IV, 558.
(3) *Fl. pruss.*, p. 266.

Chimie médicale et pharmacologie.

MOINS D'UNE HEURE POUR PRÉPARER L'ONGUENT MERCURIEL,

Par M. BERNIER.
Pharmacien à Renwez (Ardennes).

Prendre le tiers d'axonge de mercure qu'on veut éteindre, faire fondre cet axonge sur un feu vif et dans un poêlon de cuivre, de manière que cette graisse dégage des vapeurs et soit pour ainsi dire brûlée (six à huit minutes lorsque les vapeurs commencent à se dégager suffisent). Couler l'axonge ainsi brûlée, dans un vase de terre ou de faïence et la laisser à la cave pendant dix ou quinze jours : se servir de cette graisse pour éteindre le mercure comme à l'ordinaire, dans un mortier de fer ou autre bien sec. Seulement il faut avoir soin de n'ajouter le mercure que par petites portions, et au fur et à mesure que la portion qui vient d'être versée disparaît. En agissant ainsi, on voit disparaître le mercure presque aussi vite qu'un morceau de sucre dans un verre d'eau. Le mercure parfaitement éteint, on ajoute de l'axonge ordinaire pour compléter le poids. Par ce procédé, une heure de trituration est souvent plus que suffisante pour préparer l'onguent mercuriel.

Pourquoi la graisse ainsi brûlée éteint-elle le mercure plus facilement que l'autre? c'est ce que je me propose d'étudier un jour.

N. B. J'ai remarqué que l'axonge fondue depuis deux ou trois mois et que l'on prépare comme plus haut, réussirait encore mieux que l'axonge récente.

(*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 *octobre* 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Recherches expérimentales sur la faculté que possèdent certains éléments du sang de régénérer les propriétés vitales.

M. E. BROWN-SÉQUARD communique sous ce titre les résultats d'expériences qu'il résume ainsi :

Depuis cinq ans j'ai fait un nombre très-considérable d'expériences qui tendent à montrer que les tissus contractiles et nerveux, ayant perdu leurs propriétés vitales par suite de l'interruption de la circulation sanguine, peuvent recouvrer ces propriétés sous l'influence exercée par certains éléments du sang sur ces tissus. Les propositions suivantes résument les principaux résultats nouveaux ou anciens de mes recherches à ce sujet.

I. Des muscles de la vie animale ayant complétement perdu leurs propriétés vitales et étant atteints de rigidité cadavérique, ont pu, sous l'influence d'injections sanguines dans leurs vaisseaux, cesser d'être rigides et recouvrer leurs propriétés vitales, à savoir la contractilité et la faculté de produire ce que M. Matteucci a appelé l'*induction musculaire*.

II. Les fibres musculaires lisses de l'intestin, de la vessie, de l'utérus, des vaisseaux sanguins, des bulbes des poils et de l'iris, ont recouvré, sous l'influence du sang, leurs propriétés vitales perdues depuis un quart d'heure et beaucoup plus. Chez l'homme, la contractilité des fibres-cellules des bulbes pileux est revenue plus de quinze heures après la mort.

III. De tous les tissus contractiles, celui du cœur, chez les mammifères, paraît être le moins capable de recouvrer sa contractilité perdue. Pourtant si j'ai échoué très-souvent en essayant de faire revenir la contractilité même aussitôt après sa disparition, j'ai vu quelquefois le ventricule gauche sans contractilité et même rigide depuis près d'une demi-heure, perdre sa rigidité et redevenir contractile sous l'influence d'injections de sang dans les artères cardiaques. L'existence assez fréquente de caillots sanguins dans ces artères rend compte, pour certains cas, de l'insuccès des injections.

IV. Les nerfs moteurs et sensitifs, ainsi que la moelle épinière, peuvent, sous l'influence du sang, recouvrer leurs propriétés vitales perdues.

V. Dans une seule expérience, on peut voir se réaliser une grande partie des faits qui précèdent. On lie l'aorte ventrale, et lorsque toute propriété vitale a disparu dans les membres postérieurs et que la rigidité cadavérique y est survenue, on lâche la ligature. Le train antérieur de l'animal étant encore très-vivant, la circulation se rétablit dans le train postérieur, et, avec le sang, la vie revient dans les parties qui paraissaient mortes. On voit alors reparaître successivement les propriétés vitales des muscles et des nerfs, la sensibilité et les mouvements volontaires. Cette expérience capitale, que j'avais communiquée à l'Académie le 9 juin 1851, a été répétée depuis avec succès par le professeur Stannius, de Rostock, et par d'autres physiologistes.

VI. Le sang défibriné paraît avoir autant d'influence sur la régénération des propriétés vitales que le sang contenant de la fibrine. Cette substance n'est donc pas essentielle à la nutrition des muscles et du tissu nerveux : bien plus, des expériences dans lesquelles je me suis mis à l'abri, autant que possible des causes d'erreur, paraissent montrer qu'elle se produit dans les vaisseaux des muscles pendant l'échange nutritif entre le sang et le tissu musculaire.

VII. Plus le sang contient d'oxygène, plus son influence régénératrice des propriétés vitales est considérable et rapide. Aussi voyons-nous que le sérum du sang est incapable de régénérer les propriétés vitales, tandis que plus le sang est riche en globules, c'est-à-dire en éléments capables d'absorber de l'oxygène, plus sa propriété régénératrice s'augmente si on le charge d'oxygène. Au contraire, le sang le plus riche en globules et en albumine est impuissant à régénérer les propriétés vitales, s'il ne contient qu'une très-faible quantité d'oxygène. Nous n'entendons pas dire cependant que ni les globules, ni l'albumine, ni tout autre élément du sang ne jouent un rôle dans l'acte de nutrition par lequel s'opère la régénération des propriétés vitales : nous voulons dire seulement que l'oxygène est essentiel à cet acte.

VIII. En rapprochant les faits que j'ai étudiés de plusieurs résultats d'importantes expériences faites par M. Dumas (*Comptes rendus*, t. XXII, p. 900; 1846) on est autorisé à conclure que les globules du sang ont en partie pour rôle de porter l'oxygène aux tissus.

IX. Ainsi que Gustave Liebig l'a si bien démontré, la contractilité disparaît plus lentement, après la mort, dans des muscles placés dans de l'oxygène, que dans des muscles entourés de tout autre gaz ; mais l'oxygène, à l'état de gaz libre, en rapport avec la surface extérieure des muscles et injecté dans leurs artères, ne paraît pas capable de régénérer dans ces organes les propriétés vitales perdues.

X. Quand on injecte du sang très-rouge dans les artères d'un membre dont les muscles ont été rigides trop longtemps pour que les propriétés vitales puissent y être régénérées, on voit le sang revenir par les veines presque aussi rouge qu'à son entrée dans les artères. Au contraire, si les propriétés vitales peuvent encore être régénérées, le sang sort plus ou moins noirâtre par les veines; et lorsque les muscles sont redevenus contractiles, si on les galvanise, le sang sort très-noir. L'absorption de l'oxygène par les tissus s'opère donc très-bien

pendant et après la régénération des propriétés vitales, et elle s'opère beaucoup moins s'il n'y a plus possibilité de retour de ces propriétés.

XI. La quantité de sang nécessaire pour faire revenir la contractilité dans les muscles devenus rigides varie extrêmement suivant un grand nombre de circonstances, telles que la durée de la rigidité, la quantité d'oxygène dans le sang employé, la température du sang et celle des muscles, etc. J'ai fait revenir la contractilité et je l'ai fait durer près de quatre heures et demie dans environ 500 grammes de muscles, à l'aide de 30 grammes seulement de sang défibriné; mais dans ce cas il m'a fallu injecter au moins quarante fois tout ce sang, et il a fallu le soumettre au battage, pour le charger d'oxygène, après chacune des injections.

XII. Non-seulement il est possible de faire cesser la rigidité cadavérique après sa première apparition et de faire revenir alors la contractilité, mais encore j'ai pu faire jusqu'à quatre fois disparaître la rigidité et revenir la contractilité dans les mêmes muscles. Bien plus, j'ai pu maintenir la contractilité dans un membre de lapin jusqu'au delà de la quarante et unième heure après avoir séparé ce membre du tronc de l'animal.

XIII. La contractilité musculaire peut être régénérée dans des muscles devenus rigides et chez lesquels les nerfs moteurs paralysés depuis longtemps ne peuvent en rien participer au retour de la propriété vitale essentielle des muscles. J'insisterai davantage sur l'importance de ce fait, en ce qu'il démontre positivement que la contractilité musculaire est indépendante des nerfs moteurs, si, par un moyen aussi délicat qu'ingénieux d'analyse physiologique, M. Flourens n'avait déjà mis hors de doute cette indépendance.

XIV. Les nerfs moteurs séparés de la moelle épinière et la moelle épinière séparée de l'encéphale peuvent aussi recouvrer, sous l'influence du sang, leurs propriétés vitales perdues. Ceci paraît démontrer : 1° que la propriété des nerfs moteurs (la *motricité* de M. Flourens) est indépendante de la moelle et qu'elle peut être donnée à ces nerfs par le sang ; 2° que la faculté réflexe ou propriété vitale essentielle de la moelle épinière peut être donnée à cet organe par le sang.

XV. Mes expériences confirment la parfaite exactitude d'un fait observé par M. Dumas : c'est que le battage du sang ne paraît altérer aucunement les globules. En effet, d'une part le microscope ne montre aucune altération de ces éléments du sang, et d'une autre part ils absorbent l'oxygène aussi bien après qu'avant le battage, et l'action du sang battu, soit sur un muscle, soit sur un animal entier, paraît être la même que celle du sang non battu.

XVI. La plupart des expériences qui m'ont servi à l'établissement des propositions qui précèdent ont été faites comparativement sur des animaux appartenant aux cinq classes de vertébrés, et j'ai obtenu sur ces différents animaux des résultats semblables.

Conclusion générale. — Les nerfs moteurs et sensitifs, la moelle épinière et tous les tissus contractiles peuvent, après avoir perdu leurs propriétés vitales, par suite d'une interruption de la circulation sanguine, les recouvrer toutes sous l'influence de sang chargé d'oxygène.

Acide carbonique respiratoire.

MM. Moleschott et Schelske communiquent le résultat d'expériences, desquelles il résulte qu'il n'y a aucun rapport entre le volume du foie des batraciens et la quantité d'acide carbonique exhalé, et que, toutes choses égales d'ailleurs, ces animaux dégagent proportionnellement au poids de leur corps une quantité d'acide carbonique moindre que l'homme. Cette quantité étant supposée 1 chez l'homme, serait 0,25 chez le *bufo cireneus*, de 0,69 chez le *rana temporaria* et des quantités intermédiaires chez différents autres batraciens.

Anomalies.

M. A. Puech communique deux observations d'anomalie des organes génitaux.

Ablation des tumeurs.

M. Foucaud de l'Espagnery adresse une note sur l'emploi du nitrate acide de mercure pour l'ablation des tumeurs.

Conservations anatomiques.

M. Roux adresse sur ce sujet un mémoire fort étendu destiné au concours des prix, et d'où les comptes rendus ont extrait seulement la phrase suivante :

« L'expérience nous a appris qu'on doit employer de préférence les *sulfates* dans l'embaumement des enfants, les *acétates* ou les *sulfates* dans celui des adolescents, les *chlorures* pour la conservation des adultes. »

Glucogénie.

M. Cl. Bernard communique une note. (*Voir* ci-dessus.)

Plaies.

M. Demarquay informe l'Académie des remarquables résultats qu'il a obtenus de la glycérine dans le traitement des plaies, résultats qui se trouvent indiqués dans l'intéressante lettre de ce chirurgien, que nous avons publiée. (Voir le *Moniteur des Hôpitaux* du 30 octobre 1855.)

Choléra.

Les concurrents au prix Bréant continuent à pleuvoir. — Nous regrettons d'y rencontrer M. le docteur Snow, de Londres, qui s'est acquis une certaine notoriété par quelques travaux sérieux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 octobre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur Chalette, médecin des épidémies dans l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie de suette miliaire, de scarlatine et de rougeole qui a régné à Etréchy. (Comm., des épidémies.)

2° Mémoire de M. le docteur de Wyzewski, de Saint-Amand-les-Eaux (Nord), sur le traitement du choléra.

3° Note de M. le docteur Hamon, sur le traitement abortif du choléra.

4° Note de M. le docteur Affre, sur la nature du choléra, qu'il attribue au dégagement de gaz délétères dans les voies digestives. (Commission du choléra de 1854.)

5° Mémoire sur l'hydrophobie, par M. Canonge, médecin à Laneuville (Oise). (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

6° Divers tableaux des vaccinations. (Comm. de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

Suture profonde. — Supplément au Mémoire *Sur les instruments propres à pratiquer la suture profonde*, par M. Heurteloup. Nous avons publié cet intéressant travail.

Anomalies. — Note *Sur l'anomalie et l'organogénie de l'ovaire, de la trompe et du ligament rond*, par M. Albert Puech, chef interne des hôpitaux civils de Toulon. (M. Desportes, rapporteur.)

Vaccine. — Mémoire *Sur la vaccination comme moyen préservatif*

et curatif du choléra, par M. METSCH, de Smolensk. (Comm. du choléra.)

DISCUSSION SUR LE SÉTON PERFECTIONNÉ.

M. BOUVIER. Si la verve sarcastique, si l'esprit suffisaient pour gagner une cause, celle du séton serait irrévocablement perdue. Heureusement pour lui, le jugement de M. Malgaigne n'est pas sans appel. On connaît le mot d'une femme de beaucoup d'esprit, de madame de Sévigné : « Racine passera comme le café. » Racine et le café sont restés debout. Il en sera de même du séton.

L'anathème fulminé contre lui par M. Malgaigne n'est pas le premier; il a eu bien d'autres antagonistes, et il leur a survécu. Encore à la fin du dernier siècle, après avoir eu contre lui Dionis, Garangeot, Blancard (vous voyez que j'ajoute à la liste de M. Malgaigne), il s'est vu décerner par Mauchart (que M. Malgaigne n'a pas nommé) les honneurs du triomphe; cet auteur l'appelle *sacra anchora, sacrum præsidium*, et en regarde l'efficacité comme incontestable, évidente, prouvée par l'expérience, « par mille témoins. »

D'ailleurs, il ne s'agit pas aujourd'hui de la glorification du séton, ni même de sa justification; s'il élève encore une fois la voix, c'est uniquement dans l'intérêt de la vérité scientifique, historique et pratique, quelque peu obscurcie par ce qui a été dit mardi dernier.

Etablissons d'abord un fait qui fera cesser la logomachie dont la signification du mot séton a été la source. Ce mot, comme l'ont déjà remarqué Glandorp, Mauchard et bien d'autres, a au moins deux acceptions. Dans la première, il est synonyme de mèche, *séta* veut dire, en effet, soie de porc ou crin de cheval (car c'est avec ces substances qu'ont été faites les premières mèches de séton); ce séton-là, celui que l'on place dans le canal nasal, dans une plaie, entre les fragments d'une fracture, nul doute qu'il ne soit d'origine moderne. C'est à tort que Sprengel prétend le retrouver dans Galien, et, sous ce rapport, je partage entièrement l'opinion de M. Malgaigne. Sprengel a été induit en erreur par Guy de Chauliac, qui, traducteur infidèle du texte grec de Galien, à *cum siphone*, a ajouté arbitrairement *vel setone*.

Mais le mot séton a encore une autre signification, et ici je suis obligé de me séparer de M. Malgaigne quand il prétend qu'on n'en trouve pas trace dans la médecine antique; dans cette deuxième acception, *séton* est synonyme d'ulcère sous-cutané à deux ouvertures. M. Malgaigne nie que ce soit là un séton, quoique cette plaie à deux orifices méritât ce nom; il faudrait, suivant lui, qu'un corps étranger fût là pour en entretenir la suppuration. Et comme preuve, il cite les plaies qui traversent un membre de part en part : sont-ce là des sétons, demande t-il. Non, assurément. Mais la raison, on s'est bien gardé de la dire; et cependant elle est facile à saisir : c'est que la plaie traversante est une maladie, et que le séton est un remède. Si demain quelqu'un s'avisait, pour traiter une ophthalmie rebelle, de traverser le tissu cellulaire de la nuque avec le fer ou le feu, il aurait, de l'avis de tout le monde, établi un séton, un séton *volant*, si vous voulez, s'il n'y place pas de mèche.

Ainsi le séton est bien et dûment indiqué dans les livres hippocratiques. C'est d'ailleurs une opinion que je partage avec douze ou quinze auteurs ; je citerai seulement Fienus, M.-A. Severin, Freind, Leclerc, Peyrilhe, Louis.

Mais, dit M. Malgaigne, le prétendu séton d'Hippocrate n'était pas destiné à opérer une révulsion ! Fort bien. Ce qui est positif, c'est qu'il était appliqué dans un but thérapeutique et établi dans les parties saines, et cela me suffit.

Ici, au sujet de la révulsion, M. Malgaigne a émis une assertion qui a lieu de surprendre. Suivant lui, les anciens ignoraient l'idée de la révulsion : il a jeté le gant à quiconque se chargerait de lui montrer dans les anciens une indication de cette idée, à part, disait-il, peut-être, un aphorisme d'Hippocrate et une ligne de Galien! Nier la part des anciens à nos connaissances actuelles sur la révulsion et la dérivation ! Il me semble qu'à ces mots, Hippocrate, Celse, Arétée, se soulèvent de leur tombe pour protester contre les téméraires paroles de M. Malgaigne. Que n'ont-ils pour interprète le talent irrésistible, fécond, inépuisable, qui au palais, dans une circonstance qui l'honore, avait nom maître Malgaigne ! C'est alors que les morts illustres que je viens de nommer tiendraient devant vous un langage digne d'eux ; c'est alors que vous auriez sous les yeux le tableau animé de leur haute intelligence et de leurs longs labeurs! Au lieu de cela, je ne puis vous offrir qu'un simple commentaire pour lequel j'ai besoin de votre indulgence.

Non-seulement nos idées sur la révulsion et la dérivation se retrouvent dans la médecine grecque, mais il n'est pas jusqu'à notre nomenclature qui ne soit la reproduction de la leur. La révulsion, ils l'appelaient ἀντίσπασις de ἀντισπάω, mot dont la signification littérale : tirer en sens inverse, a été rendue en latin par *revulsio* de *revellere*; quant à la dérivation, ils la désignaient sous le nom de παραχέτευσις et μετοχέτευσις dont la traduction littérale est le mot latin *derivatio*. Ces mots se rencontrent-ils rarement dans les ouvrages grecs? Loin de là, ils y fourmillent. Voici cinq à six pages de Galien où j'ai pris soin de les compter, — combien de fois croyez-vous que les termes en question y sont répétés? Trente-trois fois !

Sont-ce là des mots vides de sens? Sont-ce des assemblages de lettres dépourvus de signification précise? Non, Messieurs, c'est toute une doctrine! N'est-il pas admirable de voir les anciens, avec leurs notions si incomplètes d'anatomie et de physiologie, avec leur ignorance de la circulation, élever un monument qui dure depuis plus de deux mille ans ! De leur voir poser des principes qui se retrouvent jusque dans les livres et la pratique des médecins d'aujourd'hui, y compris même les livres et la pratique de M. Malgaigne. (Hilarité.)

Ce que les anciens entendaient par *révulsifs*, ce sont les médicaments qui déplacent ce qui forme la maladie, qui appellent ce principe vers un autre point. La définition que nous en donnons aujourd'hui est identique. Il est vrai que, pour expliquer cette action thérapeutique, Hippocrate et Galien font intervenir les sucs, χύμοι, la pituite φλέγμα. Aujourd'hui, nous l'attribuons au sang, à l'irritation... Peut-être un jour on rira aussi de notre explication ! Quelque incontestable que soit leur théorie, elle n'a pas empêché les anciens de découvrir des faits d'une immense portée et de les systématiser. D'ailleurs, les idées humorales ne sont pas les seules mises à contribution par l'explication du phénomène de la révulsion. (M. Bouvier cite ici un passage du livre des *Régions* d'Hippocrate, où, selon lui, la théorie moderne des sympathies morbides et de la localisation des maladies est très-nettement indiquée.)

L'aphorisme d'Hippocrate : *De duobus doloribus*, etc..., ne s'applique pas seulement à la douleur, comme l'a insinué M. Malgaigne. Le terme employé par Hippocrate n'est pas ἄλγος, ni ὀδύνη, mais πόνος. Ce dernier mot ne signifie pas précisément *douleur*, il a été rendu plus exactement par quelques traducteurs qui disent : *De duobus* LABORIBUS. — Hippocrate, dans plus d'un aphorisme, signale la guérison spontanée de certaines maladies sous l'influence d'une dérivation naturelle : il dit que, dans les ophthalmies, la diarrhée est avantageuse ; que la diarrhée guérit quelque foisquand il survient des vomissements; que le retour des règles fait cesser les vomissements de sang. Il parle de la crise qui s'opère par évacuation de la matière au dehors ou par ἀπόστασις, c'est-à-dire, par dépôt de cette matière dans un point autre que celui atteint primitivement : il admet des érysipèles, des affections articulaires, des gangrènes critiques. De là, à tenter d'imiter des crises naturelles, il n'y avait qu'un pas, et ce pas l'antiquité a su le franchir. Hippocrate et Galien distinguaient la révulsion de la dérivation; la première s'opère dans le voisinage du mal, elle est utile surtout au moment où les humeurs font irruption ; la seconde convient plutôt dans les cas de maladie ancienne et se fait à l'*opposite* du mal, dans une région éloignée du point malade. Les indications de la révulsion et de la dérivation découlent du siége et de la nature du mal ; on les établit sur le sommet de la tête ou sur les côtés, en haut ou en bas. Galien donne à ce sujet de longs commentaires, des préceptes, il cite des exemples nombreux ; il ajoute à la révulsion par en haut et par en bas la révulsion latérale droite et gauche, antérieure et postérieure, extérieure et intérieure, distinctions qui sont reproduites par Oribase. Dans son *Methodus medendi*, Galien reproduit les mêmes idées. Voulez-vous connaître les passages où Hippocrate indique et *nomme* la révulsion et la dérivation? Contre l'inflammation de la luette, il conseille deux ventouses à la nuque ; contre l'angine, les purgatifs ; pour attirer le mal en bas, κατασπᾶν. Souvent il indique les révulsifs sans interpréter leur mode d'action ; ailleurs, il est très-explicite à cet égard ; lorsque les règles sont trop abondantes, il veut que l'on applique des ventouses sur les mamelles, dans le but, ajoute Galien, de produire « une révulsion de l'utérus vers le haut. » Il indique la cautérisation des veines de la tête contre la céphalée chronique, la cautérisation de la cuisse contre la coxalgie.

Et Galien, Messieurs, les idées de révulsion et de dérivation lui sont-elles moins familières? Il veut qu'on fasse précéder les révulsifs d'autres moyens : les ventouses, dit-il, sont utiles dans les douleurs de tête, mais il faut auparavant désemplir l'ensemble du corps; les scarifications conviennent quand il s'agit de combattre un reste de fluxion, mais seulement après qu'on a satisfait à la même indication préalable. Il remarque, en outre, que l'action révulsive trop rapprochée du siége du mal peut aggraver les symptômes, et ce qu'il dit à

ce sujet contient en germe les mêmes idées que M. Gerdy a développées ici.

Parmi les agents de la révulsion, les anciens rangent comme nous les évacuants, les excitants de la peau et des membranes muqueuses; la saignée y tient également une grande place. (M. Malgaigne n'a-t-il pas dit que des saignées révulsives et dérivatives dataient du XVIe siècle?) Il est inutile de dire quelle importance les anciens attachaient à l'emploi du feu; témoin cette question de prix proposée par l'Académie de chirurgie : « le cautère actuel n'a-t-il pas été *trop employé* par les anciens et trop négligé par les modernes. » Hippocrate et Celse cautérisaient les veines de la tête, dans les ophthalmies rebelles; à cela M. Malgaigne objecte, il est vrai, que, par la cautérisation. Celse proposait, non de produire une révulsion, mais d'empêcher l'afflux de la pituite vers les yeux. J'en conviens. Mais ailleurs le même auteur admet très-nettement l'effet révulsif de la cautérisation. Une seule citation suffira. En parlant de la coxalgie, Celse s'exprime ainsi : il est contre cette maladie une dernière ressource, très-efficace aussi dans d'autres affections invétérées, c'est la cautérisation. Comme on établit souvent un ulcère pour appeler au dehors la matière nuisible, il ne faudra pas laisser cicatriser les plaies qui succèdent à cette cautérisation, mais, au contraire, s'efforcer de les entretenir jusqu'à ce que la maladie ait cessé. Ajoutez un pois d'iris, et dites ce qui manque à ces plaies pour être des cautères! Dans la péripneumonie, le même auteur conseille d'appliquer, sur la poitrine, un mélange de sel et de cérat, dans le but, dit-il, d'éroder la peau, et de produire vers l'extérieur un afflux de la matière dont le poumon est accablé. Dans l'angine, il veut que l'on place des ventouses sous le menton pour appeler l'humeur au dehors. Celse, en parlant des ventouses, semble plus partisan de la dérivation que de la révulsion. Il préconise les frictions faites sur des parties éloignées de celles atteintes par la maladie, pour détourner la matière morbide. Il va même jusqu'à conseiller un moyen que je suis loin d'approuver, mais qui mérite cependant d'être cité, parce qu'il est significatif : lorsqu'à la suite d'une fracture, il reste, dit Celse, un cal volumineux et proéminent, il est utile d'appeler de la moutarde sur le membre *opposé*, afin d'obtenir l'érosion de la peau et un afflux d'humeur! Celse parle également des saignées révulsives, mais en partie pour critiquer les assertions de ses prédécesseurs; sur ce point il a devancé les modernes. A la vérité, il n'emploie pas les termes *revellere, revulsio*; mais il les remplace par *evocare*. Les mots *revulsio, derivatio* ne lui paraissaient sans doute pas convenables, comme trop littéralement empruntés au grec; il rend dans la langue de Cicéron les idées d'Hippocrate et de Galien.

Le principe de la révulsion était si connu, si vulgaire même dans l'antiquité, que les auteurs étrangers à l'art de guérir le connaissaient parfaitement. Ecoutez ce passage de Pline l'ancien, où, à propos de la moutarde, il dit qu'on s'en sert en médecine, quand il faut « attirer quelque vice de la profondeur vers la surface. » Je dois la connaissance de ce passage à mon excellent confrère, M. Gillette.

Vous citerai-je Cœlius Aurelianus, qui dit que, selon certains médecins, les flux d'humeur peuvent dissiper les cirrhosités du foie et de la rate; les maladies de la hanche et de la région du psoas, guérir par la cautérisation de la main du côté affecté entre le pouce et l'index? (Secte de Démétrius.) Citerai-je Paul d'Egine, qui, pour dissiper les engorgements de la rate, traversait la peau de l'abdomen en plusieurs points avec un cautère trifide après l'avoir soulevée au moyen de petits crochets?

D'après cela, messieurs, la révulsion vous paraît-elle encore d'origine toute moderne, comme à M. Malgaigne? Depuis Galien jusqu'à M. Littré et à M. Daremberg, il n'est pas un érudit qui ne reconnaisse l'ancienneté de cette médication.

Voici un petit livre que M. Malgaigne ne possède probablement pas : c'est celui de Fienus, auteur peu connu, mais qui, en revanche, a été souvent copié. Dans ce traité *de Cauteriis* se trouve un chapitre intitulé : *An fontanellæ antiquis notœ?* La question est résolue par l'affirmative dans moins de six pages avec une érudition immense. Marc-Aurèle Severin a reproduit cet article en ajoutant de nouvelles preuves à l'appui de la thèse de Fienus.

Et M. Malgaigne voudrait changer tout cela? Qu'il détruise donc nos bibliothèques! Mais non, que plutôt il mette mieux à profit, dans cette circonstance, sa vaste érudition, et en se faisant le brillant avocat d'un paradoxe, qu'auparavant il revoie au moins ses dossiers!

Il nous faut maintenant suivre M. Malgaigne dans les siècles plus rapprochés de nous. Notre collègue conteste que le livre *de Sectionibus*, etc., que j'ai attribué à Rhazès, soit de la plume de cet auteur. La première raison serait que Rhazès y est cité à la troisième personne; — mais M. Malgaigne sait bien qu'il en arrive ainsi, et souvent, dans les livres dont l'authenticité n'est pas douteuse. La seconde preuve, c'est que ce traité ne figure pas dans la liste, faite par un Arabe, des œuvres de Rhazès; mais ce traité est bien court, et il n'y aurait rien de surprenant à ce qu'il eût échappé. Est-il ou non de Rhazès? M. Daremberg pourrait nous le dire.

M. Malgaigne concède bien que c'est Lanfranc et non Guy de Chauliac qui, le premier, a parlé du séton tel que nous l'employons. Mais, suivant lui, Guy de Chauliac serait le premier qui l'aurait appliqué à la nuque. C'est là une erreur manifeste. Voici le texte de Lanfranc : « Sola cutis tangatur (cum cauterio rotundo) superiori in « fontanella colli sub occipitio et etiam PONITUR IBI SETO, et « multum valet ad ægritudines oculorum et capitis nominatas. » C'est bien à la nuque, n'est-ce pas? (Rires.)

M. Malgaigne a mis une certaine malice à rappeler que, bien avant moi, on a apporté au séton ordinaire des modifications analogues à celles que je propose. En consultant les *Mémoires de la Société de chirurgie* de Paris, M. Malgaigne aurait pu trouver un travail, dont je suis l'auteur, et qui en dit plus que le discours de M. Malgaigne sur ces perfectionnements, datant de la Renaissance et du Moyen-Age.

Ambroise Paré, ce bon Ambroise Paré, dont M. Malgaigne nous a donné une si magnifique édition, est, lui aussi, pris à parti par mon implacable adversaire. Paré aurait dit que le séton réussit *toujours*, et c'est là un crime abominable. On pouvait retourner l'argument et faire un crime égal à M. Malgaigne, de prétendre que le séton ne réussit *jamais*. Mais il y a mieux. C'est que le *toujours* incriminé ne se trouve pas dans Ambroise Paré. L'*expérience quotidienne*, dit le grand chirurgien, apprend que sitôt que l'ulcère jette boue, etc. Cela veut dire que le fait est fréquent, mais nullement qu'on le donne comme constant, infaillible!

Quant à l'observation de l'orfévre Paule, malgré la critique railleuse de M. Malgaigne, elle reste avec toute sa valeur.

Les faits cités par les deux Fabrice n'ont point trouvé grâce devant notre collègue, et cela parce que leurs auteurs ont émis des assertions erronées. Mais, à ce titre, il est bien peu d'observations qui mériteraient créance!

A propos des Fabrice, de Gleize et de moi, M. Malgaigne a usé d'un argument plus ingénieux que juste. Il nous a opposé les uns aux autres. Puisque vous préférez, l'un le séton par le feu au séton par l'aiguille, l'autre le séton par l'aiguille à celui par le feu, l'autre le petit séton au gros, etc., c'est que, sous aucune de ces formes, le moyen n'est utile! Conclusion étrange, en vérité. Mais aucun des auteurs mis en présence par M. Malgaigne, pour préférer tel ou tel mode d'application, n'a nié l'efficacité du séton en général, et moi moins que tout autre! C'est ainsi que tombe de lui-même le reproche d'ingratitude envers le gros séton qui m'a été si spirituellement adressé par M. Malgaigne.

Par un autre artifice du même genre, mon honorable collègue a essayé de mettre aux prises les partisans du séton et ceux des cautères. Il a représenté Dionis comme un détracteur du séton; mais Dionis est de notre bord, puisqu'il veut du cautère, et que, ainsi que je l'ai dit à M. Larrey, ces deux moyens sont équivalents.

Tous les exutoires sont susceptibles, suivant la manière dont on les applique, de produire le même degré d'irritation; or, c'est le degré d'irritation qui fait toute la mesure de leur action. Le choix entre eux n'est presque qu'une affaire d'agrément; pour ma part, je trouve plus d'agrément au séton. (Hilarité.) Quant au fond, le cautère et le séton me paraissent également utiles dans les maladies de la tête et dans les ophthalmies, mais je les regarde comme convenant généralement beaucoup moins dans les affections des os et des articulations. Sous ce dernier rapport, je partage à peu près les convictions de M. Malgaigne.

Après les attaques dirigées par M. Malgaigne contre tant d'auteurs illustres, j'aurais mauvaise grâce à me plaindre de la critique à laquelle il a soumis mes observations. Je tiens cependant à déclarer que si je ne les ai pas lues ici, c'était pour ne pas abuser des instants de l'Académie. Je les dépose aujourd'hui sur le bureau; trois semaines se sont écoulées depuis ma première communication, et l'on pourra juger des effets obtenus à l'aide du séton sur mes malades.

Voici, en résumé, quel est l'état de ces enfants :

Sur sept cas, il y a quatre guérisons complètes, proportion que je serais heureux de voir se continuer. — C'est d'abord la nommée *Cornu*, traitée par la chaîne métallique, parfaitement guérie et sortie de l'hôpital (et, soit dit en passant, la chaîne diffère un peu de l'anneau de Gatinaria, rappelé par M. Malgaigne, et dont l'application est très-douloureuse). Inutile de dire qu'aucun autre moyen n'a été

employé concurremment; il y a vingt-cinq ans que nous observons.

C'est en second lieu la nommée *Champonnois*, dont l'ophthalmie durait depuis quatre mois; guérison complète.

Troisièmement, *Laribe*, chez lequel s'est passé le phénomène raconté par Ambroise Paré, *sitôt que l'ulcère jette boue, la vue se clarifie*. Cet enfant était presque aveugle, par suite d'une opacité des deux cornées; aujourd'hui elles n'offrent qu'une teinte opaline, et la vue est excellente.

Quatrièmement, *Canpin*, affecté de conjonctivite, de kératite et de staphylôme de l'une des cornées. Aujourd'hui, plus d'inflammation; à la place du staphylôme, une légère tache sans saillie.

Les trois autres enfants ne sont pas guéris. L'un d'eux est dans le même état qu'au commencement du traitement; l'autre, déjà atteint antérieurement de quatre ophthalmies purulentes, en a contracté une nouvelle depuis l'application du séton; aussitôt des cautérisations ont été pratiquées avec le nitrate d'argent, et aujourd'hui l'inflammation est revenue à l'état chronique. Quant au troisième, j'ai cru un moment à une aggravation du mal sous l'influence du séton, mais cette aggravation n'était qu'apparente : la mèche avait été portée à cinq cordonnets; le pansement provoquait de vives douleurs, de l'agitation et des pleurs, qui me semblent la véritable cause de l'exacerbation observée. Aujourd'hui, les pansements, plus méthodiques, sont très-peu douloureux, et les accidents aigus ont cessé; toutefois, l'enfant n'est pas guéri.

Et maintenant que j'ai mis sous les yeux de M. Malgaigne les preuves de ce que j'ai avancé touchant l'utilité du séton, ne serais-je pas en droit de lui retourner la question qu'il m'a faite? Ne pourrais-je pas lui dire : vous niez l'efficacité du séton, quelles sont vos preuves? où sont vos observations? Qui me dit que le séton ne vous a pas réussi quelquefois, que vous n'avez pas fait de la prose sans le savoir? Vous avez observé des *passants*, des individus qui vont d'un hôpital à l'autre, dont la maladie forcément appartenait à la catégorie des cas rebelles, et ceux que l'on a guéris ne sont pas allés vous trouver.

En terminant, qu'il me soit permis d'exprimer le regret de m'être trouvé en désaccord avec un collègue aussi éminent et qui m'est aussi cher que M. Malgaigne, et le désir de le voir s'unir à moi pour chercher la solution à ces questions si importantes pour la pratique : dans quels cas le séton et les exutoires en général sont-ils utiles? dans quels autres nuisibles? dans quels autres, enfin, inefficaces?

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens vous prier d'avoir l'obligeance de reproduire dans votre journal la lettre suivante, qui a été insérée dans l'*Union médicale*, à propos d'un article que ce journal avait emprunté au *Moniteur des Hôpitaux*.

Agréez, etc.

A M. le Rédacteur en chef de l'*Union médicale*.

Paris, 22 octobre 1855.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre journal, l'*Union médicale*, du 2 octobre dernier, vous avez publié un article relativement au traitement de la couperose par l'iodure de chlorum mercureux. Cet article est à peu près la reproduction d'un Mémoire présenté à l'Académie des sciences par moi et M. Rochard, dans la séance du 1er décembre 1851.

Ce nouveau médicament, dont la découverte appartient à M. Boutigny (d'Evreux), nous a été confié par lui pour en faire l'emploi dans le traitement de la couperose; car, pour être juste, je dois dire que c'est lui qui, le premier, a eu la pensée que cette maladie pourrait être traitée victorieusement par cet agent chimique ; je dois dire encore que j'emploie seulement l'iodure de chlorure mercureux préparé par M. Boutigny lui-même. C'est avec ce modificateur que j'ai obtenu constamment, depuis plusieurs années, de nombreuses guérisons de couperoses, et la plupart m'ont été adressées par d'honorables confrères.

Agréez, etc.

SELLIER.

P. S. J'étais en province lorsque votre article a été publié. Je viens seulement de le lire; sans cette circonstance, vous eussiez reçu immédiatement cette lettre.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Contrairement aux anciens usages, la séance solennelle de rentrée et la distribution des prix n'auront lieu à la Faculté de médecine de Paris que le 15 novembre, à une heure. — Mais les registres d'inscriptions sont ouverts à partir d'aujourd'hui, 2 novembre, et seront clos irrévocablement le 15 à quatre heures.

La séance solennelle est également fixée au 15 pour les autres facultés.

— *Choléra.* —Les journaux de l'Isère et de l'Ain nous apprennent que l'épidémie cholérique qui a si cruellement sévi sur plusieurs localités de ces deux départements, pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, a complétement cessé. Il était impossible que l'infection de communes voisines de notre populeuse cité, n'exerçât pas une certaine influence sur la santé de ses habitants. En effet, nous avons le regret d'annoncer que quelques cas de choléra asiatique ont été constatés, en petit nombre d'abord, puis en plus grand dans les derniers jours d'octobre. Nous espérons, malgré la gravité des cas observés, que nous n'aurons pas à déplorer une plus grande explosion du fléau indien. Nos espérances sont fondées sur les approches de l'hiver, sur la constitution médicale actuelle et surtout sur le privilége dont a joui jusqu'à présent notre industrieuse ville.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

—En vente au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique*; les *Gastralgies*; les *Entéralgies*; la *Dyspepsie*; l'*Hypocondrie*.— Prix : 2 fr.

Sous presse pour paraître très-prochainement : *Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'iodure de fer, et des iodiques en général*, par F. GILLE, pharmacien à Paris, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop de protoiodure de fer inaltérable*. A Paris, chez Labé, libraire, et au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX; prix 1 fr. et 1 fr. 50 c. par la poste. Les abonnés d'un an au MONITEUR DES HOPITAUX recevront gratuitement cet ouvrage.

— Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des *Rétrécissements de l'urètre*, par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — Broch. in-8, avec planche. — Prix : 1 fr. 25 c.

— Leçons cliniques sur les affections cancéreuses, par le même, recueillies et rédigées par le docteur Alexis FAVROT. — Prix : 2 fr.

—*Du traitement curatif du choléra-morbus épidémique*, et de sa prophylaxie, suivi de quelques réflexions sur son mode de transmission, par le docteur Tourrette, de Chambly (Oise). Paris, Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, 1853. Prix, 1 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 132. 3e année. Lundi 5 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Sur la recherche du sucre dans le sang de la veine porte.

Par M. C.-G. Lehmann, de Leipzig.

(*Communiqué par* M. Cl. Bernard.)

Depuis que nous n'avons fait des réflexions, de nombreux documents ont été produits sur la question physiologique à l'ordre du jour. Ces documents se succédant avec une certaine rapidité, il aurait peut-être été un peu fastidieux de les critiquer un à un. Nous en publions donc aujourd'hui une première partie ; en publiant la seconde, nous jetterons sur tous un coup d'œil d'ensemble et nous constaterons l'état de la question.

J'ai déjà dit (1) que, pendant la digestion de la viande, le sang de la veine porte qui pénètre dans le foie ne contient pas de sucre. Comme on a donné à ce sujet des observations contradictoires, il m'a semblé nécessaire de fixer ici la méthode d'investigation qu'il convient de suivre dans cette question de chimie physiologique. Il faudra : 1° établir la méthode chimique à l'aide de laquelle on peut constater, d'une manière rigoureuse et non discutable, la présence ou l'absence du sucre dans le sang de la veine porte, 2° préciser le procédé physiologique par lequel on peut se procurer le sang de la veine porte en quantité suffisante pour l'analyse, en opérant de telle façon qu'on n'obtienne que le sang qui circule normalement dans ce vaisseau.

I. Quant à la méthode chimique que j'ai mise en usage, elle n'est aucunement nouvelle; car je l'ai publiée déjà en 1840, dans la première édition de mon *Traité de chimie physiologique*, et je l'ai employée depuis pour faire mes recherches sur la composition du sang de la veine porte et des veines hépatiques chez les chevaux (2). Cette méthode est basée sur la possibilité de séparer le sucre, aussi bien que possible, par précipitation. Il est, en effet, connu que le glycose, le sucre de canne et le lactose forment avec la potasse une combinaison insoluble dans l'alcool. C'est pourquoi, pour rechercher le sucre dans le sang de la veine porte ou dans tout autre sang, j'opère de la manière suivante : Je traite le sang par l'alcool, et après évaporation de la solution alcoolique, j'obtiens un extrait ou résidu que je reprends de nouveau par de l'alcool assez fort, après quoi j'ajoute à la solution alcoolique une so-

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. X, p. 589.

(2) *Berichte der Kœnigl. Sachs. Gesellschaft der Wissenschaften*, 1850, p. 193.

FEUILLETON.

EXPOSITION UNIVERSELLE.

Instruments de chirurgie et appareils orthopédiques.

Comme tous les hommes qui tiennent tant bien que mal une plume à la dévotion de la vérité, du progrès et du public, j'ai dû avoir l'ambition de porter un jugement sur le grand concours intellectuel dont le monde entier vient d'être témoin, juge et partie aux Champs-Elysées. Mais après de nombreuses visites, nous en sommes arrivés à nous faire l'idée que M. Amédée Latour exprimait il y a huit jours, c'est que tout critique qui voudrait se livrer à un examen sérieux de tous les objets afférents à la science médicale, devrait se résigner à être incomplet sous peine de consacrer à ce travail un temps, une intelligence et un labeur dont probablement personne de nous ne peut disposer. J'avais donc renoncé à rendre compte de la partie médicale de l'Exposition, lorsqu'on est venu m'apporter les appréciations consciencieuses, approfondies, de deux des parties de l'Exposition qui nous intéressent le plus directement, les instruments de chirurgie et les produits pharmaceutiques. Nous avons donc accepté avec plaisir et reconnaissance ces appréciations auxquelles toute erreur n'aura peut-être pas échappé, mais qui nous ont paru faites dans l'esprit de la plus stricte équité. — H. de C.

La coutellerie chirurgicale compte au palais de l'Industrie un petit nombre d'exposants étrangers ; quelques pays seulement ont répondu à l'appel, et, parmi ceux qui y sont représentés, cette spécialité occupe une faible place. L'Angleterre, si renommée pour sa coutellerie en général, compte à peine quelques instruments de chirurgie fort peu importants ; plusieurs suppositions ont été faites à ce sujet ; ainsi, on a attribué cette absence des fabricants anglais à la supériorité incontestable, pour eux du moins, de leurs produits ; cette raison paraît fort peu valable quand on considère les brillantes vitrines des exposants français ; d'autres ont émis une opinion contraire à la précédente, et ont supposé que les fabricants anglais, se déclarant vaincus, ne voulaient pas soutenir la lutte et laisser voir leur infériorité. Quelle qu'en soit la véritable raison, cette absence est plus blâmable que regrettable, et l'exposition française peut largement nous en dédommager.

La France seule compte un nombre assez satisfaisant d'exposants ; les envois de la province sont à peu près insignifiants ; ce sont les fabricants de Paris qui tiennent le premier rang; leurs instruments ont servi de modèles, sauf quelques exceptions, aux autres exposants. Nous commencerons par examiner leurs produits, et notre tâche deviendra plus facile lorsque nous aurons à nous occuper des étrangers.

FRANCE.

L'exposition française est à peu près la seule qui puisse donner une idée du haut degré de perfection auquel est arrivée la coutellerie chirurgicale. Il y a loin de ces élégants instruments aux informes et grossiers outils qui existaient autrefois, et dont nous ne pouvons avoir maintenant une idée qu'en consultant les anciens ouvrages, tels que l'*Armamentarium chirurgicum*, de Scultett, ou les collections hérédi-

lution de potasse caustique dans l'alcool. Alors le saccharate de potasse se précipite en formant une masse déliquescente et très-soluble dans l'eau. La solution aqueuse de cette combinaison donne toujours, avec la potasse caustique et le sulfate de cuivre, une réaction indubitable. Il est vrai que de la solution alcoolique de sucre, traitée par la potasse, il se précipite parfois d'autres matières, telles que du chlorure de potassium, un peu de carbonate de potasse et de matière organique; mais je n'ai jamais observé qu'il en résultât aucun inconvénient pour la réaction. On peut ensuite ajouter, à une autre partie de la solution de saccharate de potasse, de l'acide tartrique, jusqu'à ce que la liqueur montre une légère réaction acide, et l'on obtient la fermentation en mettant la solution en contact avec de la levûre de bière; car je n'ai jamais vu qu'il se précipitât avec le sucre aucune matière qui fût capable de gêner ou d'empêcher la fermentation alcoolique. La méthode que je viens d'indiquer est très-sensible. J'ai pu, par ce moyen, reconnaître du sucre dans de l'urine d'homme où l'on en avait préalablement ajouté seulement un cent millième. A l'aide de cette méthode, j'ai pu souvent découvrir du glycose dans des liqueurs où le liquide cupro potassique ou la levûre ne donnaient directement qu'une réaction douteuse, par exemple dans l'urine d'arthritiques et de tuberculeux, etc. Enfin, je me suis encore assuré que, de même que dans l'albumen des œufs des oiseaux, il y a du sucre dans les ovaires des mammifères, et parfois dans le sang veineux général; mais que la bile ni la salive n'en renferment jamais.

II. Pour ce qui regarde les conditions physiologiques dans lesquelles il faut recueillir le sang de la veine porte, M. Bernard les a suffisamment fixées déjà depuis longtemps. Mais il est arrivé que des auteurs ont négligé d'en tenir compte, ce qui est cependant indispensable, si l'on veut opérer d'une manière irréprochable et se procurer, pour l'analyse, du liquide sanguin qui n'appartienne pas à d'autres vaisseaux qu'à la veine porte. En effet, si l'on fait à un chien vivant, même de très-forte taille, une saignée de 700 grammes ou de 500 à 400 grammes par la veine porte, on se place dans de mauvaises conditions expérimentales, et on obtient un sang qui ne convient pas pour la recherche, ce qui se prouve directement et aussi par les considérations suivantes. On sait que la pression sous laquelle le sang se trouve dans une veine est diminuée lorsque le sang s'écoule par une ouverture faite à cette veine; or, il en résulte que, non-seulement le sang des vaisseaux communiquants, dont la pression est devenue relativement plus grande, s'écoule en plus grande quantité vers l'ouverture, mais il arrive aussi que les liquides contenus dans le parenchyme des organes se répandent, par suite de la loi de la diffusion des liquides, dans le vaisseau dont la pression a été diminuée. En outre, M. Ed. Weber et moi nous avons trouvé que la quantité totale du sang contenu dans un homme adulte ne dépasse pas la *dixième partie du poids du corps;* et, dernièrement, MM. Bischoff et Welcker ont dit que chez les hommes et les mammifères la masse du sang formait la treizième partie du poids du corps. Or, si nous voulions soustraire à un chien pesant 24 kilogrammes (ce qui est sans doute une forte taille), 700 grammes ou même 500 à 400 grammes de sang de la veine porte, il n'est pas permis de croire qu'on aurait recueilli le sang pur de cette veine, car il faudrait admettre, ce qui est invraisemblable, que la quatrième partie du sang du corps est contenu dans le système de la veine porte.

Pour éviter, autant que possible, les inconvénients que je viens de signaler, je n'ai pas fait la saignée de la veine porte sur le chien vivant, mais j'ai tué auparavant l'animal par un coup administré sur la tête, puis j'ai placé, suivant la manière de M. Bernard, une ligature sur la veine porte à l'entrée du foie. Alors j'ai ouvert complétement la cavité abdominale, et j'ai introduit par une petite ouverture faite à la veine porte, un peu au-dessous de la ligature, un tube de verre deux fois recourbé à angle droit. Après avoir fixé ce tube à l'aide d'une ligature, je laissais sortir de la veine, préalablement comprimée par les deux doigts, le sang qui s'échappait par le tube et était recueilli dans un petit ballon de verre. Le cœur faisait encore quelques contractions, et l'accès de l'air, accélérant les mouvements péristaltiques des intestins, faisait qu'une assez grande quantité de sang non coagulé s'écoulait. J'ai recueilli, de cette manière de 35 à 40 grammes de sang sur des chiens de forte taille, et je pense que cette quantité n'est pas trop grande pour croire qu'elle représente le sang tel qu'il circule dans le système de la veine porte pendant la vie de l'animal.

J'ai expérimenté, de la manière qui précède, sur seize chiens qui, après être restés vingt-quatre heures à jeun, mangèrent de la viande de cheval à discrétion, et ils furent tués trois à six heures après le repas. Dans ces seize expériences je n'ai jamais trouvé une trace de glycose dans le sang de la veine porte.

---

taires de quelques médecins de province. Les instruments anciens ont été perfectionnés et mieux adaptés aux usages auxquels ils étaient destinés; d'autres ont été inventés pour pratiquer des opérations nouvelles, et la chirurgie française est redevable à cette industrie d'une partie des importants progrès qu'elle a fait depuis le commencement de ce siècle.

Les exposants de Paris sont au nombre de six : MM. Charrière fils, Lüer, Mathieu, Capron, Daran et Robert.

M. Charrière père est le plus ancien des fabricants de coutellerie chirurgicale; le premier, il s'est occupé de perfectionner les anciens instruments, de les rendre moins lourds et plus faciles à manier; sur les indications des chirurgiens, il a su fabriquer des appareils capables de remplir le but, quelquefois fort difficile, qu'ils se proposaient; à force de travail et de persévérance il est arrivé à des résultats remarquables. C'est dans les hôpitaux, en assistant aux opérations pratiquées par les chirurgiens les plus distingués, que M. Charrière allait chercher les inspirations qui l'ont si bien servi dans l'exercice de sa profession. Après une carrière bien remplie, M. Charrière laisse la place à son fils, qui saura, nous n'en doutons pas, suivre son exemple et marcher sur ses traces.

M. Lüer, travailleur aussi habile que modeste, occupe une place des plus honorables parmi nos fabricants; il a enrichi l'arsenal chirurgical de plusieurs instruments fort ingénieux. Un grand nombre d'autres ont subi entre ses mains des modifications fort simples destinées à en faciliter le maniement. Toutes les pièces qui sortent de ses ateliers se font remarquer par un travail irréprochable qui place M. Lüer à la tête des fabricants français.

M. Mathieu, jeune encore, a franchi en quelques années la distance qui le séparait de ses prédécesseurs, et maintenant il peut déjà marcher de pair avec ceux que nous venons de nommer. Actif et intelligent, il a su triompher des difficultés et se faire une place des plus brillantes dans son art. Il a déjà exécuté un certain nombre d'instruments nouveaux, tant d'après ses propres idées que d'après les indications des chirurgiens, qui, sous ce rapport, sont certains de trouver en lui un aide habile et consciencieux.

Viennent ensuite M. Capron, si connu pour la qualité supérieure de ses lancettes, et M. Robert, le dernier venu, ouvrier intelligent, dont les débuts méritent d'être encouragés.

Les instruments qui composent la trousse ont subi quelques modifications que nous croyons devoir signaler. Récemment on employait, et on emploie même encore des bistouris, dont on fixe la lame ouverte ou fermée au moyen d'un petit coulant mobile dans une rainure des châssis du manche, et s'engageant dans une échancrure pratiquée dans le talon de la lame. Ce mode de fixation avait l'inconvénient de devenir infidèle au bout d'un certain temps, car le coulant, devenu trop vague dans la coulisse, se dérangeait de lui-même, et le bistouri pouvait s'ouvrir ou se fermer sans la volonté du chirurgien. M. Mathieu remplace le coulant par une goupille fixée entre les châssis du manche, et sur lesquels la lame rendue mobile peut être fixée avec certitude. M. Lüer a présenté aussi un autre

Mais on pourrait dire que, malgré l'exactitude de la méthode chimique que j'ai employée, la quantité de sang que j'ai recueillie (55 à 80 grammes) ne suffisait pas pour découvrir de très-minimes quantités de glycose; c'est pourquoi j'ai encore exécuté les deux expériences suivantes : sur trois chiens nourris à la viande j'ai recueilli et réuni le sang obtenu de leur veine porte, ce qui faisait en tout 217 gr. 5 de sang; sur trois autres chiens dans les mêmes conditions, j'ai obtenu, en opérant de la même manière, 192 gr. 7 de sang; mais malgré ces quantités considérables de sang, je n'ai pas réussi à constater dans ces deux cas la moindre trace de glycose dans la veine porte.

Pour me convaincre que lorsqu'on trouve du glycose dans le sang de la veine porte, cela tient à ce que l'on soustrait sur les chiens vivants des quantités de sang trop considérables; j'ai fait, sur un chien pesant 13 kilogrammes, une saignée de 351 grammes à la veine porte, et sur un autre chien pesant 11 kil. 5, une saignée de 211 grammes et sur un troisième, dont le poids était de 14 kil. 5, une saignée de 255 grammes, et je dois dire que dans ces trois cas j'ai constaté indubitablement la présence du glycose.

Les conclusions qui résultent de ces expériences me semblent évidentes ; elles sont que : 1° quand on fait des saignées trop considérables à la veine porte, on ne recueille pas du sang convenable et tel qu'il circule normalement dans le vaisseau pendant la vie; 2° que lorsqu'on se place dans les conditions déterminées pour avoir du sang pur de la veine porte, on n'y trouve jamais de glycose pendant la digestion de la viande.

III. Mais si, pendant la digestion de la viande le sang de la veine porte qui entre dans le foie ne renferme pas de sucre, contiendrait-il une autre matière qui pût facilement être changée en sucre (un glycoside)? M'étant posé cette question depuis déjà bien longtemps, j'ai fait digérer, soit l'extrait alcoolique, soit l'extrait aqueux du sang de la veine porte avec de la diastase ou de la synaptase, puis je l'ai fait bouillir avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou d'acide nitrique. Mais je n'ai jamais réussi à obtenir aucune substance fermentescible. Pendant la digestion de la viande, il ne se forme pas non plus dans l'estomac, ni dans l'intestin grêle, une matière glycogénique (un glycoside). J'ai fait maintes fois les expériences ci-dessus indiquées avec les différents extraits du contenu trouvé dans l'estomac et dans l'intestin grêle des chiens nourris avec la viande, et dans ces cas mon espoir a également été trompé.

Enfin on a émis l'idée que le sang de la veine porte contient une matière qui peut empêcher la fermentation alcoolique. Pour vérifier si cette opinion est exacte, j'ai ajouté à l'extrait alcoolique du sang de la veine porte de faibles quantités de sucre, mais je dois dire que j'ai toujours vu paraître les phénomènes de la fermentation alcoolique comme à l'ordinaire.

Nous devons donc admettre que, pendant la digestion de la viande, il n'y a pas de matière antiseptique dans le sang de la veine porte, et que d'autre part on n'y rencontre pas de trace de glycose par les réactifs les plus exacts. De sorte que si l'on eût trouvé dans le sang de la veine porte une substance rendue fermentescible à l'aide de l'acide sulfurique, il ne faudrait pas penser que le glycose est caché dans le sang de la veine porte par une substance étrangère, mais il serait inévitable, au contraire, de conclure que cette matière est un sucre non fermentescible ou plutôt un sucre copulé, un glycoside, qui est décomposé par l'action de l'acide. Mais nous devons ajouter que si l'on réussissait à découvrir un pareil glycoside dans le sang de la veine porte, loin de combattre la théorie glycogénique émise par M. Bernard, ce fait la confirmerait pleinement, parce qu'on serait bien contraint d'admettre que c'est dans le foie que cette matière est décomposée pendant la vie.

Remarques à propos de la communication de M. Lehmann;

Par M. Cl. Bernard.

L'Académie se rappelle que depuis quelque temps il s'est élevé un débat sur la question de savoir s'il y a ou non du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal carnivore pendant la digestion de la viande. Cette expérience offre, en effet, une importance toute particulière au point de vue de la fonction glycogénique du foie : car pour conclure que le sucre qui se trouve toujours en proportion considérable dans le tissu hépatique, est produit sur place par une sécrétion spéciale du foie, il fallait s'assurer avant tout que le sang de la veine porte qui entre dans l'organe ne lui apporte pas de matière sucrée.

Nous n'avons rien à ajouter après les expériences chimiques et physiologiques de M. Lehmann qui sont si précises et si décisives. Nous nous bornerons seulement à faire remarquer qu'après ce long débat il n'y a absolument rien de changé à la proposition sur laquelle nous avions fondé la théorie de la fonction glycogénique Il reste aujourd'hui établi, comme nous

---

mode de fermeture destiné à éviter également l'inconvénient que nous venons de signaler.

La pince à torsion a aussi subi quelques modifications. Au verrou ancien, M. Mathieu a substitué un mode de fermeture qui permet d'exercer une constriction plus forte et plus sûre. En outre, l'instrument peut être démonté et entretenu avec facilité. M. Charrière a également proposé une pince de ce genre modifiée.

M. Charrière a construit les branches de la pince à pansement de telle sorte qu'elles peuvent être allongées au besoin pour l'arrachement des polypes, etc.

M. Mathieu a placé sur la sonde d'homme ordinaire le ressort de la sonde de Belloc. Ce ressort, de la grosseur d'un stylet, peut être adopté facilement à la sonde, et on se trouve ainsi débarrassé d'un instrument assez volumineux et de peu d'utilité en général.

M. Charrière a appliqué à l'articulation des ciseaux ordinaires le tenon a deux branches, employé anciennement à la réunion des deux branches du tiroir. Mais ce mode d'articulation a l'inconvénient de s'user trop vite, et de ne pas maintenir les deux lames assez serrées.

Amputations. — Les boîtes à amputations ont subi aussi une modification tendant à en diminuer le volume; M. Mathieu est arrivé à ce résultat en rendant les lames de couteau et la scie mobiles sur un manche unique; quelques conditions étaient difficiles à remplir, il fallait un système qui permît de changer rapidement les lames, et qui fût en même temps assez solide et assez sûr pour que le chirurgien n'eût pas à craindre de voir l'instrument se déranger entre ses mains. Voici comment M. Mathieu est arrivé à atteindre ce résultat : le manche reçoit l'extrémité de la lame, qui porte un trou dans lequel doit s'engager une petite broche portée par une branche en acier articulée près du talon de la lame, après le manche dont elle peut s'écarter à angle. Au moment de l'écartement, la lame peut pénétrer dans le manche, et si on réapplique la branche métallique sur le dos du manche, la broche s'emboîte dans le trou de la lame et la fixe solidement.

Maladies des yeux. — La grande mobilité du globe oculaire est un obstacle à la sûre exécution des opérations qui se pratique sur cet organe; aussi bon nombre d'auteurs ont proposé des instruments destinés à le fixer. Parmi ces instruments, nous citerons le crochet à plaque mousse, que l'on place dans le cul-de-sac oculo-palpébral de l'angle externe des paupières; un aide le maintient au moyen du manche, en prenant un point d'appui sur la tempe. Cet instrument a été fait par M. Charrière pour M. Nélaton.

M. Lüer a fait deux instruments destinés au même usage; l'un est une petite fourche à deux branches, la pointe aiguë de chacune est renversée l'une d'un côté, l'autre de l'autre; on implante légèrement l'instrument dans la conjonctive, et par un faible mouvement de torsion, on fixe solidement cette membrane. Cette petite airigne peut être employée avec avantage pour soulever la conjonctive, lorsque l'on veut en faire l'excision. Le second instrument a pour but d'écarter les paupières plutôt que de fixer le globe oculaire; c'est un fil d'argent contourné à la manière d'une serre fixe en forme de ressort; deux petites branches sont introduites rapprochées entre les

l'avions annoncé alors, que chez un animal carnivore le sang qui entre dans le foie ne contient pas de sucre, tandis que celui qui en sort en renferme des quantités très notables, d'où nécessité d'admettre que c'est dans le foie qui se produit la substance sucrée.

Toutefois nous devons reconnaître que la discussion, en appelant de nouveau l'attention des chimistes et des physiologistes sur la question, les a amenés à fixer définitivement les conditions de l'investigation chimique et physiologique, et a rendu désormais impossible toute contestation au sujet de l'existence de la fonction glycogénique du foie, sur le mécanisme de laquelle il peut encore rester des études à faire, mais dont la réalité physiologique est prouvée expérimentalement de la manière la plus positive.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

De l'hydrophthalmie et de son traitement par l'injection iodée.

Par M. Alexis Chavanne,

Docteur médecin praticien, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lyon.

De toutes les méthodes thérapeutiques dues à la science moderne, aucune peut-être n'a reçu autant et d'aussi heureuses applications que l'emploi chirurgical de l'iode et de ses composés. A voir la prodigieuse activité et la hardiesse sans exemple qui ont présidé aux tentatives faites dans ces derniers temps par les chirurgiens surtout, et couronnées des succès les plus nombreux, à voir l'extension considérable vite et solidement acquise par la nouvelle méthode en général, et par la méthode des injections en particulier, on dirait qu'il ne reste plus au précieux métalloïde le moindre coin pathologique à défricher.

Une seule méthode, fille aussi des temps modernes, peut rivaliser avec celle des injections iodées par le nombre de ses applications et de ses succès; nous voulons parler de la méthode sous-cutanée.

Il est facile de voir les liens d'étroite parenté qui unissent ces deux méthodes. Elles sont nées de la même pensée; elles sont sœurs, elles se ressemblent, et dans le fond et dans la forme. Toutes deux se proposent en définitive d'obtenir la cicatrisation, l'adhésion de tissus dans lesquels l'inflammation suppurative serait le plus souvent dangereuse, et dans ce but toutes deux opèrent soigneusement sous la peau, à l'abri de l'air. De plus l'une et l'autre, loin de laisser sur leur passage des traces de mutilation, rétablissent dans beaucoup de cas l'intégrité des parties détruites par un vice originel ou accidentel. L'aînée des deux, la méthode sous-cutanée, a ouvert à l'autre la voie principale du manuel opératoire, celle-ci en a profité; aussi, sans passer par les mille tâtonnements imposés à une méthode naissante, elle n'a eu qu'à marcher de conquête en conquête, et s'est bien vite popularisée dans la pratique.

On injecte de l'iode dans les articulations (hydrarthrose, pyarthrose), dans le péritoine (ascite), dans la plèvre (hydrothorax, empyème), dans l'arachnoïde cérébrale (hydrocéphalie) et spinale (spina-bifida); dans toutes les cavités accidentelles contenant un liquide purulent ou séreux (abcès froids, par congestion, kystes divers, kystes hydatiques, kystes de la thyroïde, de l'ovaire), etc. Enfin, il semble difficile aujourd'hui de trouver une nouvelle application de cette méthode déjà si riche. C'est pourtant une nouveauté de ce genre que nous nous proposons de signaler dans ce Mémoire. Il s'agit du traitement curatif de l'hydrophthalmie par la ponction, suivie de l'injection iodée.

Peut-être avait-on quelques raisons de craindre la pénétration dans l'œil, organe si délicat, d'un liquide aussi irritant que la teinture d'iode, de redouter les conséquences d'une violente inflammation dans une cavité à parois de tous côtés inextensibles, ou dont la distension n'a pas lieu sans des douleurs dangereuses. C'était là des appréhensions légitimes; il fallait le contrôle de l'expérience; il fallait une première tentative. M. le professeur Bonnet, de Lyon, l'a mise à exécution.

Avant d'exposer les deux faits qui servent de base à ce travail, examinons succinctement l'hydrophthalmie au point de vue anatomo-pathologique, et de cette étude ressortira mieux, nous l'espérons, l'indication du traitement de cette rebelle maladie par la méthode mise en œuvre avec succès contre d'autres hydropisies.

On a longtemps confondu, sous le nom d'hydrophthalmie, des affections différentes de nature et de siége anatomique, et qui n'ont qu'un effet commun, l'augmentation de volume du globe de l'œil. De nos jours encore, la plupart des auteurs ne donnent de cette maladie qu'une idée vague ou erronée. Ce-

---

deux paupières; lorsqu'on les abandonne, elles s'écartent par leur élasticité en entraînant chaque paupière.

Nous avons vu également plusieurs instruments destinés à l'extraction de fausses membranes oculaires, consécutives à l'opération de la cataracte; nous signalerons particulièrement l'instrument de M. Nélaton, destiné à aller saisir la fausse membrane et à lui frayer une issue, à travers la sclératique. Cet instrument est formé par une aiguille à deux branches comme les serretelles ordinaires; on la fait pénétrer par ponction dans la sclératique, on dirige la pointe sur la fausse membrane, puis on écarte les deux branches pour la saisir; alors en poussant une petite lame placée sur l'instrument on transforme la ponction en une petite incision destinée à laisser passer la fausse membrane avec facilité. Cet instrument, qui a déjà été employé plusieurs fois avec un plein succès par son auteur, a été construit habilement par M. Charrière.

Parmi les diverses méthodes de traitement de la fistule lacrymale, il en est une qui consiste à ouvrir une voie nouvelle pour l'écoulement des larmes. M. Mathieu a construit pour M. Reybard (de Lyon) une sorte de petit trépan fort simple, destiné à la perforation de l'os unguis.

Amygdalotomie. — L'ablation des amygdales hypertrophiées se faisait autrefois au moyen d'une pince-airigne et d'un bistouri approprié à cet usage. Fahnestock proposa ensuite un instrument agissant à la manière d'une guillotine et destiné à cette opération. Mais l'instrument primitif de ce chirurgien a subi un certain nombre de modifications. Parmi les plus récentes, nous signalerons celle présentée par M. Luër; cependant nous donnons la préférence à l'amygdalotome de M. Mathieu; cet instrument est fort récent, cependant le succès qu'il a obtenu peut nous dispenser d'en donner ici une description. Nous nous bornerons à dire qu'il se manie d'une seule main; en outre, la même main peut enlever, avec une égale facilité, l'amygdale du côté droit et celle du côté gauche.

Staphyloraphie. — Cette opération, dont l'invention ne remonte pas à une époque bien éloignée, est assez délicate à exécuter, à cause de la disposition des parties sur lesquelles elle se pratique. Aussi un certain nombre de chirurgiens ont proposé divers instruments destinés à faciliter le temps le plus difficile de cette opération le passage des fils destinés à la suture, à travers les bords de la division congénitale. Tels sont les instruments proposés par Fauraytier, MM. Sotteau, Smith et ceux de MM. Depierris et Sédillot. M. Mathieu a exposé une aiguille-pince qui porte ces fils, en traversant le voile du palais d'avant en arrière des deux côtés, ce qui permet de faire la suture avec plus de régularité.

Trachéotomie. — M. Mathieu a exposé les instruments dont se sert M. Chassaignac pour pratiquer cette opération suivant son procédé. Parmi ces instruments, nous signalerons la pince destinée à dilater l'ouverture de la trachée pour l'introduction de la canule.

M. Luër a exposé une canule à trachéotomie, munie d'une sorte de soupape qui s'ouvre pour l'introduction de l'air, et se ferme au moment de l'expiration.

(*La suite à un prochain numéro.*)

pendant, l'appellation qui sert à la désigner semble indiquer clairement une espèce d'affection bien connue, bien étudiée dans d'autres points de l'économie où elle est fréquente, hydropisies des membranes séreuses, synoviales et du tissu cellulaire; et c'est à la plupart des moyens thérapeutiques employés dans ces derniers cas, qu'on s'est adressé pour combattre l'hydrophthalmie. A-t-on cru à un épanchement séreux? Non. On a dit, on répète presque partout, que l'hydrophthalmie (hydropisie, hydranose oculaire) consiste dans l'augmentation contre nature de l'humeur aqueuse (hydropisie des deux chambres), et de l'humeur vitrée (hydropisie hyaloïdienne); que dans ce dernier cas l'humeur vitrée est non-seulement accrue de quantité, mais encore désorganisée, fluidifiée. On a distingué plus tard une hydropisie choroïdo-rétinienne (entre la rétine et la choroïde) [Wardrop]; une hydropisie scléroticochoroïdienne, entre la choroïde et la sclérotique (Makensie, Lawrence). Et on a traité de subtilités ces distinctions que nous croyons capitales.

L'étude anatomo-pathologique et l'observation clinique fournissent tout ce qu'il faut pour assigner à l'hydranose oculaire son vrai caractère et sa place dans le cadre nosologique.

L'occasion d'examiner à l'autopsie un œil atteint de l'affection dont nous nous occupons est rare. Dans toutes celles qu'il a pu pratiquer ou dont il a eu connaissance, Scarpa avoue n'avoir jamais retrouvé l'humeur vitrée dans la cavité postérieure de l'œil, mais seulement de l'eau ou de la lymphe sanguinolente. L'illustre chirurgien de Pavie en cite avec détails un exemple qu'on pourrait appelé classique. Nous ne saurions mieux faire que de le rapporter ici en entier.

« J'ai disséqué dernièrement un œil hydropique provenant du cadavre d'un enfant âgé de trois ans et demi, mort de marasme; non-seulement cet œil manquait de corps vitré, et sa cavité propre était remplie d'eau, mais encore la tunique vitrée offrait une substance en partie spongieuse, en partie lipomateuse. Cet œil hydropique était d'un tiers plus volumineux que le sain; la sclérotique, sans être plus mince que celle de l'autre côté, était souple, flasque et séparée de la choroïde; elle s'affaissa, perdit sa forme globulaire. La cornée formant un disque plus grand d'un tiers que celui de l'autre qui était saine, on ne lui distinguait plus cette pulposité naturelle; elle était sensiblement plus mince que celle de l'œil sain. Beaucoup d'humeur aqueuse roussâtre se trouvait entre la cornée et l'iris. Le cristallin avec sa capsule opaque paraissait un peu repoussé en devant dans la chambre antérieure, où il ne pouvait avancer davantage, parce que sa capsule avait contracté une forte adhérence avec l'iris dans les contours de la pupille. Cette capsule ne fut pas plus tôt ouverte que le cristallin s'en échappa, dissous à moitié, très-mou du reste. Sa capsule postérieure ne put être séparée entièrement d'une substance dure qui semblait être la tunique vitrée dégénérée. Je fendis la choroïde depuis le ligament ciliaire jusqu'au fond de l'œil. Il sortit vers la chambre postérieure une quantité considérable d'eau roussâtre, et pas un atome de corps vitré, qui me sembla remplacé par un petit cylindre de substance en partie fongueuse, en partie lipomateuse, environnée de beaucoup d'eau qui s'écoulait par l'axe longitudinal de l'œil, depuis l'entrée du nerf optique jusqu'au corps ciliaire, ou à cette substance dure à laquelle adhérait fortement la convexité postérieure de la capsule du cristallin. Ce petit cylindre était, dans le trajet, de deux lignes et demie, en avant de l'entrée du nerf optique, recouvert d'une couche blanchâtre repliée sur elle-même, comme on voit l'épiploon lorsqu'on le tire en haut vers le fond de l'estomac. Je présume que ce n'était qu'un reste de la rétine désorganisée, puisqu'en versant de l'esprit-de-vin rectifié sur la surface interne de la choroïde et sur ce petit cylindre, je n'ai trouvé aucune trace de rétine sur la choroïde, cette substance blanche, repliée sur elle même, s'étant notablement endurcie, précisément comme il arrive à la rétine plongée dans l'esprit-de-vin : de plus, le cylindre et la substance dure qui tenait lieu du corps ciliaire n'étaient manifestement que la membrane du corps vitré, vide d'eau, et convertie, comme je l'ai dit, en une substance en partie spongieuse, en partie lipomateuse (Scarpa, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduit par Léveillé). »

Voilà un exemple d'hydropisie générale de l'œil; elle occupait les deux chambres, la capsule cristalline et ce qu'on a appelé les corridors périphériques (choroïdo-rétinien et sclérotico-choroïdien). Où était la cavité principale, la cavité centrale, pour ainsi dire, comme l'acite qu'environne l'anasarque le plus souvent engendrée par elle? C'est le segment postérieur de la coque de l'œil, occupé à l'état sain par le corps vitré. Celui-ci, en effet, a disparu, résorbé peu à peu sous la pression de l'épanchement qui l'environne et qui le comprime de plus en plus; sa membrane hyaloïde est ratatinée, pelotonnée sur elle-même; la rétine atrophiée a subi le même sort; elle est déplacée, n'est plus contiguë à la choroïde, dont la sépare le liquide pathologique; elle est comme roulée sur le peloton cylindrique formé par l'hyaloïde veuve de corps vitré. Ces deux membranes réduites à cet état, ressemblent alors au poumon atrophié nageant dans un coin du thorax inondé de sérosités pleurétiques.

Toutes ces circonstances (nous ne parlons que de l'hydropisie postérieure qui est la plus importante, parce qu'elle s'accompagne de désordres anatomiques plus étendus et plus graves, qu'elle détruit sûrement la fonction, qu'elle exige des traitements plus difficiles, et y résiste davantage) ces circonstances, dis-je, montrent donc que l'épanchement a son siége entre la rétine et la choroïde. Ces deux membranes sont séparées à l'état sain par une couche fine de tissu cellulaire lamelleux qu'un anatomiste anglais, Jacob (1818) a décrit sous le nom de membrane séreuse. Quoi qu'il en soit, rien ne répugne à admettre que le liquide surabondant en soit le produit. Nous verrons qu'il a du reste tous les caractères de la sérosité.

Entre la choroïde et la sclérotique quelques anatomistes ont noté également un tissu cellulaire semblable, mais moins évident. Il peut être aussi le siége d'un épanchement, comme l'a observé Scarpa dans l'autopsie que nous avons transcrite plus haut. Du reste, que l'épanchement soit produit par l'une ou l'autre de ces deux membranes cellulo-séreuses, les résultats définitifs sont absolument les mêmes; leur thérapeutique ne saurait être différente, et puis il n'existe pas de signes caractéristiques qui distinguent l'une de l'autre ces hydropisies sur le vivant.

Le liquide épanché dans l'œil hydropique n'a aucun des caractères physiques et chimiques de l'humeur vitrée. Il est ordinairement roussâtre. Cette coloration lui vient sans doute de la choroïde qu'il baigne et qui déteint sur lui. Cette membrane, en effet, a ordinairement perdu de sa couleur foncée. Dans tous les cas, il est tout à fait fluide, et s'écoule sans difficulté par la canule d'un petit trocart (l'instrument de ce genre dont on s'est servi n'avait que trois millimètres de diamètre.)

Il n'en est pas de même pour le corps vitré. Nous avons répété à plusieurs reprises les expériences suivantes, soit sur des yeux de cadavres, soit sur des yeux de bœuf.

Un trocart ordinaire (4 millim. et 2/3 de diamètre) est plongé par la sclérotique dans la chambre hyaloïdienne; pas une goutte de liquide ne s'écoule par la canule. On n'obtient pas même ce résultat en pressant avec une certaine force sur le globe de l'œil. Si on agite en divers sens la canule pour broyer la gelée hyaloïdienne, et qu'on exerce ensuite une forte pression sur l'œil, on ne voit s'échapper de la canule que quelques petits grumeaux de corps vitré.

Un corps vitré extrait intact d'un œil de bœuf est piqué, ponctionné, dilacéré même en plusieurs points, puis suspendu à une érygne; il met près de douze heures à se vider. Le liquide qui s'en écoule très-lentement, goutte à goutte, ressemble à du sirop de gomme.

On voit qu'il y a déjà loin de la fluidité du liquide épanché à celle de l'humeur hyaloïdienne. La viscosité de celle-ci n'est pas le seul obstacle à son écoulement, l'obstacle le plus considérable lui vient de sa disposition au milieu des mailles ou cellules innombrables de sa membrane propre ; le fluide vitré n'y est emprisonné qu'à la manière de l'eau dans une éponge.

L'expérience qui suit donne une idée de cette disposition particulière et des conséquences qui en résultent.

Par la canule d'un trocart plongé, comme précédemment, dans un œil sain, j'injecte une certaine quantité d'eau ; le globe de l'œil grossit immédiatement, se durcit et reste dans cet état. L'eau ne s'écoule pas par la canule (je m'assure avec un stylet que celle-ci n'est pas réellement bouchée). Il faut encore une certaine pression pour en faire sortir une petite quantité mêlée à quelques fragments de corps vitré.

J'ai refait cette expérience avec de l'eau colorée en rouge, et je me suis assuré, en en examinant la masse hyaloidienne extraite avec précaution de l'œil largement ouvert, que l'eau ainsi injectée, pourvu qu'elle soit poussée avec douceur, s'infiltre de proche en proche dans le corps vitré ; on l'y reconnaît à sa couleur ; elle y apparaît par plaques quelquefois séparées elle y est retenu enfin de la même manière que l'humeur hyaloïdienne. On conçoit ainsi qu'elle ne revienne pas tout simplement par la canule.

Pendant ces dernières expériences (injections de liquides colorés ou non), répétées plusieurs fois, il se produit un phénomène non signalé, et dont je ne ferai mention ici qu'incidemment. A mesure que le globe oculaire est distendu par le liquide injecté, la cornée perd instantanément sa diaphanéité ; elle semble se recouvrir d'un nuage ; elle devient uniformément blanchâtre. Une seule goutte du liquide injecté s'échappant au dehors, elle reprend sa transparence presque complète. Si la tension diminue un peu plus, sa transparence redevient normale La même chose a lieu sur le vivant. Nous l'avons pu voir sur le malade de la deuxième observation. Au moment où l'injection iodée était poussée dans l'œil, tous les assistants remarquèrent la cornée blanchissant, comme si elle devenait le siége d'un albugo, puis revenant à son état antérieur, quand on cessait de pousser le liquide médicamenteux, ou qu'il s'en échappait la plus petite quantité, M. Bonnet manifesta alors l'idée que cela devait tenir à la distension et au relâchement alternatifs de la cornée. On vient de voir que l'expérimentation a confimé l'opinion émise par le savant professeur. L'insufflation donne le même résultat. J'ajouterai qu'il n'est pas même besoin pour produire ce phénomène, de distendre le globe oculaire par une injection ou une insufflation. Il suffit, sur le cadavre du moins, de presser fortement l'œil entre les doigts, en deux points opposés en arrière de la cornée. Observerait-on la même chose sur le vivant? Ce que nous avons vu autorise à le croire. Sinon, ce serait là un signe précieux pour constater la mort réelle.

Au point de vue chimique, il n'existe pas moins de différence entre le liquide contenu dans l'œil hydropique et l'humeur vitrée : le premier est fortement albumineux comme la sérosité de toute hydropisie. Nous nous en sommes assuré sur le liquide extrait de l'œil du second malade, et dont la quantité s'élevait à 21 grammes. J'en ai soumis la moitié à l'action de l'acide nitrique, il s'est transformé tout de suite en un magma albumineux. L'autre portion traitée par la chaleur a donné le même résultat.

L'humeur hyaloïdienne, au contraire, extraite goutte à goutte de sa membrane à cellules multiples, et soumise aux mêmes moyens, n'a révélé aucune trace d'albumine. Berzélius (*Chimie organique*, tome VIII, page 453), dit n'en avoir trouvé dans le corps vitré que deux millièmes.

M. Bonnet avait prévu ces différences chimiques, et nous les avait annoncées à l'avance. L'expérience directe n'a fait encore que confirmer son opinion.

L'hydrophthalmie postérieure ou hyaloïdienne ne consiste donc pas, comme on le répète encore, en une augmentation du corps vitré, en un surcroit de sécrétion de cette humeur. Cette humeur, au contraire, disparaît peu à peu, et il n'en reste bientôt plus de traces ; on ne retrouve que sa membrane ratatinée, nageant dans un liquide nouveau, pathologique, qui n'est autre chose que de la sérosité. Nous reconnaissons là tous les caractères de l'hydropisie. Dans une autre catégorie d'affections rentrent les altérations du corps vitré lui-même, son opacité (glaucôme), son ramollissement avec ou sans augmentation de quantité (*synchisis simple, synchisis étincelant*).

Nous tenions à établir qu'il existe une vraie hydropisie de l'œil, comparable aux autres épanchements séreux sous le double rapport anatomo pathologique de la membrane productrice et du liquide produit. On comprendra mieux l'idée du traitement nouveau que nous nous proposons de signaler, et le succès qui l'a couronné et qu'il est permis d'en attendre dans des cas semblables.

Il est facile d'entrevoir les nombreux rapports qui existent entre l'hydranose de l'œil et les autres hydropisies. C'est avec l'hydrocèle que l'hydropthalmie a les points de contact les plus étroits. Toutes deux semblent une affection purement locale ou idiopathique. Ni l'une ni l'autre ne se produit dans l'anasarque la plus considérable. Les causes de leur développement sont également obscures dans le plus grand nombre des cas La vue est bientôt anéantie dans celle-ci ; dans celle-là il arrive, rarement il est vrai, que le testicule s'atrophiant peu à peu, perd à la longue la faculté de sécréter le sperme. Elles n'existent presque toujours que d'un seul côté. La différence des douleurs et la terminaison plus souvent funeste de l'hydropthalmie abandonnée à elle-même, s'expliquent par la différence de la région malade et des régions voisines.

L hydrophthalmie et l'hydrocèle peuvent être également symptomatiques, c'est-à-dire accompagner, la première une dégénérescence des tissus qui composent l'œil (cancer, mélanose), la seconde un sarcocèle, un testicule, tuberculeux. Une tumeur des parois de l'orbite en comprimant et repoussant l'œil et gênant sa circulation propre, peut produire l'hydrophthalmie ; une tumeur quelconque sur le trajet des vaisseaux du cordon qu'elle comprime (épiplocèle, circocèle, etc.), donne aussi lieu fréquemment à l'hydropisie de la tunique vaginale. L'une et l'autre sont souvent congéniales, et il n'est pas rare de voir plusieurs enfants de la même famille atteints d'hydrophthalmie (Juenghen, Ware) ou d'hydrocèle. Celle-ci occupe alors le plus souvent et la tunique vaginale et le cordon spermatique ; l'hydropisie oculaire qui lui correspond est-elle en même temps sclérotico-choroïdienne et choroïdo-rétinienne? Il est propable qu'elle est générale comme dans le cas de Scarpa cité plus haut. Nous manquons à cet égard de documents suffisants.

C'est en comparant les traitements tentés contre l'une et l'autre de ces maladies que nous trouvons peut être les analogies les plus frappantes. Il n'est pas un seul moyen principal, parmi ceux qu'on a successivement essayés contre l'hydrocèle, qui n'ait été appliqué également à la cure de l'hydrophthalmie. Ainsi, comme pour l'épanchement chronique de la tunique vaginale, on a eu recours à des médicaments internes (mercuriaux, fondants, diurétiques, drastiques, etc.), à des topiques astringents, corroborants, vésicants ; à la compression ; à des opérations identiques, dont les unes n'avaient qu'un résultat palliatif : l'évacuation réitérée du liquide par piqûre, incision, ponction, puis l'évacuation suivie de compression (Nuk) ; tous moyens également insuffisants contre l'une et l'autre hydropisie.

On chercha alors à provoquer, après l'évacuation faite, une inflammation adhésive des parois de la poche liquide. Dans cette intention, Wolhouse roulait cinq ou six fois entre ses doigts la canule introduite dans l'œil ; Mauchart plaçait dans la petite ouverture une mince tente de charpie ; plus tard un séton à demeure, traversant l'œil de part en part. Platner y

injecta même un mélange d'eau et de vin tiède. On a incisé largement la sclérotique, on l'a excisée circulairement en y comprenant d'autres membranes intérieures. Scarpa condamne cette opération ; « il l'a vue suivie des symptômes les plus graves, hémorrhagies fréquentes, amas de sang grumelé, inflammations véhémentes du bulbe, des paupières, de la tête; vomissements opiniâtres, convulsions, délire, vie des malades en danger (*loc., cit.*). » Louis (*Mémoire de l'Académie de chirurg.*), Marchand (*Journal de médecine de Paris*, janvier 1770), Terras (*Ibid*, mars 1776) citent des exemples de ce genre. Pratiquer l'extraction de l'œil hydropique, c'est presque faire la castration pour guérir l'hydrocèle.

On voit par ce rapide énoncé que la thérapeutique de l'hydrophthalmie a passé exactement par les mêmes phases que la thérapeutique de l'hydrocèle. Mêmes méthodes, presque mêmes procédés ; mais aussi même insuffisance dans les mêmes cas, mêmes accidents, mêmes dangers.

Cependant le moyen auquel on semble s'être arrêté généralement pour la cure radicale de l'hydrocèle n'a pas encore été tenté contre l'hydrophthalmie. Nous voulons parler de l'injection iodée; et n'y a-t-il pas lieu de s'en étonner, quand cette méthode thérapeutique a été dans ces derniers temps l'objet de tant d'applications nouvelles. C'est qu'on ne se faisait pas une idée anatomo-pathologique exacte de l'hydranose oculaire.

M. le professeur Bonnet a ouvert la voie; il a tenté deux fois déjà la cure radicale de l'hydrophthalmie par la ponction suivie d'une injection iodée, une première fois sans succès au mois de février 1854, mais aussi sans accidents notables; une seconde fois, au commencement de cette année, avec le succès le plus complet. Nous verrons que l'insuccès n'est imputable ni à la méthode, ni à la manière dont elle fut appliquée.

Faisons d'abord la relation de ces deux faits.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Hydrophthalmie; ponction et injection iodée, commencement de guérison — Récidive; débridements de l'œil; amélioration. — Un an après, signes de mélanose. — Extirpation du globe de l'œil suivie de cautérisation au chlorure de zinc. — Guérison.*

Le nommé Antoine Convert, âgé de vingt-six ans, conducteur de diligences, venant d'Ambert (Puy-de-Dôme), entra à l'hôtel-Dieu au commencement de février 1854 (salle Saint-Philippe).

L'œil droit de cet homme présentait tous les caractères de l'hydrophthalmie, augmentation considérable de volume sans bosselures ; cornée moins transparente ; iris immobile, contracté, repoussé dans la chambre antérieure, cécité absolue ; douleurs continues, profondes autour et dans tout l'orbite. Convert aurait reçu deux ans auparavant un coup violent sur le sourcil du côté droit, suivi immédiatement de la perte presque complète de la vue. Un an après l'œil aurait commencé à augmenter de volume dans sa totalité, et les douleurs se seraient fait sentir. M. le professeur Bonnet ponctionna cet œil (25 février) au moyen d'un petit trocart (0 mèt. 0022 millim. de diamètre), et à la place du liquide roussâtre qui s'en écoula incontinent, il poussa dans l'œil un mélange de teinture d'iode et d'eau, parties égales avec addition d'un peu d'iodure de potassium. Le malade ne fut pas endormi. Douleurs vives qui durèrent plusieurs jours; puis l'œil commença à diminuer de volume. Trois semaines après, douleurs violentes, tension de l'œil; on se décide à l'évacuer par une incision pratiquée comme pour l'extraction de la cataracte. Soulagement immédiat. Pendant que la cicatrisation de ce débridement se complète, l'œil augmente de nouveau de volume et les douleurs reparaissent avec leur intensité première. Nouveau débridement et excision des bords. L'amélioration fut plus prolongée. Le malade est rentré cette année (12 janvier) dans nos salles. Son œil toujours volumineux est bosselé, de forme irrégulière. De nombreuses taches noirâtres apparaissent à travers la sclérotique, dans les points où elle est très-amincie et qui forment bosselure. Douleurs profondes, vives, térébrantes. M. Bonnet soupçonna une dégénérescence mélanique ; il pratique (16 janvier) l'extirpation de l'œil qu'on trouve en effet distendu par une masse considérable de mélanose. Ce qui restait du tissu morbide dans la cavité orbitaire fut détruit sur place par la pâte de chlorure de zinc. Enfin, le malade partit guéri, le 3 mars suivant.

On conçoit très-bien pourquoi l'injection iodée n'a eu dans ce cas qu'un succès, ou plutôt qu'un commencement de succès fort éphémère. On était tombé sur une hydrophthalmie symptomatique d'une autre affection plus grave. La mélanose, continuant sa marche fatale, devait reproduire bien vite tout son appareil morbide.

C'était là néanmoins une première tentative ; elle servit d'abord à dissiper quelques appréhensions sur les dangers possibles, immédiats ou consécutifs, d'une injection aussi irritante dans l'œil (excès de douleurs, inflammations véhémentes, etc.). On n'avait pas à s'inquiéter de la fonction, elle est déjà détruite, et l'anatomie pathologique nous apprend que c'est sans retour. Enfin le manuel opératoire était en quelque sorte trouvé. Voici en quoi il a consisté :

Le malade étant couché, la tête un peu élevée (il pourrait être assis sur une chaise sans inconvénients), le chirurgien plonge un trocart délié, à robinet ($0^m,002$ millim. de diamètre), dans le globe de l'œil, à 1 centimètre et demi en dehors de la cornée, au-dessous de l'insertion du muscle droit externe. L'instrument ne doit être poussé qu'à 1 centimètre environ de profondeur. On est averti qu'il est libre à l'intérieur par les mouvements en divers sens qu'on peut lui faire exécuter. La tige aiguë étant retirée, on laisse écouler le liquide épanché; il n'est pas besoin de pression sur l'œil, celui-ci s'affaisse de lui-même, on veille à ce que l'air n'y pénètre pas; dans ce but, on ferme le petit robinet, on s'apprête alors à pratiquer l'injection modificatrice. M. Bonnet s'est servi, comme on l'a vu, d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau et d'un peu d'iodure potassique. Il croit ses proportions suffisantes. L'injection qui a été suivie de succès et que nous rapporterons bientôt, n'était pas composée autrement. Le liquide à injecter est poussé avec douceur, autant que possible, sans secousses; on reconnaît facilement qu'il en a pénétré une quantité suffisante, quand l'œil a repris le volume exagéré qu'il avait avant l'évacuation de la sérosité. M. Bonnet laisse pendant trois minutes la solution iodée dans la cavité oculaire, puis il en fait écouler les trois quarts environ, et laisse l'autre quart dans la cavité pathologique. Puis la canule étant retirée avec douceur, on lotione à grande eau la surface de l'œil pour entraîner le peu de teinture d'iode qui, au moment où on retire la canule, se répand sur la conjonctive oculo-palpébrale. Les paupières sont refermées, et M. Bonnet les recouvre de coton maintenu simplement par un bandage monocle. Tels sont les détails de l'opération. Celle-ci n'a donc rien de bien particulier ni de difficile dans l'exécution.

Enfin, comme nous l'avons dit, le premier pas était fait. Le chirurgien de Lyon ne désespéra pas de la méthode; il se promit d'y recourir de nouveau, aussitôt qu'une occasion plus favorable se présenterait. Elle s'offrit au commencement de cette année, et bientôt la nouvelle méthode de traitement obtint, entre les mains de l'habile chirurgien, le succès le plus complet. En voici l'histoire :

DEUXIÈME OBERVATION. — *Hydrophthalmie. — Injection iodée. — Guérison constatée cinq mois après.*

André Mercier, ouvrier mineur de Saint-Sernin-des-Bois (Saône-et-Loire), âgé de trente-quatre ans, bien constitué, ayant toujours joui d'une bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Saint-Philippe, n° 21), le 14 janvier 1855, pour une maladie déjà ancienne de l'œil gauche. Voici l'état où nous trouvons cet organe :

Le globe de l'œil a presque le double du volume ordinaire ; il fait une saillie assez uniforme dans tous les sens; la cornée est un peu proéminente. Les paupières dilatées à la longue peuvent encore le recouvrir. La conjonctive est généralement injectée, au travers de cette membrane plus vascularisée on voit la sclérotique bleuâtre et noirâtre par place. Une cicatrice d'un demi-centimètre s'y remarque en bas et en dedans ; aux environs de ce point cette membrane paraît plus amincie. La cornée a perdu en grande partie sa transparence, et ne permet de voir qu'incomplétement l'iris repoussé en avant, et la pupille rétrécie. L'humeur aqueuse légèrement trouble empêche aussi de juger des parties profondes de l'œil. Le globe oculaire est encore mobile, mais la vue est complétement abolie. Douleurs peu considérables actuellement.

Voici ce que nous apprenons sur le début du mal et la marche qu'il a suivie. Il y a sept ans, Mercier reçut à l'œil gauche un éclat de paille de fer; le même accident lui était déjà arrivé plusieurs fois sans suites fâcheuses. Mais cette fois, quoique l'extraction du corps étranger fût faite de bonne heure, il se déclara une ophthalmie violente, à la suite de laquelle on vit se développer en bas et en dedans, au point où nous trouvons aujourd'hui une cicatrice, une petite tumeur bleuâtre qui n'était autre chose qu'un staphylome de la sclérotique. On vida plusieurs fois ce staphylome en le ponctionnant avec la lancette; et il se reproduisit toujours. Cependant il avait un

peu diminué et restait stationnaire. Trois ans plus tard le malade s'aperçut que son œil augmentait de volume, et que sa vue diminuait d'autant. Des douleurs vives ne se firent sentir que longtemps après (il y a trois mois), et on peut les attribuer, à en juger par le récit du malade, à une ophthalmie violente survenue à cette époque. Nous avons dit qu'aujourd'hui les douleurs sont moins vives.

La maladie se présentant exempte, autant qu'il se peut, de complication notable, M. Bonnet résolut de traiter cet œil hydropique par la ponction suivie d'une injection iodée.

Le 18 janvier, on procéda à l'opération. Le malade n'est pas éthérisé. Un petit trocart est plongé dans l'œil à un centimètre en dehors de la cornée et au-dessous de la ligne moyenne horizontale. Le liquide qui en sort sans difficulté est de couleur rouge jaunâtre (chocolat clair), la quantité est de deux cuillerées environ. L'œil s'affaisse aussitôt, la cornée se ride. On pousse immédiatement une injection iodée (teint. d'iode et eau partie égale, avec un peu d'iodure de potassium) en quantité égale à celle du liquide évacué. L'œil reprend son volume ; la cornée se tend et présente des alternatives assez singulières d'opacité et de transparence, on dirait d'une lame d'acier poli sur laquelle on souffle à plusieurs reprises (nous nous sommes expliqué plus haut sur ce phénomène). L'iris est fortement repoussé dans la chambre antérieure et touche la face interne de la cornée. Sa couleur est d'un rouge brunâtre. On laisse écouler la plus grande partie du liquide injecté. Le malade accuse des douleurs assez vives mais supportables. Elles étaient plus fortes le lendemain ; le malade les compare à celles qu'il avait éprouvées dans les ophthalmies aiguës survenues pendant le développement de la maladie. Il est impossible de rien apercevoir à travers la cornée, soit à cause de son peu de transparence, soit à cause du trouble plus manifeste de l'humeur aqueuse. La conjonctive est partout enflammée.

Les choses se passèrent ensuite très-simplement. L'ophthalmie aiguë s'éteignit peu à peu, ainsi que les douleurs ; l'œil commença à diminuer de volume, et quand le malade partit le 26 février suivant (cinq semaines après l'opération), le volume primitif était réduit d'un tiers.

Désireux de connaître le résultat définitif de cette application nouvelle de l'injonction iodée, nous nous adressâmes au médecin de la petite ville où se rendrait le malade, le priant de vouloir bien observer ce qui surviendrait et de nous en faire part. Notre obligeant confrère, M. le docteur Moutton, à Epinac (Saône-et-Loire), m'écrivit ce qui suit à la date du 18 juin (cinq mois après l'opération).

« Epinac, le 18 juin.

« Monsieur et honoré confrère,

« Vous m'avez fait l'honneur de me demander, il y a quelques mois, des renseignements sur un malade que vous avez eu quelque temps dans vos salles de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Je veux parler d'un nommé Mercier, mineur, âgé de 34 ans, atteint d'une hydrophthalmie de l'œil gauche, que M. le professeur Bonnet a opéré le 18 janvier dernier par la ponction suivie d'une injection iodée. Jusqu'à ce jour l'état de l'œil n'était pas assez certain pour qu'il fût permis d'assurer que la maladie ne récidiverait pas. De temps à autre reparaissaient des douleurs très-vives accompagnées d'inflammation de la conjonctive; mais aujourd'hui tous ces accidents sont dissipés. L'œil opéré a diminué beaucoup de volume, et n'est plus que de la grosseur d'une petite noisette; toute trace d'inflammation a disparu, la cornée est complétement opaque, et l'individu ne se plaint que de quelques élancements, qu'il ressent à des intervalles plus ou moins éloignés du côté de la tempe et de l'arcade orbitaire.

« En somme, la cure me paraît radicale, et je regarde cette observation comme d'un haut intérêt, à cause du procédé nouveau qui a été employé et du succès qui l'a couronné.

« Agréez, Monsieur, etc. « Al. Moutton, D. M.,

« Médecin en chef des houillières d'Epinac. »

Il n'est pas besoin de faire ressortir les heureux résultats de cette opération. Le malade a guéri sans passer par les risques de la suppuration ; sans délabrement anatomique considérable, et avec le moins de difformité possible, avantages qui ne sont à dédaigner dans aucun cas et dans celui-ci en particulier.

On dira sans doute : c'est là un fait unique ; peut-il à lui seul servir de base à un nouveau mode de traitement? Nous répondrons que ce fait, quoique unique, emprunte à la méthode employée un caractère de généralité incontestable. Il rentre dans la grande famille des guérisons d'hydropisies par l'injection iodée. Il n'a en effet rien d'empirique, rien d'imprévu. Il est né, non d'un *remède* nouveau, mais de l'application nouvelle d'une grande méthode thérapeutique légitimée par la plus sévere analogie. Dans tous les cas il est au moins encourageant, et nous ne doutons pas que, l'attention des chirurgiens étant appelée sur ce point, d'autres cas de ce genre ne viennent bientôt se joindre à celui-ci.

Des considérations et faits qui précèdent, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

I. Contrairement à l'opinion générale, l'hydrophthalmie dite postérieure ou hyaloïdienne, ne consiste point en une hypersécrétion de l'humeur vitrée. Cette humeur finit au contraire par disparaître en totalité.

II. L'hydrophthalmie est un véritable épanchement séreux comparable aux autres hydropisies, sous le double rapport anatomo-pathologique de la membrane productrice et du liquide produit.

III. Les traitements employés jusqu'à ce jour contre cette maladie rebelle sont ou insuffisants ou dangereux.

IV. L'œil réellement hydropique se trouvant transformé en grande partie en une cavité close, en un kyste fibro-séreux, le traitement reconnu et vanté à juste titre comme le plus efficace contre ce genre de maladie lui est dès lors applicable.

V. Le raisonnement légitime la nouvelle application de la méthode des injections iodées à la cure radicale de l'hydranose oculaire.

VI. Enfin, l'expérience a montré que ce mode de traitement est efficace contre l'hydrophthalmie, et autorise son introduction dans la thérapeutique de cette affection.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La *Revue médicale* consacre un chapitre de son dernier numéro à une polémique contre l'*Union médicale*, dans laquelle les deux journaux *modérés* élèvent leur diapason à un ton que n'a jamais atteint, avec des adversaires honorables, l'*ultra Moniteur des hôpitaux*. Mais ce n'est pas là de quoi nous voulons nous ingérer. A propos d'un reproche qui lui est adressé par M. A. Latour, la *Revue médicale* croit devoir informer ses lecteurs que la syphilisation trouva un orateur libre dans l'Académie, et « *un journal* libre *dans la presse;* » il est entendu que ce journal est la *Revue médicale*; et le mobile de cette *liberté*, puisque liberté il y a, « *c'est que la* Revue médicale *ne dînait pas chez M. Ricord* » On ne saurait, comme on voit, se donner à soi-même, avec moins de façon, un certificat de vertu, tout en infligeant aux autres une patente d'immoralité. Il est seulement fâcheux que l'auteur ait tourné la phrase de manière à laisser croire que s'il avait eu le plaisir de dîner chez M. Ricord, la *Revue médicale* aurait été moins *libre*. Avis à notre spirituel maître, adversaire et ami. Quoi qu'il en soit, la *Revue médicale* sera sans doute bien aise d'apprendre : 1° que M. Malgaigne dîne chez M. Ricord; 2° que le *Moniteur des hôpitaux* n'a jamais eu ce plaisir, et que s'il l'avait eu, il n'en eut pas moins accueilli la syphilisation, si la syphilisation lui en avait paru digne; s'il ne l'a point accueillie, c'est donc uniquement pour être fidèle à son programme, que la *Revue médicale* doit connaître, c'est-à-dire :

1° Parce que, au point de vue scientifique, la syphilisation est une piraterie;

2° Et qu'au point de vue pratique, elle est une banque et une monstrueuse absurdité.

Puisque l'occasion se présente de causer un instant avec la *Revue médicale*, car nous n'aurions pas pris la parole pour un si léger motif, elle trouvera sans doute juste que nous la priions de vouloir bien indiquer la source des faits scientifiques qu'elle nous empruntera, au moins quand ces faits auront une importance quelconque. Dans son avant-dernier fascicule, la *Revue* a annoncé avoir reçu du Brésil une lettre annonçant l'apparition du choléra dans ce pays, etc. Or, la *Revue* ne peut ignorer qu'elle n'a reçue aucune lettre du Brésil, et que les remarques dont cette lettre est suivie sont textuellement copiées dans le *Moniteur des hôpitaux* auquel elles appartiennent.

Les sentiments d'équité dont la *Revue* est animée rendront sans doute inutiles de plus longues explications.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé chez Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 133. 3e année. Mercredi 7 Novembre 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Des effets toxiques de la saumure.

La saumure qui, pour une certaine population de tous les pays, n'est qu'une solution de sel commun, entre comme condiment dans l'alimentation des animaux domestiques et même dans celle de l'homme. Dès lors les questions qui se rattachent à cette substance n'intéressent pas seulement le vétérinaire, mais encore le médecin. Cette double considération n'a échappé à aucun des médecins vétérinaires qui ont pu observer les effets du résidu de la salaison des viandes et des poissons sur les animaux domestiques ; elle a été rappelée également par M. Reynal dans le travail consciencieux qu'il a lu dernièrement à l'Académie de médecine (voir *Monit. des hôpit.* nos 62, 63 et 64 de la présente année).

L'eau salée et le résidu des salaisons mélangés dans les aliments des porcs ou répandus sur les fourrages destinés au bétail, surtout au petit, sont d'un usage tellement accrédité dans les campagnes, qu'on n'aurait pas osé, il y a quelques années seulement, leur attribuer une action vénéneuse ou même nuisible, quoique des médecins vétérinaires aient remarqué des phénomènes d'intoxication à la suite de leur emploi. Les traités de pathologie de Kreutzer, Fuchs, etc., réunissent un certain nombre de faits d'où découle l'action vénéneuse de la saumure, les expériences de M. Reynal et les observations suivantes tendent à confirmer ces conclusions.

En 1851, M. Adam, alors vétérinaire à Hersbruck, avait publié, dans le journal de médecine vétérinaire (*Central zeitg. f. die gesammte veterinmed.* p. 158), douze cas d'empoisonnement qui étaient attribués à la saumure. Cependant il régnait encore beaucoup de doute dans l'esprit de l'auteur, sur les effets toxiques du résidu des salaisons et il se demandait si les accidents qu'il constatait n'avaient pas été occasionnés par un poison organique puisé dans les aliments végétaux? Ce n'est qu'après avoir rencontré depuis, dans des circonstances semblables et avec des lésions cadavériques absolument comparables, les mêmes symptômes d'intoxication chez un certain nombre de porcs que l'auteur a acquis la conviction qu'il s'agissait dans l'un comme dans l'autre cas d'un empoisonnement par la saumure.

M. Adam, aujourd'hui vétérinaire municipal à Augsbourg, nous apprend que dans une brasserie de cette ville, treize porcs dont cinq étaient âgés de huit mois et huit de six mois, étaient réunis par deux ou par trois dans des étables très bien construites et engraissés avec le résidu de la fabrication de la bière, étendu d'eau. Cette alimentation profitait surtout aux

FEUILLETON.

EXPOSITION UNIVERSELLE.

Instruments de chirurgie et appareils orthopédiques.

Par M. JULES ROUYER.

Trocarts, seringues à injections. — M. Charrière et M. Mathieu ont exposé des trocarts modifiés et simplifiés. Une modification fort ingénieuse de celui de M. Mathieu permet d'y adapter très-facilement un tube de baudruche destiné à agir comme soupape pour empêcher l'introduction de l'air. Cette disposition permet, en outre, d'éviter l'emploi de robinets qui se détériorent rapidement sous l'influence de l'iode. M. Mathieu adapte à l'extrémité du trocart une petite boule de caoutchouc que l'on fait agir comme une ventouse pour aspirer les liquides contenus dans les tumeurs que l'on ponctionne avec l'instrument.

Il existe divers modèles de seringues pour les injections iodées ou autres. M. Charrière a exposé le modèle proposé par M. Jules Guérin et déjà employé depuis longtemps. M. Mathieu a construit récemment une nouvelle seringue qui peut offrir plusieurs avantages pour l'évacuation des collections de liquide de diverse nature; l'instrument est muni de deux canules; l'une de ces canules est ajustée, comme dans les seringues ordinaires, à l'extrémité du corps de pompe, l'autre es placée au bout de la tige du piston et lui sert de poignée. Cette tige est creuse et communique avec la seconde canule. Deux soupapes formées par de petites tiges de cuivre non fixées sont placées, l'une dans la canule du corps de pompe, l'autre dans le piston lui-même. Cette disposition permet d'aspirer d'une manière continue le liquide contenu dans la cavité à évacuer; ce liquide arrivant dans le corps de pompe sort par la canule du piston et ne séjourne pas dans l'instrument. Lorsqu'on a retiré tout le liquide, il reste à faire l'injection : pour cela on retourne la seringue et on place dans le trocart la canule du piston; et si l'on fait communiquer la première canule avec le liquide à injecter, au moyen d'un tube de caoutchouc, on obtient ainsi une injection continue. Le corps de pompe est très-petit, puisqu'il agit seulement comme un tube où le liquide passe d'une manière continue. Cet instrument est d'un maniement facile et permet d'agir plus rapidement.

Ventouses. — M. Mathieu a exposé des ventouses fort simples. Ce sont des demi-sphères creuses en caoutchouc, dont les bords sont soutenus par un cercle métallique. Pour les employer, on déprime le fond avec le pouce, et on applique le bord sur la peau ; le fond se relève peu à peu en laissant un espace où existe le vide.

M. Capron fabrique un appareil du même genre permettant d'obtenir un vide plus complet. Sur une cloche en verre, comme les ventouses ordinaires, on monte, au lieu de corps de pompe, une boule en caoutchouc munie d'une soupape qui permet à l'air de sortir et l'empêche de rentrer. Après avoir appliqué la cloche en

cinq porcs plus âgés, tous cependant mangeaient avec beaucoup d'appétit même encore alors que cette substance douçâtre était entrée en fermentation par suite des chaleurs du mois de mars.

Le 29 avril dernier on retire de salaison la viande provenant de quinze porcs, et le résidu, qui forme environ 15 litres (12 mauss) de saumure, est versé dans le tonneau qui sert à opérer le mélange du résidu de la fabrication de la bière avec l'eau pour composer la nourriture des porcs.

Le lendemain, le porcher remarque que deux porcs, enfermés dans des étables différentes, montrent peu de goût à manger, quoiqu'ils soient encore assez gais. A midi, le même jour, tous les porcs avaient à peu près perdu l'appétit. A son arrivée, à une heure, Adam en trouve quatre dans un état de vertige très-prononcé : ils sont assis sur leurs jambes de derrière comme des chiens, s'appuyant sur leurs pieds de devant, qui se trouvent écartés, et ils exécutent des mouvements de mastication qui amènent de l'écume sur leurs lèvres ; puis ils sont pris de violentes convulsions, tombent sur le flanc, et leurs quatre membres se roidissent avec de légères secousses. Peu après, ces phénomènes disparaissent, les porcs se relèvent, changent de place lentement et en conservant la tête baissée, leur état vertigieux persiste toujours et avec une intensité telle, qu'ils se heurtent la tête contre les murs. Après une demi-heure, chez d'autres une heure et demie, les mêmes paroxysmes reparaissent avec une durée croissante, de manière qu'ils restent étendus même pendant les rémissions, qui ne sont reconnaissables que par la cessation des mouvements convulsifs. Ils finissent par ne plus pouvoir se lever, leur respiration est calme et profonde et ils ne font entendre aucune plainte. La peau a une teinte uniforme, ne présentant pas de taches, soit rougeâtres, soit bleuâtres; la température est normale et uniforme ; la muqueuse buccale, nasale et palpébrale, sont d'un rose pâle; les yeux sont brillants, les pupilles dilatées, les bruits du cœur faibles à 80 pulsations par minute ; il n'y a plus de déjections alvines; le train postérieur est plus particulièrement affaissé.

L'animal qui paraît le plus malade est tué par la section de la carotide ; le sang est d'un rouge sombre ; il se coagule rapidement ; le caillot se sépare distinctement du sérum, qui est d'un blanc sale et luisant ; la chair musculaire est ferme et d'un rouge brun ; le lard est d'un beau blanc. L'estomac est distendu considérablement par une masse chymeuse épaisse. La muqueuse, qui est d'un blanc sale, recouverte d'un pus de nuance grisâtre, coloré de jaune verdâtre vers le pylore, présente des taches rouges dans cette dernière portion. Dans le duodenum, la muqueuse est également parsemée de plaques rouges ; le gros intestin contient des matières solides, durcies même dans le rectum, la muqueuse est sèche et enduite d'une mucosité gluante. Le foie, la rate, les reins et la vessie ne présentent rien de particulier. Les poumons ont une coloration de rose vif et sont crépitants ; le cœur ne renferme qu'une petite quantité de sang coagulé; l'endocarde est pâle et luisant ; les sinus sont médiocrement distendus par du sang ; la substance cérébrale fortement infiltrée, présentant çà et là un aspect sablé, paraît avoir une consistance moindre qu'à l'état normal.

Deux autres porcs sont encore atteints dans la même journée et tués avec les quatre précédents quand tout espoir de les sauver est perdu. L'examen des cadavres montre chez tous à peu près les mêmes désordres : les particularités signalées dans la masse du sang et la sécheresse de la muqueuse intestinale sont constantes.

La viande de ces porcs, qui avait très-bon aspect, a été mangée par des personnes, soit à l'état frais, soit après salaison, et l'on n'a eu à signaler aucun accident.

Les sept autres porcs parmi lesquels se trouvaient les cinq plus âgés n'ont pas présenté de phénomènes aussi alarmants, quoi qu'ils aient manqué d'appétit pendant quelques jours.

Comme traitement, on a employé tout d'abord un vomitif composé de tartre stibié et d'hellébore blanc; on a administré aussi des lavements; il n'y a eu que peu de vomissements et chez deux porcs seulement ; mais les plus grands avantages ont été obtenus au moyen d'aspersion d'eau froide sur tout le corps.

Le vétérinaire allemand fait remarquer en outre que, toutes les fois qu'il a été appelé pour des cas d'empoisonnement par la saumure, c'était pendant la saison des chaleurs quoique les salaisons soient beaucoup plus fréquentes en automne et en hiver. Il croit trouver là un nouvel argument en faveur de la théorie qui attribue la nature toxique de la saumure à la présence d'un acide gras engendré sous l'influence de la chaleur.

Les accidents d'intoxication qui surviennent chez les porcs ne sont pas toujours reconnus, et, parmi ceux qui le sont, il y a un certain nombre qui sont attribués au principe toxique de la viande fumée, à des plantes vénéneuses, mais assez rarement au résidu de la salaison des viandes et des poissons,

---

verre sur la peau, on presse à plusieurs reprises la boule en caoutchouc; on chasse par ce mouvement l'air, qui se raréfie de plus en plus dans l'appareil. Ensuite on tourne un robinet qui isole les deux parties et on peut retirer la boule.

Ces appareils sont très-simples et ingénieux, et peuvent être employés de préférence aux anciennes ventouses.

Varicocèle. — M. Charrière a exposé la pince à gouttière dont M. Nelaton se sert pour la guérison radicale du varicocèle par la méthode de la cautérisation. Cette pince est formée par deux plaques s'écartant l'une de l'autre, non pas en formant un angle, mais en restant parallèles, de telle sorte que la constriction est la même aux deux extrémités de l'instrument : une de ces branches est fenêtrée et façonnée en manière de gouttière. On place entre ces deux plaques le paquet de veines variqueuses, et on remplit la gouttière de pâte de Vienne ; on obtient après une application de dix minutes environ, une escarre linéaire dont la chute a lieu quinze à vingt jours après.

Maladies des femmes. — Nous trouvons chez les divers exposants différentes sortes de spéculums fenêtrés. Celui de M. Lüer est très-ingénieux et pourra être utilisé dans certains cas.

Nous avons remarqué également deux airignes de M. Lüer ; elles sont destinées à aller saisir les polypes utérins, lorsqu'on se propose d'opérer sur ces tumeurs : elles peuvent être appliquées également à d'autres usages. L'une est en grand l'instrument dont nous avons parlé pour fixer le globe oculaire ; une autre airigne du même fabricant a l'avantage de ne pas présenter de pointes aiguës, et elle peut être portée avec sécurité dans les cavités profondes. M. Mathieu a proposé une airigne qui présente le même avantage ; elle se compose de deux branches que l'on peut introduire successivement, et articulées ensuite à la manière d'un forceps. Chaque branche porte trois dents droites qui sont cachées par une petite tige d'acier transversale ; de telle sorte que l'extrémité est mousse au moment où on l'introduit. Quand on a placé les deux branches de chaque côté de la tumeur et qu'on les a articulés, on fait descendre la petite tige transversale, qui découvre alors les trois pointes et s'incline du côté de la tumeur dans laquelle elles s'implantent solidement. Cette pince airigne a été construite par M. Mathieu sur les indications de M. Robert.

Accouchements. — Parmi les instruments employés pour les accouchements, nous avons remarqué un perce-crâne d'un nouveau modèle construit par M. Charrière, pour M. Hipp. Blot. Cet instrument, destiné à remplacer les ciseaux de Smélhe, est d'un maniement plus sûr et évite l'emploi d'une gaîne protectrice lorsqu'on l'introduit dans le vagin.

M. Lüer a appliqué au céphalotribe un mécanisme fort simple pour opérer le rapprochement des branches. Il a conservé la vis cylindrique de l'ancien céphalotribe, et a substitué à la manivelle un simple écrou à deux ailes peu volumineux.

Le même fabricant a ajouté au forceps ordinaire une modification simple et ingénieuse qui permet de l'employer au même usage que le forceps-scie de M. Van-Huevel. On peut adapter ce système à un

parce que les médecins vétérinaires le voient si souvent et si généralement entrer dans l'alimentation des animaux domestiques sans donner lieu à des phénomènes d'empoisonnement, qu'ils ne savent encore s'expliquer l'action toxique de la saumure. La plupart rejettent actuellement l'idée de l'intervention d'un principe délétère particulier, ils pensent que le sel marin, qui fait la base de cette substance, suffit à lui seul pour expliquer les cas d'empoisonnements qui se produisent. Comme M. Reynal croit avoir réfuté victorieusement cette théorie, déjà émise et professée par Fuchs, nous pensons qu'il voudra l'examiner de nouveau, au creuset de l'expérience, quand il apprendra que le professeur Hering, dans son compte rendu sur l'état de la médecine vétérinaire en 1854 (*Const. Jahb. Thierhk. Wurzbg.*, 1855), l'appuie sur de nouveaux faits empruntés à Gerlach. Des porcs qui ont bu de l'eau salée dans laquelle on avait lavé des poissons sont devenus malades; une autre fois, on faisait prendre quotidiennement à un porc 60 grammes de sel commun, celui-ci mourut le troisième jour. On a vu, après avoir donné à une vache une forte dose de sel de cuisine (c'est un peu vague), qu'elle est morte dans des convulsions avec de la diarrhée et un grand amaigrissement.

Les auteurs allemands Hering, Kreutzer, Guerlach, Adam, etc., recommandent dans les cas d'empoisonnement par la saumure, outre la saignée, du vinaigre ou du lait caillé à l'intérieur, mais ils comptent surtout sur la réaction par l'eau froide à l'extérieur, sur la médication hydrothérapique.

Dr B. S.

Observation de péricardite avec épanchement, traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée.

Par le docteur F.-A. Aran,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(*Communiquée à l'Académie de médecine.*)

L'observation que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie est un exemple, probablement unique dans la science, de péricardite avec abondant épanchement, traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée. N'aurait-elle pour conséquence que de mettre hors de doute l'innocuité des injections iodées pratiquées dans le péricarde, c'est-à-dire dans la cavité séreuse, que la chirurgie a attaqué jusqu'ici avec le plus de réserve, cette observation offrirait déjà un certain intérêt. On sait, en effet que, tandis que l'iode a été injecté, sinon avec des succès constants, au moins sans danger, dans la plupart des membranes séreuses, péritoine, plèvre, arachnoïde cérébrale et spinale, cavités articulaires, le péricarde a été respecté. Eh bien! l'observation suivante montre que les craintes qui ont empêché jusqu'ici de recourir à ces injections pour le péricarde, comme on l'a fait pour les autres membranes séreuses, ne sont nullement fondées. L'iode peut donc être injecté sans danger dans le péricarde; les épanchements péricardiaques peuvent être traités par les injections iodées comme les épanchements des articulations, de la plèvre, du péritoine. Ainsi se trouvent vérifiées les prévisions de l'illustre chirurgien qui a attaché son nom à la méthode des injections iodées, M. le professeur Velpeau, qui n'a pas hésité, dès l'abord, à comprendre le péricarde parmi les membranes séreuses susceptibles d'être traitées par les injections iodées.

Mais l'observation suivante me paraît offrir un intérêt plus grand encore au point de vue de l'opération elle-même. Regardée jusqu'à ce jour comme une opération hasardeuse, la ponction du péricarde me paraît, au contraire, avec les précautions que l'expérience m'a suggérées, pouvoir être pratiquée non-seulement sans danger, mais encore avec autant de facilité et de simplicité que la ponction du thorax et de l'abdomen. C'est là ce que je désire surtout démontrer dans cette communication, et je demande, par conséquent, à l'Académie la permission d'entourer de quelques détails les preuves à l'appui.

Le malade qui fait l'objet de cette communication est un jeune homme de vingt-trois à vingt-quatre ans, fondeur en métaux. D'une constitution assez chétive et assez délicate, ce malade n'a jamais eu en sa vie d'autre affection grave qu'une pleurésie du côté gauche avec épanchement abondant, pleurésie pour laquelle il est resté un mois dans mon service à la fin de l'année 1854. Sorti de l'hôpital Saint-Antoine en assez bon état, le 21 novembre dernier, il s'est aperçu un mois après d'une douleur vers la troisième ou quatrième fausse côte gauche avec un peu d'oppression et quelques palpitations de cœur en travaillant. Cette douleur a persisté jusqu'à la belle saison; les chaleurs en ont fait justice. Ce jeune homme se trouvait, par conséquent, assez bien portant, lorsque, vers le milieu de juillet dernier, il a été pris de fièvre, de céphalalgie, de cour-

---

forceps quelconque, et le retirer ensuite de manière à ramener l'instrument à son état primitif.

Sur l'indication de M. le docteur Campbell, M. Charrière a adapté au petit forceps anglais dont l'application est plus facile dans certains cas, un système d'allongement pour les branches qui permet de l'employer comme un forceps ordinaire.

M. Mathieu a exposé un appareil en caoutchouc destiné à provoquer l'accouchement prématuré suivant la méthode de Kivisch, par les douches utérines. Cet appareil a déjà été employé avec succès à la Clinique d'accouchements de Paris. Il est beaucoup moins volumineux et d'un prix moins élevé que l'irrigateur Eguisier, dont l'entretien est d'ailleurs fort difficile.

Signalons enfin, pour ce qui est relatif à la pratique des accouchements, une petite pompe destinée à former le mamelon, dans les cas où cet organe est effacé ou est trop peu saillant, pour que l'enfant nouveau-né puisse exercer la succion. Ce petit instrument, fort simple, a été fait par M. Mathieu pour M. le docteur Dehons.

Maladies des voies urinaires. — Cette partie de l'arsenal chirurgical est une des plus encombrées; il existe une multitude de lithotribes plus ou moins modifiés et perfectionnés; les urèthrotomes abondent également; et généralement ces modifications sont inspirées par tout autre mobile que l'amour de la science. De nombreuses réclamations s'élèvent pour la priorité de l'invention, jusqu'à ce qu'un juste abandon de l'instrument en litige vienne rendre oiseuse toute discussion à ce sujet.

Nous nous bornerons seulement à signaler quelques instruments, parmi ceux qui nous ont été exhibés à l'Exposition universelle. M. Mathieu a exposé un instrument pour l'extraction des épingles courbes ou droites introduites dans la vessie. Cet accident, qui se présente encore assez fréquemment, particulièrement chez des jeunes filles, embarrasse assez souvent les chirurgiens; l'extraction de ces corps étrangers est très-facile et sans danger avec l'instrument imaginé par M. Mathieu. C'est un crochet solide que l'on fait arriver dans la cavité vésicale, en le conduisant à travers une canule droite. Quand l'épingle est saisie, on tire le crochet jusqu'à ce qu'il soit arrêté au bord de la canule par l'épingle qu'il retient: alors, au moyen du pignon, on attire le crochet qui fait plier l'épingle et l'entraîne dans la canule par où on la fait sortir; on n'a plus alors qu'à retirer la canule qui, seule, est restée dans la vessie et l'urètre. Cet instrument a déjà été employé plusieurs fois avec succès.

Un autre instrument exposé par M. Mathieu, et fabriqué par lui pour M. Leroy, est destiné à l'extraction des fragments de sonde, ou de corps analogues qui ont pénétré dans la vessie. M. Lüer a exposé un instrument du même genre, beaucoup plus simple, ainsi qu'un tire-fond qui sert à retirer ces mêmes corps lorsqu'ils sont encore dans l'urètre et n'ont pas pénétré entièrement dans la vessie.

M. Charrière a construit des brise-pierre à écrou brisé; cette modification permet de faire agir les deux branches de l'instrument de deux manières différentes. Ainsi on peut faire marcher graduellement la branche mâle sur la branche femelle, au moyen d'un mouvement de vis, ou bien on peut obtenir des mouvements plus étendus

bature, mais surtout de douleurs au-dessous du mamelon gauche, de palpitations de cœur et de dyspnée.

A son entrée dans mon service, le 29 juillet, il ne pouvait y avoir de doutes sur l'existence d'une péricardite avec abondant épanchement. D'une part, le malade était en proie à un état fébrile très-violent (chaleur intense à la peau, céphalalgie, soif vive, 116 pulsations); de l'autre, les signes locaux étaient des plus caractéristiques : douleurs lancinantes dans le quatrième et le cinquième espace intercostal gauche en avant, augmentant par la pression; sensibilité également très-vive à l'épigastre sous la pression de la main; matité précordiale considérablement augmentée, commençant supérieurement au-dessus de la troisième côte, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne synchnoïde sternale droite, mesurant enfin 12 centimètres verticalement, et 14 centimètres transversalement; impulsion du cœur très-difficile à percevoir; bruits du cœur sourds et éloignés.

La constitution chétive de ce malade, l'époque déjà ancienne à laquelle avaient probablement commencé les accidents du côté du cœur, ne m'encourageaient pas à employer chez lui un traitement antiphlogistique bien énergique. Il avait d'ailleurs du dévoiement depuis huit jours, et l'état tant soit peu douteux de la poitrine dans laquelle l'oreille percevait, prinicipalement du côté gauche, des râles sébilants disséminés, ne m'engageait pas davantage à recourir aux émissions sanguines d'une manière un peu large. Je me bornai donc à l'application de six ventouses scarifiées le premier jour, à l'administration du calomel à petites doses à l'intérieur, et, dans le but de hâter la salivation, je prescrivis des frictions mercurielles trois fois par jour sur la partie antérieure de la poitrine.

Cette médication n'eut aucun succès. Vainement je la fis aider par l'application successive de deux larges vésicatoires volants sur la région précordiale. Non-seulement les accidents ne furent pas arrêtés, mais l'épanchement faisait tous les jours des progrès, et avec lui la gêne de la respiration et de la circulation. Trois jours ne s'étaient pas écoulés que le pouls devenait faible, irrégulier, inégal, extrêmement fréquent. Il y eut même un moment où le pouls était en discordance complète avec les bruits du cœur perçus à la région précordiale. Je continuai les mercuriaux avec persévérance ; mais à peine si je parvins à influencer légèrement les gencives.

Le caractère de plus en plus menaçant des accidents me mit bientôt dans la nécessité de prendre un parti. Le 7 août dernier, à la visite du matin, j'appris que la journée de la veille et la nuit précédente avaient été affreuses : le malade avait failli suffoquer et avait passé la nuit assis dans son lit. Il avait 40 respirations, et le pouls irrégulier, intermittent, inégal, extrêmement faible, battait 120 fois à la minute. Cette gêne de la respiration et de la circulation n'était que trop expliquée par les signes locaux : la matité s'était étendue en dehors et à droite du sternum de 4 centimètres, et mesurait de 14 à 16 centimètres dans le sens transversal, 12 centimètres dans le sens vertical ; silence complet des bruits du cœur inférieurement ; absence d'impulsion, refroidissement du foie de haut en bas à gauche et sur la ligne médiane.

Que faire ?

Continuer les mêmes moyens, mais leur insuccès était certain.

Recourir à l'emploi des antiphlogistiques ; mais la faiblesse du malade constituait une autre indication formelle ; et d'ailleurs, il fallait apporter à son état un soulagement immédiat, sous peine de le voir périr en quelques heures.

Je me décidai à ponctionner le péricarde.

Mais ici, nouvelles difficultés. J'avais le choix entre trois procédés, celui de Riolan, qui consiste à pénétrer dans le péricarde à travers le sternum en trépanant cet os ; le procédé de Larrey, dans lequel on enfonce le trocart de haut en bas et de droite à gauche dans l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et les fausses côtes gauches, en pénétrant par la partie inférieure du péricarde, et le procédé attribué à tort à Senac, qui consiste à faire pénétrer le trocart à travers le quatrième ou le cinquieme espace intercostal jusque dans la cavité du péricarde. Je me décidai pour ce dernier, qui a été mis en usage avec succès par le savant président de l'Académie, M. Jobert (de Lamballe), dans un fait publié, il y a deux ans, par MM. Trousseau et Lasègne. Je n'étais cependant pas sans inquiétude sur le résultat d'une ponction pratiquée avec un trocart ordinaire et dans le but de prévenir un malheur possible, je substituai, comme je l'ai déjà fait avec succès pour les ponctions des kystes hydatiques du foie, je substituai, dis-je, un trocart capillaire au trocart ordinaire. De cette manière, je me sentais plus fort, convaincu que j'étais qu'une ponction des parois du cœur avec un trocart capillaire ne serait pas suivie d'une hémorrhagie immédiatement mortelle dans le péricarde. Mais n'y avait-il pas moyen de se mettre plus sûre-

et faire glisser simplement la branche mâle sur la branche femelle. Un faible mouvement de rotation imprimé à un écrou permet d'obtenir à volonté ces deux modes de progression de la branche mâle.

M. Mathieu a également fabriqué des brise-pierre à écrou brisé d'un méanisme plus simple que le précédent ; aussi l'instrument peut être démonté et remonté avec plus de facilité.

M. Lüer a exposé un instrument destiné à dilater les rétrécissements de l'urètre ; il agit de la même manière que le dilatateur de Perrève, mais il est plus simple et fonctionne plus méthodiquement.

Maladies des artères. — M. Lüer et M. Mathieu ont imaginé des pinces modifiées destinées à porter des ligatures sur les artères situées profondément dans les parties molles. La pince de M. Lüer est semblable aux pinces ordinaires, mais l'extrémité qui correspond aux mors est plus élargie et se termine en forme de cône; on fait glisser l'anse de fil sur cette partie conique de l'instrument, et elle tombe sur l'artère. M. Mathieu ajoute à la pince à torsion un cône mobile que l'on peut retirer ou remettre à volonté. M. Lüer, en outre, a exposé un instrument pouvant remplacer l'aiguille de Deschamps, et qui porte rapidement une anse de fil autour du vaisseau et ramène les deux chefs de la ligature au dehors ; ces instruments peuvent être employés utilement dans certains cas.

Le traitement des anévrysmes compte un certain nombre de méthodes diverses : une des moins dangereuses, la compression, est depuis quelque temps employée de préférence par les chirurgiens ; l'emploi de cette méthode présentait plusieurs inconvénients qui forçaient quelquefois à y renoncer. Quelques-uns peuvent être évités au moyen de compresseurs bien construits; MM. Charrière et Mathieu ont exposé diverses modifications de l'instrument de Carte, employé un des premiers, et qui présentait un grand nombre d'imperfections que ces deux fabricants ont cherché à faire disparaître. Le compresseur de M. Mathieu permet de mouvoir la pelote dans tous les sens ; on la fixe ensuite dans la position qu'elle doit avoir, et elle est maintenue par une pression élastique.

Maladies des os. — Parmi les instruments destinés à agir sur le squelette, nous avons remarqué des pinces-gouge, des ostéotomes de de M. Lüer, instruments très-solides et jouissant d'une grande force. Le même fabricant a exposé un instrument en forme de pince, qui est employé pour la réduction des luxations des doigts.

M. Mathieu a construit pour M. Laugier un petit appareil destiné à pratiquer des saignées sur les os : le tissu osseux est perforé au moyen d'un petit trépan ; ensuite, avec une petite ventouse, on aspire le sang qui pénètre dans un tube destiné à le recevoir. Le trépan du même appareil peut servir à perforer les os pour passer la scie à chaîne dans les résections.

(La suite prochainement.)

ment encore à l'abri de ce grave accident. C'est ce à quoi je pensai pouvoir arriver avec les précautions suivantes :

La circonférence du péricarde fut circonscrite par une série de lignes concentriques de percussion, aboutissant vers le cœur des divers points de la poitrine, et la forme de la matité ainsi dessinée avec soin, je cherchai avec l'oreille à limiter la zone dans laquelle le silence des bruits du cœur était complet, celle où on commençait à les percevoir, et celle où on les entendait d'une manière très nette. Complétement éteints dans la partie inférieure de la matité, reparaissant, mais sourds et éloignés dans le quatrième espace intercostal en dedans du mamelon, les bruits du cœur laissaient donc une zone assez étendue dans laquelle on pouvait, à la rigueur, plonger le trocart d'avant en arrière sans courir le risque d'intéresser le cœur. Pour plus de sûreté, je choisis dans le cinquième espace intercostal, à 2 ou 3 centimètres de la limite externe de la matité, un point au niveau duquel j'incisai la peau avec une lancette, et enfonçant lentement le trocart de dehors en dedans et un peu de bas en haut, j'arrivai en deux temps, après avoir retiré le stylet intérieur une première fois sans voir sortir de liquide, j'arrivai, dis-je, dans le péricarde, et l'écoulement saccadé du liquide dans les premiers instants, ne me laissa aucun doute à cet égard.

Cette ponction avait été faite en moins de temps certainement que je n'en ai mis à la décrire, mais ceux-là seuls qui pratiqueront cette opération pour la première fois comprendront l'anxiété que j'ai éprouvée dans les premiers moments et la satisfaction très-vive, le soulagement extrême que j'ai ressenti en voyant s'échapper le liquide. Nous retirâmes par le trocart environ 850 grammes d'une sérosité rougeâtre, transparente. Le liquide coula d'abord par jets saccadés, puis en bavant; mais le malade nous aidait à évacuer le liquide par les efforts qu'il prolongeait autant que possible, tant le soulagement était marqué. La percussion suivait l'abaissement de la matité à mesure que le liquide coulait et l'auscultation faisait percevoir les bruits du cœur de plus en plus nets, sans frottement; le pouls lui-même devenait plus plein, plus régulier et moins fréquent; de 120 pulsations, il était descendu à 96 pulsations par minute.

J'aurais pu m'en tenir à une simple ponction palliative; je pensais que je devais tenter davantage pour le malade, et, fort des succès que j'avais obtenus dans la pleurésie, je pratiquai avec précaution une injection iodée composée de 50 grammes d'eau, 15 grammes de teinture d'iode et 1 gramme d'iodure de potassium. Je n'étais certainement pas rassuré au sujet de cette injection Qu'allait-il arriver? Que n'a-t-on pas dit, en effet de la sensibilité excessive du péricarde!... Contre toute attente, l'injection ne fut pas même sentie; après quelques minutes, je laissai sortir quelques grammes de liquide et je fermai la plaie avec des compresses graduées et un bandage de corps.

Les suites de cette ponction furent des plus simples; mais le liquide se reproduisit et avant peu le malade avait perdu en grande partie ce qu'il avait gagné à l'opération. La respiration devint plus gênée, le pouls plus fréquent et irrégulier; la matité qui avait paru d'abord diminuer augmenta surtout dans le sens transversal. Voussure très évidente; battements du cœur très-profonds; bref, le 19 août, douze jours après la première ponction, j'en pratiquai une seconde, également dans le cinquième espace intercostal et en suivant exactement le même procédé. Je donnai issue ainsi à 1,050 grammes d'un liquide verdâtre, fortement albumineux, rappelant beaucoup la bile pour sa coloration; le liquide coula comme dans la première ponction par jets saccadés en commençant et plus tard en bavant; le malade, soulagé par l'écoulement du liquide, nous aidait par des efforts qu'il nous fallait réprimer dans la crainte de laisser pénétrer l'air dans le péricarde; il y pénétra cependant après l'injection iodée, à laquelle nous donnâmes cette fois une plus grande force (eau distillée et teinture d'iode, de chaque 50 grammes, iodure de potassium 4 grammes), et que nous laissâmes ressortir en presque totalité. Nous pûmes, par conséquent constater chez notre malade l'existence de ce signe curieux de l'hydro-pneumo-péricarde, dont nous devons la description à M. Bricheteau, d'une espèce de bruit, de gargouillement, de clapotement, analogue à celui que fait entendre une pompe brassant de l'air et de l'eau dans une même cavité. La région précordiale était ainsi après l'opération, le siége d'une sonoréité tympanique très-évidente.

Les suites de cette deuxième ponction ne furent pas moins simples que celles de la première; mais le soulagement fut plus marqué encore. En quelques heures, le bruit de gargouillement, la sonoréité tympanique avaient disparu du péricarde. Mais l'épanchement avait commencé à se reproduire dès le soir même de l'opération. Jusqu'au 21 août, la matité paraissaite n voie d'extension ; le 22 elle resta stationnaire, et à partir du 25, elle commença à diminuer transversalement et par en bas. Bientôt les bruits commencèrent à être perçus, quoique faibles à la pointe du cœur, et à dater du 28 août, la matité ne dépassait pas la ligne médiane en dedans, le mamelon en dehors, la troisième côte supérieurement,

Malgré cette marche en apparence si favorable de la maladie, ce jeune homme n'était pas au bout des dangers qu'il devait courir. L'affection de poitrine dont il était atteint à son entrée à l'hôpital ne restait pas stationnaire : à mesure que les accidents paraissaient se calmer du côté du cœur, les signes d'une tuberculisation pulmonaire devenaient de plus en plus évidents, principalement dans le poumon gauche, dans lequel nous avions noté, dès les premiers temps, des signes de phlegmasie. Ce n'est pas tout : vers la fin de septembre, de l'œdème se montra autour des malléoles, et les jours suivants l'enflure envahit le scrotum, les membres inférieurs, les parois thoraciques et abdominales.

Grâce à la jeunesse et probablement aussi grâce à l'emploi de vésicatoires volants appliqués en très-grand nombre sur la poitrine, ainsi que des bains de vapeur, l'œdème a complétement disparu depuis la fin d'octobre ; peu à peu, également, les phénomènes thoraciques ont paru s'amender, les forces sont revenues avec l'appétit, la respiration a repris sa liberté, et sauf de la toux qui persiste encore la nuit, le malade pourrait se croire entièrement guéri d'une affection qui l'avait conduit aux portes du tombeau. Ai je besoin d'ajouter que les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire persistent encore au milieu de l'amendement si remarquable survenu dans l'état général et local de ce malade.

Dans un travail dont je prépare en ce moment la publication, je me propose d'examiner d'après les faits qui existent dans la science, et d'après quelques observations qui me sont personnelles, la valeur relative des divers procédés opératoires recommandés pour l'ouverture artificielle du péricarde, en même temps que je m'efforcerai de faire ressortir la sûreté et la facilité d'exécution du procédé que je propose et que j'ai mis en pratique chez le malade de l'observation précédente. Mais je n'ai pas voulu tarder plus longtemps à publier un fait qui témoigne aussi hautement en faveur de la ponction du péricarde, et de l'injection iodée dans le cas d'épanchement péricardiaque. Je serai heureux si la publication de ce fait encourage quelques-uns de mes confrères à tenter une opération, appelée, dans ma conviction, à sauver la vie des malades, presque inévitablement voués, sans elle, à une mort prochaine, et dont l'exécution n'offre d'ailleurs, je le répète, ni plus de difficultés ni plus de dangers que la ponction du thorax ou de l'abdomen.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital du Midi. — M. Vidal (de Cassis).

Affection gangréneuse de la verge, d'une joue et d'un bras.

J'ai présenté à la Société de chirurgie un malade de l'hôpi-

tal du Midi, dont l'histoire a plus d'un intérêt : elle peut être utile à l'étude des diathèses; elle soulève des questions de diagnostic de la plus grande importance. Je la commenterai à ce point de vue, c'est-à-dire dans un intérêt pratique.

Voici d'abord l'observation, telle qu'elle a été recueillie par M. P. Boncour, mon interne.

Observation. — Beltrami (Antoine), fumiste, âgé de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatique, d'une faible constitution, mais n'ayant jamais été malade, contracte une blennorrhagie, dans les premiers jours de septembre 1854. Une légère rougeur se manifeste au pourtour du méat, sans la moindre érosion ni sur le prépuce, ni sur le gland, que le malade découvre très-facilement. L'émission de l'urine détermine une douleur vers l'extrémité de la verge seulement.

Beltrami ne fait aucun traitement, continue son travail, et se livre avec excès aux boissons alcooliques. Bientôt la verge augmente de volume, devient rouge; le gland est très-enflammé; aucune sécrétion. Beltrami entre alors à l'hôpital de Nantes. Il prend des pilules de Sédillot, fait des lotions de sublimé. Aucune amélioration ne se manifeste, et au bout de trois à quatre jours la verge devient entièrement noire, se couvre d'ulcérations qui se réunissent, et à la fin du premier septénaire elle est complétement détruite.

Deux mois après, le malade quitte l'hôpital, tout étant parfaitement cicatrisé. — Il reprend ses travaux qu'il vient continuer à Paris. — Son habitation est saine, bien aérée, sa nourriture bonne, sa santé parfaite.

Le 24 septembre 1855, il entre à l'hôpital du Midi, service de M. Vidal, salle 10, n° 17.

La verge n'existe plus. A la racine des bourses se voit un petit bourgeon charnu, à l'extrémité duquel se trouve le nouveau méat. Au pourtour existent quelques petites ulcérations dues sans sans doute au contact de l'urine.

Sur la joue, tout à fait au-devant de l'oreille, on voit une vaste ulcération de la largeur environ d'une pièce de 5 francs. Ses bords sont taillés à pic, son fond est rougeâtre. Beltrami raconte qu'à la place de l'ulcération existait une tumeur dont il fait remonter l'origine au 9 septembre 1855, c'est-à-dire un an après l'affection de la verge. Cette tumeur, dure à la pression, indolente, sans changement de couleur à la peau, atteint en huit jours le volume d'une grosse noix. Il n'y a pas d'engorgement ganglionaire. On applique quelques cataplasmes ; la tumeur se ramollit et se détache en masse de la circonférence au centre.

M. Vidal prescrit 1 gramme d'iodure de potassium et un pansement avec la poudre de camphre. Sous l'influence de ce traitement, le fond de l'ulcération se comble, prend une couleur rosée, et la plaie marche vers la cicatrisation.

Le 3 octobre, à la visite du matin, on s'aperçoit d'une eschare (le malade l'avait cachée jusqu'alors) situé à la partie supérieure de la face postérieure et un peu externe du bras, presque au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde. Elle est complétement séparée à sa circonférence, et ne tient plus que par son centre, au moyen d'adhérences qui sont excisées. Il reste alors une vaste et profonde ulcération, comme à la joue, de 65 millimètres de long sur 35 de large. Le fond est très-rouge, les bords taillés à pic et décollés.

L'ulcération est pansée avec la poudre de camphre.

Beltrami, malgré son infirmité et l'existence de cette affection, jouit d'un moral excellent, ne se plaint d'aucune douleur, et réclame toujours de nouveaux aliments. — Les fonctions digestives s'exécutent facilement, sans avoir jamais présenté le moindre trouble. Il a des désirs vénériens, comme chez un homme de son âge et bien portant.

Ainsi voilà un homme qui se présente à l'hôpital du Midi avec une verge emportée, et ayant des ulcérations au pubis, là où était la racine de cet organe. Cet homme a eu des rapports avec une femme suspecte ; il a fait des excès alcooliques. L'idée d'une gangrène ayant compliqué un chancre et détruit la verge devait surgir d'abord. On pouvait penser aussi que l'ulcération de la joue était chancreuse, et le résultat d'une inoculation du pus fourni par l'ulcération du pubis. Mais le symptôme vénérien n'a été qu'une blennorrhagie. Or je ne sais si l'on a observé la gangrène de la verge comme complication de l'uréthrite. Cette gangrène survient ordinairement à la suite de chancres du prépuce, du gland, et, en général, chez des sujets qui découvrent peu ou ne découvrent pas. Alors, à la suite d'un excès alcoolique ou de tout autre excès, on voit apparaître la gangrène qui frappe une partie plus ou moins considérable du prépuce du gland et abat même toute la verge, dans certaines circonstances, rares, à la vérité. C'est ce que dans nos livres nous appelons chancre gangréneux. Ou bien le chancre revêt la forme serpigineuse, et finit quelquefois par opérer la même destruction. Les ulcérations du pubis pouvaient faire penser à cette dernière complication, car le début de l'affection datait d'une année, et le chancre gangréneux ne persiste jamais autant; il se répare, en général, avec une grande promptitude. Le chancre phagédénique serpigineux, au contraire, s'éternise quelquefois, et reste des années inoculable. Mais, d'une part, nous avons vu les ulcérations du pubis se réparer avec une grande promptitude, sous l'influence de la poudre de camphre et des soins de propreté, et nous avons vainement cherché l'engorgement ganglionnaire du cou, qui coïncide si fréquemment avec les chancres de la face. De sorte que déjà nous nous éloignions de l'idée d'un chancre aux parties génitales inoculé à la joue. Nous l'abandonnâmes complétement quand il nous fut permis de constater l'état du bras, dont le malade n'avait pas encore parlé. A la partie supérieure du membre thoracique gauche, nous trouvâmes une plaque gangréneuse, une eschare comme celle qui serait produite par la potasse caustique avec laquelle on aurait voulu établir un cautère, et qu'on aurait laissée longtemps. L'observation contient les détails relatifs à cette troisième poussée de la gangrène. Cette dernière constatation fut pour nous un trait de lumière, et nous fûmes convaincus qu'il s'agissait là d'une diathèse gangréneuse ayant coïncidé, à son début, avec une blennorrhagie.

M. Bretonneau, qui voulut bien suivre une de nos visites dans un de ses trop rares voyages à Paris, n'a pas connu ce dernier détail. Aussi, malgré sa perspicacité, et peut-être à cause de sa perspicacité et de sa prudence, cet éminent praticien resta-t-il dans le doute. Il dit seulement : *Nescio vos*. Si ces lignes lui parviennent, son doute disparaîtra.

Mais ne pourrait-on pas admettre une affection vénérienne tardive? Ces ulcérations de la joue, du bras, ne pourraient-elles pas être le résultat de la fonte, de l'élimination d'une tumeur gommeuse? J'ai examiné aussi cette opinion, et je ne l'aurais pas reproduite ici, si, dans le sein de la Société de chirurgie, elle n'eût trouvé un chaud défenseur. M. Huguier, en effet, pense qu'il pouvait bien exister là un accident tardif de la vérole, une tumeur gommeuse, un de ces tubercules sous-cutanés dont l'élimination s'opère à la faveur d'une mortification de la peau. Mais d'abord, ici il n'y a pas eu tumeur. A en juger par la lésion du bras, il s'agissait d'une *large plaque* gangréneuse qui ne soulevait pas la peau ; au contraire, la surface était surbaissée. Après l'élimination de la portion mortifiée, il n'est resté aucune apparence de kyste, comme on l'observe après l'élimination des tumeurs gommeuses. D'ailleurs, cette dernière élimination est toute partielle ; la peau est percée sur plusieurs points. Ici, au contraire, l'eschare a été promptement détachée et tout d'une pièce. Enfin, la gomme étant une affection syphilitique tardive, profonde, se trouve précédée par d'autres lésions plus superficielles, plus précoces, par des syphilides. Je sais que cet accident intermédiaire peut manquer ; mais, en général, on l'observe. La non-existence de la syphilide, sans être une preuve péremptoire contre l'idée de la gomme, doit cependant venir corroborer les autres preuves que j'ai fournies.

Conclusion : il ne s'agit pas ici d'une affection syphilitique; c'est une affection gangréneuse qui paraît diathésique.

Je ne puis terminer sans revenir sur le moral du malade. On sait le profond chagrin des malheureux qui perdent la verge par une opération. Ce chagrin va quelquefois jusqu'à un désespoir qui conduit au suicide. Eh bien ! notre malade a supporté cette mutilation, il la considère avec une indifférence qu'on ne saurait imaginer. Et cependant il a des désirs véné-

riens, des rêves érotiques voluptueux avec émission de sperme. A cette insensibilité morale se joint une grande insensibilité physique, car la douleur a été nulle dans les trois atteintes de gangrène. Je dois dire que ce malade, sans être un fils de Voltaire des mieux venus, n'est cependant ni crétin ni idiot.

(*Gaz. heb.*

CORRESPONDANCE.

Lettre à M. Lehmann, *professeur à l'Université de Leipzig, à propos de son Mémoire sur la présence du sucre dans le sang de la veine porte.*

Monsieur, vous avez adressé à l'Académie des sciences de Paris un *Mémoire sur la recherche du sucre dans le sang de la veine porte.* Le juste crédit qui s'attache à vos travaux m'impose l'obligation de vous adresser quelques remarques sur les conclusions qu'il faut tirer de vos recherches.

Le résultat général de vos expériences, Monsieur, c'est que, lorsque vous avez employé, pour la recherche du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal carnivore en état de digestion, de très-petites quantités de sang (35 à 80 grammes), vous n'y avez point trouvé de glycose; mais qu'en opérant sur des quantités de sang un peu plus fortes (211 à 351 grammes), vous en avez constaté la présence d'une manière indubitable (1). Vous expliquez ce résultat en admettant que, lorsqu'on prend, sur un chien même de forte taille, plus de 35 à 80 grammes de sang de la veine porte, on n'opère plus sur le sang pur de ce vaisseau. Je crois l'expliquer plus naturellement, Monsieur, en disant que si l'on ne trouve point de glycose avec 35 ou 80 grammes de sang, c'est tout simplement parce que cette quantité de liquide est trop faible. En opérant avec 35 grammes de sang provenant d'une saignée au bras, on ne pourrait réussir à mettre en évidence la présence du sucre avec tous ses caractères chimiques, car l'analyse chimique a nécessairement des limites au-delà desquelles on ne peut plus compter sur ses indications.

Cette explication est si naturelle qu'elle a frappé toutes les personnes qui ont eu connaissance de votre travail. Ce n'est donc point pour vous soumettre une réflexion aussi simple que je prends la liberté de vous adresser cette communication. J'arrive à l'objet essentiel de cette lettre.

Quand on se propose de contrôler, de vérifier les assertions d'un observateur, le premier soin doit être de répéter ses expériences, en se conformant au procédé qu'il a suivi. Le procédé que j'emploie pour la recherche du sucre dans le sang des animaux, et que j'ai appliqué à la recherche du sucre dans le sang de la veine porte, a reçu, qu'il me soit permis de le dire, l'approbation de tous les chimistes. Comment se fait-il donc que, vous proposant de répéter mes expériences, vous n'ayez point jugé à propos de le suivre, ou de le mentionner, même en le critiquant?

A la méthode dont j'ai fait usage, vous en avez substitué une qui en diffère essentiellement. Pour rechercher le sucre, vous traitez le sang par trois fois son volume d'alcool; vous évaporez à siccité, et reprenez de nouveau ce résidu par l'alcool. Cette dissolution alcoolique est alors traitée par une lessive de potasse caustique : le sucre, s'il existe dans ce liquide, doit former avec la potasse une combinaison insoluble, et se déposer, au bout de quelques heures, au fond du vase, sous la forme d'un précipité mou et gélatineux. Ce précipité étant recueilli, on le dissout dans l'eau, et la dissolution aqueuse est partagée en deux parties : l'une d'elles est soumise à l'action du réactif cupro-potassique, qui indique, par la réduction du sel de cuivre, la présence du principe sucré; l'autre, préalablement saturée par l'acide tartrique, est mise en contact avec la levûre de bière, pour produire la fermentation alcoolique.

Ce n'est pas à moi qu'il appartient de juger l'exactitude et la valeur de ce procédé. Je ne me permettrai donc, à ce sujet, qu'une réflexion générale. De toutes les méthodes qui consistent à rechercher la présence du sucre dans le sang, celle où l'on fait intervenir l'action d'un alcali caustique, est, selon moi, la dernière à mettre en usage. Qui ne sait que les alcalis à l'état libre attaquent promptement et détruisent le glycose et les sucres de la seconde espèce, en donnant naissance à des produits divers de la réduction? La coloration brune, obtenue à l'aide de la chaleur, par l'action de quelques gouttes de potasse caustique, coloration qui provient de la décomposition du sucre est le caractère que l'on invoque tous les jours dans les hôpitaux et dans les laboratoires pour constater la présence du sucre dans les liquides d'origine animale. Il est donc peu rationnel, quand on recherche de très-petites proportions de sucre dans de petites quantités de sang, de mettre les matières organiques où l'on opère cette recherche en contact avec de la potasse caustique, et de laisser, pendant plusieurs heures, ces deux matières en présence. J'ajouterai que cette combinaison de glycose avec la potasse, que ces *glycosales alcalins*, dont la précipitation est la base de votre moyen de recherche, sont encore très-mal connus des chimistes. Tout ce que l'on en peut dire, c'est que ces combinaisons, qui se produisent facilement avec le sucre de canne, ne se forment que très-difficilement avec le glycose ou les sucres de seconde espèce, et qu'elles se détruisent presque aussitôt après leur formation, quand on les dissout dans l'eau. En raison de ces faits, il me semble peu rigoureux, je le répète, de fonder une méthode de recherche du sucre dans les liquides organiques, sur l'emploi d'un alcali caustique. L'avantage principal, et ce qui fait, s'il m'est permis de le dire, le mérite du procédé que j'ai proposé pour isoler le sucre contenu dans le sang normal, c'est que, pendant l'opération, on évite la présence de tout alcali, et que l'on opère sur une liqueur acide; car on pourrait dire avec raison, au point de vue chimique, que l'alcali est l'ennemi du glycose et l'acide son protecteur.

Je craindrais, Monsieur, de vous désobliger, en poussant plus loin l'examen du procédé de recherche dont vous êtes l'auteur; j'admettrai même avec vous, d'après votre autorité si bien établie, qu'il a toute l'exactitude que vous lui prêtez. Mais permettez-moi d'ajouter que, tout en le considérant comme suffisant pour la recherche du glycose dans les cas ordinaires, il était d'un emploi peu sûr pour la recherche du sucre contenu dans le sang de la veine porte chez un animal carnivore. Voici les motifs qui me semblent justifier cette défiance.

Le sucre qui existe pendant la digestion dans le sang de la veine porte chez un animal nourri de viande, n'est assurément pas identique avec celui qui provient de la digestion des aliments féculents, ou même avec celui qui circule au delà du foie, dans les autres parties du corps, chez un animal carnivore. Le glycose que l'on trouve dans le sang de la veine porte, chez un animal carnivore, est un produit de formation toute récente, car il vient de prendre naissance tout à fait immédiatement par suite de la décomposition de la matière azotée alimentaire. Dès lors, croire que le sucre qui vient de se former ainsi doit présenter tous les caractères chimiques du glycose ordinaire, du sucre de fruits, du glycose qui se rencontre dans le reste de l'économie animale ou dans l'urine des diabétiques, le comparer chimiquement avec ces différents produits, exiger qu'il reproduise fidèlement tous les caractères qui les distinguent, c'est tomber dans une erreur que l'on a trop commise depuis le début de la discussion actuelle. Plus les études des chimistes nous font pénétrer avant dans la connaissance intime du groupe de composés que l'on désigne sous le nom générique de *sucres*, et plus nous apprenons que ce groupe renferme un nombre considérable d'espèces à propriétés variées, qui diffèrent les unes des autres par des caractères bien établis, et n'ont pas même, comme on l'avait admis jusqu'à ces derniers temps, pour caractère commun, de subir la fermentation alcoolique. Tout nous montre que, dans l'économie animale, le sucre est dans un état de modification, de transformation continuelles, et qu'avant de disparaître, il passe par une série d'états chimiques successifs, dont sa destruction finale est le dernier terme. De ces considérations il résulte qu'il est impossible d'assimiler le sucre qui existe dans le sang de la veine porte avec le sucre de raisin, le sucre des diabètes, ou tout autre type ou congénère des sucres auquel on voudrait le comparer. Il ne serait donc pas impossible que le sucre de raisin, le sucre des diabètes, le sucre du foie, donnant naissance, en se combinant avec la potasse, à un composé insoluble dans l'alcool, le sucre contenu dans le sang de la veine porte ne formât point avec la potasse un composé doué des mêmes propriétés, c'est-à-dire insoluble comme lui dans l'alcool. Dès lors, le procédé qui a pour base la formation de ce composé insoluble de potasse, ne serait point susceptible d'indiquer la présence de ce principe sucré dans le sang de la veine porte, et serait, par

(1) « J'ai fait sur un chien, pesant 13 kilogrammes, une saignée de « 351 grammes à la veine porte, et sur un chien pesant 11 kil. 5, une sai- « gnée de 211 grammes; et sur un troisième, dont le poids était de 14 kil. 5, « une saignée de 263 grammes, et je dois dire que, dans ces trois cas, j'ai « constaté indubitablement la présence du glycose. » *Sur la présence du sucre dans le sang de la veine porte*, par M. Lehmann (Comptes-rendus de l'Académie des sciences, t. XLI, p. 664).

conséquent, au point de vue de cette recherche, dénué de valeur (1).

Il n'est donc pas surprenant, Monsieur, que vous servant, pour la recherche du sucre contenu dans le sang de la veine porte, d'un procédé qui ne semble pas mériter confiance dans ce cas spécial, vous n'ayez point réussi à mettre ce produit en évidence quand vous opériez sur des quantités de sang aussi faibles que celles qui ont servi à vos expériences. En opérant sur une quantité un peu plus forte, vous avez été plus heureux, car vous avez obtenu les mêmes résultats que que moi. C'est là sans doute une preuve que le procédé dont vous faites usage pèche sous le rapport de la sensibilité.

De cette trop longue dissertation, je conclus seulement, Monsieur, que vous proposant, comme vous le dites, de vérifier les expériences sur lesquelles je fonde mon opinion, il fallait employer, pour la recherche du sucre dans le sang de la veine porte, le procédé dont j'ai fait usage, et non pas un autre.

Toutefois, Monsieur, ce que vous n'avez point fait, il est facile de l'exécuter. J'ose donc vous adresser la prière de vouloir bien répéter l'expérience qui sert de base à la discussion actuelle en vous conformant au procédé de recherche dont j'ai fait usage, et de vouloir bien donner ensuite au publique scientifique connaissance du résultat que vous obtiendrez. J'ai dit, et je répète, que quand on traite, par le procédé que j'ai indiqué, le sang de la veine porte chez un chien nourri de viande, on reconnaît dans ce liquide, à l'aide du réactif cupro-potassique qui se trouve réduit, la présence d'un principe sucré, et que ce même principe, qui ne fermente pas directement, entre en fermentation lorsqu'on le met en contact avec la levûre de bière, après l'avoir fait préalablement bouillir avec quelques gouttes d'un acide étendu. Ce n'est pas une seule fois, c'est plus de trente fois ; ce n'est pas en opérant, comme vous le pensez, Monsieur, sur des quantités considérables de sang provenant de la veine porte, mais presque toujours avec des quantités de 200 à 250 grammes de ce liquide, que j'ai constaté le fait de la réduction du réactif cupro-potassique par le produit sucré que l'on retire de la veine porte, en suivant mon procédé d'analyse. Ce fait, la commission de l'Académie des sciences n'a pu qu'en reconnaître la réalité. M. Colin (d'Alfort), dans les nombreuses expériences dont il a communiqué les résultats en juin dernier, à l'Académie, l'a confirmé de toutes manières. J'ose espérer, Monsieur, que vous voudrez bien vous en assurer à votre tour, et rendre public le résultat de cette expérience, afin de faire cesser toute équivoque sur ce point. C'est ce que j'ose attendre de votre amour de la science et de la vérité.

En terminant votre mémoire, vous dites, Monsieur, que mes expériences n'ont fait que confirmer la théorie de la fonction glycogénique du foie, que vous professez de concert avec le physiologiste qui l'a conçue : « On ne peut donc, en définitive, dites-vous, tirer des « expériences de M. Figuier d'autres conclusions que celles-ci, à sa- « voir : qu'il y aurait dans le sang de la veine porte une substance « destinée à devenir sucre, une sorte de sucre copulé, ou, en d'au- « tres termes, une matière que l'acide sulfurique est capable de mé- « tamorphoser artificiellement en sucre : matière aux dépens de la- « quelle, durant la vie, le sucre se formerait ou prendrait naissance « dans le foie. Le résultat réel des recherches de M. Figuier est donc « de confirmer et de consolider la doctrine de M. Cl. Bernard sur la « formation du sucre dans le foie. Depuis que cette doctrine a pris « naissance, en effet, tous les observateurs qui penchent en sa faveur « cherchent dans le sang de la veine porte la matière aux dépens de « laquelle le foie peut fabriquer du sucre. »

Je ne saurais, Monsieur, comprendre un tel raisonnement. S'il est démontré (ce que vous ne paraissez pas éloigné d'admettre) qu'il existe dans le sang de la veine porte, dans les conditions qui nous occupent, et pendant la digestion, une substance organique qui se transforme aisément en sucre, une sorte de sucre *copulé*, comme vous le dites, c'est-à-dire engagé dans une combinaison d'où il peut facilement sortir, la doctrine du physiologiste dont il est question, ne sera pas confirmée, elle ne sera pas consolidée, elle sera détruite, ou du moins profondément modifiée. D'après l'inventeur de cette fonction, le foie fabriquerait du sucre comme les glandes salivaires sécrètent la salive ; le pancréas, le fluide pancréatique ; les glandes lacrymales, les larmes ; les cellules hépathiques, la bile, etc. ; ce qui veut dire que le sucre se produit dans le foie par une sécrétion dans toute l'acception de ce terme physiologique, indépendamment de la digestion et sans que le tube intestinal ait besoin d'apporter au foie l'élément tout préparé de la sécrétion saccharine. Le même physiologiste va même aujourd'hui jusqu'à prétendre que cette sécrétion continue à s'effectuer sur le cadavre, et pendant juste vingt-quatre heures après la mort de l'animal. Or, si vous admettez avec moi, Monsieur, que le foie reçoit pendant la digestion une matière pouvant se transformer en sucre par suite d'une faible modification chimique, vous renversez du même coup tout l'édifice sur lequel repose la glycogénie. Le foie n'est plus, dès lors, un organe sécréteur du sucre ; il se borne à opérer une simple modification sur un produit qui lui arrive du tube digestif, et qui n'a besoin que d'une faible influence chimique pour se métamorphoser en glycose. Tout son rôle physiologique, c'est d'agir sur l'un des produits de la digestion. Il n'est donc pas plus un organe sécréteur du sucre, que l'intestin lui-même n'est un organe sécréteur de ce produit lorsqu'il transforme en glycose la fécule contenue dans nos aliments, pas plus que l'estomac ne sécrète pe l'albuminose quand il transforme par l'action du suc gastrique, les aliments azotés en albuminose. Ainsi, le sucre n'apparaît point dans le foie à la suite d'une sécrétion, il n'est qu'un produit, qu'un résultat de l'acte digestif. Les adversaires de la fonction glycogénique n'en demandent pas davantage.

En résumé, Monsieur, vous avez, comme moi, trouvé du sucre dans le sang de la veine porte en opérant sur les quantités de sang que j'ai employées. Veuillez faire un pas de plus, c'est-à-dire consentir à vous servir, pour cette recherche, du procédé dont je me sers moi-même, et j'espère que toute dissidence disparaîtra entre nous. C'est un résultat auquel je dois attacher beaucoup de prix, en raison de votre juste autorité scientifique.

D[r] L. Figuier.

(1) J'ai montré que le sucre contenu dans le sang de la veine porte ne peut entrer en fermentation que quand il a été soumis préalablement à l'ébullition avec un acide étendu. Au contraire, le sucre pris dans le sang de la circulation générale ou dans le foie fermente directement. Ces deux produits ne sont donc pas identiques.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, professeur, membre des l'Académie des sciences, a commencé la première partie de son cours de zoologie (mammifères et oiseaux) au Muséum d'histoire naturelle, le mardi 6 novembre 1855, à midi et demi, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Il traitera, dans cette première partie, de l'organisation, des mœurs, de la distribution géographique des oiseaux, et de l'application à cette classe des principes de la méthode naturelle, dans les galeries de zoologie.

— *Portrait de Guttemberg.* — M. le docteur Gama, ancien chirurgien en chef sous l'Empire, ancien professeur au Val-de-Grâce, vient de faire don à la Bibliothèque impériale d'un portrait de Guttemberg, attribué à Mathieu Gruenwah.

(*Journ. des Conn. médic. pratiq.*)

— M. le docteur Darralde vient d'être nommé médecin ordinaire de LL. MM., en conservant ses fonctions d'inspecteur des Eaux-Bonnes.

— Notre excellent et distingué collaborateur et ami, M. Gaston Dumont, depuis longtemps médecin-adjoint de l'hospice des Quinze-Vingts, a été nommé médecin en chef de cet établissement, en remplacement de M. Andrieux, qui a donné sa démission après de longs et honorables services. — M. le docteur A. Mayer a été nommé médecin-adjoint en remplacement de M. G. Dumont.

—*Du traitement curatif du choléra-morbus épidémique*, et de sa prophylaxie, suivi de quelques réflexions sur son mode de transmission, par le docteur Tourrette, de Chambly (Oise). Paris, Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, 1853. Prix, 1 fr.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 134. 3e année. Vendredi 9 Novembre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 9 novembre 1855.

Rapide aperçu critique sur quelques communications glucogéniques.

Depuis que nous avons entretenu nos lecteurs de glucogénie (1) pour notre compte, d'assez nombreux documents ont été mis au jour ; mais il serait peut-être téméraire d'affirmer que la question s'est éclaircie autant qu'enrichie. C'est là très-probablement l'impression que les remarques suivantes laisseront dans l'esprit de tout lecteur attentif. Rappelons d'abord en quelques mots les communications qui se sont accumulées depuis notre dernier article.

— La première est celle d'un jeune médecin fort distingué, M. Mariano Semmola, de Naples (*Voir* le *Moniteur des hôpitaux* du 3 octobre.) Au point de vue clinique, cette communication renferme un exemple de sueur sucrée, de diabète cutané, comme le dit l'auteur, des plus remarquables qu'on puisse imaginer, et le plus curieux assurément qui soit consigné dans les annales de la science. — Au point de vue de la *glucologie* générale, le travail de M. Semmola renferme également un fait des plus importants comme des plus inattendus, c'est que loin d'exhaler moins d'acide carbonique que dans l'état normal, les poumons de ce singulier diabétique en exhalaient davantage, en sorte que la respiration concourait du mieux qu'elle pouvait à neutraliser les fâcheux effets de l'hyperglucosie, si l'on nous passe ce mot. Ce curieux résultat étant, dans de certaines limites, en opposition avec ceux qu'a obtenus notre très-habile et charmant ami, M. Alvaro Reynoso, nous lui laisserons le soin d'expliquer cette légère discordance, ce qu'il fera sans doute avec tout le bonheur qu'on est en droit d'attendre de son talent : deux vérités ne peuvent jamais être contradictoires.

Enfin, au point de vue expérimental (pour l'analyse des produits de la respiration), la communication de M. Semmola contient la description d'un procédé très-ingénieux, et sur la

(1) Depuis le même temps, les savants ont appelé le glucose, *le glycose*, quelques-uns même *la glycose*, sous prétexte que *gly* est plus conforme que *glu* à l'étymologie. Il y aurait trop à faire si l'on voulait opérer dans la langue toutes les réformes aussi logiques que celle-là ; le mérite consistant à se bien servir des mots, plutôt qu'à les réformer, nous nous en tiendrons à celui qui d'abord a été introduit dans la science et qui nous paraît suffisamment clair.

FEUILLETON.

EXPOSITION UNIVERSELLE.

Instruments de chirurgie et appareils orthopédiques.

Par M. JULES ROUYER.

(*Suite et fin.*)

Après avoir parlé des instruments employés pour les diverses opérations en particulier, nous arrivons à un appareil destiné à l'ablation des tumeurs pédiculées, ou auxquelles on peut former un pédicule. Nous voulons parler de l'*écraseur linéaire* de M. Chassaignac. Cet instrument se compose d'une ligature articulée, façonnée comme une scie à chaîne, mais ne portant pas de dents ; cette chaîne articulée s'attache par chacune de ses extrémités à une crémaillère double contenue dans un tube solide. Un petit levier placé à l'autre extrémité de l'instrument permet de faire avancer graduellement la crémaillère qui tire la chaîne et rétrécit ainsi l'anse qu'elle forme. Ce mouvement de progression ne peut être fait que dans ce sens, la chaîne ne peut pas se desserrer parce que les dents de la crémaillère sont retenues par un petit cliquet placé sur les côtés de la canule.

Pour faire agir l'instrument, on passe la chaîne autour du pédicule, soit en faisant passer l'anse du sommet de la tumeur jusqu'en bas, soit en conduisant une extrémité de la chaîne autour du pédicule pour la fixer ensuite à la crémaillère qui lui sert de point d'attache.

La base de la tumeur étant ainsi cernée, on fait mouvoir le levier, et on rétrécit l'anse qui étrangle peu à peu le pédicule et finit par le sectionner entièrement. Cette méthode d'ablation tient à la fois de la ligature par sa manière d'agir et de l'excision par la rapidité avec laquelle on fait tomber la tumeur. On a l'avantage ainsi d'éviter l'emploi des serre-nœuds, qui cassent presque toujours les ligatures même métalliques ; on évite de laisser l'instrument en place, et surtout on est à l'abri des hémorrhagies ; mais, pour obtenir ce dernier avantage, il est indispensable de ne pas faire marcher l'instrument trop vite afin de laisser aux tissus le temps de se serrer et de se condenser ; M. Chassaignac fait avancer graduellement la crémaillère de quatre crans en une minute, soit un cran par quinze secondes. Cet instrument a déjà été employé un grand nombre de fois par son inventeur et par d'autres chirurgiens, et les résultats obtenus ont été très-satisfaisants. On peut de cette manière faire la section de la langue, l'ablation des polypes, l'extirpation des bourrelets hémorroïdaux, etc.

Pour faciliter l'application de l'instrument, M. Chassaignac emploie des airignes à branches multiples divergentes ou convergentes avec lesquelles on peut saisir et faire saillir les tumeurs en général et les bourrelets hémorrhoïdaux en particulier.

valeur duquel l'insuffisance de nos connaissances ne nous permet pas de porter un jugement. — Mais au point de vue spécial de la glucogénie hépatique, le travail de M. Semmola ne nous apporte aucune lumière nouvelle : l'observation qu'il a publiée ne perdra rien de son intérêt, que la théorie de M. Bernard soit vraie ou fausse.

— La seconde communication est de M. Bernard lui-même (voir le *Moniteur des hôpitaux*, du 3 octobre 1855); elle a fait une certaine sensation et méritait d'en faire; seulement cette sensation ne devait pas être la même sur tous les esprits, et elle ne l'a pas été. Cette communication peut se résumer en ces deux propositions : 1° *les expériences de M. Figuier sont inexactes* (celles dans lesquelles il a trouvé du sucre dans la veine porte); 2° le foie sécrète si bien du sucre, qu'*il en sécrète encore lorsqu'il a été extrait du corps de l'animal, coupé par morceaux et dépouillé par le lavage de tout le sucre qu'il contenait.*

Nous verrons dans un instant ce qu'il en est de la première proposition. Quant à la seconde, le fait qu'elle exprime a paru décisif à beaucoup de personnes; mais nous avouons que nous ne sommes pas de ce nombre. Un organe continuant ses fonctions après la mort nous a paru quelque chose de si étrange, que nous avons dû accuser tout d'abord l'exactitude de M. Bernard, malgré toute notre confiance dans son habileté bien connue. Il nous avait d'abord paru, il nous paraît encore très-difficile de débarrasser complètement un organe des fluides qui en pénètrent le tissu, et notre première pensée a été que le sucre trouvé à l'analyse était précisément celui que le lavage n'avait pu enlever. Mais M. Bernard ne nous a point laissé cette ressource : en désorganisant immédiatement par la cuisson le tissu hépatique lavé, il a empêché toute production ultérieure de sucre, et l'eau qui avait servi à la cuisson n'en contenait point elle-même; il résultait donc de cette expérience que le sucre continuait à se *produire* dans le tissu hépatique *crû*..., à moins que la cuisson n'ait pour résultat de dissocier les éléments du glucose à l'état où ils se trouvent dans le foie cadavéreux, ou de les engager, sinon le principe lui-même, dans des combinaisons qui les rendent réfractaires à nos moyens d'analyse.

Quoi qu'il en soit de ces questions que M. Bernard et ses contradicteurs n'ont ni élucidées ni même posées, si le fait singulier que l'habile expérimentateur a vu nous a été révélé dans toute sa réalité, il nous semble naturel d'en conclure que l'action du foie sur la formation du sucre n'est nullement une action sécrétoire dans l'acception qu'on y attache aujourd'hui. Nous ne pensons même pas que, dans la situation actuelle des esprits et des faits, on puisse donner le nom de *physiologiques* à des phénomènes qui s'accomplissent *après la mort*. — En outre, le fait nouveau annoncé par M. Bernard, nous paraît, sinon contradictoire, au moins d'une conciliation difficile avec un autre, qui était suivant nous un grand point d'appui pour sa doctrine, c'est l'influence toute-puissante du système nerveux sur la sécrétion sucrée, influence fondée sur une expérience que tout le monde connaît. Comment comprendre, en effet, que les opérations pratiquées sur un point du système nerveux, puissent augmenter ou anéantir cette sécrétion, lorsque celle-ci s'accomplit le foie étant dégagé de tout lien vital et jeté sur une table d'amphithéâtre? Si ces deux faits sont également vrais et s'ils disent *toute la vérité matérielle*, on peut hardiment affirmer que tout reste à expliquer en ce qui concerne la *vérité étiologique*.

— La troisième communication ne demande qu'à être mentionnée. A l'accusation d'*inexactitude*, M. Figuier répond en priant la commission de vouloir bien vérifier tous les faits qu'il a avancés, lesquels il s'engage à lui démontrer de la manière la plus évidente. Nous avons cru inutile de produire cette lettre.

— La quatrième communication comprend une lettre de M. Lehmann et quelques remarques de M. Bernard à l'occasion de cette lettre. (Voir le *Moniteur des Hôpitaux* du 5 novembre 1855.)

Nos lecteurs ont déjà fait connaissance avec M. Lehmann, et d'après ce qu'ils connaissent de lui, ils ont dû nécessairement, comme nous-même, prendre une assez bonne idée de l'habileté et du jugement de cet honorable chimico-physiologiste. Nous craignons que sa nouvelle communication ne modifie notablement cette bonne opinion. Disons d'abord que cette première communication est double, ou, en d'autres termes, que l'auteur en a donné deux éditions, l'une adressée à l'Institut et que nous avons publiée; l'autre, qui a été adressée à la *Gazette hebdomadaire*. Or, la première chose qui frappe désagréablement le lecteur, c'est que ces deux versions, quoiqu'à peu près équivalentes au fond, ne sont cependant pas identiques. Pour n'en citer que deux exemples, M. Lehmann déclare positivement, dans la version de la *Gazette hebdomadaire*, qu'ayant cherché, comme M. Figuier, le sucre dans des

---

Ces instruments fort bien construits, du reste, ont été exécutés par M. Mathieu, sur les indications de M. Chassaignac.

Après l'écrasement linéaire, nous arrivons naturellement à une seconde méthode proposée récemment pour pratiquer l'ablation des tumeurs en général : c'est la *galvano caustique* ou cautérisation électrique. Son auteur, M. Middeldorpff, vient de faire paraître sur ce sujet un Mémoire qui a été traduit en français et publié dans les *Archives de médecine*. La cautérisation pratiquée au moyen de l'électricité n'est pas une invention nouvelle, mais son emploi a été généralisé par l'auteur que nous venons de citer. Pour opérer, on cerne le pédicule de la tumeur au moyen d'un fil de platine dont les extrémités s'attachent aux deux conducteurs de la pile électrique, lesquels sont supportés par un manche. Quand on a disposé l'anse métallique autour du pédicule de la tumeur, on établit le courant, le fil de platine rougit et coupe peu à peu les tissus en les brûlant. Une disposition particulière des conducteurs permet de suspendre et de rétablir à volonté le courant galvanique. Cette nouvelle méthode destinée à agir comme celle de l'écrasement linéaire, nous paraît inférieure à cette dernière; elle exige un appareil beaucoup trop volumineux pour qu'on puisse en généraliser l'emploi. Cependant elle sera très-utile dans certains cas et pourra remplacer quelquefois la cautérisation au moyen du fer rouge.

Les instruments employés pour la galvano caustique ont été également fabriqués par M. Mathieu.

Appareils orthopédiques. — M. Charrière a exposé un assez grand nombre d'appareils orthopédiques, ainsi que des bras et des jambes artificiels : les modèles exposés sont construits solidement, et remplissent assez bien le but; on pourrait seulement leur demander un peu plus de légèreté, ce qui est une des conditions les plus importantes et les plus difficiles à remplir.

M. Mathieu a également exposé quelques appareils orthopédiques; nous signalerons entre autres ceux qui sont destinés à remédier aux déviations latérales, ainsi que les appareils à forces élastiques employés dans les cas d'atrophie musculaire des membres.

Parmi les envois des départements, nous signalerons seulement l'exposition de M. Blanc, de Lyon, où nous trouvons les appareils de mouvement employés par M. Bonnet dans les cas de rigidités articulaires. Ces appareils sont manœuvrés par les malades eux-mêmes, qui s'exercent à exécuter peu à peu les mouvements difficiles ou impossibles. Ces instruments, fort simples, sont très-bien construits.

ÉTRANGERS.

Les instruments de chirurgie envoyés des pays étrangers sont disséminés en différents points du palais de l'Industrie, et quelquefois il est difficile de les découvrir au milieu des nombreux envois de chaque nation. Quelques-uns d'ailleurs sont mal disposés et masqués par d'autres produits; aussi ces recherches sont assez pénibles et fatigantes.

DANEMARK. — L'exposition de M. C. Nyrop, de Copenhague, es

quantités *considérables* de sang de la veine porte (351 grammes dans un cas, 211 grammes dans un autre, 263 grammes dans un troisième, et enfin, 213 grammes dans un quatrième), il en a toujours constaté la présence ; dans la version de l'Institut, cette déclaration est absente ou ne s'y trouve que sous des obscurités de langage qui la rendent fort difficile, sinon impossible à saisir. Or, la loyauté exigeait qu'une déclaration de cette importance fût nettement articulée, parce qu'elle relavait M. Figuier du reproche d'*inexactitude*; car l'inexactitude ne consiste pas à se méprendre sur les véritables conséquences d'un ou de plusieurs faits, mais bien dans la fausseté des faits eux-mêmes. Que M. Figuier se soit placé dans de mauvaises conditions d'expérimentation, c'est peut-être ce qui reste à débattre ; c'est ce que M. Lehmann croit et ce qu'il a dit très-nettement, comme c'était son droit; mais son devoir était de dire, non moins nettement, dans les deux éditions, que, dans les conditions où il s'était placé, M. Figuier avait bien et *exactement* observé. Il serait vraiment temps que la science, qui est la lumière du monde, qui doit en être un jour, qui en est presque déjà la souveraine, renonçât à ces équivoques plus ou moins habiles sous lesquelles la vérité ne disparaît guère moins que la bonne foi.

Le second exemple, quoique médiocrement important en lui-même, ne doit cependant pas être passé sous silence, parce qu'il semble annoncer que M. Lehmann abandonne un peu trop facilement sa plume aux hasards de l'inspiration.

Dans la version de la *Gazette hebdomadaire*, M. Lehmann annonce que, d'après des expériences qu'il a faites avec M. E. Weber, la quantité absolue (pourquoi *absolue?*) du sang chez l'homme ne s'élève pas au-dessus de la *huitième partie du poids du corps*. Dans la version de l'Institut, M. Lehmann nous informe que, d'après ces mêmes expériences, la quantité de sang est égale à la *dixième partie du poids du corps*. De telles variantes ne doivent-elles pas inspirer de grandes craintes et sur la valeur des expériences et même sur la sévérité de l'expérimentateur? Ces craintes seraient d'autant plus permises que, pour évaluer aujourd'hui la quantité de sang contenue dans la veine porte, M. Lehmann se sert, non de ses recherches, qui lui ont donné 1/8ᵉ ou 1/10ᵉ, mais, sans dire les raisons de la préférence, de celles de MM. Welker et Bischoff, qui portent à 1/13ᵉ du poids du corps la quantité totale du sang.

Après ces remarques sur quelques variantes des deux versions de M. Lehmann, il y en aurait de beaucoup plus nombreuses à faire sur le fond même de ses ou de sa communication. Nous nous bornerons à quelques-unes, ne pouvant pas faire ici un mémoire de la glucogénie.

1° M. Lehmann paraît avoir eu pour but principal de contrôler les dernières expériences de M. Figuier; or, pour contrôler les faits d'un observateur, il faut d'abord suivre son procédé, sauf à démontrer ensuite qu'il ne vaut rien ; c'est là une règle élémentaire que M. Figuier a déjà rappelée avec raison à son honorable adversaire.

2° M. Lehmann croit confirmer toutes les opinions et expériences de M. Bernard, en affirmant que « le réactif cuivrique ne pouvant *jamais* (c'est M. L. qui *souligne*) fournir une preuve irréfragable de la *présence* ou de l'*absence* du sucre, M. Bernard a toujours eu recours à la fermentation. » — C'est une grave erreur : M. Bernard a professé que le réactif de Barreswil (1) ne suffisait pas pour démontrer la *présence* du sucre, mais qu'il suffisait parfaitement pour en démontrer l'*absence*.

3° M. Lehmann annonce, sans aucun détail ni sur le nombre d'observations, ni sur la manière dont il a procédé, qu'il n'a jamais trouvé de sucre dans l'urine des épileptiques ni des individus soumis aux inhalations de chloroforme ou d'éther? c'est traiter un peu lestement, trop lestement un observateur du mérite de M. Alvaro Reynoso ; même si M. Lehmann a raison, il lui aurait fallu en donner plus de raisons.

4° La grande objection que M. Lehmann oppose aux résultats de M. Figuier, c'est que ce dernier, en extrayant une trop grande quantité de sang de la veine porte a opéré sur un liquide qui venait d'ailleurs que de ce vaisseau. Pour prouver la légitimité de cet argument, M. Lehmann a invoqué un fait et une théorie.

Le fait, c'est que lorsque, au lieu d'opérer comme l'a fait M. Figuier, sur 300 grammes de sang extraits de la veine porte d'un seul chien, on opère sur 300 grammes extraits des veines portes de trois chiens (en en prenant 100 grammes sur chacun) on n'y trouve point de sucre — Si le fait est exact et que le procédé qui a permis de le constater soit bon, il est évident que les résultats annoncés par M. Figuier sont à expliquer, à compléter, à systématiser.

(1) A propos de M. Barreswil, nous ferons observer que le nom de cet habile chimiste a disparu, on ne sait trop pourquoi, d'une question à laquelle il doit avoir nécessairement rester attaché, M. Barreswil ayant été le collaborateur des premiers travaux glucologiques de M. Bernard.

---

la plus remarquable et la plus complète de celles dont nous avons à nous occuper maintenant; elle se compose d'instruments de chirurgie et d'appareils orthopédiques. M. Nyrop est un ancien ouvrier de M. Lüer, et nous retrouvons dans l'élève quelques-unes des précieuses qualités du maître.

Quelques-uns des instruments exposés par M. Nyrop sont de son invention; ce sont des ostéotomes; ces instruments sont très-bien faits, et jouissent d'une grande force; ils sont bien trempés et très-solides, qualités necessaires aux instruments de ce genre.

Nous trouvons, en outre, un assez grand nombre d'instruments employés dans l'ophthalmologie; des couteaux à cataracte, des kystitomes, des serretelles : tous ces instruments sont très-délicats et faits avec un soin consciencieux.

Les bistouris, les couteaux sont également bien travaillés, leur trempe est excellente. Les appareils orthopédiques, les bandages herniaires, envoyés par M. Nyrop, sont très-soignés et prouvent que ce fabricant ne néglige aucune des branches de son industrie.

Belgique. — M. Bonneels, de Bruxelles, se trouve avec le précédent à la tête des exposants étrangers. On trouve dans sa vitrine un assez grand nombre d'instruments de chirurgie. Nous signalerons particulièrement le forceps-scie, qui a été fait pour la première fois par M. Bonneels, sur les indications de M. Van-Huerel.

Une des pièces les plus remarquables de ce fabricant est une boîte d'instruments pour les amputations, d'après le modèle de M. Mathieu, avec le système de manches mobiles que nous avons décrit précédemment. En outre, on trouve là des instruments pour les opérations qui se pratiquent sur les yeux, pour la trachéotomie, etc. Tous ces instruments sont faits avec soin et bien travaillés.

A côté de la vitrine de M. Bonneels, se trouve celle de M. Biondetti, de Bruxelles, qui contient des bandages herniaires, des appareils orthopédiques très-soignés, très-élégants.

Norwége. — M. Gallus Moritz, de Christiania, a exposé un certain nombre d'instruments; des urétrotomes, des dilatateurs de l'urètre, des instruments pour les maladies des yeux; mais la plupart sont lourds, d'une exécution peu satisfaisante.

M. Jean Mette, compatriote du précédent, a exposé un céphalotribe qui ne présente rien de particulier. En outre, on trouve dans sa vitrine une boîte d'instruments pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, d'après le procédé de M. Heiberg, de Christiania. Un dessin, exposé également, donne la manière de s'en servir. Ces instruments sont très-ordinaires sous le rapport de la fabrication.

Dans la grande galerie annexe du palais de l'Industrie, se trouve un autre envoi de la Norwége. Ce sont des bustes moulés en plâtre, indiquant les effets produits par l'emploi de certains appareils orthopédiques, qui ne sont d'ailleurs pas exposés. Ces bustes, de grandeur naturelle, représentent les malades avant et après le traitement, et, en outre, dans des phases intermédiaires. Malheureusement, on ne trouve, pour se renseigner, que quelques lignes insignifiantes, inintelligibles.

Portugal. — M. Antonio Polycarpo, de Lisbonne, a exposé trois

Quant à la théorie, elle prouve que M. Lehmann a trop de tendance à prendre des raisonnements pour des faits, et qui plus est, des raisonnements fort contestables, par lesquels nous avons été surpris que l'esprit habituellement si rigoureux de M. Bernard se soit laissé séduire.

Nous ne reprendrons pas, dans le raisonnement de M. Lehmann ce qui se rapporte exclusivement à l'hydrostatique et l'hydrodynamique, quoique les idées de l'auteur, sur ce point, nous paraissent sujettes à rectification ou du moins à éclaircissement; nous ne reprendrons que son explication en général, qui a paru faire une si grande sensation sur quelques esprits, et qui, à vrai dire, est le point culminant de sa communication. Lorsqu'on extrait 400 grammes de sang de la veine porte, dit-il, on n'a pas du sang pur de ce vaisseau, parce que cette quantité « *ne correspond nullement à la portion de sang* QUI CIRCULE *dans la veine porte.* »

En termes un peu clairs, qu'est-ce que cela signifie? Probablement que s'il était possible de suspendre instantanément la circulation dans tous les vaisseaux, la quantité de sang renfermée dans la veine porte ne serait pas de 400 grammes; c'est là une question à laquelle nous sommes assez disposé à donner la même solution que M. Lehmann, mais enfin c'est une question. Mais quant à la portion de sang *qui circule* dans la veine porte, comme dans tout autre vaisseau, ce peut être 100 grammes, 1,000 grammes ou 10 kilogrammes, ou même tout le sang de l'économie; cela dépend du temps que l'on considère. Mais est-ce à dire qu'en extrayant 1,000 grammes de sang de la veine porte, on extrait du sang *appartenant* à d'autres vaisseaux?

Puisque M. Lehmann est versé dans l'hydrodynamique, il doit savoir qu'un liquide qui se meut dans un ensemble de vaisseaux communiquants constituant un cercle, n'*appartient* à aucun vaisseau en particulier, mais à tout ce système. La seule chose dont il se puisse agir, c'est de savoir si lorsqu'on extrait 4 ou 500 grammes de sang d'un vaisseau, de la veine porte, par exemple, la circulation dans ce vaisseau continue dans le sens normal, ou s'il s'y forme un contre-courant provenant d'un autre vaisseau C'est dans ce dernier cas seulement qu'il serait permis de dire que le sang n'appartient pas au vaisseau d'où on l'a extrait; mais si, au contraire, la circulation suit son cours physiologique, c'est-à-dire s'il provient toujours des mêmes sources, des racines du vaisseau, vous aurez beau faire passer dans la veine porte tout le sang de l'économie, ce sera toujours du sang de la veine porte, c'est-à-dire du sang qui aura traversé les mêmes tissus que dans l'état normal, et qui aura dû y subir les mêmes modifications.

Ainsi, ce que M. Lehmann aurait dû démontrer pour faire passer son hypothèse ou sa théorie dans l'ordre des faits ou des vérités, c'était que, lorsqu'on extrait 3 ou 4 ou 500 grammes de sang de la veine porte, la circulation s'établit en sens inverse dans ce vaisseau; jusqu'à ce que cette preuve soit faite, son hypothèse ne peut être acceptée, même pour un argument, à plus forte raison pour une démonstration. L'analogie que M. Lehmann a voulu établir entre les modifications constatées par MM. Becquerel et Rodier, etc., dans le sang des diverses saignées, et celles qu'il suppose devoir s'effectuer dans le sang de la veine porte est complétement inacceptable: les modifications constatées par M. Becquerel dépendent de l'absence, dans le sang, des deuxième, troisième ou quatrième saignées, de certains principes qui ne peuvent pas se reformer aussi promptement qu'on les extrait; elles ne dépendent nullement d'un trouble et encore moins d'un renversement de la circulation. Il est étonnant que M. Lehmann ait pu faire une confusion entre des faits aussi dissemblables.

En résumé, il ne reste de l'obscure communication de M. Lehmann, malgré ses deux éditions, d'autre résultat que ce fait, s'il est confirmé, que lorsqu'on n'extrait qu'une faible quantité de sang de la veine porte de plusieurs chiens et qu'on réunit le sang des diverses saignées, ce sang ne renferme pas de sucre.

— Les remarques dont M. Bernard fait suivre la communication de M. Lehmann (édition de l'Institut) ne modifient en rien la valeur du travail allemand. M. Bernard a eu le tort, dans ces remarques, d'attribuer à M. Lehmann un mérite qui est bien loin de lui appartenir, celui d'avoir fixé les conditions chimiques et physiologiques de l'expérimentation. Il suffit des réflexions précédentes, et l'on pourrait en faire bien d'autres, pour montrer que rien n'est moins fixé que ces conditions.

— La dernière communication est celle de M. Figuier. Cette communication n'étant qu'une réfutation de la lettre de M. Lehmann, nous croyons inutile de nous en occuper. Nous regretterons seulement que dans sa réfutation M. Figuier ait laissé de côté précisément le seul fait de quelque valeur qu'ait produit son honorable contradicteur.

H. DE CASTELNAU.

---

boîtes d'instruments; une pour les amputations, une pour les maladies des yeux; la troisième contient des instruments pour les dents.

Ces instruments sont, en général, assez bien faits, particulièrement ceux qui sont employés pour les maladies des yeux, et ce sont ceux qui demandent le plus de soin et le plus d'habileté. En somme, les produits exposés par M. Polycarpo sont assez satisfaisants.

HOLLANDE. — M. J. Linden, de Rotterdam, a exposé un assez grand nombre d'instruments; il n'y a rien de nouveau; tous sont exécutés d'après les modèles que nous connaissons. Mais leur exécution est assez soignée, et nous signalerons en particulier des lithotomes et des instruments pour l'ophthalmologie.

HESSE-ELECTORALE. — M. Ch. Schmidt, de Marbourg, expose des instruments pour l'amygdalotomie, un forceps, une boîte d'instruments pour les maladies des yeux. Toutes ces pièces sont assez bien exécutées. On trouve, en outre, dans sa vitrine, une boîte d'instruments pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, par le procédé de M. Roser.

ANGLETERRE. — Ce pays, si renommé pour l'industrie qui nous occupe, est représenté par M. Ferguson, à qui l'on doit tenir compte de sa bonne volonté plutôt que de la qualité de ses produits. Son exposition se compose simplement de quelques porte-ligatures, de serre-nœuds, et de quelques aiguilles pour la staphyloraphie. Ces instruments sont plus qu'ordinaires.

A côté, se trouve la sonde acoustique, ou cathéter à plaque sonore de M. Brooke; c'est un cathéter ordinaire auquel on ajoute un disque en bois destiné à renforcer le son produit dans la vessie par le contact de l'instrument avec un calcul. Nous avons été à même de voir employer cet appareil sur un malade calculeux, et on peut obtenir ainsi un son perceptible, même à quelques mètres du malade.

Signalons cependant, parmi les rares produits de l'Angleterre, les sondes élastiques de M. J. R. Walsh, de Londres, qui sont d'une exécution parfaite.

ECOSSE. — M. Young, d'Edimbourg, a exposé les instruments employés par M. Syme, son compatriote; c'est là leur seul mérite, car ils sont disgracieux et mal exécutés.

VILLES ANSÉATIQUES. — Parmi les envois de ce pays, nous avons remarqué des appareils orthopédiques d'une fabrication très-remarquable; malheureusement le nom du fabricant ne s'y trouve pas. Une gravure représentant un établissement orthopédique semble indiquer que ce sont les appareils qu'on y emploie.

PIÉMONT. — M. Bonnino, de Turin, expose un lithotribe de son invention; il est probable que personne ne le lui contestera, car il est très-lourd et mal exécuté.

IRLANDE. — Nous trouvons seulement le compresseur du docteur Carte, de Dublin, pour le traitement des anévrysmes par la méthode de la compression. Cet appareil, assez volumineux, n'est pas très-remarquable sous le rapport de sa fabrication. Mais il a déjà été perfectionné, et nous avons signalé précédemment un nouvel appareil de M. Mathieu qui remplit mieux les indications.

De la ponction de la vessie et de l'urétrotomie périnéale.

Par le docteur Guillon, ex-chirurgien consultant du roi.

M. Malgaigne, après avoir, il y a quelques années, *réhabilité* la ponction de la vessie dans la chirurgie française, et s'être montré, avec M. Syme, partisan de la boutonnière, que nos maîtres avaient bannie, *veut aujourd'hui rejeter* de la thérapeutique les cautères, les sétons et les moxas, à moins qu'on ne lui « signale les circonstances « où leur emploi est bon et celles où il est nuisible, et si on ne pou- « vait pas guérir sans y recourir. » (*Moniteur des hôpitaux*, p. 975.)

MM. Velpeau, Bouvier et Clot-Bey, ayant justifié l'emploi des exutoires, auxquels l'expérience de nos sages devanciers a acquis le droit de domicile dans la pratique de l'art de guérir, je ne me permettrai aucune réflexion sur ce sujet.

Mais puisque M. Malgaigne, dont le nom fait autorité, dont les cours sont suivis par de nombreux élèves, rejette *aujourd'hui* les exutoires, et puisqu'en les rejetant il continue de préconiser la ponction de la vessie, et l'urétrotomie périnéale, que les Desault, les Boyer, les Dubois, les Dupuytren, etc., avaient proscrites comme irrationnelles et dangereuses, et par la raison qu'*on peut les éviter aujourd'hui plus facilement qu'autrefois*, je viens à mon tour protester contre ces réhabilitations rétrogrades dans notre chirurgie, et appeler l'attention de l'Académie sur ces opérations compromettantes.

I. M. Malgaigne a réhabilité la ponction de la vessie, parce que cette opération, très-simple, lui paraît tout à fait innocente. Or, je prouverai que cette opération n'est point exempte de dangers, en rappelant tout d'abord qu'un de nos très-habiles chirurgiens des hôpitaux a loyalement et tout récemment déclaré à la Société de chirurgie, qu'il a pratiqué cinq fois la ponction de la vessie, *et que ses cinq opérés sont morts*. J'ajouterai ensuite qu'un autre chirurgien, non moins habile, m'a également déclaré qu'après avoir pratiqué *trois fois cette* INNOCENTE *opération*, il a eu la douleur de voir succomber *deux de ses opérés*, et, comme les cinq autres, quelques jours après les opérations....

II. M. Malgaigne pratique la ponction de la vessie, pour remédier aux rétentions d'urine produites par des obstacles *ou des rétrécissements qu'il croit* INFRANCHISSABLES, et l'opération de la boutonnière, lorsque les rétrécissements lui paraissent *non dilatables*.

N'ayant pas trouvé de rétrécissements de l'urètre *qui soient restés infranchissables ou non dilatables*, bien que j'aie eu à traiter un assez grand nombre de malades dont les strictures urétrales étaient considérées, par des confrères fort habiles, comme *non franchissables* chez les uns, et comme *non dilatables* chez les autres; n'en ayant pas trouvé d'incurables, et étant assez heureux pour ne point avoir perdu de malades des suites de mes différentes espèces d'instrumentations intra-urétrales, bien que j'aie dépassé le chiffres de 2,000 guérisons, je me mettrai avec empressement à la disposition de ce très-honorable confrère, pour lui démontrer qu'avec des instruments convenables, surtout avec des bougies en baleine, à renflements successifs et à extrémité filiforme, on franchit et on dilate presque toujours assez facilement les rétrécissements, que ne peuvent franchir et dilater les instruments que l'on a dans nos hôpitaux.

Lorsque j'aurai obtenu ce double résultat sur des malades dont il aura constaté la situation, il pourra l'obtenir lui-même; et alors, comme l'avaient fait nos maîtres, il rejettera à la fois la ponction de la vessie et l'urétrotomie périnéale. Je lui demanderai, pour l'amener à ce sujet, que de m'adresser de son hôpital quelques malades affectés de ces rétrécissements qu'il considère comme infranchissables ou non dilatables, produisant les rétentions d'urine, qui lui paraissent nécessiter la ponction de la vessie, ou l'opération de la boutonnière. Si j'échouais sur l'un d'eux, ce qui peut arriver, *car je ne ne suis pas infaillible*, j'ai la conviction que j'obtiendrais sur les autres les résultats désirés; je franchirais les rétrécissements *prétendus infranchissables*, et je dilaterais les prétendus *non dilatables*.

M. Malgaigne ayant trouvé digne de figurer dans le très-remarquable ouvrage qu'il vient de publier certaines idées, certains faits pratiques que j'ai consignés dans ma thèse pour le doctorat, lorsque j'étais jeune, il ne peut dédaigner aujourd'hui les propositions du praticien auquel les années ont donné de l'expérience, lorsque son but est de faire abandonner des opérations que nos maîtres avaient rejetées, et qui ont déjà conduit un grand nombre de malades au tombeau.

Voici ces propositions.

J'offre de lui démontrer sur des malades de son choix :

1° Qu'on peut FACILEMENT, *dans l'immense majorité des cas, et sans recourir à la ponction de la vessie*, remédier à ces rétentions d'urine, produites par des rétrécissements urétraux *prétendus infranchissables*.

2° Qu'on peut dilater et guérir très-facilement, et *sans avoir recours à l'urétrotomie périnéale, ces prétendus rétrécissements* INFRANCHISSABLES, *et les rétrécissements considérés comme* NON DILATABLES.

Les sondes et les bougies élastiques à extrémité conductrice mince, terminées par un petit renflement olivaire qui empêche cette extrémité de s'engager dans les lacunes de l'urètre, et dont j'ai introduit l'usage dans la pratique, pour remédier à certaines rétentions d'urine produites par l'inflammation, soit du col de la vessie, soit de la prostate, etc., et pour dilater les strictures urétrales, ayant rendu assez rares les fausses routes, qu'on faisait si souvent et si facilement avec les sondes et les cathéters en métal, j'ai l'espoir que les bougies en baleine rendront aussi beaucoup plus rares la ponction de la vessie et l'opération de la boutonnière, si elles ne les font pas complétement abandonner.

En terminant, je ferai la remarque suivante : D'après certains faits qui me sont connus pour l'immense majorité des cas où la ponction de la vessie et l'urétrotomie périnéale ont été pratiquées aux malades qui ont recouvré la santé; on est autorisé à répéter ce que M. Malgaigne a dit des exutoires : « *Ne pouvait-on pas guérir sans y recourir ?* »

J'ose espérer que l'honorable professeur, dont la loyauté est connue, qui veut le progrès de l'art de guérir et qui, en sa qualité de professeur de médecine opératoire, doit, autant que possible, la débarrasser des opérations hasardeuses et inutiles, n'hésitera pas à faire connaître qu'il accepte les propositions que j'ai l'honneur de lui adresser très-nettement et très-franchement, dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

Des changements de couleur de l'iris, indépendants de l'inflammation de cet organe.

Par Robert Taylor,

chirurgien du *central London ophtalmic hospital*.

Traduit par A. Testelin.

Tous le monde sait que lorsque l'iris s'enflamme, sa couleur et sa texture deviennent le siége de changements fort apparents. L'augmentation de l'abord du sang dans ses vaisseaux modifie la teinte originale de cette membrane ; lorsqu'il était gris ou bleu, il passe au vert plus ou moins foncé ; il prend au contraire une teinte rouge dans les cas où il était châtain-foncé ou brun ; en même temps, l'exsudation qui s'y produit fait disparaître son reflet brillant et les délicates stries fibreuses qui dans l'état sain donnent à ce muscle un si bel aspect.

Mais ce que l'on ne sait pas aussi généralement, c'est que la couleur de cette partie peut varier complétement, sans changement morbide appréciable de sa texture ; et ce changement n'est pas dû à une addition de rouge ou de jaune, conséquence d'un plus grand abord du sang ou d'une exsudation inflammatoire, mais bien à une altération inexpliquée jusqu'à présent, qui porte probablement sur le pigment, et par suite de laquelle un iris châtain-foncé ou brun passe au gris clair, ou un iris gris ou bleu se recouvre de points ou de taches bruns. Ces changements, à la vérité, s'opèrent rarement; c'est probablement pourquoi, à l'exception de M. Lawrence, ils n'ont été, que je sache, signalés par aucun auteur de traité didactique. La connaissance de ces faits importe cependant beaucoup, non-seulement à cause de l'intérêt qu'ils offrent comme faits pathologiques, mais aussi à cause des graves erreurs thérapeutiques dans lesquelles il pourraient entraîner un médecin qui ignorerait la véritable interprétation à y donner.

Par une de ces coïncidences qu'on observe assez fréquemment à l'occasion des maladies rares, trois cas de cette nature se sont présentés à moi dans la même semaine. Comme ils ne nous entraîneront pas dans de trop longs détails, je vais les rapporter ici.

Observation I. — Ce premier cas est celui d'une dame qui reçut par accident, il y a un an, un coup sur le côté droit du front, à la suite duquel l'œil de ce côté devint douloureux, et son pouvoir visuel alla en diminuant lentement, mais progressivement, de telle sorte que lorsqu'elle vint me consulter, elle ne pouvait plus lire, même les plus grands caractères. On apercevait une opacité tachetée, située profondément sans doute sur la capsule postérieure du cristallin. Les veines qui viennent de l'intérieur de l'œil étaient élargies et tortueuses, et au point d'émergence de deux d'entre elles, on apercevait un léger dépôt de pigment; mais cet état des vaisseaux s'observait aussi sur l'autre œil, dont les fonctions étaient intactes. Il y a environ six semaines, dix mois après l'accident, elle commença à remarquer un changement de coloration de l'iris droit. Celui-ci, comme le gauche, était d'un brun foncé, actuellement il est d'un bleu gris brillant, sans la moindre trace de brun et contraste fortement avec celui du côté opposé. Ce changement s'est complétement effectué en quatre semaines.

Observation II. — La malade, âgée de vingt-neuf ans, est encore actuellement dans mon service, atteinte d'une affection oculaire profonde, identique, à ce que je crois, avec celle de M. Mackenzie, dans sa dernière édition, a décrite sous le titre de *Retinitis lactantium*. A son entrée à l'hôpital, elle pouvait à peine distinguer la lumière d'avec l'obscurité, mais la vision est depuis redevenue parfaite.

Cinq semaines avant son entrée, ses amies aperçurent le changement de coloration de son iris. Jusqu'alors, il avait été comme celui du côté opposé, d'un brun foncé, parsemé de petites taches grises; ces taches se sont étendues peu à peu, de manière à envahir la moitié de l'iris, dont la coloration brune primitive a disparu; le changement de coloration fait encore actuellement des progrès.

Observation III. — Le troisième cas s'est rencontré chez un homme affecté de cataracte capsulo-lenticulaire à l'œil droit, et qui ne s'est présenté qu'une fois à la consultation. Je fus frappé à la première vue de la différence des deux iris. Celui de l'œil gauche était châtain foncé, n'offrant que quelques légers point gris; le droit correspondant à l'œil cataracté était d'un bleu gris brillant avec quelques petits points bruns. Le sujet était d'une intelligence obtuse, et il ne put nous dire clairement depuis quand cette différence existait, mais elle était trop frappante pour que, si elle eût été congénitale ou seulement d'une longue durée, personne ne lui en eût encore parlé.

Dans chacun de ces cas, l'iris avait conservé tout son éclat, les fibres superficielles s'y apercevaient aussi distinctement que sur celui qui n'avait subi aucun changement; la pupille n'avait contracté aucune adhérence et se dilatait pleinement sous l'influence de l'atropine. Si, dans les deux premières observations, on n'eût pas pu suivre la transformation, on aurait considéré cette différence de couleur comme congénitale.

Mon collègue, M. Haynes Walton, m'apprend qu'il a observé un cas semblable sur un sujet affecté de cataracte capsulo-lenticulaire, et un autre, dans lequel un iris se recouvrit de taches persistantes couleur de rouille; mais dans ce dernier cas il y avait lieu de soupçonner un iritis syphilitique.

(*Ann. d'oculistique.*)

De l'administration de la strychnine par la méthode endermique, dans certains cas de paralysie, suite d'hémorrhagie cérébrale.

Par M. le docteur R. Falot,

Médecin à Saint-Laurent-d'Aigouze (Gard.)

Depuis que les savantes observations de MM. Andral, Cruveilher, Rostan et Rochoux ont prouvé que la déchirure de la substance cérébrale est une des causes les plus fréquentes de l'hémiplégie, le nombre des guérisons a dû naturellement diminuer beaucoup. On ne peut espérer, en effet, le renouvellement de la substance du cerveau une fois détruite, et alors comment exiger qu'un membre exécute des mouvements lorsque la portion cérébrale de laquelle ils émanent n'existe plus? Combattre les phénomènes d'hypérémie, accélérer la résorption du caillot et la cicatrisation du foyer, telles sont les indications principales dans une maladie que l'expectation rend presque toujours mortelle.

La méthode endermique, si facile à utiliser chez les paralytiques dont le système nerveux n'a perdu que son activité, compte des succès incontestables dans le traitement de certaines paralysies, qui sont la suite des hémorrhagies cérébrales dans lesquelles l'épanchement n'a pas été abondant. On conçoit que, dans ces cas, l'absorption est très-prompte et que les parties paralysées doivent leur inaction plutôt à un défaut d'habitude qu'à une lésion profonde. C'est dans ces circonstances, malheureusement exceptionnelles, que les stimulants, tels que la strychnine à l'extérieur, trouvent leur application. Cette médication a été mise en honneur par le professeur Fouquier, qui a obtenu des guérisons inespérées.

M. Bricheteau prétend que l'usage de la noix vomique est susceptible de produire l'inflammation du tube digestif, et M. Grisolle pense que cet agent, d'une utilité douteuse, peut causer une excitation trop intense et des congestions cérébrales funestes. Quoi qu'il en soit, l'emploi de la strychnine, par la méthode endermique, donne souvent des résultats avantageux dans le traitement des paralysies dont nous avons parlé, et c'est ce que nous semblent prouver les deux observations suivantes :

Observation I. — A., soixante-quatorze ans, constitution robuste, adonné à la boisson, eut, à la suite d'une indigestion, une attaque d'apoplexie le 26 septembre 1854. Depuis quelques jours, il éprouvait de la constipation, des vertiges, de la pesanteur de tête, des bourdonnements d'oreille et des fourmillements dans les membres. C'est en rentrant chez lui, le soir, qu'il tomba dans la rue et ne put se relever. Porté dans son lit avec la plénitude de sa connaissance, il est paralysé de toute la partie droite; la face est légèrement déviée, la commissure labiale tirée du côté gauche et la parole très-embarrassée; le bras droit est complétement immobile, et c'est avec peine que la jambe exécute quelques mouvements; le pouls a de la force. (Saignée de 500 grammes, deux lavements huileux, 60 grammes de sel d'Epson, limonade.)

27. Le caillot de sang est assez couenneux et peu résistant; urines abondantes et quatre selles liquides; le membre supérieur est toujours immobile et la jambe à peu près dans le même état; assoupissement, céphalalgie hémicrânienne à gauche, bourdonnements, vertiges. (Dix sangsues aux apophyses mastoïdes, sinapismes aux extrémités inférieures, lavements huileux, chiendent nitré.)

28. Vésicatoires aux bras et à la nuque, calomel.

29 et 30. Même état. La suppuration des vésicatoires est considérable; les membres paralysés offrent toujours la même résolution, et l'embarras de la parole est constant.

La première quinzaine d'octobre se passe dans la même situation; on a eu le soin d'entretenir les trois vésicatoires et d'alimenter le malade, dont l'excellent appétit ne s'est point démenti depuis le troisième jours de l'attaque. On a administré pendant douze jours une pilule de 1/8 de grain de strychnine, matin et soir, sans autre effet appréciable que quelques secousses à droite. C'est le 16 octobre, à neuf heures du matin, qu'ont met sur le vésicatoire de la nuque 1/8 de grain, et, vers midi, il survient quelques fourmillements du côté affecté.

17. Mêmes fourmillements; légère augmentation de la sensibilité; bras droit toujours immobile. (1/4 de grain de strychnine.)

18. La déviation de la bouche est moins sensible. (1/2 grain de strychnine.)

19 et 20. On donne un purgatif pour combattre une constipation de plusieurs jours, réfractaire aux lavements. (*Ut suprà.*)

21. 3/4 de grain de strychnine sont appliqués sur le vésicatoire, et, sept heures après, fourmillements et douleurs gravatives de bas en haut, du côté paralysé. L'avant-bras et la jambe exécutent quelques mouvements, les doigts sont encore raides et engourdis, et ne peuvent saisir les objets d'un petit volume.

On continue pendant dix jours encore l'application de la même substance, qu'on est obligé de suspendre, le vésicatoire étant tout à fait sec. Un liniment volatil camphré et deux pilules de 3/4 de grain de strychnine chacune, continués pendant une semaine, ne produi-

sent ni fourmillements ni secousses. On revient au vésicatoire, qu'on saupoudre de 3/4 de grain, et les mêmes symptômes reparaissent, suivis, au bout de quelques jours, d'une amélioration assez marquée pour être considérée presque comme une guérison chez un sujet d'un âge aussi avancé. Aujourd'hui, A... se sert très-bien de son bras légèrement atrophié, ainsi que de sa jambe, qu'il traîne un peu en marchant. La parole est devenue plus libre et la face est beaucoup moins déviée. Jusqu'à présent il n'y a pas eu de récidive.

Observation II. — C..., quarante-deux ans, sanguin et robuste, issu d'un père apoplectique, tomba sans connaissance, immédiatement après son souper, à la suite d'une vive altercation avec un voisin, le 12 avril 1855. Il resta trois heures sans mouvement : yeux fermés, immobilité des pupilles, respiration fréquente, embarrassée et stertoreuse; évacuations involontaires; insensibilité de la joue gauche et du côté correspondant du cou; abolition du mouvement dans le membre supérieur gauche; parole très-difficile; tremblement prolongé de la mâchoire inférieure; commissure labiale tirée du côté droit lorsqu'il parle; la langue, portée hors de la bouche, se dévie à gauche. (Traitement : infusion de thé en abondance pour entretenir les vomissements survenus avant mon arrivée et composés de matières alimentaires.) Le pouls, d'abord serré, est large et peu fréquent; la face s'injecte et devient vultueuse, les artères battent avec force. (Saignée de 500 grammes, caillots couenneux et résistant; seize sangsues derrière les oreilles, deux pédiluves vinaigrés.)

13. Les piqûres des sangsues ont coulé toute la nuit. La connaissance est entièrement revenue. (Deux pédiluves et lavements.)

14 et 15. L'état des parties n'a pas changé, l'expression de la physionomie est la même, la sensibilité obtuse, la jambe raide, ainsi que le bras, qui retombe comme une masse inerte; céphalalgie et constipation. (Dix sangsues aux apophyses mastoïdes, et deux doses d'huile de ricin à 60 grammes.)

La position du malade étant à peu près la même, je prescris des frictions rubéfiantes avec un liniment ammoniacal, ainsi que deux pilules de strychnine, à la dose de 1/2 gramme par jour, pendant la huitaine, sans une modification bien satisfaisante, ce qui m'engage à appliquer sur la joue gauche, et en avant du conduit auditif, un vésicatoire, qui dissipe l'engourdissement de la face, sans produire des fourmillements dans la joue ni dans les membres.

30. Les symptômes de paralysie persistant, je fais mettre 1/8 de grain de strychnine sur le vésicatoire de la face; trois heures après cette application, quelques vibrations. On alimente le malade, qui commence à sentir de l'appétit.

31. Quelques fourmillements dans la joue gauche et dans la partie correspondante du cou. Application d'un autre vésicatoire au-devant de l'épale paralysée. (Pansements des deux exutoires avec 1/8 de grain.)

Jusqu'au 5 mai, l'amélioration est lente; on applique matin et soir, 1/4 de grain sur chaque vésicatoire. A partir de ce moment, la sensibilité augmente; le bras et l'avant-bras gauches se dégagent à vue d'œil, les doigts peuvent saisir et serrer les plus petits objets; la face reprend son expression habituelle; seule, la jambe a conservé longtemps de la raideur. Quelques douches et des frictions aromatiques amènent une guérison qui ne s'est pas encore démentie.

Il est digne de remarque que, dans ces deux observations, qui nous paraissent devoir se rattacher à l'hémorrhagie cérébrale : 1° le vésicatoire seul a dissipé la raideur de la face, sans effet notable sur les membres paralysés; 2° la strychnine à l'intérieur a été peu efficace; 3° l'action de cette dernière a été bornée presque entièrement aux muscles paralysés; 4° dès qu'on a cessé les applications de cette substance, les picotements, les soubresauts et les secousses ont disparu, et l'amélioration n'a été évidente qu'après l'avoir appliquée à la surface du derme, à une dose assez élevée.

(*Revue thérap. du Midi.*)

CORRESPONDANCE.

A M. Jules Rouyer, rédacteur du *Moniteur des hôpitaux*.

Monsieur et honoré confrère,

Voyant le soin que vous mettez à citer le nom des médecins pour lesquels tel ou tel fabricant a exécuté ou modifié les divers instruments et appareils de chirurgie qui ne sont pas de sa propre invention, et qui figurent au palais de l'Industrie, je regrette que, faute de renseignements, vous ayez commis une petite omission à mon égard.

Il s'agit de peu de chose : d'une simple ventouse en caoutchouc, qui figure dans la vitrine de M. Mathieu, et dont je suis l'auteur. Je l'ai présenté, il y a trois ans, à l'Académie de médecine, et créée il y a six ans. Si je tiens à cette modeste invention, c'est parce que j'ai la conviction que cette ventouse remplacera un jour toutes les autres.

Elle est suffisamment énergique.

On croit à tort que pour obtenir du sang, après l'emploi du scarificateur, il est nécessaire d'exercer sur les plaies une forte succion : il faut, au contraire, que cette succion soit faible, et que la ventouse soit enlevée et replacée à plusieurs reprises, que la peau soit humectée, ce qui s'obtient de la manière la plus facile en trampant la ventouse dans l'eau chaude.

Ma ventouse peut, du reste, produire, quand on la place convenablement, une succion très-forte. Elle détermine *toujours la vésication*, si elle reste en place assez longtemps, de vingt à quarante minutes environ.

Appliquée dans le bain, son énergie augmente encore, à raison de la facilité avec laquelle la peau s'engage, à raison surtout de la pression plus grande qui s'établit autour du petit appareil quand le vide est fait dans la sphère à parois élastiques.

La ventouse *perfectionnée*, mais incommode, lourde et chère de M. Capron, le *tire-lait* de M. Mathieu, son siphon pour l'accouchement prématuré, dérivent directement de mon *siphon à refoulement* et de *ma ventouse*.

Veuillez, Monsieur et honoré confrère, agréer l'expression de mes sentiments distingués.

H. Blatin, d. m. p.
9 novembre 1855. rue Bonaparte, 30.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 *novembre* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Relation de l'épidémie cholérique qui vient de sévir dans l'arrondissement de Bayonne, par M. Bossoutrot, élève en médecine;

2° Rapport contenant les observations du docteur Cazenave sur la marche du choléra dans l'asile d'aliénés des Basses-Pyrénées. (Comm. du choléra.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

1° Insectes venimeux. — Lettre de M. le docteur Lasserre, sur un insecte peu connu dont la piqûre aurait occasionné la mort de plusieurs personnes. (M. Duméril, rapporteur.)

2° Gymnastique. — Lettre de M. Pichery, sur un appareil gymnastique de son invention. (Comm. déjà nommée.)

Legs. — M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'un passage du testament de M. Alexandre Fourcault, qui lègue à l'Académie la nue-propriété de douze actions du chemin de fer de Strasbourg, dans le but de fonder un prix perpétuel à décerner tous les cinq ans à celui qui aura trouvé le moyen de prévenir ou de guérir, par de puissantes modifications de l'hygiène et de la médecine, une maladie reputée incurable, comme la rage, la phthisie tuberculeuse, le cancer et le crétinisme. Dans le cas où, pendant cette période de cinq ans, aucun ouvrage n'aurait été jugé digne de cette récompense, le prix sera décerné à l'auteur de la découverte la plus importante en physiologie expérimentale.

Panaris. — M. Malgaigne présente un Mémoire de M. le docteur Neucourt, candidat au titre de membre correspondant. Ce travail est intitulé : *Traitement du panaris par les caustiques.* (Comm., MM. Velpeau, Malgaigne, Robert.)

M. Bouvier demande la parole à propos du procès-verbal.

M. Bouvier. Je demande la permission de rectifier sur deux points mes paroles de mardi dernier.

J'ai dit que M. Malgaigne, dans son discours imprimé, avait souligné deux fois le mot *toujours* qu'il a attribué à Ambroise Paré. C'était une circonstance aggravante; or, elle n'a rien de réel. J'ai appris, et je m'empresse de le déclarer, que M. Malgaigne est resté étran-

ger à la rédaction et à l'impression de son discours. Le soin avec lequel il avait été reproduit m'avait trompé. Voilà pour la première rectification.

La seconde est toute spontanée de ma part. Elle m'est dictée par l'amour de la concorde.

J'ai parlé du séton d'Hippocrate. Ce mot offusque mon collègue; il blesse ses oreilles. Je le retire. Je déserte, pour complaire à mon collègue, la cause des Fiénus, des Séverin, des Freind, des Louis et de tant d'autres, qui ont compris comme moi le séton des anciens. J'appellerai désormais l'opération d'Hippocrate simplement une *cautérisation en forme de séton*, *sétoïde*, si l'on me passe cette expression. Je ne donnerai plus également le nom de *cautère* au cautère volant; car il faut être conséquent : s'il n'y a plus de séton sans mèche, il n'y a plus de cautère sans pois.

Il est bien entendu qu'en faisant le sacrifice des mots, je ne renonce pas aux choses. Je maintiens plus que jamais ma filiation du séton depuis Hippocrate jusqu'à nous. Le sétoïde d'Hippocrate reste toujours l'origine incontestable du séton. Voyez ce qui se passe au XIIIe siècle. Royer, Roland, les quatre maîtres de la Glose éditée par M. Daremberg, mettent des sétons sur la rate. Que font-ils pour cela? Ils reproduisent *à la lettre* l'opération de Marcellus, de Paul d'Egine, pratiquée, dans le même but, pour les tumeurs de la rate; ils ne font qu'y ajouter une mèche. Et au XIVe siècle? Qu'est-ce que le séton de François de Piémont pour la luxation de l'épaule? C'est la répétition *exacte*, *littérale*, de la cautérisation d'Hippocrate, de Paul d'Egine, d'Albucasis, plus un cordon, *laqueus*, laissé dans la plaie. Il faudrait, je crois, fermer les yeux à la lumière pour ne pas être frappé du lien étroit qui existe, dans ces deux exemples, entre l'opération ancienne et la nouvelle.

La parole est à M. Bouley. Nous publierons son discours prochainement.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Une exposition de produits humains.* — Dans un pays où l'on vend les femmes, on peut bien exposer leurs produits. C'est donc en Angleterre, à Withernsea, que vient d'avoir lieu une exposition d'enfants. Plusieurs prix étaient offerts aux concurrents des deux sexes, ou plutôt à *leurs propriétaires*. Le premier prix, de 5 livres sterling, devait être donné à la plus jolie tête de moins de *douze mois*; le 2e, de 4 guinées, au plus pesant enfant du même âge; le 3e, de 3 guinées, à l'enfant le plus fort et le mieux développé, de l'âge de six à huit mois; le 4e, de 2 guinées, au *plus gentil enfant du sexe féminin*, de deux à quatre ans; le 5e, de 1 guinée, au plus bel enfant masculin du même âge. *Cent cinquante* concurrents se sont disputé ces prix. La salle de l'exposition contenait plus de cinq mille spectateurs.

Le jury du jugement se composait de cinq membres, dont un médecin, tous habitants de Hull, ville voisine; il avait été décidé qu'en cas de contestation le public de la salle serait appelé à décider en dernier ressort. Mais voici la partie dramatique de la fête : à peine le dernier prix fut-il proclamé, que, de toutes parts, s'élevèrent des réclamations, en même temps que des vociférations furibondes. Aux clameurs de cent mères irritées, se mêlaient les cris d'autant d'enfants, formant ainsi un épouvantable concert. Le jury, voyant un orage s'amonceler sur sa tête, quitte prudemment la place, et le public le suit, tandis que les mères restées dans la salle, s'arrachent les récompenses promises. Il est probable, dit un journal de Hull, que les autres villes d'Angleterre ne seront pas tentées, après cela, d'entreprendre encore de telles expositions, qui ne conviennent qu'aux mœurs américaines. Il faut ajouter que, sous le rapport dont il s'agit ici, les mœurs anglaises et américaines se ressemblent un peu.

— *Taxe de la viande de boucherie.* — L'acte moral et important que vient d'accomplir M. le Préfet de police semble d'abord assez étranger à l'objet de nos études. Mais nous pensons que tout ce qui rattache à l'amélioration de l'alimentation publique est du ressort de l'hygiène au moins autant que de l'économie sociale, et de l'hygiène la plus élevée comme la plus féconde en résultats heureux. Or, qui pourrait douter qu'en soumettant à des règles précises la vente de la viande, et en assurant ainsi la loyauté des transactions entre le vendeur et l'acheteur, l'ordonnance de M. le Préfet ne protége manifestement les intérêts de la population, c'est-à-dire ne lui assure, pour la même dépense, une amélioration dans la qualité ou dans la quantité des produits consommés? Il est donc vivement à désirer que l'excellente initiative prise par M. le Préfet de police trouve des imitateurs dans les administrations départementales où elle a déjà quelques précédents, car il n'est point de mesure qui mérite davantage l'approbation des hommes éclairés et qui mette plus en évidence aux yeux de la population la sollicitude de l'Administration ponr les véritables intérêts du peuple.

Nous croyons devoir reproduire les termes de la première mise à exécution de l'ordonnance de M. le Préfet; ils pourront servir de modèle, et montreront comment avec de la bonne volonté, on peut réaliser des mesures qui paraissent presque impossible *à priori*.

Nous, Préfet de police,

Vu notre ordonnance du 1er de ce mois, concernant la taxe de la viande de boucherie,

Ordonnons ce qui suit :

Art. 1er. A compter du jeudi 1er novembre prochain, le prix de la viande de boucherie sera payé ainsi qu'il suit, pendant la première quinzaine de novembre, dans les étaux de la ville de Paris :

Viande de bœuf.

1re catégorie. — Tende de tranche, culotte, gîte à la noix, tranche grasse, aloyau, 1 fr. 80 c. le kilogr.

2e catégorie. — Paleron, côtes, talon de collier, rognons de graisse, bavette d'aloyau, 1 fr. 35 c.

3e catégorie. — Collier, pis, gîtes, plats-de-côte, surlonges, joues, 95 c. le kilogr.

Viande de vache ou de taureau.

1re catégorie. — Tende de tranche, culotte, gîte à la noix, tranche grasse, aloyau, 1 fr. 60 c. le kilogr.

2e catégorie. — Paleron, côtes, talon de collier, rognons de graisse, bavette d'aloyau, 1 fr. 16 c. le kilogr.

3e catégorie. — Collier, pis, gîtes, plats-de-côte, surlonges, joues, 76 c. le kilogr.

Le filet détaché, considéré comme viande de luxe, ne sera pas soumis à la taxe.

Viande de veau.

1re catégorie. — Cuissots, rognons et longes, carrés, 1 fr. 80 c. le kilogr.

2e catégorie. — Epaules, poitrine, collier, 1 fr. 41 c. le kilogr.

Viande de mouton.

1re catégorie. — Gigots, carrés, 1 fr. 78 c. le kilogr.

2e catogérie. — Epaules, poitrine, collet, 1 fr. 28 c. le kilogr.

Art. 2. Dans les étaux établis sur les marchés, la viande sera vendue à *dix centimes* au moins par kilogramme au-dessous de la taxe.

Art. 3. Les différentes espèces de viande de bœuf, vache ou taureau, exposées en vente, seront indiquées par des écriteaux.

Art. 4. Défenses sont faites aux bouchers de mettre dans la balance et de livrer aux acheteurs des os décharnés, ni ce qu'on appelle vulgairement *de la réjouissance*.

Les os seront vendus à part et à prix débattu.

Art. 5. Il sera délivré à chaque acheteur, sans qu'il soit besoin pour cela d'aucune réquisition de sa part, un bulletin qui comprendra la désignation de l'espèce de viande et de la catégorie de morceaux, ainsi que le poids et le prix.

Les viandes appartenant à des catégories différentes seront pesées et indiquées séparément.

Art. 6. Les contraventions à la présente ordonnance seront constatées par des procès-verbaux ou rapports et déférées aux tribunaux compétents.

Art. 7. La présente ordonnance sera imprimée, publiée et affichée.

Elle sera notifiée immédiatement par les commissaires de police aux bouchers, qui seront tenus de la placarder dans l'endroit le plus apparent de leurs étaux.

Le Préfet de police,
PIÉTRI.

— M. le docteur Bribosia a été nommé directeur de l'Institut ophthalmique de la province de Namur.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 135. 3e année. Lundi 12 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE CIVILE.

Choléra asiatique des plus graves ; traitement par le bain de Pennes ; guérison.

Par le docteur LEMÉNANT DES CHENAIS,
Médecin adjoint du ministère de l'intérieur.

Quoique je n'ignore pas qu'un seul fait ne peut donner lieu à aucune conclusion thérapeutique, je n'ai pas cru pouvoir me dispenser de publier celui qu'on va lire. La gravité extrême de la maladie, sa marche croissante malgré l'emploi des moyens qui me paraissaient les plus rationnels, et qui sont employés le plus généralement, m'ont fait appliquer ce principe, que dans un cas presque désespéré on peut, et l'on doit même, employer tous les moyens qui, par eux-mêmes, ne peuvent pas augmenter le mal. J'ai donc eu employé un moyen encore insuffisamment expérimenté, mais auquel les essais de quelques médecins, de M. Aran surtout, donnaient un crédit suffisant pour encourager une expérimentation ultérieure. Je craindrais que les faits à venir ne vinssent me démentir si je disais toute l'impression qu'ont produite en moi les suites de l'administration de ce nouveau moyen auquel j'ai eu recours. J'aime donc mieux ne pas raisonner sur un fait, et en abandonner l'appréciation à tout lecteur attentif qui aura eu l'occasion de traiter quelques cas graves de choléra cyanique algide. Voici donc simplement le fait, qui est le seul dont la gravité nous ait engagé à sortir de la méthode que nous employons généralement.

M. N..., employé des lignes télégraphiques, rue de Grenelle-Saint-Germain, 161, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, a eu, au mois de septembre dernier, quelques accès de fièvre rémittente avec des symptômes d'embarras gastrique. Ces accidents ont d'abord cédé à un repos de quelques jours et à deux laxatifs. Quelques jours après, deux ou trois accès de fièvre intermittente, pour laquelle M. le docteur G... a ordonné le sulfate de quinine. M. N... avait pu reprendre ses occupations, lorsque le 18 octobre dernier il fut atteint de diarrhée. Le 19, il fut obligé de cesser tout travail.

Ce jour, je fus appelé auprès de lui, à six heures du soir. Je le trouvai le pouls faible, peu perceptible, à 80 ; soif ardente, crampes

FEUILLETON.

De l'enseignement anatomique.

Par M. le professeur DUPRÉ.

J'ai pourtant quelques remarques à faire, quelques explications à présenter relativement aux développements que je viens de donner dans le sujet précédent.

Ainsi l'on ne manquera pas de me dire : Vous pouvez très-bien suivre la marche que vous avez adoptée dans l'étude du squelette, mais comment pourriez-vous le faire dans l'étude des muscles qui anticipent d'une région sur une autre, et ne respectent en aucune façon les bornes que vous semblez vouloir tracer à leur développement.

Certes, je ne me suis pas dissimulé la difficulté, et elle est vraie dans la rigueur philosophique, mais elle ne compte pour rien dans la pratique, parce que les anticipations sont trop peu nombreuses. Bien plus, je me suis assuré que les élèves se rappelaient mieux que le reste ces exceptions, et cela précisément à cause de leur rareté.

Je puis même les citer dans cette exposition. Généralement ces anticipations se présentent pour l'apophyse mastoïde du temporal que l'on peut facilement sentir à travers les téguments, pour la coulisse biceptale de l'humérus, pour le petit trochanter du fessier au membre inférieur, et voilà tout. Encore ne se présentent-elles pas dans mon cours, car je fais chaque jour deux leçons d'anatomie, l'une de myologie, l'autre d'ostéologie que je mets le plus possible en rapport l'une avec l'autre, mais pourtant de telle façon que la leçon d'ostéologie dépasse toujours un peu celle de myologie. De cette manière le reproche est évité complétement, mais dans l'autre mode de procéder, il se réduit à une nuance si légère, que c'est comme s'il n'existait pas. Mais nous ne nous bornons pas qu'à l'appréciation des dispositions anatomiques des muscles, nous cherchons encore à en déterminer le mécanisme physiologique, et à propos de chaque région musculaire, nous étudions leurs actions sur les os et les articulations de cette région. Nous avons déjà examiné, abstraction faite des forces musculaires, le jeu articulaire en lui-même. Ici nous soumettons le mécanisme articulaire à l'influence de la force qui le met en activité. De la question particulière, nous nous élevons à la question générale, car en examinant l'action d'un petit nombre de muscles déterminés, ceux qui, par exemple, viennent d'être décrits dans nos premières leçons de myologie, nous nous élevons, en nous basant sur leur fonctionnement spécial, au fonctionnement général du système musculaire. Tantôt nous les représentons entraînant le corps suivant leur direction, et nous montrons alors que le muscle n'agit pas autrement qu'une force emportant à sa remorque un corps dans l'espace ; mais ce cas est rare. Le plus souvent le muscle agit sur des leviers (mouvements d'inclinaison et de rotation). Les principes du levier tels qu'il sont développés en mécanique physique trouvent encore ici leur application ; mais un muscle n'agit pas pour l'ordinaire isolément. D'abord lui-même n'est pas une force unique ; c'est un ensemble de forces, à plus forte raison devons-nous considérer de la même façon un système de muscles en application sur un même levier. Ici se présente la question des résultantes des forces ; de la perpendicularité ou de l'obliquité de l'insertion, et ici il importe de démontrer que le muscle perd en s'éloignant de la perpendiculaire non

violentes, oppression vive, sentiment de barre à l'épigastre, vomisse- ments bilieux, selles liquides involontaires; peau peu chaude, langue ide; faciès hippocratique, yeux excavés, teinte cyanique des plus prononcées; suppression des urines; extinction de la voix; tendance aux lipothymies; découragement; agitation.

1re *prescription.* — Ipéca en poudre, 1 gramme 50 centigrammes en trois prises; boissons chaudes d'iris, de feuilles d'oranger; sinapismes et frictions sèches.

10 heures du soir. L'ipéca a donné lieu à quelques vomissements; les selles *sont continuelles;* l'état général du malade s'est aggravé, quoique le sentiment de barre ait disparu à la suite de l'ipéca; la peau est *froide ainsi que la langue;* le pouls a tout à fait disparu; la cyanose a augmenté, ainsi que les crampes.

2e *prescription.* — Infusion de feuilles d'oranger. 100 grammes
Laudanum Sydenham. . . . . . . 1 —
Sirop de quinquina. . . . . } ãã 15 —
Sirop de Cachou. . . . . }

Pour prendre par cuillerée à café toutes les dix minutes.

Frictions : Pr. essence de térébenthine. . . } ãã 30 grammes
Huile de camomille camphrée. . }
Teinture de cantharides. . . . . 60 centigr.

Mêlez pour faire des frictions sous les aisselles et autour de la région précordiale. Sinapismes.

Minuit. Les crampes ont été extrêmement violentes, l'état général s'est encore aggravé; seulement les frictions diminuent l'oppression du malade.

3e *prescription.* — Glace et rhum pour alterner avec la potion; le reste *ut suprà.*

20 octobre, sept heures du matin. — Nulle amélioration, si ce n'est un peu de diminution dans les crampes et dans les vomissements.

4e *prescription.* — Bain de Pennes; le reste *ut suprà.*

Dix heures du matin. A la suite du bain, commencement de réaction, chaleur, moiteur, pouls à peine perceptible; disparition de la cyanose; cessation des vomissements et des crampes; les selles sont toujours involontaires et continuelles.

5e *prescription.* — A l'ancienne potion, qui a été prise tout entière on substitue la suivante :

Pr. Eau de chaux. . . . . 80 grammes
Sirop de cachou et de quinquina. ãã 30 —
Laudanum Sydenham. . . . . 1 —

Le reste *ut suprà.*

20 octobre, deux heures après midi. Même état, même prescription; un second bain de Pennes.

Dans la soirée (dix heures du soir). La réaction cesse; nouveau refroidissement; la cyanose a reparu et le pouls n'est *en aucune manière* perceptible.

6e *prescription.* — Ajouter à la potion 4 grammes d'extrait de quinquina.

21 octobre, sept heures du matin. Réaction faible, le pouls est encore trop petit pour être saisi. Chaleur modérée. Même prescription.

Une heure après midi. La réaction se soutient; encore quelques crampes faibles et rares. Même prescription.

Dix heures du soir. Amélioration plus marquée; pouls de 120 à 130; les urines n'ont pas encore reparu. *Ut suprà.*

22. La nuit a été bonne; sommeil. On ajoute au traitement quelques cuillerées de bouillon et un peu de malaga, donné par cuillerées à café.

23. Le mieux se continue, mais les urines n'ont pas encore reparu; soif toujours vive, moins de diarrhée.

24. Les urines reparaissent. On supprime la potion et la glace, on leur substitue l'eau albumineuse et la décoction blanche de Sydenham; trois cuillerées à bouche de potage au tapioka dans la journée.

25, 26, 27. Continuation du mieux, augmentation graduelle de l'alimentation; convalescence.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Sur l'ophthalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil.

Par M. le docteur L. Gosselin,
Chirurgien de l'hôpital Cochin, président de la Société de chirurgie, etc.

On a dit depuis longtemps que la chaux projetée dans l'œil déterminait des accidents analogues à ceux que produisent la chaleur et les caustiques les plus puissants, savoir : l'opacité rapide de la cornée, la formation d'eschares aux dépens de cette membrane et de la conjonctive, consécutivement l'ophthalmie purulente et la fonte de l'œil. Mais, dans les descriptions ou les observations qui ont été publiées sur ce sujet, on n'a pas assez séparé les effets produits par la chaux vive de ceux de la chaux éteinte, et nous-même, dans le *Traité des maladies des yeux*, que nous avons publié de concert avec M. Denonvilliers, nous n'avons pas établi, à cet égard, la distinction que des études plus récentes nous autorisent à consi-

---

pas en raison de l'angle d'écartement, mais en raison d'un autre principe dont rend compte la trigonométrie.

Je suppose que deux forces appliquées sur un levier, au lieu d'être parallèles, s'écartent l'une de l'autre de 1 degré, et qu'elles éprouvent par cela même une perte d'efficacité exprimée par 1 p, on se tromperait si l'on croyait qu'en s'écartant d'un nouveau degré, ce qui ferait deux degrés, elles éprouveraient une perte égale à la précédente, ce qui ferait qu'on aurait 2 p; les forces éprouvent une perte plus grande, et si la perte première a été une perte pour le premier degré, pour le second elle sera 1 p, plus un autre nombre, ce qui fera que, pour le second degré, la perte sera plus grande que pour le premier, et pour le troisième degré, plus grande que pour le second, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait parcouru la demi-circonférence de cercle, cas dans lequel les forces diamétralement opposées se neutraliseraient complétement si elles étaient égales, sans quoi il n'en subsisterait que l'excès de la plus grande sur la plus petite. Qu'on me pardonne d'être entré dans ce développement : ce n'est là qu'une esquisse superficielle, bien d'autres questions s'y rattachent, en découlent naturellement; mais j'ai voulu montrer par cet exemple les rapports qui existent entre la mécanique humaine et la mécanique physique. Ce ne sont pas deux choses différentes, c'est la même chose. Les lois et les principes sont les mêmes. On peut s'occuper de mécanique physique sans s'occuper de mécanique humaine, parce qu'on peut étudier le fait simple sans le fait composé, mais on ne peut s'occuper de mécanique humaine sans avoir étudié la mécanique physique, parce que le complexe ne peut être apprécié sans l'étude préalable de ses éléments constitutifs.

La connaissance de l'homme suppose et exige la connaissance des éléments des autres sciences; car l'homme est le résumé et le complément de la création, et qui veut le connaître, doit déjà connaître ce qui le précède. Arrière ceux qui veulent s'élever d'emblée aux appréciations des parties les plus subtiles de notre organisation, quand ils n'en savent pas les détails grossiers : c'est le pied appuyé sur la terre que l'on monte vers le ciel; car quiconque s'abaisse sera élevé, et quiconque s'élève, avant de s'être abaissé, sera abaissé.

Oui, je soutiens que la notion de la mécanique physique importe à quiconque veut étudier celle de l'homme, que la relation qui existe entre elles est celle du plus au moins, et que ce serait un tort pour le médecin que de croire qu'il peut se dispenser des sciences élémentaires qui sont la base de ses études spéciales.

Il peut arriver quelquefois que la pratique des faits complexes vienne rectifier les indications théoriques de la science élémentaire. En effet, ceux qui font la théorie élémentaire la déterminent pour un certain nombre de cas, sur lesquels porte leur examen. Elle devient ensuite insuffisante ou embrouillée pour d'autres cas auxquels ils n'ont point pensé, parce qu'ils ne se trouvaient pas renfermés dans le cercle de leurs observations. J'espère le prouver par l'exemple suivant :

Tout le monde sait ce qu'on appelle levier du premier genre, du second et du troisième, ou, si l'on aime mieux, levier interfixe, interrésistant, interpuissant. Leur signification élémentaire n'échappe à aucun élève; mais quand, appuyé sur cette donnée, si simple au premier abord, l'esprit entre dans la pratique, il est étonné des embarras qu'il rencontre et auxquels il ne s'attendait pas, tant le principe lui paraissait simple, clair, lucide et facile. Les examinateurs des examens d'anatomie et de physiologie le savent mieux que per-

dérer comme indispensable. Je n'ai fait aucune recherche sur l'ophthalmie causée par la chaux vive, l'occasion ne m'ayant pas été offerte d'en rencontrer d'exemple; je n'aurai qu'un mot à en dire, en terminant. Je m'occuperai spécialement de l'opacité et de l'ophthalmie déterminées par la chaux éteinte.

I. J'ai eu dernièrement à soigner, à l'hôpital Cochin, un malade qui avait reçu de la chaux éteinte dans l'un de ses yeux; les accidents consécutifs ont été très-différents de ceux que je m'attendais à voir. Pour m'éclairer sur ce genre d'affection, j'ai entrepris des expériences sur les animaux, et les résultats que j'ai constatés m'ont également convaincu que ce sujet n'était pas bien connu, et qu'il y aurait intérêt pour les praticiens à ne pas ignorer les phénomènes dont j'avais été témoin.

Quelques mots d'abord sur le malade lui-même.

Le nommé Labasse (Jules), âgé de 21 ans, maçon, était occupé, dans la matinée du 6 juin dernier, à tenir une échelle sur laquelle était placé, beaucoup plus haut, un autre ouvier, qui montait avec une corde un seau rempli de chaux destinée au badigeonnage. Cette chaux était préparée depuis quelques jours; le malade et plusieurs de ses compagnons y avaient plongé les mains, sans ressentir ni chaleur ni cuisson. A un certain moment, l'échelle se dérange, le seau vacille, une partie de la chaux tombe, et l'ouvrier, placé au bas de l'échelle, en reçoit dans l'œil gauche. Il n'en éprouve pas une très-vive douleur ni même un sentiment de brûlure; mais, comme le corps étranger séjourne dans l'œil, il occasionne une gêne des plus grandes, qui force le malade à venir de suite réclamer nos secours. L'accident était arrivé à dix heures du matin, dans le voisinage de l'hôpital Cochin; Labasse s'y fait transporter, et y arrive douze minutes à peine après l'événement. Je terminais la consultation; j'examine de suite l'œil et je constate que la cornée est complétement blanche, et qu'une grande quantité de bouillie calcaire se trouve à la surface de la conjonctive, derrière les paupières. Je retire immédiatement, avec une pince à disséquer, les morceaux les plus volumineux, et j'expulse le reste avec un courant d'eau que je projette au moyen d'une seringue à hydrocèle. En quelques minutes, la surface de l'œil est débarrassée de tous les corps étrangers. Je remarque alors mieux, et je peux faire observer à tous les élèves présents, que la cornée est entièrement opaque dans toute son étendue; la vision est tout à fait abolie; il est impossible de voir l'iris et la pupille, et cependant, chose qui nous a tous frappés, le malade souffre à peine, il n'est tourmenté que par la perte de la vue.

Je prescris une douche oculaire répétée toutes les heures, afin d'entraîner ce qui pourrait rester de chaux, et de combattre la phlegmasie que je suppose devoir être intense. Il est convenu de plus que, si les douleurs et le chémosis se prononcent, on fera le soir une application de sangsues ou une saignée du bras.

Le lendemain matin, je trouve le malade bien. Il a dormi toute la nuit, n'a pas souffert; l'émission sanguine n'a pas été faite, tant le mal était indolent. Il y a seulement un boursouflement œdémateux de la conjonctive oculaire, et la cornée continue à être blanche. Je prescris la saignée du bras et la douche oculaire toutes les deux ou trois heures. Le surlendemain, l'état est à peu près le même, c'est-à-dire qu'il n'y a point de douleur ni de rougeur, et qu'il ne vient pas de suppuration; le malade remarque seulement un larmoiement assez abondant, qui n'avait pas encore existé. Il nous semble, à toutes les personnes qui examinent le malade et à moi, que l'opacité cornéale est un peu moins prononcée.

Ayant fait, à l'occasion de ce malade, les recherches dont je parlerai plus loin sur les animaux, et constaté que les collyres acides avaient l'inconvénient d'augmenter l'inflammation; qu'au contraire, l'eau sucrée paraissait faciliter le rétablissement de la transparence, sans accroître l'état inflammatoire, je prescris, à partir du 9 juin, tout en continuant la douche oculaire, un collyre formé d'eau distillée très-sucrée, dont on laissera tomber quelques gouttes sur l'œil, toutes les deux heures.

Le 11, l'opacité a diminué, la cornée est moins blanche, mais on ne voit pas encore la pupille; le chémosis œdémateux persiste, et il s'y ajoute çà et là des ecchymoses.

Le 20, la cornée s'éclaircit davantage, on commence à voir la pupille et la face antérieure de l'iris; cependant le malade ne distingue encore aucun objet. Il y a peu de douleur, point de suppuration; mais la paupière ne peut se relever, et les larmes viennent en assez grande abondance. Le chémosis est œdémateux et ecchymotique; il n'a pas augmenté, mais ne diminue pas; on ne voit sur lui ni solution de continuité ni fongosités. — Purgation; continuation du collyre sucré, cessation des douches.

Le 24, le chémosis a diminué, la cornée s'est éclaircie davantage, le malade commence à reconnaître divers objets; mais la conjonctive est un peu plus rouge que les autres jours, sans pour cela être plus douloureuse. — 12 sangsues derrière l'oreille gauche.

Le 2 juillet, l'état de l'œil s'est peu modifié, c'est-à-dire qu'il y a toujours absence de suppuration et très-peu de douleurs, que la conjonctive continue à être légèrement rouge et chémosique, et qu'enfin la cornée s'éclaircit chaque jour davantage. Le malade appelle notre attention sur un phénomène assez singulier, c'est qu'il ne peut ouvrir l'œil quand il est couché, tandis qu'il l'ouvre à moitié quand il est assis. — Continuation du collyre sucré; nouvelle purgation.

Le 6, l'œil s'ouvre mieux, la vision devient meilleure, la cornée s'éclaircit encore; mais la conjonctive reste rouge, et il y a un larmoiement parfois assez abondant.

---

sonne, ils sont rarement satisfaits des réponses des élèves lorsqu'ils les interrogent sur les leviers de la mécanique humaine; et pourtant, que les mêmes examinateurs demandent la théorie élémentaire du levier, généralement la réponse sera satisfaisante.

Pourquoi donc cette difficulté d'association d'un principe en apparence si simple à l'examen des faits pratiques dont il est question dans l'espèce? La voici: c'est qu'on a posé la donnée par avance, sans s'être bien rendu compte de sa valeur réelle, de sa valeur pratique. Il me serait bien difficile, pour mon propre compte, de déterminer en toute circonstance si un levier est interpuissant et interrésistant; cette qualification ne dépend que d'une vue de l'esprit, puisqu'il est des cas où l'un pourra appeler puissance ce que l'autre appelle résistance, et *vice versâ*.

Heureusement que tout ceci n'est qu'une préoccupation superflue. Dans la solution des problèmes, il s'agit tout simplement de considérer les forces concourantes ou antagonistes, de voir quel est leur rapport intrinsèque, puis ensuite leur rapport extrinsèque qui ressort de la distance de leur insertion du centre de mouvement et de l'obliquité plus ou moins grande de cette insertion. On sait que l'insertion perpendiculaire est la plus favorable; on sait qu'un long bras de levier est plus favorable qu'un court, et voilà tout ce qu'il faut examiner pour aborder le problème au point de vue de la mécanique mathématique. Que font après cela les leviers de premier, de second et de troisième genre? Je pense que les examinateurs font bien de ne plus s'en préoccuper, puisqu'ils sont une superfluité et un embarras pour des solutions auxquelles on arrive plus facilement sans eux.

CHAPITRE II.

Après l'étude des muscles, j'aborde l'étude des organes des sens. Une singulière remarque que je n'ai pu m'empêcher de faire ici, c'est que le classement des sens se trouve, dans ma méthode, le même que dans le livre de Boyer; et cependant nous sommes partis de deux points de vue différents. La considération de position a été plus pour lui que la considération d'affinité. Il étudie, comme il le dit, la splanchnologie de haut en bas, et naturellement il commence par la tête. Si je n'avais eu que ce motif de détermination, certes, il ne m'aurait pas suffi, quand des raisons d'affinité bien plus impérieuses m'eussent engagé à procéder de toute autre façon. Mais qu'on fasse attention que, d'une part, les organes des sens sont des appareils de relation comme les muscles; ils sont aux muscles ce que la cause est à l'effet: ce sont les principes de la détermination des réactions; ils sont les intermédiaires entre nous et les agents extérieurs; ils sont placés, pour ainsi dire, en antithèse vis-à-vis de l'appareil locomoteur.

Quel est le centre qui les met en rapport de connexion anatomique et d'harmonie fonctionnelle, quels sont leurs liens d'union, c'est ce que nous nous occuperons de chercher après avoir étudié les uns et les autres.

Je viens de m'appuyer sur une raison physiologique: eh bien, j'ai un autre motif non moins puissant qui vient encore en aide à ma détermination, c'est que, de même que j'ai terminé l'ostéologie par l'étude des os de la tête, de même je termine ici l'histoire de la myologie par la description des muscles, de la tête et du cou, et nous allons nous trouver là en transition naturelle de la myologie à l'examen

Le 23, peu de changement. — 15 sangsues au-devant de l'oreille.

Le 30, l'œil s'ouvre de mieux en mieux ; la conjonctive est moins rouge, mais elle est épaissie et vascularisée tout autour de la cornée, notamment à son bord externe, sur lequel elle se prolonge même un peu. Il continue d'ailleurs à n'y avoir aucune douleur, et le malade demande avec instance à sortir. Nous commençons à remarquer deux brides, l'une supérieure, l'autre inférieure, qui paraissent formées exclusivement par la conjonctive.

Le 4 août, il n'est plus possible de garder le malade à l'hôpital, tant il désire retourner à ses occupations. Il reste très-peu de rougeur de la conjonctive, mais celle-ci se continue sur la partie externe de la cornée. L'œil n'est pas tout à fait aussi ouvert que l'autre. Le larmoiement a entièrement disparu, et le malade ne ressent aucune espèce de souffrance ni même de gêne. La cornée est légèrement trouble par places, mais cependant on aperçoit bien l'iris et la pupille. Tous les objets sont reconnus avec l'œil malade, cependant la lecture avec des caractères fins ne peut avoir lieu. Exeat.

Le malade est revenu nous voir à la consultation, le 12 août. Son état avait peu changé. Les brides conjonctivales, que nous avons indiquées plus haut, persistaient, mais ne paraissaient apporter aucun obstacle aux mouvements du globe oculaire. La seule chose qui nous inquiète est le prolongement de la conjonctive légèrement vascularisée sur la cornée, dans l'étendue de 1 millimètre au côté externe.

Trois points principaux de cette observation méritent d'être mis en relief; et me paraissent devoir être utiles à ceux qui auraient à traiter quelques cas du même genre. Le premier est relatif à la nature de l'opacité; le second, aux phénomènes cliniques que nous avons observés ; le troisième, au traitement.

1° *Nature de l'opacité*. Les opacités de la cornée se comprennent et s'expliquent en général de deux façons. Tantôt, et le plus souvent, on les attribue à un épanchement plastique sécrété, pendant le cours d'une kératite, à la surface ou dans l'épaisseur de la membrane, et transformé peu à peu en un tissu blanc qui en remplace la trame transparente; tantôt elles sont dues à la coagulation de la matière albuminoïde de la cornée, par le contact d'un corps chaud ou de quelque agent chimique, tel qu'un acide concentré ou la potasse caustique.

Lorsque j'ai vu mon malade pour la première fois, je me suis demandé à laquelle de ces opacités nous avions affaire. Je ne pouvais croire à une exsudation inflammatoire, tant avait été rapide la formation de la tache blanche. Il était plus naturel d'admettre qu'il y avait eu coagulation, par suite d'une action chimique ; mais, d'un côté, j'étais étonné de voir que les couches les plus superficielles de la membrane n'étaient pas dépolies et inégales, comme il semblait que cela aurait dû avoir lieu, si un effet de ce genre avait été produit, et, d'autre part, comment comprendre une coagulation qui paraissait occuper toute l'épaisseur de la cornée, à la suite d'un contact sur la surface seulement ?

C'est pour lever ces difficultés que j'ai entrepris les expériences dont j'ai donné les détails dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, le 7 août, et imprimé dans la *Gazette hebdomadaire* des 9 et 16 septembre 1855, et dont je n'ai besoin de rappeler ici que le sommaire. Elles ont consisté à laisser tomber sur des yeux de chiens et de lapins de la chaux éteinte et délayée, formant ce que dans les laboratoires de chimie, on appelle le lait de chaux. J'ai d'abord été frappé de la rapidité avec laquelle l'opacité de la cornée se produisait ; en deux ou trois minutes, elle devenait entièrement blanche. Ce résultat était d'autant moins prompt que la chaux était plus étendue ; il m'est arrivé de l'obtenir avec l'eau de chaux elle-même, mais il a fallu l'instiller beaucoup plus longtemps. L'opacité une fois produite, j'ai cherché si elle pouvait disparaître au moyen des réactifs chimiques; pour cela, la cornée étant détachée circulairement dans toute son étendue, je l'ai plongée dans une solution d'acide chlorhydrique (8 à 10 gouttes pour 30 grammes d'eau), d'acide acétique (20 à 30 gouttes pour 30 grammes d'eau), ou dans l'eau sucrée, et j'ai vu qu'après une immersion de quelques minutes dans les deux premiers de ces liquides, d'environ une heure dans le dernier, la cornée reprenait la plus grande partie de sa transparence. D'autre part, j'ai plusieurs fois, avec l'assistance de mon beau frère, M. Bussy fils, fait calciner la cornée rendue ainsi opaque, et traité le résidu par de l'eau distillée à laquelle nous ajoutions ensuite de l'oxalate d'ammoniaque; il s'est produit un précipité blanc d'oxalate de chaux beaucoup plus abondant que celui que nous obtenions avec la même membrane à l'état normal. Ces résultats, et ceux que nous avons constatés dans d'autres expériences thérapeutiques dont je vais parler tout à l'heure, m'ont démontré, aussi catégoriquement que possible, que l'opacité n'appartenait ni à l'une ni à l'autre des variétés habituelles. En effet, l'opacité fibrineuse de l'inflammation, de même que celle donnée par la coagulation de l'albumine, ne

---

des appareils sensoriaux, et de l'examen de ceux-ci à l'étude de la partie supérieure des voies digestives et respiratoires. Comme ici tout se mêle, comme tout se confond dans une harmonie admirable, mais d'une analyse très-difficile, il faut l'avouer ; comme il importe de mettre chaque chose à sa place, de superposer les objets anatomiquement, tout à la fois au point de vue de la contiguïté et de la continuité, et aussi physiologiquement, de telle façon que l'esprit voyant marcher les choses en parfait accord à tous les points, ne puisse s'empêcher de dire, c'est la méthode, la vraie méthode, la méthode naturelle. Quand Jussieu fit ses grandes familles naturelles, il ne basa pas son classement des plantes sur un signe unique ou sur quelques signes seulement, il rappela à lui tous les caractères ; il put réussir plus ou moins bien, mais sa philosophie est inattaquable. Voilà ce que je cherche à faire moi-même en anatomie descriptive depuis que j'enseigne, et cela, je puis le dire, avec une persévérance inaltérable.

Sans doute, j'ai été porté, par la nature de mon esprit, à m'engager dans cette route, dont rien, depuis, n'a pu me détourner ; mais, en arrivant à Paris, au début de ma carrière médicale, j'ai rencontré trois maîtres dont les leçons devaient agir puissamment sur mes déterminations ultérieures. Un seul des trois est vivant aujourd'hui, M. Cruveilhier, qu'il me permette de lui rendre hommage. Les deux autres sont mo[illegible] dans une position de fortune bien différente, c'étaient Broc et Blandin.

Le livre de Boyer devenait insuffisa[illegible]. Il était déjà remplacé par celui de M. Cruveilhier, devenu l'ouvrage classique. Ce qui rendait précieux l'ouvrage de M. Boyer, c'était la netteté, la simplicité, et, en général, l'exactitude des descriptions; mais Boyer ne raisonnait point son œuvre, où il avait l'air de vous dire : Voilà ce qui est, faites-en l'usage qu'il vous plaira. Chez lui le genre descriptif l'emportait sur la méthode philosophique. Adoptant l'œuvre de Boyer, imbu des principes de son école, M. Cruveilhier avait su, dans un style facile et atrayant, en associant à la rigueur de la description un esprit philosophique, mais sévèrement philosophique, donner à l'anatomie une portée scientifique à laquelle son prédécesseur n'avait pas pu s'élever.

Son livre est parsemé de points de vue ingénieux, d'appréciations intéressantes de diverse nature. Tantôt il insiste sur des anomalies importantes, tantôt il montre le lien interne qui unit une disposition anatomique avec une notion physiologique ou pathologique ; il vous montre, au delà de l'anatomie qu'il vous apprend, un but bien plus important auquel elle doit vous conduire, dont elle est le marche-pied. Puis, comme si lui-même voulait nous montrer, par un exemple pratique, le chemin qu'il vous enseigne dans l'étude, il devient professeur d'anatomie pathologique après avoir été professeur d'anatomie descriptive. Dupuytren, son maître, avait en mourant consacré cette tendance de son élève par le don qu'il fit à la Faculté en faveur de M. Cruveilhier de la chaire d'anatomie pathologique ; mais l'ouvrage de M. Cruveilhier n'a pas besoin de mon éloge, seulement j'ajouterai que dans son cœur l'amour de l'anatomie descriptive vit encore comme autrefois, car ce que l'on a bien aimé on l'aime toujours.

(La fin à un prochain numéro.)

disparaîtrait pas sous l'influence des acides. Il s'agissait bien évidemment de l'infiltration des molécules de chaux dans les mailles de la cornée, et de la combinaison de ces corps étrangers avec son tissu. Les autres expériences à l'aide desquelles j'ai démontré la propriété endosmotique et la perméabilité de cette membrane ne laissent d'ailleurs aucun doute sur l'explication que je présente. Je suis donc autorisé à établir que l'opacité instantanée a été due chez mon malade, et serait due, chez ceux qui seraient blessés de la même manière, à la pénétration et au séjour de la chaux dans la cornée.

2° *Phénomènes cliniques*. Ce qui m'a d'abord étonné chez ce malade, c'est le peu d'intensité de l'inflammation. J'avoue que, le jour où je l'ai vu pour la première fois, je m'attendais à voir survenir une conjonctivite suppurante des plus violentes; au lieu de cela, nous n'avons eu qu'une rougeur modérée avec un chémosis séreux et ecchymotique, mais non phlegmoneux, et surtout nous n'avons, à aucune époque, constaté de suppuration ni de vives douleurs. Ces circonstances n'auraient probablement pas eu lieu, s'il s'était agi d'un effet caustique semblable à celui qu'on admet généralement. Elles me paraissent avoir, du reste, frappé d'autres observateurs. Je lis en particulier, dans les *Annales d'oculistique* (t. X, p. 254), quelques faits dans lesquels M. Guépin, de Nantes, a remarqué lui-même la bénignité de l'affection sous le rapport de l'inflammation ; il est à regretter que l'auteur ne se soit pas expliqué aussi bien sur la question de savoir si l'opacité avait ou non disparue après le traitement qu'il a mis en usage.

Je ne voudrais cependant pas assurer que les choses se passeront toujours aussi heureusement ; j'aime à penser que les soins qui ont été donnés au malade ont contribué à diminuer les accidents inflammatoires. A défaut d'observations sur l'homme, je puis du moins invoquer celles que j'ai faites sur les lapins et les chiens ; dans les cas où la maladie a été abandonnée à elle-même après l'application de la chaux, il est survenu une conjonctivite violente avec suppuration, et plusieurs fois un hypopion, suivi de perforation de la cornée.

Mais à côté de cette médiocre intensité de la phlegmasie, nous devons signaler sa chronocité. Au moment où le malade a quitté l'hôpital, c'est-à-dire au bout de deux mois, il restait une injection de la conjonctive oculaire et un prolongement de cette membrane vascularisée sur la périphérie de la cornée. Quoique ce phénomène ait aujourd'hui diminué, il n'a cependant pas tout à fait disparu ; il est vrai qu'il ne s'accompagne ni de douleurs, ni de photophobie, ni de larmoiement, et qu'il laisse le blessé dans une sécurité complète, malgré les avertissements que nous avons cru devoir lui donner à cet égard.

Un autre phénomène très-digne d'attention est la formation de deux brides conjonctivales, l'une supérieure, l'autre inférieure, se portant toutes les deux du cul-de-sac conjonctival au voisinage de la cornée. Si je n'avais pas observé le malade avec grand soin, je croirais que ces brides sont cicatricielles et qu'elles ont été consécutives à des eschares ; mais, n'ayant pas vu d'eschares au début de la maladie, d'ulcération ni de suppuration plus tard, je regarde ces brides comme un résultat de l'inflammation toute spéciale qui a eu lieu, et qui a été caractérisée par un gonflement séreux avec ecchymose et larmoiement sans douleur vive, avant de l'être par la formation des brides. Il s'est fait, selon moi, une rétraction partielle de la conjonctive, semblable à celle que d'autres tissus présentent quelquefois à la suite des phlegmasies. Est-ce un résultat constant à la suite des accidents de ce genre? Je suis disposé à le croire, d'après la lecture de quelques faits dans lesquels on parle de brides consécutives à des brûlures par la chaux ; cependant je n'ai pas de documents qui me permettent d'affirmer que dans ces faits comme dans le mien, il y a eu absence d'eschare et simple inflammation rétractile. C'est un point sur lequel j'appelle l'attention des observateurs.

Le dernier phénomène, et le plus frappant, a été le retour de la transparence, et par suite le rétablissement de la vision. Ce résultat est dû à ce que la chaux a été dissoute et entraînée par les liquides placés à la surface de l'œil. Je l'attribue, en grande partie, au traitement; mais je ne nie pas qu'il puisse arriver aussi par les seuls efforts de la nature et par le mélange des larmes avec la chaux dans la cornée. Il ne contribue pas moins à démontrer encore mieux ce que mes autres expériences m'ont appris, savoir : l'existence d'un mouvement nutritif en vertu duquel le liquide de la cornée est incessamment renouvelé. Je ne puis savoir, il est vrai, si la chaux dissoute par les larmes et l'eau sucrée est ressortie par la face antérieure de la membrane, ou si elle s'est portée dans la chambre antérieure, où elle aurait été résorbée. Mais cette partie du problème, qu'il ne m'a pas été donné de résoudre, n'a pas pour la pratique une grande importance ; le point principal est de savoir qu'une substance étrangère, comme la chaux, peut entrer dans la cornée et en sortir.

3° *Traitement*. — La connaissance exacte que nous avons actuellement de la nature de l'ophthalmie produite par la chaux éteinte conduit aux moyens qui doivent être mis en usage. Nous avons à remplir deux indications principales : la première est de faciliter la sortie de la chaux, dont les molécules, agissant comme corps étrangers, donneront lieu à une inflammation d'autant plus vive qu'elles séjourneront plus longtemps ; la seconde est de combattre cette inflammation elle-même. Celle-ci a été comprise de tout temps ; mais la première a été généralement négligée, et c'est sur elle que mes recherches ont été dirigées dans l'intérêt du malade que j'avais à traiter. Du moment où j'ai reconnu que les liquides mis au contact de l'œil pénétraient dans la cornée, il s'agissait d'en trouver un qui fût susceptible de dissoudre la chaux, et de rendre ainsi son élimination plus facile par l'une ou l'autre des deux faces de la membrane. A la rigueur, les larmes elles-mêmes, l'eau ordinaire, et mieux l'eau distillée projetée sous forme de douche oculaire, auraient pu remplir cet office, et c'est dans cette vue qu'avant tout autre essai j'ai employé les douches ; mais, comme la chaux est peu soluble dans l'eau, j'avais à craindre, en m'en tenant à ce moyen, de voir le corps étranger séjourner longtemps, et par cela même provoquer plus d'accidents. Je l'ai d'ailleurs essayé sur deux lapins, et les suites n'ont pas été favorables ; non-seulement la cornée n'a perdu son opacité que très-partiellement, mais encore il est survenu une inflammation vive, rapidement suivie d'hypopion.

Il fallait trouver une substance capable de dissoudre la chaux, sans augmenter la phlegmasie. Je songeai d'abord à un collyre contenant quelques gouttes d'acide chlorhydrique, ou, comme paraît l'avoir conseillé Tyrrell, d'acide acétique ; mais craignant que les acides n'augmentassent l'inflammation, je n'ai pas voulu les mettre en usage avant d'en avoir constaté les effets chez les animaux. Je commençai par rendre opaque avec la chaux la cornée d'un chien ; puis j'instillai goutte à goutte pendant une demi-heure sans interruption, avec l'assistance de M. Bussy fils, un collyre contenant 12 à 15 gouttes d'acide chlorhydrique pour 30 grammes d'eau distillée. Quelle ne fut pas notre satisfaction, quand nous vîmes, au bout de ce temps, la cornée retrouver sa transparence presque en totalité ! Mais aussi quel ne fut pas notre désappointement le lendemain, lorsque nous trouvâmes la cornée de nouveau blanchie, et la conjonctive très-enflammée ! Il est probable que cette fois l'opacité était due à une exsudation plastique, et nous devons admettre que l'acide avait été pour quelque chose dans sa production ; car l'autre œil, dont la cornée avait été rendue opaque de la même façon était un peu moins enflammé. Je me proposais de voir ce qui adviendrait ultérieurement sur ces deux yeux, mais l'animal s'est perdu le troisième jour. Le lendemain, nous avons fait la même expérience sur un lapin, et elle nous a donné le même résultat. Nous avons, le même jour, sur un autre lapin, essayé l'acide acétique ; mais nous avons reconnu qu'en ne mettant que 15 ou 20 gouttes de cet

acide, on ne faisait pas disparaitre l'opacité, tandis qu'en en mettant davantage, on la faisait diminuer, mais on provoquait encore une inflammation vive.

J'ai conclu de ces essais qu'il y aurait imprudence à employer ces moyens sur mon malade, et c'est alors que mon beau-père, M. Bussy, à qui j'avais demandé des conseils à cet égard, m'indiqua le sucre comme étant la substance la plus capable de dissoudre la chaux (en formant avec elle un saccharate soluble), sans être trop irritante. L'observation clinique ayant démontré depuis longtemps que le sucre, au lieu d'augmenter les ophthalmies, en diminue souvent l'intensité, je passai outre, sans faire d'essais nouveaux sur les animaux, et je prescrivis l'emploi du colyre sucré instillé sur l'œil toutes les deux heures. Le résultat m'a paru très-satisfaisant.

Dès le lendemain, la cornée était moins opaque; au bout de quarante-huit heures, cet effet était plus marqué. Quelques jours après, la vision commençait à se rétablir, et la pupille à redevenir apparente. Un pareil succès sera-t-il obtenu dans tous les cas? Je n'ose pas l'espérer; mais rien ne me paraît plus rationnel que l'emploi du sucre contre ce que j'appellerais volontiers l'élément chimique de la maladie. Je crois bien que cette substance ne fait pas disparaître l'opacité aussi promptement que le feraient les acides, parce qu'elle ne se combine pas aussi vite avec la chaux. Mais néanmoins elle mérite la préférence, à cause de son innocuité, et je n'hésite pas à en recommander l'emploi à tous ceux de nos confrères qui auraient à traiter des cas semblables. Ce mode de traitement serait précieux surtout dans ceux où les deux yeux seraient blessés en même temps.

Quant à l'autre indication, celle qui s'adresse à l'élément inflammatoire, j'ai employé les antiphlogistiques et les révulsifs suivant les règles habituelles de la pratique. Il est évident qu'on devrait, dans tous les faits de ce genre, les mettre en usage, et les modifier suivant l'intensité plus ou moins grande de la phlegmasie. Je ne connais pas de moyen spécial pour empêcher la rétraction de la conjonctive, et chez mon malade, les brides qu'elle a formées n'ont pas été assez courtes et assez inextensibles pour nécessiter les opérations qu'on a quelquefois exécutées dans des cas analogues.

Il La chaux vive projetée sur l'œil agit probablement par son calorique, c'est-à-dire modifie profondément la cornée, en coagulant sa matière albumineuse, désorganise la conjonctive, provoque une ophthalmie purulente consécutive et la fonte de l'œil. Mais il n'est pas impossible cependant qu'au moment où elle arrive sur la cornée, elle ait perdu une assez grande quantité de calorique pour ne pas brûler, et qu'elle agisse comme la chaux éteinte, en s'infiltrant et séjournant dans cette membrane. C'est pourquoi, si l'inflammation ultérieure ne prenait pas une grande intensité, il serait encore indiqué d'essayer le traitement par l'eau sucrée. S'agit-il d'une opacité par coagulation albumineuse, ce moyen sera sans effet mais aussi sans danger; s'agit-il d'une opacité calcaire, il pourra être très-utile et contribuer au rétablissement de la transparence.

Je puis résumer les idées nouvelles émises dans ce travail par les deux propositions suivantes :

1° La projection de la chaux éteinte dans l'œil donne lieu à une opacité de la cornée, qui est due à la pénétration de cette substance dans l'épaisseur même de la membrane.

2° Le meilleur moyen de faire disparaître cette opacité est l'instillation fréquente de l'eau sucrée. (*Archiv. gén. de Méd.*)

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE COMPARÉES.

Sur l'emploi des anesthésiquets ;

Par le docteur Théodore Clemens (de Francfort.)

L'auteur s'applique surtout à étudier le mode d'administration du chloroforme et à combattre les assertions trop absolues qui ont été émises sur les effets de cette substance. Il recommande, comme tous les praticiens prudents, de faire en sorte que toujours de l'air pur soit respiré en même temps que le chloroforme. Une grande quantité de chloroforme mélangée d'air est beaucoup moins nuisible qu'une seule inspiration profonde de chloroforme sans air.

L'auteur dit avoir fait faire des milliers d'inhalations d'après ces principes et n'avoir jamais eu d'accidents.

Ce n'est pas à dire pourtant que des cas funestes ne puissent se présenter, même en agissant avec prudence; il y a des idiosyncrasies qui se refusent à l'emploi du chloroforme, et l'auteur en cite des exemples; seulement on ne reconnaît ces idiosyncrasies que lorsqu'on commence les inhalations. Ainsi un homme auquel on devait enlever un doigt, eut à peine senti l'odeur du chloroforme, qu'il repoussa l'aide avec violence, en s'écriant : « Vous voulez donc m'étouffer! » M. Clemens essaya de lui en faire respirer quelques gouttes, mais rien ne put l'y décider. Voici un autre fait plus remarquable : Un jeune homme demande à se faire enlever une excroissance condylomateuse située au frein du prépuce et consent avec joie à se faire chloroformiser. Dès les premières inspirations pratiquées avec toutes les précautions possibles, le jeune homme devint pâle et s'écria qu'il se trouvait mal.

On ouvrit aussitôt portes et fenêtres, on fit des aspersions d'eau froide, on donna à respirer de l'ammoniaque.

Au bout de cinq minutes, le malade se remit, mais l'auteur avait remarqué une énorme dilatation de la pupille.

Un quart d'heure plus tard, le malade fut opéré par une prompte excision faite avec des ciseaux; aussitôt il tomba sans connaissance et fut pris de convulsions; la syncope dura dix minutes et il s'écoula une demi-heure jusqu'à ce que le sentiment et la parole fussent revenus.

Il est certain que dans des cas semblables le chloroforme pourrait être mortel. L'auteur regarde comme une mauvaise idiosyncrasie les efforts que fait le malade pour repousser le chloroforme dès les premières inspirations.

Une disposition contraire, mais que l'auteur regarde aussi comme mauvaise, est celle qui porte les malades à inspirer fortement et comme avec délices les vapeurs du chloroforme en rapprochant de plus en plus le mouchoir de leur bouche; ces sortes de malades doivent être surveillés attentivement, aussi l'auteur recommande-t-il de ne jamais laisser au malade lui-même le soin de tenir l'appareil. A ces contre-indications il faut ajouter l'épuisement de la moelle épinière, la plénitude de l'estomac, des vices de conformation de l'appareil vasculaire, les diverses formes de l'hystérie, l'épilepsie, etc. L'auteur défend encore l'emploi du chloroforme après les vives affections de l'âme, de quelque nature qu'elles soient, surtout chez les personnes nerveuses.

On ne saurait trop se pénétrer de ces préceptes sur l'emploi chirurgical d'une substance qui peut offrir des dangers si sérieux, et surtout on ne saurait trop répandre ces conseils parmi les médecins, pour les mettre en garde contre des méprises irréparables. Si l'on allait au fond des choses, on verrait que la plupart des cas de mort qui ont suivi les inhalations de chloroforme peuvent être attribués soit à un mauvais mode d'administration, soit à une idiosyncrasie particulière, soit à l'une ou l'autre des contre-indications signalées par les praticiens de Francfort. (*Arch. fur phys. et Gaz. méd.*)

Recherches sur le suc gastrique de l'homme,

Par le docteur O. de Grunewaldt (de Dorpat).

L'auteur réunit dans ce Mémoire les faits consignés dans deux dissertations soutenues à Dorpat, l'une par lui-même, l'autre par E. de Schrœder, sur les propriétés du suc gastrique, d'après des observations faites sur une femme qui portait une fistule stomacale et qu'ils ont eu pendant sept semaines à leur disposition.

Après avoir décrit la fistule et indiqué approximativement les quantités de suc gastrique produites, l'auteur donne les propriétés physiques et chimiques de ce liquide. C'est après un repas et surtout après avoir bu que le suc gastrique est sécrété en plus grande abondance ; quand l'estomac est vide, il en produit très-peu, à peine quelques gouttes.

Des analyses faites avec soin ont montré que le suc gastrique de l'homme, comme celui des animaux, renferme un albuminate coagulable à 100 degrés (pepsine?) et de l'acide chlorhydrique libre, en quantité moindre à la vérité que chez les animaux.

Un point intéressant des recherches des auteurs est celui qui a trait à l'action de la salive sur les amylacés, dans l'intérieur de l'estomac, ils ont presque toujours trouvé du sucre dans le liquide stomacal, ce qui semble prouver que la salive détermine la transformation de l'amidon en sucre, et n'est pas, comme on l'a dit, un liquide agissant seulement d'une manière mécanique. Cependant, comme les aliments que prenait cette femme contenaient eux-mêmes du sucre, les auteurs entreprirent des expériences directes hors de l'estomac et dans l'estomac. Il résulte de ces expériences que la salive agit sur l'amidon et le change en sucre, mais qu'une grande partie de l'amidon n'éprouve pas cette métamorphose et quitte l'estomac sans avoir subi ce changement. Des expériences comparatives entreprises sur des chiens donnèrent un résultat négatif, il fut impossible de constater la présence du sucre.

Les auteurs ont ensuite expérimenté les albuminales, particulièrement la viande, hors de l'estomac et dans l'intérieur de ce viscère, comparativement sur l'homme et sur le chien ; ils ont constaté que la force dissolvante du suc gastrique était incomparablement plus considérable chez ce dernier ; des quantités de viandes qui n'étaient dissoutes qu'au bout de dix neuf ou vingt heures dans l'estomac de la femme en expérience, avaient disparu, chez un chien, au bout de deux à quatre heures. La viande crue fut dissoute plus facilement (chez l'homme) que la viande cuite et le veau plus tôt que le bœuf bouilli.

(*Arch. fur Phys.* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 novembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Hydrophthalmie.

Lettre de M. BONNET à M. Velpeau, en lui adressant, pour le présenter à l'Académie, un Mémoire sur l'hydrophthalmie et son traitement par l'injection iodée, mémoire rédigé par M. Chavanne.

Depuis l'époque où vous avez enrichi la thérapeutique de la méthode des injections iodées dans les collections séreuses atteintes d'hydropisie, les applications des principes que vous avez posés se sont multipliées entre vos mains et entre celles de vos élèves ; les bornes que la prudence semblait devoir assigner ont pu être dépassées, et on a injecté avec succès la teinture d'iode, plus ou moins affaiblie, jusque dans le péritoine, la plèvre et la séreuse rachidienne.

Cependant, au milieu de cette généralisation, il est une cavité close qui est restée jusqu'ici en dehors de toute application de votre méthode, je veux parler de l'œil distendu par la sérosité. J'ai pensé que c'était sans motif suffisant que l'hydrophthalmie n'avait pas été soumise aux mêmes traitements que toutes les autres hydropisies locales, et qu'il était d'autant plus utile de la combattre par l'injection iodée, que les traitements qu'on lui oppose sont impuissants, comme la ponction, ou dangereux, comme l'excision partielle de l'œil.

Les applications que j'ai faites de l'injection iodée dans l'hydrophthalmie sont au nombre de deux.

La première, pratiquée il y a deux ans et demi, ne produisit aucun résultat favorable ; mais quelques mois plus tard, une mélanose cancéreuse qui exigea l'extirpation de l'œil, s'étant montrée évidente, j'attribuai l'insuccès qui m'avait découragé d'abord à la complication d'une lésion organique, latente au début et manifeste plus tard.

Dans le second cas, qui était simple, le résultat a été parfaitement semblable à celui que l'on observe dans l'hydrocèle : à une inflammation de quelques jours a succédé un état stationnaire, puis une atrophie graduelle de l'œil, qui au bout de cinq mois était réduit à un noyau opaque et enfoncé dans l'orbite.

Quoique ces faits soient insuffisants pour démontrer la supériorité de l'injection iodée sur les autres méthodes usitées dans l'hydrophthalmie, le seul cas simple où elle était appliquée prouve qu'elle peut réussir dans cette maladie comme dans les hydropisies des autres cavités closes.

Le liquide qui distend l'œil et en augmente le volume est séreux, et il s'écoule à travers un très-petit trocart aussi aisément que celui de l'hydrocèle. Comme ce dernier, il contient de l'albumine et se coagule par les acides et la chaleur : caractères chimiques qui le séparent de l'humeur vitrée, qui contient, d'après Berzelius, moins de deux millièmes d'albumine et que la chaleur ne rend pas opaque.

Ces faits, dont je me suis assuré dans les deux cas indiqués plus haut, démontrent que l'hydrophthalmie n'est pas, comme on l'admet généralement, une hypertrophie des humeurs naturelles de l'œil, mais une sécrétion séreuse remplaçant les liquides normaux. Semblable aux hydropisies locales des autres parties du corps, elle réclame dès lors les mêmes traitements.

Si vous jugez cette communication digne de quelque intérêt, je vous prie de vouloir bien lire ma lettre à l'Académie des sciences, et de déposer sur son bureau le Mémoire ci-joint qu'a rédigé M. Chavanne, chef de clinique à l'Ecole de médecine de Lyon. A côté des deux observations que je viens de résumer, vous trouverez dans ce travail l'histoire des réactions chimiques que présente le liquide des hydrophthalmies, et celle des résultats que produisent sur le cadavre les injections forcées dans l'œil.

CORRESPONDANCE.

Note sur la préparation de l'onguent mercuriel, à propos d'un moyen pour préparer cet onguent en moins d'une heure.

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux.*

Monsieur le Rédacteur,

En lisant la note que vous avez empruntée à un autre journal et que vous avez insérée dans votre numéro du 2 novembre courant (p. 1044), j'ai regretté que vous ne l'ayez fait suivre de quelques mots d'appréciation sur la valeur du procédé qu'on y propose pour la préparation de l'onguent mercuriel.

Comme l'auteur, je sais que vous êtes partisan du progrès, mais j'ai pu m'assurer aussi que vous ne considérez pas indistinctement comme progrès tout changement quelconque, et pour cette raison, je m'imagine que vous n'auriez pas conseillé le procédé de M. Bernier.

Si les pharmaciens ne s'étaient préoccupés, dans la préparation de l'onguent mercuriel, que d'abréger leur travail, ils auraient probablement trouvé depuis longtemps le moyen d'y réussir. Mais ils ont dû et ils doivent toujours se préoccuper aussi des besoins de la thérapeutique, et c'est là ce que l'auteur du procédé d'*une heure* me paraît avoir perdu de vue.

La base de ce procédé consiste, en définitive, à oxyder la graisse, d'abord en la brûlant, puis, en la laissant pendant quinze jours dans la cave. Or, depuis les travaux de M. Chevreul, tout le monde sait que la chaleur fait éprouver aux corps gras une décomposition particulière très-caractéristique : lorsqu'on les maintient dans un état d'ébullition suffisamment prolongé pour les faire fumer, ils dé-

gagent de l'acide carbonique, des gaz inflammables et un corps volatil dont la vapeur irrite fortement les yeux, et que Berzélius a nommé *acroléine*.

En se décomposant, les corps gras neutres se colorent et prennent, par le refroidissement, une consistance différente de celle qu'ils avaient. Il est évident que quoique la combustion qui s'opère dans le procédé de M. Bernier, soit loin d'être portée à son extrême limite, le corps gras (axonge) a néanmoins été profondément modifié : il est certain qu'une grande partie au moins de la glycérine, qui n'est point volatile, s'est altérée, et que l'on a obtenu, outre les produits de sa décomposition, des acides gras.

Tout le monde sait aussi que les corps gras qui ont subi une altération déjà si profonde par ce commencement de combustion jouissent de la propriété très-remarquable d'attirer avec beaucoup d'énergie l'oxygène de l'air, et il n'y a aucun doute que l'exposition à la cave pendant quinze jours, ne vienne compléter l'altération commencée. La pommade mercurielle double, faite avec la graisse dont il s'agit, nous paraît présenter des inconvénients graves dont il suffira d'indiquer les principaux pour montrer le danger qu'il y aurait à adopter un procédé qui ne se préoccupe que de la question de temps.

On a vu, par ce qui précède, que la pommade mercurielle obtenue avec une graisse déjà si profondément altérée est *rance* au moment où on vient de la préparer ; que deviendra-t-elle au bout de quelque temps ? On le devine sans peine : on sait que pendant un certain temps, les corps gras neutres, comme l'axonge, se conservent très-bien sans altération au contact de l'air ; mais on sait aussi que lorsque ces mêmes corps commencent à rancir, leur altération marche avec une très-grande rapidité. Or, les médecins nous apprennent chaque jour combien certains épidermes sont sensibles à l'action des corps gras les plus frais ; que sera-ce si une pommade aussi souvent employée que la pommade mercurielle est préparée avec une graisse rance ?

Lorsqu'on emploiera cette pommade comme résolutive, particulièrement sur des tissus délicats comme les yeux, le sein, les aisselles, les aines même, etc., on produira presqu'à coup sûr des érythèmes, et assez souvent des inflammations plus sérieuses qui pourront aller jusqu'à la suppuration.

Nous pensons donc que les pharmaciens, à moins d'indications spéciales de la part des médecins, devront continuer à préparer la pommade mercurielle avec l'axonge la plus fraîche possible, en mettant à cette préparation tout le temps nécessaire. Nous croyons même qu'on fera bien, ainsi que l'ont conseillé des praticiens habiles, de se servir de graisse *benzinée* ou *populinée*, qui, outre l'avantage qu'elle a de posséder une odeur agréable, possède celui bien plus précieux de conserver longtemps sa fraîcheur.—D'une manière plus générale, nous pensons que pour toutes les pommades qu'on doit conserver pendant un certain temps, on fera bien de mettre à profit cette remarquable propriété que possèdent les résines de retarder l'oxygénation des corps gras.

Si vous pensez, monsieur le Rédacteur, que le procédé de M. Bernier ait pu séduire quelques pharmaciens, je pense qu'il suffira de placer sous leurs yeux les remarques précédentes pour les ramener au procédé que les meilleurs livres classiques ont justement adopté.

Veuillez agréer, etc.

F. Gille, chirurgien à Paris.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Séance solennelle de la Faculté de médecine. — A cause de la solennité du 15 novembre, la séance annuelle de la Faculté est remise au lundi, 19, à une heure précise.

— *Physiologie.* — M. le docteur Brown-Séquard commencera un cours de physiologie le vendredi, 16 courant, à onze heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. — La première leçon aura pour objet la solidarité de la physiologie et de la pathologie.

— *Inauguration de l'École préparatoire des sciences et des lettres de Nantes et rentrée de l'Ecole de médecine.* — Cette cérémonie vient d'avoir lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole des sciences, en présence de Mgr l'évêque, de M. le maire de Nantes, de M. le recteur de la circonscription académique, de MM. les inspecteurs d'Académie de Nantes et d'Angers, et de MM. les directeurs des Ecoles des sciences et de médecine. Une prière en latin a été récitée par Mgr Jacquemet, et des discours ont été prononcés par M. le recteur, M. le maire et M. Achille Comte, directeur de l'Ecole des sciences.

La seconde partie de la cérémonie a été consacrée à la rentrée de l'Ecole de médecine de Nantes. « M. le docteur Sallion, dit le *Courrier de Nantes*, a prononcé un discours où il a reproduit les théories du *vitalisme* et de l'*organicisme*, et a conclu à l'*éclectisme*. » Après quoi les prix ont été distribués. Les lauréats sont : MM. Guépin, Dufil, Jouon, Fillodeau, Thoinnet, Combeau, *pour la médecine* ; et MM. Ribourt et Benier (Alphonse) *pour la pharmacie*.

(*Gaz. hebdomadaire.*)

— Par décret du 31 octobre, l'Empereur a confirmé les nominations faites à titre provisoire, dans la Légion d'honneur, par le maréchal commandant en chef l'armée d'Orient, en faveur des médecins militaires dont les noms suivent, qui se sont distingués à la prise de Sébastopol ou pendant le siége.

Officiers. — MM. les médecins principaux Malapert, Thomas, Méry, Cazalas, et les médecins-majors Bourguillion, Leuret, Pastureau, Caumont.

Chevaliers. — MM. les médecins-majors Garreau, Cuvillon, Moussu, Larivière, Verjus, Verdier, Didiot, Forcioli, Basselet, Pilet, Chaufour, Mérimée, et les médecins aides-majors Ohier, Tédeschi, Vernay, Gillin, Chevassu, Nuzillat, Maugis, Mignot, Savaëte, Riotacci, Dubosq, Darcy, Corne, Mouret, Herbecq, Goinard, Rollet, Renard, Bertrand, Frison, Goureau, Courbet, Gronnier, Gueury, Daga, Chapuy, Ditz, Dexpers, Rueff, Driart, Perrin, Poignet, Thomas.

— *Hôpital de la Pitié.* — M. Becquerel, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera des *conférences cliniques* audit hôpital le lundi 12 novembre, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à 9 heures du matin.

Il y sera traité de toutes les applications de la chimie pathologique à la médecine clinique.

— Le directeur d'un des hospices d'aliénés de Berlin, dit un journal, a traité, ces jours derniers, un accès d'aliénation mentale causé par l'emploi de couleurs servant à teindre les cheveux. La décomposition du cométique a démontré qu'il était composé d'un amalgame de plomb, de mercure et de pierre infernale. Le patient s'en est servi et a ressenti à la tête de violentes douleurs qui se sont terminées par la folie. — On comprend que nous ne nous rendons pas garant de cette étiologie.

—Si le défaut d'espace nous a mis en retard pour annoncer la nomination de M. Aubergier, aux fonctions de Doyen de la Faculté des Sciences de Clermont-Ferrand, nous n'en avons pas moins de satisfaction à apprendre cette bonne nouvelle à tous ceux qui connaissent le talent, la rectitude de jugement, l'esprit positif et l'activité de l'habile pharmacien.

—*Cours public de thérapeutique générale appliquée.*—M. le docteur F. A. Aram, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, ouvrira ce cours *le Mardi* 13 *Novembre*, à 7 heures du soir, dans l'Amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les *Mardi*, *Jeudi* et *Samedi* à la même heure.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 136. 3e année. Mercredi 14 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal parait 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. RACIBORSKI.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108, 111, 115, 119, 120, 121 et 124.)

CHAPITRE X.

Considérations pratiques sur l'âge critique. — Fréquence relative de la névropathie protéiforme et son traitement.

Après avoir suivi ses retours périodiques pendant un certain nombre d'années, la menstruation finit par disparaître de l'horizon physiologique ainsi que l'ovulation. L'âge correspondant à la cessation des règles n'est pas le même sous toutes les latitudes géographiques. En France, on peut considérer l'intervalle compris entre quarante-cinq et quarante-six ans comme exprimant très-approximativement la moyenne d'âge de la cessation des règles. D'après les renseignements qui nous ont été fournis par notre très-distingué confrère et ami M. le docteur Lebrun, de Varsovie, cette moyenne correspondrait à un chiffre plus élevé de deux années en Pologne. Les documents qui nous ont été communiqués par notre savant confrère le docteur Faij sur l'état de la menstruation en Norwége, font correspondre la moyenne de la cessation des règles, dans ce pays à l'âge de 48,07. On peut donc dire d'une manière générale que plus tôt la menstruation s'établit dans un climat, plus tôt elle y cesse, la durée totale de cette fonction ne dépassant pas néanmoins, ordinairement, l'espace de trente à trente-deux années. Mais, dès qu'on laisse de côté la considération du climat et qu'on examine comparativement les femmes habitant le même pays, la loi que nous venons de poser n'est plus applicable, et l'on peut dire seulement que la durée de la période menstruelle dépend, chez chaque femme, de sa constitution primitive ou plutôt du degré de la puissance de la faculté reproductive dévolu à chaque individu. Ainsi, nous avons remarqué que, contrairement à ce qu'on croit or-

FEUILLETON.

De l'enseignement anatomique.

Par M. le professeur DUPRÉ.

Un mot maintenant sur mes deux autres maîtres. Une imagination ardente, trop ardente peut-être, distinguait cet anatomiste, son *Traité d'anatomie* le révèle tout entier. Sa diction dans ses cours ressemblait au style des deux premiers volumes de son ouvrage. Ce style a le genre d'esprit qui lui correspond, se rattache à un certain nombre d'hommes bien différents quant à leurs opinions, leurs tendances et leurs professions, la nature de leurs travaux, vous le rencontrez à son maximum de développement dans Lamennais et son école; il brille dans les discours de M. Lacordaire, dans le livre religieux de Jean Raynaud ; il se fait remarquer dans la *Chimie nouvelle* de M. Hippolyte Lucas; il y en a une teinte même assez prononcée dans la *Pathologie* de Requin, etc. Habituée à un langage anatomique plus sévère et bien plus aride, la jeunesse ardente de l'époque se portait au cours du brillant professeur. Sa prononciation n'était pas harmonieuse, mais sa parole était de feu. On écoutait avec une attention religieuse, et à la fin de la leçon on applaudissait. J'étais un de ses auditeurs les plus fervents, mais au concours dans lequel on lui préféra Breschet, je n'ai point aidé à déchirer les robes des professeurs. Je fus, du reste, pour lui un élève inconnu, et je me rappelle ne lui avoir jamais parlé. Ce que M. Broc faisait surtout avec clarté, c'était l'étude des os et des muscles; il en respirait l'amour; il montrait avec netteté, simplicité, malgré la physionomie particulière de sa diction, l'harmonie de forme qui liait le fait anatomique qu'il venait de décrire avec le fait suivant; il avait souvent des comparaisons les plus heureuses empruntées aux faits les plus vulgaires auxquels son langage savait donner de l'animation et du coloris. Il voulait deviner et faire deviner l'anatomie, et d'une raison physiologique vraie ou fausse, il déduisait les dispositions anatomiques; il réussissait assez souvent dans l'esprit de ses jeunes auditeurs, pour être encouragé dans la voie qu'il suivait. C'était l'antipode de Boyer, qu'il critiquait souvent, et contre le livre duquel il s'acharnait avec une ardeur incroyable, une verve intarissable. Quel homme, s'écriait-il souvent, doué d'une mémoire assez heureuse, je dirai même assez malheureuse, pour se rappeler tous les faits incohérents étonnés de se voir accouplés ensemble. Il semble, disait-il encore, que Dieu ait donné à l'homme une raison pour ne pas s'en servir.

Mais tous les faits ne pouvaient ainsi se coordonner, et quand Broc arrivait à la description des os de la base du crâne, il avait peine à contenir son mécontentement, et sa verve allait s'éteindre contre l'aridité de la description.

D'un caractère malheureux, aigri par les revers, Broc perdit en même temps son enthousiasme et celui de ses élèves. Mort à la science depuis déjà plusieurs années, il alla expirer d'un cancer de l'estomac à l'hôpital de Sainte-Perrine ; il y fut transporté après être allé chercher un refuge à l'Hôtel-Dieu dans ses dernières souffrances.

Broc était un vrai professeur, il convenait surtout comme initiateur aux études anatomiques, il savait en aplanir pour les élèves les

dinairement, les femmes qui ont été réglées de bonne heure sont précisément celles chez lesquelles la menstruation cesse plus tard ; ces femmes sont aussi, en général, plus fécondes, et ont, toutes choses égales d'ailleurs, un plus grand nombre d'enfants.

Ayant pris des notes sur l'âge de la première éruption des règles et sur celui de la cessation de la menstruation chez cent femmes âgées, de la Salpétrière, nous avons trouvé vingt-neuf femmes qui avaient été réglées, chose rare dans ce climat, avant l'âge de douze ans. Or, ce sont précisément les femmes de cette catégorie qui nous ont fourni des chiffres les plus élevés pour l'âge de la cessation des règles : trois d'entre elles n'ont cessé d'être menstruées qu'à cinquante-sept ans, une à cinquante-six, une à cinquante-trois, deux à cinquante-deux, deux à cinquante, trois à quarante-huit, trois à quarante-cinq, et treize au-dessous. Ainsi, quelque soit le côté d'où l'on examine la menstruation, pourvu qu'on l'examine sous son vrai point de vue, on trouve à chaque instant quelques nouveaux faits qui concourent au renversement de l'ancienne théorie, qui considérait la menstruation comme le résultat de la pléthore. Tout rattache, au contraire, cette fonction de plus en plus intimement à la reproduction de l'espèce. Les mêmes organes de l'appareil sexuel qui avaient d'abord signalé son entrée au milieu des fonctions organiques, se chargent encore du soin de témoigner de sa disparition de la scène. Nous ne pouvons que rappeler ici les modifications éprouvées alors par les ovaires et particulièrement par les follicules de Graaf décrites déjà avec beaucoup de soin par Rœderer dans son admirable ouvrage : *Icones uteri humani*, et dont nous avons publié une description détaillée dans un autre ouvrage consacré plus particulièrement à la partie physiologique de l'emménologie.

L'extinction physiologique de la faculté de la reproduction produit sur l'économie des effets analogues à ceux que l'on voit survenir dans l'espèce humaine comme chez les animaux après l'ablation des ovaires. La nutrition semble surtout alors augmenter généralement d'énergie, et l'on remarque particulièrement un surcroît du tissu graisseux.

D'un autre côté, l'économie, habituée à perdre périodiquement une quantité plus ou moins considérable de sang, continue chez beaucoup de femmes à éprouver le même besoin après l'âge climatérique. Il résulte de là que l'on remarque quelquefois, à cette époque de la vie, des pertes plus ou moins éloignées, que l'on confond souvent, dans le monde, avec la menstruation proprement dite. D'un autre côté, il n'est pas très-rare non plus d'observer à cette époque, et toujours par le même motif, des congestions vers la tête, des crachements de sang, des hématuries, le flux hémorroïdal, des affections cutanées, etc., etc., lesquelles reconnaissent pour cause prédisposante l'état plus ou moins pléthorique provenant de la suppression des menstrues.

Mais il ne faut pas se le dissimuler, toutes ces indispositions sont loin d'être aussi communes que l'ont prétendu la plupart des auteurs se fondant davantage peut-être sur la théorie de la menstruation, généralement admise jusqu'à ces derniers temps, que sur l'observation.

Beaucoup d'auteurs ont cherché en quelque sorte à effrayer les femmes sur le danger du passage de la vie reproductive à la ménopause, et ont désigné cette époque sous le nom d'*enfer des femmes*. Inutile de rapporter ici toutes les appréciations judicieuses d'un grand nombre de médecins éclairés qui ont cherché à détruire ce préjugé par le témoignage impartial de leur expérience. Bornons-nous à rappeler que Muret, dans son travail sur la population du pays de Vaud, ne trouve pas plus critique pour les femmes l'âge de quarante à quarante-cinq ans, que celui de dix à vingt ; que M. Constant Saucerotte a prouvé, de son côté, que la mortalité est plus grande chez les femmes entre trente et quarante ans que de quarante à cinquante ans ; enfin que, d'après l'assertion de M. Benoiston de Châteauneuf, du 48e degré au 60e degré de latitude, l'âge intermédiaire entre quarante et cinquante ans, serait, au contraire, plus critique pour les hommes que pour les femmes.

D'un autre côté, nos lecteurs se rappellent peut-être la manière victorieuse avec laquelle nous croyons avoir réfuté l'erreur, généralement encore répandue parmi les médecins, relativement à la fréquence proportionnellement plus grande des affections organiques de l'utérus à l'âge critique.

Mais tandis que bien des maladies graves ont été considérées à tort comme le résultat de l'âge critique, il y a d'autres affections qui nous ont paru appartenir plus spécialement à cette époque de la vie, et qui jouent réellement un rôle important dans la thérapeutique appliquée à cet âge sans avoir attiré sur elles suffisamment l'attention des praticiens.

(*La suite au prochain numéro.*)

---

premières aridités ; il donna, à la même époque que M. Cruveilhier, des os du carpe et des muscles interosseux de la main et du pied une description déductive qui ne sera jamais oubliée.

Il disait qu'il avait eu avant M. Cruveilhier l'idée de ce mode descriptif. Je n'entrerai point dans la discussion d'une priorité que j'ignore, du reste, complétement. Les deux anatomistes étaient bien capables l'un et l'autre d'une pareille conception.

Le troisième maître dont j'ai à parler, c'était Blandin. Oh ! celui-là, c'était l'anatomie vivante, incarnée ; rien ne lui échappait ; il avait déjà fait à cette époque un livre d'*Anatomie topographique*, et faisait un cours d'anatomie descriptive, que je suivais en même temps que celui de Broc. Il ne parlait pas facilement, comme le savent ceux qui l'ont connu, mais il avait une marche invariable, toujours la même, un souvenir d'une fidélité à l'épreuve ; on pouvait se fier à sa parole. Si, par hasard, un oubli se glissait dans la description, ce qui était rare, il était bientôt réparé dans la récapitulation. Aussi fort que Boyer sur les détails, il n'était pas resté étroitement dans l'ornière que le premier avait tracée. On retrouvait encore chez lui l'élève des de Blainville et des Béclard, et l'admirateur de Bichat, qu'il avait annoté ; mais, disons-le, il appartenait bien plus à l'école descriptive, et c'est un éloge, du reste, que je lui adresse, qu'à l'école philosophique. C'était un rejeton de Dessault ; mais je l'aimais comme j'aime la vérité, et je ne pense jamais à lui sans un sentiment de reconnaissance

Voilà mes maîtres en anatomie. Il existait d'autres anatomistes distingués à l'époque, je ne les juge point, ne les ayant pas suivis ; m'en voudront-ils si je m'incline devant mes maîtres !

Après avoir payé à mes maîtres ce tribut d'hommages que j'aurais dû peut-être acquitter plus tôt, je reviens à mon sujet, l'étude des organes des sens.

Après une esquisse générale et comparative sur ces organes, je commence par l'étude de la peau, dont les autres ne semblent être que des modifications ; mais l'étude de la peau offre de l'intérêt à plusieurs points de vue différents ; elle n'est pas seulement un appareil sensorial, c'est encore un tégument protecteur, un appareil de sécrétion ; je l'étudie sous tous les aspects ; elle est la base pour moi d'une foule de questions intéressantes, se rattachant soit aux parties déjà étudiées, soit à celles qui doivent être étudiées plus tard. A celles déjà étudiées, la peau ne recouvre-t-elle pas les muscles ? L'anatomiste l'est-il réellement quand il ne peut reconnaître, à travers les téguments, au moins ceux qu'ils recouvrent immédiatement, soit encore les saillies osseuses et les interlignes articulaires, les cordons fibreux, les expansions aponévrotiques, voire même les artères et les nerfs ? Cette étude a été faite en anatomie topographique et en anatomie des formes. On trouvera des renseignements utiles à cet égard dans les traités d'anatomie topographique et chirurgicale de Blandin, de M. Velpeau et de M. Malgaigne, et dans l'*Anatomie des formes*, de M. Gerdy. En anatomie descriptive, cette question est à peine effleurée ; dans mes cours, je la fais à propos de chaque région musculaire que j'étudie. Après avoir étudié la peau, j'étudie l'œil, l'oreille, les fosses nasales, la bouche, muscles et organes sensoriaux, sont étudiés en même temps. M. Cruveilhier a fait à cet égard une modification heureuse à la méthode de Boyer. N'y avait-il pas, en effet, rien de plus illogique que de séparer l'étude des muscles de la langue de l'étude de la langue, larynx du larynx lui-même. Comment établir les rapports anatomiques et physiologiques avec une méthode

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques. — M. P. Dubois.

Suspension du travail. — Evanouissements incomplets pendant la grossesse. — Issue prématurée du cordon. — Déchirure et rupture du périnée. — Liniment contre les douleurs qui surviennent après l'accouchement.

Il n'y a pas de *rétrocession* possible dans le travail de l'accouchement. Ce qui est fait est fait, comme le dit M. Dubois, mais il peut y avoir *suspension*. Une femme du service de ce professeur présente à cet égard quelque intérêt. Sous l'influence de douleurs prématurées, car ici la grossesse date seulement de sept mois et demi, le col s'est effacé, il ne reste plus qu'un bord aminci. La malade ne souffre plus, et l'on peut se demander si cette situation est susceptible d'une certaine prolongation, ou même si le col peut revenir à son état primitif. Ce dernier point a été résolu négativement, comme nous l'avons dit plus haut; quant à l'autre, il est probable que les contractions vont reparaître et qu'il y aura accouchement prématuré. M. Dubois a vu des femmes se présenter à une époque peu avancée de leur grossesse et le col déjà effacé. Il y en a qui vont même ainsi jusqu'à la fin. On a vu à la Clinique ce *statu quo* persister pendant douze jours. Il faut, en pareils cas, une incitation spontanée pour réveiller les contractions, et c'est ce qui arrivera prochainement chez la malade qui fait le sujet de ces remarques.

— Les *évanouissements* sont un phénomène sympathique de la grossesse, et qui, à ce titre, apparaît surtout dans la période initiale de la gestation. Cependant ces évanouissements peuvent s'observer également dans les derniers mois, de même qu'on voit par exception des femmes vomir à la fin de leur grossesse. Une femme enceinte de huit mois a été signalée par M. Dubois comme sujette encore à des défaillances qui l'inquiètent. Mais il y a dans ces cas particuliers une circonstance rassurante, c'est que les évanouissements sont incomplets; la malade a conscience de ce qui se fait et se dit autour d'elle. On doit donc espérer qu'il n'en résultera rien de fâcheux pour l'enfant, et qu'elle pourra même atteindre le terme régulier de sa grossesse.

— Une femme âgée de vingt-cinq ans est accouchée d'un enfant mort à sept mois et demi dans les circonstances suivantes. Il y avait *issue du cordon* et présentation de la tête en position céphalo-iliaque droite; la version a été faite dans des conditions en apparence favorables. Il a été facile d'atteindre les pieds; mais quand l'extraction de la partie inférieure de l'enfant a été terminée, l'orifice s'est contracté si fort, que la tête a été retenue trop longtemps pour que l'enfant n'en souffrît pas.

Ceci montre, a dit M. Dubois, que lorsqu'on a un autre procédé de terminaison que la version, il faut le préférer à celle-ci. Ainsi, par exemple, dans le cas particulier d'issue prématurée du cordon, il y a quelque chose à faire de mieux que la version. Une femme de la Maternité se trouvait dans ce cas; on avait fait des tentatives infructueuses de réduction, et l'on crut que M. Dubois allait faire la version, mais il s'en garda bien, il accrocha le cordon et le porta vers le fond de l'utérus. Cela fait, il attendit, et quelque temps après cette femme accoucha naturellement d'un enfant plein de vie.

— La *déchirure du périnée* est quelquefois le résultat d'un mouvement involontaire des malades en arrière au moment où la tête franchit la vulve. Quelle qu'en soit la cause, il suffit souvent pour remédier à cette lésion de faire des injections fréquentes afin d'entraîner les matières irritantes et de panser la plaie avec de la charpie imbibée de vin aromatique. C'est là tout le traitement que M. Dubois met en usage dans ses salles.

Lorsque le périnée est rompu, ce professeur attend pour prendre un parti le retour des règles, qui a lieu ordinairement six semaines après l'accouchement. Nous signalerons toutefois une exception à cette loi faite chez une femme accouchée il y a deux mois à la Maternité, et dont le périnée avait été rompu complétement. Une réunion partielle s'est faite et a pris de la solidité, puis l'ouverture qui restait en arrière s'est rétrécie progressivement, en sorte qu'il y a lieu d'espérer que des cautérisations, d'abord légères avec le nitrate d'argent, et plus tard avec un bouton de feu, suffiront pour amener la guérison sans qu'il soit nécessaire de recourir à la suture du périnée.

— Les *douleurs* qui apparaissent après l'accouchement sont de diverse nature; sans parler de celles qui appartiennent à la métro-péritonite, il y a les douleurs des membres inférieurs,

---

pareille; j'ai poussé le plus loin possible cette association d'études, qui seule me permettait de considérer les choses à tous les points de vue, et de résoudre, sauf perfectionnements dans les détails, les principales données du problème.

Après avoir étudié les fosses nasales et la bouche, je passe sans effort à l'étude de ce qu'on nomme la splanchnologie proprement dite, et là je suis en face de deux appareils dont l'étude ne peut être séparée tout d'abord, les appareils digestif et respirateur, qui fonctionnent ensemble dans la production d'un acte qui maintes fois leur est commun. Séparés un moment anatomiquement, c'est vrai, mais peu au point de vue physiologique, en fosses nasales et bouche, puisque, par exemple, l'air de la respiration peut passer par la bouche comme par les fosses nasales, et que celles-ci jouent un rôle de la gustation, vous les voyez se confondre dans une cavité commune, le pharynx, pour se séparer de nouveau en deux tubes distincts, larynx et trachée, d'une part, et œsophage de l'autre, que je suis dans leur trajet descendant. L'étude de ces parties se combine avec celle des muscles de la région antérieure du cou, comme je l'avais fait précédemment à la face et à la surface du crâne pour les appareils sensoriaux. Mais alors se présente une difficulté sérieuse, que je ne me dissimule pas: Faut-il étudier tout d'abord l'appareil digestif ou bien l'appareil respiratoire et circulatoire?

Etudiant du haut en bas, Boyer n'a pas, en apparence au moins, été embarrassé, il accepta les choses telles que la position les lui donnait. M. Cruveilhier, après avoir étudié l'appareil digestif dans les premières éditions, a ensuite adopté l'autre marche et a décrit l'appareil circulatoire avant l'appareil digestif.

Forcé d'adopter une des deux méthodes, j'aimerais mieux décrire d'abord le tube digestif, puis les organes génitaux urinaires et ensuite l'appareil respiratoire et circulatoire. Dans un livre, cela ne souffrirait pas de difficulté; car, que l'on fasse d'une façon ou de l'autre, et que l'on appelle un volume nº 2 ou nº 3, si le lecteur veut lire le nº 3 avant le nº 2, il ne tient qu'à lui; mais dans un cours, c'est autre chose.

Commencerez-vous par l'appareil circulatoire? Mais vous allez étudier des vaisseaux d'organes que vous ne connaissez pas: c'est illogique au dernier point. Ferez-vous d'abord l'étude du tube digestif? Mais vous portez atteinte à la continuité topographique, et, d'autre part, comment pourriez-vous dire un mot des fonctions des appareils digestif et génito-urinaire? Si vous ne connaissez pas une partie de l'appareil circulatoire, comment vous faire une idée satisfaisante de leurs rapports; car, ici, plus qu'ailleurs, les vaisseaux se mêlent à la topographie des organes, et peuvent compter, par exception, comme un élément modificateur, comme un élément essentiel; comment se faire, sans eux, une idée complète du développement du péritoine. Avec toute l'expérience que j'ai de l'enseignement, avec toute la réflexion que j'ai apportée à cet examen, je n'ai pu surmonter la difficulté en l'abordant de front, et je n'ai pu la vaincre que par un détour. Comme je fais deux cours par jour, dans l'un, je fais l'histoire de l'appareil respiratoire et circulatoire, en même temps que dans l'autre je décris l'appareil digestif; de cette façon, j'ai pu éluder sinon surmonter la difficulté. Du reste, l'esprit des élèves, l'esprit des hommes n'est-il pas façonné à des divisions de travail bien plus tranchées que celle que je signale.

Eh quoi! ne voit-on pas, dans une même journée, un enfant, un jeune homme étudier (et notez que je me borne au cercle des sciences,

il y a les coliques de matrice et des douleurs abdominales dont le siége paraît être dans les muscles.

Les premières sont moins communes qu'on ne le croit généralement. Néanmoins on les voit survenir quelquefois dans les cas d'accouchement difficile, où le forceps pourrait être appliqué. Elles sont le résultat de la compression exercée sur le plexus sacré par la tête de l'enfant. Elles se dissipent ordinairement d'elles-mêmes en peu de temps. Cependant il faut savoir que certaines femmes en souffrent assez longtemps et ne peuvent marcher sans boiter. Ces douleurs occupent presque toujours le côté droit.

Si les coliques utérines sont peu fortes, on engage les malades à les supporter patiemment. Dans le cas contraire, et si la perte est modérée, le ventre est couvert d'un cataplasme. Mais le meilleur moyen à leur opposer, c'est un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum.

Enfin viennent les douleurs rhumatoïdes et surtout les douleurs abdominales, apparaissant sans phénomènes fébriles. Contre ces douleurs, M. Dubois prescrit des cataplasmes sur lesquels on étend une ou deux cuillerées d'un liniment sédatif ainsi composé :

Pr. Huile de Jusquiame. . . } ãã 30 gr.
Baume tranquille. . . . }
Laudanum de Sydenham. 16 gr.

Mélangez.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Des accidents produits par les ascarides lombricoïdes et le tœnia, et de leur traitement,

Par le docteur H. Anciaux.

§ I. — *Des ascarides lombricoïdes.*

La présence d'animaux parasites dans les voies digestives de l'homme détermine des accidents qui ne sont pas tous connus, et qui sont souvent négligés par les praticiens.

Les vers intestinaux offrent plusieurs espèces. Je n'aurai en vue dans ce travail que le lombric, espèce la plus fréquente, et le tœnia, qui, quoique beaucoup plus rare, se rencontre pourtant assez fréquemment et exerce parfois des ravages bien fâcheux.

Le mode de formation des helminthes dans l'économie humaine est encore ignoré aujourd'hui des naturalistes et des médecins. Il serait sans doute utile pour la science de découvrir ce mystère que la nature nous cache encore.

Le praticien peut cependant reconnaître l'ensemble des circonstances où ces êtres nuisibles se développent, et ouvrir même la voie aux recherches des naturalistes. Il faut avouer néanmoins que tous les médecins ne sont pas d'accord sur les véritables causes des entozoaires. Les uns accordent une trop large part à l'assimilation incomplète des matériaux nutritifs surabondants ; d'autres voient dans l'âge une disposition toute spéciale, sans tenir assez compte des circonstances extérieures en relation avec lui ; quelques-uns, en notant soigneusement le froid humide, ont passé sous silence d'autres influences physiques dont l'action ne peut pas être niée. On a aussi, en donnant aux fruits une importance d'ailleurs méritée, négligé certaines substances d'usage alimentaire journalier.

Je parcourrai dans les lignes qui vont suivre chacune de ces causes, et je tâcherai de montrer dans chacune d'elles un même mode d'action dans le mécanisme de l'organisation helminthique.

Ces causes seules ne produisent point les vers intestinaux ; ils doivent l'existence à un concours de circonstances physiques et organiques agissant en commun ; ce sont les premières qui font naître les secondes, car sans celles-ci, l'action des causes physiques reste sans effet ; elles mettent donc préalablement l'organisme dans une condition propice et le maintiennent dans cet état.

Etiologie. I. — L'homme est omnivore ; sa nutrition exige cependant que ses matières alimentaires aient certaines qualités propres, c'est-à-dire qu'elles contiennent des principes assimilables ou protéiques, et des matériaux respiratoires ou combustibles.

Il est difficile d'assigner la quantité de substances nutritives suffisante que l'homme doit ingérer pour soutenir sa vie et pouvoir se livrer aux travaux corporels. Cependant on peut prendre pour point de comparaison la somme de matériaux nutritifs consommés par le cavalier français, et qui a été indiquée par M. Bouchardat dans son Mémoire sur l'alimentation des populations agricoles de la Bourgogne, mémoire cité par M. Tardieu, dans son *Dictionnaire d'hygiène*, à l'article *Hygiène rurale :*

---

car si j'allais dans le domaine des lettres, ce serait bien pire encore), étudier, dis-je, physique, chimie, algèbre, mathématiques, sans qu'on cherche à mettre en correspondance ces différents genres d'études, et on me refuserait, à moi, de faire marcher simultanément deux branches d'une même science qui ont de si grands points de contact, dont les rapports et la fonctionnalité s'éclairent mutuellement ! Mais s'il me fallait pourtant opter entre les deux manières, oh ! je n'hésiterais pas. Je ne voudrais jamais couper dans sa marche continue le système circulatoire, et bien moins encore l'étudier avant les appareils digestif et génito-urinaire ; car, aux raisons que j'ai données à cet égard, j'ajouterai encore celle-ci : c'est que les vaisseaux offrent avec les nerfs trop d'analogie de distribution pour qu'on sépare leur description par un intervalle que comblerait la splanchnologie.

Quand j'étudie les nerfs, je fais la répétition de l'histoire des artères, que je viens d'enseigner ; je les compare toujours, et, de cette façon, je fais une chose déjà utile en elle-même, une récapitulation des vaisseaux en même temps que je décris le système nerveux, et j'évite un écueil par cette comparaison, c'est que si l'on n'établit pas bien la différence qui existe entre la distribution des vaisseaux et des nerfs, l'esprit dans un souvenir incertain et diffus, prendra souvent la disposition des uns pour la disposition des autres, et *vice versâ*. Les analogies servent au souvenir des choses, mais à une condition, c'est qu'il faut les faire ressortir ; sans quoi elles embrouillent si l'on n'a pas établi avec précision, en même temps que la notion des ressemblances, la notion des différences.

C'est en vertu de ces principes que, lorsque j'étudie les veines, je les compare toujours aux artères qui me servent de type de description, et dans cette étude, qui du reste est fort courte, je n'embrasse pas tout l'arbre veineux collectivement ; je le compare à l'arbre artériel successivement, dans chaque région du corps. Par exemple, après avoir décrit les artères du cou et de la tête, j'en étudie les veines ; puis, quand j'ai décrit les artères des membres supérieurs, je leur compare les veines correspondantes. Quant aux vaisseaux lymphatiques, je les décris en les comparant aux veines, de même que j'ai comparé les veines aux artères.

Quand je décris celles-ci, j'ai soin d'en signaler avec précision les directions, les rapports, les principales anomalies, et tout cela, bien entendu, au point de vue des lésions qui peuvent les atteindre, des opérations chirurgicales dont elles peuvent être l'objet soit qu'on veuille les éviter, ou bien, au contraire, procéder à leur recherche.

Au sujet de ces rapports, j'ai établi la division suivante, qui me paraît non-seulement plus claire, plus logique, d'un souvenir plus facile, mais d'une véritable utilité pratique. Je les ai divisés en régionnels d'accompagnement et de croisements. Les premiers sont ceux qu'affecte le vaisseau avec les os articulations, et os muscles et viscères environ, les seconds avec les cordons vasculaires ou nerveux, ou canaux excréteurs, qui marchent parallèlement ; les troisièmes, avec des cordons de même espèce les croisant perpendiculairement ou obliquement. Pour les premiers, je les donne toujours minutieusement, puisque tout est connu d'avance ; quant aux seconds et aux troisièmes, je les signale avec un choix particulier. Car ils peuvent se faire avec des objets que nous ne connaissons pas encore, les nerfs, par exemple : il faut donc les donner avec beaucoup de circonspection. Ceux qui seront omis, seront signalés quand on procédera à l'étude du système nerveux.

Consommation journalière du cavalier francais :

		Matières azotées sèches.	Matières non azotées sèches (1).
Viande.	285 gr.	70	»
Pain de munition.	750	66	596
— blanc de soupe.	316		
Légumes.	200	20	150
	1551	156	746

Si maintenant on se rappelle le régime alimentaire des paysans de nos campagnes, on verra quelle différence énorme il existe entre lui et celui ci-dessous indiqué. Il est d'ailleurs bien entendu que je ne parle ici que des paysans pauvres, chez qui j'ai particulièrement recueilli mes observations. Leur nourriture se compose presque exclusivement de substances féculentes. Ils font rarement usage de viande ; ils consomment en revanche, à de rares exceptions près, un peu de lait qu'ils mêlent à leur café et qu'ils font même intervenir dans l'assaisonnement des pommes de terre, dont ils font un grand usage. Le peu de beurre, de graisse ou de caséum dont ils recouvrent leur pain de seigle, ne suffit pas pour constituer une alimentation suffisante. La somme de matières qu'ils ingèrent est plus grande que celle prise par le militaire français, mais elle est loin de compenser le déficit des aliments azotés.

On a considéré le pain noir contenant beaucoup de son comme parfaitement réparateur; ce fait, avancé par Middlon et par M. Levy (*Traité d'hygiène*), peut être vrai, certainement; mais pour cela, il faut qu'il ait des qualités que n'offre pas, en général, celui de nos campagnards.

Depuis quelques années surtout, le seigle a été, à l'époque de sa maturité et de sa moisson, exposé à de fortes pluies, qui sans aucun doute altèrent ses propriétés nutritives. Le pain que l'on en fait reste mou, pâteux, pesant et de difficile digestion. Le pain qui provient d'une farine trop hydratée exige une cuisson plus longue et plus soutenue. Nos paysans pouvant disposer de fort peu de bois, n'élèvent pas assez le degré de chaleur de leur four ; ils y laissent ensuite une quantité trop minime de braises incandescentes pour que l'action du feu se prolonge suffisamment. Le défaut général de cuisson et l'hydratation trop grande leur donnent presque toujours un pain détestable. Les féculents restent peu dans le tube digestif; mais le pain fait dans de telles conditions, reste moins encore et provoque toujours une irritation sécrétoire qui affaiblit l'appareil de la digestion.

Les pommes de terre sont aqueuses, cuisent mal et offrent les mêmes défauts.

L'enfant et la femme de l'ouvrier se trouvent dans une pire condition encore que le travailleur. La meilleure part du pauvre repas est réservée au chef; mais celui-ci a un autre élément de bien-être : c'est la jouissance de modificateurs physiques dont l'action est incontestable. « J'ai fait la remarque importante, dit M. le professeur Bouchardat, que l'habitant des campagnes exposé au grand air, au soleil, aux rudes travaux des champs, utilisait infiniment mieux les féculents que l'habitant des villes. »

Cette remarque doit s'appliquer particulièrement au travailleur qui reç it la somme entière des bienfaits d'un air pur, qui active toute son économie, unissant son action stimulante à celle des efforts musculaires répétés qu'exige son travail. La femme et l'enfant, plus souvent occupés des soins du ménage, restent dans leur habitation, presque toujours malsaine ; aussi voit-on, chez eux, la nutrition moins active, l'assimilation imparfaite, des dérangements plus fréquents des voies digestives et une grande fréquence de vers intestinaux. La surabondance des sucs fournis par la muqueuse, la mauvaise qualité des substances organiques ingérées, l'affaiblissement de l'appareil digestif, telles sont les conditions de la production de ces animaux parasites (1).

(1) Il y a une petite différence entre les chiffres que j'ai donnés d'après Bouchardat et ceux qu'indique M. Michel Levy, dans son *Traité d'hygiène*, vol. II, p. 111. Voici ceux qu'il a écrits :

		Matières azotées sèches.	Matières non azotées sèches.
Viande fraiche.	125 gr.	70	»
Pain blanc de soupe.	516	66	595
— de munition.	750		
Légumineux.	200	20	150
	1591	156	745

(1) En lisant Rœderer et Wagler, on remarquera qu'à l'époque de l'épidémie qu'ils ont décrite, épidémie qui fut muqueuse et vermineuse, l'atmosphère fut presque toujours humide. Les denrées alimentaires, vu l'état de la guerre régnant alors, étaient d'un prix très-élevé. « Les pauvres prenaient une nourriture peu substantielle, farineuse et peu délicate ; ils mangeaient des pommes de terre et d'autres substances grossières et indigestes. »

A propos de l'étude des artères, il est un conseil que je ne cesse de donner à mes élèves : Messieurs, revoyez les muscles ; comme je leur dis : quand vous étudiez les muscles, revoyez les os ; ou bien je leur dis encore : l'étude des os c'est l'étude des os, mais celle des muscles c'est l'étude des os et des muscles; et encore : la dissection des muscles est la dissection des muscles, mais celle des artères c'est celle des muscles et des artères. N'oubliez jamais de revoir les muscles quand vous étudiez les artères.

On ne saurait trop, dans les examens, insister sur ce genre d'associations, c'est là une étude de première utilité et d'une application pratique incontestable. Eh bien, elle est souvent négligée, et je connais tel élève, bien fort sur des subtilités anatomiques, qui ignore les données fondamentales de la science, et plus d'un praticien se trouve dans le même cas. Nous sommes dans un siècle où bien des gens sont plus occupés de se procurer le superflu que le nécessaire.

Il me reste enfin à tracer la marche que je suis dans la description du système nerveux. Cette étude est, sans contredit, la plus importante considérée au point de vue physiologique. Elle renferme en elle la fonctionnalité de chaque système, de chaque organe, puisqu'ils empruntent à l'excitateur nerveux le stimulus qui les fait mouvoir, qui les fait agir. Etudier les nerfs dans leur activité, c'est donc faire la récapitulation du mouvement organique général de la vie fonctionnelle, récapitulation, examen préliminaire indispensable pour se préparer aux études pathologiques qui doivent succéder immédiatement aux études anatomiques.

On ne doit point aborder la pathologie sans cette base fondamentale. Ce quel trouble organique, de quel phénomène, de quelle symptôme l'esprit pourra-t-il se rendre compte si, abordant l'examen des maladies, il ne sait point ce qu'est l'économie dans l'état normal.

Il en est qui soutiennent qu'on ne doit point commencer l'étude des affections morbides, sans s'appuyer préalablement sur la pathologie générale, je le soutiens comme eux, mais je soutien même que la pathologie générale n'est autre chose que la physiologie générale, la physiologie du système nerveux.

C'est en procédant ainsi que l'esprit, sans rompre les liaisons naturelles par un mouvement continu, uniforme, passera de l'une à l'autre étude sans s'apercevoir de la transition; la seconde ne sera qu'un corollaire de la première, qui d'avance en aura la méthode, et ceci viendra l'affirmer dans cette idée que, pour mon propre compte, je ne cesse de développer partout et en toutes circonstances, qu'il n'y a qu'une méthode au monde : la méthode naturelle, liant tous les faits entre eux dans un ordre logique et naturel comme la méthode elle-même. On verra alors toutes les maladies se classer anatomiquement et physiologiquement en familles, genres et espèces, comme le fait, pour les plantes, la science du botaniste.

Il n'y aura plus moyen de diviser arbitrairement la pathologie en médicale et en chirurgicale, il n'y aura plus qu'une pathologie unique, la pathologie naturelle.

Dans l'étude anatomique du système nerveux, la marche serait simple et facile si la physiologie ne l'accompagnait pas. On procéderait d'abord par l'examen des centres en commençant par la moelle et suivant pas à pas ses transformations successives on finirait par l'étude du cerveau.

Cette méthode descriptive évolutionnelle a été suivie par quelques auteurs, et notamment par M. Longet, dans son *Traité du système*

II. — L'air humide agit d'une manière toute spéciale pour déterminer la prédisposition au développement helminthique dans l'économie. Son action est double : d'abord, elle se fait sentir sur les matières alimentaires premières; elle agit ensuite, en portant directement sur le corps son influence morbide. L'air humide peut être chaud ou froid, mais, quel qu'il soit, son action déterminante existe, quoiqu'il paraisse, d'après les auteurs, que l'humidité froide ait une influence plus marquée.

L'air chaud et humide exerce sur l'ensemble des fonctions une action débilitante ; il émousse l'appétit, il ralentit les élaborations digestives. Les contractions du cœur sont faibles, le pouls moins vif, moins fréquent; la circulation capillaire devient languissante et favorise les hypérémies passives des organes ; la respiration s'exécute péniblement, le sang artériel semble moins vivifiant ou se renouvelle dans une proportion insuffisante. L'action du froid et de l'humidité est essentiellement perturbatrice de l'ordre naturel des mouvements organiques; et quand elle sévit d'une manière habituelle, comme il arrive dans certaines localités, elle finit par altérer l'hématose et la complexion des tissus; elle développe alors une condition organique qui prédispose aux affections catarrhales, scorbutiques, rhumatismales, vermineuses, aux engorgements des viscères, etc. (2). Cette prédisposition, caractérisée par la faiblesse des voies alimentaires, par la transpiration intestinale surabondante, est mise en jeu des qu'il s'y joint une nourriture insuffisante, ou bien une nourriture trop féculente, et le développement helminthique ne tarde pas à se faire.

III. — Les fruits ne nuisent que par défaut de maturité ou par un usage immodéré. Les fruits que mangent les enfants de nos campagnards, sont rangés parmi les sucrés-aqueux par les hygiénistes. Ils en mangent ordinairement en trop grande quantité et sans être mûrs. Les fruits sont peu réparateurs, sollicitent activement la muqueuse intestinale et ils restent peu dans le tube digestif. Leurs qualités nuisibles vont au delà de l'affaiblissement des fonctions nutritives : en effet, les enfants qui en mangent outre mesure, ont une espèce de répulsion pour toute substance réparatrice. Chez des personnes aisées, on voit les enfants refuser la viande et se nourrir presque exclusivement de tartines et de fruits. Ces circonstances donnent encore une fois toute chance d'une apparition vermineuse, et c'est ce qui a toujours lieu.

IV. — L'enfant destiné à un accroissement rapide vit presque exclusivement pour manger. Sa circulation artérielle est accélérée, l'hématose doit être aisément accomplie, ou bien toutes les fonctions languissent avec elle. Le travail incessant d'organisation explique chez lui la prédominence des fluides sur les solides et la disposition de toutes les surfaces à sécréter avec abondance. C'est à ce fait qu'il faut particulièrement s'attacher, lorsqu'on étudie l'influence de l'âge sur la production des entozoaires. Car il est certain, et cela est admis d'ailleurs par des praticiens éminents, et entre autres par M. Piorry, que la présence de liquides abondants dans le tube digestif, favorise la formation et le développement des vers (2), mais il faut aussi tenir compte d'autres particularités qui agissent spécialement sur l'enfant : je veux parler des soins de propreté et des agents extérieurs.

Les pauvres ouvriers des campagnes peuvent donner peu de soins à leurs enfants. Il est incontestable que les bains, le linge propre souvent renouvelé tonifient la peau, procurent un bien-être général auquel participent les fonctions digestives; la malpropreté, le linge rarement renouvelé engendrent la vermine et un état de langueur de toute l'économie. L'action d'une atmosphère débilitante peut se faire sentir avec vigueur sur leur corps recouvert ordinairement de vêtements déchirés. L'air de leur chaumière insalubre est corrompu et ne peut exercer sur eux une action vivifiante. La force musculaire ne pouvant pas être encore mise en jeu par les travaux des champs, exerce peu d'influence sur l'énergie des actes digestifs. Dès que l'enfant abandonne la mamelle et entre dans la vie commune, l'apparition des parasites intestinaux se manifeste, et leur existence se continue jusqu'à une époque où l'enfant, devenant adolescent, se livre à des travaux au grand air et reçoit, avec les rayons bienfaisants du soleil, un oxygène pur qui stimule les actes fonctionnels de toute son organisation et lui donnent une existence nouvelle. (*Press. méd. belge.*)

Voy. *De morbo mucoso*, dans l'*Encyclopédie des sciences médicales*, p. 291 et 292. Nous pouvons dire qu'avec le même état de choses règne aujourd'hui la même constitution médicale; aussi observe-t-on, chez les pauvres particulièrement, une vraie épidémie vermineuse.

(1) Voy. M. Levy, *Traité d'hygiène*, t. I, p. 581 et 383.

(2) *Traité de médecine pratique*, par M. Piorry, t. V, p. 333.

---

nerveux, et pour moi elle est infiniment préférable à toute autre.

C'est la seule à l'aide de laquelle on puisse saisir pas à pas la marche du perfectionnement et les liens naturels qui, par des transitions insensibles, nous font assister à ces changements, ces mutations que traverse l'appareil le plus important de l'économie, pour passer de l'état le plus simple à la forme complexe qu'il revêt au terme le plus avancé de son évolution.

Mais M. Longet ayant coupé ses descriptions par des dissertations physiologiques et pathologiques, l'étude anatomique ainsi fragmentée, manque de suite et d'enchaînement. Depuis longtemps l'élève a perdu de vue le fait précédent, quand après une longue digression physiologique ou pathologique, le professeur passe à l'examen du fait suivant. Aussi je ne pense pas que l'étude du système puisse être ainsi faite d'une manière profitable pour les commençants. Voici mon opinion là-dessus : je pense que la névralgie doit être présentée sous deux points de vue. D'abord sous le point de vue anatomique principalement, sans oublier pourtant les indications physiologiques principales qui doivent venir en aide à l'examen anatomique; ensuite sous le point de vue anatomique et physiologique à la fois.

L'appareil est trop important et trop compliqué pour qu'un seul examen puisse suffire. C'est ici surtout que le précepte de Broc trouve son application. Prenez, disait-il, d'abord une idée de l'objet en grand avant de l'étudier dans ses détails. Mon expérience m'a appris au sujet du système nerveux que ces deux modes d'étude étaient l'un et l'autre indispensables. Aussi tous les ans, indépendamment de mes cours généraux d'anatomique dans lesquels la névralgie vient naturellement à sa place, je fais un cours spécial sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux.

Après avoir fait l'étude de l'axe cérébro-spinal, je procède à l'examen des nerfs, suivant de préférence la marche de ceux qui commencent par l'étude des nerfs émanés de la moelle et finissent par les nerfs crâniens, et j'ai soin de les comparer, chemin faisant, comme je l'ai déjà signalé, aux artères correspondantes.

Je me trouve forcé par la généralisation même de mon exposition, de ne pas entrer dans l'examen de certains détails au sujet du système nerveux comme au sujet des autres parties qui ne doivent trouver place que dans un livre, et ce n'est point un livre que j'ai la prétention de faire ici, c'est l'introduction à un livre, et me voilà par cette introduction tenu de réaliser la promesse qu'elle vient de faire et de mettre en application les préceptes que j'ai posés. C'est ce que je me propose de faire dans le plus bref délai, car c'est à l'œuvre qu'on connaît l'artisan.

(*La suite prochainement.*)

LIVRES. — La vente aux enchères des livres composant la bibliothèque médicale de feu M. le docteur Croserio, aura lieu le jeudi 22 novembre 1855, à six heures et demie du soir, rue des Bons-Enfants, 28, par le ministère de Me Danthonay, commissaire-priseur, assisté de M. Aug. Aubry, libraire, rue Dauphine 16, chez lesquels se distribue le catalogue. — On dit cette bibliothèque particulièrement riche en ouvrages sur la médecine homœopathique.

Chimie médicale et pharmacologie.

Sur la médication ferrugineuse, à propos de la protéine ferrée.

Par M. T.-A. QUEVENNE,
Pharmacien à la Charité.

La *Gazette médicale* publie la note suivante que nos lecteurs liront avec intérêt, et dans laquelle ils verront que le trop regrettable savant que nous avons eu la douleur de perdre, n'a cessé de se préoccuper de la science jusqu'à ses derniers moments.

Depuis quelque temps il a été question de protéine ferrée, et l'auteur a publié dernièrement sur ce sujet une brochure qu'il a fait distribuer à tous les médecins de Paris.

L'idée de la préparation de la protéine ferrée a pour point de départ une fausse intesprétation d'un passage du rapport de M. Bouchardat, sur mon Mémoire relatif à la médication ferrugineuse ; j'ai donc pensé qu'il ne serait pas inutile de rétablir les faits sous leur vrai jour, afin d'éviter de laisser germer une erreur dans la science.

Voici le passage en question tel que le rapporte l'auteur :
« Il ne suffit pas, pour produire la guérison (des chloro-
« tiques), d'introdnire beaucoup de fer dans l'économie,
« comme quelques-uns l'ont pensé, il faut offrir à celle-ci une
« combinaison de fer et de matières protéiques dans des pro-
« portions sagement combinées. »

D'abord il faut remarquer que l'auteur ne cite pas exactement, ainsi M. Bouchardat ne s'est point servi de l'expression matières protéiques dans ce passage, mais bien de *matières alimentaires albuminoïdes*, qu'il s'agit d'introduire dans l'écouomie, conjointement avec le fer, dans des proportions sagement combinées, et *variables suivant les conditions individuelles* (*Bullletin de l'Académie*, t. XIX, p. 1027).

Ainsi, il s'agit là d'une appréciation de la part du médecin et pour chaque cas en particulier des proportions de fer et de matières nutritives à donner à chaque malade ; il n'y a pas le moindre doute à avoir ; mais lorsqu'on ne voit que la phrase isolée et dénaturée que nous avons rapportée, on peut fort bien être induit en erreur.

Pour faire sentir combien ce passage du rapport de M. Bouchardat a été malheureusemeut interprété, et combien est futile l'application que l'auteur auquel je fais allusion en a faite, je suppose le cas suivant : Un médecin prescrit 0,25 de fer réduit à une chlorotique, et juge que l'état des organes digestifs, ainsi que l'ensemble de la santé de celle-ci, peut comporter 200 grammes de viande rôtie par jour. Si au lieu de fer réduit pur la malade fait usage de pilules de protéine ferrée, chacune de celles-ci renfermant 0,05 de fer réduit et 0,10 de protéine, il en résulte qu'elle aura bénéficié de 0,50 de nourriture animale, et qu'au lieu d'ingérer 200 grammes de viande par jour, elle en aura pris 200 gr. 50, c'est-à-dire que c'est chose purement insignifiante.

Mais, dira-t-on, ce n'est pas la question de poids qu'il faut considérer, mais bien le fait de l'union de la protéine (matières albuminoïdes, caséeuse ou fibrineuse) avec le fer réduit, qui est ici le point capital.

Cette manière de voir ne peut être admise; il y a simple mélange dans les pilules dont il s'agit et non combinaison. La combinaison de matières alimentaires et de fer dont il est ici question, ai-je dit et répété dans mon Mémoire, se fait dans l'estomac même, à la condition de faire prendre le fer réduit au moment des repas ; et puis cette combinaison, qui résulte de l'action simultanée du suc gastrique sur les aliments et sur le fer, et qui est opérée par la nature elle-même, se fait dans toutes autres proportions que celles indiquées par l'auteur ; il n'y a pas 0,01 de fer.

Discussion sur les sétons.

DISCOURS DE M. BOULEY.

La discussion sur les sétons, qu'on pouvait croire close, a repris hier avec une nouvelle chaleur par un discours de M. Malgaigne, dans lequel l'habile orateur s'est élevé, s'il est possible, au-dessus de ce qu'il a jamais été. Nous reprendrons donc aujourd'hui les documents de cette discussion, qui doit désormais être élevé à la hauteur d'une question de doctrine.

Si je sors de la réserve que m'impose ma position spéciale dans cette assemblée, et si je prends part au débat où s'agitent les destinées du séton, c'est que je crois que la médecine vétérinaire doit dire son mot quand il s'agit d'une de ses opérations les plus usuelles. Lorsque M. Malgaigne a qualifié cette opération d'empirique, de grossière, de barbare, il a englobé dans la même proscription et le séton des médecins et celui des vétérinaires. Or, ceux-ci usent fréquemment du séton, et même ils en abusent. Souvent ils y sont forcés, car le peuple est humoriste par excellence; chez lui, les idées de pituite, de matières âcres, etc., sont profondément enracinées ; il est bien difficile de ne pas céder aux clients qui, voyant un cheval malade, attribuent la maladie à l'humeur et veulent qu'on ouvre à celle-ci une voie à l'extérieur. Le séton appliqué, la suppuration survient, et cela avec une rapidité très-grande, dans l'espace de quelques heures, chez le cheval (qui, sous ce rapport, offre une prédisposition des plus remarquables), — démonstration qui est regardée comme péremptoire. Puis, par une coïncidence que je ne me charge pas d'expliquer, la suppuration artificielle fait tarir celle qui existait ailleurs. De là l'abus du séton. Mais à côté de l'abus, il y a l'usage intelligent d'un moyen que je crois utile et que je vais tâcher de réhabiliter, toujours en restant à mon point de vue particulier et sans entendre tirer des conclusions applicables à la médecine humaine.

M. Malgaigne a plaisanté le séton prétendu intelligent. Si l'exutoire ne mérite pas cette épithète, du moins peut-on lui donner celle d'intelligible dans bien des cas. Dans une pneumonie grave, le séton est appliqué comme d'autres révulsifs associés à la médication interne, et il leur est préférable à cause de son énergie et de sa ténacité; aussi applique-t-on quelquefois deux, trois et jusqu'à six sétons en cas pareils. Mais ce sur quoi je veux insister en ce moment, c'est la manière différente dont le séton se comporte suivant le plus ou moins de gravité de la maladie. L'affection est-elle simple, a-t-elle une marche régulière? en quelques heures il se forme autour du séton une tumeur phlegmoneuse qui suppure. Au contraire, s'agit-il d'un état grave qui doit surmonter l'organisme, alors on observe du côté de la plaie une absence complète de réaction. Or, quand on traite des animaux, c'est-à-dire des êtres dont les sensations ne se traduisent à nous par aucun signe appréciable, n'est-ce pas un puissant élément de pronostic et de diagnostic que cette espèce de baromètre? On dirait qu'il se fait de l'organe malade au séton, *et vice versâ*, comme un flux ou un échange d'humeur, d'où il résulte que le trajet du séton tantôt se sèche, tantôt se tuméfie. — Ce n'est pas dans la pneumonie seulement que le séton donne la mesure de la gravité de l'état morbide; il indique encore d'autres conditions générales, comme, par exemple, la saturation médicamenteuse. L'absorption du mercure chez les chevaux ne produit jamais de salivation ; comment reconnaître que l'économie est arrivée à la saturation mercurielle? Le séton est ici une précieuse ressource, car, dans ces conditions, la suppuration qu'il fait couler devient grisâtre et très-fétide. Il permet encore de tâter pour ainsi dire la constitution médicale. Les annales de la médecine vétérinaire démontrent qu'à certaines époques les plaies des opérations les plus simples ont de la tendance à se gangréner, et, dans certaines circonstances, la castration a fait fonction d'une véritable épizootie à cause de cette circonstance. Appliquez un séton; la gangrène se manifestera dans cette plaie simple comme dans celle qui résulterait d'une opération plus grave et vous avertira du danger auquel vous vous exposez.

De même le séton désigne par lui-même le moment où il faut l'ôter, proposition qui a excité la raillérie de M. Malgaigne. C'est un fait d'observation que lorsque le séton cesse de suppurer, c'est que ses effets sont nuls, qu'il convient de le supprimer ou de le remplacer par un autre.

Je vais maintenant citer quelques-unes des applications du sétou en médecine vétérinaire.

La *claudication* du cheval est une maladie qui survient souvent sans cause appréciable et semble être l'équivalent des douleurs rhu-

matismales; l'application d'un ou de deux sétons au voisinage de l'articulation que le diagnostic désigne comme atteinte, fait très-souvent et promptement disparaître ce symptôme. La même maladie était autrefois traitée par l'*emplumage*, qui consistait à implanter sous la peau, largement décollée, de l'épaule, un certain nombre de plumes d'oie. C'était là une opération barbare, empirique, à laquelle le séton rationnel s'est heureusement substitué aujourd'hui. Celui-ci a quelquefois un mètre, un mètre et demi d'étendue; on le fait commencer à l'angle antérieur et supérieur du scapulum, passer sous l'aisselle et ressortir à l'angle postérieur de l'épaule. J'ai vu des chevaux atteints de ces claudications de cause occulte, après avoir subi inutilement d'autres traitements, guérir sous l'influence de ce long séton dont Gaulet est l'auteur.

Contre les *tumeurs synoviales*, les vétérinaires anglais emploient le séton qu'ils font passer entre la peau et la poche; on arrive aussi à la longue à obtenir la disparition de ces tumeurs. On a même proposé, — mais c'est là un moyen que je ne voudrais pas conseiller, — de franchir avec le séton la synoviale tendineuse elle-même.

Le séton rend souvent de grands services à titre de révulsif dans les affections thoraciques et d'autres maladies viscérales.

Il existe chez les chevaux une variété de *jetage*, qui, sans être spécifique, présente cependant une remarquable ténacité. On lui oppose avec succès un séton (encore fort audacieux) qui passe derrière la parotide, sous le plexus guttural, et vient ressortir entre les deux branches de la jugulaire.

Contre les *engorgements œdémateux* si considérables qui accompagnent les *crevasses* (analogues des engelures), le séton est presque infaillible; on l'applique à la fesse et on lui donne un demi-mètre de longueur; au bout de quelques semaines d'une suppuration abondante, on voit l'engorgement se dissoudre. C'est là une ressource importante et les vétérinaires seraient fort embarrassés si elle venait à leur manquer.

L'*anasarque*, très-commune chez les chevaux et succédant habituellement à un refroidissement de la peau en sueur, se résout également sous l'influence d'un séton qui traverse le tissu cellulaire œdématié. Si dans ces cas le séton ne *prend* pas, on voit bientôt la pénétration de l'air et son mélange avec la sérosité donner lieu à la gangrène.

Contre les maladies des yeux, nous employons également le séton, mais ce n'est pas à la nuque que nous le plaçons, c'est à la joue, au voisinage du mal. Ses effets sont très-remarquables; il réussit souvent à arrêter la *fluxion périodique* qui revient, comme on sait, toutes les six semaines ou tous les deux mois, après avoir complétement disparu dans l'intervalle. Ici le succès n'est pas constant; cependant, dans bien des circonstances, l'influence de l'exutoire est incontestable.

Le *catarrhe auriculaire* des chiens présente cette particularité que lorsque par les détersifs et les astringents purs, on a obtenu sa disparition, on voit se développer les dartres, et qu'avec la guérison de celles-ci on voit coïncider la réapparition du catarrhe. C'est un va-et-vient perpétuel, une substitution incessante des deux affections. Placez un séton derrière l'oreille, sous l'influence d'un traitement approprié, le catarrhe guérira sans que des dartres se développent.

Dans *les eczèmes* du cheval, éruption spéciale qui n'est pas le farcin, j'ai vu et parfaitement vu deux ou trois sétons placés au thorax ou à l'abdomen, faire tarir la sécrétion morbide et amener la guérison très-rapide de la maladie, qui n'a pas récidivé ultérieurement.

Une maladie dans laquelle le séton est admirablement indiqué, c'est la *gourme*. On sait que lorsqu'ils sont atteints de la diathèse gourmeuse, les chevaux ont une tendance extrême à la suppuration, et qu'alors celle-ci se manifeste au nez, dans les ganglions lymphatiques du cou, du thorax, de l'aine; on sait aussi que lorsque la gourme produit au dehors des suppurations abondantes, elle respecte les organes internes. Quand les jeunes chevaux, les chevaux de remonte, par exemple, sont sous le coup de cette diathèse, comme cela arrive fréquemment, les contusions même simples en apparence, suites d'un coup donné par un camarade, deviennent le point de départ d'énormes abcès. En appliquant aux chevaux, dans ces conditions, un séton, on prévient la formation des foyers métastatiques, résultat qu'il suffit d'énoncer pour en faire sentir toute l'importance.

Tout le monde sait que dans la maladie désignée sous le nom de *péripneumonie* des vaches, il y a autre chose qu'une simple inflammation pulmonaire. Eh bien! dans la période d'incubation qui précède cette localisation, on applique avec avantage un séton sous le thorax pour empêcher le fluxus du côté du poumon. C'est un séton qui entraîne avec lui des trochisques ou des sachets de sublimé.

Pour ne pas abuser des instants de l'Académie, je m'en tiendrai là, dans l'énumération des cas où les avantages du séton sont certains ou au moins très-probables.

Mais comment interpréter les effets de cet exutoire? Je n'entrerai pas dans des considérations générales sur la révulsion; je remarquerai seulement que le séton produit un stimulus, un fluxus considérable, qu'il a de plus l'avantage d'être tenace et d'adhérer en quelque sorte aux parties.

Peut-être cette irritation superficielle, ce courant sanguin activé au voisinage d'une région malade, d'un tissu douloureux, produisent-ils un mouvement moléculaire, et ce mouvement qui en chimie exerce une si grande influence sur les propriétés des corps, peut bien modifier aussi la composition intime des parties vivantes.

Le séton est un moyen excellent quand il s'agit de combattre l'épuisement, le refroidissement. Les sinapismes, les frictions sont quelquefois difficiles à appliquer; tandis que, armé de son aiguille, le vétérinaire allume à l'instant même quatre ou cinq foyers d'irritation, dont l'action propagée au loin va réveiller le foyer central, et ranimer la vie prête à s'éteindre. C'est là un deuxième mode d'action du séton.

Il y a encore une audre considération que je demande la permission de développer. J'ai dit que chez le cheval on appliquait des sétons de 3 mètres et plus. Or, un séton de 3 mètres et de 4 centimètres de largeur, combien croyez-vous qu'il fournisse de pus? Voici ce que m'ont appris quelques investigations faites ces jours derniers à l'Ecole d'Alfort, et dont le discours de M. Malgaigne m'a suggéré l'idée.

Un séton ayant les dimensions indiquées donne 48 grammes de pus par jours. Six sétons pareils (j'ai déjà dit que dans certains cas on atteignait et même dépassait ce chiffre) donnent 288 grammes par jour, et dans l'espace de six jours, terme moyen du temps pendant lequel on les laisse appliqués, cette singulière saignée est de 1728 grammes.

M. Bouvier disait que, dans son opinion, le séton agissait plus par la suppuration que par l'irritation qu'il produit. C'est également ce que je crois devoir admettre. Un cheval qui perd chaque jour 288 grammes de liquide n'est-il pas dans des conditions analogues à celles d'une vache laitière qui laisse fuir par ses mamelles en si grande quantité les éléments du sang? Il est d'observation que ces vaches ne deviennent pas grasses et qu'en même temps elles ont un appétit très-vif, une activité insolite des fonctions digestives. Le séton produit une véritable spoliation, c'est un exutoire dans le vrai sens de ce mot: il enlève au sang une notable proportion de ses éléments constitutifs, c'est donc un agent résolutif, fondant; en raison de l'activité imprimée à l'absorption interstitielle il peut faire disparaître des produits morbides qui n'ont pas acquis une trop grande ténacité. Il détermine dans les vaisseaux une sorte de vacuité ou de tendance au vide, et à ce titre il se rapproche de la saignée, sur laquelle il a l'avantage de ne pas enlever le sang, mais de l'*user*, tout en exaltant l'activité des fonctions réparatrices. (Aussi ne faut-il pas astreindre à une diète absolue les animaux chez qui on a établi une de ces suppurations artificielles, de peur de les voir se nourrir aux dépens de leurs propres tissus ou se dévorer eux-mêmes, comme on l'a dit.) C'est grâce à ce courant sanguin, grâce à cette rénovation des éléments incessamment dépensés par la suppuration, que le séton est utile et qu'il fait résoudre l'engorgement de la pneumonie, l'œdème des membres.

Trop de raisons contribuent à faire du séton une arme puissante entre les mains du vétérinaire pour qu'on y renonce aisément; des sarcasmes, même lorsqu'ils sont dits comme M. Malgaigne sait les dire, ne suffiront pas pour discréditer un moyen dont la pratique a démontré l'excellence.

— *Erratum.* — Monsieur le Rédacteur, dans la petite note que vous avez bien voulu insérer sur la préparation de l'onguent mercuriel, Messieurs les typographes m'ont fait l'honneur de me qualifier du titre de *chirurgien*; c'est un honneur auquel je suis très-sensible, assurémont; mais comme je tiens à ce qu'on ne m'accorde que ce qui m'est dû, je ne dois pas renier ma véritable profession, qui est celle de *pharmacien.* — Veuillez agréer, etc., F. Gille.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 137. 3e année. Vendredi 16 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique ; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. Raciborski.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108, 111, 115, 119, 120, 121, 124, 126 et 136.)

En nous occupant des rapports de la menstruation avec le système nerveux, nous avons eu soin de faire ressortir les liens multiples qui rattachent les différentes phases menstruelles aux troubles si variés de l'innervation ; nous avons prouvé que le travail de l'ovulation était accompagné d'une surexcitation nerveuse, devenant souvent une cause prédisposante de différentes névroses, qui devenaient, à cause de cela, plus fréquentes aux approches de la puberté, offraient des exacerbations au moment des règles, et devenaient, au contraire, généralement moins communes après l'âge critique. Cependant, la dernière remarque ne s'applique guère qu'aux névroses à symptômes plus ou moins constants, ayant une forme déterminée, telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, etc. ; mais il n'en est plus de même des autres troubles nerveux. L'observation attentive des faits nous a démontré, au contraire, qu'à mesure que l'excitation périodique de l'ovulation s'éteint, à mesure que cette cause prédisposante des névroses s'éloigne, il survient d'autres troubles nerveux à forme mal déterminée, vagues, mobiles, changeant à tout moment d'aspect, ou se remplaçant successivement, troubles qui caractérisent ce que notre excellent confrère, le docteur Cerise, a appelé, dans ces derniers temps, la névropathie protéiforme, et ce que M. Sandras appelle l'*état nerveux*. Cette espèce de névrose est excessivement commune après l'âge critique. Comme on était déjà en droit de le présumer, ce sont surtout les femmes du monde, celles qui ont passé leur jeunesse au milieu des émotions, et qui ont payé largement leur tribut aux exigences du grand monde, qui en offrent le plus souvent des exemples. Cependant, nous avons également observé des troubles semblables chez des femmes des classes moins élevées, parmi les artisans, et même, quoique bien moins souvent, chez les femmes de la campagne.

Il nous serait impossible de donner une description exacte de tous les symptômes de cette névropathie de l'âge critique ; leur variété, leur mobilité, qui en constituent le caractère

FEUILLETON.

MAGENDIE.

Le physiologiste que la mort enleva à la science le 11 octobre dernier, était le chef le plus célèbre de l'école expérimentale en France. Il en était aussi le représentant le plus ancien. Par son enthousiasme, son activité, sa persévérance, il donna une impulsion considérable aux travaux de cette école. Il sut vaincre tous les obstacles que sa méthode trouvait encore sur sa route ; il parvint à l'imposer comme un instrument nécessaire aux destinées de la biologie ; il fut l'instigateur des efforts qui ont le plus contribué aux progrès de cette science depuis le commencement du siècle.

François Magendie naquit à Bordeaux en 1783. Fils d'un médecin qui était venu exercer son art à Paris, en 1789, il reçut dans la capitale une éducation à la *Jean-Jacques*, qui ne fut point sans influence sur le caractère de son esprit et la nature de ses doctrines. A seize ans, il embrassa la médecine. Prosecteur de Boyer, il concourut pour l'Ecole avant d'avoir atteint sa vingtième année. Nommé un peu plus tard aide d'anatomie et prosecteur de la Faculté, il ouvrit des cours de médecine opératoire, d'abord à l'Ecole pratique, et ensuite au collége médical de la rue Saint-Victor. Il s'en dégoûta bientôt. Il n'avait point encore trouvé sa voie, et il se cherchait lui-même. . . . . . .

Chirurgien manqué, il voulut devenir physiologiste. Bichat venait de mourir : Chaussier et Richerand étaient alors les seuls savants qui faisaient à Paris des cours de physiologie. Disciple de ces deux professeurs, M. Magendie ne tarda pas à s'en séparer. Son goût pour les faits positifs, fortifié par l'étude de l'algèbre et de la géométrie, le poussait dans une direction autre que celle des aperçus purement spéculatifs et synthétiques.

En 1809, il fit connaître ses premières recherches expérimentales. Il lut devant l'Académie des siences, deux Mémoires : le premier intitulé : *de l'Action de quelques végétaux sur la moelle*, et le second, *des Organes de l'absorption chez les mammifères*. Depuis lors, ses travaux se multiplièrent d'une façon incroyable, et jusqu'à son entrée à l'Institut, peu d'années se passèrent sans qu'il en publiât plusieurs.

En 1811, il mettait au jour les recherches sur la *transpiration pulmonaire* ; en 1812, celles sur les *images qui se forment au fond de l'œil*. En 1813, il lisait ses Mémoires relatifs aux *fonctions de l'œsophage* et à *l'influence de l'émétique sur l'homme et sur les animaux* ; en 1814, il publiait son *Précis élémentaire de physiologie* ; en 1818, ses *Etudes sur la gravelle*, et, en 1819, ses expériences sur l'*Emploi de l'acide prussique*.

En 1821, M. Magendie fonda un journal de *Physiologie expérimentale*, qui vécut jusqu'en 1830 ; et, déjà membre de l'Académie de médecine, il devint membre de l'Académie des sciences. A l'Institut, pour compétiteur au fauteuil laissé vacant par la mort de Hallé, il avait Chaussier, son premier maître, et plus âgé que lui de trente années.

principal, ne se prêtent guère à la composition d'un cadre nosologique à forme déterminée ; ce sont ces symptômes qui ne se représentent jamais deux fois de la même manière. Ce qu'il y a de certain, c'est que presque dans toutes les expressions de cette névropathie, nous avons rencontré le moral plus ou moins profondément affecté, avec une sensible tendance à l'hypochondrie et à la mélancolie. La plupart du temps, les troubles dont nous parlons semblent ne pas sortir du cercle d'action principale du système nerveux ganglionnaire; cependant ils ne tardent pas de retentir sur le centre cérébral et sur la moelle épinière. L'innervation du centre circulatoire nous a paru, dans cette circonstance, être mise le plus souvent en jeu. Bien des femmes, même en apparence très-fortes, éprouvent alors des lipothymies fréquentes accompagnées quelquefois d'une sensation de faux étourdissements qu'il faudra se garder de confondre avec des accidents plus ou moins analogues occasionnés par l'hyperhémie. Ce n'est point après les excitations du système circulatoire que ces troubles se manifestent de préférence, ce n'est pas non plus en baissant la tête que les malades accusent particulièrement ce qu'ils appellent des étourdissements ; bien au contraire, s'il arrive, par exemple, à ces personnes d'assister à un dîner où la présence d'une société gaie et agréable peut leur faire oublier un instant leurs souffrances, on peut les voir se livrer exceptionnellement à des exercices gastronomiques vraiment prodigieux sans qu'elles s'en trouvent moins bien pour cela, ce qui n'arriverait pas certainement si leurs troubles habituels étaient occasionnés par la pléthore.

D'autres se plaignent à chaque instant des palpitations, des battements à l'épigastre, tandis que l'auscultation, de même que l'exploration à la main, trouvent le cœur et les gros troncs artériels dans un calme parfait. D'autres accusent des bouffées de chaleur, des suffocations ou une espèce d'étranglement rappelant un peu la strangulation hystérique; d'autres encore accusent particulièrement plus ou moins d'affaiblissement dans les membres, et surtout dans les membres pelviens ; cet affaiblissement, quoique réel, est souvent exagéré, et telle malade qui, il n'y a qu'un instant, prétendait de ne pas pouvoir du tout marcher, pourra souvent faire ensuite plusieurs fois le tour de son appartement, lorsqu'en lui donnant le bras on réussit de détourner son attention de l'objet fixe qui la préoccupe ; d'autres malades, enfin, accusent, dans les différentes régions, des douleurs ou des sensations désagréables, tantôt changeant de place, tantôt fixes ; souvent elles croient même distinguer à l'endroit correspondant des tumeurs, sans que l'exploration la plus attentive y trouve rien. C'est ainsi qu'il arrive souvent qu'on est consulté par les femmes de cet âge pour des affections du foie, de la rate, de la matrice, etc., qui n'existent que dans leur imagination ; aussi quelle riche moisson n'offrent-elles pas à l'exploitation des charlatans de toutes les classes, de toutes les catégories!!!

Les plus curieux exemples que nous ayions vus de ces illusions sous l'influence de cet état nerveux nous ont été fournis par des femmes, lesquelles, plus ou moins longtemps après avoir cessé d'être réglées, s'imaginaient encore d'être devenues grosses, et se rendaient malheureuses par cette idée. Tout récemment, je donnais mes soins à une dame de quarante-neuf ans, qui depuis un an n'avait vu qu'une fois, cinq mois avant ma première visite. Cette personne m'avait déjà plusieurs fois entretenu de différentes souffrances protéiformes que j'ai combattues avec succès. Mais, en dernier lieu, ce qui paraissait la préoccuper le plus, sur quoi elle fixait particulièrement mon attention, à côté de l'agitation et de l'insomnie dont elle se plaignait, c'était une sensation de fourmillement dans la cavité abdominale, qui parfois lui produisait le même effet, disait-elle, comme si quelque chose courait dans son ventre. Cette sensation devenait chaque jour plus pénible, ce que l'on comprendra assez facilement, ayant été toujours entretenue par l'imagination trop vivement frappée par la crainte de se voir enceinte. Et, en effet, devant partir pour l'Italie, où elle était déjà attendue par son mari, cette dame s'est vue enfin obligée de me confesser qu'elle avait eu la faiblesse de céder une fois, il y avait de cela trois mois, aux obsessions d'un ami, qu'elle avait peur qu'une grossesse en fût la conséquence, et que cette idée, la poursuivant sans relâche, elle s'imaginait que la sensation qu'elle éprouvait était due aux mouvements de l'enfant. Il m'a fallu bien des efforts pour rassurer cette malheureuse et pour la convaincre qu'il n'en était rien, et que la sensation éprouvée par elle était tout bonnement le résultat d'une perturbation nerveuse.

Ce fait n'est pas le seul dans son genre. Il y quelques années, je connaissais, dans un pensionnat dont je suis médecin, une domestique âgée de quarante-huit ans, qui avait cessé d'être réglée depuis trois mois, et qui cependant venait de se marier. Peu de temps après elle annonça à ses maîtres qu'elle se sentait enceinte, et ce qu'il y a de plus curieux, c'est que

---

La préférence qu'on lui donna sur Chaussier, était l'œuvre du secrétaire perpétuel, client de M. Magendie. Elle fut critiquée par quelques personnes comme contraire aux usages de l'Académie des sciences, et d'autant plus reprochée à De Laplace, que cet illustre géomètre s'était opposé vivement à la candidature de M. Arago, uniquement parce qu'il était élève de Poisson, son professeur à l'École polytechnique, et plus jeune de cinq années que son maître.

En 1831, M. Magendie fut nommé professeur de médecine au Collége de France, après avoir échoué deux fois dans cette candidature, sous la Restauration.

Au mois de novembre de la même année, dans le comité secret tenu par l'Académie des sciences, il demanda à être envoyé à Sunderland, afin d'étudier la marche du choléra qui venait de se déclarer dans cette ville. Sa proposition fut acceptée avec empressement, et il partit aussitôt pour l'Angleterre, où le fléau asiatique faisait sa première apparition. Membre du Conseil de salubrité du département de la Seine, il étudia surtout le choléra au point de vue des moyens capables de prévenir son invasion. Dans une lettre adressée au président de l'Académie des sciences, lettre qui fut reproduite par presque tous les journaux politiques, et où M. Magendie n'oubliait pas de rappeler que, partout où il dînait, il recevait des toasts au nom de l'Institut de France, on remarquera cette description courte et pittoresque des principaux symptômes de l'épidémie de Sunderland :

« Dans la maladie que j'ai sous les yeux, la personne qui en est atteinte est en un instant transformée en cadavre. C'est le même état de l'œil, le même aspect de la figure : c'est le même froid des membres, la même coloration de la peau. N'était l'intelligence, pour ainsi dire intacte et un reste imperceptible de voix, on pourrait procéder à l'enterrement au moment même de l'attaque. (1). »

En 1832, il publia ses *Leçons sur le choléra*, et successivement ses deux principaux ouvrages, ceux dans lesquels ses doctrines se trouvent formulées le plus explicitement et avec le plus de hardiesse ; en 1836, les *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, et en 1839, celles sur les *Fonctions du système nerveux*, dont il confia la rédaction à un de ses élèves, le docteur Constantin James.

L'école expérimentale ne doit pas être confondue avec la méthode expérimentale proprement dite. Sans doute la production de phénomènes artificiels sur les animaux vivants fait partie du procédé baconien dont elle est fille ; mais cette fille n'est pas unique en quelque sorte ; elle a des sœurs non moins légitimes et tout aussi fécondes. En effet, outre les vivisections, simples ou compliquées d'opérations chimiques, la méthode expérimentale comprend encore les faits d'anatomie et de physiologie comparées, les faits microscopiques, embryogéniques et tératologiques, les faits de pathologie simple et ceux de pathologie comparée. Pour élucider complétement un problème biologique, pour le résoudre d'une manière définitive, il faut que toutes les parties du procédé de Bacon se réunissent et se contrôlent mutuellement.

(1) Cette lettre est insérée dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1831, tome 2, p. 444.

cette position paraît avoir été confirmée par une sage-femme chez qui elle devait plus tard faire ses couches. Toutes les fois que je venais à la pension, cette femme me faisait part des mouvements qu'elle ressentait et de la joie que cela donnait à son mari. Cependant, cet état des choses s'étant prolongé au delà du terme présumé de la gestation, sans que le ventre ait acquis un volume proportionnel, le chef de l'institution m'a prié de l'examiner. Quelle n'a pas été ma surprise lorsque je n'ai rencontré chez elle non-seulement aucun signe de la grossesse, mais pas même la moindre tumeur qui eût pu en imposer et expliquer une aussi grossière méprise. Il était évident pour moi que les prétendus mouvements que cette femme a cru éprouver, pendant plusieurs mois consécutifs, ont été le résultat d'une fausse sensation née sous l'influence d'un trouble nerveux occasionné par une vive préoccupation, et favorisé probablement par des conditions dynamiques propres à l'âge critique.

A côté de nombreux troubles qui caractérisent l'état nerveux dont nous parlons, le pouls conserve sa fréquence normale, ou même il descend au-dessous de son chiffre habituel; très-souvent nous lui avons reconnu les caractères assignés par les anciens au *pouls nerveux*, surtout au moment des crises; l'artère semblait alors, en quelque sorte, se ratatiner, la colonne du sang se retirer sous les doigts, et le pouls paraître dur et concentré.

Tous les troubles nerveux que nous venons de passer en revue se montrent tantôt isolément, tantôt par groupes; souvent ils se succèdent et se remplacent avec une rapidité surprenante; ordinairement ils reviennent par crises. Il n'est pas rare de les voir accompagnés ou entrecoupés par des transpirations abondantes complétement apyrétiques, ou même accompagnées de froid, sensible à la main. L'insomnie est très-commune dans la névropathie protéiforme de l'âge critique. Nous avons vu des malades qui se trouvaient encore passablement dans la journée, mais une fois la nuit arrivée, une agitation, ou plutôt une espèce d'inquiétude, s'emparait d'elles et les privait de sommeil. Nous en avons vues qui toutes les nuits étaient réveillées, presque à heure fixe, par un sentiment inexprimable d'inquiétude dans les jambes, obligées de quitter le lit et de se promener dans la chambre des heures entières. Chez une de ces malades, il y avait cela de remarquable, que ces inquiétudes, pour nous servir de l'expression employée ordinairement par les malades, ne se faisaient sentir chez elle qu'autant qu'elle restait à Paris; il lui est arrivé plusieurs fois, dans le courant de l'été, d'aller passer cinq à quinze jours à la campagne, à Montmorency; pendant tout ce temps, son sommeil a été parfaitement tranquille, et dès qu'elle fut de retour à Paris, les inquiétudes nocturnes recommençaient de nouveau.

Les digestions sont souvent pénibles; la dispepsie réveille dans ce cas ordinairement, ou exagère les principaux troubles qui préoccupent les malades. Au milieu de tout cela, la nutrition s'en ressent rarement, et il est même assez commun de voir des femmes qui accusent tous ces désordres s'abriter sous un embonpoint très-respectable. La soif n'est pas d'habitude augmentée; cependant les malades urinent souvent, mais en très-petite quantité; et leurs urines sont claires comme l'eau de roche, de même que cela a lieu dans la plupart des affections nerveuses.

La durée de la névropathie protéiforme de l'âge critique est variable; nous avons vu des femmes qui avaient souffert ainsi depuis des années, faute d'avoir été soumises à un traitement convenable. Très-souvent, les souffrances s'arrêtent pour quelque temps, sous l'influence de distractions, de voyages, etc., etc. Au bout d'un certain temps, il peut survenir des complications, parmi lesquelles nous citerons, comme une des plus fréquentes, la gastralgie, qui peut aggraver beaucoup la position des malades.

Nous avons cherché longtemps le motif de cette fréquence relative de la névropathie protéiforme à l'époque de l'âge critique. Il nous a semblé d'abord que le chagrin de se voir avancer en âge et sur le point de franchir, sans possibilité du retour, cette barrière au delà de laquelle beaucoup de femmes ont le tort de ne plus rien espérer d'heureux pour elles; il nous a semblé, dis-je, que ce chagrin, trop vivement senti peut-être par certaines femmes, pouvait leur faire trop regretter le passé et occasionner ainsi quelques troubles idiopathiques ou sympathiques du côté de l'innervation. Mais, sans prétendre nier absolument la participation de cette cause à la production de ces phénomènes, dans quelques cas particuliers, nous avons pensé qu'il fallait en chercher ailleurs l'explication. Ce qu'il y a de certain, c'est que la plupart des femmes chez lesquelles nous avons observé, à l'époque de l'âge critique, les symptômes de névropathie protéiforme, offraient en même temps, malgré l'apparence de la force ou de l'embonpoint, des signes non équivoques de chloro-anhémie. Chez beaucoup d'entre

---

Magendie ne fut guère qu'un vivisecteur. Les opérations sanglantes sur les animaux étaient en effet le point dominant de toutes ses recherches et sa méthode par excellence. Il avait rarement recours aux lumières de l'anatomie comparée; et il n'appelait jamais à son aide celle de la microscopie, de l'embryogénie, de la tératologie, de la pathologie comparée. Il n'attachait pas non plus une importance assez grande à l'observation des faits de pathologie humaine, qui chez lui s'éclipsaient trop devant les phénomènes artificiels.

Vivisecteur, il immola une quantité considérable d'animaux à l'avancement de la biologie. Mais, bien que variées, intéressantes, parfois ingénieuses, ses expériences péchaient souvent du côté de l'exactitude et de la précision. Les personnes qui cherchaient à en vérifier les résultats ne pouvaient pas toujours les obtenir avec la même évidence, quoique se plaçant au sein des mêmes conditions.

Suivant Magendie, par exemple, l'intégrité des fonctions locomotrices, était sous la dépendance du liquide céphalo-rachidien, attendu qu'un animal abandonné à lui-même chancelle quand on lui soustrait ce liquide. Or, en 1845, M. Longet répète l'expérience.

Chez le cheval, le chien, le chat, le cabiai, le lapin, il donne issue au liquide céphalo-rachidien sans diviser les parties molles de la nuque, et il ne remarque aucune titubation dans les mouvements de ces animaux. Faisant la contre-épreuve, il coupe les parties molles de la nuque sans toucher au liquide céphalo-rachidien, et tout aussitôt il observe la démarche incertaine de l'ivresse. Le professeur du collége de France cherche à se tirer d'embarras par cette réponse :

« La titubation qui suit la section des muscles sous-occipitaux m'a été annoncée, il y a une vingtaine d'années par M. Pinel-Granchamp, et depuis, je l'ai constamment démontrée dans mes cours, à l'occasion des effets de la soustraction du liquide céphalo-rachidien (1). » Malheureusement pour Magendie, M. Longet lui répliqua en ces termes :

« Je ferai remarquer que dans un ouvrage qu'il a publié en 1842, et qui résume toutes ses recherches sur le liquide céphalo-rachidien, M. Magendie ne mentionne aucunement ces résultats antérieurs qu'aurait obtenus M. Pinel; que ce dernier ayant été témoin de mes expériences, m'a affirmé lui-même, de la manière la plus formelle, n'avoir jamais rien publié sur ce sujet, *et avoir, au contraire, partagé jusqu'à présent l'erreur relative à l'influence du liquide cérébro-spinal sur la locomotion*..... Si, en 1823, il a vu un cabiai, après la section des parties molles de la nuque, chanceler sur ses pattes, M. Pinel m'autorise à déclarer que jamais il n'a songé, même depuis, à reproduire cette expérience; *que jamais il ne l'a publiée*, et que d'ailleurs à aucune époque, il n'a surtout entendu lui donner la signification que j'ai été amené à lui reconnaître (2). »

On pourrait, du reste, écrire un volume tout entier sur les vicissitudes des assertions émises par M. Magendie qui, en général, se hâtait trop de livrer ses travaux à la publicité. Cherchez, en physio-

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, année 1845, 2e section, p. 51.

(2) *Ibid.*, p. 51.

elles, à part la pâleur habituelle, nous avons constaté la présence de bruits anormaux dans les artères du cou. Tout semble donc indiquer qu'il y a chez ces femmes un appauvrissement des globules du sang. Ce fait, déjà curieux par lui-même, pourrait acquérir encore un nouvel intérêt par son rapprochement des autres faits plus ou moins analogues déjà connus, comme, par exemple : la coïncidence de divers troubles nerveux protéiformes avec l'appauvrissement des globules du sang chez les jeunes filles chlorotiques, où l'on remarque en même temps une certaine atomie dans l'activité des ovaires. La même chose se voit encore au commencement de la grossesse où, en même temps que l'ovulation suspend son activité ordinaire, on observe d'un côté la diminution dans les proportions des globules, mise hors de doute, dans ces derniers temps, par notre savant confrère et ami le docteur Cazeaux ; et de l'autre, une foule de troubles nerveux également protéiformes. Ce rapprochement tendrait à faire supposer qu'il pourrait y avoir quelques rapports entre la puissance ovarique et l'état du sang, ce qui mériterrit d'être étudié. Quoi qu'il en soit, cette coïncidence de l'état chloroanhémique avec les troubles nerveux à l'époque de l'âge critique, est une preuve de plus de la connexion intime entre l'état chlorotique du sang et les différents troubles de l'innervation, connexion sur laquelle M. le docteur O. Landry vient tout dernièrement d'insister avec beaucoup de soin dans un travail fort intéressant publié dans le *Moniteur des Hôpitaux* (1).

Dès qu'on reconnaît les premiers symptômes de ce singulier état nerveux chez une femme, à l'époque de l'âge critique, on doit s'appliquer à le combattre, car il a plus de tendance alors à prendre racine qu'à toute autre époque de la vie. C'est en vain que l'on essayerait de guérir cet état par des moyens ordinaires réputés comme calmants ou antispasmodiques. Les opiacés que l'on croirait, *a priori*, aptes à calmer cette surexcitation nerveuse, ne réussiront même pas souvent à faire dormir les malades, et il y en a même beaucoup qui s'en trouveraient encore davantage excitées. L'extrait des feuilles de belladone, auquel M. Sandras accorde dans ce cas la préférence (2), donne réellement des résultats plus satisfaisants. Nous le prescrivons, associé à la poudre de feuilles de belladone, à la dose de 25 milligrammes de chaque par jour. D'un autre côté, le fer réduit par l'hydrogène, administré à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour, nous a été ordinairement d'un grand secours en relevant les forces de l'économie et en rendant le système nerveux moins impressionnable. Mais si l'on veut être réellement utile aux malades affligées de cette névrose, il faut avant tout savoir influer avantageusement sur leur moral ; il faut s'emparer de leur confiance et les rassurer sur les différentes affections organiques qu'elles se supposent la plupart du temps. Quand on saura se rendre ainsi maître du moral, on aura déjà fait un immense pas. Il ne faut pas que le médecin ayant à traiter ces pauvres femmes, déjà si disposées à se décourager, aggrave leur état par son propre découragement, ce dont les malades ne manquent pas de s'apercevoir et perdent leur confiance. C'est ce qui est arrivé, à notre connaissance, à un des professeurs justement célèbres de notre Faculté qui donnait ses soins à une dame d'une cinquantaine d'années atteinte de névropathie protéiforme. Il avait eu d'abord toute sa confiance, ce qui constitue déjà une des conditions les plus favorables. Cependant, voyant au bout de quelque temps qu'il avait déjà presque épuisé les ressources ordinaires de la pharmacie, et sans résultat, il a cru sage d'aller au-devant de l'impatience de sa cliente, en lui disant : « Si vous aviez eu, Madame, une bonne fluxion de poitrine, il y a longtemps que j'en serais venu à bout, mais les maladies comme la vôtre, on ne les fait pas marcher toujours comme l'on voudrait. » On ne peut pas en disconvenir, cet aveu plein de franchise a été on ne peut plus imprudent. La malade n'aurait pas dû même se douter que le savant professeur était déjà à bout de ses ressources ; aussi n'a-t-elle pas manqué de lui retirer sa confiance ; elle est venue, toute désappointée, nous raconter cette mésaventure en réclamant en même temps nos soins ; deux mois plus tard, elle était complétement rétablie.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit dans l'espèce d'une atteinte portée au système nerveux général ou du moins au système ganglionnaire qui joue un rôle important dans l'économie. Ce n'est donc pas en administrant quelques médicaments d'une action la plus souvent problématique qu'on peut espérer d'obtenir quelque chose, mais par des modifications puissantes de l'économie tout entière. Après avoir cherché à relever le ton du système nerveux par les bonnes préparations de fer, il faut tenter de calmer l'impressionnabilité nerveuse et de détourner sa surexcitation en reportant l'action du système nerveux au dehors. Dans ce but, on prescrira des bains

(1) *Mémoire sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.*

(2) *Traité pratique des maladies nerveuses*, tome I.

---

logie, depuis sa théorie des bruits du cœur jusqu'à la sensibilité récurrente des racines antérieures des nerfs rachidiens et du nerf facial ; en pathogénie, depuis son explication sur la cause de l'issue du sang hors des voies circulatoires dans les fièvres graves jusqu'à la prétendue innocuité de l'introduction de l'air dans les veines, et voyez combien peu des opinions qu'il soutenait étaient à l'abri de la critique, et combien peu surtout ont survécu au jour où elles prirent naissance.

Magendie était un esprit vif, indépendant, chercheur, mais d'une étendue et d'une portée médiocres. Il se complaisait plutôt dans les détails d'un fait que dans l'examen de ses rapports, il était plus apte à l'analyse qu'à la synthèse. Il était aussi plus enclin à la critique qu'à l'initiative. Il reprit, et c'est là peut-être le plus grand mérite de ses travaux, presque toutes les expériences instituées par ses devanciers, mais il ne fit, à proprement parler, nulle découverte, du moins aucune de celles qui immortalisent un savant. Cependant, il avait beaucoup de prétentions au titre d'homme de génie. Il revendiquait avec chaleur et obstination la priorité de plusieurs découvertes dont il n'était rien moins que le père. Le fait de l'absorption veineuse, qu'il croyait avoir établi le premier, appartient tout entier à l'initiative du médecin de Pergame : il n'en fut que le simple consécrateur.

Le liquide, qu'il appelle *céphalo-rachidien*, dont il affirmait avoir démontré l'existence, et auquel il faisait jouer à tort un si grand rôle, se trouve parfaitement indiqué et très-soigneusement décrit dans l'ouvrage de Cotugno, intitulé : *De ischiade nervosâ*, comme l'ont prouvé Van-Swieten dans le siècle dernier, et MM. Bérard, Longet et Martin Saint-Ange dans le nôtre. Une autre prétention de Magendie, moins légitime encore, fut celle de se croire l'auteur de la découverte faite par Charles Bell.

En 1847, Magendie persistait toujours à rester dans cette erreur, car il répondait, au sein de l'Institut, à M. Flourens qui défendait les droits de l'illustre physiologiste d'Edimbourg :

« ..... Il (M. Flourens) attribue à Charles Bell la découverte des fonctions des racines rachidiennes. Or je crois avoir des droits incontestables à cette découverte. Aussi n'est-ce pas sans une surprise extrême que j'ai entendu mon honorable confrère s'exprimer d'une manière aussi affirmative. Si je ne connaissais son bon vouloir, j'aurais pu me méprendre sur ses intentions et les regarder comme des plus désobligeantes. Toutefois comme une pareille assertion ne tendrait à rien moins qu'à dépouiller la physiologie française d'une des découvertes les plus importantes de ce siècle... Comme il m'enlève, et cela, devant l'Académie des sciences, moi présent, toute participation à cette découverte, M. Flourens n'a pas parlé sans y avoir réfléchi, sans avoir par devers lui des preuves. Or, ce sont ces preuves que je lui demande et que j'ai le droit d'exiger. Quand il les aura fait connaître, je les discuterai ; et si de nouveaux documents, dont je ne soupçonne pas l'existence, établissent que la découverte est la propriété d'un autre, M. Flourens peut être bien convaincu que je renoncerai hautement à ma prétention : jusque-là, je maintiens que Charles Bell est complétement étranger à la découverte ; je dé-

calmants préparés avec l'amidon, ou encore mieux avec la décoction de graine de lin et de têtes de pavot, des promenades à la campagne, surtout en compagnie de personnes habiles et agréables, l'horticulture, des voyages, les eaux minérales, particulièrement celles de Néris, de Vichy, de Hombourg, de Schlangenbad, dans le grand-duché de Nassau, le massage, la gymnastique, etc., etc.

Lorsqu'il s'agit de ces femmes du monde, riches et habituées au mouvement, qui ont passé leur jeunesse à visiter tous les pays étrangers, toujours empressées à la recherche de distractions périodiques qui s'ouvrent à chaque saison des bains dans les plus célèbres établissements de l'Europe, il ne serait guère habile de leur conseiller les voyages qui produiraient nécessairement trop peu d'effet sur leurs organisations blasées. D'un autre côté cependant l'habitude du mouvement mérite d'être prise en considération chez elles, et ne permet guère de les condamner à un repos absolu. L'esprit ingénieux et poétique de nos voisins de la Suisse a trouvé le moyen d'attirer toutes ces naufragées et de leur permettre encore de se reposer agréablement des émotions incessantes de leur vie agitée, en instituant des établissements de *bains de petit-lait.* Ces établissements sont ordinairement placés dans des cités les plus pittoresques ; de nombreux troupeaux nomades qui paissent pendant toute la saison aux environs, fournissent leur lait aux fromageries qui envoient ensuite leur petit-lait aux baigneurs.

Nous avons eu l'occasion de voir beaucoup de personnes affectées de névropathie protéiforme qui se sont très-bien trouvées de ce genre de bains, et toutes les fois que les circonstances nous paraissent convenables pour cela, nous ne manquons pas de les conseiller.

Rien n'est plus funeste aux femmes qui traversent l'âge critique étant affligées de cet état nerveux, comme l'oisiveté. Celles à qui leur position de fortune a permis de vivre dans l'opulence, doivent surtout chercher à se créer alors des occupations pour déplacer l'activité nerveuse du point où elle s'est par trop concentrée. A celles-là nous ne saurions mieux conseiller qu'en les engageant à consacrer leur vie au soulagement des classes malheureuses de la société, de s'en occuper activement, de chercher à faire partie des associations de charité et de bienfaisance ou d'en créer de nouvelles au besoin. Etant obligées de cette manière d'assister aux malheurs infiniment plus sérieux que celui dont elles se croient affligées, elles contribueront ainsi, sans s'en apercevoir, à en effacer de plus en plus l'impression douloureuse trop exagérée. La satisfaction qu'elles auront nécessairement éprouvée d'avoir soulagé chaque jour quelques nouvelles misères ne manquera pas de remplir leur cœur de joie et ce sera déjà sans contredit le premier symptôme d'une sensible amélioration dans ce désolant état nerveux qui semble leur fermer les portes au bonheur à tout jamais. Personne ne saurait, d'ailleurs, les diriger mieux dans cette voie qu'un médecin. D'un autre côté, jamais le médecin ne pourra trouver une plus belle occasion de prouver qu'en donnant la santé aux hommes il s'élève dans l'estime et la considération des autres, et se rapproche en quelque sorte de la Divinité : *Homines enim ad Deos nulla re propius accedunt quam salutem dando* (Cicéron).

La gymnastique, que nous avons nommée tout à l'heure, est encore fort peu connue des praticiens. Beaucoup de médecins s'imaginent encore, comme les gens du monde, que l'utilité de la gymnastique se borne au développement du système musculaire; qu'elle sert, par conséquent, à corriger certains vices de conformation, à donner de la souplesse aux mouvements et à rendre plus habile. C'est une grave erreur contre laquelle nous ne saurions trop nous élever. Dans ces derniers temps, un de nos confrères les plus distingués, M. le docteur Blache, a eu déjà l'occasion de faire connaître à l'Académie de médecine les beaux résultats qu'il a obtenus par la gymnastique dans le traitement de la chorée. Pour notre compte, nous pouvons affirmer que depuis plusieurs années déjà nous obtenons d'excellents effets de la gymnastique dans les troubles nerveux protéiformes chez les adultes, et particulièrement chez les femmes après l'âge critique.

Le gymnase de M. Triat, si admirablement organisé et dirigé avec une rare intelligence par son habile fondateur, peut rendre, sous ce rapport, d'immenses services. Enfin, c'est encore dans des cas de ce genre que l'hydrothérapie, cette autre gymnastique interne de l'économie, est appelée à avoir d'éclatants succès. Notre savant confrère et ami le docteur Fleury vient de démontrer par de nombreux exemples que l'hydrothérapie a su triompher d'une foule de troubles de l'innervation où les ressources ordinaires de la matière médicale avaient échoué. Nous sommes persuadé que l'habile directeur de l'Institut hydrothérapique de Belleville ne serait point embarrassé s'il lui fallait citer des cures qu'il a dû opérer des accidents nerveux protéiformes chez les femmes après l'âge critique.

---

clare mon confrère mal informé, et son assertion de tous points inexacte (1). »

Rappelant M. Magendie au sentiment des convenances, en lui faisant observer que le verbe *exiger* était peu académique, l'honorable secrétaire perpétuel lui prouva, par des citations textuelles, que dans un mémoire publié en 1811, Charles Bell avait coupé les racines postérieures des nerfs spinaux sans déterminer de contractions musculaires, tandis que, en excitant avec un scalpel les racines antérieures, il avait vu les muscles entrer immédiatement en convulsion.

Malgré cela, Magendie ne voulut pas se tenir pour battu :

« ... Charles Bell dit simplement qu'en coupant la racine postérieure, il n'a pas déterminé de contraction dans les muscles, tandis que les muscles se sont contractés quand il a touché avec la pointe de l'instrument la racine antérieure. Voilà l'expérience telle qu'il la décrit. On voit que non-seulement il n'avait pas distingué les racines en sensitives et en motrices, mais que même le mot sensibilité n'avait pas été prononcé. Comment eût-il pu en être autrement, puisqu'il n'agissait que sur des animaux récemment morts (2)?

En admettant même que Charles Bell ne pouvait pas démontrer d'une manière suffisante l'existence du siége de la sensibilité dans les racines postérieures de la moelle, attendu qu'il n'avait fait que pincer ces racines et qu'il n'avait expérimenté que sur des animaux morts, Magendie, bien qu'il eût coupé le premier les racines dont il s'agit sur des animaux vivants, n'avait pas pour cela donné les preuves que la science avait le droit d'exiger. En effet, malgré toutes ses expériences, il n'aboutissait à aucune conclusion déterminée, il ne précisait pas le siége distinct et exclusif de la sensibilité et de la motilité, car d'une part il disait que les racines antérieures, qui donnent le mouvement, ne sont pas étrangères à la sensibilité (*Journal de physiologie expérimentale,* tome III, p. 188), et de l'autre il assurait que le mouvement n'est pas sous la dépendance absolue des racines antérieures (*ibid.*, tome II, p. 368 et 369). Après cela comment s'étonner que la découverte de Charles Bell ait eu tant de peine à s'établir dans la science !

En dehors de l'Institut, bien d'autres personnes compétentes n'avaient pas non plus été convaincues de l'exactitude des résultats obtenus par le professeur du Collége de France. « Après les travaux de Charles Bell et de M. Magendie, je doutais encore, dit M. le professeur Cruveilhier; le doute ne m'a plus été possible après avoir été témoin des expériences si bien faites et si positives de M. Longet. (*Anat. descript.*, tome IV, p. 254, 2e édit. ; 1845.)

A l'étranger, la même découverte était non moins compromise. Le plus grand physiologiste de l'Allemagne, Jean Muller, écrivait ces phrases en 1840 : L'hypothèse de Charles Bell n'a pour elle aucune preuve satisfaisante ni expérimentale ni pathologique. (*Physiologie du système nerveux*, traduction de Jourdan, tome I, p. 354.)

On conçoit toutes les angoisses du physiologiste écossais. A la vue

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, tome XXIV, no 8 (22 février 1847), pages 258 et 259.

(2) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences,* tome XXIV, no 9 (1er mars 1847), p. 320.

L'alimentation des malades doit aussi être l'objet d'une sérieuse attention de la part du médecin. On doit généralement proscrire du régime tous les mets ou les boissons qui excitent le système nerveux. Un médecin fort distingué qui possède d'ailleurs des titres particuliers pour être cru comme autorité en cette matière, M. le docteur Sandras, qui a fait de fort beaux travaux sur la digestion, en commun avec M. Bouchardat, conseille, dans cet état nerveux, de s'abstenir complétement des acides et de chercher même à neutraliser ceux qui se forment quelquefois en abondance dans l'estomac, par les eaux alcalines, la magnésie décarbonatée, l'eau de chaux, etc., etc. Parmi les eaux minérales, nous recommanderons surtout les eaux de Pougue, de Vichy, de Soultzmatt, d'Ems, de Saint-Galmier, etc., etc. La magnésie calcinée sera administrée à la dose d'une cuillerée à bouche tous les jours, après chaque repas. L'eau de chaux sera prise à la dose d'une ou deux cuillerées par jour, dans un peu de lait.

Nous terminerons ici nos considérations sur l'âge critique, notre intention n'ayant été que d'insister sur les principaux points par lesquels notre manière d'envisager cette époque de la vie des femmes diffère de la manière dont elle a été généralement envisagée jusqu'ici. Si le tableau que nous avons tracé des troubles les plus ordinaires de l'âge critique peut avoir quelque importance aux yeux de nos lecteurs, cela ne peut être que le résultat de notre constant désir de ne point nous préoccuper des idées théoriques, mais d'observer attentivement et de chercher, autant que possible, de prendre la nature sur le fait. Heureux, mille fois heureux si nous avons réussi, car nos efforts ne seraient pas ainsi perdus pour la thérapeutique, et nous contribuerions au soulagement de nombreuses souffrances qui semblent appartenir plus particulièrement à cette époque de la vie!

(*La suite prochainement.*)

Rupture de l'utérus ; gastrotomie suivie de succès sur une femme qui avait subi antérieurement l'opération césarienne.

Par M. le docteur WIECKEL.

Nous avons, à diverses reprises, insisté sur les différences qu'offrent les résultats de l'opération, suivant les lieux où elle est pratiquée. Voici un nouvel exemple qui est des plus remarquables sous ce rapport, et qui rappelle celui de notre excellent collaborateur, M. de Lignerolles.

Le 5 octobre 1852, dit l'auteur, je pratiquai l'opération césarienne sur Augustine Sieper, à Ohl. L'enfant qui vint au monde à la suite de cette opération vit encore; il est du sexe masculin. Mon concours fut de nouveau nécessaire le 25 août dernier.

A mon arrivée, vers une heure de l'après-midi, je trouvai la patiente atteinte de fortes douleurs. Au toucher, je ne pus nullement atteindre le col, le rétrécissement du bassin étant tel, que deux doigts à peine pouvaient être introduits. La femme étant à terme, j'eus de nouveau recours à mes confrères Wiefel et Dissmann, le premier m'ayant déjà assisté.

Jusqu'à trois heures, les douleurs présentèrent assez d'intensité; mais, à partir de cette époque, elles cessèrent subitement, pour faire place à une douleur continue dans tout l'abdomen. Les mouvements du fœtus ne furent plus perçus. L'opération fut remise au lendemain matin, pour cause de mauvaise disposition de la localité, quoique dès lors je fusse convaincu que vers trois heures une rupture de l'utérus s'était produite.

Ce qui paraissait me confirmer dans mon diagnostic, c'est qu'à travers la paroi d'une hernie abdominale qui s'était produite après la première opération, on sentait très-distinctement des parties fœtales.

Malgré cet état, aucun des symptômes alarmants qui suivent ordinairement une pareille rupture ne s'était produit, la malade se trouvant dans un état assez satisfaisant.

Le 26 au matin, à 6 heures, même état. Douleurs continues dans l'abdomen, pas de contractions; sommeil calme, mais interrompu; selles et émission de l'urine involontaires; pouls, 100; état des forces satisfaisant; peau moite; pas de vomissements ni de tendance aux syncopes; douleurs abdominales très-vives au toucher. Après avoir convenablement disposé la malade et l'avoir chloroformisée, je pratiquai une incision entre l'ombilic et la hernie abdominale. Il s'écoula beaucoup de sang. Je dilatai l'incision en introduisant le doigt; alors je pus reconnaître facilement le fœtus encore enveloppé de toutes ses membranes non rompues, ainsi que le placenta, le tout se trouvant dans la cavité abdominale.

Après avoir enlevé tous les caillots de sang, nous aperçûmes l'utérus revenu sur lui-même et ayant la grosseur d'un œuf de poule. La rupture avait eu lieu dans le trajet de l'ancienne cicatrice, et ses bords étaient fortement revenus sur eux-mêmes. Le reste de l'opération *secundum artem*.

Examen du fœtus. — Les membranes étaient très-résistantes, et il a fallu employer un certain degré de force pour les déchirer. Elles contenaient au moins un litre et demi d'eau. L'enfant, du sexe féminin, était bien constitué. Il était mort, l'opération ayant été pratiquée trop tard. Trois jours après, la malade fut prise de légères coliques, qui cédèrent à une légère dose d'huile de ricin. Au 31 août,

---

d'une cause qu'on défendait si mal, il en venait à douter lui-même de son génie. « Je me décourageais, écrivait-il, en voyant la confusion dans laquelle M. Magendie avait mis le sujet. »

On comprend, du reste, du moins en partie, les prétentions si peu justifiées de Magendie, lui qui avait ou affectait le plus grand dédain pour l'histoire de la science :

« Belle instruction, disait-il, que de savoir tout ce que les autres ont fait, bon ou mauvais, sur telle ou telle question; mais de ne trouver rien par soi-même, de n'avoir qu'une opinion d'emprunt. (*Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux*, tome I, page 16.) »

Simple, franc, bon homme dans l'intimité, Magendie n'était point d'un commerce agréable vis-à-vis de ses confrères, en général. Aussi ne sut-il jamais obtenir ou garder leurs sympathies. S'il encourageait parfois les travaux de quelques-uns d'entre eux, il manquait souvent de bienveillance, et surtout de justice à l'égard de ceux qui ne réclamaient point son patronage. Personne n'a oublié l'accueil qu'il fit à l'éthérisation en 1847, et les motifs au nom desquels il crut devoir combattre la découverte de Jackson, quand M. Velpeau vint la signaler à l'attention de l'Académie des sciences :

« C'est la première fois, disait-il alors, que j'entends retentir dans cette enceinte le récit merveilleux de l'éther sulfurique, sorte de narration dont la presse s'empare et qu'elle porte au loin, satisfaisant ainsi cet insatiable et avide besoin du public pour le miraculeux et l'impossible.

« Ce que je vois de plus clair dans ces récits, c'est que, depuis quelques semaines, un certain nombre de chirurgiens se livrent à des expériences sur les hommes, et que, dans le but louable, sans doute, d'opérer sans douleur, ils enivrent leurs patients jusqu'au point de les réduire à l'état de cadavre que l'on coupe, taille impunément et sans aucune souffrance. A peine l'expérience est-elle faite, souvent avant qu'elle soit terminée, on la livre à la publicité.

« Je rends justice à l'intention; mais je dis qu'en agissant ainsi, MM. les chirurgiens font défaut à la raison, à la morale.... Aussi je me sens disposé à protester contre des essais imprudents, et surtout contre des publications précipitées.

« Un dentiste américain annonce, le mois dernier, que la respiration de la vapeur d'éther amène une insensibilité telle, qu'il est possible, sous cette influence, d'extraire une dent sans douleur ; ce qui est, de temps immémorial, la prétention rarement réalisée de tout dentiste.

« Cette annonce, qui n'était peut-être pas destinée à franchir l'Atlantique, et qui n'était probablement qu'une réclame locale, parvient en Angleterre : aussitôt les chirurgiens de Londres, se lançant sur les traces de l'artiste américain, font respirer la vapeur d'éther, et pratiquent diverses opérations également *sans douleurs*; la nouvelle s'en répand bientôt en France, et, sans perdre un moment, plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris se hâtent d'imiter leurs confrères d'outre-mer.

« La presse ne tarde pas à répandre ces miracles : les gens du monde s'émeuvent, se passionnent, et voudraient avoir quelques

toutes les ligatures furent enlevées; la plaie s'était cicatrisée par première intention dans toute sa partie supérieure; 1 centimètre environ à la partie inférieure n'était pas encore cicatrisé. Les lochies s'établirent normalement, la peau resta moite, la fièvre peu forte, et l'état des forces très-satisfaisant.

Le 7 septembre, toute la plaie était cicatrisée, et la femme avait repris ses occupations journalières.

(*Medicinische Zeitung*, 1854.)

Rupture de l'utérus; gastrotomie suivie de succès pour la seconde fois sur une femme qui avait subi antérieurement l'opération césarienne.

Obs. — La femme A. Sieper, d'Ohl, non loin de Gummersbach, avait subi heureusement, pour la seconde fois, l'opération de la gastrotomie le 24 août 1854, à la suite d'une rupture de l'utérus, avec passage de l'œuf entier dans l'abdomen. Dans le courant de janvier de la presente année, le mari de cette dame vint me trouver, dit l'auteur, pour me prier d'administrer un médicament abortif à sa femme, qui se trouvait de nouveau enceinte. A la suite de mon refus, il alla trouver mon collègue Wiefel, qui comme moi le renvoya.

Le 13 avril 1855, je fus appelé à la hâte, dans la soirée, auprès de la femme Sieper, qui se trouvait dans de violentes douleurs. A mon arrivée, elle m'apprit que la veille, en voulant soulever un poids très-lourd, elle avait éprouvé une violente douleur dans le ventre; qu'ayant été voir une sage-femme, cette dernière l'avait renvoyée, en lui disant que ce qu'elle éprouvait n'était rien. Je diagnostiquai *de visu* une nouvelle rupture, ce dont la palpation ne tarda pas à me convaincre; car on sentait distinctement, à travers les parois amincies de l'abdomen, les parties d'un fœtus. Comme la nuit était très-avancée, je voulus attendre jusqu'au lendemain matin, et je fis prévenir mon collègue Wiefel, qui m'avait assisté dans les deux opérations précédentes. Le 14 avril, à sept heures du matin, nous trouvâmes la malade dans un état assez satisfaisant : elle avait dormi un peu. On disposa de nouveau la malade; elle fut chloroformisée, et je n'eus besoin que de faire une incision cutanée; car, comme nous l'avons déjà indiqué dans l'observation publiée en mars 1855, elle portait une forte hernie abdominale. Je n'eus besoin que d'agrandir un peu en haut et en bas, et je pus extraire facilement un fœtus. La poche était rompue. Enlevant le peu de caillots de sang qui se trouvaient dans l'abdomen, la femme, pansée selon l'art, fut rapportée dans son lit.

Il n'y eut aucune suite fâcheuse; la plaie se réunit par première intention, et le 19 avril, cinq jours après l'opération, au moment d'enlever les ligatures, la plaie était cicatrisée. Le fœtus était du sexe féminin, bien constitué, pouvant avoir environ cinq mois et demi. Le cordon et le placenta normaux et sains. Les lochies s'établirent régulièrement, et l'opérée vaqua, quinze jours après cette troisième gastrotomie, aux affaires de sa maison. (*Medicinische Zeitung*; octobre 185 et août 1855, et *Gaz. hebdomad.*)

PATHOLOGIE COMPARÉE.

De la stomatite aphtheuse (1).

A peine la *péripneumonie* contagieuse a-t-elle disparu de nos campagnes qu'un autre fléau moins grave, il est vrai, est venu le remplacer. L'apparition de cette maladie avait déjà produit, sur l'esprit de certaines personnes, la plus vive impression; aussi l'administration supérieure s'est-elle hâtée d'employer des mesures contre ce nouvel ennemi de l'agriculture, et je me suis empressé de m'associer à ses efforts.

Chargé du service des épizooties dans l'arrondissement de Montbrison, ma mission sera remplie, si par les quelques considérations suivantes, je puis me rendre utile aux propriétaires.

La maladie qui règne épizootiquement dans le département de la Loire, est la *stomatite aphtheuse*, encore appelée *fièvre muqueuse*, *mal de bouche*, *mal de pied*, etc.

Elle est connue très-anciennement; elle a été souvent étudiée et a fait de fréquentes apparitions depuis 1714 jusqu'en 1819; enfin, de 1838 à 1845, elle a parcouru presque toute l'étendue du territoire français.

Parmi les animaux que cette maladie affecte, les grands ruminants en sont plus particulièrement atteints; elle revêt toujours la forme épizootique, mais elle n'est point mortelle, à moins que des accidents ne viennent la compliquer ou entraver sa marche : des soins hygiéniques bien entendus suffisent, dans l'immense majorité des cas, pour amener la terminaison heureuse.

La maladie aphtheuse est caractérisée par une fièvre générale, l'éruption, dans la bouche, de petites vésicules isolées ou confluentes, quelquefois si nombreuses que l'épiderme se soulève et se détache par lambeaux à la plus légère traction. Ces ampoules se transforment bientôt, c'est-à-dire vers le deuxième ou troisième jour, en ulcérations douloureuses, dont la cicatrisation se fait attendre quelquefois pendant une période de quinze à vingt jours.

(1) Cette maladie sévit en ce moment dans quelques départements. Plusieurs circulaires préfectorales viennent d'être lancées à ce sujet. Le présent article sera donc tout à fait d'actualité.

---

parties à se faire retrancher, afin d'éprouver la vive satisfaction d'être opérés sans souffrir.... La perte de son sens moral, de la conscience de sa propre existence, a quelque chose de dégradant et d'avilissant. Plonger sciemment un malade dans un tel état, dont on ignore les conséquences, sous le prétexte de lui éviter une douleur, ne me paraît pas d'aussi peu d'importance qu'on semble se l'imaginer. Pour moi, et je pense que tout homme qui se respecte partagera mes sentiments, je ne consentirais, pour aucun motif, à me laisser mettre dans une pareille situation, où votre corps est livré, sans défense aucune, aux mains d'un chirurgien qui peut être maladroit, inhabile ou inattentif. Quiconque a un peu de courage préférera souffrir un moment à se voir anéanti par l'ivresse, même passagère (1). »

Heureusement pour Jackson l'éthérisation n'eut pas longtemps à subir l'épreuve des cabales, et son avocat était M. Velpeau, qui fit justement expier à M. Magendie son opposition plus que systématique.

Apôtre de la douleur, Magendie, l'*Attila* des chiens et des lapins, se montrait conséquent avec tous les actes de sa vie; mais, adversaire de la découverte américaine au nom de la morale, de la prudence, de la discrétion scientifiques, l'argument était plus extraordinaire.

Etait-ce une amende honorable?

Il se hâta de protester contre toute idée d'abjuration :

« Je suis loin, répliqua-t-il à M. Velpeau, de renier mes études expérimentales; mais je prie mon honorable collègue de remarquer que j'expérimente sur les animaux précisément pour ne pas expérimenter sur les hommes. »

Cette réponse ne dissuada personne. Entre autres vieux péchés d'expérimentation sur l'espèce humaine, on se rappelait trop bien, et ses injections d'opium dans les veines des hydrophobes, et ses injections de sérum artificiel dans les vaisseaux des cholériques.

Indépendamment de son influence incontestable sur l'excellente direction de la physiologie contemporaine et sur les progrès de cette science, Magendie a rendu des services qu'il serait injuste d'oublier. Non-seulement il a opéré des réformes salutaires en matière d'hygiène publique, soit en nous débarrassant de la gélatine, comme substance alimentaire, soit en contribuant à la suppression des cordons sanitaires et des quarantaines en France; mais la médecine pratique lui doit aussi des éloges pour le zèle qu'il mit à signaler les avantages des principes *actifs* des végétaux, et pour avoir appliqué le premier plusieurs de ces principes à la thérapeutique. Néanmoins tout cela n'empêche pas que son mérite réel n'ait été singulièrement surfait et ne fût de beaucoup inférieur à sa renommée. La mort, qui avait grandi le nom de Bichat, ne pouvait qu'amoindrir celui du professeur du collége de France.

Docteur Michéa.

(1) *Comptes rendus*, n° 5, 1er février 1847, p. 136 et 137.

Quelquefois ces aphthes se montrent seulement dans la bouche, ou bien sur les mamelles, au pourtour des ongles, aux lèvres, autour des narines ou sur toutes ces parties à la fois.

De prime abord, quelques symptômes précurseurs se manifestent; il y a tristesse, perte d'appétit, l'animal ne rumine pas et est tourmenté par la soif. Bientôt la fièvre se montre, la température du corps augmente, la bouche brûlante laisse échapper une bave abondante, et donne à l'haleine une odeur fade désagréable.

Le deuxième ou troisième jour, les vésicules se forment, restent isolées sur les diverses régions de la bouche ou deviennent confluentes, c'est ce qui explique les douleurs que les malades éprouvent pendant la déglutition.

Ces vésicules s'ouvrent bientôt, le liquide qu'elles contenaient s'échappe, espèce de sérosité gluante, âcre et irritante; à la place reste un ulcère superficiel, la bouche est alors le siége d'une vive douleur.

Dès que l'aphthe est bien constitué, les symptômes fébriles diminuent; peu à peu les bords du petit ulcère se rapprochent, la bouche est moins chaude, l'appétit revient peu à peu, les ulcérations se cicatrisent et la maladie se termine du quinzième au vingtième jour.

Tel est le tableau le plus simple de la maladie; mais il n'en est pas toujours ainsi : si les ulcères de la bouche se guérissent assez rapidement; ceux qui ont leur siége aux pieds et sur les mamelles, en s'étendant, peuvent atteindre les tendons, les ligaments et les capsules articulaires, déterminer des abcès sous la corne et amener la chute de l'ongle. Ces désordres engendrent des douleurs atroces qui produisent quelquefois une diarrhée intense pouvant déterminer la mort.

La fièvre aphtheuse, lorsqu'elle ne se complique pas, ne dure ordinairement que quinze à vingt jours; dans le cas contraire, elle peut durer un mois et plus; dans tous les cas, la maladie détermine une suspension momentanée du travail, la diminution partielle ou totale du lait, l'amaigrissement des animaux et quelquefois même l'avortement; enfin une perte de temps considérable.

Le lait des vaches atteintes n'a ni la douceur ni la consistance naturelles; il est loin d'être aussi crémeux et si agréable au goût, et tourne très-souvent aussitôt qu'on l'approche du feu. Néanmoins on peut le consommer sans danger, de même que la chair des animaux tués pendant le cours de la maladie, pourvu toutefois qu'ils soient dans un état d'embonpoint convenable et que l'affection ne tende pas à se compliquer d'une manière fâcheuse.

On a cru, et beucoup de personnes croient à la contagion; mais toutes les preuves rapportées ne me paraissent pas bien décisives pour la constater; l'incertitude qui règne à ce sujet demande donc de nouvelles recherches.

Cette épizootie résulte le plus souvent de l'impression constante et d'une longue durée d'un air froid et humide; de l'usage prolongé de fourrages de mauvaise qualité; de l'usage des eaux bourbeuses et saumâtres des marais ou des étangs. Ces trois causes peuvent être invoquées dans le cas actuel. En effet, l'année précédente a été constamment humide, et la récolte des foins s'est faite dans des conditions excessivement mauvaises; peu de fourrages n'ont pas été altérés par les pluies ou les inondations des rivières voisines.

Le caractère et les causes de l'épizootie aphtheuse étant bien déterminés, il reste à faire connaître les moyens de la combattre.

Bien qu'à mon avis l'affection ne soit nullement contagieuse, il importe néanmoins de séparer les animaux malades de ceux qui ne le sont pas, afin de pouvoir les soigner plus aisément.

Quant au traitement, il ne faut pas oublier que la stomatite aphtheuse résulte de l'impression d'un air froid et humide, des mauvais fourrages, de l'usage des eaux corrompues, etc. Il faudra donc soumettre les animaux à un régime convenable et d'une facile digestion; ne donner à ceux qui refusent les aliments ou les mangent avec difficulté, que des barbotages faits avec du son et de la farine d'orge, auxquels on ajoutera quelques poignées de sel de cuisine; à ceux qui peuvent encore manger, donner un peu de bon foin ou du regain, des betteraves, ou des carottes cuites et écrasées, auxquelles on ajoutera, si on le peut, du bouillon d'herbes, du petit-lait, du sel. Souvent ce traitement suffit, lors même que la maladie est déclarée.

Jamais la saignée générale n'est utile, si ce n'est avant le développement de la maladie et dans le but de la prévenir.

Des gargarismes adoucissants plusieurs fois par jour avec de la tisane de graines de lin ou d'orge, édulcorée avec du miel, avec addition de quelque peu de vinaigre, sont des moyens fort simples qui réussissent souvent à calmer l'irritation et à favoriser la cicatrisation des aphthes.

Lorsque les pieds seront atteints, on laissera les animaux sur une bonne litière, et l'on fera des lotions émollientes pour calmer la douleur. Si néanmoins le mal empire, on aura recours aux astringents, l'eau blanche ou une solution d'alun; si l'ulcère persiste ou s'étend, appliquer de la pommade de sous-acétate de cuivre : enfin, si un abcès se forme dans l'espace interdigité, il faudra avoir recours à une opération afin d'empêcher le pus de faire des ravages.

Existe-t-il des aphthes aux mamelles, on pratiquera également des lotions émollientes sur la partie malade avec du lait chaud, et on appliquera ensuite sur les ulcères du cérat saturné ou de l'eau blanche. Quelques bains de vapeur seraient aussi d'une grande efficacité. Enfin, il est bon de traire souvent les vaches qui donneraient encore du lait.

Au fur et à mesure que l'appétit reviendra, on augmentera peu à peu la ration, sans cesser pourtant les boissons blanches, les racines cuites et salées, les bouillons et les gargarismes qui doivent être continués tout le temps de la durée des aphtes, terme après lequel l'appétit reparaît complétement, ainsi que la sécrétion lactée : la bête est alors convalescente et n'a plus besoin que d'un bon régime.

On a essayé plusieurs moyens pour prévenir la maladie aphtheuse, tous ont échoué : le meilleur moyen, c'est de bien secouer le fourrage avant de le distribuer, augmenter la ration ordinaire par des racines, des betteraves, etc., et tous les jours une petite poignée de sel. Enfin, dans les grandes chaleurs, aciduler les boissons par un peu de vinaigre, et tenir les animaux dans un grand état de propreté.

CLUZET,
Médecin vétérinaire.

(*Moniteur des Comices.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Exposition universelle.* — Le *Moniteur universel* a commencé à donner la liste des récompenses accordées à propos de l'exposition universelle.

Parmi les exposants ou membres de jurys décorés, nous avons eu le plaisir de compter notre excellent ami, M. Bouley, nommé chevalier de la Légion d'honneur; MM. le docteur Arnott, de Londres, a été également nommé chevalier. Enfin, nous avons vu avec un vif plaisir un des imprimeurs les plus recommandables et les plus habiles de Paris, M. Remquet, qui a rempli avec un zèle et une intelligence rares ses fonctions de juré de la partie typographique de l'exposition.

Des grandes médailles d'honneur ont été décernées à MM. Arnott, Charrière et Auzoux. — Nous compléterons cette liste dans notre prochain numéro.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 138. 3e année. Lundi 19 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS	3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.	

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique ; de son influence sur la marche des maladies, et réciproquement.

Par M. le docteur A. RACIBORSKI.

(Suite. Voir les Nos 86, 87, 88, 90, 92, 95, 96, 97, 108, 111, 115, 119, 120, 121, 124, 126 et 136.)

CONCLUSIONS.

La direction imprimée depuis le commencement de ce siècle aux études physiologiques, a enrichi la science de plusieurs importantes découvertes et promet encore de riches moissons pour l'avenir. Mais tandis que la médecine pratique en faisait déjà depuis longtemps son profit, elle était condamnée à flotter sans cesse entre les anciens errements et les hypothèses dans toutes les questions relatives à la menstruation. C'est que l'étude de la physiologie de cette fonction trop longtemps négligée n'a été réellement approfondie et mise au jour que dans ces dernières années. Les travaux de MM. Négrier, Pouchel, Bischoff, ainsi que les recherches publiées sur ce sujet par moi-même, ont rattaché définitivement la menstruation à l'ovulation des mammifères. Ce progrès une fois accompli, le moment nous a paru favorable de chercher à éclairer la pathologie générale et la thérapeutique du flambeau de la physiologie et c'est ce que nous avons tenté dans le travail que nous avons eu l'honneur de soumettre aux lecteurs du *Moniteur des hôpitaux*.

Tant que la menstruation a été envisagée comme le résultat d'un état pléthorique destiné à débarrasser l'économie de différents principes nuisibles, toutes les considérations pratiques reposaient exclusivement sur ce principe et Dieu sait à quelles conséquences elles pouvaient souvent conduire ! Ainsi, à ce point de vue il était à peu près inutile de s'occuper du traitement de différentes affections chroniques de jeunes filles, dont le germe pouvait être, d'après la croyance générale, enlevé naturellement par l'apparition des régles. Favoriser cette apparition, c'était l'indication principale.

Par la même raison, dans chaque maladie aiguë il fallait compter beaucoup sur les secours de l'hémorrhagie menstruelle et la respecter. C'eût été s'exposer à compromettre sa précieuse influence que de chercher à conjurer la maladie par quelque traitement actif qui eût pu avoir pour effet d'arrêter les règles.

Comme conséquence de cette manière de voir, les accidents qui surviennent après la suppression brusque du flux menstruel ont été interprétés d'une manière fausse et on ne peut plus nuisible aux intérêts des malades. Tout récemment encore on a proclamé cette singulière opinion : que la suppression retenant dans l'économie des principes nuisibles qui devaient être éliminés, pouvait occasionner de graves accidents par une espace d'intoxication, intoxication que l'on a comparée à une sorte d'*empoisonnement par l'opium*.

En poursuivant le développement d'un faux principe, on était arrivé par la puissance de la logique à conclure que l'âge où cesse l'hémorrhagie menstruelle, fermant les portes de l'économie à cette élimination périodique d'éléments nuisibles, devait être la source d'une foule de maladies graves et l'on a gratifié cette période de la vie des femmes du titre alarmant d'*enfer des femmes*.

Enfin, par une bizarrerie assez singulière, cette même évacuation que l'on considérait comme devant rendre tant de services à l'économie en santé et pendant les maladies, a été regardée comme funeste à la santé des enfants nourrie par des nourrices menstruées !

Toutes ces questions sont très-importantes et il était vraiment impossible de les laisser plus longtemps dans l'obscurité sans essayer d'y faire pénétrer la lumière de l'observation appuyée sur les découvertes physiologiques récentes. Nous avons pensé qu'il était temps de rompre complétement avec les raisonneurs et n'écouter que les renseignements de l'observation clinique recueillis avec l'entière indépendance de l'esprit et sans aucune idée préconçue ; c'est le seul moyen, d ailleurs, de donner une certaine valeur, aux yeux des gens sérieux, aux opinions que l'on exprime.

Voici les principales conclusions de nos recherches :

1° L'hémorrhagie menstruelle est une fonction inhérente à l'ovulation chez la femme et constitue un de ses caractères les plus constants. Son origine n'est pas du tout traumatique, comme on paraît disposé à le croire, elle est aussi vitale que l'acte de l'ovulation lui-même. Cet acte est en même temps accompagné d'un certain degré de surexcitation nerveuse qui rend généralement les femmes plus disposées aux différents troubles de l'innervation pendant les époques des règles.

2° Les époques menstruelles ne paraissent réellem nt posséder aucune puissance critique par rapport aux différentes maladies soit antérieures, soit postérieures à l'époque de la première éruption des règles. Elles semblent particulièrement n avoir aucune influence favorable sur la marche ou l'intensité des affections aiguës et à plus forte raison sont-elles loin de pouvoir les juger. Dans plusieurs circonstances bien constatées leur influence est au contraire évidemment nuisible aux états morbides qu'elles accompagnent.

3° L'orgasme vasculaire et nerveux qui caractérise les époques des règles, peut-être considéré comme une des causes

prédisposantes de fréquentes souffrances et de différentes affections des organes génitaux de la femme, et exerce généralement sur elles une influence défavorable. Les affections de l'utérus sont, par cette raison, en général plus communes à mesure qu'on avance dans la période menstruelle de la vie; elles sont au contraire plus rares et marchent moins rapidement après la cessation définitive des règles. Si on a supposé le contraire jusqu'à présent, cela provient uniquement de l'appréciation erronée des faits inspirés par les idées dominantes sur la nature de la menstruation.

4° Les époques menstruelles, grâce à l'élément nerveux qui les caractérise, constituent en même temps une des causes prédisposantes des névroses. Souvent alors des causes à peine apparentes suffisent pour faire éclater ces névroses chez des personnes qui n'en ont jamais éprouvé de symptômes. Chez d'autres qui étaient déjà malades, les époques des règles amènent fréquemment des rechutes ou aggravent les accidents ordinaires.

5° La nature des accidents survenus après la suppression brusque des règles dépend non de la suppression de l'hémorrhagie, mais de la nature des causes qui l'ont occasionnée, la thérapeutique de ces accidents ne doit, par conséquent, puiser dans la suppression de l'hémorrhagie que des indications tout à fait accessoires.

6° L'âge de la cessation des règles loin d'amener à sa suite des accidents pléthoriques comme on l'a cru jusqu'à présent, produit plutôt plus ou moins d'appauvrissement dans les globules de sang, et fait naître surtout très souvent des accidents nerveux appartenant à la forme décrite sous le nom de névropathie protéiforme.

7° Les maladies aiguës fébriles qui débutent peu de temps avant l'époque présumée des règles ne les empêchent pas généralement de revenir à leurs époques ordinaires. Quelquefois même, sous l'influence de la fièvre, le flux menstruel peut devancer son époque de quelques jours comme cela se voit surtout dans les fièvres éruptives et particulièrement dans la variole et l'érysipèle de la face.

8° Lorsqu'une affection fébrile aiguë a débuté peu de temps après ou quelques jours avant une époque des règles, et qu'il a fallu recourir à des émissions sanguines plus ou moins abondantes et à une diète prolongée, le flux menstruel de l'époque suivante, manque ordinairement complétement ou il est moins abondant et dure moins de temps que d'habitude.

9° Le caractère aposthénisant propre en général à toutes les formes de la fièvre typhoïde, est sans doute la cause de l'absence presque constante des règles dans une période avancée de cette maladie. L'aménorrhée peut, dans ce cas, se prolonger pendant quelques mois consécutifs jusqu'au retour complet des forces et ne paraît pas du tout être subordonné au genre de traitement qui a été mis en usage.

10° Dans les maladies chroniques caractérisées par l'épuisement des forces ou l'appauvrissement des globules du sang, l'aménorrhée constitue la règle générale. L'ignorance seule ayant confondu quelquefois l'effet avec la cause, a pu espérer la guérison de ces maladies après le retour du flux menstruel. Les médecins éclairés ne doivent jamais oublier au contraire, que pour espérer le retour des règles, il faudrait avant tout guérir, s'il est possible, les affections chroniques qui sont la cause de l'aménorrhée.

11° A part une légère diminution dans les proportions de la crême, laquelle paraît être d'ailleurs inoffensive, les époques menstruelles ne font éprouver aucune altération sensible au lait des nourrices qui sont réglées. D'un autre côté, des nourrices menstruées peuvent élever des nourrissons très-bien portants et bien constitués; donc il ne serait pas juste de refuser une nourrice par cette seule considération qu'elle continue à avoir ses règles, à moins que, si étant déjà naturellement très-impressionnable, on craignait chez elle, avec raison, les effets de la surexcitation nerveuse qui accompagne souvent les époques menstruelles.

CLINIQUE CIVILE.

Guérison sans difformité d'une brûlure des troisième et quatrième degrés, occupant toute la partie postérieure de la poitrine, le bras et l'épaule droite en totalité, compliquée d'anasarque, de fracture de la clavicule avec abcès de l'épaule, accidents survenus pendant le cours de la cicatrisation.

Le 22 février nous fûmes appelés auprès du sieur V...., garçon de recette, atteint de brûlure étendue et profonde survenue dans les circonstances suivantes :

Cet homme, âgé de cinquante-quatre ans, de constitution forte et sanguine, venait de déjeuner, quand, se sentant saisi par le froid (la terre était alors couverte de neige en abondance), il s'exposa à un foyer ardent de charbon de terre. Il était debout, nous dit-il, le dos appuyé sur une cheminée, les pieds ne reposant sur le sol que par les talons. Tout à coup, soit qu'il vînt à glisser, soit qu'il se sentît suffoqué par la vapeur du charbon, soit toute autre cause, il prétend être tombé sur les charbons ardents, la partie droite du corps, de telle sorte, suppose-t-il, que le bras aurait séjourné sur le brasier ainsi que le dos, mais moins directement.

Il ajoute, sans pouvoir préciser le temps qu'il a pu séjourner ainsi sur les charbons incandescents, qu'il ressentit subitement un coup comme s'il avait été assommé, qu'il rendit en abondance de l'eau et du sang par la bouche et par le nez et qu'il reprit connaissance voyant les flammes s'élever à un pied au dessus de sa tête. Il se serait retiré de son propre mouvement et se mettant à courir dans la cour de l'hôtel où il se trouvait, il se serait roulé dans la neige en poussant des cris aigus.

C'est à ces cris que son patron serait accouru à son secours. Il aurait alors été couché, et aurait éprouvé pendant près de deux heures des frissons violents sans pouvoir, malgré tous les moyens employés, être réchauffé.

Il portait comme vêtement, au moment de l'accident, un gilet de coton sur la peau, une chemise et deux gilets en mérinos doublés de lustrine. Ces diverses enveloppes auraient été entièrement réduites.

Telle est la version présentée par le blessé; quelle qu'en soit d'ailleurs la véracité, nous retrouvons là un de ces exemples dont parle Dupuytren :

« Chaque année, pendant les hivers rigoureux, dit le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, en passant en revue les diverses manières dont le calorique peut être appliqué sur nos organes; chaque année, nous avons un nombre considérable d'individus affectés de brûlures plus ou moins graves; de vieilles femmes couvertes de haillons, rentrent dans leurs greniers sales, étroits et sans cheminées, après avoir pris pour l'ordinaire, une certaine dose de vin ou d'eau-de-vie, et placent sous elle ou sous leurs couvertures des chaufferettes, des réchauds ou des pots à feu remplis de braise ou de charbons allumés. La chaleur, les liqueurs alcooliques, la vapeur de charbon les assoupissent ou les asphyxient, le feu se communique à leurs vêtements... Des vieillards penchés contre un poêle dont ils embrassent les tuyaux avec leurs genoux, tombent dans une espèce de coma, les vêtements brûlent et avec eux, la peau, les muscles, les aponévroses jusqu'aux os. D'autres individus pris de vin ou accablés de fatigue, s'endorment sur une chaise, près d'un foyer ardent et tombent. » (*Leçons ordinaires de clinique chirurgicale*, t. IV.)

Dans le cas dont nous retraçons l'histoire, on peut présu-

mer; même sans faire intervenir nécessairement l'action trop souvent adjuvante des alcooliques, que le sieur V..., sortant de faire un repas et venant, pendant un froid rigoureux, s'exposer, immédiatement après, à un foyer ardent, aura été vaincu par le sommeil et sera tombé le côté droit du corps sur ce foyer. Ce qui le ferait croire, c'est que le blessé n'a pu se rappeler comment et quand il était tombé.

Combien n'avons-nous pas vu de ces funestes exemples dans les hôpitaux de Paris. Combien de fois, à l'hôpital des Enfants-Malades, alors que nous étions interne dans le service de M. P. Guersant, n'avons-nous pas vu des enfants en bas âge laissés imprudemment seuls auprès d'un foyer, d'une lumière, ou jouant avec des allumettes chimiques laissées à leur portée, qui nous étaient amenés, couverts de larges et profondes brûlures auxquelles, en dépit de tous les soins qui leur étaient prodigués, leur frêle organisation ne leur permettait pas de résister!

Pour en revenir à notre blessé, les premiers soins lui furent donnés par le docteur Fustin, qui fit un pansement avec le coton et le liniment oléo-calcaire. Le sieur V... fut ramené à son domicile, où nous le vîmes le lendemain avec notre confrère, qui le remit entre nos mains. Le premier appareil posé ayant été dérangé par l'agitation du malade, fut en partie enlevé le surlendemain, et on put alors constater les lésions suivantes :

Le bras droit, jusqu'à deux à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude, présentait une large escarre d'un brun noirâtre, molle dans sa partie inférieure, dure et retentissante à la percussion dans sa partie supérieure. Cette escarre remontait le long de l'épaule qu'elle intéressait dans toute son étendue, pour aller se prolonger dans la partie postérieure de la poitrine, occupant tout l'espace compris entre les deux épaules depuis la septième vertèbre cervicale jusqu'au niveau de la dixième vertèbre dorsale : cette énorme escarre allait mourir à la partie postérieure et supérieure de l'épaule gauche où les tissus étaient superficiellement atteints.

L'oreille droite était, en outre, le siége d'une brûlure du second degré, brûlure qui occupait toute la circonférence du pavillon externe et les téguments de la région mastoïdienne.

Vers le quatrième ou cinquième jour, le travail d'inflammation éliminatoire commença : un sillon rouge vif ne tarda pas à se former entre les escarres et les parties vivantes. Des portions de tégument qui paraissaient d'abord peu profondément atteintes, ne peuvent résister à la réaction inflammatoire et se mortifient au moment où celle-ci acquiert toute son intensité. Des cataplasmes émollients furent appliqués, pendant deux à trois jours seulement, pour hâter le décollement et la chute des parties mortifiées par-dessus le pansement. Celui-ci consistait en application de linge troué recouvert de cérat saturné. Des potions calmantes, un régime demi-alibile furent donnés au malade ainsi que des boissons délayantes pour modérer le mouvement fébrile, qui ne fut prononcé que plus tard.

Remarquons ici que la sécrétion urinaire ne fut pas un instant arrêtée. Ce fait est notable, en effet, et peut être exceptionnellement contraire à ce qui se passe chez les brûlés; c'est une remarque clinique que nous avons entendu faire au professeur Nélaton, que les brûlés se plaignent souvent d'envies d'uriner, souffrant autant que ceux qui ont de véritables rétentions d'urine, et que, si on vient à les sonder, on est fort étonné de constater que leur vessie ne renferme pas d'urine.

La chute des escarres dura près de deux mois et demi ; nous eûmes soin, pour la faciliter, d'enlever à chaque pansement, avec la pince et les ciseaux, chaque portion de tégument mortifiée décollée, ou qui était assez faiblement adhérente au tissu sous-jacent, pour ne pas nous exposer à des hémorrhagies ou à des douleurs qui auraient épuisé notre blessé avant le temps. Cette précaution avait, en outre, pour but, d'empêcher la stase du pus sur les tissus vivants et la présence de clapiers toujours redoutables.

Le travail d'inflammation éliminatoire terminé, à la vaste surface mortifiée et insensible que nous avions d'abord, avait succédé une large plaie, d'un rouge vif, d'une sensibilité excessive, source incessante de suppuration et de douleur. Une double indication se présentait dès lors à remplir; tarir le plus rapidement possible cet alarmant exutoire;

Soutenir le plus activement possible les forces de notre blessé, obligé de suffire à cette prodigieuse déperdition.

Dans ce double but, des aliments reconstituants, aidés de l'usage des toniques, furent donnés au blessé

Au pansement avec le cérat saturné et opiacé, la plaie ne marchant pas assez rapidement vers la cicatrisation, nous substituâmes l'emploi des bandelettes de diachylon, préconisées, il y a longtemps déjà, par M. Velpeau et trop peu employées.

Ce pansement, en effet, sous le double rapport de son peu de douleur et de sa grande efficacité comme agglutinatif, nous a été très-avantageux. Il a, de plus, un autre effet, que l'observation pratique seule permet de constater, c'est d'agir par une douce compression et de contribuer ainsi à réprimer l'exubérance des bourgeons charnus qui trouve incontestablement, dans le nitrate d'argent, un régulateur et un modificateur puissant, mais qui a aussi l'inconvénient de causer des douleurs instantanées très-vives et d'autant plus redoutées de notre malade, qu'elles se prolongeaient, nous disait-il, toute la journée.

Ces détails pratiques, quelque minutieux qu'ils puissent paraître, n'en ont pas moins leur incontestable utilité dans des cas de ce genre où la saine chirurgie n'a rien à négliger. — Nous avions abandonné, dès le début, le coton, convaincu que ce moyen de traitement, le meilleur peut-être dans les deux premiers degrés de la brûlure, devient insuffisant et embarrassant, si ce n'est contraire, dans les degrés avancés, où il forme, avec les parties mortifiées converties en plaies suppurantes, un magma qui augmente encore l'infection et entrave plutôt qu'il n'avance la cicatrisation. Nous avions voulu encore essayer l'effet du collodion ; mais l'excessive douleur qu'amenait son application et sa trop rapide dessication nous ont forcé à y renoncer.

Avons-nous besoin d'ajouter que, par des toniques amers continuellement administrés à l'intérieur, par des lotions toniques aromatiques ménagées, par des antiseptiques, des désinfectants solides appliqués localement sur la surface des plaies, nous avons sans cesse cherché à soutenir les forces de notre blessé et à modérer, autant que possible, les flots de suppuration que verse ce foyer infectant.

Notre malade traversait ainsi heureusement la longue et redoutable période de suppuration, qui enlève tant de malheureux brûlés ; il n'avait présenté qu'un engouement pulmonaire, et il allait atteindre la fin de la période de cicatrisation, quand un érysipèle qui menaça de devenir phlegmoneux se déclara subitement sur le bras et l'avant-bras, quand apparut une anasarque considérable; en peu de temps, les membres inférieurs doublés de volume, le bras malade œdématié jusqu'aux extrémités digitales, ne pouvaient plus exécuter le moindre mouvement. Le tronc lui-même présentait une ceinture, un bourrelet dû à la sérosité sans cesse envahissante; la fièvre était intense, la respiration anxieuse, enfin l'état de notre blessé était très-alarmant le 20 juin.

Les diurétiques sous toutes les formes, à fortes doses, aidés de l'action ménagée des purgatifs, des sudorifiques et des toniques, vinrent conjurer le danger et prouver avec les savants auteurs du *Compendium de chirurgie*, que Dupuytren était allé trop loin peut-être dans les déductions qu'il a tirées de ces complications relativement au pronostic de la brûlure. Ce danger éloigné, l'état très-avancé de cicatrisation des plaies avait permis à notre blessé, dont le moral s'attristait de sa longue réclusion, de reprendre quelques-unes de ses occupa-

tions, quand le 18 août il fit une chute dans un escalier étroit et obscur ; il tomba sur l'épaule du côté droit, c'est-à-dire sur l'épaule incomplétement guérie. Les cicatrices du dos furent, en outre, en partie rompues ; une inflammation violente avec gonflement à l'épaule nous empêcha de reconnaître de suite une fracture du tiers interne de la clavicule de ce côté. Un abcès énorme survint un peu au-dessus et à la partie externe du moignon de l'épaule. De nouveaux pansements furent à recommencer de nouvean ; nous eûmes recours aux bandelettes de diachylon et à l'emploi d'un onguent qui paraît jouir d'un pouvoir siccatif prononcé sur lequel nous expérimentons encore.

Ces accidents retardèrent de deux mois la guérison, qui est aujourd'hui complète, de notre blessé.

La cicatrisation des plaies obtenue, le chirurgien n'a pas encore achevé sa mission : il doit avoir pensé pendant le travail de réparation, à éviter les cicatrices vicieuses, à conserver autant que possible la liberté des mouvements ; il a dû combattre la force de rétractilité si prononcée des cicatrices dans les premiers temps de la guérison. Ce sont là autant d'indications qui ne nous ont pas échappé ; c'est l'heureux résultat que nous avons la satisfaction de constater.

Au fur et à mesure que la cicatrisation progressait, nous faisions faire des mouvements limites d'abord, mais de plus en plus étendus dans tous les sens au membre droit : aussi la peau seule a contracté adhérence avec les parties sous-jacentes.

Les mouvements de l'épaule droite sont conservés, le mouvement d'élévation est seul limité, bien qu'une partie du muscle deltoïde ait disparu, que la clavicule ait été brisée, bien que l'énorme abcès survenu à la suite de la chute ait, indépendamment de la brûlure, inspiré de trop légitimes inquiétudes pour la conservation des fonctions du membre. Des bains alcalins et toniques ont donné de la consistance et de la souplesse aux cicatrices, et facilité encore les mouvements ; on pourra juger combien pouvaient être fondées nos craintes, pour la vie d'abord, et pour une difformité quelconque, chez notre blessé, en jetant les yeux sur les résultats comparatifs de la mensuration du membre malade et du membre sain.

Largeur de la cicatrice d'une épaule à l'autre, 39 centimètres.

La plus grande longueur de la septième vertèbre cervicale à la dixième dorsale, 21 centimètres.

Circonférence du moignon de l'épaule.	Côté sain....	41	centim.
	Côté blessé..	36	—
Circonférence du bras au-dessous de l'épaule fracturée.	Côté sain....	28	—
	Côté blessé..	25	—

Les brûlures ne sont pas d'ailleurs les seules lésions chirurgicales dans lesquelles les pansements minutieusement faits, les indications diverses de traitement rationnellement remplies, puissent amener à une guérison sinon aussi rapide, du moins plus sûre, que des opérations sanglantes, quelquefois précipitées, et j'allais dire même parfaitement parfois téméraires.

Combien, en 1848 et en 1851, n'avons-nous pas vu de victimes de nos guerres civiles qui ont dû la conservation d'un membre à des débridements, à des pansements faits à propos, ni trop fréquemment, ni trop rarement renouvelés ; combien d'hémorrhagies internes ou externes arrêtées par des saignées répétées ; combien d'anévrysmes guéris par un traitement purement médical ; combien de tumeurs, tous les jours opérées, qui récidivent, et qui ont fondu dans des mains moins militantes mais plus curatives.

Les plaies d'armes à feu, par les immenses désordres qu'elles portent dans la profondeur de nos tissus, dans nos parties solides, obligent, sans doute, plus que toute autre lésion, aux graves mutilations qui sauvent au moins la vie, s'ils ne conservent les membres

Aussi, il faut bien le dire, souvent si les sujétions de la guerre, l'encombrement des blessés, la trop large répartition des secours à donner le permettaient, on pourrait conserver avec plus de peine, mais avec plus de fruit, des membres trop promptement et trop nécessairement sacrifiés pour assurer la vie.

La chirurgie n'est pas là seulement où l'instrument taille, enlève, dissèque ; elle est souvent là où elle conserve. La médecine doit lui venir en aide toujours, et la guider quelquefois pour la rendre vraiment efficace.

DESRUELLE.

CORRESPONDANCE.

Origine du séton.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de m'adresser à votre désir si bien connu d'être utile à la vérité, et à votre impartialité habituelle en vous priant d'insérer la Note suivante dans un de vos plus prochains numéros.

Le séton vient-il positivement de la médecine de l'homme ; est il d'origine vétérinaire ? Cette double question, si peu intéressante qu'elle soit, peut être éclairée par la connaissance du document suivant :

Dans ses *Recherches historico-analytiques sur les écrivains vétérinaires*, publiées à Turin en 1851, M. Ercolani, professeur à l'École royale vétérinaire, rapporte *in extenso* un manuscrit jusqu'alors inédit. Ce travail a d'abord été attribué à un certain Hippocrate, non pas l'hippiâtre grec qui exerçait quatre cents ans après l'ère chrétienne, mais à un Hippocrate hippiâtre qui fut appelé par Condise, nommé le Roi des Rois, pour donner des soins à ses chevaux malades.

Le manuscrit dont nous parlons est inscrit à la bibliothèque Riccardiana de Florence, sous le n° 2300 C'est le plus ancien document que possède la médecine vétérinaire.

On voit au chap. IV, *De l'étranguillon* (angine) que l'auteur après avoir indiqué différentes médications, conseille de faire un lacet, enduit de cire et de suif, de le passer dans le poitrail de l'animal, et d'oindre le lien tous les sept jours avec de l'huile d'olive. Au chap. XVI, *Du traitement du farcin*, il dit encore, que les uns mettent un lacet de mauve oint de miel, que d'autres font un lacet de laine oint avec de la graisse, qu'ils le placent dans le poitrail du cheval (*e li altri fanno lo laccio di lana onto con la grascia e pougonlo nel petto del cavallo*). Et au chap. XX, *Du traitement de la fistule*, il est dit : « Lorsque la fistule vient à la suite de l'étranguillon, de mettre le lacet de chaque côté de la fistule (*di mettere lo laccio da ogni lato della fistola*).

Ce manuscrit a d'abord été traduit du sanscrit en arabe, de l'arabe en latin, enfin en italien.

Mais il y a encore à la même bibliothèque, sous le n° 2216, un autre manuscrit dans lequel se trouve le passage suivant :

Au chap. XXI, *Traitement du mal de nerf*, il est dit : De mettre un lacet au poitrail du cheval (*mettere uno laccio al petto del cavallo*).

Comme on le voit, ces détails sont beaucoup plus positifs et beaucoup plus clairs que ceux que l'on trouve dans Hippocrate de Cos. Du reste, que les manuscrits 2300 et 2216, comme le pense M. Ercolani, appartiennent au même auteur, ou qu'ils émanent de deux hippiâtres distincts, il est à remarquer que l'on trouve dans le premier des détails sur les *Quatre humeurs*, livre attribué faussement à Hippocrate de Cos. Ne faudrait-il point remonter à cet Hippocrate indien pour retrouver l'origine de ce livre dont nous ne voudrions point, et pour cause, revendiquer la propriété pour la médecine vétérinaire.

Nous avons voulu aussi, pour déterminer l'époque à laquelle a appartenu cet auteur vétérinaire, rechercher en que

temps vivait Condise, nous n'avons trouvé dans aucun dictionnaire historique, dans aucune chronologie, ce que nous y cherchions, et nous laisserons remplir cette lacune très-regrettable par ceux que la question intéresse.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

L. PRANGÉ,
Vétérinaire à Paris.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 *novembre* 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Communication de deux recettes contre le choléra. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° Un mémoire de M. le docteur BARRET, médecin des épidémies de l'arrondissement de Carpentras, sur les modifications à introduire dans la statistique nécrologique. (Comm., MM. Ferrus, Blache, Guérard ,rapporteur.)

2° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854, dans le département de l'Yonne. (Comm. de vaccine.)

3° M. LARREY dépose sur le bureau une monographie de l'*amputation de la cuisse dans l'articulation ileo-fémorale*, par M. le docteur William Sands Cox, de Birmingham, candidat au titre de membre correspondant.

M. BOUVIER demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Nos procès-verbaux, dit M. Bouvier, le *Bulletin* qui les reproduit, sont le tableau fidèle de nos séances. Cependant le *Bulletin* de l'Académie ne doit pas toujours reproduire des expressions, des pensées échappées aux orateurs dans la vivacité de l'improvisation. Déjà la presse médicale nous rend le service de châtier nos paroles, d'en écarter les petits excès, les exagérations du moment; je l'en remercie pour ma part. Je parle de la presse digne, de celle qui comprend sa mission, qui la remplit.

Mais nous ne nous contentons pas de ces premières corrections, toutes spontanées, que la presse fait à notre langage. Il est d'usage que nous revoyions nos discours pendant l'impression du *Bulletin* pour y faire les changements qui nous paraissent convenables. Cela est dans l'intérêt, non-seulement des auteurs, mais encore de l'Académie et du public lui-même.

Or, voici le dernier discours de M. Malgaigne, ainsi amendé. Notre collègue y a introduit quelques changements importants. Je ne m'en plains pas, je l'en remercie même, puisqu'il nous rapproche. Mais, parmi ces modifications, il en est une que je dois signaler dès ce moment.

On n'a pas oublié que M. Malgaigne a nié que les anciens eussent connu la révulsion, la dérivation. Sans cette négation, ma réplique de mardi dernier n'aurait pas sa raison d'être. Eh bien! cette négation a disparu dans le discours du *Bulletin*. Mon collègue y dit seulement que « la révulsion des anciens ne ressemblait guère à la nôtre. »

Je le répète, je suis loin de me plaindre de cette modification; j'en sais gré à M. Malgaigne, et de plus, je l'en félicite. Il a senti que la verve de son talent l'avait emporté trop loin, qu'il avait dépassé les limites du vrai, du sensé, qui conviennent si bien à son esprit, à sa science; il s'est empressé d'y rentrer.

On comprendra que j'avais besoin de prendre acte de la rectification de notre collègue.

La question historique est donc maintenant autrement posée. Il ne s'agit plus de savoir si les anciens connaissaient, enseignaient, pratiquaient la révulsion, mais seulement jusqu'à quel point la révulsion de la médecine antique est, ou n'est pas la même que celle des temps modernes. J'attendrai que M. Malgaigne ait expliqué toute sa pensée à cet égard, pour lui répondre s'il y a lieu.

— M. VILLENEUVE, de Marseille, donne lecture d'un mémoire intitulé : *De l'avortement provoqué.* (Comm., MM. Moreau, Cazeaux et Depaul.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le travail de M. Bouvier. — La parole est à M. Malgaigne, qui s'exprime ainsi :

Mon dessein n'était pas de revenir sur la question des exutoires et du séton en particulier. Mais aujourd'hui cette question a changé de face; de nouveaux éléments y ont été introduits : au point de vue de la théorie, les principes de la révulsion, sous le rapport pratique, les faits de M. Bouvier et de M. Bouley.

Pour ce qui est de l'historique du séton, je ne rappellerai pas ce que j'en ai dit; il y a dans le rapprochement que M. Bouvier cherche à établir entre le séton moderne et ce qu'il croit en être l'équivalent dans l'antiquité, quelque chose de forcé qui ne satisfait l'esprit de personne. Cependant, avant de quitter ce sujet, remarquons deux choses. D'abord, en ce qui touche le *sétoïde*. M. Bouvier a donné une longue liste des auteurs qui pensent comme lui que c'est un séton. Il est arrivé à notre collègue ce qui advient souvent à celui qui se lance dans le champ désordonné de l'érudition : ne se fiant pas à ses propres lumières, il appelle à son aide dix, douze auteurs pour lui servir de guides, et ces guides l'égarent au lieu de le servir. Il ne se rend pas aux raisons que j'ai indiquées au sujet du livre de *cauteriis*, à qui il continue à donner Rhazès pour auteur; mais il consent, dit-il, à croire M. Daremberg sur parole. C'est là précisément ce qui nous distingue, M. Bouvier et moi; c'est qu'en matière de science, je ne crois personne sur parole.

L'Académie se souvient qu'au dire de M. Bouvier, ce mot de révulsion devait faire cesser toute dissidence entre nous. Il a prétendu que la doctrine des anciens était notre doctrine. Ici, Messieurs, le débat devient grave; rarement, je crois, un sujet plus important a été traité à cette tribune.

M. Bouvier, qui affectionne la prosopopée et qui y réussit à merveille, a évoqué les grandes ombres d'Hippocrate, de Celse, d'Arétée, de Galien; il a appelé tous ces grands personnages à protester contre mes téméraires négations. Je ne sais s'ils ont quitté leur tombe et s'ils lui ont parlé, mais à coup sûr M. Bouvier ne les a pas entendus.

Parlons d'abord d'Hippocrate. Je maintiens que l'on ne trouve pas une doctrine de la révulsion dans Hippocrate. Tout ce qu'il dit à ce sujet se rapporte à peu près à l'aphorisme : *De duobus doloribus*, etc. M. Bouvier nous apprend que le mot πόνος peut se traduire par *labor* aussi bien que par *dolor*. M. Bouvier a sans doute sur moi la facile supériorité de mieux savoir le grec; mais, d'une autre part, il se pourrait que le langage de la médecine et de la chirurgie antique me fût plus familier. Je dirai donc que, dans mon opinion, — qui est aussi celle de tous les commentateurs, depuis Foës jusqu'à Littré,— le mot *labor* ne peut être que synonyme de douleur, de souffrance. Lui donner le sens de *travail*, d'élaboration intime, c'est le comprendre mal; c'est se mettre dans l'impossibilité d'interpréter la fin de cet aphorisme : *vehementior* OBCURAT *alteram* (αμαυροί), expression qui ne peut s'appliquer qu'à la douleur; l'aphorisme qui suit le prouve bien : « Les douleurs, πόνοι, et fièvres sont plus vives quand le pus se forme que lorsqu'il est formé. » Et plus loin : A ceux qui ont des maux de tête κεφαλην πονέοντι.

M. Bouvier nous dit avoir trouvé les mots révulsion et dérivation dans une foule de passages d'Hippocrate et de Galien; dans quelques pages de cet auteur, le hasard, — heureux hasard, — les lui a fait rencontrer jusqu'à trente fois! C'est qu'en effet les mots y sont, mais sans la doctrine. Mais, objecte M. Bouvier, Hippocrate connaissait les crises; de là à les imiter il n'y a qu'un pas. Ce qui reste à déterminer, — et c'est là l'essentiel, — c'est de savoir si ce pas a été fait. Souvent, dit M. Bouvier, Hippocrate indique les révulsifs sans interpréter leur mode d'action Et alors M. Bouvier l'interprète, lui. De sorte que ce n est pas M. Bouvier qui suit la doctrine d'Hippocrate, mais Hippocrate la doctrine de M. Bouvier. (Rires.) Ailleurs (ajoutait l'orateur), il est très-explicite. Ainsi, dans les cas de règles trop abondantes, il conseille d'appliquer des ventouses sur les mamelles, pour produire, *dit Galien*, une révulsion de l'utérus vers le haut. Donc, Hippocrate est on ne peut plus explicite, — par la bouche de Galien toutefois, de Galien, autre Bouvier des temps passés!

Cette doctrine galénique repose tout entière sur un livre d'Hippocrate (livre certainement, heureusement apocryphe) intitulé : *Des humeurs*, véritable sphinx créé pour mettre à la torture tous ceux qui tentent de deviner ses énigmes, livre qui peut rivaliser de clarté avec les centuries de Nostradamus. Dans cet opuscule, traduit par M. Littré, on lit ceci : « Dérivation sur la tête ou sur les côtés, là où les humeurs tendent le plus; ou bien révulsion dans les affections du haut vers le bas, dans les affections du bas vers le haut. » C'est là tout. C'est à cela que se réduit la prétendue doctrine hippocratique sur la révulsion!

J'avais dit que Celse (M. Bouvier, pour des raisons qui m'échappent, place cet auteur après Galien), que Celse ne connaissait pas de

doctrine de la révulsion. Suivant M. Bouvier, il l'a connue; seulement, pour parler un latin plus cicéronien, il remplaçait le mot *revellere* par *evocare*. Que *revellere* soit moins cicéronien que *evocare*, c'est déjà là une petite découverte. Mais, si au lieu d'une phrase M. Bouvier avait médité la thérapeutique tout entière de Celse, il aurait vu quel était le véritable sens de ce mot *evocare*. « Tout remède, dit cet auteur, a pour but de retrancher ou d'ajouter, d'attirer ou de réprimer (*aut evocat aut reprimit*), de rafraîchir ou d'échauffer, d'affermir ou de relâcher. » Dans tout cela, il n'est pas le moins du monde question de *révulser*. Puisque M. Bouvier aime le grec, qu'il lise Oribase, il y verra établi, d'après Galien, cette classification des remèdes attractifs et répercussifs, περὶ τῶν ελκτίκων καὶ αποκρουστικων, elctiques et apocroustiques. Les remèdes qui retranchent ce sont, pour Celse, la saignée, les ventouses, les purgatifs, les émétiques, les frictions, etc.; les remèdes qui *évoquent*, « ceux qui érodent le corps et en extraient ce qu'il a de mauvais. » Quand il conseille d'établir, à l'aide de cautères, une suppuration au voisinage de la hanche malade, n'allez pas croire qu'il s'agisse pour lui de révulser; il veut seulement y entretenir un *fonticule* pour faire écouter au dehors les matières peccantes, comme dirait Molière; et cela est si vrai, qu'il conseille de laisser durer la suppuration jusqu'à ce que les matières soient toutes sorties et qu'il n'y en ait plus à tirer! Avais-je raison de dire qu'il n'est pas question dans Celse d'une doctrine de la révulsion! Si, cependant, il en parle; — mais c'est pour la rejeter. Il critique les médecins qui, au lieu de saigner très-près du mal, comme il en donne le conseil, saignent au contraire loin des parties affectées, croyant ainsi « détourner le cours de la matière, » *averti materiœ cursum*, croyance qui, suivant lui, n'est fondée sur rien. Il se perd lui-même dans toutes les propriétés distinctives qu'il attribue aux remèdes, et termine par les paroles suivantes, qui devraient servir d'épigraphe à quelque traité de thérapeutique d'aujourd'hui: « Les médecins semblent employer tous ces moyens bien plutôt d'après une idée qu'ils s'en forment que pour en avoir vérifié l'effet par l'expérience. »

Cette doctrine de la révulsion, vainement cherchée dans Hippocrate et dans Celse, la voici enfin qui arrive avec Galien. Et c'est le malheur de la médecine moderne de l'avoir adoptée, ou, pour mieux dire, d'en avoir conservé le langage tout en rejetant les idées qu'elle exprime; ce qui fait que les mots jurent avec les choses qu'ils désignent. Sur quoi cette doctrine est-elle fondée? Sur les deux lignes que j'ai citées tout à l'heure du livre des *Humeurs*, attribué à Hippocrate. Galien s'en empare, et Galien, homme de génie, grand observateur, mais aussi théoricien à outrance, et, au souffle de sa puissante imagination, ces quelques mots s'enflent, s'enflent jusqu'aux proportions d'une doctrine. En voici le résumé. Dériver, pour Galien, c'est évacuer près des parties malades; révulser, c'est agir *non-seulement loin* de la partie, mais encore dans des lieux opposés, — car la révulsion se fait vers les parties contraires, c'est-à-dire, suivant la longueur du corps, en haut et en bas; selon la largeur, à droite et à gauche; selon l'épaisseur, en avant et en arrière. Plus loin, il veut que ce soit en ligne directe κατ' ἴξιν. Ainsi, pour les douleurs à l'occiput, révulsez sur le front; pour le front, sur l'occiput; pour une épistaxis à droite, appliquez des ventouses à l'hypochondre droit, et *vice versâ*; y a-t-il une fluxion à droite, révulsez à gauche, etc. Quand aux moyens révulsfis, les voici: saignées, ventouses, purgatifs, émétique, ligature des membres, topiques âcres. Pas un mot des exutoires, encore moins des exutoires à demeure. Galien semble avoir de la peine à s'orienter lui-même au milieu de toutes ces indications, et il se contredit: il saigne à droite pour les maladies du côté droit et réciproquement; il saigne au bras pour les affections des parties supérieures, au pied pour les lésions inférieures; les reins l'embarrassent un peu, et pour les maladies de cette région, qu'il déclare indécise, on peut, dit-il, saigner en haut ou en bas! M. Daremberg, qui a sué pour tirer quelque lumière du rapprochement de ces divers passages de Galien, manifeste un profond découragement dans cette phrase par laquelle il termine ses disquisitions sur ce chapitre de Galien. Il dit: En résumé, et c'est là une fâcheuse conclusion, nos explications un peu longues n'ont pas suffi à dissiper toutes les obscurités qui planent *sur le sens même* et la définition des mots, et sur la doctrine que ces mots représentent. Watts déclare aussi que c'est une *doctrine inconséquente*. Quant à moi, je ne vois là ni des principes ni une doctrine de la révulsion; j'y vois un rêve éclos une nuit dans la tête de Galien, et que la nuit suivante remplace par un autre. Et ainsi, de rêve en rêve, il va imaginant une théorie confuse, faite pour fatiguer les érudits qui y cherchent vainement une idée scientifique et ne saisissent qu'un nuage.

Oribase reproduit ces théories ou plutôt ces imaginations pures. On les retrouve aussi dans Paul d'Egine; mais quel but se propose cet auteur? Il veut empêcher la matière d'arriver aux organes malades ou, quand elle s'y est portée, l'évacuer au dehors. Quand il cautérise la peau du crâne, c'est pour couper les veines des tempes qui conduisent aux yeux la pituite, indication assurément bien différente de celle qu'on se propose aujourd'hui de remplir à l'aide des révulsifs.

Je le répète et, j'insiste, on ne trouve rien dans l'antiquité qui mérite le nom d'une doctrine de la révulsion, rien que la folle et malsaine théorie de Galien, rien surtout qui ressemble à une doctrine des exutoires à demeure. J'ai demandé à M. Bouvier de quelle révulsion il voulait parler, et je renouvelle ma question: est-ce de la révulsion d'Hippocrate? il est impossible de la définir. De la révulsion de Galien? les érudits renoncent à la comprendre.

Au XVIe siècle, nous voyons les Arabes, grands adorateurs des Grecs, faire tous leurs efforts pour concilier les contradictions de la médecine antique, Les dissidents arrivent: Aubigné, dans la pleurésie, saignait du côté opposé du mal, et sa pratique est suivie par les Arabes. Brissot saigne du côté malade, c'est un *luthérien*. On essaie de mettre de l'ordre dans tous ces préceptes qui se combattent, et l'on distingue les saignées en révulsives, spoliatives,—grâce au vague des idées léguées par le monde grec et romain. (M. Bouvier a cité un passage de Pline, relatif aux usages de la moutarde; les commérages d'un écrivain du grand monde sont un singulier argument en faveur d'une doctrine scientifique!) Ambroise Paré a peine à s'arranger de la classification des remèdes; les attractifs gênaient la doctrine régnante, aussi considère-t-il les exutoires, tantôt comme des attractifs, tantôt comme fonticules, et un peu comme révulsifs. La circulation du sang vient jeter le trouble dans toutes ces conceptions théoriques; bientôt on oublie les principes de la révulsion..... Barthez se charge de nous les rappeler, Barthez, homme de génie aussi (mais que je ne crois pas non plus sur parole), la grande illustration de l'Ecole de Montpellier. A Montpellier on nous a trouvé très-faibles, c'est-à-dire très-ignorants et très-oublieux, sans doute, des principes posés par Barthez. Parlons-en donc de ces principes. Ils sont au nombre de cinq... S'il est vrai que « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, » cette vérité serait ici d'une application peu flatteuse. J'ai eu beau sonder ce mystère, il est resté impénétrable à mon intelligence.

Principe deuxième: « Pour les maladies chroniques, *on doit « généralement préférer les attractions et les évacuations dérivatives « qui se font dans les parties voisines.* » Troisième: « Quelquefois il « faut faire suivre les attractions et évacuations locales. » Cinquième: « Les remèdes qu'on emploie comme révulsifs et surtout comme dérivatifs ont d'*autant* plus d'efficacité *lorsqu*'ils sont « appliqués à l'endroit des organes qui ont les sympathies les plus « fortes et les plus constantes avec l'organe, *par rapport auquel* on « veut opérer une révulsion ou une dérivation. Ainsi, il est généralement plus avantageux de placer les remèdes révulsifs ou dérivatifs dans la même moitié latérale droite ou gauche du corps où se « trouve cet organe. »

A cause de la sympathie, « on a reconnu, dit Barthez, *dans tous « les temps*, qu'une hémorrhagie critique du nez se fait plus avantageusement par la narine droite dans l'inflammation du foie, et par « la gauche dans les inflammations de la rate. » Voilà, Messieurs, ce qui a été reconnu de tous les temps! Barthez parle des cautères « si utiles dans les ulcères du poumon et de la matrice! » — Il préfère le cautère actuel aux caustiques, et la raison vaut la peine d'être rappelée: « Séparant avec beaucoup plus de violence l'escarre qu'il « produit, il ne laisse point subsister entre les fibres ces tiraillements imparfaits que cause l'action prolongée et successive des « caustiques. » — « *Dans l'épilepsie et dans d'autres maladies de la « tête produites par la sympathie de la matrice*, il n'est point de cautère plus utile que celui qu'on établit à une jambe où il dérive les « humeurs de la matrice, et en produit la révulsion de la tête! » — « Quant aux sétons, ils sont moins en usage pour remédier aux « fluxions que pour dissiper la surabondance relative des humeurs « qui engorgent habituellement tels ou tels organes. »

Après avoir lu de pareilles choses, sera-t-il possible de parler encore des principes de la révulsion? Un tel nom convient-il à ces savantes billevesées? Oh! si les hommes de Montpellier appellent profond ce qui est creux, la profondeur de Barthez est difficile à surpasser. Et c'est là ce qui est accepté comme une doctrine par la moitié de la France médicale!

On reproche à l'Ecole de Paré de n'avoir pas cette doctrine, reproche fondé, mérité aussi. Car de cette science, non, de ce roman! l'Ecole de Paris a conservé le langage vide de sens pour elle. Je crains

bien que cette affirmation ne blesse quelques-uns de mes collègues, qui, à force d'entendre répéter les mots, se persuadent qu'ils représentent nécessairement des idées; je vais donc expliquer ma pensée. Non, vous n'avez pas de doctrine de la révulsion, car pour cela il vous manque, premièrement, une théorie qui rende compte du mode d'action des agents dits révulsifs; secondement, un ensemble de préceptes pratiques qui en règlent l'emploi.

Sur ce point, je me félicite d'être d'accord avec M. Bouvier, qui cependant m'a appelé l'avocat d'un paradoxe. Paradoxe, grand mot, et qui souvent a retenti à mes oreilles depuis le début de ma carrière. Toute opinion nouvelle provoque de ces manifestations-là de la part de toutes les orthodoxies. Heureusement nous ne sommes plus au temps de Brissot l'hérétique, qui saignait κατ' ἰξιν. Oui, toutes les vérités, à leur entrée dans le monde, ont été saluées de ce nom de paradoxe. Examinons à notre tour l'orthodoxie de M. Bouvier, les principes sur lesquels il s'appuie. Voici ce qu'il *croit* à cet égard : « Il est vrai que les anciens faisaient intervenir les sucs et la pituite, aujourd'hui nous disons le sang et l'irritation. Peut-être un jour on rira aussi de notre explication. » Ah! vous me conviez à une croyance, et vous prévoyez vous-même qu'on en rira un jour. Permettez-moi de prendre les devants. (Longue hilarité.)

La science est jeune, oui, très-jeune. Les anciens sont des enfants, l'âge adulte, c'est notre ère moderne. Tout enfant, la médecine a eu pour instituteur Hippocrate (le vrai, non l'auteur du livre des *Humeurs*), mais les contes de vieilles ne lui ont pas manqué non plus; plus tard, vint le tour des illusions et des rêveries de la jeunesse; et ce n'est que d'hier peut-être que la science a revêtu la robe virile. Les anciens, c'est nous, dirai-je avec Pascal. C'est à nous de mettre l'observation à la place des fables traditionnelles, de faire la science grande et sérieuse, c'est à nous de purger les étables d'Augias!

Nulle part, excepté à Montpellier, nous ne trouvons ce qui, à tort ou à raison, peut s'appeler une doctrine de la révulsion. Reste l'expérience. Il est possible que, sans avoir assez de faits pour une doctrine, vous en possédiez un nombre suffisant pour vous sentir encouragé à appliquer des sétons, et d'ailleurs, en médecine, à défaut d'une certitude, la probabilité suffit. Eh bien, voyons ces faits ; s'il en résulte que les sétons sont utiles, je les accepte. M. Bouvier revient ici encore escorté d'une foule d'autorités; ce sont les Blancard, les Mauchart, tous les théologiens du séton! Cela me rappelle ces paroles de Pascal : « Nous ferons venir tant de cordeliers que nous l'emporterons. » Blancard! Mauchart! est-ce que, ayant à vous argumenter, je suis allé fouiller dans tous les bas fonds de la littérature médicale,—pour que vous m'opposiez de pareilles autorités. Il en était une qui à elle seule les vaut toutes, pour moi, et que j'aurais préféré vous entendre citer, c'est celle de M. Velpeau! — Ambroise Paré n'aurait pas annoncé que le séton guérissait toujours, ainsi que je le lui avais reproché, mais seulement : l'expérience *quotidienne* montre etc. Ainsi ce n'est pas *toujours* que j'aurais dû dire, mais *tous les jours*! (Rires.)

M. Bouvier se montre bien sévère envers nous, et cependant nous l'avons écouté, sans l'interrompre, quand il a chanté un hymne à la louange du séton et qu'il disait : Fabrice d'Aquapendente eût été aveugle, sans le séton; la fille de Fabrice de Hilden eût perdu la vue, sans le séton;—et cependant, quand il affirmait tout cela, M. Bouvier inventait un peu. (Rires.)

Je remarque en passant que M. Bouvier n'a pas rappelé ce jacobin auquel M. A. Séverin avait mis un séton au cou pour le guérir d'un polype du nez.

C'est à tort, selon lui, que je récuse les observations qui renferment des erreurs; et il me demande quel est le recueil de faits où il n'y a pas de mauvaises observations. Ma réponse, la voici: dans un recueil, je laisse les observations erronées,—et d'abord celles qui sont en faveur du séton (Rires), — je n'attache d'importance qu'aux bonnes. Pour Fabrice de Hilden, je rappellerai que déjà Paré s'est moqué de cette fameuse pierre ostéocole qui ressoudait si bien les extrémités des os fracturés.

Mais arrivons aux faits produits par M. Bouvier et par M. Bouley. C'est par ces derniers que je commence.

Je remarque, tout d'abord, que les vétérinaires pas plus que les médecins ne sont guidés dans l'application des sétons par des principes. M. Bouley nous l'a dit, ce sont les exigences des clients qui forcent à user si souvent de cet exutoire; c'est la théorie des petites fontaines qui les séduit.

Deuxièmement, j'observerai que le séton des vétérinaires qui a jusqu'à trois mètres de long, n'est pas applicable à l'homme. La surface s'y refuserait. (Rires.)

Je dirai, en troisième lieu, à M. Bouley, que je suis effrayé de ses succès. Oui, il me semble qu'il guérit trop. C'est qu'aussi il met des sétons partout. Si j'en appliquais un à chacun des quatre-vingts malades de mon service à l'hôpital St-Louis, j'enregistrerais, sans doute, et je mettrais sur le compte de ce moyen une foule de succès, lui attribuant le rétablissement de tous ceux qui guérissent, parce qu'ils ont un séton ou quoi qu'ils en aient un.

Je demandais à M. Renault quelle était l'origine du séton des vétérinaires. Il n'a pas su me le dire. Mais je suis convaincu qu'il vous vient de la médecine humaine, qu'il vous a été apporté par vos clients, si heureux de voir couler des flots d'humeurs. Les faits exposés par M. Bouley sont bien favorables au séton ; mais qui sait? Si nous pouvions, comme M. Bouvier, évoquer les morts, Fabrice de Hilden viendrait peut-être nous raconter, au sujet du séton appliqué à l'homme, des merveilles surprenantes, comme a fait M. Bouley à l'égard du séton dont on est si prodigue envers les chevaux — pauvres bêtes. (Rires.)

L'art d'observer commence seulement à se perfectionner, les préjugés, les erreurs accréditées y ont trop longtemps mis obstacle; que la crédulité des Hilden ne soit pas sans enseignement pour nous. Je demanderai donc à M. Bouley, dans quels principes, ceux des clients étant mis de côté, il puise l'indication de ces sétons de trois mètres dont il nous a fait le récit; dans quels cas ce moyen lui réussit, dans quels autres il échoue.

Je dois ajouter que M. Renault, dans une conversation que nous eûmes l'autre jour, m'a paru beaucoup moins enthousiaste que M. Bouley. En lui entendant dire qu'il est, sous ce rapport, revenu de ses illusions, j'ai salué une nouvelle aurore de la médecine vétérinaire, et j'engage ses collègues à conférer avec lui.

Quant aux observations de M. Bouvier, par lesquelles je terminerai, je ne suis pas entièrement à mon aise pour lui adresser certaines questions assez importantes cependant : Avait-on essayé d'autres moyens avant de se décider à appliquer un séton? Ne s'est-on pas trop hâté de recourir à l'exutoire? Le résultat obtenu était-il bien l'effet du séton ou l'effet du temps, de la suppression de topiques irritants? Je laisse à d'autres le soin d'interroger les observations de M. Bouvier sur tous ces points.

La statistique de notre confrère se compose de sept cas; quatre enfants ont guéri; chose curieuse! les trois insuccès ont été observés précisément sur les malades qui, dans la séance du 9 octobre, paraissaient donner les plus belles espérances. Fatel qui « éprouvait une amélioration marquée, etc., » se trouve, le 30 octobre, dans le même état qu'au commencement du traitement.

Hélie, dont « les yeux étaient dans un meilleur état, chez qui l'injection de la conjonctive et la photophobie avaient beaucoup diminué, » a d'abord éprouvé une aggravation qu'on explique par un pansement douloureux, en somme, l'enfant n'est pas guéri.

Chez Leroy, antérieurement atteint de quatre ophthalmies purulentes, l'amélioration avait été prompte. — Il a contracté, pendant qu'il portait un séton, une nouvelle ophthalmie purulente; des cautérisations avec le nitrate d'argent ont ramené l'inflammation à l'état chronique.

Voici les guérisons : *Marie Cornu*, entrée le 27 septembre; le séton est appliqué le 2 octobre; — c'était un peu pressé.

Jules Laribe, presque aveugle au moment de son admission, n'a plus qu'une teinte opaline des cornées, et la vue est excellente. Excellente! avec une teinte opaline des deux cornées!

Campin, staphylôme récent de l'œil droit; — à la place du staphylôme, une légère tache sans saillie. Voilà un succès incroyable ou peu croyable.

Champonnois. Il y a quatre ans, ophthalmie violente, combattue par un séton à la nuque, qu'elle a gardé *trois ans* (avis à M. Velpeau, qui est partisan du gros séton), *parce que l'inflammation se reproduisait sans cesse, tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre*. En avril, nouvelle récidive; en juin, nouveau séton, cette fois *sans obtenir d'amélioration*. On le supprime en juillet ; en septembre, troisième séton, qui a guéri en trois semaines, lui petit séton, une ophthalmie rebelle pendant des années aux volumineux sétons ordinaires!

M. Bouvier, ferme comme l'homme juste d'Horace, prophétise au séton la pérennité de Racine et du café. Il est vrai qu'il n'est pas de bornes à la crédulité humaine, et que le séton pourra subsister encore longtemps; j'en aurais regret pour les malades! Cependant, j'espère mieux de l'avenir, et j'en ai pour premier garant une concession faite par M. Bouvier lui-même aux idées que je défends. Il nous a dit qu'il rejetait le moxa comme inutile dans les affections des os et des articulations. Un esprit aussi judicieux que M. Bouvier ne s'arrêtera probablement pas là, et, après le moxa, nous le verrons rejeter également le séton.

Je constate avec plaisir que les partisans des exutoires à demeure

diminuent de plus en plus parmi les médecins. M. Jolly, dans un article sur la scrofule, dit que bien fois les cautères lui ont semblé occasionner cette maladie, mais non la guérir. A la Faculté, on discutait il y a quelques jours le sujet d'un Mémoire pour le prix Corvisart. Je proposai le séton. « Et où voulez-vous qu'on étudie cela? me fut-il objecté. Est-ce dans votre service? » Oh non. Mes collègues firent des réponses analogues à la mienne. Un seul me confia qu'il en appliquait quelquefois, mais il me défendit de le nommer ici, me menaçant de me démentir. (Longue hilarité.) Pour ne pas m'y exposer, je tairai donc son nom. Ce n'est pas, dit-il, que j'y croie beaucoup, mais c'est un moyen qui agit sur l'imagination des malades; il produit un effet moral. (Rires.)

Messieurs, je ne crois pas la question épuisée par ce que je viens de dire; je sais que cela ne suffira pas pour condamner le séton. Les discussions académiques ne produisent pas d'ordinaire des résultats immédiats; c'est déjà beaucoup de pouvoir cribler les idées, et du haut de cette tribune de jeter la semence qui germera, soyons-en sûrs. Nous nous reverrons au temps de la moisson. Comme M. Bouvier, je m'adresse pour obtenir de nouvelles lumières aux membres de l'Académie; mais par delà l'Académie, je vois une génération nouvelle et je lui dis aussi : Cherchez; ne croyez jamais sur parole, pas plus M. Bouvier que M. Malgaigne; regardez, pensez par vous-mêmes; n'ajoutez foi qu'à l'expérience; allez dans le service de M. Bouvier, et voyez ce qu'il obtient du séton; mais, sachez-le, ce même M. Bouvier ne sait en ce moment ni pourquoi, ni quand, ni comment il faut se servir de ce moyen, et ce qui le prouve, c'est qu'il fait appel à moi pour le lui dire, — appel, certes, désespéré!

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Séance solennelle de la Faculté; perfectionnement des us et coutumes adoptés en cette occurrence.* — La rentrée solennelle et la distribution des prix de la Faculté ont eu lieu, aujourd'hui, avec une pompe plus qu'accoutumée, car les appariteurs portaient l'épée et la culotte courte, au lieu de la lugubre toge accoutumée. En outre, M. Paul Dubois, dont on connaît les rares talents administratifs, et qui a déjà introduit dans l'Ecole quelques innovations utiles, a voulu réaliser un nouveau perfectionnement : au lieu de faire stationner les élèves dans la cour de l'école, en attendant l'ouverture des portes de l'amphithéâtre, il les a fait stationner dans la rue, et au lieu d'ouvrir largement les portes, à un moment donné, il les a seulement fait entr'ouvrir, de façon à ne laisser entrer qu'un ou deux spectateurs à la fois. Le ciel a heureusement favorisé cette innovation, qui, en temps de pluie, eût bien offert quelques inconvénients. M. Malgaigne a été chargé de prononcer le discours de rentrée, et le sujet du discours était l'éloge de M. Roux; il était difficile de choisir un meilleur sujet et un meilleur orateur. En publiant dans notre prochain numéro le discours de M. Malgaigne, nos lecteurs jugeront comment l'éloquent professeur a soutenu sa brillante réputation.

Après le discours, les prix suivants ont été décernés :

Prix de l'Ecole pratique.

1er prix, médaille d'argent : MM. Bonfils (Adolphe), Guyon (Félix).
2e prix : M. Isambert (Emile).
Mention honorable : M. Fayel.

Prix Corvisart.

M. Duriau (Frédéric).
Mention honorable : M. Bouvier.

Prix Montyon.

M. Charrier (Amédée).

Par un décret impérial, en date du 10 novembre 1855, ont été promus ou nommés, à la suite des concours ouverts dans les ports, savoir :

Au grade de chirurgien-professeur : le chirurgien de 1re classe Drouet.

Au grade de chirurgien de 1re classe : les chirurgiens de 2e classe Battarel, Berchon, Le Coat-Kernoter, Kerhuel, Vincent, Thèze.

Au grade de chirurgien de 2e classe : les chirurgiens de 3e classe Courbon, Herland, Coignet, Aze, Lota, Autric, Julien, Guillabert, Madon, Pinel, Savatier, Manès, Dumay, Brion, Martialis, Bourse, Hombron, Gestin, Touchard.

Au grade de chirurgien de 3e classe : les étudiants et chirurgiens auxiliaires Laurent, Bernard, Amalbert, Jaspard, Alphand, Rousan, Cras, Foucheraud, Deschiens, Le Cerf, Jaquolot, Lelez, Delpeuch, Blanchard, Richaud, Laplace, Cotino, Grand, Hugues, Doublet, Merlaux dit *Ponty*, Rabaud.

Au grade de pharmacien de 1re classe : le pharmacien de 2e classe Décugis.

Au grade de pharmacien de 2e classe : les pharmaciens de 3e classe Martin, Baudet, Roux.

Au grade de pharmacien de 3e classe : les étudiants Nédélec, Garnault, Imbourg.

Reconnaissance des Arabes envers les médecins. — Dans un article du *Bulletin de l'Algérie* (1er numéro, novembre 1855), M. le docteur Bertherand raconte plusieurs faits propres à mettre en relief la gratitude des Arabes envers les *toubibes* français. Nous en extrayons le passage suivant :

« En 1848, les chirurgiens de *l'Asmodée* donnèrent leurs soins aux compagnons de captivité d'Abd-el-Kader, dont quelques-uns étaient blessés. L'émir les remercia par la lettre suivante :

« Louanges à Dieu seul et unique!

« Cet écrit, de la part d'Abd-el-Kader-ben-Mahhi-Eddin, est « adressé aux chirurgiens français. Que Dieu les favorise de sa « bonté et les contente, ainsi qu'ils le méritent! Vous avez agi avec « bonté envers mes compagnons qui sont blessés. Que Dieu vous « accorde sa grâce et vous récompense! Il est puissant en toutes « choses. » (*Gaz. hebdom.*)

Par arrêté en date du 5 novembre 1855, M. Ledieu, professeur de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé de nouveau directeur de ladite école.

Par arrêté, en date du 10 novembre 1855, un congé d'un an est accordé à M. Dassonneville, professeur de chimie et de pharmacie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

M. Gossart, pharmacien de première classe, est chargé de suppléer M. Dassonneville pendant toute la durée du congé qui lui est accordé.

— M. le professeur Bouillaud commencera sa clinique le mardi 20 nevembre, à l'hôpital de la Charité, et la continuera les jeudi et samedi de chaque semaine.

— Dans la séance solennelle de rentrée de l'Académie, M. le professeur Boyer, chargé de porter la parole au nom de la Faculté de médecine, a pris pour sujet de son discours : *Des causes et des circonstances qui amènent le développement des grands siècles.*

(*Ann. de clinique de Montp.*)

— *Maladies des yeux.* — M. le docteur Coursserant commencera un cours public et gratuit le lundi 26 novembre, dans l'amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Ce cours complet comprendra 40 leçons.

Erratum. Une erreur typographique s'est glissée dans notre numéro 137 : à la page 1093, colonne 2, *au lieu de* : l'Institut hydrothérapique de Belleville, *lisez* : l'Institut hydrothérapique de Bellevue.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

— *Aperçu du système spinal*, ou de la série des actions réflexes, dans leurs applications à la *physiologie*, à la *pathologie*, et spécialement à l'ÉPILEPSIE, par le docteur MERSCHALL HALL, 1 vol. in-12, form. Charp. Prix, 2 f. — Paris, 1855, chez Victor MASSON, 17, place l'Ecole-de-Médecine.

— *L'hygiène* ou l'*art de conserver la santé*, par le docteur BEAUGRAND; 1 vol. in-12, format Charpentier, 2e édition. Prix, 2 fr Paris, 1855; chez *Hachette*, rue Pierre-Sarrazin, n° 14, et dans toutes les grandes gares des chemins de fer.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 139. 3e année. Mercredi 21 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER: Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 21 novembre 1855.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris.

DISCOURS DE M. MALGAIGNE, ÉLOGE DE M. ROUX.

On connaît nos opinions touchant les éloges académiques ou autres, thème commun à des variations qui ne diffèrent les unes des autres que par quelques fioritures de plus ou de moins. Mais toute règle a ses exceptions. C'est donc avec un véritable plaisir que nous reproduisons ici un discours qui, indépendamment d'un rare mérite de forme, a celui plus rare encore d'être moins un éloge officiel qu'une appréciation pleine de justesse et de talent. H. DE C.

Messieurs,

La solennité qui nous rassemble et dans laquelle la Faculté aime à se voir entourée de ses élèves anciens et nouveaux, instituée dans l'origine pour la distribution des couronnes et le compte rendu des travaux de l'année écoulée, n'a pas gardé longtemps cet heureux caractère. La mort n'a pas tardé à creuser dans les rangs des professeurs des vides incessamment renouvelés; et dès lors s'est introduit le pieux devoir de raconter ici la vie de nos maîtres disparus, pour servir à tous d'encouragement et d'exemple, d'associer ainsi la justice rendue aux vivants à la justice rendue aux morts et de mener le deuil à côté du triomphe. L'année dernière a été pour nous particulièrement douloureuse; à la perte de M. Roux, mort du moins plein de gloire et d'années, a succédé celle de M. Requin, enlevé dans la vigueur de l'âge, lorsqu'à peine il avait pris possession d'une chaire vaillamment conquise, et quand il pouvait bien se croire maître d'un long avenir. Une voix plus compétente que la mienne vous dira plus tard ce que M. Requin avait déjà donné, ce qu'il promettait encore à la science. Aujourd'hui la mémoire de M. Roux nous occupera seule; et la Faculté m'a désigné pour lui rendre en son nom ce dernier hommage.

En me félicitant de cet honneur, je ne me suis dissimulé, messieurs, ni les difficultés, ni le danger. M. Roux a marqué son passage dans la chirurgie par des traces impérissables. Son nom est étroitement lié à l'histoire de la science, et ne pourrait se contenter d'une biographie vulgaire. Il m'a paru que pour ne pas rester trop au-dessous d'une si grande tâche, il convenait de la considérer comme si déjà les siècles avaient passé sur lui ; de ne pas le traiter autrement que j'avais essayé de faire autrefois pour Ambroise Paré, son glorieux ancêtre en chirurgie. Non content, donc, de recueillir les souvenirs contemporains, j'ai recherché dans ses écrits, j'ai épié pas à pas, si j'ose ainsi dire, l'origine et le développement de ses travaux, la marche de sa pensée ; j'ai tâché de le replacer dans le milieu où il a vécu, dans le mouvement intellectuel qu'il a suivi d'abord, qu'il a dirigé ensuite; confiant dans cette idée que, pour un maître aussi illustre et aussi vénéré, nul détail ne paraîtrait superflu, et que je trouverais au besoin dans la sympathie d'un auditoire peuplé de ses élèves, une excuse et un appui tout ensemble. Enfin, messieurs, j'ai pensé que pour un tel homme, les molles complaisances du panégyrique ne valaient pas la virile impartialité de l'histoire. La plus vive lumière est toujours mêlée d'un peu d'ombre; en montrant donc les beaux côtés, je n'ai point cherché à dérober les côtés faibles. C'est ainsi, j'en suis certain, qu'il eût voulu être loué lui-même; et sa juste renommée n'a rien à redouter de cette épreuve. Heureux ceux que l'on peut présenter ainsi tout entiers à leurs contemporains comme à la postérité!

Philibert-Joseph Roux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, etc..., naquit à Auxerre le 26 avril 1780. Son père, Jacques Roux, maître en chirurgie, s'était établi depuis peu dans cette ville non sans quelque résistance de la part de ses confrères, qui ne l'admirent même dans leur communauté qu'après un double procès; et il leur apportait, en effet, une rivalité redoutable, car quelques années plus tard ses succès dans la pratique l'avaient fait nommer à la fois chirurgien de l'Hôtel-Dieu et de l'École-Militaire. La famille comptait encore un autre maître en chirurgie, qui exerçait à Beaune, Bergine, oncle de Jacques et chez lequel celui-ci avait fait son premier apprentissage. Le jeune Philibert portait donc, si l'on peut ainsi parler, du sang chirurgical dans ses veines, et l'on pourrait croire qu'il s'était senti poussé vers la chirurgie par une vocation héréditaire. Il n'en fut rien; et, à vrai dire, il ne montra d'abord de vocation prononcée que pour la dissipation et les jeux de son âge. Il avait perdu sa mère de bonne heure; son père, sévère jusqu'à la rigueur, ne lui épargnait pas les corrections, même un peu rudes; heureusement son caractère bon et affectueux, sa franche et joyeuse humeur, lui avaient gagné le cœur de sa belle-mère, qui l'aima bientôt comme son propre fils. Il fit ses premières études à l'Ecole-Militaire d'Auxerre, dirigée alors par les Bénédictins, et il nous a conservé le nom d'un de ses maîtres, dom Rosman, pour qui les élèves avaient une sorte de vénération. Mais les temps étaient peu favorables aux études sérieuses; la révolution marchait à grands pas; les Bénédictins, supprimés à la fois comme ordre religieux et comme corporation savante, furent obligés de quitter l'École, et le nombre des professeurs s'y trouva tellement réduit, que Fourrier, l'illustre mathématicien, à peine âgé de vingt-quatre ans, y professait à la fois l'algèbre, la géométrie, la rhétorique, la philosophie et l'histoire. Fourrier désertait fréquemment ces chaires paisibles pour la tribune ardente des sociétés populaires; et dans le cours de 1793, dénoncé trois fois, deux fois emprisonné, il avait bien d'autres préoccupations que les progrès de ses élèves. M. Roux entendit ses dernières leçons de rhétorique; il avait alors moins de quatorze ans. Aussi ses études classiques ne furent rien moins que brillantes; et comment s'en étonner, quand on sait que, quelques années plus tard, son professeur de rhétorique, Fourrier, invité par Bonaparte à lui traduire au pied des Pyramides le fameux parallèle de Lucain entre Pompée et César, ne put jamais en venir à bout.

Ainsi sorti du collége, il fallait songer à une profession. Son père décida qu'il serait chirurgien, et l'amena avec lui à l'hôpital, où il apprit à pratiquer une saignée et à faire quelques pansements. Puis, comme la liberté plus grande dont il jouissait n'avait pas accru son goût pour l'étude, et qu'il hantait plus volontiers les cafés d'Auxerre

que l'Hôtel-Dieu, dès qu'il eut atteint quinze ans et demi, son père, pour couper court à ses méchantes habitudes, sollicita pour lui une commission d'officier de santé de troisième classe, et l'expédia à l'armée de Sambre-et-Meuse, le sac sur le dos.

C'était, comme on voit, une assez pauvre recrue pour la chirurgie militaire; mais alors, on n'y regardait pas de si près. La république, qui faisait sortir du sol quatorze armées, n'avait pu créer du même coup des chirurgiens dans la proportion nécessaire; en dix-huit mois de guerre, *six cents* avaient péri, soit par la fatigue, soit par le feu de l'ennemi; et pour fournir à cette consommation effrayante, la Convention avait été réduite, dès 1794, à créer les écoles de santé, à former en trois ans, pour les besoins des armées, cinq cent cinquante élèves de la patrie. En attendant le bénéfice de cette ressource lointaine, on prenait tout ce qu'on trouvait, même des enfants de quinze ans. Beaucoup de soldats, d'ailleurs, n'avaient guère plus que cet âge; et tous ensemble allaient, comptant la fatigue et le danger pour bien peu, si les privations n'eussent été beaucoup plus grandes. M. Roux en eut sa part comme les autres. Il était arrivé à Andernach d'abord, et fut envoyé de là à l'hôpital militaire d'Aix-la-Chapelle. Il recevait, comme officier de santé de 3e classe, 200 fr. par mois, payés en assignats, ce qui ne suffisait pas toujours pour avoir du pain, et M. Gama a raconté comment, dans le même temps et dans un hôpital voisin, une douzaine d'officiers de santé affamés (il était du nombre) furent surpris par un commissaire des guerres, *flagrante delicto*, nantis chacun d'une demi-ration de pain qui n'était pas portée sur les livres de l'hôpital. Ils furent dénoncés, et il leur en eût coûté cher peut-être, si Percy, averti à temps, ne les eût dérobés aux recherches par un prompt changement de résidence. M. Roux se plaisait aussi à raconter par quels expédients, plus ingénieux que réglementaires, il avait réussi à s'assurer une ample provision de vivres, en prenant d'ailleurs si bien ses mesures, que les commissaires des guerres n'en surent jamais rien. Enfin, une loi du 15 nivôse an IV (janvier 1796), assurant aux chirurgiens militaires des rations en nature, avec un supplément de 8 livres par mois en numéraire, les délivra du moins du danger de mourir de faim.

Après dix-huit mois d'une vie en apparence si ingrate, le traité de Campo-Formio (17 octobre 1797), en licenciant les armées, rendit M. Roux à sa famille et borna là le cours de ses exploits. Et cependant, tant les souvenirs de jeunesse ont de charme et de puissance, dans tout le cours d'une vie si bien remplie, peut-être aucun épisode ne revenait si joyeusement à la mémoire et sur les lèvres de M. Roux. Sous la toge du professeur, sous les palmes de l'Institut, il triomphait d'avoir porté l'habit militaire; Aix-la-Chapelle occupa toujours, dans ses souvenirs, une place de prédilection; et, jusque dans ces dernières années, lorsqu'il faisait une excursion en Allemagne, il se détournait au besoin pour revoir ces lieux, témoins de ses premières armes.

Il ne séjourna pas longtemps à Auxerre, son père ne voulait pas l'y garder. Un règlement du 5 vendémiaire an V (26 septembre 1796) venait d'ouvrir l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce et un concours devait désigner les élèves qui auraient le droit d'y entrer. M. Roux arriva à Paris, suivit provisoirement le cours du nouvel hôpital, y ébaucha même ses premières dissections, puis se présenta au concours, et échoua misérablement. Il fallut se retourner et s'arranger de façon à vivre à Paris avec une pension que le père avait fixé à 50 francs par mois. Cinquante francs! A la vérité, on ne payait alors ni inscriptions ni examens; il avait à dîner, quel dîner! pour cinquante centimes; mais encore fallait-il pourvoir aux dissections, suivre des cours particuliers; et enfin, pour un jeune homme peu accoutumé à se maîtriser, Paris n'était-il pas là avec ses séductions toutes nouvelles? En comparant ses besoins et ses ressources, il estima plus facile d'accroître les unes que de diminuer les autres, et il s'en alla jouer à la roulette. En un clin d'œil, les 50 francs disparurent, le budget d'un mois tout entier. L'indulgente belle-mère fut seule confidente de la catastrophe et y remédia du mieux qu'elle put. Mais tout cela n'était pas d'un heureux augure, et de tels commencements n'auraient-ils pas fait désespérer de l'avenir? On raconte que A. Cooper, envoyé à Londres à l'âge de seize ans, et cédant aussi à la douce tentation de la paresse et des plaisirs, était déjà regardé comme perdu par sa famille, lorsqu'il rencontra dans Clein le protecteur et l'ami qu'il fallait pour le sauver. La fortune ne se montra pas moins favorable à M. Roux qu'à A. Cooper.

L'Ecole de Paris présentait alors un spectacle qui ne manquait ni de nouveauté ni de splendeur. Formée d'abord à la hâte et presque au hasard d'éléments hétérogènes, débris des vieilles corporations disparues, docteurs régents de la Faculté, membres de la société royale, maîtres du collége de chirurgie, elle avait corrigé les vices de sa première organisation par une meilleure distribution de ses chaires; elle venait de reprendre le nom d'école de médecine; et l'on eût vainement cherché dans le monde entier un enseignement aussi complet, donné par des maîtres aussi éminents. Sans doute les doctrines anciennes y comptaient bon nombre de représentants; mais il n'en manquait pas qui, obéissant au mouvement de l'époque et à leur propre génie, marchaient résolument dans des voies nouvelles. L'auditoire aussi s'était agrandi; au lieu de trois cents élèves de la patrie confiés à l'école de santé, on comptait déjà plus de mille élèves libres, d'autant plus avides d'instruction qu'ils en avaient été plus longtemps privés, dégagés de toute tradition, aptes à tout recevoir et à tout comprendre, et qui, fatigués de révolutions politiques, apportaient leur concours empressé aux pacifiques révolutions de la science. A l'ardeur des professeurs répondait l'enthousiasme des élèves; et dans toutes les parties de ce grand corps frémissait un puissant souffle de vie.

Trois hommes surtout s'étaient mis en tête du mouvement et lui imprimaient leur direction. C'était d'abord Corvisart, esprit exact et positif, dédaigneux des théories, qui eût réduit volontiers toute la médecine à la pratique, la pratique au diagnostic; mais qui avait donné au diagnostic une précision jusqu'alors inconnue, en l'assujettissant au contrôle de l'anatomie pathologique. D'un autre côté marchait Pinel, embrassant de ses regards un plus vaste horizon, moins soucieux de l'art que des doctrines, et qui, appliquant à la médecine la méthode des sciences pures, venait de porter dans le chaos des anciennes classifications une lumière inattendue. Sous les efforts de ces deux génies si divers, la pathologie interne était remuée jusque dans ses fondements. L'anatomie et la physiologie recevaient l'impulsion de Chaussier, génie ardent mais inégal et incomplet, doué de plus d'ambition que de puissance et qui prétendait réformer à la fois les mots et les choses. C'était lui qui avait dicté au nouvel enseignement ce programme orgueilleux : *peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire*, et il s'efforçait de prêcher de parole et d'exemple. Tels étaient les hommes qui dominaient alors dans l'école et qui allaient marquer de leur empreinte, frapper à leur effigie les premières générations médicales du XIXe siècle.

Mais, en dehors de l'école, et cependant sous cette triple influence de Chaussier, de Pinel et de Corvisart, commençait à se révéler un jeune homme à peine sorti des bancs, qui ne devait pas tarder à dépasser ses maîtres. Bichat, après s'être d'abord essayé à la chirurgie sous Desault, s'était tourné vers l'anatomie et la physiologie, plus propices à son génie. Après un modeste essai qui avait outre-passé ses espérances, il venait d'ouvrir, dans l'hiver de 1798, un amphithéâtre d'anatomie où se pressaient près de quatre-vingts élèves; ses leçons en attiraient un bien plus grand nombre, et, déjà, dès cette époque, nulle parole n'était mieux écoutée que la sienne. L'un de ses prosecteurs était Hay, de Toucy, près d'Auxerre, qui se glorifiait d'avoir été son premier disciple. Hay lui recommanda son jeune compatriote; et bientôt M. Roux se recommanda par lui-même. Dans cette nature vive et impressionnable, ce qui dominait surtout, c'était, avec une ardente sympathie pour tout ce qui était bon, un enthousiasme non moins ardent pour tout ce qui était beau; heureux quand il pouvait aimer et admirer. Il trouva dans Bichat de quoi répondre à toutes ses aspirations, et bientôt ils se sentirent entraînés l'un vers l'autre par une affection que le temps ne fit que fortifier. Un professeur de vingt-six ans, un auditeur de dix-huit ans, après la leçon redevenaient aisément camarades. L'affection de Bichat était plus douce et plus calme; celle de M. Roux plus vive et plus expansive; mais peut-être est-il besoin de quelque différence dans les caractères pour cimenter les plus durables amitiés. Le maître, entraînant l'élève dans son orbite, lui avait communiqué une ardeur de travail qui ne devait jamais s'éteindre; l'élève, à son tour, ami du plaisir, après une journée bien remplie, arrachait son maître aux fatigues incessantes de l'amphithéâtre, et le forçait à prendre un délassement nécessaire. Hay dut quitter Paris pour quelque temps; M. Roux prit sa place. Bichat avait pour second prosecteur son propre cousin, Buisson; mais Buisson, imbu d'idées religieuses qu'il poussait jusqu'au puritanisme, était loin de tenir dans la vie de Bichat une aussi grande place que son jeune collègue, dont la joyeuse humeur n'était point arrêtée par tant de scrupules, qui partageait, qui eût excité au besoin le goût de Bichat pour le théâtre; et il nous a raconté comment, d'une soirée à l'autre, après s'être attendris aux scènes tragiques de Racine, ils allaient se pâmer de rire aux bons mots de Brunet. Mais pourquoi m'arrêter à ces détails si futiles en apparence? Pourquoi, Messieurs? Quand je pense à la carrière scientifique de Bichat, commencée à vingt-six ans, fermée si douloureusement quatre années après; quand je songe que des travaux trop opiniâtres, une contention d'esprit trop soutenue, les journées de l'amphithéâtre prolongées

par les nuits, ont usé sa constitution avant l'âge et précipité cette perte irréparable ; je me demande si l'amitié de M. Roux n'a pas servi du moins à reculer le terme fatal, et si nous ne lui devons pas quelque reconnaissance pour les chefs-d'œuvre que le temps avare a permis à Bichat de terminer. Il nous l'a dit lui-même ; pendant ces quatre années si bien remplies, il ne quitta pas Bichat un seul jour, et il était à son chevet quand Bichat rendit le dernier soupir.

Il assista donc à la conception et au développement de ces grandes idées, qui d'une année à l'autre se traduisaient en ouvrages immortels. Un aperçu échappé à Pinel, saisi et fécondé par Bichat, avait produit en 1799 deux mémoires sur les membranes, en 1800 le *Traité* du même nom, en 1801 *l'Anatomie générale*. En 1800 la physiologie, éclairée par les vivisections, s'était enrichie des *Recherches sur la Vie et la Mort;* et Chaussier s'était trouvé du coup relégué à un rang secondaire. Enfin, chargé en 1801 d'un service médical à l'Hôtel-Dieu, Bichat, sous l'inspiration de Corvisart, avait cherché d'abord à compléter les faits cliniques par l'ouverture des cadavres; mais bientôt, portant plus loin ses regards et multipliant les autopsies par centaines, il créait une science nouvelle que Corvisart n'avait point aperçue, et posait les bases de l'anatomie pathologique. Jamais on n'avait vu un si prodigieux torrent d'idées ; tous ceux qui en étaient témoins se sentaient entraînés; tous le suivaient avec enthousiasme ; et dans les dernières recherches par lesquelles il préludait à la reconstruction de la matière médicale, pour recueillir ses observations, il n'employait pas moins de quarante élèves. Parmi ceux dont le concours lui était le plus cher, M. Roux occupa bientôt le premier rang. A peine était-il entré dans ses fonctions de prosecteur que Bichat le chargea de répéter aux plus jeunes auditeurs la leçon de chaque jour; puis il le choisit spécialement pour l'aider dans ses expériences; puis il lui confia, en même temps qu'à Buisson, le soin de rédiger son premier cours sur l'anatomie générale, qui devait servir de canevas à son grand ouvrage; enfin, lorsqu'il voulut publier son anatomie descriptive, M. Roux fut d'abord son unique collaborateur et l'aida de la plume et du scalpel pour la description des muscles et des os. A cette excellente école, il avait acquis un style clair, ferme, précis, dont on peut voir le premier jet dans une analyse du *Traité des membranes*, qu'il écrivit en 1800 pour le *Journal de Médecine*. Bientôt saisi d'une noble émulation, il essaya à son tour d'emprunter quelques idées de son maître qu'il essayait d'appliquer à la chirurgie. De là divers travaux qu'il publia de 1801 à 1802, et parmi lesquels il faut citer surtout le mémoire sur les polypes utérins. Il s'était fait recevoir de l'école pratique, créée l'année même de son arrivée à Paris ; en 1801 il y remporta le premier prix, laissant en arrière Bertin, Buisson et Bayle, tous plus âgés que lui de cinq ou six ans. Chaque année il revenait passer ses vacances à Auxerre, heureux de raconter à son père ses premiers succès; mais le père, au lieu d'accueillir avec joie ces gages d'un amendement inespéré, hochait froidement la tête, et semblait s'ancrer de plus en plus dans une incurable méfiance. Il se sentit pourtant ébranlé à cette grande nouvelle de premier prix remporté à l'école pratique, ébranlé, mais non convaincu ; et en homme prudent, qui veut voir les choses par soi-même, pour s'assurer contre toute erreur possible, il fit exprès le voyage de Paris.

Mais désormais pareil doute ne devait plus venir à personne. Dès 1802, sans quitter l'amphithéâtre de Bichat, M. Roux avait ouvert un cours d'opération dans lequel, à l'exemple de Pinel, il tenait une nouvelle classification des maladies chirurgicales ; la même année il concourut avec Dupuytren pour une place de chirurgien de seconde classe à l'Hôtel-Dieu. Il ne fut pas nommé; mais tous les contemporains s'accordent à dire que dans plus d'une épreuve il éclipsa son redoutable compétiteur, et qu'il tint jusqu'au dernier jour la victoire incertaine. Hallé, à cette occasion, portant la parole dans une solennité pareille à celle-ci, déclara que *l'élève de Bichat s'était montré digne de son maître.* Par malheur, Bichat ne put entendre cet éloge ; il était mort quelques mois auparavant, le 22 juillet 1802.

La mort de Bichat laissait un grand vide. Il avait projeté une deuxième édition des *Maladies des Voies Urinaires,* d'après les leçons de Desault, qui allaient ainsi rester suspendues; et son anatomie descriptive était arrêtée au milieu du troisième volume. Mais une bien autre préoccupation tenait ses élèves soucieux ; son amphithéâtre, si peuplé naguères devait-il ne plus se rouvrir? la tribune retentissante qu'il y avait créée serait-elle condamnée au silence, surtout, quand, sur sa tombe à peine fermée, des ambitions peu scrupuleuses, mettant au pillage ses idées, menaçaient de détourner à leur profit les lambeaux de ce grand héritage? Déjà avait paru, sous le nom de Bayle, un nouveau mémoire sur les polypes utérins, reproduisant les vues de Bichat et de M. Roux sans nommer ni l'un ni l'autre; déjà Dupuytren annonçait ses cours d'anatomie pathologique. Il s'agissait donc de continuer l'école de Bichat, de soutenir et de propager ses doctrines, et au besoin de défendre sa mémoire. Buisson se reconnut insuffisant, il prit seulement une part dans l'achèvement du traité d'anatomie descriptive; M. Roux se chargea du reste.

La tâche était lourde de toutes manières. Le concours d'où il sortait avait occupé les premiers jours de septembre ; c'était à la fin du même mois, en vendémiaire, que les amphithéâtres se rouvrirent. L'anatomie le trouvait suffisamment préparé; mais pour emprunter ses propres paroles, *il n'avait encore embrassé la physiologie que comme une introduction nécessaire à l'étude médicale de l'homme* ; et maintenant il lui fallait enseigner aux autres, sans rester trop au-dessous du maître incomparable qu'il était appelé à remplacer. Néanmoins les cours se rouvrirent avec éclat au jour accoutumé ; un travail opiniâtre suffit à tout ; le jeune professeur sacrifiait une nuit sur deux pour s'instruire lui-même et se pénétrer de la matière de ses leçons ; heureux quand le besoin sans cesse renaissant des dissections ne venait pas lui dérober encore une nuit supplémentaire ! C'est ici l'un des épisodes les plus curieux et les moins connus de l'histoire de l'anatomie en France, et il ne sera pas hors de propos de nous y arrêter un instant.

L'enseignement anatomique à Paris avait toujours éprouvé de grandes difficultés ; sans remonter plus haut que le XVIIIe siècle, Duvernoy, professeur au Jardin-des-Plantes, celui que l'on nommait le grand Duvernoy, ne pouvait qu'à grand'peine obtenir chaque année pour ses dissections un cadavre de l'Hôtel-Dieu ; il fallait pour cela une délibération expresse des administrateurs, qui avaient soin de motiver la concession sur la haute réputation du professeur. De là la nécessité de se procurer des sujets à prix d'argent, soit dans les hospices, soit dans les cimetières ; le collége de chirurgie même était obligé de recourir à cette ressource. Lors de son institution l'école de santé avait reçu le droit de mettre à contribution les hôpitaux ; mais ils n'étaient pas alors en état de fournir à tous les besoins; et elle continua à suivre sans scrupule les vieux errements du collége de chirurgie.

La pénurie était bien autrement grande pour les professeurs particuliers. Dans la distribution des cadavres des hôpitaux, ils ne venaient qu'après l'Ecole qui, n'en trouvant presque jamais assez pour elle, les eût renvoyés trop souvent les mains vides. Ils s'adressaient donc à peu près exclusivement aux cimetières, étrange et inépuisable domaine, capable de fournir chaque jour une moisson aussi abondante que la veille ; l'intérêt de la science palliait ce qu'avait d'odieux cette violation des sépultures ; ainsi que Thouret le disait à l'Ecole, la différence n'était pas grande entre prendre un cadavre à l'hospice ou ailleurs ; et enfin, pour les anatomistes d'alors, ce n'était point le scalpel qui faisait un vol à la terre ; c'était la terre que l'on forçait à rendre le vol fait au scalpel.

Le cimetière de Clamart, alors appelé *cimetière Sainte-Catherine* , ou de son nom révolutionnaire , *cimetière Catherine* , caché dans des ruelles désertes, au fond d'un quartier misérable était le théâtre ordinaire de ces razzias. Il fallait avoir des intelligences dans la place; Bichat était entré en relation avec le fossoyeur, nommé Allard, homme de sac et de corde, qui pourtant s'était tellement laissé gagner par l'heureux caractère de Bichat, qu'après sa mort il s'engagea solennellement à respecter son cadavre, à n'en enterrer même aucun autre par-dessus, et qu'il tint à moitié sa promesse. M. Roux hérita de la confiance et même un peu de l'affection de maître Allart, et grâce à cet heureux concours son amphithéâtre ne chôma jamais. Il aimait à raconter les détails de ces étranges expéditions, où ne manquaient ni les émotions ni le péril. Mais pour la jeunesse entreprenante ; le péril est un attrait de plus. Voyons, les provisions sont épuisées, les tables sont vides ; et si l'on n'y prend garde, la leçon risque de manquer demain. L'expédition s'organise; on attend la nuit qui cache tout de son ombre ; que la nuit surtout soit bien noire; un rayon de lueur les trahirait ; ils partent conduisant avec eux une voiture couverte, avec toutes sortes de précautions pour ne pas trop éveiller le pavé criard ; ils s'arrêtent contre le mur du cimetière ; la voiture même sert à l'escalade ; derrière le mur le fossoyeur complice les attend ; une lanterne sourde éclaire les tombes marquées à l'avance; la pioche fait son œuvre ; le cercueil restitue ces reliques humaines qu'on croyait bien lui avoir confiées pour jamais. Quand le nombre est atteint, on dispose les fardeaux ; on leur fait franchir la muraille, et si la voiture s'emplit sans encombre, l'amphithéâtre en aura pour huit jours.

Une nuit, quand déjà les cadavres empilés près du mur attendaient qu'on les hissât par-dessus, l'un des ravisseurs enjambant la muraille pousse un cri de stupéfaction et d'effroi ; la voiture avait disparue ;

était-ce un méchant tour d'un ivrogne désœuvré, ou le fait de quelque ronde de nuit qui avait trouvé suspecte une voiture abandonnée à cette heure sur la voie publique ? Quoi qu'il en soit on cherche vainement la voiture aux environs; et nos déterreurs de corps morts étaient fort en peine de leur capture, quand par bonne fortune vint à passer un fiacre attardé. On l'entoure, on expose l'urgence, on le met en réquisition. Le cocher montra d'abord des répugnances et des scrupules; mais un honnête pour-boire lui ayant fait considérer plus mûrement les choses, il finit par trouver l'affaire superbe et chargea tout ce qu'on voulut.

Tandis que ces choses se passaient au cœur de Paris, il y a à peine un demi-siècle, que faisait donc la police? Lors de la création de l'Ecole, la police avait bien d'autres sujets de préoccupation. En 1798 seulement, des plaintes réitérées parvinrent au Directoire et le ministre de l'intérieur consulta l'Ecole sur les moyens de remédier à cet abus. L'école répondit que l'intérêt des études anatomiques en exigeait le maintien, et proposa toutefois des mesures réglementaires propres à donner à l'opinion une satisfaction apparente. L'autorité hésita comme de raison ; puis, prenant un moyen terme, concéda à l'Ecole l'autorisation de fouiller le cimetière Sainte-Catherine, sans rien régler pour les professeurs particuliers, qu'elle laissait agir à leurs risques et périls. Grâce à cet expédient bizarre, le cimetière fonctionna comme auparavant au profit des dissections ; seulement les cadavres de l'Ecole, munis d'un sauf conduit, sortaient fièrement par la grand'porte, tandis que ceux de contrebande continuèrent à passer par-dessus les murs.

Les travaux de l'enseignement ne faisaient pas perdre de vue à M. Roux l'autre moitié de sa tâche. Dans le courant de 1803, il fit paraître le *Traité des maladies des voies urinaires*, accru d'un supplément renfermant plusieurs nouveaux mémoires, et vers la fin de cette année, il publia le dernier volume d'*Anatomie descriptive*. En tête de ce volume, il prenait seulement les titres de *professeur d'anatomie, de physiologie et de chirurgie*. Il avait cependant passé sa thèse quelques mois auparavant, le 30 germinal an XI; mais à cette époque, on ne délivrait encore, au lieu du diplôme, qu'un certificat de capacité, et ce ne fut qu'en 1809, en tête de ses *Mélanges*, qu'il prit enfin le titre de docteur en chirurgie.

Malgré son retour récent à la physiologie, c'était, en effet, la chirurgie qui l'attirait. Que faire cependant en chirurgie à vingt-trois ans, sans hôpital et même sans avoir eu cette solide instruction pratique que l'on puise dans l'internat? Il n'avait prise que par le côté théorique; aussi ne manqua-t-il pas de s'y attaquer. S'il faut tout dire, l'époque était peu propice aux progrès d'un autre genre : Boyer, alors écouté comme un oracle, professait avec une conviction profonde que la chirurgie touchait à la perfection, et que le XVIIIe siècle était arrivé de ce côté aux limites de l'esprit humain. L'avenir ainsi muré devant la génération nouvelle, une échappée s'offrait toutefois. Pinel, en appliquant l'analyse à la médecine, lui avait fait faire un pas décisif. Qui empêchait d'appliquer, à son exemple, l'analyse à la chirurgie. Toute cette jeunesse présomptueuse se précipita par cette issue; ne comprenant qu'à demi l'idée de Pinel, sans tenir compte d'ailleurs de la différence profonde qui sépare les affections internes des lésions chirurgicales, ils crurent qu'il ne s'agissait que de soumettre ces dernières au régime des nomenclatures et des classifications; de là à la *Nosographie chirurgicale* de Richerand, la *Nouvelle doctrine chirurgicale* de Léveillé et jusqu'au *Précis des maladies chirurgicales* de Delpech. M. Roux se jeta dans ce mouvement dont il fut même l'un des premiers promoteurs. J'ai déjà parlé de son cours de 1802 ; en 1805, il publia une classification complète, avec un tableau spécial pour les plaies; en 1806, vint le tour des fractures; en 1808, celui des hernies. Dès 1805, il avait terminé, disait-il, et mis sous presse une *Collection de tableaux affectés à l'exposition synoptique des maladies et des opérations chirurgicales*; c'était aussi une forme de publication mise en honneur par Chaussier. Mais l'impression était bien lente ; car, en 1807, l'ouvrage n'avait point paru encore. A cette époque, un grand événement le détourna encore d'une publication précipitée ; ce n'était rien moins que sa nomination comme chirurgien de deuxième classe à l'hôpital Beaujon.

L'hôpital Beaujon était bien loin alors de l'importance qu'il a reçue depuis. Elevé en 1784 par M. de Beaujon comme maison d'éducation pour vingt-quatre orphelins de la paroisse du Roule, détourné par la Révolution de sa destination primitive, il ne comptait encore en 1802, qu'une centaine de lits, dont dix-huit pour le service chirurgical. Ce service était confié à Lacaze-Pelarony qui pouvait assurément en supporter la charge ; mais le nombre des lits ayant été porté à trente, Frochot, préfet de la Seine, se souvint à propos du jeune chirurgien qui avait si vaillamment lutté contre Dupuytren, et le fit adjoindre à Lacaze. Celui-ci passa du coup au rang de chirurgien en chef; M. Roux, de son autorité privée, s'institua chirurgien en chef-adjoint, et s'empressa de l'annoncer au monde en tête d'un mémoire, détaché tout exprès de son prochain volume. On comprend d'ailleurs que la composition de l'ouvrage dut être modifiée ; à ses travaux de théorie pure, il fallait bien que le jeune chirurgien joignît au moins les prémices de sa future expérience ; aussi, quand il fit paraître enfin, en 1809, ses *Mélanges de chirurgie*, il se borna à y insérer les fragments nosographiques qu'il avait déjà publiés ailleurs, remettant à un autre temps la publication de son *Système complet de Nosographie chirurgicale;* mais en revanche on peut y lire, avec tous les développements convenables, le récit de trois opérations qu'il avait faites à l'hôpital Beaujon.

Il avait alors vingt-neuf ans ; et comme tout est beau et riant à cet âge! comme on ressent encore l'énivrement des premiers triomphes, et comme on a foi dans l'avenir ! dans la préface qu'il mit en tête de son livre, on voit que son imagination joyeuse habitait bien le pays des enchantements. S'il parle de son ouvrage, *c'est à la sollicitation de beaucoup des élèves qui ont suivi et qui suivent encore son cours*, qu'il l'a publié, *et il a peut-être quelque droit d'en espérer le succès*. S'il parle de l'auteur, c'est pour le montrer *livré depuis plusieurs années à la pratique de la chirurgie, attaché à un hôpital où, par un effet de la confiance que lui témoignent beaucoup de ses confrères, les cas de chirurgie, et surtout ceux qui exigent de grandes opérations, se sont succédé en grand nombre depuis deux ans*. Si cependant la critique trouvait à reprendre, non à ses idées (Dieu merci ! il n'a pas de pareilles craintes) ; mais à la manière dont elles sont exposées, il fait *observer* qu'il n'a pu s'occuper de la rédaction *qu'au milieu des soins qu'exigent l'enseignement de plusieurs parties de la science, le service journalier d'un hôpital et la pratique particulière, dans des instants trop courts pour le travail et la méditation.*

Pour retrouver un autre exemple de ce naïf contentement de soi-même, de cette vanité inoffensive, il faudrait remonter jusqu'à la grande apologie d'A. Paré. Si l'on veut savoir maintenant combien l'âge apporte de changement dans notre manière d'envisager et les choses de ce monde et nous-même, écoutez M. Roux vers la fin de sa carrière, racontant une des opérations qu'il avait faites alors. *J'étais fort jeune*, dit-il, *et sans expérience aucune*. Bien plus, en résumant pour la postérité ses quarante années de pratique chirurgicale, il ne les compte que de son entrée à la Charité : « *J'ose à peine rappeler*, dit-il, *que mes débuts ont eu lieu dans un autre hôpital, très-petit établissement alors.* » Quant à cette *pratique particulière* qui lui laissait des instants si courts pour la méditation, il suffira pour en avoir une juste idée, de rappeler que l'année suivante, lors de son mariage avec la fille de Boyer, il fut obligé de faire un emprunt pour la corbeille de sa future. Il est rare que la chirurgie dispense de si bonne heure ses faveurs à ceux qui l'exercent. John Hunter, le plus grand chirurgien des temps modernes, avait fait attendre sa fiancée de longues années, parce que sa clientèle n'aurait pas suffi aux dépenses du ménage; et quand enfin, à l'âge de quarante-trois ans, il se détermina à l'épouser, il eut besoin de publier son traité sur les dents pour faire face aux frais de la cérémonie.

Peu après le mariage, Boyer attira son gendre près de lui à la Charité ; il y entra comme chirurgien en second, le 21 novembre 1810. Il se trouva alors sous une direction habile et sage tout à la fois, nécessaire peut-être pour tempérer ce que son génie avait de trop aventureux. Les chirurgiens en second n'agissaient qu'avec l'autorisation et sous la surveillance des chirurgiens en chef; et pour emprunter ses propres paroles,—« l'usage voulait que dans les hôpitaux il y « eût une autorité principale, un chef près duquel des chirurgiens « plus jeunes, moins expérimentés, commençaient à se former; qui, « au besoin, aurait contenu leur trop vive ardeur et cette hardiesse « trop grande qui naît si facilement d'une prompte indépendance; « près duquel au moins, ils puisaient ces traditions si bonnes, si « utiles, si profitables dans tous les arts, et surtout dans la chirurgie. » Sans doute, en écrivant ces mots, il se rappelait son noviciat à la Charité; et du reste, rappelant avec reconnaissance que *Boyer l'avait mis en regard de son habileté, de son expérience chirurgicale*, il se glorifiait d'avoir peut-être en lui quelque chose de Boyer. Ce quelque chose c'était du moins le sentiment du réel, le goût des notions pratiques et positives remplaçant les écarts de l'imagination pure ; du jour où il entra à la Charité, il dit adieu à ce qu'il appelait ses méditations physiologiques ou autres ; il abandonna son *système complet de nosographie chirurgicale*.

Dupuytren, nommé professeur, laissa vacante la place de chef des travaux anatomiques. M. Roux pensa que le concours qu'il venait de subir pouvait le dispenser d'autres épreuves, et demanda cette place,

qui avait été donnée sans concours à Dupuytren. Mais les temps étaient changés : la Faculté maintint cette fois son règlement, et M. Roux laissa le champ libre à de plus jeunes compétiteurs. Il accompagna cette année Boyer en Espagne, près du duc d'Albuféra, atteint d'une fistule à l'anus ; puis, à son retour, reprit avec une ardeur nouvelle, ses travaux commencés, et, en 1813, fit paraître la première partie de sa *Médecine opératoire*. Peut-être y avait-il quelque hardiesse, à cette époque, à entrer en lutte avec l'ouvrage de Sabatier, généralement considéré comme un chef-d'œuvre, et dont la deuxième édition, toute récente, avait rajeuni le succès. Le jeune auteur ne craignit pas cependant de déclarer que ce livre n'était pas au niveau de la science. Il avait raison. La *Médecine opératoire* de Sabatier, lors de sa première apparition, en 1796, méritait, en effet, tous les éloges qu'elle avait reçus ; elle résumait et fermait dignement le XVIIIe siècle. Quatorze ans plus tard, avec les maigres additions tracées d'une main affaiblie par l'âge, elle n'offrait qu'un tableau infidèle de l'art, dont elle n'avait pas suivi la marche. Ainsi, pour les anévrysmes, Sabatier avait reproduit son article primitif, sauf une modeste intercalation sur la section de l'artère entre deux ligatures proposées par Mannoir ; l'anévrysme poplité y figurait d'une façon à peu près exclusive ; les anévrysmes de la carotide, de la sous-clavière, de l'iliaque externe n'étaient même pas mentionnés. L'ouvrage de M. Roux, au contraire, abondait en détails sur ces importants sujets, et c'est là aussi qu'il faut chercher les premiers procédés connus pour la ligature des artères du second ordre. Par malheur, l'ouvrage n'alla pas plus loin ; deux autres volumes, qui devaient le compléter, furent écrits péniblement au milieu des tristes événements de l'époque, et durant le cours d'une affliction grave qui le tourmenta plusieurs années ; quand il eut fini, les premières parties avaient vieilli ; il eût fallu recommencer l'œuvre presque en entier, et il n'en eut pas le courage. D'ailleurs, avec le temps, il se sentait moins de goût pour la composition d'ouvrages didactiques ; et, s'il faut le dire, son vrai génie n'était pas là. Il était plus à l'aise dans la rédaction de Mémoires circonscrits, où il pouvait se donner carrière, et accumuler les observations et les réflexions. Son premier essai en ce genre fut un *Mémoire sur la réunion immédiate après l'amputation circulaire de la cuisse*, qu'il lut à l'Institut, le 21 mars 1814. Le second fut consacré au récit d'une guérison qu'il avait obtenue sur lui-même ; il y attachait une telle importance, et le résultat eut en effet une si réelle influence sur toute sa vie, qu'il n'est pas permis de le passer sous silence.

Au milieu de ses succès, que nous l'avons vu naguère proclamer lui-même avec une satisfaction si complète en apparence, un chagrin secret empoisonnait toutes ses joies, d'autant plus cruel qu'il le concentrait en lui-même et n'osait s'en ouvrir à personne, M. Roux était louche ; depuis son enfance il portait un strabisme divergent des plus considérables de l'œil droit. Cette petite difformité n'avait nui jusque-là à ses succès en aucun genre ; toutefois, comme nous souffrons bien plus de nos défauts physiques que de tous les autres, celui-là était sans cesse présent à sa pensée. Le strabisme était surtout marqué quand la vue s'exerçait sur des objets très-rapprochés, et conséquemment lorsqu'il pratiquait une opération. Vingt fois il avait essayé de le corriger, tantôt en couvrant l'œil gauche pour exercer exclusivement l'œil droit ; tantôt en ramenant par un violent effort les deux yeux dans la même direction ; mais la vision devenait confuse ; bientôt il éprouvait une fatigue insupportable, et il s'arrêtait avec le regret toujours plus amer d'une tentative inutile.

Un jour, en relisant ce que Buffon a écrit du strabisme, il fut frappé de cette observation du célèbre écrivain qu'une très-grande inégalité de force entre les deux yeux est véritablement une cause de déviation, mais que, pour agir de concert, ils n'ont nul besoin d'une égalité parfaite ; en sorte que, si la vue est un peu étendue, l'inégalité pourrait dépasser un quart sans entraîner le dérangement des axes oculaires. Ceci établi, la conséquence n'était-elle pas évidente ? Que fallait-il pour la guérison, sinon restituer à l'œil dévié sa force perdue, et pour cela l'exercer avec persévérance ? Il reprit donc ses essais avortés, bien résolu de les mener à terme ; il s'exerça à lire, à écrire alternativement, tantôt avec l'œil droit, le gauche étant couvert, tantôt avec les deux yeux. C'était la nuit surtout, à l'insu de tout le monde, qu'il se livrait à ce travail, n'osant le reprendre le jour qu'à la dérobée. En vain la vision redevenait confuse, en vain il se sentait brisé par un sentiment intérieur de fatigue ; il persistait des heures entières. Heureusement, au bout de quelques jours, la fatigue commença à diminuer, la vision à s'éclaircir ; quelques semaines après, chacun des deux yeux, agissant isolément, possédait une force égale ; ouverts ensemble, ils marchaient d'accord et se prêtaient une mutuelle assistance ; la portée de la vue avait notablement augmenté ; enfin les objets, entrevus auparavant dans une sorte de pénombre, se dessinaient plus nettement, avec une clarté et une fixité plus grandes ; et M. Roux, tout heureux, s'empressa de communiquer à la Société de médecine l'histoire de sa guérison.

Faut-il ajouter, que dès le premier jour, cette merveilleuse guérison trouva des incrédules ? C'est que, comme tout inventeur qui caresse son idée, M. Roux s'était fait les honneurs d'une cure radicale et complète ; à l'en croire, ses deux yeux agissaient *en parfaite harmonie ;* bien plus, *rien ne pouvait faire présumer de quel côté la vue était louche ;* et enfin, pourquoi s'arrêter en si beau chemin ? il attestait qu'il *lui était impossible* à lui-même de déranger le concert si heureusement rétabli. Témoignage authentique, qui aurait eu cependant bien plus de force si à l'instant même un faux trait perfide, emportant l'œil droit hors de son axe, ne lui eût donné un impitoyable démenti. Mais si l'observation était peu concluante de ce côté, est-ce à dire qu'à un autre point de vue elle ne méritait pas une attention sérieuse ? On conçoit qu'en se regardant au miroir, la convergence forcée des deux axes oculaires fît disparaître pour lui l'écart de l'œil dévié ; et alors même, l'illusion à laquelle il ne pouvait échapper était le signe irrécusable d'une amélioration réelle ; mais la portée de la vue augmentée, la perception plus exacte des objets, la possibilité de lire de l'œil affecté, étaient-ce des phénomènes imaginaires ? Ce qui est du moins positif, c'est qu'il était fort satisfait de l'expression nouvelle de sa physionomie ; c'est que les sourires bienveillants ou autres qui accueillaient toujours le récit de sa guérison, n'eurent jamais le pouvoir d'éveiller en lui l'ombre d'un doute, et que pendant quarante ans il eut le bonheur de croire et de répéter qu'il ne louchait plus.

Grand bonheur, assurément ! car il avait ainsi reconquis le repos de sa vie, et la foi dans sa destinée. En 1840, à l'occasion des opérations nouvelles imaginées contre le strabisme, il lut à l'Académie des sciences une Note dans laquelle il rappelait sa propre histoire. Il y exprimait si bien l'état de son esprit avant et après la guérison, que je ne saurais résister à la tentation d'en détacher une page. On y remarquera cette façon originale de parler de soi ; déjà en 1814, il s'était désigné sous cette périphrase d'une bonhomie charmante : *Quelqu'un au bien-être de qui je prends le plus vif intérêt ;* en 1840, la tournure fut autre, sans être moins heureuse. On dirait une réminiscence de Socrate parlant par la bouche de Platon.

« Je connaissais, dit-il, je me trompe, je vivais dans l'intimité la plus grande avec un homme du même âge que moi, qui avait depuis son enfance un strabisme divergent des plus considérables de l'œil droit... Il avait embrassé et poursuivait, non sans quelque avantage déjà, une de ces carrières scientifiques dans lesquelles le seul mérite ne suffit pas toujours pour parvenir au premier rang, et dans lesquelles certains désavantages physiques peuvent mettre obstacle à de grands succès. Et quand de tels désavantages existent, que n'a-t-on pas à craindre des rivalités jalouses ? Cette carrière devait donc être pour lui semée de contrariétés et d'embarras... C'était comme un autre moi-même ; je connaissais son chagrin de tous les instants ; je savais combien il était malheureux d'être né avec cette difformité ; combien il serait heureux d'en être délivré. »

Venait ensuite le récit de la cure, qui, selon le narrateur, *ne s'est jamais démentie*. Et il ajoutait enfin :—« Dès lors, cet homme a eu en lui plus de confiance : libre d'un grand soin, il a marché d'un pas plus ferme dans la carrière où le hasard plutôt qu'une vocation première l'avait engagé ; et probablement ses efforts, ses travaux n'ont pas été sans quelque mérite, puisqu'il est parvenu à l'honneur insigne de siéger maintenant parmi vous ! »

C'est ainsi qu'il parlait à ses collègues de l'Institut ; et en effet c'est à partir de 1814 qu'il prit véritablement son essor, et se montra le grand chirurgien que nous avons connu. Mais il oubliait une autre circonstance qui ne servit pas peu à lui révéler son génie ; je veux parler de son voyage à Londres.

La chirurgie anglaise, reléguée au second rang dans les beaux jours de l'Académie royale de chirurgie, s'était bien relevée depuis, et les leçons et les exemples de John Hunter avaient formé à Londres une école sans rivale. La guerre qui divisait les deux nations ne nous avait guère permis qu'à de rares intervalles d'en entendre le bruit ; on fut donc fort surpris de voir les premiers chirurgiens anglais qui visitèrent Paris en 1814, étaler avec une orgueilleuse complaisance le sentiment intime de leur supériorité. M. Roux pensa qu'il ne serait pas inutile, pour l'honneur de la chirurgie française, d'aller chercher ces fiers rivaux sur leur propre terrain, de les juger à l'œuvre, de leur montrer aussi ce que nous avions fait sans eux ; en conséquence, il partit pour Londres en août 1814, et y passa un mois entier.

Sans doute, c'était peu d'un mois pour étudier à fond une école

étrangère, d'autant qu'à cette époque tous les cours étaient fermés, et qu'il connaissait même assez peu la langue. Aussi, dans la relation de son voyage, confesse-t-il tout d'abord qu'il n'a pu suffisamment s'enquérir suivant quelles méthodes et dans quel esprit étaient professées à Londres l'anatomie, la physiologie et la chirurgie. Mais l'accueil empressé que lui valut sa réputation naissante, les vives sympathies qu'inspira son caractère et qui se changèrent plus tard en amitiés durables, lui rendirent du moins plus facile le reste de la tâche. Tous les chirurgiens allèrent au-devant de ses désirs, soit pour l'instruire de ce qu'il voulait apprendre, soit pour s'instruire eux-mêmes de ce qu'il pouvait leur donner en retour.

Ce qui le surprit d'abord, et il y revint à plusieurs reprises, ce fut le grand nombre d'hommes éminents que comptait alors la chirurgie de Londres. C'étaient Everard Howe, Cline, Blizard, Lynn, Abernethy, A. Cooper, et au-dessous d'eux, dans la génération nouvelle, Bradie, Travers, Lawrence, Ch. Bell, pour ne nommer que les plus célèbres. Sous ce point de vue, il était obligé de reconnaître que Paris avait l'infériorité. Quant aux œuvres produites, il citait un peu à l'aventure les ouvrages de Hay, d'A. Cooper, de Lawrence, de Bradie, de Travers, de Ch. Bell, et en oubliait un bon nombre; mais il n'avait pas eu le temps de lire; il était venu principalement pour voir. Or, ce qu'il vit n'excita pas moins vivement son attention. Dans les moindres choses comme dans les plus relevées, c'était un aspect tout différent et des pratiques toutes nouvelles. La charpie classique remplacée par la toile à duvet et les étoupes, les bandes de flanelle substituées aux bandes de toile, cela sans doute avait peu d'importance. Mais, avant les grandes opérations, par exemple, le sujet n'était soumis à aucune préparation préalable; on ne le faisait pas attendre à l'hôpital, sous prétexte de l'y acclimater. Après l'opération, point de ces pansements minutieux, de ces bandages artistiques si chers à l'école de Boyer; les bandes étaient réservées pour la compression, et l'on se bornait généralement aux bandelettes agglutinatives. La réunion immédiate était la règle; et pour la favoriser, on coupait près du nœud l'un des fils de toute ligature. Pour les ulcères, tandis qu'à Paris les malades étaient condamnés au repos, l'ulcère surchargé de charpie et de cataplasmes renouvelés au moins une fois par jour; à Londres ils étaient pansés tous les trois ou quatre jours avec des bandelettes de sparadrap, et on leur permettait de marcher. J'omets les idées nouvelles qu'il recueillait à chaque pas sur l'ophthalmie d'Egypte, sur les affections de la prostate, sur le testicule syphilitique, sur le cancer de la verge, le fongus hématode. Ces grandes ligatures d'artères, qu'on ne connaissait à Paris que de nom, il les avait là sous les yeux, A. Cooper lui montrait un sujet sur lequel il avait pratiqué, six ans auparavant, la ligature de la carotide, et pratiquait devant lui sa septième ligature de l'iliaque externe. L'iliaque interne même avait été liée avec succès; bien plus, on méditait déjà (mais j'ose à peine, dit-il, faire mention d'un tel projet), la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes et du tronc brachio-céphalique. et quelle simplicité dans le procédé opératoire! Plus de ligatures d'attente; plus de ces larges rubans, encore moins de cylindre conseillé par Scarpa pour aplatir l'artère; loin de là, des fils ronds et ténus, avec l'intention avouée de diviser les tuniques internes; et enfin la plaie résultant de l'opération soumise comme toutes les autres à la réunion immédiate. Tant de hardiesse l'effrayait, loin de le séduire; et il doutait que jamais cette manière trop *simple* fût adoptée en France. D'un autre côté, lui qui pour sa thèse de concours n'avait trouvé à citer à Paris qu'un seul exemple de résection pour une luxation compliquée, quelle riche moisson il eût pu faire en Angleterre! Car on avait réséqué là l'humérus, le radius, le tibia seul ou bien avec le péroné; et il avait pu voir une résection récente du tibia pratiquée par A. Cooper. Pour les amputations, la méthode circulaire était remplacée généralement par la méthode à lambeaux, plus propice à la réunion immédiate; et enfin Hay avait pratiquée deux fois l'amputation tarso-métatarsienne, inconnue alors dans notre pays.

Devant cet horizon inattendu, saisi tour à tour d'admiration et de défiance, ce qui dominait cependant, c'était une émulation généreuse, et puis l'orgueil national murmurait sourdement en lui. Sait-on ce qu'il avait apporté aux Anglais, quel poids il avait jeté dans la balance? Il avait montré à Bradie et à A. Cooper la manière d'appliquer les moxas; il avait indiqué au premier le procédé de Desault pour la ligature des polypes naso-pharyngiens; à l'amputation de Hay il avait opposé l'amputation de Chopart. Sur un autre terrain il pensait bien regagner l'avantage : nourri dans cette idée que Desault n'avait rien laissé à ajouter au traitement des fractures, et pour me servir de ses propres expressions, que *l'emploi du bandage de Saillet et des attelles plates avec des remplissages avait porté l'art au dernier degré de perfection*, il voulut initier les chirurgiens anglais à ces hautes découvertes; il ne fut pas peu blessé de voir qu'ils n'en tenaient aucun compte. Comment s'en étonner d'ailleurs? Ne professaient-ils pas cette opinion singulière, que les fractures intra-capsulaires du fémur sont impropres à la consolidation? Pour faire revenir A. Cooper d'une pareille erreur, aussitôt de retour en France, il se hâta de lui expédier une fracture parfaitement consolidée, laquelle par malheur se trouva être extra-capsulaire. Il n'en demeura pas moins convaincu de la supériorité de nos doctrines en matière de fractures; il répétait avec non moins de complaisance que nous avions *singulièrement perfectionné la doctrine des luxations*; quant aux hernies, qu'importaient les ouvrages, estimables d'ailleurs, des Lawrence et d'A. Cooper? Les chirurgiens du XVIIIe siècle n'y avaient laissé *qu'à glaner*. Et enfin, rassuré par ces consolantes réflexions, il arrivait à cette conclusion de son livre : « *A côté de traits des plus brillants, la chirurgie anglaise offre les plus grandes imperfections. La chirurgie française est plus généralement bonne.* »

Le mot était au moins patriotique, et il eut du succès à Paris. Mais il ne manqua pas de plus zélés patriotes qui jugèrent que l'auteur avait trahi les intérêts de la France, et qui signalèrent, avec une vertueuse indignation, son *injuste prédilection* pour *l'orgueilleuse Angleterre*. A quoi se réduisaient après tout ces *traits brillants* de la chirurgie anglaise? N'avait-on pas essayé en France, avec des résultats fort équivoques, cette méthode de Hunter qu'elle appliquait à tous les anévrysmes, cette réunion immédiate dont elle faisait un si grand abus? Londres avait ses illustrations; Paris n'avait-il pas les siennes? sans compter Deschamps et Pelletan, un peu affaiblis par l'âge, au premier rang dans l'enseignement, dans les hôpitaux, dans la pratique, brillaient A. Dubois et Boyer, encore dans toute leur vigueur; au-dessous d'eux, comme une phalange de réserve, se montraient déjà Dupuytren, Richerand, Marjolin, M. Roux lui-même, troisième génération chirurgicale; enfin sur les champs de bataille, Percy et Larrey avaient conquis une réputation incomparable.

Ce n'étaient point, en effet, les grandes renommées qui faisaient défaut; mais il faut bien confesser aussi que les œuvres ne marchaient pas de pair avec les renommées. Depuis la mort de Desault, le mouvement et la vie semblaient s'être peu à peu retirés de la chirurgie française. Jusqu'en 1814, Boyer n'avait rien publié par lui-même; Dubois, cet esprit si juste et si pénétrant, absorbé par une pratique immense, se contentait de jeter au vent des idées qu'on le pressait vainement d'écrire; ni Dupuytren, ni M. Roux ne s'étaient pleinement révélés; Marjolin n'avait pas même un hôpital; et la littérature chirurgicale en France, pour les quatorze premières années du XIXe siècle, ne comptait guère que la *Nosographie* de Richerand, la *Clinique* de Pelletan, et les *campagnes* de Larrey. La science semblait être retombée sous le dogme de l'autorité; dans les cours comme à la clinique de Boyer le culte de la tradition touchait de près au culte de l'immobilité. Depuis peu cependant commençait à poindre une autre influence; Dupuytren, à peine en possession de sa chaire, avait inauguré son professorat par la résection de la mâchoire inférieure; et mû par un insatiable désir de priorité, dans l'Ecole attardée il donnait à la fois le signal et l'exemple. Mais, soucieux avant tout de sa renommée, il voulait bien donner l'impulsion, non la recevoir, et il n'était pas mieux disposé que Boyer à faire accueil aux nouveautés venues du dehors.

(La fin au prochain numéro.)

Matière médicale et thérapeutique.

Sur la médication ferrugineuse à propos de la protéine ferrée.

Par M. Leprat.

Pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mon savant et trop regrettable maître et confrère, M. Quevenne, dit que l'idée de la préparation des pilules de protéine ferrée a pour point de départ l'interprétation fausse d'un passage du rapport de M. Bouchardat sur le fer réduit par l'hydrogène. Il se récrie sur ce que, dans la citation, j'ai remplacé les mots : *matières albuminoïdes*, par ceux-ci : *matières protéiques*. Je ne sache pas que ces deux expressions aient une signification différente. Elles expriment une seule et même idée, puisque la protéine est le principe de toutes les matières albuminoïdes, caséeuses et fibrineuses.

Voici le passage textuel : « Il ne suffit pas, pour produire la guérison (des chlorotiques), d'introduire beaucoup de fer dans l'économie, comme quelques-uns l'ont pensé, il faut offrir à celle-ci une combinaison de fer et de matières alimentaires albuminoïdes, dans des proportions sagement combinées. »

L'idée de la préparation des pilules de protéine ferrée a, en effet, pour point de départ l'interprétation de ce passage. Je dirai seulement que tout en partant du même point je n'ai pas suivi la même voie pour arriver à mon but. Ce n'est pas comme un aliment de nutrition que la protéine est jointe au fer, ainsi que le croit M. Quevenne ; j'aurais été dans une profonde erreur en agissant de la sorte ; car il est bien évident qu'une si faible dose (0,10) de protéine, par pilule, ne peut agir comme aliment. Mon but a été de rendre le fer ingéré plus facilement attaquable par les acides de l'estomac et par suite plus facilement assimilable. En cela je pense être dans le vrai, ainsi que je vais essayer de le démontrer :

Introduisons des pilules de protéine ferrée dans l'estomac et voyons ce qui s'y passe. Notre savant confrère, M. Mialhe, vient, dans son dernier et important ouvrage (*Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*), de démontrer, d'une manière évidente, les diverses réactions qui se passent pendant la digestion des matières protéiques. Nous suivrons donc pas à pas les différentes phases de la digestion de ces pilules. Elles seront d'abord enveloppées comme par une couche de mucosités, puis hydratées et ensuite désagrégées par les sucs acides de l'estomac. Alors commence une seconde réaction ; sous l'influence de la pepsine du suc gastrique, la protéine subit un changement moléculaire et passe à l'état d'*albuminose* ou principe essentiellement assimilable. Le fer, en présence de cette transformation intime, se trouve dans des conditions très-favorable pour s'oxyder, se dissoudre et passer dans la circulation. Il est alors, de nouveau, en contact avec la protéine transformée en albuminate alcalin, et il donne naissance, par une double décomposition, à l'albuminate de fer qui est la véritable base des globules sanguins.

Les observations cliniques et les expériences de M. Mialhe sur la formation des globules du sang viennent confirmer ces faits. L'union de la protéine au fer n'est donc point une chose insignifiante quand on l'examine sous ce point de vue. Il en serait tout autrement, si nous présentions ici la protéine comme un aliment, ainsi que l'a pensé M. Quevenne quand il a cité l'exemple suivant :

« Un médecin prescrit 0,25 de fer réduit à une chlorotique, et il juge que l'état des organes digestifs ainsi que l'ensemble de la santé de la malade peut supporter 200 grammes de viande rôtie par jour. Si au lieu de fer réduit pur, elle fait usage des pilules de protéine ferrée à la dose de 5 par jour, il en résulte qu'elle aura bénéficié de 0,50 centig. de nourriture animale, et qu'au lieu d'ingérer 200 gr. de viande par jour elle en aura pris 200 gr. 50 centig., c'est-à-dire que c'est une chose purement insignifiante. »

Si nous considérions la protéine comme jouant un rôle purement alimentaire, nous tomberions dans une grande erreur ; mais elle agit d'une toute autre manière. Elle est l'agent chimique de la digestion du fer et de sa transformation en albuminate de fer ou en globules sanguins. Son administration ne présente alors plus rien d'anormal.

Physiologie comparée.

Recherches sur les gaz de la digestion chez le cheval ;

Par le professeur Valentin (de Berne).

Le célèbre physiologiste de Berne donne l'analyse des gaz recueillis dans les diverses parties du tube digestif de deux chevaux, nourris l'un avec de l'avoine, l'autre avec de l'avoine et du foin. Les gaz observés et dosés sont l'acide carbonique, l'azote, l'oxygène, l'hydrogène ; l'hydrogène carboné, l'hydrogène sulfuré et l'ammoniaque.

L'acide carbonique formait à peu près la moitié du volume de l'air recueilli, l'intestin grêle en contenait moins que l'estomac, le cœcum et le rectum. L'oxygène a été trouvé dans l'estomac et dans l'intestin grêle ; il manquait dans les autres parties. L'hydrogène sulfuré a été trouvé dans toutes les portions du tube alimentaire.

L'azote aussi s'est rencontré en assez grande quantité dans l'estomac et l'intestin grêle. Les autres gaz ont varié ; l'ammoniaque n'existait que dans le gros intestin.

(*Arch. fur phys. et Gaz. méd.*)

Chimie médicale et pharmacologie.

EMPLOI DU CUBÈBE DANS L'INCONTINENCE D'URINE DES ENFANTS.

Le docteur Deiters a trouvé que le cubèbe avait dans cette affection plus d'effet que les autres agents thérapeutiques. L'incontinence d'urine chez les enfants peut dépendre de l'atonie de la vessie ou de la présence de vers intestinaux. Dans le premier cas, le cubèbe agit comme tonique ; dans le second, comme anthelminthique. On donne ce médicament à haute dose : pour un enfant deux pincées, c'est-à-dire quelques grains ; pour un enfant un peu plus âgé, une demi-cuillerée deux ou trois fois par jour. L'effet produit est prompt et permanent, et quoique parfois l'incontinence reparaisse par intervalles, ces apparitions deviennent de moins en moins nombreuses, et bientôt disparaissent complétement.

Pour obtenir la cure radicale, il faut continuer ce traitement de trois à huit semaines. Jamais ce traitement n'a été suivi d'accidents.

Le même médecin recommande le cubèbe comme très-efficace dans les pertes séminales nocturnes.

DE L'USAGE TOPIQUE DE L'ACÉTATE DE PLOMB CONTRE LA TUMEUR LACRYMALE, PAR M. QUAGLINO.

On connaît les diverses et heureuses applications déjà faites de l'acétate de plomb employé comme topique contre les granulations oculaires, les ulcères rebelles, les polypes, les verrues. Celle qui va suivre rappelle, quoique en différant sous un rapport essentiel, les belles recherches de M. Gosselin sur la filtration des liquides déposés à la surface de l'œil ; car c'est toujours un courant physiologiquement établi que la thérapeutique utilise, dans l'un comme dans l'autre cas, pour arriver à ses fins. Nous extrayons cette indication des *Archives belges de médecine militaire*, numéro de mars 1855.

Après avoir fait tomber l'inflammation du sac par les applications de sangsues, etc., M. Quaglino combat la sécrétion morbide du sac lacrymal par le traitement suivant : Après avoir vidé le sac lacrymal au moyen d'une douce pression, il porte avec un petit pinceau humide, sur l'angle interne de l'œil, an voisinage des points lacrymaux, 5 centigrammes environ d'acétate de plomb neutre, une ou deux fois par jour. Le sel ne tarde pas à être dissous par les larmes, et à former un véritable collyre, qui, transmis par les conduits lacrymaux dans la cavité interne du sac, en modifie de la manière la plus avantageuse la membrane muqueuse, et, par suite, la sécrétion anormale. Ce traitement est continué jusqu'à ce que l'écoulement purulent ou séro-purulent du sac ait entièrement cessé. Dans aucun cas, ce médecin n'a eu de récidive.

PRÉPARATION DE L'ATROPINE.

M. Luxton croit le procédé suivant aussi bon et plus économique que celui qui est indiqué par Geiger. Voici comment il opère : On fait bouillir pendant deux heures les feuilles de belladone avec assez d'eau pour qu'elles en soient recouvertes; la décoction est ensuite jetée sur un filtre ; on répète cette opération en ajoutant un peu d'acide sulfurique ; l'albumine végétale se précipite et l'on enlève la liqueur claire qu'on passe sur un filtre. Dans cette solution, on fait passer un courant de gaz ammoniacal. La couleur change et devient noire, tandis que les cristaux d'atropine se déposent lentement. Lorsque l'opération est terminée, on jette ceux-ci sur un filtre, on les lave avec 30 grammes environ d'ammoniaque alcoolisée, on enlève ainsi la majeure partie de la matière colorante, et l'on obtient des cristaux assez blancs que l'on peut, si l'on veut, faire encore cristalliser.

Le rendement est de 5, 5,7 pour 1000 au lieu de 3 pour 100.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE AU MOYEN DE LA DÉCOCTION DE FEUILLES D'OLIVIER.

Ce nouveau mode de traitement a été communiqué à la Société médicale de Smyrne, par M. Spencer Wells, médecin de l'hôpital anglais de cette ville. Les feuilles d'olivier sont données sous forme d'une décoction de 60 grammes dans un litre d'eau chaude. Le médecin anglais cite trois observations à l'appui. L'administration de la décoction de feuilles d'olivier a suffi dans tous les cas pour couper la fièvre au plus après un accès. Ce moyen, très-simple et peu dispendieux, mérite, sans aucun doute, d'être soumis à une expérimentation plus prolongée; mais tout fait présumer que les feuilles d'olivier n'ont d'autre vertu antipériodique que celle qui appartient à la plupart des plantes amères et astringentes. (*Med. Times and Gazette*, 1855, n° 267, p. 247.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous remercions le rédacteur en chef de la *Revue médicale* de la bonne grâce avec laquelle il s'est empressé de faire droit à notre réclamation. Quant aux expressions dont nous nous sommes servi à l'égard de la syphilisation, nous dirons à l'honorable M. Sales-Girons que les choses de la science et du journalisme doivent lui être familières pour que nous puissions nous dispenser de lui expliquer pourquoi, sous l'empire des lois qui régissent la presse, il est des propositions que l'on peut très-nettement formuler et développer, tandis qu'il faut, pour certaines autres, s'attribuer les bénéfices de l'adage : *A bon entendeur demi mot*. M. Sales-Giron comprend-il maintenant? Nous avons une trop haute opinion de sa perspicacité pour en douter.

Dans un rapport lue à l'Académie des sciences par le vénérable M. Duméril, à propos d'un insecte trouvé vivant dans l'intérieur d'une pierre, on lit ces mots :

« Ce sont toujours des insectes dont la peau est molle qu'ils (les « pompiles) destinent à la nourriture de la larve qui naîtra de l'œuf « pondu d'avance dans la cavité choisie pour le recevoir et dans la- « quelle le mâle et la femelle apportent successivement avec rapidité « et rangent par ordre, à la suite les uns des autres, les cadavres ou « plutôt les corps paralysés sans défense, et, nous aimons à le croire, « insensibles, des victimes destinées, justement en nombre suffisant, « à servir au développement de l'être sans pattes qui doit reproduire « l'espèce ailée dont l'œuf a été déposé par la mère.

.....« La larve, sans pattes, sans autres armes que ses mâchoires, « est cependant appelée à se nourrir de matière animale encore vi- « vante : ce sont des corps mutilés et paralysés d'araignées, des che- « nilles, des larves molles et diverses d'insectes d'une même espèce, « suivant chaque race de ces hyménoptères. Il est probable que, « dans sa bonté prévoyante, la nature a voulu que ces êtres vivants « et nombreux, destinés à devenir la pâture d'un seul individu, « fussent au moins privés de la sensibilité ou de la perception de la « douleur, car n'étant pas complétement privés de la vie, ce qui les « sonstrait à la corruption, ils sont appelés à devenir, comme une « sorte de provision de chair fraîche destinée à servir successivement « et dans un ordre déterminé au développement de la larve de l'in- « secte qui doit subir, dans cet espace resserré, toutes les phases de » sa transformation en nymphe, puis en hyménoptère. »

La douce persuasion dans laquelle se complait l'illustre académicien et professeur de pathologie interne, accuse certainement un bon naturel ; mais, sans rechercher quels pourraient être les moyens anesthésiques mis en usage par la sensible nature, sans examiner jusqu'à quel point ce langage ultra-sentimental convient à l'Académie des sciences, nous nous permettrons de dire :

1° Qne si la nature a une très-prévoyante bonté à l'égard de la larve, elle ne nous paraît pas mettre cette qualité en pratique à l'égard des araignées, chenilles, etc., qu'elle livre en pâture à la susdite larve, alors même qu'elle priverait ces innocentes victimes de la perception de la douleur.

2° Qu'il est *peu probable* que la compatissante nature prive de la sensibilité les araignées destinées à être dévorées par une larve, attendu qu'elle ne prend nullement cette peine pour les mouches qui sont dévorées par les araignées.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

BIBLIOGRAPHIE.

— *Quelques considérations pratiques pour servir à l'histoire de la suette et du choléra*, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854, par le docteur A. FOUCART. (Extrait du mémoire lu à l'Académie impériale de médecine le 23 janvier 1855, pour faire suite et servir du complément au *Traité pratique de la* SUETTE MILIAIRE, 1854, du même auteur.) Brochure in-8° de 48 pages. Paris, 1855. Chez *Labé*, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix, 1 fr. 50 c.

— *Système de gymnastique de chambre* médicale et hygiénique, ou représentation et description des mouvements gymnastiques, n'exigeant aucun appareil ni aide, suivi d'applications à diverses affections, par le docteur D.-G. M. SCHREBER, directeur de l'Institut orthopedique de Leipzig. Broch. in-8°. Paris, 1856 ; chez *Victor Masson*, 17, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix, 2 fr. 50 c.

— *Instituts de médecine pratique de Jean-Baptiste Borsieri* de Kanifeld, traduits et accompagnés d'une étude comparée du génie antique, et de l'idée moderne en médecine, par le docteur Paul-Emile CHAUFFARD. 2 volumes grand in-8°, contenant : tome I, de 640 pages, *Des fièvres*, tome II, de 540 pages, *Des maladies exanthématiques fébriles*. Paris, chez *Victor Masson*, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17. Prix, 16 fr.

—En vente au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique*; les *Gastralgies*; les *Entéralgies*; la *Dyspepsie*; l'*Hypocondrie*.— Prix : 2 fr.

— Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des *Rétrécissements de l'urètre*, par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — Broch. in-8, avec planche. — Prix : 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 140. 3e année. Vendredi 23 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris.

DISCOURS DE M. MALGAIGNE, ÉLOGE DE M. ROUX.

(*Suite et fin.*)

Dans cet état de choses, l'ouvrage de M. Roux n'eut pas d'abord tout le succès qu'il méritait. Les sociétés savantes écoutèrent sa relation avec curiosité; la Société de la Faculté, futur noyau de l'Académie de médecine, consacra même sept séances à en entendre la lecture. La presse aussi fut bienveillante, mais sans excès; nulle part on ne sembla comprendre la portée de ce livre. M. Roux se chargea de le développer lui-même.

Déjà, après les premières années passées à la Charité, il s'était trouvé mal à l'aise dans le cercle étroit où le renfermait l'orthodoxie de Boyer, et il avait essayé d'y faire brèche. C'est ainsi qu'il avait tenté la réunion immédiate après l'amputation de la cuisse; et dans un cas même où l'amputation devait se faire à lambeaux, Boyer proposant les lambeaux antéro-postérieurs, il les avait faits latéraux. A la vérité, ces actes d'indépendance étaient rachetés par des concessions d'une égale importance; ainsi à l'hôpital Beaujon, il pansait les plaies suppurantes avec de l'agaric, à l'exemple d'A. Dubois; à la Charité, il sacrifia l'agaric au linge fin préféré par Boyer, et ainsi s'entretenait la bonne harmonie. Mais son voyage à Londres lui ayant fait entrevoir la nécessité et inspiré le goût de plus hautes entreprises, ce méthodique et pacifique service de la Charité se vit subitement troublé dans sa quiétude profonde par une véritable irruption de pratiques étrangères. La réunion immédiate fut appliquée à toutes les amputations; toutes les amputations furent faites à lambeaux; chaque ligature eut un fil coupé près du nœud, ou même les deux fils à la fois; tous les ulcères furent pansés à la manière anglaise, et les malades s'en trouvèrent bien. Enfin deux anévrysmes poplités, soumis coup sur coup à la méthode de Hunter, donnèrent pareillement deux guérisons. Boyer regardait faire avec inquiétude, avec méfiance, un peu rassuré toutefois par la réserve et, le dirai-je, par une sorte de timidité même que M. Roux apportait dans ces premières tentatives. Le succès aussi familiarise vite avec les nouveautés; et un jour arriva où Boyer, Boyer lui-même, se surprit à opérer un anévrysme poplité par la méthode nouvelle. Il réussit; il recommença, il réussit encore, et dès lors il laissa M. Roux l'appliquer à sa guise. Mais, comme honteux de ce qu'il avait fait, et conservant au fond du cœur une invincible prédilection pour le procédé qu'il abandonnait, il ne parla jamais des succès que lui avait donnés l'autre.

La concorde n'avait donc pas été ébranlée jusque-là; mais M. Roux n'entendait pas se borner à imiter les autres, et quand il voulut marcher seul, alors les inquiétudes et les méfiances de Boyer recommencèrent. En méditant sur les résections, le jeune auteur s'était demandé pourquoi on avait laissé tomber en oubli cette précieuse ressource dans les cas de caries articulaires, et en mars 1815 il rendit compte à la Société de la Faculté d'une opération de ce genre qu'il avait pratiquée au genou. Le sujet succomba; c'en fut assez pour que Boyer se montrât hostile à toute autre tentative. Alors commença entre le beau-père et le gendre une lutte sourde mais incessante, entretenue pendant de longues années, et qui faillit plus d'une fois aboutir à une rupture complète. Boyer avait la haute main sur le service; il pouvait à son gré admettre et renvoyer les malades, utile ressource quand il s'agissait d'une opération contraire à ses idées. Jamais, en effet, il ne s'y opposait d'une manière formelle; mais il temporisait, trouvait des prétextes, et de délais en délais finissait par signer le billet de sortie. Après son premier et malheureux essai, il se passa quatre ans avant que M. Roux pût tenter une résection du coude, qui par bonheur réussit, sans rendre Boyer plus propice. Il en était ainsi pour tout ce qui s'écartait de la route battue. Un jour M. Roux avait reçu une femme qui portait une énorme tumeur érectile à la face; et Boyer l'ayant renvoyée, il insistait pour la faire rentrer. Que comptez-vous en faire? s'écriait Boyer alarmé. Il céda enfin, comme par lassitude; la malade fut opérée et guérie; il la vit, n'en témoigna ni satisfaction ni dépit, et n'en persista pas moins à repousser du service les affections du même genre. Et comme le génie entreprenant de M. Roux ne le laissait jamais manquer longtemps de semblables contrariétés, parfois avec de vieux amis, il laissait déborder son cœur trop plein, et déplorait amèrement son malheur d'avoir pris un chirurgien pour gendre.

D'un autre côté, cette résistance passive mais obstinée, cette force d'inertie contre laquelle se brisaient souvent tous ses efforts, cet éternel rocher de Sisyphe qu'il fallait soulever chaque jour remplissaient l'âme du jeune homme d'une amertume concentrée et d'une impatience qu'il eut parfois peine à contenir. Tout ici se réunissait contre lui : l'âge, la position, la haute et légitime réputation de Boyer; le respect et la reconnaissance de l'élève pour le maître, l'affection du gendre pour son beau-père; les jugements de la foule, qui devait presque inévitablement lui imputer tous les torts. Heureux s'il n'eût été qu'un chirurgien vulgaire! Il eût rempli consciencieusement sa tâche sans bruit, sans éclat, mais aussi sans lutte et sans souffrance. Mais il sentait qu'il y avait en lui quelque chose, quelque chose qu'il ne pouvait ni ne voulait laisser périr. Il persista donc; il disputa le terrain pied à pied, jour par jour, jusqu'à ce qu'enfin Boyer, découragé, lui céda tristement la victoire! Lutte douloureuse, où les sentiments les plus nobles et les plus purs, l'amour de l'humanité et de la science ne servaient qu'à les désunir; où l'estime et l'attachement qu'ils avaient l'un pour l'autre rendaient chaque blessure plus cruelle! Mais Boyer se tournait trop du côté du passé; M. Roux regardait vers l'avenir, et ce n'est pas la première fois que l'avenir et le passé se sont montrés irréconciliables. Tous deux eurent à souffrir dans leurs affections; à ce point de vue, nous n'avons pas à les juger, mais à les plaindre. Mais à cette heure où les intérêts passagers ont disparu, où nous n'avons plus à considérer que l'intérêt immortel de la science, la science a donné gain de cause à M. Roux. Par lui, la clinique de la Charité reprit une vie nouvelle, et lutta sans trop de désavantage contre la clinique de l'Hôtel-Dieu; et, pour ne citer ici qu'un des fruits heureux de sa persévérance, c'est lui qui a fait enfin prévaloir la résection du coude dans les cas de carie sur l'extrême et désespérante ressource de l'amputation.

Cependant, par la mort de Petit-Radel et d'Alphonse Leroy, deux vacances étaient ouvertes à la Faculté, et il était question de permutations qui devaient laisser libres les chaires d'anatomie et de pathologie externe. M. Roux se tint prêt à disputer au besoin l'une ou l'au-

tre, et en 1816 il ouvrit un cours d'anatomie chirurgicale. On put juger alors combien son esprit avait gagné déjà en indépendance et en vigueur. Nous ne connaissions guère, en fait d'anatomie chirurgicale, que le livre insignifiant de Palfyn et le sec résumé de Boyer. Il y avait donc toute une branche nouvelle de l'anatomie à créer, et ici l'ancien élève de Bichat se trouva vraiment à la hauteur de son maître. Il embrassait l'anatomie chirurgicale dans tous ses rapports; d'abord en examinant à part chacun des grands systèmes : la peau, le tissu cellulaire, les muscles, etc., ce qu'il appelait à bon droit l'*anatomie chirurgicale générale* ; puis venait l'étude des organes et de leurs rapports, c'est-à-dire l'*anatomie des régions*. Celle-ci ne se bornait pas à l'étude des divers plans anatomiques; il y mêlait des considérations plus relevées, des observations d'une sagacité singulière ; j'ai rencontré avec surprise dans une thèse rédigée sous son inspiration ce fait curieux, retrouvé depuis par M. Nélaton, de la compression des nerfs et de l'artère axillaire par la clavicule contre la première côte. Ainsi, soit pour le plan, soit pour les détails, à peine avait-il laissé quelque chose à faire à ceux qui sont venus après lui ; une autorité plus grande que la mienne l'a déjà proclamé justement le créateur et le véritable propagateur parmi nous de l'anatomie chirurgicale. Par malheur, il ne publia rien de ses leçons par lui-même ; il nous en reste seulement l'ordonnance générale sauvée de l'oubli par M. Velpeau, et, comme exemples particuliers, une thèse soutenue en 1817 par Baget *sur l'anatomie chirurgicale du tissu cellulaire*, et une autre de Beullac, en 1819, *sur les régions de l'épaule et du pli du bras*. Il fut détourné de cette direction par la nomination de Béclard à la chaire d'anatomie. Du reste, Béclard, excellent appréciateur, comprit toute la portée de ce nouvel enseignement anatomique, et en fit presque aussitôt l'objet de ses cours.

La nomination de Béclard eut lieu le 3 novembre 1818. Restait la chaire de pathologie externe ; la Faculté se réunit pour choisir ses candidats, le 10 novembre. M. Roux se trouva cette fois en présence de Marjolin, dont les cours particuliers étaient alors tellement suivis, qu'ils réduisaient les cours officiels à une sorte de solitude. Au premier tour, sur 20 suffrages exprimés, M. Roux en avait obtenu 10, Marjolin seulement 9. Mais, ô inconstance des hommes et des scrutins ! au second tour Marjolin eut 11 suffrages; M. Roux n'en avait gardé que 9. Il fut porté ensuite à la seconde place par 19 voix : presque l'unanimité. Faible compensation sans doute. Mais, peu de temps après, la fortune de la chirurgie lui en ménageait une autre que ses juges mêmes eussent pu lui envier.

Le 24 septembre 1819 (j'ai recueilli avec soin ces dates précises, qu'il avait oubliées lui-même), un étudiant anglais, nommé John Stephenson, qui avait suivi la clinique de la Charité, sur le point de quitter Paris pour aller passer sa thèse à Edimbourg, se présenta chez M. Roux pour lui adresser ses remercîments. Sa voix nasonnée, sa prononciation difficile accusaient une perforation du palais. De prime saut, sans préambule (*toto ritu relicto*, dit Stephenson lui-même), M. Roux lui demanda s'il avait eu la vérole. Ce n'était point la vérole qui l'avait ainsi affligé : c'était une division congéniale limitée au voile. Chose singulière, jamais M. Roux n'avait rien vu de semblable. On comprend donc avec quel intérêt il examina ce cas tout nouveau pour lui. Le voile du palais était divisé verticalement dans toute sa hauteur ; ses deux moitiés, habituellement écartées, laissaient entre elles un espace triangulaire confondu par sa base avec l'isthme du gosier. Dans un moment où la bouche était grandement ouverte, un mouvement involontaire détermina le rapprochement des deux parties du voile, et, pour un instant, presque indivisible, les mit en contact par leurs bords libres. Ce fut un trait de lumière. Puisque ces deux parties étaient assez larges pour se rejoindre par le jeu des muscles, qui empêchait d'obtenir leur union définitive en les avivant et les tenant rapprochées par suture? En un moment, l'opération tout entière se crée dans sa pensée; du même coup il la propose au jeune homme, qu'il séduit, qu'il entraîne : ils sont d'accord. Seulement, Stephenson, près de son départ, voulait la remettre à l'année suivante, lors de son retour à Paris. Ses amis, ravis de la perspective que lui offrait l'opération, le firent revenir sur cette résolution fâcheuse. Deux jours après, il apportait son consentement. Le 24 septembre, à quatre heures du soir, en secret, pour ainsi dire (M. Roux n'y avait admis que deux témoins), l'opération fut pratiquée. Le troisième jour, la suture du milieu fut enlevée; les deux autres furent ôtées le lendemain, et treize jours plus tard, le 11 octobre, Stephenson lui-même allait lire le récit de sa guérison à l'Institut. La staphylorapbie était entrée dans la science. (Très-bien !)

Il faut bien insister sur ces points, messieurs. On a recherché et rassemblé depuis quelques rares exemples de suture appliquée à une déchirure accidentelle du voile du palais, par Léautaud, Ferrier, peut-être Larrey ; M. Roux lui-même eut à pratiquer une suture de ce genre; rien de tout cela ne ressemble à de la staphylorapbie. Graefe a élevé une réclamation plus sérieuse. En décembre 1816, il avait entretenu la Société médico-chirurgicale de Berlin d'une division congéniale du voile du palais, qu'il avait guérie par la suture, après avoir provoqué une inflammation plastique au moyen de l'acide muriatique et de la teinture de cantharides. Si l'on s'arrête d'abord à cet étrange procédé d'avivement, si l'on se reporte ensuite au procédé de suture non moins étrange dont Graefe donna la description trois ans plus tard, on ne s'étonnera pas qu'il ait échoué trois fois sur quatre essais; on s'étonnerait plutôt qu'il ait réussi une seule. A part l'idée générale, il n'y a vraiment rien de commun entre les deux procédés. L'idée sans doute était assez belle par elle-même pour qu'on s'en disputât la priorité; mais l'idée même n'appartient ni à l'un ni à l'autre; elle est exprimée clairement dans un méchant petit livre du dix-huitième siècle, où il a fallu les patientes et clairvoyantes recherches de M. Velpeau pour la retrouver. Robert rapporte en peu de mots qu'un dentiste du nom de Lemonnier avait guéri par la suture une division congéniale du voile et de la voûte palatine. On peut révoquer en doute un pareil succès, et pour mon compte je suis peu disposé à y croire; mais du moins l'idée de l'opération n'est pas contestable, et l'honneur en revient à Lemonnier.

La réclamation de Graefe était fort aigre, et donnait clairement à entendre que M. Roux avait connu sa tentative. Rien au monde ne pouvait être plus sensible à M. Roux que ce doute jeté sur sa loyauté ; et il eut encore le regret de retrouver la même insinuation, en termes à peine couverts, dans une prétendue *Histoire des progrès de la chirurgie*, pamphlet malheureux, dont je regretterais de nommer ici l'auteur. M. Roux saisit l'occasion d'un rapport qu'il lut en séance publique à l'Académie de médecine pour rétablir, dans une protestation éloquente, la vérité outragée ou méconnue. Le sentiment public l'avait déjà vengé; son nom était de ceux que le soupçon même ne saurait atteindre. Il en reçut un témoignage mémorable dans un voyage qu'il fit en Allemagne après 1830. Graefe, son compétiteur, tint à honneur de le faire asseoir à sa table ; et là, en face des nombreux convives convoqués tout exprès pour donner plus de poids et d'éclat à ses paroles, Graefe déclara que dans sa conviction intime et profonde, M. Roux était arrivé seul et sans secours au but commun. Il ajouta que par la simplicité du procédé, par les succès obtenus, M. Roux avait plus que personne concouru à constituer et à propager la staphylorapbie. Lui-même n'avait marché que de loin sur ses traces ; à peine comptait-il quinze à vingt opérations, tandis que son heureux rival était arrivé à la soixante-quinzième ; et enfin, il avait cru devoir modifier son procédé primitif pour se rapprocher du procédé français. Nobles aveux, qui honorent autant l'un que l'autre. Justice dignement rendue, et qu'il faut d'autant plus louer que l'histoire de la chirurgie en offre de plus rares exemples !

Mais longtemps auparavant, et presque aussitôt après sa découverte, une justice non moins éclatante lui avait été rendue par la Faculté. Le 10 février 1820, Percy, professeur de pathologie externe, donna sa démission, motivée sur son grand âge et de graves infirmités. Six candidats se présentèrent; mais au premier tour de scrutin, M. Roux obtint l'unanimité des suffrages, et sa nomination fut ratifiée le 8 mars par la commission royale d'instruction publique.

Malgré l'accroissement de labeur que lui imposaient ces foncions nouvelles, il n'en continua pas moins ses leçons cliniques, et même à partir de 1822, il devint l'un des collaborateurs les plus actifs du *Dictionnaire de médecine*. Il était passé de la Société de la Faculté à l'Académie de médecine. En 1825 il fut nommé secrétaire de la section chirurgicale, et chargé du compte rendu des années 1825-1826, qu'il lut dans la séance publique de 1828, le seul compte rendu qui figure dans les *Mémoires de l'Académie*. En 1827, il fut nommé vice-président, président en 1828. Il n'avait donc plus rien à attendre de ce côté, et il commença à tourner ses regards vers l'Académie des sciences, qui déjà l'avait couronné pour la staphylorapbie. Dès 1825, à la mort de Percy, il s'était mis sur les rangs ; mais il avait encore rencontré Dupuytren, qui, appuyé de l'influence de Charles X, avait été élu d'emblée par 41 suffrages. En 1829, à l'occasion d'une nouvelle vacance, il lut à l'Institut un double mémoire, dont la première partie était consacrée aux résections du coude ; la seconde d'un intérêt plus puissant encore, avait trait à ces grandes restaurations de la face, entrées aujourd'hui dans le domaine commun, mais que personne peut-être n'avait tentées jusqu'à lui avec autant de hardiesse et pour des cas aussi désespérés. Il avait été porté sur la liste de présentation *ex æquo* avec Larrey, son premier maître au Val-de-Grâce, et la lutte demeura indécise jusqu'au dernier moment. Pendant les deux premiers tours de scrutin, ils se partagèrent à peu près égale-

ment les suffrages; enfin, au ballottage, sur 51 votants, Larrey l'emporta de 5 voix. La place de M. Roux était dès lors marquée à la première élection, et en 1834, il succéda à Boyer, son beau-père, sans qu'il fût besoin d'un deuxième tour de scrutin.

Il était alors arrivé au point culminant de sa carrière. A cinquante-quatre ans, tous les honneurs, tous les titres qui peuvent couronner la plus belle vie chirurgicale, il les avait reçus; membre de la Légion d'honneur dès 1815, il avait été nommé officier de cet ordre en 1831, après dix années de passées dans la chaire de pathologie externe, il avait passé à la clinique, et la mort de Boyer le laissait désormais libre et entièrement maître à la Charité. Sa réputation ne pouvait plus grandir; la confiance publique s'attachait à lui de plus en plus, et à peine pouvait-il suffire à sa clientèle. Un seul homme le dépassait encore; mais, comme si la fortune eût voulu aller au delà de ses désirs et ôter de devant lui tout ce qui pouvait lui faire ombre, Dupuytren s'éteignit le 8 février 1835.

Les anciens avaient coutume de dire qu'il faut se méfier d'une prospérité trop constante, et que ces suprêmes faveurs du sort cachent quelquefois un piége. M. Roux allait en faire la triste expérience. Pour remplir la chaire vacante de Dupuytren, tous les prétendants s'effaçaient devant lui; l'opinion publique le désignait, la Faculté l'y appela. Peut-être aussi une secrète ambition l'y poussait lui-même; sa pensée se reportait avec complaisance à ce premier concours où il avait failli l'emporter sur Dupuytren, et pendant les longues années où, à la Charité, l'autorité ne lui était échue qu'en partage, peut-être avait-il plus d'une fois envié et poursuivi dans ses rêves la royauté despotique de l'Hôtel-Dieu. Cependant, au moment où le rêve touchait à la réalité, n'ayant plus qu'à étendre la main pour la saisir, il hésita, et durant plusieurs jours il se trouva saisi d'inquiétude et de trouble. Toutes ses habitudes, tous ses beaux souvenirs le rattachaient à la Charité; cet hôpital l'avait reçu petit et obscur, l'avait fait grand et célèbre, si bien qu'en France et par toute l'Europe son nom en était devenu en quelque façon inséparable. Là il était sûr de rencontrer toujours des visages souriants, des cœurs dévoués; l'amphithéâtre était rempli d'un auditoire fidèle; les murs mêmes avaient des échos amis. Irait-il, à son âge, abandonner cette position heureuse et sûre, et courir les aventures dans un autre hôpital, en pays inconnu? Toutes ces raisons avaient leur force; mais comme l'esprit humain est ingénieux à colorer des prétextes pour ce qu'il désire, il se répétait, d'un autre côté, qu'à tort ou à raison l'Hôtel-Dieu passait pour le premier hôpital du monde; que rester à la Charité c'était se résigner à un rang secondaire, et, cette considération dominant toutes les autres, il accepta.

Il ne fut pas longtemps à s'en repentir. Tout d'abord, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il y trouva la phalange compacte des internes de Dupuytren, portant au cœur et sur le front le deuil tout récent de leur maître, enthousiastes de sa mémoire, et, comme autrefois ces vieux soldats de l'empire, s'indignant de servir sous un autre drapeau. La foule des élèves, dominée par les mêmes regrets, ne montrait pas plus de sympathie. De son ancien auditoire, M. Roux avait à peine attiré avec lui quelques partisans fidèles; les autres étaient restés à la Charité, retenus d'abord par une longue habitude, mais bientôt par la parole entraînante et féconde de son heureux successeur. Il n'y avait pas jusqu'aux vieilles et sombres murailles du vaste amphithéâtre qui ne fissent contraste avec l'enceinte plus modeste, mais si propre, si bien éclairée de la Charité. Nous subissons l'influence de tout ce qui nous entoure. L'orateur le plus intrépide ne peut se défendre de quelque inquiétude en abordant une tribune nouvelle; la confiance en soi, ce premier garant du succès, se perd plus vite encore devant un auditoire hostile, et Cicéron lui-même, plaidant pour Milon, sentit défaillir son génie, quand, au lieu de la foule bienveillante accoutumée à l'applaudir, il aperçut le Forum occupé par les soldats de Pompée. M. Roux ne résista pas mieux à tant de circonstances contraires, et, pour la première fois, il se trouva au-dessous de lui-même. L'ascendant de Dupuytren l'emportait encore; on eût dit que sa grande ombre planait sur l'Hôtel-Dieu pour défendre jusqu'au bout son empire menacé et le théâtre de ses triomphes.

Ce n'était pas seulement une école étrangère qui s'implantait ainsi brusquement au lieu et à la place de l'autre; en ce qui touchait à la forme même de l'enseignement, rien de plus dissemblable que ces deux hommes. A la parole grave, lente et mesurée de Dupuytren, dont la bouche superbe ne s'ouvrait que pour rendre des oracles; à cette attitude pleine d'orgueil et de dédain, qui tenait la foule à distance et lui imprimait un respect mêlé de crainte, succédait une sorte de causerie amicale, familière jusqu'à l'enjouement, abondante jusqu'à la prodigalité, pleine de confidences et d'aveux. S'agissait-il d'une question de diagnostic? Là où Dupuytren, cachant ses faiblesses, ne laissait voir que le génie de la chirurgie, toujours sûr de soi, toujours infaillible, dût la vérité en souffrir, M. Roux montrait l'homme avec ses incertitudes et ses erreurs, dût en souffrir sa renommée, et, comme nous nous laissons facilement prendre aux apparences, celui qui confessait s'être trompé souvent paraissait bien inférieur à celui qui ne laissait pas soupçonner qu'il se fût jamais trompé. Il en était de même quant aux résultats pratiques. L'Hôtel-Dieu n'a jamais passé pour un hôpital propice aux grandes opérations, et, sans remonter plus haut, ceux qui avaient suivi de près la clinique de Dupuytren en savaient quelque chose. Mais Dupuytren n'aimait pas à étaler au grand jour tous ses revers, et, quand il avait à parler de choses depuis longtemps passées, par un heureux défaut de sa mémoire, les souvenirs de ses guérisons lui revenaient en foule, tandis qu'il conservait à peine une vague et douteuse réminiscence pour une partie de ses morts. Son successeur n'était pas accoutumé à tant de prudence, et ce fut là surtout ce qui le perdit. Sa loyauté devint une arme aux mains de ses ennemis, et l'on organisa contre lui une guerre sourde et perfide, à laquelle tout autre peut-être aurait succombé. Bientôt il ne fut bruit à l'Hôtel-Dieu que des revers de la clinique nouvelle; à en croire d'officieux rapporteurs, une mortalité effroyable décimait le service, et chaque opéré était d'avance enregistré parmi les morts. Sur quoi cependant se fondaient ces cruelles impostures? Peut-être M. Roux, trop confiant dans les ressources de l'art, ne se fiait pas assez à la nature; peut-être aussi était-il entraîné par ce penchant si naturel de se montrer avec tous ses avantages, et il n'était jamais si brillant que le couteau à la main. Mais avant, pendant, après l'opération, quelle recherche scrupuleuse de tout ce qui pouvait en assurer le succès, quelle sollicitude, je dirais presque quelle tendresse sur ses opérés! Il en perdait beaucoup; c'est un malheur commun en chirurgie; mais Dupuytren en sauvait-il donc davantage? Qu'auraient-ils dit ses imprudents adorateurs si, en les suivant sur ce terrain, on eût déchiré tous les voiles et poursuivi avec des chiffres authentiques ce périlleux parallèle? De 1818 à 1822, alors que Dupuytren retenait l'Hôtel-Dieu tout entier sous sa main, la mortalité des salles de chirurgie n'avait pas été au-dessous de 1 sur 15, et s'était élevée deux années au 11e et même au 10e. De 1837 à 1840, M. Roux dirigeant la clinique, la mortalité était descendue à 1 sur 17, un sur 18, 1 sur 19. Que si, serrant la lutte de plus près, on avait recherché qui des deux, dans des circonstances semblables, après des opérations semblables, avait eu le plus grand nombre de morts, il n'y avait qu'à se reporter aux journées de juillet 1830, où Dupuytren, sur 16 grandes amputations primitives, n'avait sauvé que 8 hommes; tandis que M. Roux, sur 10 amputations analogues, n'avait perdu que 3 opérés!

A Dieu ne plaise que je prétende avec ces seuls chiffres porter un jugement sur ces deux grands chirurgiens! Les problèmes de statistique chirurgicale ne sont jamais aussi simples. On peut avoir une série d'opérations heureuses contre-balancée plus tard par une série contraire; tous les hôpitaux n'offrent pas une salubrité égale; et dans le même hôpital le même chirurgien aura des résultats fort divers, selon qu'il sera chargé d'un plus ou moins grand nombre de malades, ce qui revient à dire que les forces humaines ont des limites. Dupuytren, tant qu'il voulut porter seul l'Hôtel-Dieu tout entier, se trouva insuffisant, et fléchit sous le poids; la simple division de son service immense en trois services suffit pour diminuer la mortalité. Mais ce que je puis et ce que je veux conclure, c'est que si Dupuytren l'emportait par d'autres côtés, du moins M. Roux n'aurait eu légitimement rien à craindre de la comparaison des résultats.

Toutefois, ces rumeurs perfides, habilement propagées, atteignirent en partie leur but; la confiance des élèves fut ébranlée, et des vides se remarquèrent bientôt dans l'amphithéâtre; il en perça même assez dans le public pour que l'effet s'en fît sentir jusque dans le cabinet du grand praticien. J'en ai trouvé la preuve irrécusable dans un document bien curieux qu'a laissé M. Roux, le seul de ce genre, jusqu'à présent dans les annales de la profession. Lorsqu'on étudie la vie de ces hommes éminents qui ont cultivé et agrandi le champ de la chirurgie, après avoir considéré leurs travaux avec étonnement, leurs œuvres avec une juste admiration, la curiosité va plus loin; on voudrait savoir ce que leur a valu toute une vie de labeur mise au service de l'humanité; on ne lit pas sans intérêt que Boyer à sa mort laissa un million, Dupuytren quatre millions, et que l'héritage d'A. Cooper, le nabab des chirurgiens, dépassait douze millions de francs. Mais ces trésors, lentement amassés, n'étaient pas le fruit unique de la clientèle, et la clientèle elle-même est singulièrement variable aux diverses époques de la vie. M. Roux avait arrêté pour chaque année, à partir de 1814, la note exacte du tribut que lui payait la confiance publique, et l'on aime à la voir grandir peu à peu avec sa renommée et

s'attester elle-même par des chiffres irrécusables. En 1814, à peine dépassait-il 11,000 francs; en 1817, après son premier cours d'anatomie chirurgicale, il atteignit 22,000 francs; en 1821, le nouveau professeur, l'inventeur de la staphyloraphie, arriva brusquement à 35,000 francs. Ce fut dès-lors une marche presque régulièrement ascendante jusqu'en 1833, point culminant, où il dépassa 76,000 fr. En 1835, époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, sa recette touchait encore à près de 70,000 francs; l'année suivante, elle tomba à 54,000, et ne se releva jamais depuis.

Ne laissons pas toutefois à la calomnie la joie de penser qu'elle a eu seule une pareille influence. M. Roux n'était pas de ces hommes que le premier revers abat. Après avoir d'abord plié sous le choc, il se releva plus fier et plus superbe. On peut bien le redire : Dupuytren mort, pas un de ses adversaires n'était de taille à lui faire face, et il les domina bientôt de toute sa vraie supériorité. Il lutta, il reconquit pied à pied sa popularité compromise. Il vit bientôt se presser autour de lui une nouvelle famille d'internes, respectueux et dévoués; l'amphithéâtre retrouva ses beaux jours et son affluence accoutumée. Malheureusement, de graves indispositions, qui l'affligèrent surtout de 1842 à 1845, le forcèrent à se relâcher de son zèle, et interrompirent le cours de sa prospérité renaissante. Il faut bien ajouter aussi que les conditions n'étaient plus les mêmes, et que la chirurgie avait subi à Paris une transformation qui rendait le succès plus difficile, même au prix des plus énergiques efforts.

Le règlement des hôpitaux avait détruit, dès 1829, l'autorité abusive des chirurgiens en chef; un arrêté du 2 mars 1831 en abolit jusqu'au nom. Les services de chirurgie se multiplièrent donc dans les hôpitaux; le concours rétabli et loyalement appliqué mit à leur tête des hommes capables et expérimentés, des jeunes gens surtout, pleins d'une ambition généreuse, tous voulant concourir aux progrès de la science, tous prétendant bien conquérir leur place au soleil. Au lieu de quatre ou cinq chirurgiens qui, en 1814, se partageaient la réputation et la clientèle, Paris eût pu aisément en dresser une liste double et triple; et, comme la liberté de l'enseignement n'était plus une contrariété pour une autorité ombrageuse, de toutes parts s'ouvraient des cliniques nouvelles : et à l'Hôtel-Dieu même un second amphithéâtre fut construit pour une clinique libre, ainsi érigée en face de la clinique officielle.

En d'autres temps, M. Roux eût applaudi à ce mouvement prodigieux; il avait admiré dans les hôpitaux de Londres cette division des services qui permettait à un plus grand nombre d'hommes éminents de *mettre à profit les mêmes occasions d'observer et d'agir*. Souvent, lorsqu'il était chirurgien-adjoint, il s'était plaint de sa dépendance; et enfin, élevé et grandi dans l'enseignement particulier, il s'en était constamment montré l'éloquent panégyriste et l'infatigable défenseur. Mais quant à l'Hôtel-Dieu il se trouva dépouillé de l'un des titres de Dupuytren, quand il vit l'un de ses élèves, Blandin, marcher de pair avec lui, faire des leçons non moins suivies que les siennes, élever tribune contre tribune, on l'entendit plus d'une fois regretter que le titre de chirurgien en chef eût été aboli; et, tout en persistant à vanter pour l'anatomie les bienfaits de l'enseignement particulier, on remarqua qu'il évitait d'en parler pour la clinique. S'il faut le dire, cette rivalité d'enseignement dans son hôpital lui était insupportable, et il n'eut pas toujours assez d'empire sur lui-même pour cacher le chagrin qu'il en ressentait.

Enfin, et pour comble, l'âge venait; et bien que sa vieillesse vigoureuse ne présentât au dehors aucun indice de décadence et conservât même quelques allures de jeunesse, ses indispositions réitérées l'avertirent que l'esprit et le corps demandaient un peu de relâche, et il eut la sagesse de comprendre cet avis. Le temps des vacances fut consacré à des voyages, soit à Londres, soit sur le continent, en Italie, en Espagne, en Belgique, en Allemagne, où il arrivait précédé de sa renommée, entouré bientôt du nombreux cortége des notabilités médicales empressées de voir le Nestor de la chirurgie française; hôpitaux, musées, écoles, il visitait tout, profitait de tout, et ces courses entreprises pour son plaisir tournaient encore au profit de la science. De même dans le cours de l'année scolaire, il prit un peu plus de loisir; sans négliger aucun de ses devoirs, soit à l'hôpital, soit à la Faculté, il laissa le courant de la faveur publique se détourner vers ses jeunes successeurs, sans rien faire pour l'arrêter, consacrant encore à la science tous les moments qu'il dérobait ainsi à la pratique. L'Académie de médecine, qui pour la deuxième fois l'avait porté à la présidence, admirait son assiduité aux séances; pas une discussion importante n'était soulevée qu'il n'y apportât le tribut de sa vaste expérience, et l'on se souvient de celle qui eut pour point de départ en 1847 son rapport sur quelques opérations de taille et de lithotritie. Après les communications verbales venaient les communications écrites, sur *les tumeurs anévrysmales des os*, sur *les exostoses*, sur *les anévrysmes artérioso-veineux* : c'étaient en quelque sorte les prémices d'un vaste travail dont il avait conçu le projet, dont il poursuivait l'exécution avec ardeur, et pour lequel il avait accumulé des matériaux immenses.

Dès 1813, alors que jurant sur la parole de Boyer, il croyait encore que le dix-huitième siècle avait clos l'ère des découvertes, une grande idée l'avait saisi : « Soumettre à des épreuves raisonnées toutes « les méthodes thérapeutiques ou opératoires, établir par les résul- « tats leurs avantages et leurs inconvénients, et fixer ainsi l'opinion « encore chancelante des praticiens, telle est, disait-il, la tâche prin- « cipale imposée au siècle qui commence. » Sans doute, il ne tarda pas à reconnaître que le dix-neuvième siècle avait encore autre chose à faire, mais cependant, resté fidèle à sa première idée, pour juger toute opération, toute doctrine, il s'enquérait des résultats; et l'on sait avec quelle insistance il sollicitait les partisans de la lithotritie de produire au grand jour leurs résultats, nets, complets, sans réserve; en un mot, tous leurs résultats. Afin de se mettre lui-même en mesure et de pouvoir prêcher d'exemple, dès 1811, il avait entrepris un travail colossal. Chaque matin, au lit des malades, il dictait ou écrivait de sa propre main l'histoire abrégée de tous les entrants. En outre, plusieurs élèves étaient chargés de dresser des tableaux complets de tous les faits du service. Pas une brûlure, pas une contusion, pas une plaie n'était omise; et toutes ces observations, tous ces tableaux étaient conservés dans de grands registres reliés, dont la série interrompue embrasse ainsi une période de quarante-quatre ans. Or, c'était cette mine immense qu'il se proposait de fouiller et d'épuiser. Il voulait, dans une longue suite de mémoires, donner le résumé de tout ce qu'il avait pu voir, observer, recueillir et faire dans sa vie chirurgicale.

Interrompue par la maladie, abandonnée au lendemain de la révolution de 1848, reprise aussitôt qu'il recouvrait ou la santé ou le calme d'esprit nécessaire, enfin, en 1853, cette œuvre était arrivée à maturité; la rédaction était achevée pour les deux premiers volumes, fort avancée pour le troisième et le quatrième, ébauchée pour le cinquième et le sixième, et il en annonçait d'autres encore, sans pouvoir fixer exactement lui-même l'étendue de la tâche qu'il s'était imposée. Il y travaillait avec cette ardeur impétueuse qu'il avait toujours mise au service de sa volonté, n'épargnant ni les soins ni les veilles, et déjà il avait fait tirer la préface et les seize premières feuilles du premier volume.

Mais il avait trop peu consulté ses forces. Le 2 janvier 1854, en se rendant à l'Académie des sciences, qui venait de l'appeler à la présider, il fut frappé d'une congestion cérébrale. Alors seulement le voile se déchira; ses collègues, ses amis, comprirent que le temps était passé pour lui des grands travaux et des longues espérances; ils lui défendirent ces dangereuses occupations. Mais il ne put même supporter ce repos nécessaire; après quelques jours, il voulut revoir ses épreuves, et quatre feuilles nouvelles, de la dix-septième à la vingtième, furent trouvées, après sa mort, chargées des dernières corrections de sa main défaillante. Une nouvelle attaque, plus violente que la première, lui enleva avec toutes ses facultés le regret de laisser son ouvrage inachevé, et il expira sans avoir repris connaissance, le 23 mars 1854.

Quel deuil universel excita cette perte, vous le savez, messieurs, vous y avez pris part; vous étiez dans le long et douloureux cortége qui l'accompagna à sa dernière demeure; vous avez entendu les suprêmes adieux adressés à sa dépouille mortelle au nom de l'Institut, de la Faculté, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, au nom des chirurgiens militaires, au nom de ses élèves; de ces discours prononcés sur sa tombe, je ne rappellerai qu'une chose, c'est que plusieurs furent interrompus par des larmes. On ne regrettait pas seulement le grand chirurgien, mais l'ami sûr et dévoué, le maître affable et bienveillant, le collègue aimable et affectueux, l'homme bon et loyal entre tous, qui n'avait point connu la haine, et de presque tous ses rivaux avait su se faire autant d'amis.

Je m'arrête ici, messieurs, non sans regret, non sans le secret désir de poursuivre et de laisser ainsi ma tâche moins imparfaite. Après avoir suivi M. Roux dans sa vie publique, j'aurais voulu le montrer dans sa vie intime et privée : tantôt, dans le silence du cabinet, donnant à son esprit tendu l'utile délassement des études littéraires; ou bien, dans une société choisie, égayant la conversation par les vives saillies d'une humeur enjouée; ou bien encore, dans un cercle plus étroit, s'abandonnant tout entier aux saintes affections de famille, qu'il recevait avec bonheur, qu'il rendait avec usure; j'aurais divulgué quelques-uns des secrets de cette âme aimante et dévouée; j'aurais dit comment, acquittant la dette de son enfance

envers l'excellente femme qui en avait été la protectrice, aussitôt la mort de son père il l'avait attirée près de lui, et lui avait prodigué jusqu'au terme d'une vieillesse presque centenaire les témoignages les plus touchants d'une reconnaissance filiale.

Puis j'aurais aimé à étudier le savant et l'écrivain dans ses ouvrages; j'aurais rassemblé, j'aurais réuni comme en une gerbe éclatante toutes les idées originales, toutes les heureuses inventions dont il a doté l'art. Enfin, en lui assignant la place éminente qu'il occupera dans l'histoire de la chirurgie, j'aurais essayé de devancer le jugement de la postérité.

Mais l'heure trop rapide s'écoule, et les lauréats attendent leurs couronnes. A vous donc, élite glorieuse de la jeunesse qui m'écoute, aux nombreux émules qui se promettent déjà de vous suivre, j'adresserai mes dernières paroles. La vie de M. Roux vous a montré jusqu'où l'on peut atteindre par le travail et la persévérance; montrez-vous dignes d'un tel maître; prouvez au monde que son exemple et ses leçons n'ont point été stériles. Il y a dans ses dernières pages un mot qu'il semble avoir tracé exprès pour vous: *Non, l'édifice de la science n'est point encore achevé; non, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites!*—Sachez-le bien, et fortifiez-vous dans cette idée, la science est jeune encore: elle date à peine de deux mille ans, et compte les siècles comme nous comptons les années; à peine si elle a revêtu d'hier sa robe virile. L'espace et l'air ne sauraient donc vous manquer. Le passé, c'est le fini; l'infini c'est l'avenir.

Le poëte latin a peint dans une vivante image les générations qui se succèdent, et semblables à des coureurs dans l'arène, passent de main en main le flambeau de la vie.

Nous aussi, amants de la science, nous avons quelque ressemblance avec ces coureurs. Les générations passées nous ont tendu son flambeau sacré, que nous devons transmettre aux générations nouvelles.

Heureux ceux qui ont pu le faire briller d'une plus vive lumière; et dans cette course indéfinie, le porter un peu plus en avant. A vous maintenant de le recevoir, pour le porter plus avant encore; et dans cette lutte généreuse, la seule où il soit beau et désirable pour nous d'être vaincus, puissiez-vous, comme jadis les enfants de Sparte, faire serment à vos maîtres que vous les dépasserez un jour!

(Ce discours a été accueilli par des applaudissements unanimes et prolongés.)

Document pour servir à l'histoire de la découverte de la circulation du sang.

Par M. L. Prangé,
vétérinaire à Paris.

Sans contredit, une des plus mémorables découvertes en anatomie et en physiologie fut celle de la circulation du sang. Depuis longtemps, des pages éloquentes ont redit avec intérêt toutes les péripéties émouvantes de ce glorieux enfantement de l'esprit humain. Mais, par un singulier concours de circonstances, plusieurs des hommes illustres qui contribuèrent pour une grande part à la connaissance exacte du cours du sang restèrent plus ou moins longtemps dans l'oubli. Les uns n'avaient point fait école; ils n'avaient point, par l'importance de leur réputation, groupé autour d'eux des élèves empressés à répandre leur découvertes. D'autres, modestes comme des hommes de génie, simples comme de grands inventeurs, n'eurent point la conscience de l'immense résultat qu'ils avaient contribué à faire obtenir. Il y en eut d'autres aussi qui, déposant dans des livres peu répandus le fruit de leurs méditations, laissèrent perdre l'occasion de vulgariser leurs idées. D'autres, enfin, ayant parlé de la circulation dans des livres étrangers à la médecine de l'homme, ne furent connus que plus ou moins tardivement.

Il est un inventeur dont le nom doit faire partie de cette pléiade illustre de noms qui se rattachent à la découverte de la circulation, et personne jusqu'à présent, en France, n'a mentionné Ruini, personne n'a dit toute la part qui lui revient dans la gloire de la découverte.

Ruini! ce nom rappelle une œuvre remarquable.

L'anatomie du cheval, base de l'anatomie vétérinaire, est exposée par cet auteur avac une grande méthode et une grande précision, et sans précédents, et d'emblée il la porta à un très-haut point de perfection. « Ce fut la meilleure monographie du XVIe siècle, » dit Cuvier. L'*Anatomie du cheval*, par Ruini, fut copiée par les auteurs des XVIIe et XVIIIe siècles, qui ne surent point imiter la méthode et la précision du sénateur de Bologne.

Si, maintenant, à ce jugement que la postérité ratifiera on ajoute que Ruini a décrit complétement la circulation, qu'il en a presque connu tous les détails, et qu'il les a clairement exposés dans son *Anatomie du cheval*, en 1590 (1), il faudra dire que Ruini, l'auteur de l'*Anatomie et des maladies du cheval*, est non-seulement une illustration vétérinaire, une gloire que nous devons tous nous empresser de revendiquer pour la profession, mais il faut croire aussi que cette réputation sortira de la sphère qui est la nôtre, et que dans l'histoire des sciences médicales Ruini devra occuper un rang des plus distingués. Pour avoir longtemps attendu la sanction de la postérité, sa part n'en sera pas moindre; et si le temps détruit tout, il n'attaque point la vérité; il semble, au contraire, lui donner du lustre et de la force.

Mais il est temps, enfin, que nous produisions sans commentaire le titre de noblesse scientifique de Ruini. Ajouter des commentaires à des lignes où tout porte, ce serait faire preuve d'une immodestie qui ne sera point la nôtre. Nous transcrirons donc les lignes suivantes, que nous traduisons de l'italien sur la première édition donnée à Bologne en 1590 :

Au chap. XII du liv. II, on lit: « L'office du ventricule droit est de préparer le sang, qui sert à engendrer les esprits de la vie et à nourrir les poumons; celui du ventricule gauche est de recevoir ce sang déjà préparé, d'en convertir une partie en esprits qui donnent la vie, et de le faire passer ensuite, par les artères, à toutes les parties du corps. Dans ces deux ventricules il y a deux ouvertures: par celle du ventricule droit entre le sang de la grande veine, ou veine cave, et sort par la veine artérielle; par celle du ventricule gauche entre le sang préparé dans les poumons; il y est amené par l'artère veinale. Ce sang arrive dans le ventricule gauche spiritueux et très-parfait; il en sort par la grande artère, qui le conduit dans toutes les parties du corps, pour les faire participer de la chaleur qui lui donne la vie. Il y a à l'orifice de chacune de ces ouvertures trois pièces appelées par les Grecs *ostiolis;* il y en a en dedans et en dehors. A l'orifice de la première ouverture, là où vient aboutir la veine cave dans le ventricule droit, il y a une membrane fine qui entoure l'ouverture; cette membrane se dirige un peu vers le fond du ventricule; elle se divise en trois parties qui se terminent en pointe de triangle. Un peu au-dessous de cet endroit du ventricule et de chacune de ces pointes partent des filets nerveux qui vont s'insérer sur les parois du ventricule vers sa terminaison; ils s'attachent sur les membranes et à la susbtance du cœur.

« Ces membranes ainsi disposées, en s'ouvrant et en se fermant alternativement, permettent au sang, lorsque le cœur se dilate, d'entrer de la grande veine dans le ventricule droit, et lorsqu'il se contracte, d'empêcher que ce sang ne sorte par la veine artérielle et ne retourne dans la veine cave. La membrane qui existe aussi à la seconde ouverture du même ventricule droit, où vient s'attacher la veine artérielle, n'est pas d'une seule pièce; elle est divisée en trois parties très-distinctes qui ont la forme d'un demi-cercle; elles sont situées à l'origine de la veine artérielle. En s'ouvrant, ces trois membranes laissent sortir le sang par la veine artérielle, qui le conduit aux poumons, et elles empêchent que par la veine artérielle, ouverte de nouveau, il ne retourne dans le ventricule droit.

« De la même manière à peu près qu'à la première ouver-

(1) L'ouvrage de Harvey : *De motu cordis et sanguinis in animalibus*, porte la date de 1628.

ture du ventricule droit, est placée une membrane, au niveau de la première ouverture du ventricule gauche, au point d'attache de l'artère veinale ; elle ne se divise pas en trois parties, comme la première, mais en deux seulement; elles sont très-larges supérieurement et se terminent en une pointe épaisse qui descend plus bas que les extrémités des membranes du ventricule droit; elles sont aussi plus étendues et plus fortes. L'une occupe le côté gauche, l'autre le côté droit du ventricule. Quand le cœur se dilate, elles s'ouvrent et laissent entrer le sang et les esprits de l'artère veinale dans le ventricule gauche; et quand le cœur se contracte, elles empêchent que le sang et les esprits ne retournent dans l'artère veinale.

« Aux trois membranes de la seconde ouverture du ventricule droit correspondent les trois qui sont placées à l'orifice de la seconde ouverture du ventricule gauche, où s'attache la grande artère; elles sont tout à fait semblables entre elles, seulement elles sont plus grandes et plus fortes, comme aussi est plus grande et plus forte la grande artère que la veine artérielle Lorsque le cœur se contracte, ces membranes s'ouvrent et laissent sortir l'esprit vital avec le sang, qui passe avec impétuosité dans la grande artère; et lorsqu'il se dilate, elles empêchent, en fermant l'ouverture, que l'esprit et le sang ne rentrent de nouveau dans le ventricule.

« Le cœur a, de plus, à sa base deux oreillettes, une à gauche, l'autre à droite; elles sont formées de la même substance, un peu plus molles et creuses en dedans; la droite est plus grande que la gauche. Elle ont été placées là pour protéger la veine cave et l'artère veinale, qui n'auraient pu supporter, sans être exposées à se rompre, l'impétuosité des battements du cœur si rapides pendant la contraction et l'expulsion. »

Nous croyons que bientôt pleine et entière justice sera rendue à Ruini, et nous nous estimerons heureux d'avoir pu contribuer à tirer de l'oubli un titre aussi important que celui que nous venons d'exposer.

Calcul vésical volumineux; lithotritie; plus de trente séances; arrêt de calculs de la portion membraneuse de l'urètre; boutonnière, etc.; guérison.

Par le docteur J. Bollaert (de Bergues).

Jean Beck, de Coudekerque (près Dunkerque), trente-six ans, garçon journalier (laboureur), malade depuis l'âge de vingt ans.

La maladie s'est déclarée par des douleurs au périnée en travaillant. Plus tard, douleurs en urinant. Jamais d'hématurie. Les douleurs se faisaient surtout sentir dans le décubitus dorsal; le malade avait la sensation d'un corps pesant dans le bassin. Lorsqu'il devait uriner, et surtout quand la vessie était presque vidée, les douleurs étaient atroces, intolérables. Ce malheureux se sauvait dans les champs pour ne pas troubler les voisins par ses cris. Plusieurs fois il fut traité pour un catarrhe vésical. Après quelques jours de repos, quelques bains, l'usage de tisanes, les douleurs se calmaient, pour reparaître aussitôt qu'il voulait reprendre ses occupations. Depuis six mois, il avait été forcé de suspendre tout travail. Malgré cela, l'état physique était encore assez satisfaisant.

État actuel. Juillet 1853. Constitution assez robuste; bon état général; moral satisfaisant. Symptômes ordinaires d'un calcul vésical. Douleurs en urinant, et surtout après l'émission des urines; pesanteur au fondement, au périnée; envies fréquentes d'uriner; douleurs au bout de la verge, etc., etc. Le cathétérisme est pratiqué, la sonde rencontre de suite un calcul volumineux, libre, dans la cavité vésicale.

15 août. *Première séance de lithotritie.* On cherche à saisir la pierre à plusieurs reprises, on la pince toujours par son grand diamètre, et les mors de l'instrument glissent et ne râclent que la superficie. Les tentatives sont continuées pendant trois quarts d'heure; quelques légers accès de fièvre intermittente; bain; sulfate de quinine.

Deuxième séance, quatre jours après. La fièvre a cessé; le calcul est saisi, serré à l'aide de l'archet, et l'on percute pendant un quart d'heure avec le maillet. Pendant quatre à cinq jours, il sort quelques parcelles de la superficie du calcul (cinq à six morceaux), facilement reconnaissables, lisses sur leur face convexe, de couleur brun jaunâtre; fièvre; même traitement.

Troisième séance, huit jours plus tard. Pendant une demi-heure, on fait des tentatives pour saisir le calcul sans pouvoir y parvenir. Presque pas de fièvre; bain.

Quatrième séance, quatre jours après. Le calcul est saisi, serré entre les mors du brise-pierre, à l'aide de l'archet. L'ouverture de l'instrument mesure 40 millimètres; on percute pendant une demi-heure. Ils ont quelques fragments, comme la première fois. Pendant quatre à cinq jours, fièvre à type intermittent; bains; sulfate de quinine.

Cinquième séance, huit jours plus tard. La pierre est encore saisie par son grand diamètre; l'instrument est encore ouvert de 40 millimètres, mais le calcul est retenu par les branches de l'instrument. Percussion pendant trois quarts d'heure. On sent que le calcul se brise, et qu'il y a un grand nombre de fragments; il sort beaucoup de morceaux par l'urètre.

Deux ou trois jours après, le malade est pris d'une fièvre très-grave, très-intense, qui dure pendant huit jours. Douleurs intolérables au col de la vessie. Ecoulement purulent par l'urètre; on sort de ce canal un assez bon nombre de morceaux de calculs, retenus à la fosse naviculaire. On brise quelques fragments avec la pince à disséquer; on essaie d'en extraire d'autres, dans la portion spongieuse, avec la pince à deux branches, mais sans succès; on a recours à la curette articulée, on parvient à débarrasser la fosse naviculaire.

L'écoulement purulent continue, mais les douleurs diminuent. En promenant le doigt, d'arrière en avant, le long du canal, on sent quelques fragments qui paraissent assez volumineux, et qui sont arrêtés dans la portion membraneuse. Le malade urine tout de même sans trop de difficulté.

Pendant deux mois, on fait bon nombre de tentatives pour retirer les calculs, soit avec la pince à deux branches, soit avec la curette articulée. Vers cette époque, un des fragments est saisi, mais il est trop large pour franchir le canal, et il résiste aux tentatives de broiement. On pratique une boutonnière à l'urètre, et par cette boutonnière on peut retirer trois morceaux de pierre. L'un n'a pas moins de 3 centimètres de long sur 2 de large, et a la forme d'un cœur. Les deux autres sont un peu plus petits. Le canal est libre alors. On introduit une sonde en gomme élastique, qui reste à demeure pendant cinq jours; la boutonnière est cicatrisée.

On laisse le malade tranquille pendant un mois pour que ses forces se rétablissent et que la cicatrice se solidifie.

On fait alors *une nouvelle séance* de lithotritie; on saisit et on broie bon nombre de fragments, les uns ont encore 30 millimètres de diamètre. La percussion est encore continuée pendant une demi-heure. Après cette séance, il sort beaucoup de morceaux de pierre. Pour faciliter la sortie de quelques-uns, on emploie la pince à disséquer et la curette.

Huit jours après, nouvelle séance. Sortie de nouveaux fragments.

Quelques jours plus tard, on sent de nouveaux calculs dans la portion membraneuse. On a recours, sans résultat, à la pince à deux branches et à la curette articulée; on est menacé de devoir pratiquer une seconde fois une boutonnière. Mais, après avoir réfléchi au volume des fragments qui ont été ex-

traits la première fois, on cherche à broyer ceux-ci avec le brise-pierre à cuillère. Après plusieurs tâtonnements, on parvient à les saisir et à les briser.

Une nouvelle tentative de lithotritie huit jours après; de nouveaux calculs s'arrêtent dans l'urètre, ils sont encore broyés en plusieurs fois. Il ne survient plus d'accès de fièvre.

A partir de ce moment, on n'emploie plus, pour broyer les fragments dans la vessie, que le brise-pierre à cuillère, et l'on fait trois ou quatre séances à huit jours d'intervalle.

Au mois de mai 1854, nouvel arrêt d'un fragment dans la portion membraneuse; il est encore saisi avec le brise-pierre à cuillère et broyé, après plusieurs séances.

Il reste encore quelques fragments dans la vessie, qui sont broyés, et rejetés par les urines.

Trois ou quatre explorations sont faites, on ne sent plus rien dans la vessie.

Le 1er juillet, le malade reprend ses occupations. Il éprouve souvent le besoin d'uriner, et la vessie ne peut pas contenir une grande quantité de liquide. Au bout d'un mois, tous les symptômes ont disparu et la santé est parfaite. La guérison s'est toujours parfaitement maintenue.

Il est sorti une poignée de fragments de volume variable. Le calcul est formé d'acide urique.

Cette observation est remarquable à bien des titres (1) : par le volume du calcul, — la difficulté qu'on a rencontrée pour le saisir et le broyer, — les nombreuses tentatives qui ont été faites, — la boutonnière qu'il a fallu pratiquer, — le volume des calculs retenus plusieurs fois dans le canal, sans empêcher l'émission des urines, — la possibilité de broyer d'autres fragments dans l'urètre avec le brise-pierre à cuillère ordinaire, — les accidents fébriles qui ont disparu dans la dernière période du traitement, etc.

(1) Je ne fais qu'énumérer les considérations qui ressortent de la lecture de cette observation. Ce n'est pas la première fois que nous avons à adresser nos félicitations à M. le docteur Bellaert. (*N. du R.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Infirmerie des Invalides. — M. Faure.

Pleurésie avec épanchement. — Gangrène des extrémités.

On a appelé dans ces derniers temps l'attention sur quelques cas fort curieux de gangrène; et on en a donné une explication ingénieuse qui néanmoins reste encore à l'état très-problématique; je me plais à espérer que, outre l'intérêt résultant de sa rareté, le cas suivant jettera quelque jour sur les faits remarquables auxquels je fais allusion.

Fossey, soldat invalide de la 3e division, âgé de soixante-six ans entra le 27 septembre, à l'infirmerie, pour y être traité d'un rhume qui durait, disait-il, depuis quinze jours. Il en ignorait la cause. Il n'avait pas de point de côté et n'en avait pas eu : seulement de la toux et quelques crachats. La percussion donna un son clair dans toute l'étendue des deux poumons. L'auscultation faite avec soin par M. le docteur Faure, médecin principal, décela quelques râles muqueux peu abondants, pas de souffle, pas de frottement, pas de respiration bronchique ni retentissement de la voix prononcé. Les bruits du cœur distincts mais sourds se laissaient percevoir dans une très-grande partie du côté gauche; la matité était très-étendue; le pouls était lent et mou. Pas d'œdème aux membres inférieurs. Rien du côté du tube digestif, l'appétit s'était conservé. — *Traitement :* soupe, eau gommeuse, potion gommeuse et potion laudanisée.

Le malade suivit ce traitement pendant quatre ou cinq jours, et à chaque visite, ses réponses furent toujours satisfaisantes, la toux avait diminuée et pas de fièvre.

Cependant vers le 6 octobre, il commença à se plaindre de douleurs vagues dans les membres inférieurs, aux pieds surtout qui restaient froids, mais sans changement de couleur, puis malgré les boules d'eau chaude, les flanelles, les couvertures, etc., la chaleur ne reparut pas, et bientôt les pieds prirent peu à peu une coloration violacée qui subsista jusqu'à l'apparition des phlyctènes. Nous en recherchâmes la cause dans le cœur sans examiner les poumons, mais nous ne trouvâmes aucun symptôme autre que ceux que j'ai signalés plus haut; d'ailleurs l'état général était assez bon, le malade continuait à manger le quart, digérait passablement, toussait très-peu et ne se plaignait pas. Son état fut ainsi stationnaire jusqu'au 9 octobre. Fossey alors sans éprouver le plus léger changement apparent dans sa situation; sans accuser surtout la moindre dyspnée qui ait pu faire soupçonner une lésion du côté de l'appareil respiratoire, refusa ses aliments habituels. Il ne voulut plus qu'une demi-panade matin et soir; puis il s'affaiblit peu à peu et tomba dans un état de somnolence presque permanent dont on le tirait à peine pour le faire manger. Le nez, les oreilles se colorèrent, puis les pieds bleuirent, les deux premiers orteils se mortifièrent à l'extrémité : l'altération des traits se prononça davantage; enfin la mort arriva le 17 octobre.

Examen cadavérique. — L'aspect général du cadavre n'a présenté rien de remarquable, sinon la coloration déjà signalée des extrémités, pieds, mains, nez, oreilles.

J'ai ensuite ouvert la cage thoracique.

1° *Côté droit.* — La cavité pleurale droite était divisée en deux vastes compartiments par une fausse membrane transversale, espèce de diaphragme, située vers la partie moyenne. Ces deux larges poches remplies d'une sérosité jaunâtre, au milieu de laquelle nageaient libres de nombreux flocons pseudo-membraneux, refoulaient le poumon vers la ligne médiane, et s'opposaient ainsi au libre exercice de ses fonctions. Des tractus multiples irréguliers de même nature, adhérents par leur base à la paroi interne, flottaient dans leur cavité. Les plèvres pariétales et viscérales, dépouillées par le grattage de leur dépôt fibrineux, nous apparurent rugueuses et sillonnées de nombreux vaisseaux sanguins. Elles avaient l'aspect grenu d'une séreuse atteinte d'une inflammation aussi vive qu'étendue.

Le poumon avait perdu par cette compression la moitié de son volume normal, mais n'était cependant pas arrivé à l'état de carnification qu'on observe dans les épanchements pleurétiques très-abondants et longtemps prolongés. La respiration s'y faisait encore, quoique d'une manière fort incomplète. J'ai recherché ensuite s'il n'y avait pas de point hépatisé dans le poumon; je n'en ai rencontré aucune trace. Il était crépitant et surnageait à demi dans tous ses points. A la section, il s'échappe du sang infiltré, comme il arrive dans les engouements pulmonaires. La muqueuse bronchique était violacée, mais il y avait peu de mucosités obstruant leur calibre, et la sécrétion n'était ni visqueuse, ni adhérente à la muqueuse.

2° *Côté gauche.* — De ce côté, siége également de la même lésion pathologique, il n'existait qu'une seule cavité remplie d'un liquide identique à celui du côté droit. Ce kyste était situé à la base et en dehors du poumon; même état de la plèvre, même sécrétion pseudo-membraneuse, mêmes tractus fibrineux, etc. A partir de la cinquième côte, en remontant, les plèvres costales et pariétales étaient adhérentes entre elles par l'interposition d'une pseudo-membrane épaisse d'un demi centimètre, qui allait en s'amincissant, à mesure que nous approchions du sommet du poumon. Quant à cet organe, il était sans trace d'inflammation, mais rétréci comme celui du côté opposé; même état des bronches du cœur. — Le cœur était hypertrophié; sa circonférence pouvait atteindre 0,30 centimètres à la base des ventricules. Les parois ventriculaires, surtout du côté du côté gauche, étaient épaissies. La consistance était normale. Les cavités étaient remplies par des caillots sanguins noirs de nouvelle formation. Les valvules saines ne présentaient même pas ces dépôts cartilagineux que j'ai l'habitude de rencontrer chez nos vieux malades; elles conservaient très-bien l'eau versée dans les conduits artériels.

Artères. — L'aorte à son origine, dans toute sa courbure et ensuite dans tout son trajet, n'a offert aucune trace de dépôt cartilagineux : c'était même une exception remarquable. Ces lésions, en effet, sont, pour ainsi dire, constantes dans toutes les autopsies des Invalides qui succombent avec un peu d'hypertrophie du cœur. J'ai ouvert l'artère crurale du côté gauche et la tibiale postérieure, jusqu'à ses divisions en plantaires et je n'y ai trouvé ni inflammation ni ossification;

elles étaient partout saines. Je n'ai point poussé plus loin mon investigation, persuadé que là n'était point la cause de la gangrène, du reste je vais revenir sur ce point.

Je n'ai point vu aucune lésion digne d'être signalée dans les organes abdominaux. Quant à la gangrène des doigts du pied gauche, la phalangette du second orteil était complétement désorganisé; l'épiderme était détaché aux quatre autres. Le pied droit n'avait encore que la coloratiou brune, mais sans gangrène.

Cette observation de pleurésie m'a vivement frappé sous le triple rapport de son invasion, de sa marche et enfin de son influence sur la circulation en général.

1° Fossey fut examiné plusieurs fois avec le plus grand soin par M. Faure, médecin traitant, et par moi, et ni l'un ni l'autre n'eûmes à constater de signes pleurétiques, même les plus légers, comme je l'ai dit plus haut. Pendant toute la durée de son séjour à la salle Saint-Louis, rien ne put nous faire supposer l'invasion de cette nouvelle affection. Le point de côté qui, chez l'adulte, en est pour ainsi dire le premier signe, n'exista pas, au moins ne nous fut pas signalé. Le malade toussait peu et était presque sans fièvre. Son appétit même s'était à peu près conservé, puisque, jusqu'au 9 octobre, il mangeait le quart d'aliments; depuis, il ne demanda que la demi-panade. Etait-ce à ce moment que se développait la pleurésie? je le suppose; car, à partir de cette époque, son état alla constamment en s'aggravant: faiblesse, somnolence, gangrène. Cette invasion latente ne peut trop attirer l'attention : chez les vieillards, la plupart des maladies, surtout celles des organes thoraciques, manquent d'une partie des symptômes avec lesquels elles se montrent chez l'adulte; le plus souvent cependant elles se traduisent avec le même sujet, mais considérablement modifiés.

2° Si cette pleurésie a été remarquable par son invasion, elle ne l'a pas été moins par la rapidité de son évolution et de son étendue. Les deux cavités pleurales ont été obstruées, dans l'espace de quelques jours à peine, par l'énorme produit pseudo-membraneux dont j'ai parlé. Et si la date que j'ai donnée ci-dessus n'était pas exacte, le début n'a pas dû en être très-éloigné; le peu d'adhérence de ces fausses membranes, leur organisation incomplète et la couleur citrine de la sérosité, au milieu de laquelle flottaient des flocons détachés des parois, me font adopter cette hypothèse.

3° Enfin on ne peut, selon moi, assigner d'autres causes à la gangrène qui s'est emparée des extrémités, et s'il en eût existé, on n'aurait pu les chercher que dans le cœur ou dans le système artériel. L'examen symptômatique, d'abord, n'a rien fourni qui ait pu le faire admettre d'une manière sûre : l'autopsie, ensuite, est venue la faire rejeter. Dans les cas de gangrène spontanée chez les vieillards, on ne trouve aucune cause déterminante que des artérites, des ossifications du système artériel ou des causes générales inconnues. Je n'ai point trouvé de traces d'inflammation dans les artères, malgré l'examen attentif que j'en ai fait. Je me suis du reste arrêté aux plantaires, que je n'ai pas, il est vrai, examinées. Mais peut-on supposer que là seulement était le siége de la phlegmasie? Il en aurait existé quelque trace dans les artères principales. Puis il faudrait admettre, en outre, que non-seulement celle des membres inférieurs étaient prises, mais encore celles du nez, des oreilles et du membre supérieur. Ces régions diverses, en effet, étaient rouges, violacées, refroidies et douloureuses; en un mot, admettre une artérite générale dans ces parties.

Quant à l'ossification, il ne serait pas plus rationnel de supposer son existence seulement bornée aux subdivisions des plantaires, des artères de la main, de celles du nez, des oreilles, sans qu'il ait existé la moindre granulation, non-seulement dans les artères principales, mais même dans l'aorte.

Il reste donc les causes inconnues, les influences générales qui, sans leur intervention, rendent dans certains cas l'apparition de la gangrène inexplicable. Mais à quoi bon y recourir ici, comme le ferait un médecin fort distingué à qui j'ai eu l'occasion de parler du fait qui nous occupe, quand nous en trouvons une toute rationnelle et que je crois la seule vraie; car, pour moi, la pleurésie seule, par l'accumulation de ses produits pseudo-membraneux dans les deux cavités pleurales, a produit tous les accidents que nous avons observés. Les deux poumons ont été comprimés, et les conséquences de cette compression ont été :

1° Le passage difficile, peut-être impossible de l'air dans toutes les parties des deux poumons, et surtout son accès jusqu'aux vésicules.

2° L'abord incomplet du sang à ces mêmes vésicules; de là, hématose insuffisante.

3° Retour au cœur, par les veines pulmonaires, de ce même sang, et, enfin, sa projection dans tout l'arbre circulatoire; ajoutons encore la gêne générale de la circulation, et nous trouverons alors la raison d'être de la somnolence dans laquelle Fossey a été plongé, du refroidissement lent et graduel, enfin, de la mortification des extrémités.

Docteur BILLARD.
Médecin auxil. de l'Hôtel des Invalides, médecin de la maison de S. A. I. le prince Napoléon.

BIBLIOGRAPHIE.

— *Quelques considérations pratiques pour servir à l'histoire de la suette et du choléra*, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854, par le docteur A. FOUCART. (Extrait du mémoire lu à l'Académie impériale de médecine le 23 janvier 1855, pour faire suite et servir du complément au *Traité pratique de la* SUETTE MILIAIRE, 1854, du même auteur.) Brochure in-8° de 48 pages. Paris, 1855. Chez *Labé*, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix, 1 fr. 50 c.

— *Système de gymnastique de chambre* médicale et hygiénique, ou représentation et description des mouvements gymnastiques, n'exigeant aucun appareil ni aide, suivi d'applications à diverses affections, par le docteur D.-G.-M. SCHREBER, directeur de l'Institut orthopedique de Leipzig. Broch. in-8°. Paris, 1856; chez *Victor Masson*, 17, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix, 2 fr. 50 c.

— *Instituts de médecine pratique de Jean-Baptiste Borsieri* de Kanifeld, traduits et accompagnés d'une étude comparée du génie antique, et de l'idée moderne en médecine, par le docteur Paul-Emile CHAUFFARD. 2 volumes grand in-8°, contenant : tome I, de 640 pages, *Des fièvres*, tome II, de 540 pages, *Des maladies exanthématiques fébriles*. Paris, chez *Victor Masson*, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 17. Prix, 16 fr.

—En vente au bureau du MONITEUR DES HOPITAUX : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique*; les *Gastralgies*; les *Entéralgies*; la *Dyspepsie*; l'*Hypocondrie*.— Prix : 2 fr.

— Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des *Rétrécissements de l'urètre*, par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — Broch. in-8, avec planche. — Prix : 1 fr. 25 c.

— Viennent de paraître :
Recherches cliniques sur les *Maladies du cœur*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur BOUILLAUD, par M. le docteur Ernest AUBURTIN, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris;
Précédées de Considérations de philosophie médicale sur le *vitalisme*, l'*organisme* et la *nomenclature médicale*, par M. le professeur BOUILLAUD;
Paris, chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12; 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 141. 3e année. Lundi 26 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal parait 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Orthopédie de la main.

Par M. le docteur Duchenne, de Boulogne.

(*Communiquée à l'Académie de Médecine.*)

M. Duchenne de Boulogne, présente à l'Académie un malade, M. Dumas de Bourges, âgé de trente-deux ans, chez lequel une atrophie limitée à quelques muscles de chaque éminence thénar gène ou abolit les principaux usages des deux mains.

Du côté gauche, le court abducteur et l'opposant du pouce sont détruits. Le sujet oppose encore cependant son pouce à tous les doigts à l'aide de la portion externe de son court fléchisseur qui, en même temps, étend sa dernière phalange. Mais privé de son court abducteur, il ne peut incliner son pouce assez en avant pour mettre son extrémité en rapport avec celle des doigts fléchis sur les métacarpiens, comme pour tenir une plume, un crayon, une aiguille, etc. Il n'y parvient qu'en plaçant les premières phalanges des doigts dans l'extension et leurs dernières dans la flexion. Il en résulte une très-grande gêne pour les usages de sa main gauche.

Du côté droit, le malade a perdu, en outre le court abducteur et l'opposant, le court fléchisseur du pouce. Quand il veut opposer son pouce au doigt, on voit les deux phalanges de son pouce se fléchir par la contraction de son long fléchisseur, mais son premier métacarpien reste presque immobile. Les troubles fonctionnels de sa main droite sont les mêmes que ceux de sa main gauche ; seulement ils s'y montrent à un degré plus prononcé. Ainsi le malade qui est élève de l'Ecole des Beaux-Arts et sculpteur sur bois, ne peut ni dessiner, ni diriger son compas, ni se servir de ses outils ; il écrit avec une grande peine et seulement en plaçant sa plume entre l'index et le médius.

En somme l'état de ses mains le mettait dans l'obligation d'abandonner son établissement (il est fabricant de meubles sculptés), quand il est venu réclamer les soins des praticiens de Paris.

M. Duchenne de Boulogne, se croit fondé à espérer que l'affection dont ce malade est atteint (l'atrophie musculaire graisseuse progressive qui, on le sait, tend ordinairement à se généraliser) restera localisée dans les muscles aujourd'hui atrophiés. Malheureusement ces derniers lui paraissent en grande partie graisseux, ce qui ne lui permet pas d'attendre des résultats avantageux de l'application de l'électrisation, surtout à la main droite.

Cependant les fonctions de ses mains ont été rétablies à l'aide d'un moyen mécanique d'une grande simplicité ; c'est ce point de mécanique thérapeutique qui est le sujet de la communication de M. Duchenne de Boulogne.

Eclairé par les notions nouvelles qui ressortent de ses recherches électro-physiologiques sur la main, cet expérimentateur a imaginé un appareil qui remplace parfaitement l'action des muscles atrophiés.

En voici la description : un doigt de gant coiffe le pouce malade et une manchette en cuir est lacée sur l'avant-bras de ce côté. Un tendon fixé sur ce doigt de gant au niveau de l'extrémité postérieure du pouce glisse dans une coulisse en passant sur la face postérieure de l'articulation de la première et de la seconde phalanges, puis il remonte obliquement sur le côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne et de l'éminence thénar pour sortir de sa gaîne au niveau de l'attache supérieure du court abducteur du pouce. En tirant sur ce tendon le premier métacarpien exécute son mouvement d'opposition, la dernière phalange du pouce s'étend et la première s'incline latéralement de manière que le pouce est opposé aux deux premiers doigts. C'est l'action propre du court abducteur du pouce, le plus utile des muscles de l'éminence thénar, selon M. Duchenne de Boulogne.

Cet expérimentateur rappelle ce petit appareil, *court abducteur artificiel du pouce*, qui n'est, dit-il, qu'une imitation de la nature ! (Ici M. Duchenne de Boulogne rappelle les ingénieuses dispositions anatomiques en vertu desquelles les muscles de l'éminence thénar, excepté l'opposant, produisent l'extension de la dernière phalange en même temps qu'ils exécutent l'opposition du pouce, cette extension de la deuxième phalange ne pouvait être confiée au long extenseur du pouce, qui est antagoniste de l'opposition.) Pour mettre en action le court abducteur artificiel, on attache son extrémité libre à un ressort à spirale ou à une bande en caoutchouc vulcanisé que l'on fixe à un bouton cousu à la face antérieure de la manchette en cuir, et dont on gradue la tension.

M. Duchenne de Boulogne dit avoir rétabli l'usage de la main, à l'aide de ce même appareil, chez des ouvrières qui étaient atteintes de la même atrophie des muscles de l'éminence thénar, entre autres chez une jeune ouvrière qui lui avait été adressée en 1854, par M. Nélaton, et qui, depuis qu'elle fait usage de son appareil, conduit son aiguille avec autant d'habileté qu'auparavant.

Mais M. Dumas use ou déchire si vite, avec ses outils, le gant de la main droite, que M. Duchenne a dû le remplacer par un appareil plus simple. Il consiste en un tube de caoutchouc vulcanisé qui embrasse l'extrémité supérieure du premier métacarpien, à la manière d'un anneau, et remonte obliquement vers le bord interne du poignet autour duquel il s'enroule. Le caoutchouc est tendu plus ou moins, et l'avant-

bras est garanti de sa compression par une manchette en cuir. Depuis six mois, M. Dumas se sert de cet appareil pour écrire, dessiner, conduire son compas, etc. L'Académie l'a vu fonctionner à merveille. Cependant M. Duchenne fait observer qu'il a des inconvénients: 1° Il exerce une compression circulaire sur un point trop limité du pouce et gêne en conséquence la circulation; 2° il a peu d'action d'extension sur la dernière phalange. — Il ne peut suffire pour le travail à l'aiguille.

M. Duchenne dit en terminant que le fait qu'il vient de communiquer à l'Académie n'est qu'un exemple des applications qu'il a déjà faites d'une méthode ancienne et trop négligée (de l'orthopédie à force élastique (1)) au traitement de plusieurs affections atrophiques ou paralytiques de la main, d'après les données qui découlent de ses recherches électro-physiologiques sur la main. C'est ainsi qu'il a pu remplacer l'action de muscles interosseux atrophiés au moyen de tendons artificiels agissant par l'intermédiaire d'un gant, à la manière de ces muscles. Pour donner une idée du mécanisme de l'appareil des muscles interrosseux artificiels, il met sous les yeux de l'Académie une main en bois, dont les doigts et les phalanges articulés exécutent des mouvements simples et composés comme la main vivante, sous l'influence de ces muscles artificiels qu'il met en action.

Les appareils dont il vient d'être question rendent à la main paralysée ou atrophiée partiellement les usages qu'elle a perdus; ils sont très-peu dispendieux; ils sont si simples, que les malades les ont confectionnés eux-mêmes.

(1) Pendant longtemps les ressorts métalliques ont été seuls appliqués à cette méthode d'orthopédie. En 1852, M. Rigal les a remplacés par le caoutchouc vulcanisé. C'est une heureuse idée. Mais on comprend, dit M. Duchenne de Boulogne, qu'il ne s'agit pas ici de la substitution du caoutchouc aux ressorts métalliques.

Du degré constant de la chaleur animale, considéré dans l'homme comme loi de la santé, des effets morbides produits par les variations de cette chaleur, et des applications à en déduire pour la thérapeutique.

Par M. le docteur WANNER.

(Voir les numéros 119 et 123.)

A l'appui de cette théorie, viennent se présenter les observations que nous a fourni notre pratique depuis 1846, ainsi que la certitude expérimentale que nous avons acquise de triompher de toute fièvre typhoïde, dont la date d'invasion ne dépasse pas sept jours.

Nous ignorons si plus tard nous perdrons des malades, et si ce succès est appelé à recevoir des démentis, ce que nous pouvons affirmer de la manière la plus positive, c'est que depuis neuf ans que nous employons ce traitement, nous avons toujours vu nos malades pris à pareille date guérir indistinctement en huit ou dix jours, et, chose bien remarquable, sous l'action de ce traitement, le malade n'éprouve aucun délire, sa figure ne perd jamais son expression d'intelligence, et enfin c'est à peine s'il a une convalescence.

Nous avons eu occasion de soigner plusieurs malades affectés de variole, qui nous ont démontrés combien cette maladie était bénigne par l'emploi de ce traitement. Qu'il nous soit permis de rapporter cette observation que le hasard nous a offert. Appelé à donner nos soins à madame Provost, marchande de vin, place de Grève, nous fûmes prié par elle de visiter un de ses garçons, qui était, disait-elle, couvert de boutons. Nous constatâmes qu'il était couvert par tout le corps de pustules varioliques dont l'éruption datait au moins de huit jours, et que c'était autour des poignets que l'éruption était la plus marquée. Cet homme, employé dans cette maison depuis huit mois, n'avait d'autres occupations que de rincer des bouteilles depuis quatre heures du matin jusqu'à huit heures du soir. Malgré cette éruption, il n'avait pas, nous dit-il, quitté d'un instant son ouvrage; il avait conservé son appétit, il mangeait et digérait bien. Cet homme était toute la journée, excepté aux heures des repas, en contact par les mains avec l'eau froide, et plongé, du reste, dans un atmosphère humide, la température de son corps n'avait dû subir aucune élévation, puisque l'excès de calorique, que l'on observe constamment à la peau, chez les personnes affectées de variole, lui avait été enlevé par le milieu ambiant.

Nous avons fait en quelques heures, une journée au plus, avorter des érysipèles, en ordonnant seulement des passes continues d'eau froide, jusqu'à cessation de l'état inflammatoire.

Nous avons guéri en trois jours une angine couenneuse. En vingt-quatre heures, nous avons fait cesser des dysenteries avec des quarts de lavements froids laudanisés, et des passes d'eau froide sur l'abdomen et de la glace prise à l'intérieur.

Par ces mêmes moyens, les métrites, les péritonites seront facilement guéries; il en sera de même pour les cas de chirurgie, soit après les opérations, soit pour les fractures, où non-seulement la glace à l'intérieur, mais encore les passes d'eau froide seront victorieusement employées.

Le cadre de ce Mémoire ne nous permettant pas de nous occuper longuement de l'inflammation chronique, nous disons cependant que cette hyperisothermie n'échappe pas à la loi générale que nous avons établie, que, quel que soit l'organe qui en est le siége, elle est également le résultat d'un frottement plus ou moins intense qui lui-même dépend d'un stimulus local. Ce stimulus a presque toujours sa cause occasionnelle dans l'ignorance ou le défaut de précaution des malades qui, par leur régime de vie, ne permettent pas à l'organe affecté de se reposer, soit qu'ils continuent leurs occupations ordinaires, soit qu'ils se nourrissent comme d'habitude, sans avoir égard aux troubles de leurs fonctions Cette excitabilité permanente détruit nécessairement l'équilibre des fonctions de l'organisme, et le corps réparant mal est forcé, pour émettre son calorique, d'user la fibrine et les globules du sang sans réparer d'autant. Aussi le sang s'appauvrit, les tissus s'allanguissent et l'économie subit un amaigrissement général.

Le rôle du médecin ici est très-simple, il doit faire cesser le stimulus permanent en ordonnant le repos nécessaire de l'organe malade, et en même temps chercher à restituer au sang les principes qu'il a perdu. Ainsi, si c'est à une affection des voies digestives à laquelle il a affaire, il doit avant tout faire cesser toute alimentation, indiquer des boissons froides, des lavements froids, des passes fréquentes, soit sur le ventre, soit sur la région épigastrique. Dès que l'affection chronique aura disparu, il prescrira des tisanes amères, des ferrugineux, et, pour rétablir les forces du malade, il indiquera une alimentation fortifiante appropriée, et le séjour d'un endroit sec et aéré.

Pour les catarrhes chroniques de la poitrine, le traitement consistera, soit en quelques passes sur la partie malade, soit en des vésicatoires appliqués à plusieurs reprises, selon les cas, en frictions avec de l'huile de croton, en boissons gommeuses, aromatiques, diurétiques, en ferrugineux, il tendra à réparer les forces par une nourriture succulante et de facile digestion.

Comme le temps nous manque pour lire les observations des malades que nous avons soignés, nous nous contenterons d'en annexer quelques-unes à ce mémoire (1).

OBSERVATION I. — *Fièvre typhoïde qui démontre les accidents que peut déterminer une mauvaise application de notre méthode en l'absence de soins rationnels.*

M. Tisselin, Jules, âgé de dix-sept ans, de bonne constitution, de-

(1) Puisque les lavements d'eau froide administrés toutes les trois heures débarrassent à chaque fois l'intestin de ses tiers, il est inutile de mentionner, dans ces observations, que les malades aient eu des garderobes.

meurant chez son père, rue Montmartre, 128, s'est alité le 9 janvier. Appelé le 10, voici les renseignements qui me sont donnés :

Depuis huit jours, il ressentait un état de malaise, il éprouvait des étourdissements, perdait l'appétit; il n'a pas eu d'épistaxis. L'ayant examiné, le pouls a 104 pulsations ; il se plaint de céphalalgie, de brisures des membres ; la langue est blanche, rouge à ses bords, il existe une bande centrale ; il y a du râle sibilant dans toute la partie postérieure de la poitrine ; il y a très peu de gargouillement dans la fosse iliaque, on n'aperçoit aucune tache lenticulaire, le ventre est normal, il n'existe pas de diarrhée. Prescription : tisane gommeuse, lavements émollients.

Le 11. Le malade a eu, pendant la nuit, un très-fort délire ainsi qu'une très-grande agitation; la peau est très-chaude; le pouls est fort et à 114; il existe de la titubation ; le gargouillement est très-sensible; en pressant la fosse iliaque, on aperçoit trois taches lenticulaires; la langue est sèche. Prescription : glace prise à l'intérieur, d'une manière continue; lavements d'eau froide, à température de glace fondante, administrés tous les trois heures ; passes continuelles d'eau froide sur toute la tête, que nous conseillons de raser.

Le 12. Pouls à 95; il n'y a plus de délire ni de céphalalgie ; il y a peu de titubation; le facies est très-intelligent, et lorsqu'on lui adresse la parole, il répond d'une manière très-lucide, continuation de la prescription.

Le 13. Le pouls est à 80, même prescription.

Le 14. Pouls à 80, même prescription.

Le 15. Le malade ayant dormi pendant toute la nuit malgré notre défense, à notre visite nous constatons que le pouls est revenu à 100, il se plaint de céphalalgie et a eu un peu de délire, le traitement est repris avec la même énergie. A notre visite du soir le pouls est redescendu à 80 ; le 15, le pouls est à 76 ; il existe de la toux, les passes d'eau fraîches ayant été faites trop abondamment, il en est résulté que les draps du lit ayant été mouillés se sont échauffés par le contact du corps, et nous constatons de l'engouement dans le côté droit de la poitrine qui était en rapport avec ce drap mouillé. Prescription : continuation des mêmes moyens, application d'un large vésicatoire sur le côté malade de la poitrine.

Le 16. Pouls à 76 ; la toux a diminué, nous enlevons le vésicatoire sans déchirer la peau, nous nous contentons seulement de percer la vésicule pour laisser écouler le liquide, nous appliquons dessus une ouate bien cardée. Même prescription.

Le 17. Pouls à 74; même prescription.

Le 18. Pouls à 72; même prescription.

Le 19. Pouls à 72 ; même prescription.

Les 20 et 21. Pouls à 70 ; même prescription.

Le 22. Pouls à 68; eau de Seltz indulcorée avec sirop de groseilles. Le malade entre en convalescence.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE COMPARÉES.

Sur la structure de la cellule nerveuse ;

par M. B. Stilling.

(*Communiqué à l'Académie des Sciences.*)

De la cellule nerveuse.—On a considéré jusqu'ici la cellule nerveuse comme étant composée : 1° d'une enveloppe sans structure déterminée, hors de doute pour les cellules nerveuses périphériques, mais douteuse pour les cellules nerveuses centrales ; 2° d'un parenchyme de consistance molle offrant un aspect granuleux, et d'une texture inconnue ; 3° d'un noyau renfermé dans le parenchyme de la cellule : ce noyau est rond, sa composition et sa structure sont également inconnues ; 4° d'un nucléole contenu dans le noyau, de forme ronde et dont la structure et la composition n'ont pu être encore déterminées.

A part les rapports de toutes ces parties les unes avec les autres, leur structure et leur mode de connexion étaient complétement ignorés. Voici ce que mes recherches m'ont appris à ce sujet.

1° *Enveloppe.* — J'ai trouvé une enveloppe évidente aussi bien dans les cellules nerveuses centrales que dans les cellules nerveuses périphériques, et cette enveloppe est constituée par une quantité innombrable de petits tuyaux très-fins, semblables à ceux qui composent le réseau de la fibre nerveuse primitive (1). L'enveloppe forme un double contour dans la plus grande partie de son pourtour ; mais dans beaucoup de points on voit cette enveloppe communiquer, en dedans avec le parenchyme de la cellule par des tuyaux égaux à ceux qui forment le réseau de la fibre nerveuse primitive, en dehors par des tuyaux semblables avec les cellules voisines. L'enveloppe adhère assez étroitement au parenchyme ; mais quand l'acide chromique ou l'alcool ont agi sur la cellule, ce parenchyme se contracte, se restreint de manière à laisser un vide dans lequel on aperçoit des fragments de tubes allant de l'enveloppe au parenchyme. Cette enveloppe se continue sur les prolongements de la cellule nerveuse.

2° *Parenchyme.* — Il présente aussi un double contour interrompu par des communications avec l'enveloppe de la cellule nerveuse. Ce parenchyme est composé par une masse d'innombrables petits tuyaux qui sont égaux à ceux qui constituent le réseau de la fibre primitive nerveuse. Ils sont dirigés dans tous les sens, et si étroitement unis les uns aux autres, qu'ils forment une espèce de glande, de sorte que sur des coupes du parenchyme on aperçoit très-peu de ces tubes suivant leur longueur, le plus grand nombre étant divisé en travers ou obliquement. Ce parenchyme nerveux est en rapport de contiguité en dehors avec l'enveloppe de la cellule nerveuse, en dedans avec le noyau de cette même cellule.

3° *Noyau.* — Il a une constitution analogue à celle du parenchyme ; il présente toujours un double contour interrompu par de petits tubes allant en dehors vers le parenchyme de la cellule, et en dedans vers le nucléole : on ne peut suivre ces tubes que dans un petit espace à cause de leur disposition flexueuse. Ces petits tubes sont encore de la même nature que ceux qui composent le réseau de la fibre nerveuse primitive. Ce noyau présente souvent des prolongements en forme de pointe qui peuvent être suivis assez loin, jusque dans le parenchyme de la cellule, mais rarement jusqu'à la périphérie. Il y a des cas où l'on voit plusieurs de ces prolongements. Le contour du noyau n'est jamais absolument circulaire ou ovale, mais généralement il offre des dentelures sur sa circonférence.

4° *Nucléole.*—Il se compose de trois couches concentriques distinctes par leur couleur ; la couche centrale est formée par un point ordinairement rouge, la moyenne est bleue, la troisième, la plus extérieure, est jaune-orange. Toutes ces colorations dépendent vraisemblablement de l'action de l'acide chromique. On voit partir de chacune de ces couches des prolongements assez longs pour que souvent on puisse les suivre jusqu'aux bords du noyau. Ces prolongements tubuleux sont semblables aux fibres du réseau de la fibre nerveuse primitive. Au lieu de voir au centre du nucléole un point rouge unique, on en voit quelquefois plusieurs plus petits. Le contour de ce nucléole n'est pas toujours circulaire ; souvent il est ovoïde, interrompu, déchiqueté, etc.

5° *Prolongement des cellules nerveuse centrales.*—Toutes les cellules nerveuses centrales, sans exception, en sont pourvues. Ces prolongements sont composés par des tuyaux très-petits qui sont de la même nature que ceux qui constituent le parenchyme de la cellule nerveuse dont ils ne sont qu'une dépendance. Mais ils vont en se divisant et se subdivisant de plus en plus à mesure qu'ils s'éloignent de la cellule, deviennent en même temps de plus en plus grêles, de plus en plus fins, jusqu'au point de devenir absolument semblables par leur finesse aux tuyaux qui constituent le réseau de la fibre nerveuse primitive. Mais ce n'est pas seulement en présentant

(1) Je propose d'appeler *tuyaux élémentaires nerveux* les petits tubes qui constituent la fibre primitive nerveuse et la cellule nerveuse.

des bifurcations que ces prolongements s'atténuent; il y a aussi des filaments très-déliés qui s'en détachent sur différents points. J'ai vu quelquefois ces prolongements faire communiquer deux cellules entre elles, mais alors ils forment un gros filet qui va directement sans se bifurquer d'une cellule à l'autre.

Nous citerons, en terminant, quelques observations détachées qui pourraient se rapporter à la structure de la cellule nerveuse que nous venons de décrire. M. Harless a vu sur des cellules nerveuses de la torpille, dans le lobe électrique, des prolongements qui, partant du noyau ou du nucléole, se continuaient jusque dans le prolongement de la cellule elle-même. M. Haxmann dit que de chaque noyau de cellule il part un filament qui entre dans le prolongement de la cellule pour aller constituer le cylindre d'axe de la fibre nerveuse. M. Remak dit avoir observé dans la raie fraîche que la cellule nerveuse est formée de couches concentriques emboîtées les unes dans les autres, et communiquant ensemble par des tuyaux déliés.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *novembre* 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

— Lettre de M. le docteur FIÉVET, de Carlepont (Oise), sur un mode de traitement qu'il emploie contre le choléra. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Mémoire de M. le docteur GREVIN, de St-Félix, sur la simplification des accouchements difficiles et des plus laborieux. (Comm. MM. Cazeaux, Depaul, Moreau.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854, en Corse (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

Diathèses. — Mémoire de M. le docteur TIGRI, professeur d'anatomie à Vienne, *sur la diathèse phlogistique.* (Comm. MM. Blache et Poiseuille.)

Monstruosités. — Mémoire de M. le docteur PUECH, de Toulon, *sur un monstre double.* (Comm. MM. Depaul et Desportes.)

Choléra. — Mémoire supplémentaire sur le *traitement de la cholérine et du choléra*, par M. L. ORANGE, médecin à Saint-Eugène, près Alger. (Comm. MM. Michel Lévy et Blache.)

Héméralopie. — Mémoire de M. le docteur BARDINET, de Limoges, intitulé : *De l'héméralopie observée en Limousin.* (Comm. MM. Cloquet et Robert.)

Difformités. — Note de M. le docteur BEREND, de Berlin, sur une *méthode d'extension brusque* appliquée à la guérison des difformités, suite de la coxite rhumatismale. (Comm. MM. Velpeau et Robert.)

Décès. — M. le Président annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Desrones, l'un de ses membres.

RAPPORTS.

Hydrothérapie. — M. GIBERT lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Gillebert d'Hercourt, de Lyon, relatif au *traitement de la sur-excitabilité nerveuse par l'hydrothérapie.*

Voici l'analyse de ce rapport :

M. Gilbert d'Hercourt, aujourd'hui successeur du docteur Pravaz, notre correspondant dans l'Institut, que cet honorable confrère avait fondé à Lyon, a réuni, sous le titre de *sur-excitabilité nerveuse*, plusieurs observations remarquables où la puissance et l'efficacité des procédés hydrothérapiques ne sauraient guère être contestés.

S'appuyant sur une théorie qu'il emprunte à M. Cerise, l'auteur admet plusieurs formes de sur-excitabilité nerveuse qu'il désigne sous les noms d'*hypo* et *hyper-névrique*, *hypo* et *hyper-hémique*, lesquelles entraînent des modifications diverses dans l'emploi de ces procédés.

Sans être, je l'avoue, parfaitement convaincu de la solidité de cette théorie, je ne puis qu'applaudir à la sagacité avec laquelle ces praticiens distingués analysent les phénomènes variés qu'offrent les affections nerveuses, et saisissent dans la pratique les indications diverses qui se présentent à remplir.

Pour bien faire sentir la valeur de cette analyse et la portée de ces indications, il me faudrait entrer dans des détails pour lesquels je ne puis que renvoyer au mémoire lui-même ainsi qu'à l'œuvre de M. Cerise.

Mais le travail de M. Gillebert d'Hercourt se distingue surtout par les procédés thérapeutiques mis en usage qui sont tous empruntés à l'hydrothérapie (secondée, bien entendu, de toutes les ressources de l'hygiène) sans l'intervention d'aucun médicament.

A ce sujet, l'auteur entre dans des détails très-circonstanciés sur le mode et la durée d'application de l'eau, sur les divers degrés de température qu'on peut lui donner, bien que, le plus habituellement, ce soit l'eau froide qui soit mise en usage, c'est-à-dire une eau dont la température varie de 6 à 15 degrés centigrades.

De ces divers modes d'application on peut obtenir la sédation, la tonification, la rubéfaction des téguments, et, en outre, des effets généraux qui varient suivant un concours de circonstances que le praticien habile peut diriger à son gré.

C'est cette variété d'application et ce concours de circonstances données qui forment la spécialité de la médication hydrothérapique, lui impriment un cachet de nouveauté et d'utilité qui la distinguent de l'emploi habituel de l'eau en médecine, qui remonte naturellement aux premiers âges du monde.

Ce sont aussi toutes ces conditions, et la surveillance exercée qu'elles exigent qui nécessitent ces établissements spéciaux, aujourd'hui si nombreux en France, et dirigés la plupart par des médecins consciencieux et éclairés.

Dans la première observation rapportée par M. Gillebert d'Hercourt, on voit un malheureux arrivé, par suite de travaux intellectuels énervants et d'émotions morales tristes, à un état d'affaiblissement et de sur-excitabilité tel qu'il ne pouvait plus ni marcher, ni se tenir debout, sans être menacé de syncope, que la lecture, l'écriture, la conversation même lui étaient devenues impossibles... enfin les accidents avaient acquis une telle intensité et une telle ténacité, qu'on l'avait regardé comme atteint d'une lésion organique de la moelle épinière. Le traitement dirigé d'après cette supposition avait complétement échoué.

M. Gillebert d'Hercourt dut mettre une grande mesure, une grande prudence, une grande réserve pour familiariser peu à peu ce malade avec les procédés hydrothérapiques. Sa pusillanimité était portée à tel point qu'il tombait en syncope à la seule vue de l'appareil destiné à la douche. Le traitement fut commencé par l'enveloppement humide suivi de frictions dans un bain frais. Plus tard, on put arriver aux douches froides en poussière... Au bout de trois mois, ce malade était rendu à la santé.

Chez un autre sujet, tombé dans un état de lypémanie hypocondrique qui avait résisté à diverses médications hygiéniques et médicamenteuses, notamment à l'emploi des bains de mer, le traitement fut plus complexe. Une direction morale spéciale, une gymnastique et une diététique appropriées vinrent concourir avec les procédés hydrothérapiques : ceux-ci furent appliqués comme il suit :

1° Le matin, enveloppement dans la couverture de laine jusqu'à l'apparition de la sueur, suivi du grand bain froid; 2° une heure après ce dernier bain, de pieds froids de six minutes, lavement froid; 3° l'après-midi, douche en colonne, bain de siége froid de quinze minutes, ceinture mouillée abdominale, etc.

Généralement, dans les exemples rapportés par M. Gillebert d'Hercourt, on trouve la combinaison d'effets perturbateurs, révulsifs, fortifiants, sédatifs, avec le renouvellement de la crase humorale qu'entraînent l'abondance des excrétions et l'usage abondant de l'eau pure en boisson, et le rétablissement complet des fonctions de la peau, presque toujours dérangées dans les affections nerveuses graves, qui constitue une médication complexe et puissante dans laquelle, en tenant compte du concours de toutes les ressources d'une hygiène bien réglée, on trouve que la plus grande part revient à l'administration bien ordonnée des procédés de l'hydrothérapie.

Pour moi, je ne crains pas d'affirmer que, pour beaucoup d'affections chroniques, telles que la cachexie syphilitique, les diathèses scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, la gastro-entéralgie, le diabète, etc. L'hydrothérapie offre des ressources qu'on ne trouverait dans aucune autre médication, et qui réussissent chez plusieurs sujets soumis en vain, jusque-là, à des traitements rationnels et méthodiques, soit hygiéniques, soit médicamenteux.

Mais, pour ne parler gue des affections nerveuses qui font le sujet du remarquable mémoire de M. Gillebert d'Hercourt, je crois qu'il est impossible, après l'avoir lu avec attention, de ne pas conclure avec l'auteur à l'efficacité de l'hydrothérapie dans les névroses.

« Appelé fréquemment (dit Tissot) à voir des maladies de nerfs, je suis resté convaincu par un examen attentif que, bien que l'imagination exagère au malade les souffrances et le danger de son état, ce

sont des maux physiques tout aussi réels que la plenrésie et la jaunisse ; que s'ils sont rarement dangereux, ils sont presque toujours très à charge, troublent le bonheur du malade, de ses proches et de tout ce qui l'environne... »

C'est donc incontestablement un service rendu à l'humanité que l'application à ces maux, si souvent rebelles aux ressources ordinaires de la médecine, d'une médication, qui a, sur toutes les autres, l'avantage de ne nécessiter l'intervention d'aucun médicament.

Je n'étendrai pas plus loin ces remarques, qui seraient susceptibles d'un grand développement, et m'en référant, pour la méthode elle-même, au rapport que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, il y a quatre ans, je me borne à féliciter, pour ma part, notre honorable confrère de Lyon de ce nouvel appel fait aux praticiens sur l'utilité de l'hydrothérapie dans le traitement des névroses.

Le rapporteur conclut à des remerciements à l'auteur, et au renvoi de son mémoire au comité de publication comme un document précieux pour la thérapeutique.

LECTURE

Diligation. — M. Rigal, de Gaillac, rappelle qu'en 1840 il a énoncé l'idée-mère des appareils en caoutchouc dont on fait aujourd'hui un fréquent usage sans en attribuer l'invention à qui de droit; que, dès 1841, il en a lui-même fait l'application. Les tissus élastiques sont en quelque sorte de la fibre musculaire artificielle, et quand elle fait défaut ils y suppléent merveilleusement. M. Rigal rapporte à ce propos l'observation du nommé Letenneur, recueillie par le docteur Astrié, jeune médecin prématurément enlevé à la science. Il s'agit d'un homme chez lequel la section du nerf tibial antérieur avait entraîné l'immobilité des muscles auxquels se distribuent les branches de ce nerf, et conséquemment une extrême difficulté de la marche; un appareil très-simple, formé à l'aide de bandes élastiques, permit au malade de recouvrer les mouvements de la jambe.

DISCUSSION SUR LE SÉTON PERFECTIONNÉ.

M. Bouvier. En vérité, disait Caton d'Utique, au rapport de Plutarque, nous avons un consul bien plaisant! Ces paroles s'appliquaient à Cicéron plaidant alors très-agréablement contre Caton lui-même qu'entraînait le rire général de l'auditoire. Ne pourrais-je pas appliquer ces paroles de Caton à M. Malgaigne? Pourtant je vais m'efforcer de répondre sérieusement à un discours moins sérieux qu'agréable.

Avant tout, rétablissons les rôles tant soit peu intervertis par mon collègue. M. Malgaigne, d'un de ces airs superbes que vous connaissez, m'a dit que j'avais besoin de guide dans le champ de l'érudition et que ces guides m'égaraient, tandis que lui se passe d'autorités, la sienne lui suffit. Quoi! c'est moi qui dans les écrits des anciens marche comme dans les ténèbres? Moi qui ai fait connaître à mon collègue les chapitres de Galien, qu'il niait et qu'il a fini par vous citer; moi qui lui ait fait lire dans Hippocrate cette révulsion (antispasis), cette dérivation (parocheteusis) qu'il n'y voulait pas voir! Non, nos rôles les voici : à M. Malgaigne la verve railleuse, les spirituels lazzis, à moi la douce tâche de le ramener au vrai et au sensé quand il s'en écarte dans cette discussion.

M. Malgaigne a promis de me rendre le même service, de rectifier mes erreurs. Est-ce au sujet de Rhazès que mon collègue a pris sa revanche? Il vous a dit que le livre *De cauteriis*, etc., n'était pas de Rhazès, et cela parce qu'il n'est pas mentionné dans le catalogue de Ebn Giolgiol. Or, il n'y a pas de catalogue des ouvrages de Razès par Ebn Giolgiol! M. Malgaigne a vu ce nom dans Casiri et, dans sa précipitation, il l'a pris pour l'auteur du catalogue placé quelques lignes plus bas et tiré de la *Bibliothèque arabe des philosophes* par un anonyme! Est-ce avec des recherches ainsi improvisées qu'on peut décider de l'authenticité d'un écrit? Pour trancher de pareilles questions, il ne faut rien moins qu'un travail de bénédictin, aussi ardu que celui qu'a coûté à M. Daremberg la recherche de l'auteur de la glose dite des *Quatre maîtres*.

Mais, dit mon honorable collègue, qu'est-ce que le *sectorium*? Je serais, selon lui, fort embarrassé pour prouver que c'est un séton. Les autorités ne me manqueraient pas, Fienus, Severin, Glandorp. — Glandorp, messieurs, que notre collègue relègue dans les bas-fonds de la littérature médicale! Et cependant si M. Malgaigne daignait y jeter un coup d'œil, le livre des fonticules et des sétons lui apprendrait quelque chose. — Mais je n'ai pas besoin d'invoquer ces témoignages. *Sectorium* veut dire séton, parce qu'il est synonyme de *sectio*, et que ce dernier mot est employé par Lanfranc comme synonyme de *seto;* il signifie séton, parce que les arabistes, les auteurs de la Glose, par exemple, copiant le petit livre de Rhazès, écrivent partout *seto* pour *sectorium*. La mèche n'est pas nettement indiquée dans le traité de Rhazès, puisque le procédé opératoire n'est pas décrit; je l'ai déjà dit, j'en conviens encore une fois.

Arrivons à la question capitale, à la révulsion des anciens.

M. Malgaigne me suit comme à regret dans cette évocation des anciens; il semble n'admettre les textes qu'à son corps défendant; aussi en a-t-il omis les trois quarts. Selon lui, Hippocrate n'aurait parlé de la révulsion et de la dérivation que dans le livre *Des humeurs*, et Galien que dans ses commentaires sur ce même livre. Mais il en est encore question dans le *Traité des lieux*, dans le livre *Des songes*, dans le livre *Des affections*, dans le 6e livre *Des épidémies;* dans le *Methodus medendi* de Galien, dans les livres *Ad glauconem, de venæ sectione, De sanitate tuenda,* dans les commentaires sur les aphorismes d'Hippocrate, sur les *Prorrhétiques,* sur le 6e livre *Des épidémies*, etc.

Le livre *Des humeurs*, prétend notre collègue, n'est pas d'Hippocrate. Cela importerait très-peu : ce livre est antérieur à Galien; donc il fait partie de la doctrine des anciens. Le traité *Des humeurs* fait mal au cœur à notre collègue; c'est, suivant lui, du Nostradamus. Voilà de ces impressions, de ces sensations qui ne se commandent pas. M. Malgaigne nie que ce qui se rapporte à la révulsion soit d'Hippocrate; mais quand je vois Galien considérer Hippocrate comme l'*inventeur* de la révulsion, de la dérivation, j'ai quelque peine à croire plutôt M. Malgaigne qui affirme le contraire.

Mon honorable collègue repousse les autorités quand elles le gênent, mais il les accepte quand elles lui paraissent favorables. C'est ainsi qu'à l'appui de son appréciation des *rêves* de Galien il a cité M. Daremberg et Watts. Par malheur, il a fait dire à M. Daremberg tout autre chose que ce qu'il dit; et quant à Watts, M. Malgaigne semble ne l'avoir pas lu du tout. Il a extrait de l'article de M. Daremberg une phrase qui ne rend nullement la pensée de l'auteur anglais. Je dépose ici une note extraite de l'ouvrage de M. Daremberg, qui rétablit le sens de son texte; j'y joins un extrait que j'ai fait du livre de Watts. On jugera.

Relativement à Celse (que je place après Galien selon l'ordre logique et non chronologique), je dois des remerciements à M. Malgaigne de m'avoir fourni un passage qui, avec ceux que j'ai produits, complète un ensemble parfaitement concluant. Enoncé général d'une classe de moyens servant à attirer le mal au dehors, *evocare;* examen particulier de cette classe; comme exemple, moutarde, sel, raifort, etc., qui érodent le corps et tirent au dehors ce qui nuit, *quod mali est extrahunt,* enfin, prescription vingt fois répétée de ces moyens dans l'histoire particulière des maladies; rien n'y manque.

J'ai dit que Celse repoussait en partie la saignée révulsive (ce qui prouve, par parenthèse, qu'elle était déjà inventée de son temps). M. Malgaigne prétend qu'il la rejette complétement. Cela n'est pas exact. Celse l'admet clairement dans les cas d'hémorrhagie : « Personne, dit-il, ne met de ventouse du côté opposé au point malade, si ce n'est *pour faire diversion* dans un écoulement de sang. »

M. Malgaigne dédaigne ma citation de Pline, « commérage d'un écrivain du grand monde! » Il faut que cette citation ait une grande valeur pour que mon honorable collègue n'y ait pas trouvé d'autre réponse. Est-ce à M. Malgaigne qu'il est besoin de dire que dans l'antiquité un naturaliste, un philosophe, était au courant des idées médicales de son temps? que le langage de Pline ne fait que refléter la langue médicale d'alors? Un de nos savants confrères, une des plus vives lumières de notre jeune génération chirurgicale, retraçait l'autre jour le tableau de cette branche de l'art à Rome. Où croyez-vous qu'il puisait quelques-uns de ses renseignements les plus précieux? dans la vie et les écrits de Caton l'ancien!

Notre collègue a passé sous silence Cælius Aurelianus, Aétius, Arétée et bien d'autres; — sans doute dans le désir de ménager les instants de l'Académie. J'imiterai cette réserve.

Quelle thèse, en définitive, M. Malgaigne a-t-il soutenue? Permettez que je recueille un instant mes souvenirs. M. Malgaigne se retourne si vivement qu'on a à peine le temps de classer dans sa mémoire toutes les transformations de sa pensée. Procédons par ordre.

J'avais dit que le séton dérivait de la grande idée de la révulsion que nous a léguée la médecine antique. M. Malgaigne, pour me réfuter, déclare que les anciens n'avaient pas l'idée de la révulsion, et que naturellement le séton ne pouvait dériver de cette idée. Première phase de son argumentation.

J'accumule les textes pour prouver qu'il y avait une révulsion chez les anciens, et que, de plus, elle est à peu de chose près la nôtre. Alors M. Malgaigne fait volte-face : il abandonne sa première assertion et se borne à dire que *la révulsion des anciens* (il y en a donc une maintenant?) ne ressemble guère à la nôtre; ce sont, vous le savez,

les paroles du *Bulletin*. Deuxième phase de l'argumentation de M. Malgaigne.

Mon honorable collègue reprend la parole. Il n'est plus question de l'analogie ou de la différence entre la révulsion des anciens et celle des modernes. C'est cette fois la *doctrine* de la révulsion qui est en jeu. Les anciens n'en avaient pas; les modernes n'en ont pas davantage. Dès lors il ne reste rien à comparer. Aussi M. Malgaigne ajoute-t-il simplement que les *exutoires* des anciens, ces mêmes exutoires qu'il niait quelques jours auparavant, avaient un autre but que les nôtres. Troisième phase. Nous en sommes là.

J'ai donc à m'occuper, dans l'état actuel de la discussion, des questions suivantes :

1° Existe-il une doctrine de la révulsion, de la dérivation dans la médecine antique?

2° Jusqu'à quel point resssemble-t-elle à celle des modernes, si tant est qu'ils en aient une?

3° Les exutoires, en particulier, ont-ils un but différent chez les anciens et chez les modernes?

Première question. — Existe-t-il une doctrine des anciens sur la révulsion et la dérivation.

D'abord qu'est-ce qu'une doctrine? N'est-ce pas un ensemble de faits systématisés, c'est-à-dire rapprochés par un point commun, par un fait général qui montre leur affinité, leur origine semblable? Les idées des anciens sur la révulsion et la dérivation offrent-elles ce caractère d'ensemble?

Qui pourrait en douter? La base de leur doctrine, la voici : Il se fait très-fréquemment, dans le corps malade, des mouvements, des déplacements du mal ou de sa cause immédiate; ces mouvements, quelquefois nuisibles, sont souvent favorables et procurent la guérison, l'art peut les provoquer dans ce sens. De ce fait, les anciens déduisirent une méthode thérapeutique qu'ils appelaient tantôt révulsive, tantôt dérivative; de là l'*avertere*, l'*evocare* de Celse, l'*antispasis*, le *parocheteusis* d'Hippocrate et de Galien. La doctrine ainsi créée, restait à poser les règles de son application. Les anciens n'y ont point failli. L'observation leur apprit les rapports d'opposition réciproque qui se montrent entre les membres inférieurs, l'intestin, le rectum, l'anus, la vessie, l'utérus, et les membres supérieurs, la tête, le cerveau, les yeux, les oreilles, la gorge, les poumons, l'estomac; entre le crâne et la face, le derrière de la tête, du cou, et le cerveau, les yeux, les oreilles; entre les régions du dos, des lombes et les parties antérieures du tronc, les poumons, l'estomac, l'intestin, la vessie, l'utérus; entre les membres droits et ceux du côté gauche; l'opposition qu'on observe entre la peau et l'intestin, entre la surface du corps et les régions profondes. Ils allèrent plus loin, ils découvrirent jusqu'aux relations mystérieuses de l'utérus et des mamelles. Ils virent que des parties voisines les unes des autres se trouvaient unies de manière que la maladie de l'une pouvait être détournée sur l'autre, et se dissiper par cette voie. Tels sont le nez à l'égard du cerveau, des yeux, de la gorge; le rectum à l'égard de la vessie, et *vice versâ*. Une autre influence du voisinage, et qui ne leur a pas échappé, c'est qu'en attirant le mal vers une partie trop rapprochée ou trop étroitement liée à l'organe malade, on risque d'accroître la maladie, danger qu'ils savaient n'être pas le même ni dans toutes les maladies, ni à toutes les périodes de l'affection.

De ces notions, découlait une série de principes pratiques applicables aux hémorrhagies, aux flux, aux hydropisies, aux fluxions, aux névroses, etc. Ils exposent la méthode avec détail à propos des maladies de chaque organe en particulier, et suivant qu'elles sont aiguës ou chroniques, qu'elles sont à leur début ou arrivées à une période plus avancée; enfin suivant les tendances que la nature manifeste vers une issue par telle ou telle voie.

Est-ce assez? Faut-il ajouter qu'ils avaient mis le même soin à choisir les moyens propres à opérer la dérivation, la révulsion?

M. Malgaigne ne veut voir dans tous ces moyens que des *évacuants*. Les évacuants sont en effet de grands moyens de révulsion, de dérivation. Mais d'abord les anciens attribuaient même aux purgatifs une action tantôt simplement évacuante, tantôt évacuante et révulsive ou dérivative. En second lieu, la ligature des membres, les frictions, les sinapismes, les pédiluves, rangés parmi les révulsifs, ne sont assurément pas des évacuants.

Mais, objecte mon honorable collègue, dans cette doctrine des anciens, il y a des contradictions, des obscurités, des imaginations. Ce n'en est pas moins une doctrine, c'est-à-dire, sur la plupart des points, la pure systématisation de faits réels, incontestables.

La principale difficulté, dans l'interprétation de la doctrine des anciens sur ce sujet, c'est la distinction souvent subtile entre la dérivation et la révulsion. Aussi les modernes ont-ils sagement pris le parti de confondre ces deux choses.

Ma conclusion sur la première question que j'ai posée, c'est qu'on ne peut la résoudre que par l'affirmative. Oui, les anciens avaient une doctrine, des principes touchant la révulsion, la dérivation.

Deuxième question. Jusqu'à quel point la doctrine, les principes des anciens sur la révulsion et la dérivation sont-ils les mêmes que nos doctrines, que nos principes, si tant est que nous en ayons?

Dans la médecine moderne, M. Malgaigne, après les arabistes, ne trouve à citer qu'une polémique sur la saignée, puis Ambroise Paré, puis Barthez. Au lieu du chirurgien Paré, notre collègue aurait pu nous rappeler le médecin Fernel. Si M. Malgaigne avait lu ce que dit Fernel des *attractifs* ou elctiques, il n'aurait pas opposé cette classe de médicaments aux révulsifs, car on leur attribuait précisément la propriété de dériver ou de révulser.

La découverte de la circulation ne fit nullement oublier la doctrine des anciens, et, depuis Fernel jusqu'à nos jours, on trouve une série non interrompue de partisans des méthodes curatives dont il s'agit. Il suffit de nommer pour le XVIIe siècle : Sennert, Rivière, Willis, Ruysch, Ettmüller, Stahl, Baglivi. Les saignées dérivatives et révulsives furent seules l'objet de discussions animées, à la suite desquelles l'opinion déjà professée par Celse finit par l'emporter sur l'autorité de Galien; mais la doctrine de la révulsion dans son ensemble n'en souffrit aucune atteinte.

Ces disputes sur la saignée, qui remplissent une partie du XVIIIe siècle, ne firent pas perdre de vue ce que la dérivation, la révulsion avaient de vraiment utile. Les professeurs des facultés firent soutenir sur ce sujet de nombreuses thèses; les plus connues sont celles de Goelike; l'une d'elles, de 1709, est une réponse aux novateurs, *neoterici*, aux partisans de Van Helmont, aux Malgaignes du temps qui déclaraient l'ancien dogme de la révulsion, de la dérivation, extravagant, absurde, ridicule, *insanum, absurdum, ridiculum.* Ce sont toujours les mêmes arguments et les mêmes termes, vous le voyez.

Les Morgani, les Dehaën, les Boerhaave, les Van Swieten, les Cullen, vengèrent de nouveau les anciens en proclamant leurs principes et en affirmant les bons effets de leur application.

Ainsi se trouve comblé ce vide de deux siècles que M. Malgaigne a cru voir dans l'histoire de la révulsion.

Arrivons à Barthez. A en croire M. Malgaigne, les travaux de cet auteur sont les seuls parmi les modernes qui contiennent une doctrine de la révulsion; M. Malgaigne les traite, d'ailleurs, comme les écrits de Galien, de *savantes billevesées!* Il oublie de nous dire si ces principes modernes sont semblables ou non à ceux des anciens.

Je ne veux pas défendre Barthez, dont la renommée a d'autres fondements que son Mémoire sur les Fluxions, d'ailleurs trop sévèrement jugé par notre collègue ; mais je déplore qu'à cette occasion M. Malgaigne ait voulu réveiller de vieilles rivalités entre l'école de Paris et celle de Montpellier; réunissons-les plutôt ces deux écoles, la science et l'humanité y gagneront.

Mais le mémoire de Barthez, quoi qu'en dise M. Malgaigne, ne représente nullement les idées actuelles de la révulsion. La doctrine moderne sur ce point de science et de pratique se trouve, en premier lieu, dans le *Traité de l'inflammation* de J. Hunter. Pinel et notre savant collègue M. Bricheteau, Broussais et ses élèves, Guersant, M. Roche, ont successivement perfectionné cette œuvre, couronnée par les monographies de MM. Sabatier, Cazenave et Marotte. Voilà les sources auxquelles M. Malgaigne aurait dû puiser les principes modernes de la méthode révulsive.

En quoi ces principes diffèrent-ils de ceux des anciens?

Par le langage, par des rectifications, des additions. Le fond est le même. Le phénomène intime de la révulsion nous échappe. Comment désigner ce quelque chose qui semble se déplacer ou s'évanouir par l'effet de la révulsion? Les anciens l'appelaient *vice, vitium*, ce qu'il y a de mauvais, *quod mali est*, ce qui produit la maladie. Mais l'esprit humain allant toujours au delà de ce qu'il voit, à la place du *vice*, on met les *humeurs*. Barthez fut le dernier représentant de cette doctrine humorale. Faut-il faire un crime à Galien d'avoir imprimé cette forme au langage médical? Qui sait si nous n'eussions pas fait pis à sa place?

De nos jours, on a chassé les humeurs. Fort bien. Comment les a-t-on remplacées? Hunter se borne d'abord à définir la révulsion : cessation d'une action morbide dans une partie par suite de la production d'une action dans une autre partie. Ailleurs, pourtant, il se risque un peu plus : les révulsifs et les dérivatifs agissent probablement en faisant cesser l'*irritation* d'une partie par la naissance d'une autre *irritation*. La définition de Broussais est calquée sur cette der-

nière explication : les auteurs modernes admettent l'une ou l'autre ; ou se servent des mots congestion, fluxion (c'est presque le *rheuma*), contre-fluxion.

J'ai dit qu'on rirait peut-être un jour de tout cela, et M. Malgaigne de rire à l'avance ! Mon cher collègue fait ici confusion. Les idées spéculatives passent, les faits restent. Je défends les lois éternelles de la révulsion que nous ont léguées les anciens ; l'interprétation de ces lois, je vous l'abandonne.

M. Malgaigne ajoute que nous ne saurions avoir une doctrine de la révulsion, parce qu'il nous manque une théorie qui explique le mode d'action des révulsifs. Mais expliquer dans la science, c'est rattacher un fait à un autre plus élevé ; dans cette série d'effets et de causes, nous pouvons bien remonter quelques chaînons, mais sans jamais atteindre jusqu'aux causes premières. Quel que soit le point où s'arrête l'explication, vous ne pouvez rejeter une doctrine dès qu'elle forme un corps systématique et surtout quand il s'agit d'un art, de la thérapeutique, dont elle pose les règles et les principes.

Je réponds à la deuxième question : Oui, il existe à Paris comme à Montpellier, des principes, une doctrine de la révulsion qui, s'ils ne sont pas identique des anciens, lui sont néanmoins redevables de ce qu'ils renferment de plus essentiel, de plus utile, de plus éminemment pratique.

Ce n'est donc pas une chimère que cette *grande idée de la révulsion !* Elle embrasse tous les âges de la science, elle est antérieure même à Hippocrate, et elle s'étend jusqu'à ce siècle de M. Malgaigne, le seul, suivant lui, qui ait su observer. Supprimez demain cette idée, et la thérapeutique s'écroule par la base. C'est là, dira-t-on, de l'hyperbole ! Regardez autour de vous : Qu'est-ce que vos sinapismes, vos purgatifs dans les affections cérébrales ? Vos laxatifs dans les plaies de tête ? vos purgations répétées dans les maladies cutanées, votre controstimulisme dans les inflammations pulmonaires, votre ipécacuanha contre la diarrhée, la dysenterie, vos onctions d'huile de croton, de pommade stibiée contre l'ophthalmie, les névralgies, la coqueluche ? Toutes vos prescriptions journalières pour déplacer, détourner, dériver la douleur, la congestion, les flux, l'inflammation, qu'est-ce, sinon l'emploi permanent de la révulsion qui nous a été léguée par la médecine antique ? Vous ne prescrivez pas un bain de pieds, que vous ne le deviez aux anciens ! Et certes ce n'est pas la moindre part dans l'héritage.

Il y a peu d'années, un chirurgien des plus distingués employa contre la sciatique un procédé révulsif importé de Corse, la cautérisation de l'hélix ; il proclama ce moyen « lorsqu'il réussit, le plus rapide et le plus merveilleux dans son action. » Qu'était-ce que cela ? N'était-ce pas une ingénieuse application de ces paroles du livre *Des tumeurs* qui révolte tant M. Malgaigne : « Révulsion, dans les affections du bas, vers le haut ? » Aujourd'hui, l'éminent opérateur nie ce service qu'il doit à Hippocrate ou à quelque Grec de son école. Car ce chirurgien n'est autre que M. Malgaigne.

Ceci m'amène à examiner la *troisième question* : Les exutoires ont-ils un but différent chez les anciens et les modernes ?

M. Malgaigne nie que pour les anciens la cautérisation avec le fer rouge fût jamais destinée à produire une révulsion. Nul doute que le feu n'eût, à leurs yeux, des propriétés multiples : il desséchait, il fortifiait, il resserrait, il interceptait (et nous faisons encore de l'*interception* aujourd'hui, voyez la cautérisation du cercle vasculaire qui entoure la cornée malade) ; il était, en outre, évacuant par la suppuration qu'il déterminait. Mais l'écoulement du pus, comme l'effet d'un purgatif, était à la fois une évacuation et une dérivation, une révulsion. C'est ainsi que l'ont entendu tous les commentateurs, tous les copistes, tous les partisans des anciens. Quand Celse conseillait de pratiquer des cautérisations au voisinage de la hanche, ce n'était pas seulement pour faire sortir de l'humeur par une plaie ; c'était encore pour attirer l'humeur des parties profondes, pour produire une révulsion, et la preuve, c'est que Celse se sert du même mot *evocare* pour désigner l'effet des frictions, des sinapismes qui ne font cependant couler aucune humeur.

Galien parle peu du feu, mais on sait qu'il devait écrire un traité de chirurgie, et que ce traité n'a pas paru ou n'est pas parvenu jusqu'à nous. Malgré cela, dans de rares passages de ses écrits il indique l'action révulsive, dérivative du cautère actuel.

Quant à Paul d'Egine, malgré les citations faites par M. Malgaigne, je croirais que notre collègue ne l'a pas suffisamment médité. Ecoutez, par exemple, le passage suivant, relatif aux ventouses sèches, (qui ne sont pourtant pas évacuantes !) :

« Nous ne faisons usage des ventouses..... que lorsqu'il est nécessaire d'*opérer quelque mouvement, de soulever et d'attirer l'humeur vers dehors* La ventouse sèche. .. arrête les rhumes qui tombent sur l'estomac, *attire le sang et d'un autre côté détourne celui qui se porte sur un endroit lorsqu'on la pose sur les parties opposées. Elle fait encore* VENIR A LA PÉRIPHÉRIE LE SANG *des parties profondes, et en général elle produit le déplacement des humeurs* et l'évacuation des esprits. »

Pour ce qui est du cautère actuel, la première page de Paul d'Egine suffit pour montrer que, dans son esprit, la cautérisation sincipitale avait bien pour but d'amener de loin et de faire sortir au dehors « *les humeurs tombées des parties supérieures sur les yeux ou de la tête sur la poitrine.* »

On croit avoir inventé, de nos jours, la cautérisation superficielle dans le traitement des névralgies. Eh bien ! Cœlius Aurelianus la conseille contre la sciatique et les affections du psoas : *Cauterii longi atque igniti immitendi, qui quidem cutem tangere minime debent.* Ce n'était pas pour évacuer ; car on sait que cette cautérisation ne produit pas de suppuration. C'était bien pour révulser.

En résumé, au sujet de la troisième question, les anciens employaient le cautère actuel et les espèces d'exutoire qu'il produit, dans des intentions diverses et pour remplir des indications, les unes réelles, les autres hypothétiques ; mais très-souvent cette médication avait, à leurs yeux, un but semblable à celui que nous nous proposons aujourd'hui quand nous voulons obtenir une révulsion, une dérivation.

Le séton, il est temps d'y revenir, n'était d'abord qu'un mode de cautérisation ; soit à l'état de *sétoïde*, soit à l'état de séton complet, soit enfin heureusement dépouillé de ce qu'il avait emprunté au cautère actuel, il a toujours été regardé comme un puissant agent de révulsion.

Loin de moi la pensée que son ancienneté soit une preuve suffisante de son efficacité ; même en admettant que leur utilité fût incontestée, resterait à déterminer dans quelle mesure il convient d'employer les exutoires, et, à cet égard, l'expérience des siècles est insuffisante. Il faut de nouveaux faits, et des faits observés avec précision. C'est dans ce sens que j'ai fait un appel à M. Malgaigne un appel qu'il déclare, à tort, désespéré.

Non, je ne désespère pas du séton ni des autres exutoires, mais je demande des observations multipliées, exactes, recueillies sans prévention, sans partialité. Ce sera l'unique moyen de corriger l'abus qu'on a fait de ces moyens, abus qui, en provoquant une réaction contraire, nuit à la juste appréciation de leur utilité réelle. Mais où ira-t-on observer le séton ? demande M. Malgaigne d'un ton moitié plaisant. Le séton n'est pas à ce point abandonné, qu'aux témoignages invoqués par M. Malgaigne je ne pusse en opposer d'autres. Je relèverai ici une petite erreur que M. Malgaigne me semble avoir commise. Si je ne me trompe, il a avancé, sur la foi de Dionis, qu'en Italie, le séton n'était plus employé. Un médecin distingué de Rome, M. le docteur Angelucci, m'assurait encore dernièrement qu'il n'en était rien.

Je sais gré à mon honorable collègue d'avoir invité la jeunesse studieuse à venir observer dans mes salles. Comme M. Malgaigne, je veux que l'expérience passe avant l'autorité ; mais il faut que cette expérience soit bien acquise, que les faits ne soient pas dénaturés par une opposition systématique. M. Malgaigne me permettra de relever, à cette occasion, quelques-unes de ses remarques critiques sur mes propres observations.

Les trois malades qui n'ont pas guéri sont précisément ceux qui avaient donné d'abord les plus belles espérances. M. Malgaigne s'en étonne. Pourquoi ? Rien de plus commun que de pareils insuccès chez les enfants où la diathèse scrofuleuse, entre autres, se joue souvent de toutes nos prévisions.

J'ai mis trop tôt un séton à *Marie Cornu*. Il eût fallu attendre. Cela se peut. Je l'ai guérie trop vite pour les convictions de notre honorable collègue. La malade ne s'en plaint pas.

Quant à *Larribe*, je n'ai pas dit qu'avec des cornées opalines, il avait une vue *excellente*. En consultant les observations manuscrites que j'ai présentées à l'Académie, M. Malgaigne trouvera ceci : « Les cornées n'offrent plus qu'une très-légère teinte louche, la vision est à peu près normale. » En effet, cet enfant distingue de très-fins caractères d'imprimerie.

Campin n'a plus de staphylôme. Pourquoi M. Malgaigne en doute-t-il ? L'altération avait été constatée non-seulement par moi, mais encore par plusieurs internes de l'hôpital. C'était un staphylôme récent ; il s'est *aplati*, comme cela arrive avec d'autres traitements. (*Voyez* Sichel, *sur le staphylôme*, dans *Archives générales de médecine*, t. XIV, p. 476 ; 1847.)

Championnois a fourni à M. Malgaigne matière à exercer sa spirituelle malignité. Je répondrai simplement au sujet de ce petit séton qui avait guéri en trois semaines une ophthalmie rebelle pendant des

années à de gros séton : 1° que le premier séton, celui que la malade a porté trois ans, s'est montré inefficace, non pour faire disparaître l'ophthalmie, mais pour prévenir la récidive, ce qui est tont différent, et que la dernière rechute n'a eu lieu que plusieurs mois après la suppression du séton ; 2° que j'ignore complétement quel a été l'effet du deuxième séton, qui n'est resté que six semaines et non trois mois, ces faits étant antérieurs à l'entrée de la malade ; 3° qu'enfin je n'ai appliqué mon séton qu'après avoir essayé plusieurs remèdes et même l'effet de la suspension de tout remède. Championnois n'a pas eu de nouvelle rechute. Je lui ai placé la chaîne fine en argent dont j'ai parlé, et le séton est réduit à un trajet très-étroit, sec, indolent et jusqu'à un certain point comparable à l'ouverture du lobule de l'oreille dont notre civilisation a conservé l'usage. — J'ai expliqué le but que je me propose en plaçant cet ornement d'une nouvelle espèce.

La parole est à M. Bouley.

M. Bouley : Je n'essaierai pas de faire à M. Malgaigne de nouveaux compliments. Il est convenu que M. Malgaigne est un homme d'esprit, d'un esprit qui déborde, qui fait explosion à chaque mot. Mais franchement, envers la médecine vétérinaire, du moins, il ne s'est pas montré très-fort dialecticien. Au lieu d'aller droit au but et comme Pompilius de poser la question par oui ou par non, il s'est servi du procédé des caricaturistes. C'est en grossissant les figures, en les transformant qu'il arrive à les rendre risibles. Je vais donc essayer de me restituer mon visage naturel et de montrer que je n'ai pas aussi complétement manqué de raison et de bon sens que M. Malgaigne pouvait faire croire.

En premier lieu, il a dit que le nombre des succès que j'ai annoncés n'avait rien de surprenant, puisque je mettais des sétons partout. C'est une erreur. J'ai parlé de l'abus qu'on faisait généralement du séton en vétérinaire ; j'ai parlé de ceux qui subissent les exigences de leurs clients, exigences avec lesquelles ma position de professeur de clinique me dispense de compter. Si j'avais eu le malheur de guérir quatre-vingts fois en appliquant un séton à chacune des quatre-vingts bêtes en traitement, j'aurais dissimulé un pareil résultat ; j'aurais fait hommage à l'Académie de mon silence, et je me serais rendu à moi-même le service de me taire. Ce que j'ai dit, c'est que, dans un certain nombre de cas, et j'ai spécifié lesquels, il y avait entre l'application du séton et le succès obtenu, une coïncidence telle, qu'on ne pouvait s'empêcher d'y voir une relation de cause à effet, de remède à guérison.

Il y a une exclamation de M. Malgaigne qui m'a vivement piqué. En parlant des chevaux auxquels nous appliquons des sétons de trois mètres, il s'est écrié : « Pauvres bêtes ! » C'est-à-dire, n'est-ce pas? pauvres victimes, pauvres animaux martyrs ! je vous plains de tomber en leurs mains redoutables !

Une question. N'y a-t-il pas aussi de pauvres gens? La chirurgie humaine n'a-t-elle pas ses audaces, ses témérités, ses *insaniæ ?* N'en a-t-elle pas même plus que la nôtre qui est forcée de s'arrêter à certaines limites ? En parlant de ces malheureux à qui on enlève presque toute la tête — en ne leur laissant guère que le cerveau et le pharynx, juste assez pour sentir leur misère et pour la prolonger ! — un homme de presque autant d'esprit que M. Malgaigne me disait que certains chirurgiens pouvaient mettre sur leur porte l'inscription du Dante : O vous qui entrez, laissez ici toute espérance ! Je sais que cette critique est exagérée, mais enfin convenez que si tous n'y laissent pas leurs espérances, quelques-uns éprouvent des déceptions. Pauvres gens !

Moins charitable envers ses collègues qu'envers les bêtes, M. Malgaigne a traité les vétérinaires en enfants. L'illusion féconde habite dans leur sein ; ils ne savent ce qu'ils font !

Et il nous a défiés de lui donner les raisons à l'appui de notre pratique. Sans entrer ici dans des développements qui m'entraîneraient trop loin, je rappellerai seulement à M. Malgaigne que j'ai établi trois faits principaux, interprétés ou susceptibles de l'être, et que voici :

Premier fait : Toute souffrance locale un peu intense provoque une réaction générale. C'est un fait que nous constatons tous les jours dans nos opérations, quand nous voyons le cheval opéré suer à flots, ou même être pris de vertige et donner tête baissée contre une muraille. Eh bien, cette réaction je la détermine en plaçant un ou plusieurs sétons, en augmentant la souffrance locale à l'aide de substances irritantes. Par les voies réflexes de la moelle, il se produit une excitation de tout l'organisme dont nous pouvons tirer parti.

Deuxième fait. Des deux versions de l'aphorisme d'Hippocrate, j'admets celle qui traduit *ponos* par *labor*, et je dis *de duobus laboribus*.

Une activité organique se trouvant exagérée, les autres sont d'autant moins intenses. Supposons une vache (je demande pardon de cette expression) (rires); si vous voulez obtenir d'elle à la fois du lait, de la force et de la graisse, vous n'y parviendrez jamais ; il vous faudra opter de toute nécessité pour l'une de ces trois choses. Si à cette vache, pendant la lactation, vous administrez un purgatif, la mesure en main, vous pourrez constater que son lait diminuera en proportion de l'effet purgatif. Au lieu de cette maladie artificielle, observez une vraie maladie, une pneumonie, je suppose, survenant dans les mêmes conditions : le résultat sera le même. Ces faits sont la base même de notre thérapeutique. Nous fondant sur ce balancement des fonctions, des fluxus, des activités, des labores, peu importe le nom, nous essayons à l'aide du séton ou d'autres exutoires, d'opérer un fluxus artificiel, et la pratique prouve que cette induction est légitime.

Troisième fait. L'intensité de l'absorption est en raison inverse de la plénitude du système vasculaire. C'est ce que Magendie a prouvé en donnant de l'upas tieuté à des chiens dont il remplissait les veines d'eau pour les désemplir ensuite ; dans le premier cas, pas d'empoisonnement, absorption rapide dans le second. Eh bien, en obtenant par un ou plusieurs sétons une suppuration abondante, jusqu'à 1,500 grammes en six jours, je transforme momentanément la bête malade en une vache laitière, elle est, si j'ose ainsi parler, percée en dessous, elle fait incessamment, et cette perte incessante, si bien faite pour activer la résorption interstitielle, n'empêche nullement, il s'en faut, l'exercice des fonctions digestives et réparatrices.

C'est après toutes ces inductions que je me dirige dans l'emploi des exutoires, et je persiste à croire que je ne commets rien qui ne soit raisonné et même raisonnable.

Ceci posé, j'admets fort bien que M. Malgaigne continue à me plaisanter, je le plaisanterai à mon tour, et il n'y aura réellement aucun mal à ce que nous nous divertissions aux dépens l'un de l'autre (rires).

M. Malgaigne demande la parole pour deux faits personnels.

M. Malgaigne : En réponse à M. Bouvier, je dirai simplement que, dans cette discussion, je me suis élevé contre l'emploi des exutoires *prolongés*, parce que je les crois plus nuisibles qu'utiles. Mais que j'ai admis et que j'admets encore l'efficacité des vésicatoires et autres moyens du même genre contre les douleurs. Relativement à la cautérisation de l'oreille, mon opinion n'a pas changé !

Je regrette que M. Bouley ait été si vivement piqué de mon exclamation à l'endroit des animaux traités par le séton. Avant lui, je me suis écrié : *pauvres gens*, et j'ai plaint les malades affligés de sétons gros ou petits. Quant au séton de trois mètres, dans la plénitude de mes convictions, je n'ai pu m'empêcher de trouver que c'était là un moyen un peu rude.

Encore un mot. On a dit tout à l'heure : nous avons un consul facétieux. Caton vient de s'en expliquer à la tribune. Sans doute, il ne serait pas prudent de rire des choses saintes de la médecine, mais il n'y a pas de la faute d'un orateur quand les choses dont il parle excitent par elles-mêmes l'hilarité de ceux qui l'écoutent. On ne saurait non plus sans cruauté l'empêcher de participer aux rires qu'il provoque, surtout quand lui-même trouve, comme cela m'arrive, ces choses extrêmement ridicules.

Pour ce qui est des faits de M. Bouley, ce n'est pas à l'Académie qu'ils peuvent être discutés quant à présent. Ils se retrouveront dans les livres, nous les y attendons.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— La Société centrale des pharmaciens de France, qui avait mis au concours la question suivante : *Caisse de retraite pour les pharmaciens*, n'a pas décerné de prix dans sa séance annuelle ; mais elle a accordé deux récompenses et deux mentions honorables.

Les deux Mémoires récompensés sont de MM. Favrot, de Paris (Mémoire n° 3) et Chauvel, de Quintin (Côtes-du-Nord) (Mémoire n° 4).

Les deux Mémoires honorablement mentionnés sont de MM. Hutet, de Lyon (Mémoire n° 1) et Lesoudier, de Chantilly (Mémoire n° 2).

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 142. 3e année. Mercredi 28 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

De la congestion sanguine chronique du foie.

Les quarante premières années de ce siècle ont été, parmi nous, l'ère descriptive des sciences médicales. La *Médecine* de l'Ecole de Paris a été principalement représentée par l'anatomie et par la nosographie, par la *Société anatomique* et par la *Société d'observation médicale*. La pathogénie et la thérapeutique ont été subordonnées, pour ainsi dire, à l'examen cadavérique, au diagnostic anatomique.

Depuis quinze ans, nous sommes entrés dans l'ère physiologique, expérimentale et philosophique.

Cette marche était logique et nécessaire. Avant d'étudier les fonctions, ne fallait-il point connaître les organes? L'édification complète de l'anatomie normale et pathologique ne devait-elle point précéder celle de la physiologie normale et pathologique? Ceux qui ont le plus *religieusement* exploité contre nous l'absurde accusation de *matérialisme* ne savent-ils pas que la *médecine vitaliste* n'est et ne peut être autre chose que la connaissance de la MATIÈRE *organisée* VIVANTE, et qu'elle ne saurait avoir d'autre base sérieuse que les organes et leurs fonctions, considérés en eux-mêmes et dans leurs rapports avec les milieux? N'est-ce point l'un des plus illustres représentants de l'*Ecole positiviste de Paris* qui écrivait, dès 1834, ces paroles :

« *La gravité et la nature des symptômes dépendent souvent* « *beaucoup moins de la gravité et de la nature des lésions,* « *que des dispositions variées des individus, du degré de* « *sensibilité des malades, des sympathies plus ou moins nom-* « *breuses, plus ou moins actives, qui entrent en jeu.* »

Mais si la physiologie pathologique est aujourd'hui l'objet de recherches importantes, si déjà elle a réalisé de précieuses découvertes, il lui reste encore des résistances opiniâtres à vaincre et des problèmes difficiles à résoudre. Sans rentrer dans des considérations générales que nous avons développées ailleurs (1), en appelant l'attention des observateurs sur le rôle pathogénique de la circulation capillaire sanguine, nous allons en trouver la preuve dans l'histoire de la congestion chronique du foie.

(1) *Traité d'hydrothérapie*, pages 424 et suivantes.

« On entend par *engorgement*, avait dit Portal (1), une « collection contre nature, dans une partie, d'une humeur « quelle qu'elle soit, diversement altérée ou dans son état na- « turel. »

Appliquant ces données à l'étude des maladies du foie, Portal décrivit des engorgements hépatiques par congestions sanguine, bilieuse, lymphatique, muqueuse, stéatomateuse, des engorgements mixtes, etc. ; et, ce faisant, il crut avoir réalisé un utile progrès sur Glisson, Bonnet, Morgagni, Lieutaud, Haller, etc. « Ces grands médecins, disait-il, ont généralement compris sous une seule classe toutes les obstruc- « tions du foie, sans aucune distinction de ces espèces, ce qui « fait que leurs travaux sont bien moins propres à nous éclai- « rer sur la nature des obstructions du foie et à nous diriger « vers un traitement méthodique et heureux. »

L'Ecole anatomo-pathologique contemporaine trouva que le progrès accompli par Portal n'était point suffisant. Elle fit disparaître du cadre nosographique et du langage scientifique les mots d'*engorgement*, d'*obstructions du foie*, et leur substitua la description de lésions nettement définies : celle du cancer hépatique, de la cirrhose, de l'état gras, des kystes hydatiques, des maladies des voies biliaires, etc., etc.

Ce n'est pas nous qui condamnerons une tendance et des travaux que nous considérons comme représentant l'un des plus beaux titres de gloire de l'Ecole de Paris, mais nous n'hésitons pas à reconnaître et à proclamer que les anatomo-pathologistes, trop exclusivement préoccupés de la recherche des lésions de tissu, des dégénérescences, des produits morbides, eurent le tort très grave de négliger certaines conditions organiques moins nettement dessinées mais non moins importantes, et que les cliniciens eurent le tort, plus grave encore, de suivre les errements des anatomo pathologistes au point d'oublier complétement les sages paroles que nous avons citées, et qui émanent d'un esprit aussi pratique que philosophique : de M. Andral.

Les choses en vinrent à ce point que tandis que la génération médicale tout entière se passionnait pour des irritations insaisissables et pour des inflammations hypothétiques, la description des congestions sanguines chroniques, passives, disparaissait des nosographies et des cliniques pour faire place à l'histoire de l'hypérémie inflammatoire. La congestion chronique du foie, en particulier, tomba dans un si profond discrédit, qu'en 1844, M. Grisolle se montra très-généreux envers elle en s'exprimant ainsi :

« M. Andral *est porté à croire* que la congestion hépatique « peut exister, d'une manière continue, pendant des mois et « même des années, et donner lieu, dans ces cas, à des symp-

(1) Portal, *Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie*. Paris, 1813 ; page 29.

« tômes de dépérissement. L'opinion de M. Andral est *assez* « *fondée*, et *semble confirmée* par UN *fait curieux* observé par « M. Monneret (1). »

Et cependant dès avant 1834, M. Andral avait très-nettement formulé son opinion, et *croyait très-fermement* à l'existence de la congestion hépatique chronique, ainsi que la citation suivante en fait foi.

« Les congestions chroniques du foie peuvent persister très-« longtemps, sans qu'il en résulte dans cet organe aucune « altération grave de nutrition, ou sans que des sécrétions « morbides y prennent naissance ; elles peuvent se terminer par « la mort en raison du dépérissement progressif qu'elles occa-« sionnent; elles peuvent aussi se terminer par la santé après « avoir donné lieu à la plupart des symptômes qui marquent « ordinairement les plus graves dégénérations du foie (2). »

Et cependant, dès avant 1834, M. Andral *démontrait* l'existence de la congestion hépatique chronique par *plusieurs faits*, non-seulement *curieux* mais péremptoires!

C'était donc M. Grisolle qui était, lui, *peu porté à croire* aux faits recueillis et appréciés par M. Andral?

Mais comment, pour prêter son appui personnel à l'opinion *assez fondée* de M. Andral, M. Grisolle, n'a-t-il rien trouvé de mieux que de s'en référer à *un fait* qui peut être *curieux*, mais qui, selon M. Grisolle lui-même, *semble* seulement confirmer l'opinion *assez fondee* de M. Andral?

En 1852, j'ai établi, par des faits nombreux et concluants, l'existence de la congestion hépatique chronique (3); j'ai vérifié la parfaite exactitude des assertions émises par M. Andral; j'ai montré que cette affection est très-commune, mais qu'elle est ordinairement méconnue, soit que l'attention n'ait pas été, jusqu'ici, suffisamment portée sur elle, soit que l'on néglige de soumettre les malades à un examen plessimétrique attentif et méthodique; j'ai signalé l'action, complétement inconnue jusqu'à moi, des *douches froides* sur les organes congestionnés, et spécialement sur le foie; j'ai appelé l'attention des observateurs sur des faits d'une importance capitale pour la physiologie pathologique, la pathogénie et la thérapeutique.

En 1855, M. Grisolle reproduit scrupuleusement les lignes écrites en 1844! Je me trompe: pour justifier les mots *revue et augmentée* que porte la sixième édition de son *Traité de pathologie*, après cette remarquable proposition : « l'opinion de M. Andral est assez fondée, et semble confirmée par un fait curieux observé par M. Monneret, » M. Grisolle ajoute : « *c'est aussi ce que M. Haspel* PARAIT *avoir constaté souvent.* » (T. I, p. 171.)

Je vais fournir à M. Grisolle de nouveaux éléments de conviction qui lui permettront, je l'espère, de modifier, dans la septième édition de son livre, les formules restrictives et dubitatives qu'il a si péniblement élaborées et si obstinément maintenues jusqu'à présent. La tâche m'est devenue facile; l'appel que j'adressais à mes confrères, en 1852, a été entendu et accueilli dans toutes les parties du monde médical, et je puis, aujourd'hui, compléter le tableau dont j'ai tracé l'ébauche il y a trois ans.

L'*anatomie pathologique* de la congestion hépatique chronique est peu connue; à moins de *complications*, la maladie est rarement mortelle, et l'on n'examine que très-légèrement, et sans y attacher grande importance, un organe qui ne présente pas d'autre lésion qu'une surabondance de sang et une augmentation de volume.

« Le foie, dit M. Andral, est gorgé d'une grande quantité « de sang et ordinairement augmenté de volume, sans qu'il « y existe aucune altération de nutrition ou aucune sécrétion « morbide. »

Voici la description donnée par M. Monneret: « A l'au-« topsie, nous ne trouvâmes qu'une simple congestion du foie « avec augmentation de volume. Le sang ruisselait en abon-« dance quand on incisait le tissu jécoral dont la coloration « était uniformément rouge. Cette coloration était tout à « fait analogue à celle que présente la rate dans l'affec-« tion typhoïde; on ne distinguait plus les deux subs-« tances: la jaune était fortement injectée, et il en résultait « pour l'œil une texture uniforme et comme réticulée, assez « semblable au tissu de la rate. Par des lavages répétés il nous « fut impossible de décolorer entièrement le foie, et nous « crûmes remarquer, à l'aide de l'inspection que nous en fîmes « avec une forte loupe, que le sang était infiltré et combiné « avec les éléments constitutifs du foie (1). »

Il est une circonstance que nous croyons devoir mentionner, c'est que dans cette observation, rattachée par M. Monneret à l'histoire de l'*hépatite chronique*, on voit les accidents et les lésions considérés par M. Grisolle comme *semblant confirmer* l'opinion *assez fondée* de M. Andral touchant la *congestion hépatique chronique*, succéder à une *hépatique aiguë* déterminée par un coup violent porté sur la région du foie.

Je n'ai eu qu'une seule occasion de constater l'état cadavérique des organes, chez un malade dont l'observation sera rapportée plus loin, qui mourut n'ayant présenté, pendant la vie, d'autres symptômes que ceux que je décrirai tout à l'heure comme appartenant à la congestion hépatique chronique. Voici cette curieuse autopsie:

Taille du cadavre: 1 mètre 77 centimètres; décoloration générale, on dirait le cadavre d'un homme mort par hémorrhagie; émaciation portée au plus haut degré; le malade, quinze jours avant sa mort, ne pesait plus que 57 kilogrammes.

Dans aucune partie du corps, le foie excepté, il n'existe d'altération de structure, mais tous les tissus sont décolorés et mous, le cœur est petit, pâle et flasque; il en est de même, à divers degrés, des poumons, de la rate et des reins; l'estomac et les intestins sont comme revenus sur eux-mêmes; la muqueuse est pâle, sa consistance n'est pas modifiée. Les centres nerveux ne présentent rien de remarquable.

Le foie a un volume considérable et remplit presque toute la cavité abdominale; il pèse 6 livres 185 grammes. Le diamètre vertical, au niveau de la grosse extrémité, a 23 centimètres 7 millimètres. Le diamètre transversal a 36 centimètres 5 millimètres. Le diamètre antéro-postérieur, 20 centimètres 3 millimètres.

L'organe présente une couleur violacée uniforme, assez semblable à celle de la rate; lorsqu'on le presse entre les mains, on perçoit une sensation de mollesse qui rappelle celle de la fluctuation, celle que donne la rate, ou le poumon au second degré de la pneumonie.

Le foie étant largement incisé, le sang ruisselle à flots de toutes parts. Les ramifications des veines hépatiques et surtout celles de la veine porte sont distendues et gorgées. A la surface des incisions l'on n'aperçoit ni les granulations ni l'aspect granitique du foie, mais seulement une espèce de tissu rougeâtre, plane, analogue, comme l'a dit M. Monneret, à celui que présente l'incision de la rate chez quelques malades ayant succombé à la fièvre typhoïde, ou bien encore l'incision d'un foyer apoplectique du poumon. Lorsque l'on déchire le tissu jécoral avec les doigts, quelques granulations apparaissent encore, mais plus saillantes et sans distinction possible de la double coloration.

Des lavages répétés ne modifient point l'aspect que nous venons de décrire, mais si, sur une portion du tissu jécoral, l'on fait tomber un filet d'eau d'une certaine hauteur, et pen-

(1) Grisolle, *Traité de pathologie interne*. Paris, 1844, t. I, p. 181.

(2) Andral, *Clinique médicale*. Paris, 1834, t. II, p. 371.

(3) *Traité d'hydrothérapie*, page 469 et suiv.

(1) *Compendium de médecine pratique*, t. IV, page 537.

dant plusieurs minutes on le décolore en partie, et l'on aperçoit alors plus distinctement les granulations hépatiques, et une espèce de membrane très-peu prononcée. Il est facile de constater que la congestion sanguine a pénétré dans les granulations, et envahi ainsi le tissu hépatique lui-même. La consistance de l'organe est diminuée. La vésicule ne contient qu'une petite quantité de bile épaisse et visqueuse.

Il est impossible, et l'on s'en convaincra en lisant l'observation que nous rapporterons plus loin, d'attribuer ces altérations à une autre cause qu'à une congestion hépatique chronique, et l'absence de toute autre lésion cadavérique donne à cette autopsie une valeur qui ne sera pas contestée.

Il serait non moins utile qu'intéressant de pouvoir exactement déterminer les rapports de physiologie et d'anatomie pathologiques qui existent entre les congestions actives et les congestions passives du foie, comme entre les congestions et l'hypertrophie hépatique d'une part, l'hépatite soit aiguë, soit chronique, de l'autre.

Le *diagnostic* de la congestion hépatique chronique se déduit de *signes physiques* et de *signes rationnels*. Occupons-nous d'abord des premiers.

L'augmentation du volume du foie est la conséquence nécessaire de toute congestion sanguine considérable et prolongée. Cette augmentation varie suivant des circonstances que nous indiquerons lorsque nous parlerons de la *marche* de la maladie; ici, nous supposons qu'elle existe d'une manière permanente à un degré plus ou moins considérable : il s'agit d'en constater l'existence.

La percussion médiate, la dermographie et la mensuration, pratiquées avec un soin minutieux, fournissent seules la possibilité d'arriver à un résultat *exact et certain*. L'inspection, la palpation de l'abdomen sont absolument insuffisantes, et nous ne prendrions pas même la peine de le dire si nous ne savions, par expérience, qu'un très grand-nombre de praticiens s'en tiennent encore à ces moyens d'appréciation, si défectueux et si fertiles en erreurs. Quant aux illustres *princes de la science*, qui, dans des *consultations* faites à la hâte, méconnaissent si souvent la congestion hépatique en faveur de la *gastralgie* ou de la *dyspepsie*, ils n'ignorent point la nécessité d'un examen complet et méthodique, mais ils l'oublient sous la pression d'un adage anglais dont l'abus est moins permis au médecin qu'à tout autre : — *Times is money*. — Que les praticiens sachent bien, toutefois, que leurs intérêts sont ici d'accord avec leur conscience, et que le temps le plus *lucratif* est celui qu'on emploie à une exploration attentive et sérieuse.

Nous ne décrirons pas le procédé opératoire du plessimétrisme hépatique; il est suffisamment connu et parfaitement indiqué, d'ailleurs, dans les ouvrages de notre excellent ami M. le professeur Piorry; rappelons seulement qu'il faut, autant que possible, que le malade soit à jeun; qu'il faut distinguer avec soin le son hépatique des sons gastriques et intestinaux, ainsi que des sons, plus ou moins mats, qui peuvent être le résultat d'une affection de la plèvre ou du poumon, d'une tumeur thoracique ou abdominale, etc.

Quelques mots encore à propos de la *position du malade*. M. Piorry veut que le sujet que l'on *percute* soit couché d'abord sur le dos, « comme pour l'examen de l'abdomen, » et ensuite sur le côté gauche. Portal veut que le malade que l'on *explore* soit debout, et voici les raisons sur lesquelles il s'appuie :

« Le foie, dans un homme qui est debout ou assis, descend « plus bas que dans celui qui est couché, et, plus ou moins, « selon qu'il est plus volumineux, pesant et moins soutenu « par les viscères abdominaux. Il déborde de plus de deux « travers de doigt les fausses côtes, dans les mêmes endroits « où il était caché lorsque le sujet était couché. Rien donc « n'est plus mal vu que de faire mettre, comme on le pratique « généralement, les malades dans une position horizontale « lorsqu'on veut reconnaître au toucher quelques maladies du « foie. Il est, au contraire, alors très-avantageux de les faire « tenir *debout, l'épine fléchie et un peu déviée à gauche et un* « *peu en avant* (1). »

L'expérience m'a démontré la justesse de ces assertions; en donnant au malade la position indiquée par Portal, le foie est plus accessible, plus immédiatement en rapport avec la paroi abdominale antérieure, moins exposé à être déplacé par les organes voisins. Dans tous les cas, l'examen comparatif ne peut être qu'utile, et j'ai presque toujours le soin d'explorer le malade en le plaçant successivement dans la position debout et dans la position couchée. J'engage les praticiens à suivre mon exemple.

Le foie ayant été limité par la percussion et dessiné au moyen du crayon de nitrate d'argent ou de crayon dermographique, il s'agit de déterminer si son volume normal a subi une modification en plus ou en moins, et cette détermination se déduit soit de la *mensuration*, soit de la *situation* de l'organe.

Quelles sont les indications fournies par la *mensuration?* Ici se présente une question préalable qu'il importe de résoudre nettement : Quelles sont les dimensions physiologiques du foie?

« Chez l'homme adulte, selon M. Cruveilhier, le foie présente ordinairement 10 à 12 pouces (27 à 32 centimètres) dans son diamètre transversal, 6 à 7 pouces (16 à 19 centimètres) dans son diamètre antéro-postérieur, 4 à 5 pouces (10 à 13 centimètres et demi) dans son diamètre vertical, au niveau de la grosse extrémité. Ce volume présenterait néanmoins de grandes différences individuelles. « *Je me suis* « *assuré*, dit M. Cruveilhier, que le rapport entre les foies de « divers individus ÉTAIT DE 1 A 3 (!), *en l'absence de toute lésion* « *morbide* (2). »

Nous protestons de toutes nos forces contre une assertion qu'a pu émettre un anatomo-pathologiste, mais que ne peut accepter un clinicien sans s'exposer aux plus grandes et aux plus funestes erreurs. M. Cruveilhier n'a point considéré l'augmentation du volume du foie comme une *lésion morbide*; cela est évident. En tous cas, ses résultats sont frappés d'une nullité absolue par cela même qu'ils ont été obtenus sur des cadavres, et non sur des hommes vivants et sains.

L'on comprend aisément qu'en présence d'une affirmation formulée si magistralement par le professeur d'anatomie de la Faculté de Paris, les praticiens n'aient accordé aucune importance, aucune attention au volume du foie, ou aient considéré comme des *variétés individuelles physiologiques* les congestions et les hypertrophies hépatiques les mieux caractérisées, méconnaissant ainsi une lésion organique des plus faciles à constater, et attribuant les manifestations morbides dont elle est accompagnée à la gastralgie, à la dyspepsie, à des névroses hypothétiques, refuge ordinaire du médecin dans l'embarras.

M. Piorry déclare « *qu'il est à peu près impossible d'éta-* « *blir les dimensions normales du foie.* » Il a trouvé, *le plus souvent*, chez les adultes, les dimensions suivantes : 12 à 14 centimètres sur la ligne verticale tracée au niveau du mamelon; 16 à 18 centimètres à la hauteur d'une ligne droite, qui, à partir de l'aisselle, se porte jusqu'au bassin; 7 à 8 centimètres près de l'appendice xiphoïde, et un peu moins sur le point du foie qui correspond à celui-ci ; 5 à 6 centimètres à gauche de cet appendice, alors que l'organe hépatique s'étend jusque-là. Quant à la dimension transversale, elle varie beaucoup, et comprend, en général, l'espace qui se mesure depuis le côté droit jusqu'à 3 ou 4 centimètres à gauche de la ligne médiane (3).

(1) Portal, *Loc. cit.*, page 53.
(2) Cruveilhier, *Anatomie descriptive*, 1834, t. II, p. 550. — 3e édition, 1852, t. III, p. 385.
(3) Piorry, *Traité de médecine pratique*, t. IV, p. 444.

Et M. Piorry se hâte de diminuer encore la valeur et la précision de ces évaluations, en ajoutant :

« Il ne faut pas croire que de telles mesures soient posi- « tives, et qu'on les retrouve absolument semblables chez « tous les adultes. Les hommes robustes, pléthoriques et de « *haute taille*, ont le foie de beaucoup plus volumineux que « les gens faibles, exsangues et de petite taille... Une foule « d'autres circonstances peuvent faire varier le volume de « l'organe hépatique. »

Mais quelles sont ces circonstances, et pourquoi M. Piorry n'a-t-il point tenu compte de la *taille* des sujets, celle-ci exerçant, selon lui même, une influence considérable ?

Voici les chiffres produits par M. le docteur Monneret (1).

Hauteur médiane du foie.	moyenne	5 cent.,	62
—	minimum	1	5
—	maximum	9	5
Hauteur mamelonnaire.	moyenne	12	64
—	minimum	7	8
—	maximum	18	»
Hauteur axillaire.	moyenne	10	57
—	minimum	7	3
—	maximum	13	»

Ainsi qu'on le voit, les minima et les maxima sont séparés par des intervalles si étendus qu'ils semblent justifier les paroles de M. Piorry, et prouver « *qu'il est à peu près impossible d'établir les dimensions normales du foie.* »

Le foie, l'un des organes les plus importants de l'économie, n'est-il donc soumis à aucune règle quant à son volume, et celui-ci peut-il présenter des différences aussi énormes capricieusement, et sous l'empire de circonstances complétement inappréciables ? Non, il n'en est rien, et M. Monneret l'a bien senti, car l'on voit dans son travail le *clinicien* se séparer de l'*anatomiste*. « Il ne faut pas chercher dans ces mesures, dit « M. Monneret, l'indication de l'épaisseur anatomique et « réelle du foie. »

MM. Piorry et Monneret ont suivi tous deux les mêmes errements ; ils n'ont point tenu compte de la stature des sujets ; or, jusqu'à certaines limites que nous établirons, les *dimensions du foie sont en rapport avec la taille*.

M. Monneret ajoute :

« La distance qui sépare le mamelon de la clavicule est assez « variable : elle est de 14,61 en moyenne, maximum 17, mi- « nimum 12. » Mais quelle est la valeur de ces chiffres et de cette *moyenne* si l'on ne tient point compte *de la taille des sujets ?*

Le docteur Conradi a compris qu'il fallait se mettre à l'abri des objections que nous venons d'opposer à MM. Piorry et Monneret, et voici les dimensions qu'il a constatées (2).

Sur cinquante individus, âgés de dix-huit à vingt-cinq ans et *partagés en deux séries d'après leur taille :*

		Première série. Taille de 158 à 170 cent.		Deuxième série. Taille de 170 à 190 cent.	
Ligne axillaire	moyenne	10 17/50	—	11 3/12	—
—	minimum	7 1/2	—	8	—
—	maximum	15	—	17	—
Ligne mammaire	moyenne	12 13/25	—	13 11/25	—
—	minimum	10	—	10	—
—	maximum	14	—	20	—
Ligne médiane	moyenne	8 8/25	—	7 24/25	—
—	minimum	6	—	5	—
—	maximum	11	—	11	—

Par l'étendue des oscillations qui séparent les maxima des minima, ces chiffres s'éloignent beaucoup de ceux que nous avons obtenus. Tous les sujets examinés par M. Conradi avaient-ils le foie à l'état normal ? Non, car nous ne pouvons admettre que chez deux individus DE MÊME TAILLE ET SAINS TOUS DEUX, le diamètre mammaire du foie puisse varier du double ; de 10 à 20 centimètres, par exemple.

L'une des conclusions auxquelles le docteur Conradi a été conduit par ses travaux, est celle-ci :

« *Il n'existe pas de rapport direct entre la taille et le vo- « lume du foie.* »

Sans examiner jusqu'à quel point cette proposition ressort des chiffres produits par M. Conradi lui-même, nous montrerons qu'elle n'est pas justifiée par les recherches auxquelles nous nous sommes livré pendant huit années.

La *situation* du foie fournit des indications d'une grande valeur qui ont été méconnues ou mal appréciées par la plupart des auteurs.

« C'est, *en général*, dit M. Piorry, à 1 ou 2 pouces (2,5 à « 5 centimètres) au-dessous du mamelon droit que le foie « commence, chez *la plupart* des hommes, et son bord infé- « rieur se termine au rebord costal. » Aucune considération propre à éclairer le diagnostic et la pathologie des maladies hépatiques n'est rattachée à cette assertion, à laquelle l'auteur, d'ailleurs, n'accorde manifestement qu'une minime importance.

Le docteur Conradi, qui s'est livré à des appréciations plus précises, dans le but de déterminer la place qu'occupe le foie, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le bord supérieur du foie se trouve, en général, sur la ligne axillaire, au niveau de la septième côte ou du septième espace intercostal ; sur la ligne mammaire au niveau de la cinquième côte ou du cinquième espace intercostal ;

2° Le bord inférieur ou antérieur du foie est plus ou moins bas chez les différents individus. Sur la ligne axillaire il s'étend jusqu'à 4 centimètres au dessous du rebord costal, sur la ligne mammaire jusqu'à 7 centimètres ;

3° Il est impossible d'apprécier le volume du foie par le nombre des côtes ou des espaces intercostaux au niveau desquels il s'étend, parce que les côtes et ces espaces sont plus ou moins larges, non-seulement chez les différents individus, mais encore chez le même sujet ;

4° Le bord gauche du lobe gauche du foie s'étend, le plus souvent, suivant une ligne oblique de bas en haut, de droite à gauche et partant de l'ombilic pour rejoindre l'extrémité gauche du cône précordial. Le plus souvent la pointe extrême gauche du foie et le sommet gauche de la surface triangulaire du cœur se correspondent ;

5° Le lobe droit du poumon recouvre le foie dans une étendue plus grande chez les individus de haute taille que chez ceux de petite taille, surtout dans la direction de la ligne mammaire.

Il nous est encore une fois impossible d'accepter les assertions du docteur Conradi. Elles sont, comme on le verra tout à l'heure, en opposition formelle avec nos observations personnelles qui sont nombreuses et péremptoires.

Voici en quels termes, très-précis et très-justes, s'exprime M. Monneret :

« Chez un homme sain, couché sur un plan horizontal, la « matité hépatique commence à 4 centimètres au-dessous du « mamelon droit et *vient finir sur le bord des côtes, qui cou- « vre très-exactement l'organe et lui sert d'enceinte infé- « rieure.* Sur la ligne médiane le foie se trouve placé derrière « l'appendice xyphoïde et le déborde un peu en avançant vers « le haut de l'épigastre ; en arrière et sur les côtés il cesse au « niveau des côtes que l'on peut, en général, considérer « comme sa limite physiologique... Quant au mamelon, il est « situé entre la quatrième et la cinquième côtes, un peu plus « près de celle-ci, quelquefois sur elle. »

(1) Monneret. Études cliniques sur la maladie qui a reçu le nom de cirrhose du foie V. *Arch, gén. de méd.*, 1852, t. XXIX, page 392.

(2) Schnepf. Détermination de la grandeur et de la situation des organes thoraciques et abdominaux chez l'homme sain. V. *Moniteur des hôpitaux*, 1855, t. III, pages 412-413.

Exposons maintenant ce que nous ont appris des recherches faites avec une rigoureuse précision sur deux cent vingt cinq hommes adultes, à jeun, et chez lesquels le foie était certainement à l'état physiologique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Du degré constant de la chaleur animale, considéré dans l'homme comme loi de la santé, des effets morbides produits par les variations de cette chaleur, et des applications à en déduire pour la thérapeutique.

Par M. le docteur WANNER.

(*Suite et fin.* Voir les numéros 119, 123, 127 et 141.)

OBSERVATION II. — *Fièvre typhoïde compliquée de pneumonie.*

Lequay, âgé de vingt-huit ans, cheveux chatains, taille moyenne, assez bien constitué, ouvrier menuisier, demeurant rue aux Ours, 25, alité depuis trois jours, avant de tomber malade éprouvait depuis quelque temps de grands maux de tête, des étourdissements, avait très-peu d'appétit et avait eu plusieurs épistaxis.

Le 24 mai, où nous le vîmes, il a eu du délire toute la nuit et a cherché à sortir de son lit. Il se plaint de brisures des membres. On entend du râle muqueux au côté droit de la poitrine ; les crachats sont purulents et très-abondants, la langue est humide, sale, avec bande centrale; il existe du gargouillement dans la fosse iliaque, ainsi que plusieurs taches lenticulaires, le pouls est à 102 ; il y a de la titubation, son facies est très-animé. Prescription : application d'un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine. Glace, lavements froids toutes les trois heures ; passes d'eau froide sur le front.

Le 25. Les crachats sont moins abondants que la veille. Le pouls est à 90. Le malade n'a pas eu de délire, la céphalalgie a disparu ; il prend lui-même la glace : même prescription.

Le 26, le pouls est à 82 ; les crachats diminuent, il existe du râle crépitant de retour. Même prescription.

Le 27. Les crachats sont très-rares, la toux est presque nulle, le pouls est à 76.

Le 28. Pouls à 70.

Le 29. Pouls à 68 ; il ne crache plus. Même prescription.

Le 30. Eau de mauves.

Le 31. Il entre en convalescence, et part, quatre jours après, pour son pays.

OBSERVATION III. — *Fièvre typhoïde.*

Barbaut Marie, âgée de dix-sept ans, rue du Cadran, 7, réglée à seize ans, malade depuis deux jours. Elle a eu plusieurs épistaxis, de la céphalalgie et de l'agitation pendant la nuit.

Le 10 mai, époque à laquelle nous la vîmes, elle se plaint d'un fort mal de tête ; la langue est blanche, rouge sur les bords, avec bande centrale, le pouls est à 110, la peau est très-chaude ; ventre normal et nullement douloureux, point de gargouillements ni de taches lenticulaires. Il existe de la diarrhée et du râle sibilant dans toute la partie postérieure de la poitrine.

Voulant nous assurer si nous avions affaire à une typhoïde et attendre l'apparition de taches lenticulaires, nous prescrivîmes seulement de la solution de sirop de groseilles pour boisson, et des quarts de lavements de décoction de racines de guimauve et de tête de pavot, avec addition d'amidon à prendre matin et soir.

Le 11. La malade n'a pas dormi ; la langue, qui a les mêmes apparences que la veille, est plus sèche ; pouls à 112. On aperçoit deux ou trois taches lenticulaires sur l'abdomen ; il existe du gargouillement dans la fosse iliaque ; titubation, facies stupide. Prescription : prendre nuit et jour, sans interruption, des petits morceaux de glace à l'intérieur; lavements froids à température de glace fondante administrés toutes les trois heures, passes d'eau fraiche toutes les minutes sur la tête, qui a été rasée, et souvent sur le ventre.

Le 12. Pouls à 88. La figure a repris son intelligence; la céphalalgie a disparu. Elle n'a plus eu de délire. Même prescription.

Le 13. Pouls à 80. Même prescription.

Le 14. Pouls à 76. Même prescription.

Le 15. Pouls à 74.

Le 16. Pouls à 70.

Le 17. La malade se trouve mieux, cependant le traitement est continué jusqu'au 20. Alors nous conseillons le sirop de groseilles étendu d'eau de Seltz.

Le 21. La malade entre en convalescence et mange un potage.

OBSERVATION IV. — *Fièvre typhoïde.*

Le nommé Baptiste, âgé de vingt-quatre ans, garçon de bains, rue de Rivoli, homme fort et bien constitué, a toujours joui d'une bonne santé. Depuis huit jours, il éprouvait des maux de tête, des brisures des membres ; il avait perdu l'appétit et avait eu plusieurs épistaxis. Alité depuis vingt-quatre heures lorsque nous le vîmes le 9 avril, il a eu de l'agitation et du délire pendant la nuit ; il se plaint d'une céphalalgie intense; il est très-titubé; sa langue est sale et rouge sur ses bords, il y a une bande centrale; il existe du gargouillement dans la fosse iliaque ; il n'y a pas de taches lenticulaires; le pouls est à 102, la peau est très-chaude. Prescription : glace prise constamment à l'intérieur ; passes incessantes sur la tête, lavements froids toutes les trois heures.

Le 10. La céphalalgie n'existe plus, il n'a pas eu de délire; 95 pulsations. On aperçoit sur le ventre quelques taches lenticulaires. Même prescription.

Le 11. Pouls à 80. Même prescription.

Le 12. Pouls à 80. Même prescription.

Le 13. Pouls à 76. Même prescription.

Le 14. Pouls à 72. Même prescription.

Le 15. Pouls à 70. Même prescription.

Le 16. Pouls à 68. Continuer les lavements froids, eau de seltz frappée de glace et édulcorée avec du sirop de groseilles.

Le 17. Pouls à 65. Convalescence.

OBSERVATION V. — *Fièvre typhoïde.*

Le 29 décembre, nous fûmes appelé pour visiter la jeune Delmotte, âgée de quinze ans, demeurant chez son père, maison des bains, rue de Rivoli, en face l'Hôtel-de-Ville. Elle est alitée depuis douze jours et a été traitée par des purgatifs et plusieurs applications de sangsues. Le ventre est ballonné, le pouls est à 108. Elle a du délire et est très-titubée ; la langue est sèche, rouge à ses bords et présente la bande centrale. Prescription : glace administrée constamment ; lavements froids à température de glace fondante donnés toutes les trois heures. Après avoir fait couper les cheveux, passes incessantes d'eau fraîche sur toute la tête.

Le 30. La malade a évacué abondamment ; la céphalalgie ainsi que le délire ont cessé ; le pouls est à 84. Même prescription.

Le 31. Le pouls est à 78. Même prescription. Le ballonnement du ventre n'existe plus.

Le 1er janvier. Le pouls est à 76. Même prescription.

Le 2 janvier. Pouls à 72. Même prescription.

Le 3 janvier. Pouls à 70. Même prescription.

Le 4 janvier. La malade se trouve mieux, le pouls est à 68. Même prescription.

Le 5. Convalescence.

A ces observations nous pourrions en produire un plus grand nombre, mais ce serait toujours la même répétition.

Ajoutons enfin les observations faites sur deux malades affectées de typhoïde ; l'une depuis dix jours, et l'autre depuis douze jours, et appartenant au service de M. le professeur Andral, lesquelles il a bien voulu confier à nos soins, ont été guéries par le même traitement ; cependant nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que ces observations seraient plus concluantes si la date de l'invasion de la maladie eût été moins ancienne, et surtout si le traitement eût été appliqué réellement d'une manière continue : car nous avons acquis la certitude que les gardes chargées de soigner ces malades se livraient chaque nuit au sommeil, interruption qui avait pour effet de laisser la maladie reprendre son empire ; néanmoins, sous l'action de notre traitement, la titubation, la céphalalgie et le délire avaient complétement disparu dès son emploi chez ces malades.

La même remarque que nous faisons ici, au sujet des deux malades du service de M. le professeur Andral, nous la ferons aussi pour les malades affectés de typhoïde, traités également à la Charité par M. le docteur Briquet, c'est-à-dire que le traitement qui n'avait jamais été appliqué d'une manière continue, était toujours accompagné d'autres prescriptions : aussi ces observations, quoique avantageuses, ne peuvent aucunement être concluantes. Nous ajouterons cependant qu'il faut que M. le docteur Briquet ait compris toute l'importance de notre

traitement, puisqu'il y a environ deux mois il nous disait que si madame Briquet ou son fils étaient affectés de typhoïde, il n'emploierait pas d'autre traitement que le nôtre.

Observation I. — *Variole.*

Nous fûmes appelé, pendant la nuit du 10 mars 1850, rue du Grand-Hurleur, nº 25, pour visiter la dame Houdry, affectée d'une variole confluente dont l'invasion datait de huit jours et l'éruption de cinq jours. Cette malade est dans une agitation extrême, a du délire, sa langue est sèche et le pouls est à 110; elle est étouffée sous le poids de plusieurs couvertures et d'un édredon; les croisées de la chambre sont calfeutrées, il y a un feu très-ardent dans la cheminée. Prescription : nous fîmes d'abord enlever les couvertures et l'édredon, ouvrir les fenêtres et éteindre le feu; comme la malade était altérée, elle accepte avec avidité de prendre de la glace; des passes d'eau sont faites sur le front, etc.

Le 11 au matin, à notre visite, cette malade est presque sans fièvre, et quatre à cinq jours après, elle est convalescente.

Observation II. — *Variole confluente.*

Le sieur Dominique Odier, ouvrier bijoutier, âgé de vingt-deux ans, demeurant rue de Montmorency, 51, est malade depuis le 10 juin 1848; il se plaint de céphalalgie intense, de brisures dans les membres, et d'une forte douleur lombaire; sa langue est blanche avec bande centrale. Nous l'avouons, trompé par ces symptômes et prenant cette maladie pour une fièvre typhoïde, nous prescrivons alors la glace à l'intérieur, des passes d'eau froide sur le front et des lavements d'eau froide. Le soir, ce jeune homme est complétement soulagé et se trouve mieux.

Le 11, le mieux continua, même prescription.

Le 12, même état, même prescription.

Le 13, ce malade, très-effrayé, parce qu'il est couvert de boutons, nous envoie chercher à la hâte; nous constatâmes que ces boutons n'étaient autres que des pustules varioliques; alors nous fîmes cesser tout traitement froid, et nous lui conseillâmes de l'infusion de violettes. Cette éruption, qui est confluente, détermine à peine de la fièvre chez ce malade, qui ne se plaint seulement que de ses boutons. Le mieux ayant continué les jours suivants, la guérison s'opéra parfaitement le quinzième jour.

Observation I. — *Dysenterie.*

Madame Chrétien, âgée de trente-deux ans, d'une bonne constitution, demeurant rue Saint-Honoré, nº 28, fut prise, le 4 avril, de dysenterie. Cette maladie débuta chez cette femme par une prostration générale, par de fortes coliques qui devinrent de plus en plus vives, avec besoin fréquent d'aller à la selle.

Le 5 avril, jour où nous fûmes appelé, nous constatâmes que la langue était un peu rouge; le pouls, qui était petit, avait 80 pulsations. Son facies était altéré, ses déjections, très-fréquentes, et qui étaient accompagnées d'épreintes très-douloureuses, n'étaient composées que de quelques mucosités et de sang pur. Prescription : passes d'eau froide pratiquées incessamment sur tout l'abdomen, glace prise sans interruption à l'intérieur, quarts de lavements composés d'eau froide, d'une cuillerée à café d'amidon, et de 7 à 8 gouttes de laudanum.

Le 6, les coliques ont cessé, ainsi que les selles; la malade ne se plaint que de faiblesse. Continuation du traitement.

Le 7, la malade se trouve mieux et prend un potage.

Observation II. — *Dysenterie.*

M. Antoine Camus, âgé de trente ans, homme fortement constitué, demeurant rue Grénetat, 15, tomba malade, le 10 août, de dysenterie.

Le 11, lorsque nous fûmes appelé, il se plaignait de fortes coliques, et avait des selles fréquentes sanguinolentes et accompagnées d'épreintes. La langue est blanche, le pouls est petit, concentré. Prescription : passes d'eau froide exercées constamment sur tout l'abdomen, glace incessamment administrée à l'intérieur; toutes les trois heures, quarts de lavements d'eau froide, avec une cuillerée d'amidon délayé à froid, et 7 à 8 gouttes de laudanum de Sydenham. Nous revîmes ce malade le soir, il était beaucoup mieux; sa figure était calme, les selles avaient cessées, le pouls était à 68, et il n'avait plus de coliques.

Le 12, l'état de ce malade était tellement satisfaisant, qu'il avait repris ses occupations, seulement nous lui conseillâmes de ne prendre ce jour-là aucune alimentation, de boire de l'eau de riz, et de ne commencer à prendre des aliments que le lendemain, encore de se borner à de légers potages.

Observation III. — *Angine couenneuse.*

Le sieur Gaté, âgé de dix-neuf ans, homme bien constitué, demeurant rue du Grand-Hurleur, 26, était malade depuis trois jours. Le 10 avril, époque où nous le vîmes, il se plaint d'une céphalalgie intense, de brisures dans les membres; il est titubé et ressent une douleur dans la mâchoire et l'oreille du côté droit; la langue est sale, le pouls est fort et est à 88. Ayant examiné la gorge, on aperçoit, sur les amygdales et l'arrière-gorge, plusieurs plaques membraneuses de couleur blanche nacrée; la région pharyngienne est très-rouge. Prescription : glace prise constamment à l'intérieur, lavement froid, passes d'eau froide sur le front.

Le 11, la fièvre a cessé, la céphalalgie a disparu. Continuation du traitement.

Le 12, les membranes se détachent; même traitement.

Le 13, le malade part dans l'après-midi pour Meaux, et revient trois jours après parfaitement guéri.

Observation I. — *Erysipèle prise sur nous-mêmes.*

En 1848, nous fûmes affecté d'un érysipèle de la face. La médication que nous employâmes d'abord furent des purgatifs, des boissons délayantes; nous nous bassinions la figure avec de l'infusion tiède de fleurs de sureau. Cette maladie, malgré ces moyens, faisant toujours des progrès, nous eûmes alors recours à notre traitement réfrigérant. Nous avions toute la région gauche de la face envahie. Nous prîmes la glace à l'intérieur, et nous fîmes sur la surface de la partie malade des passes légères et incessantes d'eau froide. Vingt-quatre heures après, nous étions guéri.

Un an après, nous fûmes pris de nouveau d'érysipèle; seulement nous n'avions que la région temporale et l'oreille droite envahie. des passes d'eau froide pendant dix heures firent complétement disparaître cette maladie.

Observation II. — M. Petitpas, herboriste, rue Meslay, 3, était sujet à des érysipèles qui se renouvelaient tous les deux ou trois mois. Il avait la moitié de la face entièrement prise; je lui conseillai alors ce traitement, et quoiqu'il ne le fît pas d'une manière aussi continue que je lui avais indiqué, il fut guéri en trente heures, et depuis il n'a plus eu d'érysipèle.

Observation III. — La nommée Rosalie Dupont, âgée de vingt et un ans, demeurant rue du Petit-Hurleur, 2, était, presque tous les deux mois, affectée d'érysipèle. Je lui avais, à deux époques différentes, déjà donné des soins pour cette affection. Elle avait été traitée par des purgatifs, des boissons délayantes, et, chaque fois, elle était restée au moins dix jours alitée. Lorsqu'elle me fit appeler pour la troisième fois, elle avait la moitié de la partie inférieure gauche de la face envahie. Notre traitement, suivi par elle avec soin, fit cesser en vingt-quatre heures toute inflammation, et, depuis, elle n'eut plus de récidive.

Depuis notre lecture à l'Académie, en quatre heures nous avons guéri, par le même moyen, d'un érysipèle qui occupait la moitié de la région temporale droite, M. Leydié, pharmacien, rue du Petit-Hurleur, 12.

En résumé, nous croyons avoir établi que le grand fait de la chaleur animale, observé par les naturalistes, est une des conditions de l'existence de l'homme à l'état sain, de même qu'il est une des conditions de la vie en l'élevant jusqu'à une certaine limite. Cette loi physiologique, dont l'empire s'étend à toutes les autres fonctions, ne pouvait manquer d'offrir d'importantes applications thérapeutiques.

Notre pratique, nos expériences, notre théorie s'accordent pour démontrer que les maladies inflammatoires ont toutes pour cause un trouble de la chaleur animale, et que toutes peuvent être guéries par les moyens propres à rétablir l'état isotherme. Nous sommes loin de croire que nous ayons épuisé cette grande question; il nous suffit, pour le moment, de l'avoir indiquée et précisée. Nous sommes résolu à continuer nos recherches, et la première récompense que nous ayons à attendre de ce labeur, nous serions heureux de la trouver dans l'approbation de l'Académie, comme nous la trouvons dans l'irrésistible conviction que nous sommes sur le chemin de la vérité.

Mémoire sur le traitement des angines par les mercuriaux, la belladone et l'aconit, suivi de quelques remarques sur la médication alcaline.

Par M. Imbert-Gourbeyre.

Professeur-suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

M. Marchal (de Calvi) a saisi récemment la presse médicale de l'intéressante question du traitement de l'angine couenneuse. Nier l'efficacité de la cautérisation locale, établir l'utilité du traitement alcalin, tel est l'objet du Mémoire de cet écrivain distingué.

La thèse de M. Marchal me provoque à hâter, au risque de le laisser un peu incomplet, la publication d'un travail que je prépare depuis longtemps sur le traitement des angines par les mercuriaux, la belladone et l'aconit. Je tiens surtout à mettre en relief l'excellence du traitement mercuriel; je tâcherai aussi d'apprécier, autant qu'il me sera possible, la valeur du traitement sur lequel M. Marchal a appelé de nouveau l'attention : c'est là tout l'objet de ce Mémoire.

Les vérités thérapeutiques ont toujours grand'peine à se faire jour : de temps à autre, l'on rencontre dans la tradition quelques observateurs qui signalent des faits importants; ces faits passent souvent inaperçus. Arrivent les compilateurs de matière médicale : ils ont bouche close à leur sujet, ou ils en font à peine mémoire.

Du reste, la plupart se copient, et souvent en copiant les autres, ils jugent *à priori* les expériences antérieures sans les avoir vérifiées ; quelquefois même ils les contestent et les déprécient avec un aplomb imperturbable. On forme ainsi, à la légère, l'opinion de la majorité des médecins, et les praticiens continuent à se traîner dans l'ornière de la médecine commune, sans se douter que notre arsenal thérapeutique regorge de toutes sortes d'armes qu'il ne faut savoir que manier, ou bien ils font une polypharmacie d'inspiration, à coups de formulaires, ces fils abâtardis d'une vieille maison en ruines, qui s'appelle le *Codex*! On fait ainsi de la médecine sans le savoir, et quelquefois même, chose choquante, on la décore du nom de médecine *exacte*, *positive* ou *rationnelle*, tous mots vides de sens pour un médecin sérieux qui demande, non pas une vaine phraséologie, mais des faits réels ou des choses.

J'émets toutes ces réflexions à propos des angines, et il me serait facile d'invoquer bien d'autres exemples encore. Que voyons-nous faire tous les jours dans le traitement de cette maladie, dans sa forme la plus ordinaire? Les praticiens oscillent gravement entre la saignée générale, ou locale, et le cataplasme classique; entre un looch, un gargarisme astringent, quelquefois la cautérisation, et presque toujours la feuille de ronces populaire... et le temps fait le reste.

Eh bien! il existe un traitement très-supérieur à cette médecine banale : c'est le traitement par les mercuriaux, traitement dont les résultats peuvent défier le scepticisme le plus robuste, traitement pour ainsi dire spécifique, qui, par sa rapidité d'action, sa sûreté et son agrément, mérite incontestablement l'application du fameux axiome trilogique : *tutò, citò et jucundè*.

Et cependant, ce traitement est loin d'avoir trouvé dans la pratique usuelle, l'hospitalité qui lui est naturellement due. Galien saigne et donne l'*album græcum* ; Boërrhave et son école le répètent et y ajoutent quelques fioritures sans valeur ; le grand *Dictionnaire des sciences médicales* copie à peu près le médecin de Leyde ou Van Swieten, son commentateur. Même tradition dans le *Traité de pathologie* de M. le professeur Grisolle, dernière étape du progrès moderne. Saigner, purger, révulser, cautériser, tel est notre bilan depuis dix-huit cents ans ; telle a toujours été la pratique de la majorité, en consultant les points culminants de notre littérature médicale; et aucune de ces autorités enseignantes depuis plusieurs siècles n'a ouvert la bouche sur l'efficacité réelle du mercure dans le traitement des angines. M. Grisolle, qui clôt la série, n'en dit mot, et MM. Trousseau et Pidoux le mentionnent à peine à propos du croup.

Toutefois, grâce à d'intelligentes minorités, et j'ai pour elles, en thérapeutique surtout, un profond respect, et il est juste aussi de le dire pour l'honneur même de la tradition et du progrès humain, il existe dans tous les travaux antérieurs un grand nombre de documents précieux en faveur du traitement mercuriel des angines. Je les citerai en partie, et il sera démontré, une fois de plus, par ce seul exemple, que l'on rencontre éparses dans la tradition une foule de vérités thérapeutiques importantes, et malheureusement trop ignorées, ou peu connues. Pour les trouver, il faut souvent creuser et fouiller, comme ces chercheurs d'or qui poursuivent le métal californien jusque dans le sable le plus grossier.

Je n'ai point, comme on le voit, la prétention d'être inventeur; mais à coup sûr, pour beaucoup de lecteurs, je dirai des choses nouvelles, et pourtant je n'aspire à d'autre mérite qu'à celui d'avoir vérifié par moi-même des faits assez nombreux, pour ainsi dire perdus, et d'avoir mis en relief quelques vérités thérapeutiques.

Il est des médicaments qui dominent le traitement de certaines maladies : ainsi l'aconit dans les affections douloureuses, et un grand nombre de maladies franchement inflammatoires; la belladone dans la scarlatine, et un grand nombre de délires; l'arsenic dans la fièvre typhoïde grave, etc... Ce sont là des médicaments *princeps* (1). Je range sur la même ligne le mercure dans les angines.

Il faut prendre ici les angines dans le sens le plus général, quant à leur siége, angines gutturales, tonsillaires, pharyngies, et même laryngies, quoiqu'il soit plutôt question des angines de la gorge et de l'arrière-gorge. Quant à leur nature, nous avons principalement en vue les angines purement inflammatoires; nous signalerons cependant un assez grand nombre de documents thérapeutiques, touchant l'angine diphthéritique.

Etudions maintenant l'action du mercure dans les angines sur le double terrain des faits thérapeutiques et des faits physiologiques, deux points de vue corrélatifs qui doivent nécessairement guider le médecin, et lui faire saisir la *raison* de ce traitement dans le rapport même de ces deux ordres de faits fondamentaux : nous en ferons autant pour la belladone et l'aconit.

FAITS THÉRAPEUTIQUES ET PHYSIOLOGIQUES.

Depuis plus d'un an, j'ai eu occasion de traiter un nombre assez considérable d'angines, soit en ville, soit à l'hôpital. Sous l'influence épidémique de rougeole et de scarlatine, que nous avons subie depuis plusieurs mois, il s'est développé en même temps beaucoup d'angines primitives, ce qui m'a permis de recueillir quelques observations que je vais consigner ici.

En relevant mes notes, je trouve environ une quarantaine d'angines traitées par le calomel. J'ai employé ce sel mercuriel d'après la méthode de Robert Law, en l'exagérant même, administrant indifféremment depuis 1 jusqu'à 5 centigrammes de protochlorure hydrargyrique, mélangés avec du sucre et divisés en 20 paquets; j'ai obtenu des résultats tout aussi positifs avec des doses minimes qu'avec de plus fortes doses (2).

---

(1) Dans plusieurs mémoires qui ont précédé (*Gazette médicale*, novembre 1854, février, mai et juin 1855), j'ai déjà parlé de l'aconit. J'espère être à même, plus tard, de publier des travaux assez étendus sur l'arsenic et la belladone On y trouvera, j'espère, la démonstration de ce que j'avance.

(2) Déjà, en 1846, M. Bouchardat (*Annuaire de thérapeutique*) recommandait le calomel sous la forme de pastilles à la dose d'*un milligramme*, 10 à 20 par jour : — « N'en accumulez pas des doses énormes, disait ce professeur distingué, et vous reconnaîtrez que le calomel ne détermine pas plus la stomatite que les autres très-bonnes préparations mercurielles. » — Les doses classiques du calomel sont donc excessives. A doses fractionnées, on échappera habituellement à l'hydrargyrie buccale ; cependant, on n'en

Tous mes malades ont été soumis à cette expérimentation, *à l'exclusion* de tout autre médicament, d'évacuations sanguines, de gargarismes et de cautérisations ; orge sucrée pour toute tisane. Ils n'ont pris que trois ou quatre doses de calomel par jour délayées dans une gorgée de liquide.

J'ai eu à traiter des angines principalement amygdaliennes, d'autrefois gutturales et pharyngiennes, et je ne compte ici que les angines accompagnées de fièvre notable au début. Parmi ces angines, ne figurent nullement des angines couenneuses ou diphthéritiques. Je n'en ai point rencontré. Quelques-unes seulement ont présenté des concrétions pultacées, soit sur les amygdales, soit sur le pharynx.

La plupart de ces angines ont existé chez des jeunes gens, et de jeunes soldats en particulier.

Ceci posé, quel a été le résultat du traitement? Neuf fois sur dix j'ai constaté une amélioration évidente au bout de vingt-quatre heures, cessation de la fièvre et diminution notable des symptômes locaux, et, le second jour, j'ai vu la phlegmasie entrer en résolution si complète, qu'habituellement j'ai cessé la médication.

Il ne m'a pas été possible, dans la majorité des cas, d'interpréter le résultat thérapeutique par une simple coïncidence avec la solution naturelle de la maladie, parce que la plupart des sujets ont été traités dès le début, en moyenne au bout de deux jours, et qu'une forte angine fébrile ne se résout pas dans l'espace de deux fois quarante-huit heures ; du reste, ces résultats m'ont d'autant plus frappé, qu'avant d'employer la méthode mercurielle, j'ai eu nombre de fois l'occasion de constater la plus grande longueur de la maladie avec les autres traitements. Aussi ai-je acquis pour mon compte la conviction clinique la plus profonde, que, de toutes les médications usitées jusqu'à ce jour contre les angines, le mercure est incontestablement le médicament le plus efficace et le plus sûr en cette occasion, et qu'il est bien supérieur aux autres moyens employés dans la pratique ordinaire.

Dans plusieurs cas, j'ai été à même de prendre la maladie à son début, et je puis dire qu'elle a été véritablement jugulée en quarante-huit heures.

Que l'on compare maintenant cette méthode avec les saignées locales et générales, les cataplasmes autour du cou, les gargarismes de toute sorte, les éméto-cathartiques, les cautérisations multiples, etc., et l'on verra de quel côté se trouve le *citò, tutò et jucundè*. Avec 1 ou 2 centigrammes de calomel, distribués en huit ou dix doses, dans l'espace de quarante-huit ou soixante heures, on guérira toujours plus sûrement, plus promptement, et surtout plus agréablement qu'avec tous les autres moyens précités.

J'ai besoin d'ajouter à ces résultats sommaires quelques observations de détail.

Il est des angines qui sont, pour ainsi dire, fatalement destinées à se compliquer d'abcès, et il m'a été impossible, même avec le mercure, d'empêcher la formation de ces tumeurs phlegmoneuses ; mais j'ai observé que, sous l'influence du traitement mercuriel, la marche en était bien plus rapide, l'abcès s'ouvrant promptement de lui-même ; j'ai encore constaté que le calomel hâtait singulièrement la résolution de l'engorgement inflammatoire qui persiste pendant quelques jours après l'évacuation du pus.

En examinant avec attention une série considérable d'angines, comme je l'ai fait récemment, l'on ne tarde pas à être frappé de leurs variétés quant au siége, quant aux formes, quant au degré, quant à la marche, etc., variétés qui ne se trouvent pas décrites dans les livres, et qui ne peuvent échapper au véritable observateur ; il est quelquefois des angines très-douloureuses, où l'inspection de la gorge n'indique aucun symptôme. Il n'y en a pas moins douleur, gêne de la déglutition. Ces angines, au lieu de siéger sur les muqueuses et les amygdales, siégent plutôt dans l'épaisseur des parties molles, soit autour du pharynx, soit dans le voisinage de la langue, soit sur les nombreuses glandes sous-maxillaires, et ces affections n'en cèdent pas moins merveilleusement au traitement mercuriel, aussi bien que les angines proprement dites.

Il faut rapprocher de ces angines ces maladies si fréquentes chez les enfants et les jeunes gens, connues sous le nom vulgaire de *fluxions sur les joues*. Ces fluxions, qui siégent sur tout un côté de la mâchoire inférieure, se terminent quelquefois par un abcès qui s'ouvre, soit dans la bouche, soit en dehors, et le plus souvent par résolution, après avoir persisté un temps plus ou moins long, en offrant une tumeur plus ou moins rouge, luisante, douloureuse et d'une dureté remarquable. J'ai vu ces fluxions avoir pour point de départ une véritable adénite sous-maxillaire. Ces fluxions inflammatoires, qu'il ne faut pas confondre avec d'autres fluxions indolentes, fréquentes dans la même région, cèdent également au mercure avec une grande rapidité.

A côté de ces affections, il faut encore faire figurer les oreillons, et ce n'est point sans raison que Selle (*medicina clinica*, 1790, p. 90) les classe parmi les angines. De même que les fluxions de la mâchoire, les oreillons peuvent être considérés comme de véritables angines externes. Ces affections ressemblent du reste beaucoup aux angines par la difficulté d'ouvrir la mâchoire et d'avaler, et par la salivation dont elles sont souvent accompagnées. Il est même des cas où l'on voit l'angine externe être précédée d'angine interne, et ne sait-on pas que, dans la scarlatine, la parotidite accompagne quelquefois l'angine ou lui succède et persiste après elle. Ce rapport entre les angines d'un côté, les fluxions douloureuses et les oreillons de l'autre, n'est pas seulement intéressant au point de vue nosographique, il a surtout une grande importance thérapeutique, puisque d'après ma propre observation, qui n'est que la vérification de celle de mes devanciers (1), le mercure est encore le médicament par excellence dans ces espèces d'angines externes. Ce rapprochement trouvera une nouvelle confirmation dans l'histoire même des propriétés physiologiques du mercure dont je parlerai plus tard. En divisant les angines en internes, externes et interstitielles, je crois dire quelque chose de très-exact, nosographiquement parlant ; cette division n'est, du reste, que la reproduction de la très-ancienne division classique des angines en *cynanche* et *paracynanche*, *synanche* et *barasynanche*.

(*La suite prochainement.*)

est jamais complétement à l'abri, même en poussant plus loin le fractionnement ; car l'on peut rencontrer des individus d'une telle susceptibilité à l'endroit du mercure, qu'ils en subissent l'action toxique à des doses très-minimes ; mais ce sont là des raretés.

(1) Il est probable qu'un certain nombre de ces fluxions douloureuses ne soient, en réalité, que de véritables périostites du maxillaire inférieur, ce que l'on peut reconnaître à la longueur et à la ténacité du mal, ainsi qu'au gonflement de l'os lui-même.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— M. le docteur Ars. Pigeolet, professeur d'accouchements à l'Université de Bruxelles, vient d'obtenir le cordon de commandeur de l'ordre d'Isabelle la Catholique. (*Press. méd. belge.*)

L'Académie royale de médecine de Belgique a tenu, samedi 24 novembre, sa séance solennelle. Dans cette séance, MM. Maisonneuve et Sichel ont été nommés membres correspondants de l'Académie, et MM. Amussat, Jobert (de Lamballe) et Chélius, membres honoraires.

Erratum. Dans notre numéro 141, p. 1122, c. 2, 2e ligne de la note, *au lieu de :* l'intestin de ses tiers, *lisez :* l'intestin de ses fèces.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 143. 3e année. Vendredi 30 Novembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal ; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Du véritable caractère des hallucinations et de leurs rapports avec l'aliénation mentale (1).

Messieurs,

Nos réunions se renouvellent si rarement, qu'il est fort difficile, pour moi du moins, de suivre le fil d'une discussion qui se prolonge pendant plusieurs mois, à d'aussi longs intervalles. C'est à cette cause sans doute, et peut-être aussi à l'insuffisance de ma mémoire, que je dois attribuer le léger caractère de confusion dont la discussion actuelle me paraît empreinte. Je ne suis donc pas bien certain de me tenir au cœur de la question, telle qu'elle a été posée dans le principe, en abordant les deux points sur lesquels je désire présenter quelques remarques; mais je sais du moins que je ne sortirai pas du cercle tracé par les précédents orateurs, puisque ceux qui ont pris la parole dans la dernière séance ont ou effleuré ou plus ou moins traité à fond chacun de ces deux points.

PREMIER POINT. — *L'hallucination est-elle une sensation ou une conception, et la conception n'est-elle elle-même qu'une sensation?*

Si l'on s'était borné, si nous nous bornions nous-même de dire, sur ce premier point, uniquement ce que nous savons, toute discussion serait promptement close : nous n'aurions qu'à lui appliquer le mot justement célèbre par lequel le premier des sept sages résumait toute la métaphysique. Mais il est des questions que l'on a si profondément ensevelies sous des monceaux de sophismes et de phrases vides de sens, que c'est réaliser un progrès véritable que de dévoiler nettement notre ignorance à leur égard. Ce progrès est le seul dont la première question qui va nous occuper nous paraisse susceptible.

(1) Dans une Société (1) qui a pour but de perfectionner la science psychologique, en réunissant dans son sein l'élément philosophique auquel les médecins restent, en général, trop étrangers et l'élément physiologique auquel les philosophes à leur tour sont bien plus étrangers encore, une discussion importante s'est élevée sur la catalepsie, l'extase et les hallucinations. Parmi les nombreuses questions dignes d'intérêt, soulevées dans le cours de cette discussion, deux avaient plus spécialement fixé mon attention et avaient d'ailleurs été l'objet des sentiments les plus opposés. Ce sont ces deux questions que j'ai cherché à éclairer par quelques considérations présentées à la Société lundi dernier, et que mes lecteurs voudront bien accueillir, je l'espère, avec leur bienveillance accoutumée.

(1) La *Société médico-psychologique*, qui tient ses séances le dernier lundi de chaque mois, à la Faculté de médecine.

FEUILLETON.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Traité des maladies vénériennes.

Par A. VIDAL, de Cassis (1).

Nous avons déjà rendu compte du livre de M. Vidal, de Cassis, et nous sommes appelé à parler de nouveau de cet ouvrage, parvenu rapidement à une deuxième édition. La manière dont l'auteur a traité son sujet justifie suffisamment un aussi honorable succès ; nous ne pouvons que le constater, sans y rien ajouter.

M. Vidal a fait dans cette édition d'importantes additions, spécialement aux articles relatifs à la syphilis des viscères.

L'étude de la syphilis est évidemment en grand progrès, et tout en reportant, comme cela est juste, à M. Ricord, une grande part de cette marche progressive, il faut reconnaître que les doctrines de ce savant syphilographe se présentaient sous des formes un peu trop exclusives, et avaient besoin, pour se dégager de certaines exagérations, de subir l'épreuve de la discussion.

Les corps savants, saisis de quelques points de l'histoire de la syphilis, n'ont pas manqué à leur mission, et successivement l'Académie de médecine et la Société de chirurgie ont agité les questions les plus importantes de cette branche de la médecine, et il est clairement ressorti de ces discussions que, si les idées de M. Ricord avaient fait un grand chemin, elles n'étaient cependant pas admises sans de justes restrictions.

Nous n'avons pas à rappeler ces brillantes discussions auxquelles, tant à l'Académie de médecine qu'à la Société de chirurgie, ont pris part MM. Velpeau, Gerdy, Lagneau, Gibert, Roux, Cullerier, Robert, etc., on en trouvera la très-exacte reproduction dans l'ouvrage de M. Vidal ; mais nous dirons seulement que, sur plusieurs points, M. Ricord se trouva seul ou presque seul contre tous, et si le talent et la facilité de parole avaient dû faire triompher une cause, il aurait certes gagné la sienne.

Mais il n'en peut être ainsi quand il s'agit de questions aussi précises, et ces luttes brillantes et répétées avec une certaine passion qui ne saurait leur nuire, nous ont paru fécondes en résultats heureux pour la pratique ; le public médical l'a jugé ainsi, car il a suivi avec un intérêt soutenu les nombreuses séances consacrées à l'étude de la syphilis.

M. Vidal, dans toutes ces luttes, a constamment combattu ; et si toutes ses argumentations n'ont pas amené de nouvelles convictions dans quelques esprits, elles en ont tout au moins ébranlé qui paraissaient inébranlables, et elles ont produit sinon des conversions, tout au moins des concessions.

Le livre de M. Vidal n'a plus besoin d'être analysé, il est assez connu du monde médical, non-seulement en France, mais encore à

(1) Deuxième édition. — Éditeur : M. V. Masson, place de l'École-de-Médecine, à Paris, un vol. in-8°.

Demander, en effet, si l'hallucination est essentiellement la même chose que la sensation, c'est poser ou une question sérieuse, et alors insoluble, ou une question de mots, et alors une question futile.

Si, par sensation, on entend un phénomène composé des trois éléments suivants : 1° impression d'un agent extérieur sur l'extrémité périphérique d'un nerf du sentiment ; 2° transmission de cette impression jusqu'au cerveau ; et, 3°, perception par cet organe de l'impression transmise, alors assurément, l'hallucination et la sensation sont choses fort différentes, si différentes même, que la différence est inutile à signaler ; car je n'imagine pas qu'il se soit jamais rencontré quelqu'un d'assez fou pour prétendre qu un halluciné qui croit voir le soleil en pleine nuit, reçoive en réalité sur sa rétine l'impression des rayons de cet astre.

Mais si, laissant de côté l'agent extérieur, qui n'est qu'une cause, on fait consister le phénomène dans les modifications intimes que cet agent produit directement sur le tissu nerveux périphérique, et, médiatement, sur le cerveau, je dis qu'alors, la question est insoluble, car pour la résoudre, il nous faudrait connaître ces modifications, et nous les ignorons entièrement. MM. Burdach et Muller, et après eux beaucoup d'autres auront beau nous affirmer que l'hallucination et la sensation sont identiques, par la raison que dans la première comme dans la seconde, on *entend réellement un son*, on *voit réellement une image*, ils nous laisseront sans doute la liberté de ne pas les croire sur parole, puisqu'ils prennent celle d'affirmer ce qu'ils ne savent point.

Si cependant, ce que, Dieu merci, je suis loin d'accorder, on devait, en science comme en métaphysique, substituer le raisonnement à l'expérience, la probabilité à la démonstration, il nous paraît que la probabilité la plus grande serait en faveur de l'opinion de MM. Muller et Burdach, que partage M. Baillarger.

Le principe de logique qui attribue l'identité des effets à l'identité des causes, étant, je ne dis pas un de ceux qui ne peuvent tromper, mais un de ceux qui trompent le moins, il est naturel que ceux qui y ont foi rapportent à une même origine, à un mécanisme intime semblable, deux phénomènes que celui qui les éprouve ne saurait distinguer, et qui, pour parler plus rigoureusement, n'en font réellement qu'un dans son esprit.

On a opposé à cette opinion les faits suivants, que l'on a crus décisifs, et qui peuvent à peine établir une faible probabilité en faveur de ceux qui les ont invoqués.

Esquirol a trouvé les nerfs optiques désorganisés depuis la rétine jusqu'à leur entre-croisement inclusivement, sur le cadavre d'un aliéné qui avait eu des hallucinations de la vue. Des observations analogues ont été faites depuis ce célèbre médecin. On a fait remarquer, en outre, que les faits de cette nature n'avaient rien de bien étrange, puisque des individus amputés d'un membre continuent à éprouver des sensations diverses dans ce membre qu'ils ne possèdent plus.

Ces faits, Messieurs, les derniers tout au moins, sont parfaitement positifs, et les constatations anatomo-pathologiques d'un observateur distingué que, par une regrettable anomalie, nous ne voyons point siéger parmi nous, ne peuvent rien contre eux (1). Mais l'interprétation qu'on leur a donnée est-elle fondée sur l'état de nos connaissances touchant la physiologie du système nerveux ? Je ne le crois pas.

Ceux qui ont adopté cette interprétation ont oublié que lorsqu'on excite un conducteur nerveux, c'est-à-dire un agent de transmission, le cerveau rapporte l'impression qu'il perçoit, non au point impressionné, mais à l'extrémité périphérique, à l'épanouissement du conducteur. En sorte que si, chez un individu amputé de la jambe, par exemple, on suppose que les filets nerveux dont les prolongements animaient autrefois le gros orteil, viennent à être impressionnés par une cause quelconque, par un agent, par une action morbide, conséquemment, c'est dans le gros orteil absent que l'individu éprouvera une sensation ; nouvelle et bien curieuse analogie entre le mécanisme de la sensibilité et celui de la pile galvanique, dont l'action se manifeste seulement aux pôles, tandis que les points intermédiaires transmettent le courant sans en être affectés. Pour que les faits invoqués par Esquirol et ses partisans fussent concluants, il faudrait donc que la destruction complète (et non l'altération, laquelle serait en faveur de l'opinion contraire) du nerf eût été constatée dans sa racine cérébrale même, et l'on comprend qu'avec nos moyens actuels d'investigation, la difficulté d'une telle constatation équivaut presque à une impossibilité. Dans tous les cas, rien qui puisse

(1) On sait qu'un des médecins qui ont apporté le meilleur esprit dans l'étude des maladies cérébrales, M. Foville, a trouvé plusieurs fois des altérations dans les nerfs des sens qui, pendant la vie, avaient été le siége ou du moins l'occasion d'hallucinations.

l'étranger, car il a eu les honneurs de la traduction dans plusieurs pays. Nous nous contenterons donc de signaler quelques-uns des points principaux. Ainsi nous parlerons d'abord de l'unicité du virus syphilitique.

Y a-t-il plusieurs virus? Cette question est, on peut le dire, tout à fait à l'ordre du jour. Repoussée par le plus grand nombre des syphilographes, la multiplicité du virus trouve cependant quelques partisans qui ont adopté, sur ce point, les théories de B. Bill et de Hernandez. Un travail récent a encore été communiqué, sur ce sujet, à la Société de chirurgie, et soumis à l'examen d'une commission. Il devra subir les épreuves d'une discussion qui ne peut manquer d'être profitable.

La question est du reste assez complexe, et en dehors des différents chancres qui sembleraient, d'après la variété des accidents qu'ils produisent, permettre de créer des catégories, il se présente une autre difficulté relative à la nature des affections des muqueuses, ne donnant pas lieu à l'ulcération, naissant cependant dans les mêmes conditions que le chancre. M. Vidal, dans le chapitre consacré à la nature de la blennorrhagie, étudie ce point de doctrine et nous paraît le résoudre dans un sens vrai. Pour lui, la blennorrhagie peut être virulente ; et, sans se compliquer de chancre, détermine les accidents syphilitiques généraux. Nous n'avons aucune raison de ne pas admettre, avec M. Baumès, que les écoulements urétraux peuvent être produits : 1° par un chaancre ; 2° par un virus qui n'est pas le chancre, mais qui donne lieu aux accidents constitutionnels ; 3° par une irritation ou une inflammation qui n'a que des effets sympathiques.

La science, sans doute, n'a pas encore beaucoup progressé en restant dans ces termes dont nous sommes loin de nier tout le vague, mais ils laissent grande ouverte la voie pour de nouvelles recherches, et en délaissant ainsi les formules exclusives, on peut s'adonner avec une entière liberté d'esprit aux études cliniques, et un jour, sans aucun doute, on en arrivera à la découverte d'un signe pathognomonique certain.

Quant à la dualité du virus qui détermine le chancre, nous avouons que jusqu'à ce jour il ne nous est pas possible de comprendre la nécessité de cette division. On veut que le chancre non suivi d'accidents syphilitiques consécutifs ne soit pas de la même nature que celui qui détermine l'infection de l'économie, et sur quelle bonne raison veut-on baser cette division? L'induration serait le signe pathognomonique du chancre infectant. M. Vidal, qui réfute avec toute raison cette prétention de regarger comme inégalement syphilitiques les chancres indurés et non indurés, procède, suivant nous, par une formule trop exclusive lorsqu'il prétend que tous les chancres sont indurés. On s'entend trop bien sur ce qui constitue l'induration spécifique pour admettre avec lui cette confusion. Mais si sa formule est exagérée, elle a tout au moins le mérite de déchirer assez brutalement, il est vrai, la loi du double virus, loi inutile, loi, dirons-nous plus, funeste à la pratique.

On nous dit que l'induration est déjà un accident secondaire ; on est en droit alors de demander pourquoi on attend l'infection de la constitution pour traiter le malade ? Ne vaut-il pas mieux prévenir ; et alors pourquoi ne pas traiter également tous les chancres ? Il nous

établir même une présomption n'a encore été observé à cet égard.

Les exemples d'hallucinations chez les individus privés des sens qui avaient été le siége ou l'occasion de ces hallucinations ne prouvent ni plus ni moins que les faits précédents ; ils rentrent dans la même catégorie, car rien ne prouve *à priori*, tant s'en faut, que le nerf d'un sens perdu soit toujours désorganisé jusque dans sa racine. L'argument aurait plus de poids si l'hallucination portait sur un sens perdu dès la naissance; mais les hallucinations de cette nature ne sont guère plus admissibles que celles d'un *sixième sens* dont quelques auteurs sérieux ont eu la faiblesse de parler; et, si on les admettait, ce serait en tous cas, j'imagine, théoriquement, car je ne comprendrais guère par quel langage ceux qui les éprouvent en pourraient donner une idée; ils s'y prendraient sans doute comme cet aveugle de naissance qui, voulant prouver qu'il comprenait bien la qualification d'*éclatante* donnée à la couleur rouge, disait que cette couleur devait être semblable au son de la trompette.

Le seul fait que l'on puisse invoquer à l'appui de la doctrine qui place dans le cerveau l'origine, le siége exclusif des hallucinations, c'est la fréquence de leur association à l'aliénation mentale; comme l'aliénation mentale ne peut avoir sa cause organique que dans le cerveau, il est évident que le principe de l'identité des causes est ici en faveur d'Esquirol et de ses partisans, et qu'il semble naturel de rapporter à une lésion du même organe deux phénomènes que l'on rencontre si souvent réunis; mais quel esprit sévère voudrait néanmoins se contenter d'une telle coïncidence pour en faire la base d'une opinion définitive, surtout en présence des probabilités contraires fondées sur les faits mentionnés précédemment? La conclusion rigoureuse des uns et des autres, je l'ai annoncée en commençant, c'est qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de prouver l'identité ou la non-identité des hallucinations et des sensations.

Est-il plus facile de démontrer l'identité ou la non-identité des hallucinations ou des sensations véritables avec les conceptions, avec les souvenirs sensoriels? En d'autres termes, est-il possible d'établir que le nerf optique, par exemple, et le cerveau sont dans le même état ou dans un état différent, éprouvent les mêmes modifications ou des modifications contraires, chez l'individu qui voit une image, soit réellement, soit pendant une hallucination, et chez celui qui se représente mentalement cette image?

Si l'on veut absolument une démonstration, je dirai non, la démonstration n'est pas plus facile, car elle n'est pas possible, et l'impossibilité est comme la certitude, elle n'a pas de degrés. Mais j'avoue qu'à défaut de certitude, la probabilité me paraît presque aussi grande que possible contre la doctrine de l'identité. La plus grave raison contre cette doctrine n'est pas toutefois celle qu'a donnée M. Baillarger, quoiqu'il en faille tenir grand compte, à savoir, que dans l'hallucination, l'image chimérique est si parfaite, qu'elle ne peut être distinguée de l'image réelle, tandis qu'il n'en est jamais de même de l'image que la mémoire nous représente; à la rigueur ce pourrait être là une différence de degré, non une différence de nature. Mais ce qui me paraît constituer une différence essentielle entre l'hallucination et la sensation, d'une part, et la conception ou le souvenir sensoriel, de l'autre, c'est que le souvenir est entièrement soumis à la volonté, tandis que la sensation et l'hallucination, malgré ce qu'on a dit de quelques exceptions pour le moins équivoques, en sont complétement indépendantes.

Dans la sensation, la partie du phénomène qui se passe dans le cerveau est forcée et entièrement subordonnée à l'impression et à la transmission nerveuses; peut-être en est-il de même dans l'hallucination. Mais dans la conception, au contraire, il semble bien évident que le cerveau entre le premier, entre même seul en action, exactement comme il y entre seul quand il conçoit une vérité mathématique. Subordonner à l'action préalable des nerfs tout ce qu'il y a de plus subtil dans la pensée, le souvenir, ce serait donc, à mon avis, y subordonner aussi la pensée elle-même tout entière, aussi bien le souvenir purement intellectuel que le souvenir sensoriel, et jusqu'à la volonté; ce serait, en un mot, bouleverser toutes les idées les plus rationnelles que l'on se fait des phénomènes de l'entendement, et y substituer une théorie antiphysiologique, ou, si l'on veut, antipsychologique: ce qui, pour moi, est la même chose.

J'ai, il est vrai, entendu dire dans cette enceinte, et cela par un bien cher collègue dont j'apprécie particulièrement l'esprit positif, dont j'aime à entendre les paroles autant qu'à lire les écrits, j'ai entendu dire que l'hallucination et la conception sensorielle, physiologiquement différentes, étaient identiques psychologiquement. Je crois connaître assez la philosophie de notre distingué collègue pour être convaincu que les mots ont

---

paraît incontestable que le chancre, lorsqu'il se montre avec des différences dans sa marche, dans sa forme, dans ses suites, ne les doit qu'à des conditions toutes individuelles, et ce que l'on remarque alors n'a rien d'inattendu, rien de contradictoire avec des faits observés chaque jour dans toutes les affections épidémiques et contagieuses. Le degré d'intoxication varie suivant l'aptitude des individus, et, en outre, suivant le siége de l'affection. C'est ainsi que, de l'aveu des plus expérimentés syphilographes, le chancre ne s'indure pas s'il occupe telle ou telle région, ou suivant qu'il se montre dans l'une ou l'autre série. On sait, en effet, que le chancre de la vulve est très-rarement induré; il en est de même du chancre de l'anus aussi bien chez l'homme que chez la femme. Du reste, pour bien juger de l'unicité de la cause qui détermine le chancre induré ou non induré, nous n'avons qu'à rappeler les expérience de M. Cullerier, qui, sur le même individu, a pu, en inoculant un chancre simple, déterminer un chancre induré.

On lira avec un grand intérêt tout le chapitre consacré à l'étude des différentes variétés du chancre, à l'étude de la double diathèse, etc. Les limites nécessairement imposées à notre article nous mettent dans l'obligation de terminer, mais nous ne pouvons passer sous silence les chapitres consacrés aux accidents consécutifs.

La classification de ces accidents en primitifs, secondaires et tertiaires, n'est pas admise par M. Vidal; il pense avec raison que cette division, peut-être bonne pour l'étude, cesse d'être exacte, si pour la production de ces accidents on veut admettre qu'ils suivent nécessairement la gradation qu'on leur assigne. Mais là n'est pas la partie essentiellement utile dans l'histoire des accidents consécutifs. Nous signalerons spécialement tout ce qui est relatif à la transmission par contagion de ces accidents. Les idées que l'auteur développe, les opinions qu'il soutient avec des faits, ont dû maintenant convertir la grande majorité des praticiens, et dans ce journal même on a pu lire une longue liste de médecins qui croient à la *contagionité* des accidents syphilitiques dits secondaires. Dans la fameuse discussion académique à laquelle nous avons déjà fait allusion, M. Velpeau a plaidé avec une grande autorité et un grand savoir ces questions qui intéressent à un si haut point la pratique médicale.

Disons, en finissant cet article, qui, malgré son étendue, ne donne qu'une très-imparfaite idée du livre de M. Vidal, que le praticien y trouvera tous les documents indispensables pour pourvoir aux besoins de la thérapeutique des affections syphilitiques, et, pour être juste envers tous, nous ne terminerons pas sans adresser nos compliments à l'éditeur, M. Masson, pour les soins donnés à cette édition, qui ne laisse rien à désirer.

E. Laborie.

— *Quelques considérations pratiques pour servir à l'histoire de la suette et du choléra*, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854, par le docteur A. Foucart. (Extrait du mémoire lu à l'Académie impériale de médecine le 23 janvier 1855, pour faire suite et servir de complément au *Traité pratique de la* SUETTE MILIAIRE, 1854, du même auteur.) Brochure in-8° de 48 pages. Paris, 1855. Chez *Labé*, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix, 1 fr. 50 c.

en cette circonstance mal obéi à sa pensée. Je ne traiterai donc pas incidemment une question à laquelle un long préjugé a donné et donne encore une certaine importance; mais comme membre d'une société qui a pour but de concourir au progrès de la science réelle, positive, j'ai cru utile de repousser une distinction qui aurait pu être prise à la lettre et trouver quelque crédit en raison de la source dont elle émane, et qui n'est fondée ni sur aucun fait d'observation ni sur aucun principe évident par lui-même, c'est-à-dire ni sur l'un ni sur l'autre des deux seuls fondements de toute science. La partie positive de la psychologie appartient à la physiologie au même titre que toute autre fonction; quant à la partie purement spéculative, elle pourra être quelquefois un ingénieux roman, mais elle ne sera jamais une science.

Deuxième point. — *Dans quelles limites les hallucinations sont-elles compatibles avec l'intégrité de la raison?*

Notre excellent collègue, M. Baillarger, disait dans la dernière séance que l'hallucination est toujours un phénomène pathologique. Je suis heureux de me trouver complétement d'accord avec lui sur ce point. Je ne saurais admettre, en effet, d'hallucination *physiologique* ou *normale*, et ce n'est que par un fâcheux abus de mots et par un non moins fâcheux oubli des lois physiques, qu'on a pu ranger parmi les hallucinations les illusions d'optique dues à la distance, au mirage et à quelques autres causes tout aussi naturelles; autant vaudrait donner le nom d'hallucination à l'illusion qui a longtemps fait croire à tous les hommes que le soleil tournait autour de la terre.

M. Baillarger a ajouté : Mais si l'hallucination est toujours un phénomène pathologique, elle n'est pas toujours un symptôme de folie; un paysan de la Bretagne ne serait pas fou pour croire que la Vierge lui est apparue et qu'elle a conversé avec lui.

Notre excellent collègue est encore ici dans le vrai, quant au principe; mais il ne me paraît pas avoir choisi ses preuves le plus heureusement possible.

Il n'est pas un d'entre nous, il n'existe peut-être pas un seul homme qui n'ait éprouvé au moins des tintements ou des bourdonnements d'oreilles, et qui, parmi ces tintements, ces bourdonnements, n'en ait distingué quelqu'un qui ressemblât au son d'une cloche, au sifflet d'une locomotive, au roulement d'une voiture, etc. Mais lorsque nous avons éprouvé ces sensations, nous les avons aussitôt soumises au contrôle de la réflexion; nous avons examiné le temps, le lieu où nous étions, le caractère, la succession du bruit que nous entendions, et bientôt, nous l'avons rapporté à sa véritable cause, à un état anormal de l'organe de l'audition. Que si ce bruit ne ressemblait à aucun autre bruit naturel connu, alors, aussitôt après l'avoir perçu, et presque sans l'intervention de la réflexion, la raison le chassait comme une vaine chimère de notre pensée. Ainsi, tant que la raison se maintient ferme, elle nous délivre sans peine des bruits et des images fantastiques qui viennent nous assiéger; et lorsque ces fantômes arrivent à prendre de l'empire sur notre esprit, à s'imposer à lui comme des réalités, c'est qu'alors notre raison trébuche, et que déjà l'on doit craindre de la voir précipitée dans l'abyme. Voilà, en thèse générale, la vérité. Y a-t-il à cette règle quelques exceptions? La plupart de ceux qui en ont admis ont du moins reconnu, sauf à se mettre un peu, à l'occasion, en contradiction avec eux-mêmes, qu'il ne fallait pas chercher ces exceptions parmi les hommes de notre temps, ou du moins dans les contrées qui ont suivi le mouvement progressif de la civilisation. Ils ont fait remonter ces exceptions à des époques où régnaient, dans tous les degrés de l'échelle sociale, des croyances superstitieuses.

Nul doute qu'il n'y ait un certain fondement à cette manière de voir; je ne crois pas cependant qu'on doive l'accepter précisément telle qu'on l'a présentée; je ne crois pas surtout que l'on doive laisser introduire dans la science, comme des observations sérieuses, les exemples célèbres de visions mentionnés dans l'histoire, et que l'on a invoqués à l'appui de cette opinion. Pour apprécier sainement ces faits, il nous faudrait des détails d'observation bien autrement précis, bien autrement rigoureux, bien autrement complets que ceux qui nous ont été transmis; et même n'est-il pas bien certain que tous ces détails pussent dissiper nos doutes; il planerait probablement encore au-dessus d'eux une question de conscience impossible à sonder, qui nous laisserait toujours ignorer si la plupart des hallucinations prétendues n'étaient pas d'impudents ou de pieux mensonges, inventés soit pour exploiter purement et simplement la crédulité publique, soit pour imposer aux hommes des croyances que l'on supposait utiles à leur bonheur. Pour ces motifs, il sera toujours impossible de prouver que Mahomet ait été un halluciné plutôt qu'un imposteur, et, si j'étais obligé de me prononcer sur cette grave question, j'avoue que je pencherais fortement pour la seconde alternative. Mais à supposer qu'il n'ait été qu'halluciné, doit-on admettre que la raison soit restée intacte chez lui, de même que chez ceux dont il a été le modèle ou la copie plus ou moins exacte? Les deux motifs sur lesquels on s'est fondé pour le croire ne me paraissent rien moins que décisifs. J'ai déjà accordé que l'on pouvait considérer comme une circonstance atténuante en faveur de la raison de certains hallucinés, les croyances superstitieuses des temps où ils ont vécu; mais il ne faudrait pas exagérer la valeur de cette circonstance : entre une croyance générale, vague, assise sur des faits auxquels on n'a probablement jamais réfléchi très-sérieusement, et la croyance précise d'un halluciné qui a nécessairement été obligé de penser mûrement à ce qu'il a éprouvé, il y a une différence considérable. Par exemple, nous avons vu de nos jours des hommes doués d'une très-honnête dose de raison, croire aux esprits frappants, tournants et même écrivants; mais aucun de ces hommes n'a déclaré avoir vu positivement un de ces esprits ou conversé avec lui; et s'il s'en était trouvé un qui nous eût fait une telle confidence, j'aime à croire qu'il n'est pas un de nous qui eût hésité à le déclarer atteint d'aliénation mentale? Il ne faut donc point s'abuser : le paysan breton qui croirait fermement avoir conversé avec la Vierge pourrait être moins malade qu'un de nous qui serait affligé de la même conviction; mais ce ne sera certainement pas chez lui que nous irons chercher un modèle de raison.

Quant au motif tiré de ce qne certains hallucinés ont pu se conduire régulièrement dans la vie et même mener à bonne fin de grandes entreprises, il n'y a dans ce fait rien qui soit incompatible avec l'existence d'une aliénation mentale partielle. Ce n'est pas, je crois, dans cette enceinte qu'il est utile de prouver cette vérité. Nous savons tous ici que le monde est plein de monomaniaques et même de polymaniaques, qui gouvernent avec beaucoup de succès leurs affaires, petites et grandes. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la preuve irrécusable de l'intégrité de la raison.

Au reste, messieurs, la compatibilité de la croyance aux hallucinations avec l'intégrité de la raison ne me paraît guère avoir qu'un intérêt historique. Je ne pense pas que personne songe à appliquer aux hallucinés contemporains les circonstances atténuantes qu'on réclame en faveur de leurs confrères des temps passés, et cela suffit pour nous autoriser à conclure que tout halluciné qui croit à la réalité de ses hallucinations est atteint, à un degré plus ou moins grave, d'aliénation mentale.

H. de Castelnau.

Effets thérapeutiques de l'iodure de chlorure mercureux dans le traitement de la couperose.

Par le Docteur Rochard.

Dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 11 juin 1855, se trouvent insérés plusieurs faits qui démontrent, contrairement à l'opinion de Celse, que l'on peut, sans s'exposer au ridicule, essayer de guérir la couperose; et que la thérapeutique a d'autres ressources, pour combattre cette grave affection, que les moyens hygiéniques exclusivement conseillés par M. Cazenave.

Je viens fournir aujourd'hui une nouvelle preuve de ces assertions en publiant de nouvelles observations, qui ont surtout pour but de réfuter une sentence trop absolue prononcée par M. Devergie dans ses leçons de clinique sur la couperose, publiées dans le *Moniteur des Hôpitaux*. Dans le numéro du 1er février 1853, notre savant confrère s'exprime ainsi :

« Quant aux innombrables topiques dans lesquels on a « voulu trouver son spécifique, je déclare que *pas un* n'aurait « une véritable guérison pour appuyer sa valeur. » Qu'est-ce donc qu'une véritable guérison ? N'est elle pas accomplie lorsque les diverses altérations organiques qui caractérisent la maladie que l'on traite, ont entièrement disparu, ainsi que les troubles fonctionnels qui l'accompagnent? Quant aux altérations de tissus causées par la couperose, elles consistent, tout le monde le sait, dans l'érythème, les pustules suppurées et souvent indurées, l'épaississement de la peau.

A ces premiers effets de la maladie, il se joint presque toujours des troubles fonctionnels tels que constipation opiniâtre, dysménorrhée, anémie, palpitations, migraines, engorgement de la matrice, etc.

Quel lien y a-t-il entre les organes souffrants et la manifestation de la couperose? Je l'ignore; mais ce qu'il y a de certain, c'est que, dans les guérisons obtenues par l'iodure de chlorure mercureux, on voit l'érythème disparaître, les pustules s'effacer, l'état de la peau reprendre son aspect normal, et la santé générale s'améliorer. A quoi peut tenir ce résultat? Ma médication, dans la plupart des cas, a été appliquée localement (*loco dolenti*) sur le visage, et cependant j'ai constamment obtenu des améliorations se manifestant sur l'ensemble de la constitution. Si l'on remarque qu'ordinairement, c'est par une action indirecte sur divers organes, et surtout sur le tube digestif que l'on obtient la suppression de certaines inflammations qui se développent à la figure, on sera frappé du phénomène en sens contraire qui s'est montré dans toutes mes observations sur la couperose.

Agir directement sur le visage pour guérir une maladie dont il est le siége unique, et soulager du même coup et par ce seul fait les autres organes souffrants, c'est certainement un phénomène thérapeutique des plus remarquables.

Ce fait est dû, sans doute, à la nature particulière du topique, dont l'action est tellement énergique sur la peau du visage qu'elle y provoque l'exsudation d'une quantité considérable de matière, peu de temps après que le topique est appliqué.

Cette action expulsive, appelée généralement *poussée*, pourrait être désignée sous le nom de *dérivation locale expulsive*, ou *épispasique* (de επισπασις, action d'attirer sur).

J'ai toujours remarqué que l'acuité de la cuisson et la douleur même qui se manifestent dans les premières heures après l'application du médicament, sont en raison de l'énergie de la poussée. En sorte qu'aussitôt que l'exsudation de la matière diminue, les malades supportent mieux l'application du topique et finissent même par ne plus s'inquiéter de sa présence lorsque la peau a repris son état naturel. C'est un effet assez remarquable, puisque la tolérance du médicament par la peau, indique la résolution de la maladie dont cet organe était le siége.

Je n'ignore pas qu'Ambroise Paré a guéri une couperose en appliquant sur le visage d'une jeune fille un large vésicatoire, mais ce moyen, et quelques autres aussi violents, ne réussissent que par hasard, tandis que les phénomènes constants d'expulsion dépurative et de modification des tissus qui s'effectuent sous l'action de l'iodure de chlorure mercureux, lorsqu'on l'applique méthodiquement, font de ce médicament un des plus précieux qui soient connus en thérapeutique.

Dans la plupart des traitements employés pour guérir la couperose, il y a lieu de craindre certaines répercussions, et les cas qu'on en pourrait citer ne sont pas rares. Au contraire, dans mon traitement, ce fâcheux résultat n'est jamais à redouter, et les nombreuses observations que j'ai pu faire démontrent que c'est constamment le phénomène inverse à celui de la répercussion qui se produit.

Le mode d'action du médicament paraît même être une garantie contre les récidives; du moins sont-elles très-rares, et lorsqu'elles se manifestent, c'est à une époque très-éloignée; en outre, dès que les premiers symptômes se montrent, une nouvelle application du topique suffit pour les faire disparaître.

Il y a donc lieu quelquefois à l'employer itérativement et à des degrés variés de concentration, dans les cas rebelles. Seulement, en raison de son énergie, ce puissant médicament doit être employé, ainsi que je l'ai dit ailleurs, avec discernement et méthode; mal administré, il pourrait ne pas être suivi de résultats heureux et donner lieu à des accidents.

Je crois avoir prouvé d'une manière rationnelle la valeur de l'iodure de chlorure mercureux; je vais de nouveau la prouver par des faits, par des guérisons *véritables*, qui satisferont, je l'espère, M. Devergie, et par un cas remarquable d'amélioration qui, à lui seul, suffirait pour établir que la puissance de ce sel est supérieure à tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour combattre efficacement la couperose.

Observation I. — Je recommande à l'attention des praticiens cette observation importante : c'est un lupus compliqué de couperose, dont l'histoire commémorative a été tracée par la malade elle-même, femme fort intelligente et mariée à M. Dubois, médecin à Vailly-sur-Aisne. Autorisé à communiquer cette observation, avec le nom de la malade, je ne fais que transcrire les parties de ses lettres dans lesquelles elle m'a fait connaître tout le développement de sa maladie, les divers traitements qu'on lui a fait suivre sans aucun succès, et l'état où elle s'est trouvée après quelques mois de ma médication.

Jusqu'à l'âge de vingt-trois ans, madame Dubois avait joui de la plus parfaite santé. Alors il lui survint des pertes pendant plus de deux ans. Cet accident durait encore lorsqu'elle aperçut sur sa joue droite une petite induration de la grosseur d'un pois. Au bout de deux mois, vers le mois de septembre ou d'octobre, il se manifesta une petite rougeur sur l'induration.

Au printemps suivant (1846), l'induration avait augmenté de volume, le nez avait une tache rouge du côté de la joue malade; il était bien facile de voir que là aussi il y avait épaississement du tissu cellulaire. Madame Dubois se désolait; elle se voyait défigurée! Elle alla à Soissons consulter M. Missa père, qui lui dit qu'elle avait seulement un érythème qui disparaîtrait sous peu en faisant des lotions de petit-lait.

Les lotions de petit-lait n'aboutirent à rien, mais comme le mal marchait lentement, madame D... attendait.

Au printemps suivant (1847), madame D... se décida à aller à Reims, d'après l'avis de son mari, voir le docteur Philippe, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui regarda cette affection comme scrofuleuse, et ordonna un régime tonique, de l'iodure de potassium, des bains salés, une pommade hydrargyrique et un cautère au bras, ajoutant même qu'un séton serait encore plus avantageux. Madame D... suivit le traitement de M. Philippe (sauf le séton) jusqu'à l'automne sans obtenir d'amélioration. Elle retourna le voir à cette époque; il lui demanda si elle avait consulté d'autres médecins; elle lui dit qu'il y a treize mois M. Missa avait jugé l'affection pour être un érythème. Eh bien ! je le pense aussi, répondit M. Philippe, cela me paraît peu de chose.

Madame D... retourna à Vailly encore une fois tranquillisée. Mais au printemps de 1848, le mal s'était accru; le nez, la joue, étaient durs et gonflés. Elle vint à Paris consulter M. Heurteloup, qui con-

sidéra le mal comme scrofuleux. Il conseilla l'iodure de potassium à haute dose et un régime tonique. Il engagea beaucoup, en outre, madame D... à voir un autre médecin, et elle consulta M. Devergie, qui lui dit de prendre de l'huile de foie de morue graduellement, jusqu'à 12 cuillerées à bouche par jour ; il ajouta : « Si dans six semaines votre mal n'est pas diminué de moitié, c'est que l'huile de foie de morue ne fera rien. » Comme l'huile de foie de morue répugnait à madame D..., elle suivit le traitement de M. Heurteloup, avec qui elle correspondait souvent.

A la fin de juillet, l'induration avait notablement diminué; depuis deux mois elle prenait chaque jour 2 grammes d'iodure de potassium ; mais son estomac n'y tint plus ; il rejeta le médicament. Madame D... but alors de l'eau de Challes, une bouteille par jour; cette eau lui procura un mieux sensible ; la rougeur s'éteignit presque entièrement; madame D... croit qu'elle cessa trop tôt de boire de cette eau ; M. Heurteloup lui avait conseillé d'en boire 20 bouteilles.

Au mois d'octobre suivant, il la mit au bromure de fer; aussitôt la rougeur reparut et s'étendit. Elle cessa ce médicament, et l'hiver se passa comme d'habitude.

Mon mari, dit madame D..., qui me voyait changée et considérablement amaigrie, commençait à me conseiller de rester tranquille ; je ne l'écoutai pas, et au printemps 1849, suivant l'avis de M. Heurteloup, j'essayai l'huile de foie de morue. Il fallait arriver à 12 cuillerées à bouche par jour, c'est-à-dire deux verres, un le matin, un le soir, il me fallait un grand courage. A force de volonté, je prenais cet odieux médicament que je ne digérais pas, et pendant un mois, en plein choléra, il me donna la diarrhée. Je cessai d'en prendre lorsque je ne pus plus me tenir sur mes jambes. Alors j'ai commencé à me résigner; j'avais toujours eu peur d'un cancer au nez; le temps se passait et la rougeur s'étendait. A chaque printemps, il se faisait dans le nez un petit travail non douloureux.

En février 1852, un mal de dent semblait avoir beaucoup augmenté la maladie. On conseilla à madame D... de voir en dernière ressource M. Cazenave. « Ce médecin, dit-elle, m'enleva ma dernière espérance de guérison : c'est, me dit-il, une *acne rosacœa*, de toutes les dartres la plus rebelle. Il m'engagea à prendre mon parti, et me dit *de ne plus rien faire.* »

Madame D... vivait donc résignée et sans espérance depuis trois ans, lorsque le hasard mit sous les yeux de son mari, ma note sur la couperose, insérée dans le *Moniteur des hôpitaux* du 14 juin 1855. Dans cette note, il vit la lettre du docteur Devaulx, dont j'ai guéri si promptement et si heureusement la femme. Il écrivit à cet honorable confrère, qui lui donna avec empressement tous les renseignements désirables.

Aussitôt madame D... vint me consulter; voici dans quel état je la trouvai :

Grande, très-blonde, d'un tempérament lymphatique nerveux, très-amaigrie par la maladie et le chagrin qu'elle en éprouvait. Les détails contenus dans sa lettre et l'aspect de la maladie me permirent de diagnostiquer un *lupus non ulcéreux avec hypertrophie*, compliquée de *couperose érythémateuse*. En effet, toute l'étendue de la joue droite présentait une couleur rouge violacée, avec induration du tissu cellulaire souscutané. La peau était fine, très-luisante et parsemée de très-petites écailles blanches. La rougeur bleuâtre en s'étendant sur le nez et la joue gauche perdait la couleur foncée, devenait plus franchement rouge, et la vascularisation des capillaires était plus développée. On observait à la racine du nez, une dépression assez sensible des os propres du nez qui indiquait assez qu'il y avait un travail morbide. Pas d'appétit; constipation habituelle ; dyspnée; palpitations ; anémie; le sang des règles est noir et peu abondant.

Nous commençâmes le traitement dans les premiers jours de juillet, et le 22 du même mois, elle écrivait à M. le docteur Devaulx, la lettre suivante :

Monsieur,

J'ai suivi votre conseil, je suis venue à Paris. Je n'étais pas sans inquiétude, car j'avais compris que le mal dont j'étais attaqué n'avait pas absolument le même caractère que celui de madame D... Je n'avais jamais eu de pustules, mais à l'exception de M. Cazenave, tous les médecins qui m'avaient vue avaient regardé ce mal comme scrofuleux, et mon mari avait toujours soutenu que les os propres du nez avaient subi un travail morbide. M. Rochard après m'avoir attentivement examinée, me dit qu'il pouvait notablement améliorer ma situation, mais n'osa me promettre une guérison complète, attendu qu'il y avait chez moi une complication d'acne rosacæa et de scrofule.

Très-irrésolue, j'allais prendre congé de lui, lorsque me rappelant la note du journal, que j'avais lue attentivement, je me souvins que le docteur y faisait mention non-seulement de guérisons obtenues sur des couperoses, mais encore sur des scrofules. — Je me décidai, et le traitement commença le jour même.

Trois jours après, en voyant ma figure couverte d'une matière blanche, et laiteuse qui, en séchant, ressemblait à ce qu'on appelle vulgairement *gourmes* chez les enfants, je compris que le docteur me guérirait. Les croûtes en tombant bientôt, comme il me l'avait prédit, laissèrent à nu le mal dont l'aspect n'était déjà plus le même.

La seconde application de la pommade, a eu lieu il y a quatre jours, le résultat a été prodigieux, inespéré. La face s'est couverte d'une couche de matière épaisse d'un jaune-vert, assez semblable à la purée de pois. J'ai passablement souffert pour *pousser* cela. Mais peu m'importe, j'ai maintenant la certitude que le docteur me guérira.

Après chaque nouvelle application les phénomènes décrits par madame D... se reproduisirent, mais en diminuant d'intensité. La matière exsudée devenait moins abondante, la peau reprenait son apparence naturelle, la rougeur diminuait.

Aujourd'hui, après cinq mois de traitement, la couleur violacée a complétement disparu, ainsi que l'induration du tissu cellulaire. Le rougeur est peu sensible, il n'existe plus qu'un espace très-limitée sur la joue droite où la peau n'est pas complétement revenue à son état naturel. Mais la santé générale est excellente. Bon appétit; léger embonpoint.

Chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, la rapidité avec laquelle la résolution d'une maladie complexe aussi grave et aussi rebelle s'est opérée, fait espérer une guérison complète et très-prochaine. Je regrette d'être obligé de suspendre momentanément le traitement; mais des intérêts majeurs nécessitent l'absence de la malade. Je ferai connaître ultérieurement ce qui surviendra à son égard.

Observation II. — *Couperose érythémateuse, pustuleuse; — guérison.*

Madame Vaterlot, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 74, cordonnière, âgée de cinquante et un ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, n'a jamais eu de maladie grave dans son enfance. Avant d'être réglée on remarquait souvent sur son visage de petites dartres farineuses pour lesquelles on lui faisait prendre des jus d'herbes et de la tisane amère. Sa santé fut excellente jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans, époque à laquelle elle eût une variole confluente très-grave. Depuis lors, quelques jours avant l'apparition des règles, elle éprouvait des feux au visage, des rougeurs se fixaient sur les joues et parfois apparaissaient des petits boutons à pointes blanches. Ces légers accidents se dissipaient aussitôt après l'apparition des règles. En avançant en âge, les boutons augmentèrent en nombre et en volume ; leur sécrétion devint plus active, et la rougeur plus intense et plus fixe s'accompagnait de vives cuissons, le soir surtout, après le repas.

En 1849, madame Vaterlot cessa d'être réglée à l'âge de quarante-quatre ans ; c'est à ce moment que la couperose s'est développée avec exaspération et persistance.

Lorsque je commençai l'application du médicament en juillet de la même année, les joues, le nez, le menton et légèrement le front étaient d'un rouge-cerise très-prononcé; ces diverses parties étaient parsemées de pustules assez volumineuses, peu indurées, à des époques d'évolution variées; beaucoup laissaient échapper une matière jaunâtre qui, par la dessiccation, formaient des croûtes brunes très-adhérentes.

Dès les premières applications, faites sur toutes les parties affectées, il survint une exsudation très-vive ; une matière jaunâtre très-abondante, assez épaisse, couvrit promptement ces parties d'une croûte dure, luisante, comme cristallisée qui se détachait assez difficilement après quelques jours, par la dessiccation.

Les parties mises à nu par la chute de ces croûtes avaient un as-

pect moins rouge; les vaisseaux capillaires étaient moins congestionnés et les pustules marchaient vers une résolution évidente, perdant de leur volume et de leur induration.

Les applications qui suivirent donnèrent lieu à une exsudation de matière dont la consistance et l'abondance diminuaient d'une manière sensible chaque fois, en sorte que les croûtes, moins étendues et moins dures, se détachaient promptement et facilement. Ces croûtes prenaient un aspect jaune-clair au fur et à mesure que l'exsudation diminuait d'activité.

Après *quatre mois* d'applications successives du médicament, qui reproduisaient toujours les mêmes phénomènes, à l'intensité près, je constatai que la congestion des vaisseaux capillaires n'existait plus, que les pustules avaient entièrement disparu, et que, enfin, la résolution de toutes les altérations organiques de la peau était complète.

Depuis cette époque (il y a actuellement *cinq ans*), madame Vaterlot jouit de la santé la plus parfaite. Elle a un embonpoint très-notable. Aucune récidive n'a même menacé de se montrer.

Observation III. — *Couperose pustuleuse. — Pustules suppurées et indurées. — Epaississement considérable de toute la peau du visage. — Dysmenorrhée. — Guérison.*

Thérèse M..., domestique, âgée de trente ans, d'une forte constitution, a eu dans son enfance une fluxion de poitrine; la menstruation s'est établie péniblement à vingt ans; les règles, qui ont toujours été irrégulières, insuffisantes, manquaient souvent; elles étaient remplacées alors par des pertes blanches.

Vers l'âge de seize ans, des pustules très-nombreuses envahirent tout le visage, la peau s'anima, et l'altération toujours croissante du tissu cutané prit un développement qui donna à la physionomie un aspect repoussant. Elle fut obligée de quitter Amiens, ne pouvant plus trouver à se placer.

Comme elle n'avait suivi aucune médication active, elle se rendit à Paris en 1852, pour se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis. On lui fit prendre des bains de vapeur, des tisanes amères, des purgatifs; mais elle en sortit après deux mois, sans avoir obtenu aucun avantage du traitement qu'on lui avait fait subir.

Ayant fait la connaissance de la dame Michel, une des malades que j'avais guéries d'une couperose pustulaire très-rebelle, dans le service de M. le professeur Nélaton, Thérèse M... vint me consulter.

C'était au mois d'août 1853; elle avait le visage entièrement couvert de pustules de volume variable, les unes indurées, les autres en suppuration, quelques-unes avec des croûtes brunes. Le tissu de la peau, profondément altéré, avait acquis un épaississement très-considérable. Du reste, bon appétit, digestions faciles, point de constipation.

Les premières applications du médicament furent assez douloureuses, et donnèrent lieu à une exsudation très-abondante de matière épaisse de couleur jaune brunâtre qui, en se desséchant, devenait noire.

Après deux mois, la matière exsudée prit une couleur jaune clair, et les croûtes étaient devenues brunes.

En sorte qu'au fur et à mesure que la résolution des pustules s'opérait, la matière morbigène *s'éclaircissait*, et les croûtes d'un aspect jaunâtre, après leur chute, laissaient apercevoir le tissu de la peau dans un état plus naturel.

Après un traitement très-actif suivi avec persévérance pendant près d'un an, les pustules ont complétement disparu, la peau a repris sa texture normale, et la menstruation est devenue régulière. Grâce à la charité des dames pieuses, qui aidèrent Thérèse à suivre son traitement, elle a pu entrer comme religieuse dans un couvent du Faubourg Saint-Germain. Depuis quinze mois, je ne l'ai pas revue, ce qui me fait penser qu'il n'y a pas eu récidive.

Chimie médicale et pharmacologie.

Conservation des sondes et des bougies emplastiques.

Par M. Stanislas Martin.

Les médecins font souvent aux pharmaciens le reproche de ne point avoir dans leurs officines des assortiments convenables de sondes et de bougies emplastiques. Ce reproche est fondé, mais il faut en attribuer la cause au peu de soin qu'apportent les fabricants dans la confection de ces sortes d'instruments et au prix très-élevé qu'il faut mettre pour en avoir de bien préparées.

Le mode de préparation des sondes et des bougies consiste à plonger, à plusieurs reprises, des bandelettes de toile de lin, de soie ou de coton daus une composition emplastique fondue à une douce chaleur, et à les rouler sur un plan uni, pour leur donner la forme nécessaire; chaque couche doit être suivie d'une dessiccation dans nne étuve, et le temps qu'exigent ces diverses manipulations est de trois mois. Les fabricants, dans un but d'économie, hâtent ce travail, en ne mettant que vingt jours pour opérer cette dessiccation : il en résulte que les sondes et les bougies se ramollissent en attirant l'humidité de l'air, perdent la sonorité qui est un de leurs bons caractères, deviennent écailleuses, ou adhèrent entre elles; il faut alors les conserver dans du son, et les tenir constamment dans un lieu sec non variable, et cela n'est pas chose facile.

Nous conseillons de faire subir aux sondes et aux bougies la préparation suivante; elle permet de les expédier sans crainte à l'étranger, ou de les conserver intactes dans nos officines ou dans la trousse du chirurgien : ce moyen est de les enduire d'une couche de collodion.

On opère de la manière suivante : on passe d'abord au moyen d'un nœud coulant, autour du bourrelet qui est en tête de la bougie ou de la sonde, un fil auquel est fixé une petite tige métallique tournée en forme d'S, qui sert de crochet; ensuite, on met dans une éprouvette à alcool ou à sirop, du collodion, d'une consistance moindre que celle du sirop, et on y plonge, une à une, les sondes et les bougies, de manière qu'elles soient entièrement enduites d'une couche de préservateur; on les fait sécher en les suspendant à une corde tendue verticalement. Il est rare que deux couches de cette substance soient nécessaires.

Le collodion adhère fortement au vernis dont sont recouvertes les sondes et les bougies; il forme corps avec lui; il ne nuit en rien à la souplesse et à la flexibilité de ces instruments; il peut toujours être appliqué lorsque les sondes et les bougies ne doivent être employées que comme agents de dilatation.

(*Bulletin de thér.*)

CORRESPONDANCE.

Sur la doctrine des anciens touchant la révulsion.

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*.

Mon très-cher maître,

En cas qu'il reste quelques incertitudes sur cette question, que les anciens n'avaient point de doctrine sur les médications révulsive, et que, depuis Galien jusqu'à notre époque, rien n'a été formulé sur cet important sujet, permettez-moi de démontrer qu'au commencement du XVIIIe siècle, cette médication a été formulée d'une manière que je ne défends pas, mais que je constate. Je me rappelais vaguement avoir lu un opuscule ancien, dont le nom de l'auteur m'échappait sur l'usage et l'abus des vésicatoires, opuscule écrémé surtout par l'auteur bien connu d'un Mémoire que la Faculté de médecine a couronné, je ne me rappelle plus en quelle année. J'ai retrouvé cette dissertation sur l'usage et l'abus des vésicatoires, imprimée à la suite des deux livres de la *Médecine pratique* de Baglivi (édition de 1700) et dédiée au cardinal Henri de Norise. Permettez-moi, je vous prie, une analyse de cette dissertation qui porte cet épigraphe : « Le temps fait justifier des fausses opinions, il confirme les *natures consultes*. »

Baglivi se figure entendre les médecins de la nouvelle secte en Italie : — Que veut pour lui ce galénique? Ce profond ignorant de

la nouvelle médecine? — Pourquoi apporte-t-il ici ces futiles bavardages des antiques?

Et il leur répond, au figuré toujours : Moi, j'exerce une médecine dégagée de préjugés; je ne m'éloigne ni des anciens, ni des modernes; je les suis tous où ils cultivent la vérité, et comme dans le triage des scories métalliques, je choisis l'or et l'argent des préceptes des anciens comme des modernes. Ce qui appartient aux vésicatoires est dû aux Arabes, pour exciter seulement les malades dans les affections soporeuses, par exemple, la léthargie, l'apoplexie ; mais on ne trouve rien sur les services que rendait ce remède dans les autres maladies. Dès lors les médecins qui les imitèrent, satisfaits du nom de *révulsion*, — qu'ils avaient reçu des Arabes, ignorant la mécanique de cette révulsion, marchaient dans l'obscurité, c'est pourquoi selon les issues favorables ou défavorables, ils se divisent en deux camps : les uns pour, les autres contre. — A cette époque, Van Helmont, oublieux ou contempteur des voies de la nature, s'éleva avec acharnement contre l'usage des vésicatoires et le répudia. J'ai longtemps adopté cette pratique, mais observant, selon ma coutume, dans les hôpitaux de l'Italie, les progrès, l'histoire et les effets des maladies, et voyant les vésicatoires être d'un grand secours, je changeai, et déposant l'ombre des préjugés introduite dans mon esprit par la lecture des livres nouveaux et l'autorité des professeurs, je m'appliquai tout entier à rechercher les avantages et les inconvénients des vésicatoires. Alors je fis des essais sur les animaux vivants, j'injectai de la teinture de cantharides dans les veines, j'appliquai aussi des vésicatoires sur la peau rasée avec soin, et après beaucoup d'observations tant expérimentales qu'anatomiques, je les disposai pour mon usage. — Quoique pressé de les publier par les plus illustres médecins qui en avaient eu connaissance, j'y refusai longtemps, redoutant les clameurs de la foule des médecins de la secte nouvelle, et je me décide à en éditer une partie que par la publication du Traité de Bellini.

Il rapporte d'abord des *expériences sur les effets des cantharides sur l'économie*, et de deux cas dans lesquels il injecta de la teinture de cantharides dans la jugulaire de deux chiens, il conclut qu'elles sont surtout nuisibles à la tête et qu'il faut se garder avec le plus grand soin de leur usage dans des maladies aiguës et inflammatoires, mais qu'on ne doit pas établir cette conclusion sans qu'une expérience cent fois répétée ne l'ait mieux confirmée.

Il rend compte aussi d'une expérience sur le sang et d'une autre sur le sérum, auxquels il avait ajouté une préparation de cantharides.

Comme inconvénients des vésicatoires, il rapporte la soif vive avec sécheresse de la langue, des ulcères terminés par la gangrène ou d'une guérison difficile, accidents communs chez les cachectiques, hydropiques, atro-mélancoliques, et chez les individus gravement atteints de grosse vérole.—Dans les maladies de la tête, ils occasionnent des convulsions, ou des sueurs froides, ou la mort. —Ils sont nuisibles dans les fièvres ardentes et continues, dans les temps et les tempéraments secs et chauds ; dans les affections de poitrine spasmodiques inflammatoires. Ils occasionnent des soubresauts des tendons, et non-seulement la gangrène, mais aussi des pissements de sang, des ardeurs d'urine et souvent d'autres maladies de la vessie.

Les cantharides prises par la bouche, ou contre l'ischurie désespérée, ou pour excitation des désirs vénériens, ou contre la gonorrhée virulente, produisent les plus fâcheux symptômes; il survient des ulcères de la vessie et du méat, une hépatite et des ulcérations aux intestins, de violentes douleurs à l'hypogastre que le délire et la mort terminent.

Au chapitre des *avantages des vésicatoires*, il dit qu'on ne doit pas malgré cela proscrire les vésicatoires pas plus que le vin parce qu'il enivre. — On en obtient des avantages incroyables dans les fièvres avec pouls très-petit, froid aux extrémités, anxiété, propension au sopor et autres indices, surtout si c'est l'hiver, le tempérament du malade humide, son habitude maigre; en un mot, aucun remède, mieux ni plus promptement que le vésicatoire, ne résout les coagulations commençantes du sang et ses stases dans quelque maladie, à à quelque âge, sur quelque tempérament et en quelque saison que ce soit. — Et ces choses sont tellement constantes, qu'il ne faut point rejeter la sentence des Arabes, parmi lesquels Oribase est le premier qui ait écrit sur les vésicatoires.

Il a observé, dans la pleurésie, qu'une émission sanguine ait ou non précédé leur application, que deux vésicatoires aux membres inférieurs diminuaient l'expectoration et la difficulté de respirer, et il a à peine vu quelques malades succomber sur des centaines, surtout en 1694. Après les vésicatoires, dans ces cas, il a observé de la diarrhée et une urine plus copieuse.

On ne doit point, dit-il, employer les vésicatoires, les sinapismes, les purgatifs et autres stimulus du même genre dans les corps pleins de sucs, pléthoriques, et remplis d'une trop grande quantité d'humeur, sans avoir tiré du sang, s'il y a indication, ou prescrit une diète sévère.

Les vésicatoires ont une grande puissance de résolution en diminuant la crase du sang partout où il stagne, et, pour cette raison, ils sont comme spécifiques dans les maladies des yeux dépendant d'une fluxion, et puisque les obstructions des viscères, les cachexies, les suspensions des règles ayant une pareille origine sont si difficiles à guérir, il engage les médecins à expérimenter les cantharides sous forme d'emplâtre, ou une autre plus avantageuse. — Ceux qui sont tourmentés par un toux très-grave, avec expectoration épaisse et abondante, n'auront autant de soulagement d'aucun autre remède que des vésicatoires, soit au cou, soit derrière les oreilles, soit sur les omoplates : il cite Willis comme exemple.

Vient maintenant l'explication de l'action des vésicatoires dont je vous fais grâce, à moins que vos abonnés n'en veulent absolument.

En somme, il y a trois points capitaux dans cette dissertation : expériences physiologiques sur l'action des cantharides; examen de l'influence de ce médicament comme révulsif et modificateur général sur la marche et les symptômes des maladies; l'observation clinique en un mot contrôle les résultats physiologiques ; enfin la théorie de ces faits, d'où résulte la doctrine de la révulsion, nom donné par les Arabes à la médication. — Est-ce là une doctrine?

Docteur H. Lefèvre.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— La Faculté de médecine de Strasbourg et l'école supérieure de pharmacie ont décerné, ainsi qu'il suit, les prix pour l'année 1854 à 1855.

Faculté de médecine. — Prix de l'Université.

Première année : M. Victor-Thimothée Feltz, de Hattstadt (Haut-Rhin).

Deuxième année : M. Alexandre Liétard, de Domrémy (Vosges). — Mention honorable. M. Jules Ehrmann, de Rixheim (Haut-Rhin),

Troisième année : M. Henri-Adolphe-François Libermann, d'Illkirch. — Mention honorable. M. Amand Crussard, de Neufchâteau (Vosges).

Quatrième année : M. Guillaume-Ernest Fritz, de Schiltigheim.

Prix de thèses décerné par la faculté.

M. Louis-Émile Hecht, de Strasbourg, auteur de la thèse ayant pour titre : *Essai sur le spiromètre.*

Mentions honorables : MM. Aubenas, Sala, Leconte, auteurs des thèses intitulées, la première, *Observations de gastrotomie*; la seconde, *De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*, et la troisième, *De l'empoisonnement par l'acide sulfurique.*

Ont été nommés dans l'année, après concours, internes à l'hôpital civil : MM. Joseph Picard, Spielmann, Bouchard, Gustave Levy, Fritz, Ernest Schützenberger; aide de chimie : M. David Levy; aide conservateur-bibliothécaire, M. Crussard; aide de botanique : M. Liétard.

École supérieure de pharmacie.

Premier prix : M. Ernest-Auguste Zuber, de Rixheim (Haut-Rhin).

Deuxième prix : M. Paul-Théodore Richard, de Strasbourg.

Mentions honorables : MM. Louis Béranger, de Lausanne (Suisse); Louis-Frédéric-Gustave Pfersdorff, de Bouxwiller.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 144. 3e année. Lundi 3 Décembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

MALADIE GRAVE DE M. LE PROFESSEUR BÉRARD.

Lundi matin.

Nous avons la douleur d'annoncer qu'hier au soir, dimanche, M. le professeur Bérard a été frappé d'une attaque d'apoplexie des plus graves. MM. les professeurs Rostan et Trousseau ont passé une partie de la nuit auprès de lui, et l'ont laissé dans un état qui inspire les plus sérieuses inquiétudes. L'alternative la plus heureuse qu'il semble permis d'espérer, c'est que l'éminent professeur ne perde, par suite de cet accident, une partie de sa belle intelligence.

Quatre heures.

Les nouvelles qui nous parviennent à l'instant sont beaucoup moins alarmantes que celles qui précèdent. M. Bérard a repris l'usage de la parole, qu'il avait entièrement perdu ; l'hémiplégie, qui était complète, a diminué notablement et avec une rapidité qui permet d'espérer que la paralysie est due à une congestion et non à un épanchement.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

Suite. — *Voir le n° 142.*

De la congestion sanguine chronique du foie.

Voici ce que j'ai constaté :

1° Le diamètre vertical de la cage thoracique mesuré, au niveau du mamelon, depuis le bord inférieur de la clavicule jusqu'au rebord costal, nous a présenté, abstraction faite de la taille, 34 centimètres d'étendue au maximum et 28 au minimum.

2° Il existe un rapport direct, mais non régulier, entre l'étendue de ce diamètre et la taille du sujet, *chez les hommes d'une stature ordinaire.*

Taille des sujets.	Distance du bord inférieur de la clavicule au rebord costal, au niveau du mamelon.
1 m. 735 mil.	34 cent.
1 727	33 —
1 719	32 —
1 709	31 —
1 692	30 —
1 663	29 —
1 645	28 —

FEUILLETON.

Exposition universelle.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES.

Un homme d'esprit a dit que la découverte d'un mets nouveau faisait plus pour le bonheur de l'humanité que la découverte d'une étoile ; il a eu bien raison pourvu toutefois que le mets découvert soit bon. Mais le facétieux magistrat aurait pu ajouter une réflexion assez peu consolante pour les hommes utiles : c'est que l'inventeur du premier chef-d'œuvre culinaire est bien moins connu et considéré du public que le simple découvreur de la plus petite étoile. Ce qui est vrai de l'artiste culinaire est malheureusement vrai, en grande partie, du pharmacien, et la sombre galerie de l'annexe consacrée aux produits pharmaceutiques a été tellement dédaignée du public, qu'un de mes spirituels confrères de la presse a appelé ce morne compartiment le *désert de l'Exposition* (1). C'est à dégoûter de servir le public. Aussi, bon nombre de pharmaciens paraissent-ils ne songer qu'à l'exploiter, besogne à laquelle bien des médecins les aident du mieux qu'ils peuvent, avec ou sans préméditation. Il paraît même que les jurys de l'Exposition ne se sont pas montrés absolument cruels à cet endroit, car nous avons vu à l'exposition une foule de produits tels que « *emplâtre universel,* » « *remède contre* LA FIÈVRE, *le choléra, etc.;* » « *élixirs stomachiques* » et autres, « *graisse* d'AUTRUCHE, » et autres, qui paraissent destinés bien plus à engraisser la caisse des officines qu'à restaurer la santé des patients.

Messieurs les jurés voudront bien nous permettre de ne pas les aider dans cette honorable tâche, et de nous contenter de mentionner purement ici les produits dont la présence à l'Exposition se justifie, soit par une grande perfection de fabrication, soit par un caractère de nouveauté qui constitue un véritable progrès dans la science. — Nous suivrons l'ordre des vitrines, toute classification par produits étant presque impossible.

FRANCE. — Au n° 1 se présente à nous un magnifique étalage des prix courants de la *pharmacie normale*. Vous me demanderez peut-être ce que c'est qu'une pharmacie *normale* ; mais je ne vous répondrai pas, de peur que ma réponse ne satisfît point tout le monde.

— Au n° 2, je trouve une pharmacie *centrale*, épithète plus intelligible que la précédente, et qui signifie que cette pharmacie est le *centre* auquel s'alimentent les pharmaciens de France. C'est une grande prétention que celle de représenter en quelque sorte le corps pharmaceutique de France ; la pharmacie centrale, sous l'habile direction de M. Dorvault, a soutenu, sans trop fléchir, le poids de cette prétention. Les produits qu'elle a exposés, quoique fort nombreux, sont d'une beauté, d'une perfection difficile à atteindre. Les poudres et les extraits, l'échantillon de *bismuth*, un grand nombre de préparations à base d'iode, la *résine de scamonée* et celle de *jalap*, le *bromure de cadmium*, un admirable échantillon d'urée, méritent une mention particulière, ainsi que la *dulcine*, nouvelle substance d'ori-

(1) ROBIQUET. — Compte rendu de l'Exposition dans *la Patrie*.

3° Ce rapport cesse d'exister chez les hommes dont la stature diffère notablement, soit en plus, soit en moins, de la taille moyenne. Chez eux, le diamètre thoracique continue de présenter soit le maximum soit le minimum d'étendue indiqués plus haut, et les différences de la stature portent alors exclusivement sur les dimensions des membres inférieurs du cou et de la tête.

Taille.	Diamètre thoracique.
1 m. 783 mil.	34 cent.
1 789	id.
1 807	id.
1 839	id.
1 877	id.
1 620	28 cent.
1 615	id.
1 610	id.
1 607	id.
1 604	id.

4° Ce rapport cesse également d'exister chez les individus mal conformés, *mal proportionnés*; chez les scrofuleux, les rachitiques, etc.

Taille.	Diamètre thoracique.
1 m. 839 mil.	31 cent.
1 730	28 —
1 637	30 —

5° L'intervalle qui sépare le bord inférieur de la clavicule du rebord costal est divisé, par le mamelon, en deux parties qui ne sont que très-rarement égales; en général la partie supérieure l'emporte sur l'inférieure de 1 à 4 centim. chez les hommes de taille moyenne ou élevée ; chez les hommes à petite stature le mamelon est placé relativement plus bas, et la prédominance de la partie supérieure atteint 5 à 6 centim.

Taille.	Distance du bord inférieur de la clavicule au mamelon.	Distance du mamelon au rebord costal.
1 m. 663 mil.	15 cent.	14 cent.
1 735	16 —	18 —
1 761	17 —	14 —
1 780	17 —	14 —
1 834	17 —	14 —
1 877	19 —	15 —
1 807	19 —	15 —
1 m. 659 mil.	17 cent.	12 cent.
1 636	17 —	11 —
1 604	17 —	11 —

6° La distance qui sépare le mamelon du rebord costal est, en général, de 14 à 16 centimètres; elle n'a jamais varié, abstraction faite de la taille, de plus de 7 centimètres (maximum 18 centimètres, minimum 11 centimètres); chez les hommes de taille à peu près égale, elle n'a jamais varié de plus de 1 à 3 centimètres, et il faut, dans cette appréciation, tenir compte du déplacement que peut faire subir au mamelon le développement musculaire, le tissu graisseux de la région mammaire, etc.

7° *Jamais*, l'organe étant à l'état sain, et à moins d'une cause mécanique et extrà-hépatique de déplacement (*corset, tumeur, épanchement du thorax ou de l'abdomen, maladie de l'estomac, du colon droit, du colon transverse, du rein droit, etc.*), je n'ai vu le foie s'élever à plus de 2 centimètres, ou s'abaisser à plus de 4 centimètres au-dessous du mamelon, ni dépasser le rebord costal et la ligne médiane de plus de 1 centimètre.

8° Les *dimensions absolues* du foie ne peuvent, en aucune façon, servir à faire reconnaître, *d'une manière précise*, si l'organe a conservé ou perdu son volume physiologique, car celui-ci varie suivant la taille des sujets, leur constitution, leur conformation, etc.

On peut établir néanmoins, d'une manière générale, que le diamètre mamelonnaire du foie est, à l'état physiologique, de 10 à 12 centimètres chez les hommes adultes d'une taille ordinaire et régulièrement conformés, de 12 à 15 chez les hommes d'une taille élevée, et de 10 à 7 chez les hommes d'une petite stature.

9° Les dimensions *relatives* et physiologiques du foie sont données, à 3 centimètres près, *maximum des différences de volume que présente l'organe chez des sujets sains et de même taille*, par la distance qui sépare le rebord costal d'un point situé à 4 centimètres au-dessous du mamelon.

10° Pour arriver à déterminer les limites physiologiques du foie, j'ai choisi des hommes adultes, parfaitement bien portants ou n'ayant qu'une maladie externe légère et récente, sobres, n'appartenant ni à l'armée ni à une profession sédentaire, ni à une profession exigeant le séjour habituel dans une

---

gine inconnue, venant, suivant l'étiquette, de Madagascar, et que la pharmacie centrale nous représente sous trois états différents. Au reste, à part cette dernière substance, la pharmacie centrale a voulu exposer plutôt des produits parfaits que des produits nouveaux ; elle a sans doute eu le scrupule de laisser aux inventeurs le fruit de leurs travaux.

— M. Collas a exposé deux bons produits dont l'étude scientifique la plus complète est due aux savantes et laborieuses recherches du si regrettable Quévenne; ces produits sont préparés avec une rare perfection.

— Les *chocolats ferrugineux* de M. Colmet sont toujours un aliment utile, mais sont aujourd'hui assez connus, ne sont plus un médicament nouveau ; nous n'avons rien à dire qui puisse ajouter à leur juste réputation.

— Après une vitrine de M. Jutier, coquettement garnie, mais dans laquelle la science du pharmacien ne paraît avoir eu pour but que de montrer sa supériorité sur l'art du confiseur, se présente celle fort modeste de M. Gille; elle est remplie exclusivement par des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop* de *proto-iodure de fer*.

Tous nos lecteurs et, en général, tous les médecins qui se tiennent au courant de la science connaissent ces préparations dans lesquelles le consciencieux et laborieux pharmacien est parvenu a conserver avec les deux qualités indispensables à tout bon médicament, c'est-à-dire l'*inaltérabilité* et la *solubilité*, un agent thérapeutique aussi puissant, mais, par malheur, aussi altérable que le proto-iodure de fer. Mais ces préparations sont-elles assez connues pour produire tout le bien qu'on en doit attendre? Nous n'oserions l'affirmer. M. Gille nous semble croire qu'il suffit, pour introduire un médicament dans la pratique générale, que des observateurs distingués et consciencieux, comme MM. Vigla, Monod, Guersant, Ricord, Depaul, etc., l'expérimentent et fassent connaître au public scientifique les résultats favorables de leurs expérimentations ; si M. Gille a une telle croyance, il est dans l'erreur; s'il ne partage pas cette erreur, et que des scrupules professionnels et d'anciennes relations contractées pendant son séjour dans les hôpitaux, le retiennent dans la voie honorable qu'il a choisie, nous ne pouvons que l'en féciliter, quand même un médicament aussi utile que l'iodure de fer devrait y perdre une partie du légitime succès auquel l'appelle sa grande utilité. — Les préparations de M. Gille ont cet avantage de porter toujours avec elles la preuve de l'état où elles se trouvent. Or, après six mois d'exposition, on peut les voir aujourd'hui encore aussi inaltérées que le jour de l'ouverture du palais de l'industrie.

— En quittant M. Gille, nous tombons sur un nouveau procédé de M. Roy, de Tonnerre, pour préparer le tartrate; comme la vitrine ne renferme aucun élément qui nous permette de juger ce procédé, nous passons outre.

— Nous passons plus vite encore devant le Paraguay-Roux, le vin anti-goutteux au colchique, la limonade purgative *sèche* de M. Rogé, bon médicament cependant, mais suffisamment propagé par la quatrième page des grands journaux ; — nous saluons poliment le papier épispastique de M. Denaud, qui réalise un petit, mais

atmosphère chaude et humide, et je les ai examinés le matin, à jeun. Ces conditions sont indispensables: les excès de régime, l'abus des alcooliques, le travail de la digestion, les vêtements serrés, l'équitation, l'inertie musculaire, la chaleur humide, les états morbides généraux, les maladies internes graves ou chroniques, modifiant toujours, plus ou moins, la situation et le volume du foie.

Ceci posé, il devient facile de constater si le foie présente une augmentation de volume, et il est évident qu'ici la mensuration a une valeur absolue quant aux portions de l'organe qui excèdent les dimensions physiologiques.

L'hépatomacrosie peut atteindre des proportions considérables; nous avons vu le foie descendre jusque dans la fosse iliaque droite, envahir le flanc gauche et la plus grande partie de l'abdomen; nous avons vu son diamètre mamelonnaire présenter jusqu'à 23, 25, 27 et même 30 centimètres.

L'augmentation de volume du foie étant reconnue et mesurée, il faut en déterminer la cause organique.

Dans la cirrhose, le volume du foie reste normal, ou diminue; *jamais* M. Monneret n'a vu les matités hépatiques dépasser les limites normales (1).

Lorsque le cancer hépatique produit des bosselures, des inégalités de surface, l'erreur est facile à éviter; mais ce signe manque souvent, et le plus ordinairement on ne rencontre qu'une augmentation plus ou moins considérable du volume du foie. « Ordinairement, dit M. Monneret (2), l'augmentation porte « sur les deux lobes, mais elle devient plus promptement ma- « nifeste dans le lobe gauche qui descend alors dans l'épigas- « tre, déborde la ligne médiane de 7 à 8 centimètres, et fait « une saillie lisse et arrondie à l'épigastre. On ne saurait ima- « giner la rapidité avec laquelle le foie peut grossir dans la « forme aiguë et rapidement mortelle du cancer..... En pareil « cas, l'épigastre se tuméfie dès le début, et une voussure par- « tant de ce point ne tarde pas à comprendre l'hypochondre, le « flanc et toute la région sus et péri-ombilicale. Je ne connais « que le cancer capable de produire aussi vite une pareille « déformation... Le foie remonte beaucoup plus haut que dans « l'état normal lorsque le cancer, au lieu de se développer à « la face inférieure, fait saillie du côté du diaphragme; en « même temps, le côté droit du thorax et l'hypochondre sont « moins mobiles et bombés d'une manière très-sensible; la « voussure se manifeste aussi à la partie postérieure droite de « la poitrine, au-dessous du scapulum. »

Dans la congestion hépatique chronique, l'augmentation de volume a lieu lentement, graduellement; elle est uniforme et ne modifie point sensiblement la configuration générale de l'organe; le foie envahit de plus en plus l'abdomen, tandis que ses limites supérieures ne sont presque jamais déplacées; on ne rencontre jamais de voussure à la partie postérieure de la poitrine, de bosselures, de duretés, etc.

Les abcès, les kystes du foie donnent ordinairement lieu à des déformations partielles, à des *tumeurs*.

Il ne faut pas croire, cependant, que les signes différentiels que nous venons d'indiquer rendent toujours le diagnostic facile et certain; les tumeurs hépatiques centrales sont parfois accompagnées d'une congestion périphérique qui peut paraître constituer, à elle seule, la maladie tout entière; le cancer, les kystes peuvent même ne se traduire, pendant longtemps, que par une augmentation de volume ne présentant rien de caractéristique. Dans les cas de ce genre, le traitement hydrothérapique devient une pierre de touche très-utile; si, sous l'influence des applications froides que nous indiquerons plus loin, le volume du foie diminue notablement; après chaque douche, si l'organe tend à revenir graduellement à ses limites physiologiques, on doit admettre que l'hépatomacrosie est due à une congestion sanguine chronique.

A la vérité, le traitement peut faire disparaître momentanément, ou diminuer notablement, des congestions symptomatiques, mais alors la *marche* de la maladie finit par assurer le diagnostic, car la cause organique persistant, la congestion ne tarde pas à se reproduire, accompagnée des manifestations de plus en plus prononcées et caractéristiques appartenant à la lésion primitive.

En esquissant l'histoire générale des congestions sanguines chroniques, j'ai indiqué un caractère, déjà signalé par M. Andral, qui jette une vive lumière sur le diagnostic et qui appartient particulièrement à la congestion hépatique :

« Des variations fréquentes, rapides, brusques, considérables, ont souvent lieu dans le volume des organes hypérémiés.... ; il faut les explorer à plusieurs reprises, à diffé- « rents moments de la journée, avant et après les repas.... ; « souvent la congestion se déplace et occupe tantôt un organe,

(1) Monneret. *Loc. cit.* page 394.

(2) Monneret. Du cancer du foie. *Arch. génér. de médecine*, 1855, tome V, page 528.

---

véritable progrès, et nous nous arrêtons devant deux modestes, mais néanmoins gracieux et longs flacons qui contiennent.

— L'*huile de foie de morue* de M. Berthé. Pourquoi exposer de l'huile de foie de morue, et quel mérite particulier peut-il y avoir à préparer ce produit? Un mérite bien simple, mais qui est devenu assez rare, celui de laisser le produit tel que la nature le présente. Ce mérite exclut de notre examen une foule d'huiles de foie de morue falsifiées, soit par des procédés qui ont pour but de leur donner un aspect dont l'œil soit flatté ou un goût qui diminue la répugnance qu'elle inspire, soit par des manœuvres plus coupables qui introduisent directement dans l'huile des produits étrangers. Toutes les huiles autres que l'huile blonde et l'huile brune ayant été soumises à un de ces procédés, doivent être rejetées de la pratique, c'est-à-dire une grande partie de celles qui circulent dans le commerce. L'huile d'un pharmacien aussi habile et aussi consciencieux que M. Berthé offrira donc cette condition indispensable d'une pureté que l'Académie de médecine s'est plu à reconnaître dans un rapport des plus honorables pour M. Berthé.

Pour ne pas revenir sur l'huile de foie de morue, nous devons mentionner ici celle d'un armateur de Dunkerque, M. Sœttenaire, qui non-seulement par l'aspect mais par les garanties authentiques de bonne fabrication nous paraît mériter la confiance des médecins.

— Une fabrique de sulfate de quinine, à Graville, a exposé de magnifiques échantillons de ce précieux sel, et un échantillon de vératrine qui est fort beau, s'il est parfaitement pur.

— M. Delondre a voulu soutenir la juste réputation que lui a value son beau travail sur les quinquinas; il a exposé avec M. Pelletier une des plus belles collections qu'on puisse imaginer de ces précieuses écorces, ainsi que des divers principes qu'on peut extraire.

— Un pharmacien distingué de Lyon, M. Guilhermond a exposé un bel échantillon de morphine brute, et un échantillon de conicine qui méritait d'être remarqué. Il a exposé aussi des extraits de pulsatile et d'aconit et un sirop de cette dernière plante qui, par sa couleur jaune, prouve que l'habile manipulateur n'a pas encore profité des observations de M. Gautier-Lacroze, dont le sirop préparé avec le suc de la plante fraîche est d'une belle nuance blanc-verdâtre, et qui a le précieux avantage de conserver inaltéré et en proportion constante le principe actif de l'aconit.

— M. E. Robiquet avait deux réputations à soutenir, celle de son propre nom et celle de la maison dont il a pris la direction, celle de la dynastie Boudet. M. Robiquet a dignement porté ce grand poids. Ses échantillons de *caféine*, d'*asparagine*, de *digitaline*, d'*indigotine* et de *picrate de potasse* étaient admirables; celui d'*alizarine* n'a probablement son égal dans aucune fabrique du monde.

Docteur Schnepf.

(La suite prochainement.)

« tantôt un autre, de telle sorte qu'en ne la cherchant que « dans un seul point on court le risque de ne pas la rencon- « trer (1). »

M. Andral avait dit :

« Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'extrême rapidité avec « laquelle, d'une part, le foie peut acquérir souvent un vo- « lume prodigieux, et avec laquelle, d'autre part, il reprend « son volume normal dès que la gêne de la circulation vei- « neuse est devenue moins considérable. »

Ces caractères ont certainement une très-grande valeur, mais ils cessent d'exister lorsque la maladie est ancienne, que les congestions ont été considérables et fréquemment répétées, lorsque la lésion tend à l'hypertrophie, lorsque *la gêne de la circulation veineuse* est produite par une cause permanente, qu'elle se rattache à une profonde anémie, à la débilitation du système nerveux, à l'affaiblissement de la contractilité des vaisseaux capillaires, etc.

Les *signes rationnels* qui peuvent servir à éclairer le diagnostic sont les suivants.

Il n'existe pas de douleurs vives, pas d'élancements dans l'hypochondre droit, et c'est avec étonnement que la plupart des malades apprennent qu'ils ont une maladie du foie, presque tous rapportant exclusivement à l'estomac les accidents qu'ils éprouvent, bien que l'épigastre soit également exempt de vives douleurs; ce n'est que quand le foie a pris un développement très-considérable qu'il se manifeste dans le ventre une sensation de gêne, de tension, de pesanteur.

Les nausées, les vomituritions et les vomissements, signalés par M. Monneret comme accompagnant presque constamment le cancer du foie, ne se montrent ici que rarement; l'ictère, l'ascite, sont également des manifestations exceptionnelles; enfin, l'anémie qui accompagne *constamment* toute congestion hépatique ancienne et considérable, présente des caractères remarquables que nous indiquerons plus loin, et parmi lesquels se placent, en première ligne, l'état de la peau, l'extrême sensibilité au froid atmosphérique et l'inertie des organes génitaux.

En résumé, le diagnostic de la congestion hépatique chronique est, en général, facile et comme, d'autre part, la maladie est très-fréquente, nous nous sommes demandé bien des fois comment et pourquoi elle avait jusqu'à nous, si peu fixé l'attention des praticiens. Il faut l'attribuer, sans doute à l'opinion admise touchant l'*impossibilité de déterminer les dimensions physiologiques du foie* ; à la négligence, ou à l'ignorance, qui font omettre les procédés rigoureux d'exploration par la percussion et la mensuration ; au caractère des principaux phénomènes morbides qui, se rattachent à une gastralgie et à une anémie primitives ou secondaires ; enfin, au peu de développements accordés par les nosographes à l'histoire des congestions sanguines chroniques en général, et de celles du foie en particalier. Nous même, en 1841, avons-nous pu faire autre chose, dans le *Compendium*, que transcrire quelques lignes de la clinique de M. Andral !

Disons, pour terminer, que parfois le diagnostic est incertain ou impossible.

Incertain — lorsque les malades en sont arrivés à présenter, suivant les expressions de M. Andral, *la plupart des symptômes qui marquent les plus graves dégénérations du foie*. Malgré soi, alors, on doute, on hésite ; l'on soupçonne l'existence d'une dégénérescence profonde, se dérobant aux moyens d'exploration; l'on n'ose porter un pronostic favorable dans la crainte d'engager et de compromettre sa responsabilité.

Impossible — lorsque la cavité péritonéale est distendue par un épanchement considérable.

Il m'est arrivé plusieurs fois, dans des circonstances analogues, de ne me charger des malades qu'à regret, de ne les soumettre au traitement hydrothérapique qu'en désespoir de cause, et d'être bien heureusement surpris en voyant l'eau froide produire une prompte amélioration et finir par amener une guérison complète.

Le diagnostic se pose alors *a posteriori ;* mais au lieu d'être un diagnostic anatomique—*post mortem*— il devient un diagnostic thérapeutique — *post et propter curationem.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Traité d'hydrothérapie*, pages 438-439.

Discours de M. Bouillaud dans la discussion sur la révulsion et les révulsifs.

Messieurs,

Depuis quelque temps, l'Académie nous offre un spectacle qui mérite d'être signalé. Elle a l'heureux privilége de donner aux plus petites questions des proportions grandioses et en quelque sorte héroïques. C'est ainsi qu'à l'occasion de la cellule *microscopique* du cancer, d'un simple article de l'histoire de la variole, se sont agitées ici les plus hautes questions de doctrines médicales, que l'organicisme et le vitalisme, les écoles de Paris et de Montpellier, toute la médecine, en un mot, depuis son *alpha* jusqu'à son *oméga*, ont comparu, pour ainsi dire, à cette tribune. Il en est de même aujourd'hui, aujourd'hui que la discussion a débuté par un séton presque microscopique, et qui, on me permettra bien de le dire, fait beaucoup plus de bruit qu'il n'est gros. Ainsi donc, on ne dira pas de l'Académie en travail comme de la montagne : *nascetur ridiculus mus*, c'est précisément le contraire qui lui arrive. Mais abordons notre sujet, et présentons une rapide analyse de ce qui s'est passé, avant d'exposer nos propres idées.

Première partie.

I. M. Bouvier communique à l'Académie un travail relatif à une modification du séton ordinaire ou classique, modification qui consiste principalement dans la diminution de la mèche destinée à entretenir la suppuration. A cette occasion, comme on le pense bien, M. Bouvier insiste sur les *avantages* de cet exutoire ; l'un des agents de cette médication, désigné sous les noms de révulsion et de dérivation. Tous les orateurs qui jusqu'ici ont monté à cette tribune, à l'exception de M. Malgaigne, ont été favorables, sinon au séton modifié de M. Bouvier, du moins à l'ancien séton et à la médication révulsive en général.

II. M. Malgaigne, seul, comme je viens de le dire, s'est donc, jusqu'ici, prononcé contre le séton, et non-seulement contre le petit séton perfectionné, mais contre les sétons de toutes les dimensions, contre les sétons passés, présents et futurs. Ce n'était pas assez pour l'esprit belliqueux de notre collègue que de combattre un ennemi si peu sérieux que le séton ; s'élançant par une tangente, M. Malgaigne a rencontré sur son passage la *révulsion* et la *dérivation*, s'est en quelque sorte abattu sur leur domaine, et, sans déclaration de guerre préalable, les a, pour ainsi dire, envahies et saccagées. Or, M. Malgaigne a-t-il bien réfléchi à la gravité des coups qu'il venait de porter? Ignore-t-il que s'il sortait victorieux de la grande bataille où il s'est engagé, c'est-à-dire en faisant abandonner les innombrables agents qui, sous les *divisions* de rubéfiants, de vésicants, d'excitants ou d'irritants, de caustiques de tout genre, de ventouses sèches ou scarifiées, de purgatifs, de vomitifs, de diurétiques, etc., constituent la grande armée des révulsifs et des dérivatifs, tels qu'on les énumère aujourd'hui; M. Malgaigne ignore-t-il, je le répète, qu'il aurait, du même coup, privé d'une bonne partie de leurs armes les médecins, les chirurgiens, soit de l'homme, soit des animaux, et puissamment contribué à la ruine des pharmaciens.

M. Malgaigne me répondra peut-être que ce n'est pas là la question. Je reviens donc à celle-ci, non sans ajouter toutefois que la considération précédente ne lui est pas complétement étrangère.

Au reste, notre collègue lui-même, en commençant son discours, dit que si la substitution d'un petit séton au gros séton ordinaire était une petite question, ces merveilles que MM. Bouvier et Gerdy ont annoncées au nom de la révulsion sont une *grande* question. Or, comment a-t-il résolu cette grande question? Comme nous venons de le dire tout à l'heure. Passant en revue les diverses époques de la médecine, depuis Hippocrate, Galien, les Arabes, le moyen âge, la Renaissance, jusqu'à nous, il n'a trouvé nulle part la *preuve* de l'utilité des révulsifs et des dérivatifs, ne considérant pas comme *preuves*, et en cela je suis de son avis, ce qu'on appelle la *tradition* et l'*autorité*, en tant que cette tradition et cette autorité ne se fondent pas sur une expérience et une logique auxquelles on ne puisse rien objecter. Que

dis-je? Non-seulement M. Malgaigne ne *croit* pas aux succès des révulsifs et des dérivatifs, mais encore il nie que l'on trouve une doctrine de la révulsion et de la dérivation chez les anciens, et même jusqu'à un certain point chez les modernes.

Après cette véritable *philippique* contre la révulsion en général et les sétons en particulier, MM. Bouvier et Gerdy, ses partisans, devaient éprouver le besoin de recommencer le combat, et de repousser le vigoureux assaut qui venait d'être livré à l'édifice, à la citadelle, et pour rappeler un glorieux événement, à la tour de Malakoff qui protége et défend la puissance thérapeutique dont il est question. C'est là ce que M. Bouvier n'a pas manqué de faire. Mais avant qu'il soit revenu sur le champ de bataille, MM. Velpeau et Bouley s'y sont présentés, lui sont venus en aide, et lui ont laissé le temps de préparer ses armes et le plan de sa nouvelle campagne.

A vrai dire, le discours de M. Velpeau n'a pour ainsi dire été qu'une simple escarmouche, et nous ne pensons pas que cette discussion se termine sans que cet habile et puissant orateur fasse une dernière apparition à cette tribune, et s'engage plus décidément dans cette importante affaire. Deux mots en attendant sur la part qu'il y a déjà prise:

III. En songeant à la méthode de M. Bouvier, il lui semble que nous tournons de toute part à l'infiniment petit. On parle d'un séton filiforme. La médecine ordinaire menace, dit-il, de n'être plus séparée de la médecine homœopathique que par l'épaisseur d'*un fil*.

Mais en ce qui concerne les sétons ordinaires et les exutoires à demeure, en général, M. Velpeau s'inscrit contre la proscription que M. Malgaigne a fulminée contre eux ; il nous apprend que son opinion sur ces agents a d'ailleurs varié aux trois âges de son existence chirurgicale (jeunesse, âge mûr, et l'âge suivant, lequel l'a rendu moins défavorable aux exutoires et aux révulsifs qu'il ne l'avait été jusque-là).

Les exigences de M. Malgaigne envers ces moyens lui paraissent extrêmes, et il soupçonne cependant qu'un jour viendra où il les mettra en usage. S'il fallait, dit-il, baser nos médications sur des faits prouvés mathématiquement, la thérapeutique serait à peu près impossible ; car d'abord, il est des maladies dont le diagnostic précis nous échappe, et d'autres qui portent le même nom, bien qu'elles offrent des différences.... S'il n'en était pas ainsi, ajoute-t-il, nous n'assisterions pas à ces éternelles discussions sur le traitement des maladies de la fièvre typhoïde, par exemple, dont le diagnostic est cependant assez facile, et que les uns traitent par les purgatifs, les autres par le sulfate de quinine ou les saignées...

M. Velpeau, comme on voit, trop à l'étroit dans la question, je ne dirai pas du séton seulement, mais de la révulsion, mais de la chirurgie tout entière, s'échappe jusque dans les champs de la médecine, et s'arrêtant sur la fièvre typhoïde en particulier, il *explique*, à sa manière, les déplorables disputes qui règnent encore sur le traitement de cette importante maladie. Je suis bien loin de nier qu'il y ait quelque chose de vrai dans cette explication. Mais j'ose affirmer que telle n'est pas la cause essentielle ou principale des dissidences signalées par notre savant collègue. J'ajoute qu'il y avait un moyen de faire cesser des doutes et des disputes qui coûtent la vie à tant de malades, c'était de soumettre à l'examen d'une Commission bien compétente sous tous les rapports, les différentes méthodes employées. Assurément, lorsque cette Commission aurait été témoin des résultats de ces saignées dont parle M. Velpeau, *mesurées* et *formulées* comme elles doivent l'être, comme elles le sont depuis plus de vingt ans déjà dans des salles bien voisines de l'enceinte où siége l'Académie, puisquelles sont situées au-dessus même des voûtes de cette enceinte, elle n'aurait pas été embarrassée pour prononcer entre elles et les autres méthodes. Quelles sont, en effet, les autres méthodes qui puissent affirmer, d'après une expérience clinique, *publique* et *officielle*, datant déjà de près de vingt-cinq ans, et portant sur une masse de deux mille malades au moins, que chez tous ceux qui ont été traités à temps (et ils constituent l'immense majorité), la *guérison a été la règle* et *la mort l'exception infiniment rare* ; que plus la maladie est voisine de son début, au moment où ce traitement est applicable, c'est-à-dire dans le courant de la première période, et, plus, toutes choses d'ailleurs égales, la guérison est prompte ; qu'enfin, en général, dans tous les cas où le traitement est ainsi appliqué dans la première période de la maladie, celle-ci avorte, pour ainsi dire, et une convalescence franche se déclare dans le courant du premier septenaire, à partir du premier jour du traitement? Certes, une méthode qui donne un tel résultat, renouvelé chaque année, constaté par des témoins nombreux, dans les cas où la maladie est annoncée par les signes généraux et locaux les plus caractéristiques, méritait peut-être une meilleure destinée.

Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit aujourd'hui et je reviens à la question (1).

Je me plais à croire que la prophétie de M. Velpeau s'accomplira quelque jour, et que les révulsifs compteront, à leur grand profit, M. Malgaigne au nombre des chirurgiens et des médecins qui les emploient. Quant à cette assertion de M. Velpeau : Que s'il fallait baser nos indications sur des faits prouvés *mathématiquement*, la thérapeutique serait à peu près impossible, elle donne prise à des objections qui n'ont point échappé à l'esprit pénétrant de M. Malgaigne. Sans doute, à la rigueur, la thérapeutique ne repose pas toujours sur des faits *mathématiquement* prouvés. Mais il n'en est pas moins vrai que la saine thérapeutique, la thérapeutique ne peut être précise, positive, exacte, qu'à la condition d'avoir pour fondement des faits prouvés, sinon *mathématiquement*, car on ne prouve mathématiquement qu'en mathématiques proprement dites, du moins *pratiquement*, *expérimentalement*. *Practica practice demonstranda*, de même que *physica physice demonstranda*.

Je reviendrai sur ce principe capital dans la seconde partie de ce discours, principe qui, j'en suis sûr d'ailleurs, ne saurait avoir pour adversaire un praticien tel que M. Velpeau, dont l'Académie connaît la haute et profonde sagesse.

IV. Ainsi que vous le pensez bien, Messieurs, M. Bouvier ne pouvait s'empêcher de riposter en quelque sorte aux coups redoublés que M. Malgaigne, d'une *main* qui n'était pas *morte*, avait portés aux sétons de toute espèce et à la révulsion en général. C'est ce qu'il fait dans un beau discours, vrai chef-d'œuvre d'érudition, d'éloquence et de logique spirituelle, bien digne, sous le double rapport du fond et de la forme, des applaudissements qu'il a reçus de l'Académie, lesquels, si j'ose ainsi parler, sont pour un discours le premier de tous les sacrements, le baptême par excellence.

Trois questions ont été discutées par M. Bouvier dans sa réponse à son redoutable adversaire.

Première question : Existe-t-il une doctrine de la révulsion, de la dérivation dans la médecine antique?

Deuxième question : Jusqu'à quel point ressemble-t-elle à celle des modernes, si tant est qu'ils en aient une.

3° Les exutoires en particulier ont-ils un but différent chez les anciens et chez les modernes ?

M. Bouvier répond par l'affirmative à cette triple question, et il prouve par les arguments suivants cette réponse affirmative.

1° Oui, les anciens ont une doctrine de la révulsion et ils ont donné pour base à cette doctrine ce grand fait d'observation, savoir que dans le corps malade il se produit des mouvements, des déplacements du mal ou de sa cause immédiate, phénomènes quelquefois nuisibles, souvent favorables, et que l'art peut provoquer dans ce dernier sens; de ce fait ils déduisirent donc une méthode thérapeutique, qu'ils appelaient tantôt révulsive, tantôt dérivative; et de là l'*avertere*, l'*evocare* de Celse, l'*antisvasis*, le *parocheteusis* d'Hippocrate et de Galien. M. Bouvier ajoute que les anciens possédaient des moyens propres à opérer cette révulsion, cette dérivation, et il en indique un certain nombre.

Il n'adopte pas, d'ailleurs, la distinction établie par les anciens entre la révulsion et la dérivation. Aussi, selon lui, les modernes ont-ils sagement pris le parti de confondre ces deux choses. Il montre que dans tous les temps qui se sont écoulés, depuis Hippocrate et Galien jusqu'à nous, la doctrine de la révulsion n'a jamais cessé de compter des représentants parmi les médecins et les chirurgiens illustres dont les noms sont parvenus à la postérité.

2° Oui, il existe à Paris comme à Montpellier des principes, une doctrine de la révulsion, qui, s'ils ne sont pas identiques sur tous les points avec les principes, la doctrine des anciens, leur sont du moins redevables de ce qu'ils renferment de plus essentiel, de plus utile, de plus éminemment pratique. Les faits victorieux qu'il cite à l'appui de sa thèse sont trop connus pour qu'il soit nécessaire même de les indiquer.

3° Au sujet de la troisième question, après avoir rassemblé une masse de faits et d'autorités, M. Bouvier conclut ainsi : « En résumé, les anciens employaient le cautère actuel et les espèces d'exutoires qu'il produit, les ventouses, etc., dans des intentions diverses et pour remplir des indications, les unes réelles, les autres hypothétiques; mais très-souvent cette médication avait, à leurs yeux, un

(1) Je dois déclarer ici que, pressé par le temps, et peut-être aussi par cette réflexion que toute vérité n'est pas bonne à dire en tout temps et en tout lieu, dans le discours que j'ai prononcé à l'Académie, j'ai supprimé tout ce qui se rapportait au traitement de la fièvre typhoïde, dont M. Velpeau avait parlé avant moi.

but semblable à celui que nous nous proposons aujourd'hui quand nous voulons obtenir une révulsion, une dérivation.

Après la réplique de M. Bouvier, notre confrère, M. Bouley, qui faisait ses premières armes parmi nous (et il les a faites d'une manière très-brillante), est venu en aide au collègue que je viens de nommer, et n'a pas craint de rompre une lance contre un si rude jouteur que M. Malgaigne. Il appartenait, au reste, à nos collègues de la section de médecine vétérinaire de prendre la parole en cette occasion, car nous savons tous que le séton est fort usité en médecine vétérinaire, et particulièrement chez les chevaux.

Mais, comme si les hommes et les animaux, le cheval en particulier, n'étaient pas égaux, même devant la *loi* du séton, M. Bouley, pour réhabiliter le séton prétendu intelligent, que dit-il ? M. Malgaigne a plaisanté, il a grand soin de déclarer qu'il restera toujours à son point de vue particulier, c'est-à-dire dans la sphère de l'art ou de la médecine vétérinaires, *sans entendre tirer des conclusions applicables à la médecine humaine.*

Cette *précaution*, peut-être un peu *inutile*, étant prise, M. Bouley cite quelques-unes des applications du séton en médecine vétérinaire, lequel peut avoir un, deux ou trois mètres, et même plus d'étendue, ce qui justifie assez le nom d'*audacieux* qu'on lui donne (*claudiction* rhumatismale du cheval, *tumeurs synoviales*, *jetage*, *engorgements œdémateux avec crevasses*, *anasarque*, suite de refroidissement, *maladies des yeux* (expression un peu vague), *catarrhe auriculaire* des chiens, *éczème* du cheval, gourme, *maladie dans laquelle le séton est admirablement indiqué*, *péripneumonie* des vaches, etc.).

Il interprète les effets de cet exutoire en disant qu'il produit un *stimulus*, un *fluxus* considérable, et qu'il, a de plus, l'avantage d'être tenace et d'adhérer en quelque sorte aux parties. Il ajoute qu'un séton de 3 mètres de longueur sur 4 centimètres de largeur, donne 48 grammes de pus par jour. Et comme, dans certains cas, on applique six sétons pareils (quelquefois plus), on obtient 288 grammes par jour, et dans l'espace de six jours, terme moyen du temps pendant lequel on les laisse appliqués, *cette singulière saignée est de 1728 grammes.*

M. Bouley compare un cheval qui perd ainsi, chaque jour, 288 grammes de liquide purulent, à une vache laitière qui laisse fuir par ses mamelles, en si grande quantité, les éléments du sang. Il est d'observation que ces vaches ne deviennent pas grasses, et qu'en même temps elles ont un appétit très-vif, une activité insolite des fonctions digestives.

Bien des personnes pourraient croire que les discours de MM. Bouvier et Bouley ont, sinon complétement changé, du moins modifié l'opinion de M. Malgaigne et sur les sétons et sur la révulsion. Mais ceux qui penseraient ainsi ne connaissent pas assez M. Malgaigne. Dans un nouveau, et, on peut le dire, superbe discours, cet éloquent orateur a soutenu sa première thèse, de manière à balancer la victoire, que M. Bouvier semblait avoir décidée en sa faveur. Malgré tous nos vœux, tous nos efforts et même nos prophéties, M. Malgaigne serait-il donc destiné à mourir dans une sorte d'*impénitence finale*, en matière de révulsion ? M. Bouvier a cru que nous serions d'accord, dit-il, après qu'il aurait prononcé le grand mot de révulsion. Mais de quelle révulsion s'agit-il ? Est-ce de la révulsion d'Hippocrate ? Il est impossible de la définir. De la révulsion de Galien ? Les érudits renoncent à la comprendre... Est-ce de la révulsion de Barthez ? « Parlons donc, dit-il, des cinq principes de cette révulsion. S'il est vrai que « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, » cette vérité serait ici d'une application peu flatteuse. J'ai eu beau sonder ce mystère, il est resté impénétrable à mon intelligence. » Rapportant ensuite un assez long passage du *traité des fluxions*, où cette sorte de *pentateuque* de la révulsion se trouve exposé, M. Malgaigne le fait suivre de ces foudroyantes réflexions : « Après avoir lu de pareilles choses, sera-t-il possible de parler encore des principes de la révulsion ? Un tel nom convient-il à ces savantes billevesées ? Oh ! si les hommes de Montpellier appellent profond ce qui est creux, la profondeur de Barthez est difficile à surpasser. Et c'est là ce qui est accepté comme une doctrine par la moitié de la France médicale ! »

Passant à l'école de Paris, M. Malgaigne poursuit ainsi : « De cette science, non, de ce roman, l'école de Paris a conservé le langage, vide de sens pour elle... Non, vous n'avez pas de doctrine de la révulsion ; car, pour cela, il vous manque premièrement une théorie qui rende compte du mode d'action des agents dits révulsifs ; secondement, un ensemble de préceptes pratiques qui en règlent l'emploi... Sur ce point, je me félicite d'être d'accord avec M. Bouvier, qui m'a cependant appelé l'avocat du paradoxe... — Il est vrai, dit-il, que les anciens faisaient intervenir les sucs et la pituite, aujourd'hui nous disons le sang et l'irritation. Peut-être, un jour, on rira aussi de notre explication. — Ah ! vous me conviez, s'écrie malignement M. Malgaigne, à une croyance, et vous prévoyez vous-même qu'on en rira un jour. Permettez-moi de prendre les devants. » Cette saillie provoqua dans l'Académie un de ces rires *homériques* dont les simples mortels ne s'acquittent guère moins bien que les dieux de l'Olympe lui-même.

Nulle part, donc, excepté à Montpellier, nous ne trouvons, selon M. Malgaigne, ce qui, à tort ou à raisсn, peut s'appeler une doctrine de la révulsion. Reste l'expérience. « Hé bien, dit-il, voyons les faits. S'il en résulte que lez sétons sont utiles, je les accepte. » Il reproche à M. Bouvier de revenir encore ici escorté d'une foule d'autorités, tels que les Blancard, les Mauchart, tous les *théologiens* du séton, selon sa plaisante expression, « autorités qu'on ne rencontre, poursuit-il, qu'en allant fouiller dans tous les bas-fonds de la littérature médicale. » Pour mettre le comble à cette argumentation, assez digne, en effet, de la plume de l'auteur des *Provinciales*, cela me rappelle, dit-il, ces paroles de Pascal : « Nous ferons venir tant de cordeliers que nous l'emporterons. », de ce Pascal auquel nous devons aussi cette charmante plaisanterie « *qu'il est plus facile de trouver un moine qu'une raison,* » ce qui est vrai encore de nos jours, bien que les moines ne soient pas aussi communs aujourd'hui qu'ils l'étaient du temps de l'immortel auteur des *Provinciales.*

Quoi qu'il en soit, revenant à la charge sur ce malheureux contre lequel il semble avoir fait le serment d'Annibal, M. Malgaigne s'exprime ainsi : « L'enthousiasme de M. Bouvier pour le séton dépasse de beaucoup tous les autres, de M. Bouvier qui, ajoute-t-il, invitait l'autre jour l'Académie à monter avec lui au Capitole. Heureusement, elle ne l'y a pas suivi. Qu'allait faire, en effet, M. Bouvier au Capitole ? Probablement, remercier les dieux d'avoir permis que le séton lui sauvât la vue... Ce n'était pas au Capitole, poursuit notre éloquent collègue, que M. Bouvier devait se rendre, mais à Notre-Dame-de-Lorette. Là, des pèlerins suspendent divers objets auxquels ils attribuent la guérison merveilleuse de leur maladie, et dans le nombre, peut-être, trouverait-on quelques sétons aussi. »

Ainsi, Messieurs, nous ne répéterons plus, avec un illustre orateur dont le nom est trop grand pour que je le cite à propos d'une discussion, en dernière analyse un peu *héroï-comique*, nous ne dirons plus que la *Roche tarpéienne est près du Capitole*, mais bien que Notre-Dame-de-Lorette est près du Capitole, variante qui ne peut souffrir aucune difficulté, grâce à l'heureuse invention des chemins de fer.

Après en avoir fini avec le séton ordinaire ou classique, avec le séton perfectionné, usité dans l'espèce humaine, M. Malgaigne s'attaque au séton de l'espèce animale, à celui des chevaux en particulier, et ne lui laisse pas plus de quartier qu'à l'autre. Le séton gigantesque, le séton monstre dont a parlé M. Bouley ne trouve pas plus grâce devant M. Malgaigne que le séton filiforme, microscopique ou *homœopathique* de M. Bouvier.

Dans sa réponse à M. Bouley, il remarque, dit-il, tout d'abord que les vétérinaires, non plus que les médecins, ne sont guidés dans l'application des sétons par des principes. Puis, il ajoute qu'il est effrayé des succès de son collègue, qu'il lui semble qu'il guérit trop, et cela parce qu'il met des sétons partout. *Pauvres bêtes !* s'écrie-t-il, avec une sensibilité édifiante, en parlant des chevaux pour lesquels, selon lui, on est si prodigue de sétons. Reprenant ensuite la question des sétons d'une manière générale, il déclare que depuis l'époque où l'idée de leur *vanité* s'est imprimée dans son esprit, il a consulté des élèves, des médecins, des chirurgiens, voire même des vétérinaires, et que tous lui ont déclaré qu'ils n'avaient pas une grande confiance ou même aucune confiance en ce moyen. Il faut en excepter, toutefois, ce médecin qui a déclaré à M. Malgaigne qu'il les employait quelquefois pour produire un *effet moral*. Mais ce médecin a bien défendu à M. Malgaigne de dire son nom à l'Académie, le menaçant de le démentir si cela lui arrivait.

Mais cet effet moral rentre-t-il dans la catégorie de ceux qui appartiennent aux moyens dits révulsifs ? C'est ce que M. Malgaigne nous a laissé ignorer avec le nom du médecin. Acheter un effet moral au prix de l'application d'un séton, c'est un peu cher, et si les pilules de *mie de pain* pouvaient remplacer ce moyen, il me semble qu'il serait bien de les préférer. Du reste, il ne faut pas négliger les effets *moraux* en matière de thérapeutique. Là aussi, dans quelques cas, *la foi nous sauve*, et combien de moyens, tous ceux de l'*homœopathie* compris, ne sauveraient les malades que de cette façon, s'ils les sauvaient, en effet, au lieu de les perdre, comme il ne leur arrive, hélas ! que trop souvent, non par leur action qui est nulle, mais en empêchant de recourir à ceux dont ils auraient pu obtenir leur salut !

Un peu piqué par le discours de M. Malgaigne, M. Bouley, après

lui avoir reproché d'être moins charitable envers ses collègues qu'envers les bêtes, a riposté à son exclamation de *pauvres bêtes!* par celles de *pauvres gens!* Heureusement, Messieurs, que ce ne sont là que des figures de rhétorique, des apostrophes hyperboliques, et que d'ailleurs tout cela se dit en famille, où l'on peut impunément laver... qu'on me permette de ne pas achever.

Mais notre savant collègue de la section de médecine vétérinaire a mieux fait que de récriminer contre M. Malgaigne, et de croiser avec lui le fer de l'ironie, de la plaisanterie et d'une argumentation personnelle. En effet, au défi que M. Malgaigne lui avait porté de donner les raisons à l'appui de sa pratique, il a répondu, sinon de manière à satisfaire tout le monde et M. Malgaigne, du moins de manière à prouver que la théorie de la révulsion n'était pas une pure chimère, et qu'elle reposait sur des principes, sur des lois démontrées par l'expérience et l'observation exactes. Nous reviendrons plus tard sur cette théorie.

A Dieu ne plaise, Messieurs, que je rentre dans la discussion relative à la révulsion considérée chez les anciens. Je m'incline humblement devant mes savants collègues, MM. Malgaigne et Bouvier, en matière d'érudition, sans préjudice de bien d'autres matières. Toutefois, au risque de me tromper dans un sujet qui ne m'est pas assez familier, je pense que sur la question de savoir si les anciens ont eu une idée, une doctrine, une théorie, *telle quelle*, de la révulsion, la victoire est restée à M. Bouvier. Je laisse à nos deux collègues le soin d'approfondir cet objet, de juger Hippocrate, Galien et Barthez, et, si cela leur plaît, d'exciter de nouveau les rires et les applaudissements de l'Académie, par des discours qui certainement valent mieux que toutes les vieilles théories enseignées sur des médications dont le vrai mécanisme, à la fois, physique, chimique et dynamique ou vital, ne pouvait être révélé qu'après la conquête de connaissances qui faisaient à peu près complétement défaut aux anciens. Mais de ce que l'explication ou la théorie d'une action thérapeutique nous échappe ou de ce que l'on aurait donné une mauvaise théorie de cette action, il faut bien se garder d'en conclure que cette action thérapeutique n'est pas réelle. Qui doute de la souveraine efficacité du quinquina contre la fièvre intermittente, et pourtant qui sait par quel mécanisme s'opère la guérison? qui sait par quel mécanisme la digitale ralentit les battements du cœur, et qui néanmoins oserait révoquer en doute cette admirable action, dont la pratique médicale a si heureusement profité?

Je terminerai cette première partie de mon discours, en rappelant que M. Malgaigne, auquel est resté le dernier mot dans la discussion, a déclaré que s'il s'est élevé contre l'emploi des exutoires, parce qu'il les croit plus nuisibles qu'utiles, il n'en a pas moins admis, comme il admet encore, l'efficacité des vésicatoires et autres moyens de même genre contre les douleurs. Je prends, avec bonheur, acte de cette déclaration, si conforme aux résultats de mon expérience personnelle. Mais, ainsi qu'on va le voir tout à l'heure, il s'en faut bien que l'efficacité des vésicatoires et autres moyens du même genre soit le seul effet thérapeutique que l'expérience la plus répétée et la plus sévère m'ait fait reconnaître dans ces agents si universellement employés.

Seconde partie.

Avant de présenter à l'Académie les résultats que ma propre expérience m'a fournis sur les effets curatifs de la méthode dite révulsive, il m'est impossible de ne pas revenir un instant sur ce que nous a dit M. Malgaigne de l'absence de toute théorie de la révulsion, à Paris comme à Montpellier, dans l'état actuel de la science.

Que les théories nouvelles de la *révulsion* ne soient pas complétement irréprochables et n'aient pas encore dit leur dernier mot, je le veux bien; mais que M. Malgaigne, avec une assurance mathématique, professe, en pleine Académie, qu'aujourd'hui même il n'existe ni à Paris, ni à Montpellier, de doctrines sur la révulsion, aucuns principes, aucunes règles qui président à son emploi, voilà, j'en conviens, de quoi nous étonner profondément et nous faire croire, jusqu'à un certain point, que nous rêvons. Je n'aurai point recours, Messieurs, à une nouvelle prosopopée pour réfuter notre éloquent collègue. Je me contenterai d'évoquer les modernes ouvrages de thérapeutique et les dictionnaires de médecine, qui sont considérés comme contenant le dépôt de nos connaissances à l'époque où ils sont publiés. Or, ouvrez le *Dictionnaire de Matière médicale et de thérapeutique*, par deux hommes qui furent nos collègues (Merat et Delens); ouvrez le Dictionnaire en 15 volumes, ouvrez le Dictionnaire en 30 volumes, et vous y trouverez des articles sur la *révulsion* et les *révulsifs*, que leurs auteurs ne distinguent point de la dérivation et des dérivatifs; dans ces articles vous trouverez la définition et une *théorie* dont je ne garantis pas assurément tous les *dogmes*, l'énumération plus ou moins détaillée des agents si multipliés de cette médication, l'indication, les règles, les préceptes, qui président à leur emploi, etc., etc.

Voulez-vous des preuves de l'importance que les auteurs de ces articles attachent à l'emploi de la révulsion et des révulsifs? Écoutez: notre collègue, M. Roche, à qui l'on doit l'article *révulsion* du Dictionnaire en 15 volumes, s'exprime ainsi: «Cette médication est d'un très-grand secours dans le traitement des maladies; après la médication directement antiphlogistique, elle est la plus efficace contre les affections qui appartiennent à la classe nombreuse des irritations; toute sa théorie découle de cette loi: *de duobus doloribus simul existentibus, vehementior obscurat alterum.* »

Guersant, académicien et praticien de si regrettable mémoire, auteur de l'article *révulsion* du Dictionnaire en 30 volumes, déclare que « l'emploi des révulsifs est applicable à presque toutes les maladies générales ou locales; que c'est un des moyens que le médecin met le plus souvent en jeu, à toutes les époques du traitement des maladies, et auquel il a recours presque à chaque instant. »

A l'article *revulsion* du *Dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale*, nous lisons: « Pour beaucoup de médecins, la therapeutique n'a que deux classes de médicaments, les calmants et les révulsifs... il faut convenir qu'à part l'action des spécifiques, cette opinion ne manque pas de vérité dans un assez grand nombre de circonstances. »

En présence de ce que je viens de mettre sous les yeux de l'Académie, avais-je tort, Messieurs, de vous signaler en commençant, que, si M. Malgaigne parvenait à faire triompher son système de proscription des révulsifs, il aurait porté à l'édifice de la matière médicale et de la thérapeutique un de ces coups qui ont un long retentissement et dont les suites seraient vraiment incalculables. Je ne serais pas de ceux qui auraient le plus à s'en affliger, car je connais une médication plus puissante encore que les *sédatifs* et les *révulsifs*; et d'ailleurs, quelque dur que fût le sacrifice, il faudrait savoir le supporter, s'y résigner, s'il était légitime; mais je veux essayer de prouver, par ma propre expérience, qu'il n'en est rien.

Arrivé à cette délicate partie de la tâche que je me suis proposée, je commencerai par exposer les principes fondamentaux qui m'ont toujours guidé dans l'appréciation des effets d'une médication quelconque.

Je l'ai dit un peu plus haut, *practica, practicè demonstranda.* C'est donc dans la pratique, au lit des malades, à la clinique, en un mot, qu'il faut chercher les *preuves*, les *arguments* de toute assertion sur les effets, sur l'efficacité d'une méthode thérapeutique, d'une médication quelconque. Or, Messieurs, quelles sont ces preuves, quels sont ces arguments? Évidemment des cas, des faits particuliers, ou, comme on le dit plus généralement aujourd'hui, des observations particulières; mais pour que ces observations constituent des preuves certaines, des arguments irréfutables, deux conditions sont nécessaires: il faut qu'elles aient été recueillies avec toute l'exactitude convenable, et qu'elles aient été réunies en assez grand nombre.

Morgagni avait dit: *Non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes.* Il y a déjà bientôt vingt-cinq ans que je modifiais ainsi cette belle sentence, qui ne pèche que pour ne pas contenir en son entier une grande vérité: *Non numerandæ solum sed perpendendæ sunt observationes.*

C'est assez vous dire, Messieurs, que pour les démonstrations en matière de thérapeutique ou de traitement, il faut se servir de la méthode dite *numérique*, dite encore statistique; mais qu'on ne l'oublie jamais: sans l'exactitude dans les faits recueillis et comptés, sans le classement de ces faits, de ces cas, d'une manière logique, et appropriée à leurs ressemblances et à leurs différences, la méthode numérique ou statistique n'est plus qu'un vain mot, qu'une arme dangereuse et à deux tranchants. Le temps ne me permet pas de développer tout ce qui a trait au grave sujet qui nous occupe, et qui, j'ose le dire, m'est bien familier, puisque j'ai consacré plus de vingt années de ma vie à recueillir, à compter, à classer, à distinguer tous les cas relatifs aux diverses maladies reçues dans nos services cliniques.

On me demandera peut-être quel est donc le *nombre* d'observations, en les supposant bien recueillies, strictement nécessaire à la démonstration de l'*efficacité* d'une médication donnée. Assurément, Messieurs, cette question n'embarrassera sérieusement que ceux, et ils sont très-nombreux, à la vérité, qui n'ont pas une longue habitude du rude métier d'observateur. Ma réponse, c'est qu'il faut que ce nombre soit suffisant pour que la conviction s'établisse pleinement dans un esprit bien constitué, et dégage de toute prévention, de toute

passion, et sincèrement ami de la vérité. Plus la démonstration est difficile, et plus grand doit être le nombre des observations. Si vingt, si cent observations ne suffisent pas, recueillez-en mille et plus; et lorsque la démonstration ne laissera rien à désirer, il sera beau de n'en continuer pas moins à recueillir encore de nouveaux faits en faveur de la vérité.

Lorsque, par des observations suffisamment nombreuses et exactes, on a démontré l'efficacité d'une médication, soit considérée en elle-même, soit comparée à une autre médication, ai-je besoin de dire qu'il faut en formuler les résultats d'une manière générale, et les réduire en quelque sorte en *lois?*

C'est après avoir procédé de cette manière rigoureuse et plus laborieuse qu'on ne saurait jamais le croire sans en avoir fait personnellement l'essai, que j'ai proposé une formule nouvelle d'une méthode dont l'emploi date, pour ainsi dire, de l'origine même de la médecine pratique. C'est de cette manière, enfin, que je me suis éclairé sur l'action des agents dits révulsifs, en général, et sur les vésicatoires volants, en particulier, qui méritent assurément d'occuper l'un des premiers rangs, le premier rang peut-être entre ces agents dont la quantité est presque innombrable.

Pressé par le temps, et pour ne pas trop abuser des précieux moments de l'Académie, je veux donc me borner à ce qu'une longue et consciencieuse expérience m'a clairement appris sur l'action de ces vésicatoires, des purgatifs et des diurétiques, véritables *vésicatoires* intérieurs, s'il m'est permis de parler ainsi.

Or, Messieurs, ce n'est pas aujourd'hui pour la première fois que je viens proclamer l'utilité, l'efficacité des vésicatoires volants. En effet, voici ce que j'écrivais, à ce sujet, il y a bientôt dix ans, dans le premier volume *De la nosographie médicale*, à l'occasion seulement du traitement de l'inflammation; après avoir indiqué les divers moyens auxiliaires ou adjuvants, entre autres les vésicatoires et autres moyens désignés sous les noms de révulsifs, d'exutoires, etc. J'ai consacré les quelques lignes suivantes aux vésicatoires, en particulier :

« C'est à tort que dans ce dernier temps quelques auteurs en ont nié les avantages. J'en ai étudié l'action *thérapeutique* avec une attention et une précision extrêmes, chez quelques milliers de malades, et je ne crains pas d'affirmer que, appliqués avec opportunité, c'est-à-dire à part quelques exceptions, lorsque les premières émissions sanguines ont déjà calmé la violence de l'état inflammatoire locale et de la réaction fébrile, les vésicatoires concourent pour une certaine part à la guérison des malades. Leur efficacité a plus spécialement été mise hors de doute, dans notre service, chez les individus de toute espèce atteints de pleurésie, de pleuro-pneumonie, de péricardite, d'arthrite rhumatismale, de *névrite* et de *névralgie*, également rhumatismale, etc.; mais pour obtenir les bons effets qu'on a droit d'en attendre, il faut qu'ils soient d'une grandeur suffisante et répétés en assez grand nombre de fois (il s'agit ici des vésicatoires dits *volants*). »

Ce que j'écrivais alors, je le maintiens *à fortiori*, aujourd'hui que dix années de plus se sont écoulées pendant lesquelles il ne s'est guère passé de jours où je n'aie employé un ou plusieurs vésicatoires volants.

J'ai vu et montré à je ne sais combien de personnes qui, depuis près de vingt-cinq ans, ont assisté à mes visites, disparaître, dans l'espace de quelques jours, assez souvent dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, je ne dirai pas de simples névralgies, la chose n'est pas contestée même par M. Malgaigne, mais des bronchites sibilantes généralisées, des épanchements plus ou moins abondants dans les plèvres, dans le péricarde, dans les synoviales, etc. J'ai vu les mêmes maladies abandonnées à elles-mêmes ou négligées, poursuivre leur cours, passer à l'état chronique et amener alors ces tristes lésions chroniques organiques contre lesquelles il ne resterait plus à employer que les opérations chirurgicales, si la plupart des organes intérieurs n'étaient pas inaccessibles à l'instrument du chirurgien, lesquels, en supposant que dans certains cas ils fussent à la portée de cet instrument, n'en seraient pas moins en quelque sorte sacrés pour lui. Pour nier l'efficacité des vésicatoires volants, tels que je les ai *maniés*, qu'on me passe cette expression, dans les cas ci-dessus spécifiés et quelques autres encore, bien que de ma nature je ne sois pas facile à convaincre en matière de traitement, il me faudrait, Messieurs, nier l'évidence elle-même, nier la lumière, nier ma propre existence, et ma présence à cette tribune.

Ce que je dis des effets vraiment héroïques des vésicatoires volants bien employés, je dois l'appliquer, jusqu'à un certain point, aux purgatifs drastiques ou *hydragogues*, aux diurétiques, également *bien employés* dans le traitement de diverses collections séreuses. Il n'est aucun praticien, exercé dans l'art d'apprécier les effets des médicaments énergiques, qui ne souscrive à cette affirmation pour la démonstration de laquelle les observations exactes ne me manqueraient pas comme le temps me manque pour en rapporter quelques-unes....

Le moment de votre comité secret est déjà plus qu'arrivé, Messieurs, et je m'arrête, non toutefois sans avoir formulé quelques conclusions et quelques-unes des principes, quelques-unes des lois qui régissent l'administration des moyens dits révulsifs et éclairent leur théorie, leur physiologie ou le mécanisme de leur action.

Conclusion.

1° Il existe une classe d'agents exerçant une médication à laquelle on a donné le nom de *révulsion*.

Que leur mode d'action ait été expliqué ou non, ou bien encore mal expliqué, cela ne fait rien à l'existence de la médication elle-même, considérée sous le point de vue purement pratique.

Qu'on l'explique mieux qu'on ne l'a fait, qu'on lui donne une autre dénomination, plus convenable, soit. Mais encore une fois, la révulsion existe, en tant que médication efficace dans certains cas déterminés.

2° Il est certain pour moi que, sous le nom de *révulsifs*, on a confondu des moyens trop différents entre eux pour qu'il ne soit pas nécessaire de réviser la classification de ces agents, et de bien spécifier ceux à qui le nom de *révulsifs* devrait être réservé.

3° Il est vrai, comme on l'enseigne généralement, que plusieurs agents dits *révulsifs*, exercent une action du genre de celle dont il est question dans ce célèbre aphorisme d'Hippocrate : *duobus laboribus*, etc. ; mais il n'en est pas moins vrai que le mécanisme de cette action nous échappe souvent. Car, dire qu'une irritation, une action morbide artificielle en fait cesser une autre, c'est exprimer le fait et non l'expliquer, et le mot révulsion est trop *métaphorique* pour ne rien laisser à désirer sous le rapport de l'explication des phénomènes qu'il représente.

En admettant qu'il déplace ce qu'on appelle une *irritation*, il resterait à démontrer ce que c'est réellement que cette irritation, et par quel *mécanisme* elle peut être ainsi déplacée.

4° Dans un très-grand nombre de cas, d'ailleurs, où les moyens dits révulsifs, par exemple, les vésicatoires volants, les purgatifs hydragogues, les diurétiques, font disparaître avec une rapidité surprenante, presque merveilleuse, des collections séreuses, ce n'est pas seulement en *déplaçant* une irritation qui souvent n'existe même pas, qu'ils agissent, c'est principalement en *désemplissant* plus ou moins le système vasculaire sanguin, les veines en particulier, circonstance si favorable à la résorption des épanchements en général et des épanchements séreux en particulier.

Cela est si vrai que leur action s'exerce dans certains cas de collections séreuses dites *passives* ou par obstacle au cours du sang veineux, et à l'absorption de la sérosité, collections séreuses dans lesquelles l'irritation, n'a, certes, rien à faire.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La dernière livraison du *Bulletin de thérapeutique* contient la note suivante : « Dans notre livraison du 15 octobre dernier, nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs le nouveau traitement de la couperose, recommandé par notre honorable confrère, M. Rochard. Une erreur typographique grave s'était glissée dans l'impression de l'une des formules publiées par le *Moniteur des Hôpitaux*, nous nous empressons de la relever. La masse des pilules d'iodure mercureux doit être divisée, non en *vingt-cinq* pilules, comme nous l'avons répété, mais en cent. Ces cent pilules sont administrées de une à trois par jour. » — Puisque notre excellent ami, M. Debout, a jugé à propos d'indiquer la source de son erreur, il ne lui aurait pas été plus difficile de faire savoir à ses lecteurs à l'aide de quel moyen fort simple il lui aurait été possible de l'éviter. Le *Moniteur*, en effet, a rectifié lui-même cette erreur, bien avant que le *Bulletin* reproduisît l'article; celui-ci aurait donc pu, sans trop de générosité, garder pour lui la responsabilité d'une bévue trop petite pour compromettre sa réputation.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 145. 3e année. Mercredi 5 Décembre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Mémoire sur le traitement des angines par les mercuriaux, la belladone et l'aconit, suivi de quelques remarques sur la médication alcaline.

Par M. Imbert-Gourbeyre.

Professeur-suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

Voici encore quelques observations que j'ai pu faire, relativement à l'action bien connue du mercure sur les gencives. Presque constamment, dès les premières vingt-quatre heures, j'ai vu apparaître sur la muqueuse gencivale le liseré pseudo-membraneux, déterminé par les sels mercuriels et le calomel en particulier. Ce simple fait, d'accord avec les résultats thérapeutiques que j'ai signalés plus haut, prouve sans conteste, pour le dire en passant, qu'il n'est pas nécessaire d'employer le mercure à très-haute dose dans un but antiphlogistique ; qu'on n'obtient nullement des effets plus prompts et plus sûrs avec des doses énormes qu'à doses réfractées, et les exemples si nombreux des effets toxiques graves dûs au mercure employés à haute dose, devraient en détourner à jamais les praticiens prudents.

Ce liseré mercuriel, qui apparaît dans les premières vingt-quatre heures de l'administration du médicament, atteint son summum d'intensité au bout de quarante-huit heures, étant plus marqué, plus épais et plus étendu ; puis, il disparaît le troisième ou quatrième jour, lors même que l'on continue la médication. Il débute et existe de préférence sur les parties latérales des deux mâchoires ; il n'occupe en général que la moitié de la hauteur des gencives du côté de l'extrémité libre de la muqueuse. Il commence, de préférence, à paraître sur le prolongement anguleux des gencives qui existe entre chaque dent, et quand il est complétement formé, il ressemble assez bien à une lame de scie. Ce liseré s'enlève très-facilement avec le doigt.

A part le liseré pseudo-membraneux en question, je n'ai jamais vu dans les angines le moindre accident toxique résultant de l'administration du mercure à doses réfractées, pas même un degré notable de salivation et de gonflement des gencives, sans parler des graves symptômes de la stomatite mercurielle. Il m'est aussi arrivé dans un très-grand nombre

FEUILLETON.

Recherches cliniques sur les maladies du cœur, d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur E. Auburtin, chef de clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital de la Charité ; précédées de *Considérations médicales sur le vitalisme, l'organicisme et la nomenclature médicale*, par M. le professeur Bouillaud. — J. Viat, éditeur.

Presque tous les chefs de clinique de M. le professeur Bouillaud ont écrit sur les maladies du cœur, et j'aurais sans doute été du nombre de ceux qui ont suivi cette voie, si la Faculté, pressée par la nécessité de sauver la réputation et la bourse d'un de ses anciens doyens, n'eût si brusquement interrompu mes fonctions. J'oserai même dire que j'avais commencé quelques travaux sur plusieurs des points qui ont plus spécialement fixé l'attention de M. le docteur Auburtin, et c'est avec un grand bonheur que je l'ai vu partager quelques-unes des opinions que je m'étais formées par l'étude clinique et quotidienne des affections du système circulatoire. Tant d'erreurs de diagnostic ont encore lieu dans les maladies de l'organe central de la circulation, et par suite tant de fausses doctrines sont enseignées au public médical que ce motif seul suffit pour expliquer l'émulation, et pour ainsi parler, la prédilection des chefs de clinique de M. le professeur Bouillaud pour les affections du cœur. En effet, c'est surtout dans les maladies de cet organe qu'il importe que le médecin ne garde pas longtemps de l'incertitude, du doute dans son diagnostic. Je tâcherai de me faire comprendre par quelques exemples :

Un cordonnier de l'âge de dix-huit ans fut admis aux hôpitaux de Paris dans le service d'un médecin, auteur d'un ouvrage très-estimé sur les maladies du cœur, pour un rhumatisme fébrile de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit. J'auscultai le cœur de ce malade, auquel le chef du service n'avait rien trouvé d'anormal, et je trouvai une péricardite très-légère (frottement très-superficiel et très-léger, quoiqu'un peu rude) dont je lui fis part. Après un examen contradictoire, qui fit persister le chef dans la même pensée, l'absence de la péricardite, il me fut répondu que si on explorait les malades avec tant de scrupules, on ne trouverait personne bien portant. Le lendemain, le rhumatisme s'était étendu au genou droit, et à la visite, je constatai, en même temps que la persistance de la péricardite, un léger commencement d'endocardite (souffle un peu rude et râpeux au premier temps). J'usai de la même liberté et de la même franchise que la veille. Le troisième jour, le rhumatisme avait envahi le genou gauche, et il existait au cœur un bruit de piaulement qui s'entendait surtout pendant le premier temps, et je dois le dire, ce piaulement persista toute la durée du séjour du malade à l'hôpital et après sa sortie ; en un mot il resta affecté d'une lésion chronique-organique du cœur à laquelle il eût sans doute échappé si le diagnostic et le traitement eussent été convenablement formulés.

Dans le service du même médecin fut admis, presque à la même époque, un homme de lettre atteint à la fois de pneumonie gauche et d'une endocardite caractérisée par un souffle rude et râpeux au premier temps, souffle ayant son maximum d'intensité à la base du cœur, au niveau de l'orifice de l'aorte, et propagé dans ce vaisseau ; on diagnostiqua, avec la pneumonie, un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; mais, en très-peu de jours, on observa un

d'autres maladies de prescrire le calomel à doses réfractées, et je n'ai vu qu'une seule fois se développer une véritable stomatite. L'hydrargyrose gingivale est au contraire très-fréquente aux doses classiques toujours trop élevées ; elle est nulle, ou infiniment moins fréquente à doses très-fractionnées; de là le grand avantage de ces doses qui sont tout aussi curatives que les premières.

La plupart des angines sont accompagnées d'une sécrétion muqueuse plus abondante; cependant l'on rencontre aussi quelquefois des angines *sèches*, et à l'inspection de la bouche et du pharynx, on voit alors une muqueuse lisse et dépourvue de son mucus caractéristique. Avec le calomel, j'ai vu souvent au bout de vingt-quatre heures, sourdre le mucus normal sur les membranes enflammées qu'il venait lubréfier.

J'ai parlé jusqu'à présent d'angines idiopathiques; mais il est des angines symptomatiques où le mercure jouit aussi d'une incontestable efficacité, l'angine scarlatineuse par exemple, et alors ce médicament peut s'associer utilement à la belladone, et cette angine particulière à la fièvre de suppuration de la petite vérole, angine souvent redoutable, s'accompagnant ordinairement de dyspnée et de gonflement énorme du cou : *plurimi eorum*, disait Avicenne, *qui variolis pereunt, moriuntur cynanche præfocati*. Dans toutes les varioles confluentes, j'ai toujours combattu jusqu'à présent cet accident par le calomel avec le plus grand avantage, et je ne connais pas de meilleur traitement. Dans une discussion célèbre qui a eu lieu assez récemment à l'Académie impériale de médecine sur le traitement de la variole, on a entendu, et personne ne l'a oublié, le singulier procédé thérapeutique proposé et pratiqué par M. le professeur Piorry. En pareille circonstance, le célèbre *organopathe* s'arme du couteau chirurgical, pratique la trachéotomie et occit son patient *secundum artem*. Oserais-je lui conseiller de quitter le bistouri et de donner à ces infortunés varioleux quelques doses de calomel ? les résultats statistiques seront, je crois, beaucoup plus favorables.

J'ai essayé plusieurs fois le calomel à doses fractionnées dans quelques angines chroniques, quelques amygdalites, et surtout dans ces affections chroniques du pharynx, caractérisées par l'épaississement des parties molles, l'hypertrophie des follicules muqueux et l'hypercrinie d'un mucus épais et tenace. J'ai habituellement échoué, surtout dans ce dernier cas. Il faut évidemment employer ici des modifications en rapport avec les diathèses diverses qui semblent entretenir ces affections.

Tels sont les faits et observations cliniques que j'ai pu recueillir. Comme je l'ai dit plus haut, je n'ai point eu d'angine couenneuse à traiter. Toutefois il existe des faits nombreux à l'appui du traitement mercuriel dans cette forme d'angine; ils vont se trouver mêlés dans l'énumération suivante des documents divers que je vais invoquer en faveur de l'emploi du mercure dans les angines en général.

L'emploi du mercure dans les angines remonte probablement fort haut dans la tradition; toutefois le plus ancien document qui me tombe sous la main ne date que du commencement du siècle dernier. J. J. Waldschmidt (*Opera. Francfort*, 1707) dit en parlant de l'angine : *quæ abscessus rumpunt, sunt mercurius diaphoreticus....*

Vient ensuite l'école de Stahl : *In angina mercurius dulcis locum quoque habet* (GUNCKER), et Nenter, autre stahlien, recommande les mercuriaux dans le même cas, *nitrata nimirum cinnabarina*.

Huxam (*Opera. Lipsiæ*, 1784), en décrivant une épidémie variolique anormale, raconte que dans quelques convalescences, même après la desquammation, les glandes maxillaires et parotidiennes restèrent longtemps indurées, et ne cédèrent qu'à des purgations répétées avec le calomel associé à d'autres remèdes. Ce grand médecin, à propos du gonflement de la face et du cou et de la salivation qui accompagnent la fièvre secondaire de la variole, se demande si le calomel peut être employé utilement en ce cas : il affirme avoir administré souvent en pareil occasion le cinnabare avec succès. Il existe d'autres faits en faveur du calomel, et pour son compte il l'a appliqué non-seulement sans inconvénients, mais avec succès *exoptato cum successu adhibui*, et il ajoute que rien ne peut égaler ses propriétés résolutives.

Mais celui qui me paraît avoir le mieux observé les propriétés thérapeutiques du mercure dans l'angine, c'est certainement J. H. Langes (*Miscellæ veritates de rebus medicis. Lunb.*, 1774). Il est cité par Burserius : *Hic quoque in anginâ catarrhali, si unquàm locum invenire potest, thiops æminerالis ad drachmam semis bis in die dandus, quem tanquàm* PROESENTISSIMUM, PROMPTISSIMUMQUE AUXILIUM *deprædicat Langes.*

On sait que nos confrères d'outre-Manche emploient jour-

---

souffle au deuxième temps, ayant le caractère et le siége du souffle au premier temps, se prolongeant, comme lui, le long de l'aorte et des vaisseaux du cou; le même diagnostic fut maintenu ; mais l'autopsie démontra une destruction presque complète, par ulcération, d'une ou de deux valvules sygmoïdes, et il resta évident que si on eût reconnu la nature inflammatoire de la lésion du cœur, on eût aussi, sans doute, modifié le traitement, et, selon toute probabilité, obtenu un résultat différent de celui que l'autopsie révéla.

Une autre fois, je faisais ausculter à un docteur, aujourd'hui professeur agrégé et praticien répandu, un muet affecté de triple bruit et de souffle présystolique, et ce confrère n'entendit ni le triple bruit ni le souffle ; en un mot, la maladie lui échappait complétement. — Consulté, comment eût-il traité ce malade ? —

Dernièrement encore, dans un des hôpitaux de Paris, on me pria, plusieurs jours de suite, d'ausculter un malade affecté de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et d'insuffisance de la valvule mitrale, lésions caractérisées par un double souffle ayant son maximum à la pointe, et parfaitement limité aux dépendances de cet orifice. — Le médecin chargé du service observait, lui, tantôt le double souffle, tantôt un souffle au premier temps, soit à la pointe, soit à la base du cœur ; tantôt un souffle au deuxième temps, soit à la base de cet organe; j'avoue que je ne trouvai jamais autre chose que le double bruit indiqué, ayant toujours le siége et les caractères énoncés plus haut. L'autopsie eut lieu et dévoila un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire avec insuffisance mitrale, et mon confrère expliqua les variations dans les bruits par la théorie de M. le docteur Beau. La vérité est pourtant bien dans les choses, ainsi que l'a dit Rousseau, mais souvent aussi nous prenons pour la vérité les erreurs de nos sens et de notre esprit, — et il faut bien se garder de prendre l'une pour l'autre, surtout en médecine, — en accusant l'observation.

En signalant ces faits, dont je pourrais augmenter le nombre, ne serait-ce qu'en parlant d'une de mes malades, pour laquelle je fus mis en demeure de donner un avis immédiat, le mari devant renouveler son bail et ayant un besoin indispensable du concours de sa femme pour continuer son commerce; cette malade, affectée d'anévrysme de l'aorte et d'insuffisance des valvules sygmoïdes, et son affection était méconnue depuis trois ans; en signalant ces faits, dis-je, je n'ai eu qu'un but : la démonstration des erreurs de diagnostic des maladies du cœur, la nécessité de ce diagnostic immédiat pour le traitement, et l'importance d'une bonne théorie des bruits du cœur paur arriver à ce diagnostic.

Nous devons donc remercier M. le docteur Auburtin de la publication de ses *Recherches cliniques sur les maladies du cœur*. Sous leur petit volume (273 pages), elles seront avantageuses aux élèves, et surtout aux médecins, que les soins de la pratique éloignent de l'étude des ouvrages de longue haleine, car aux avantages des manuels sur la matière, elles réunissent pour eux les qualités essentielles des traités ex-professo. On voit, d'ailleurs, à la clarté de l'exposition, à la mesure de la discussion, que ces *recherches* portent partout le cachet de l'école dont M. le professeur Bouillaud est le glorieux fondateur.

M. le docteur Auburtin se livre d'abord à quelques brèves considérations pratiques sur l'*anatomie* du cœur, et ici ce n'est, à proprement parler, ni de l'anatomie de structure, ni de l'anatomie descriptive; mais l'anatomie qu'expose M. Auburtin est trop ignorée des

nellement le calomel dans un très grand nombre de maladies, si bien qu'en France nous les jugeons un peu atteints de *calomelomanie*. Il est vrai qu'on peut abuser des meilleures choses ; mais cet abus prouve déjà singulièrement en faveur des vertus polychrestes du mercure, et, — comme le disent avec raison MM. Trousseau et Pidoux, — pour qu'une masse de médecins comme celle de l'Angleterre, de toutes les possessions anglaises dans les Indes, de l'Amérique du Nord, accorde unanimement des propriétés antiphlogistiques au mercure, il faut bien qu'il y ait quelque chose de vrai, et il est vraiment déplorable qu'il s'élève chez nous tant de préventions contre ce moyen héroïque (*Trait. de mat. méd. et de thérapeutique*, 1855).

Pour venir à l'appui de cette opinion favorable, j'ajouterai que cette *calomelomanie* dure environ depuis quatre-vingts ans. Ce furent les beaux succès obtenus par les médecins des possessions anglaises de l'Inde, dans le traitement de l'hépatite, succès dus au calomel, qui amenèrent nos confrères d'outre-Manche à combattre la plupart des phlegmasies par cet agent précieux. On peut consulter à ce sujet les travaux de Wilson, Clarke, Gilchrist, Lind, Hamilton, Rush, etc. L'opinion de ces médecins a été unanime dès le principe à considérer le mercure comme un puissant antiphlogistique, et c'est réellement de cette époque et de ces observations nombreuses et positives que date l'engouement bien légitime des médecins anglais pour les mercuriaux et le calomel en particulier. Parmi les médecins cités plus haut, il faut distinguer Hamilton, qui préconise l'emploi du calomel dans les angines inflammatoires: « Dans les esquinancies, dit le médecin anglais, le calomel mêlé à la teinture thébaïque et au miel et appliqué sur la racine de la langue, afin que les malades puissent l'avaler peu à peu, m'a souvent rendu de très-grands services.» Et son traducteur (V. *Journal de Sédillot*. t. 84) ajoute, en confirmation, une observation d'angine grave durant depuis huit jours et guérie promptement par le mercure gommeux de Plenck et l'emplâtre de Vigo.

Murray, en faisant l'histoire du mercure, cite Brisbanc, médecin anglais : *Deglutiendi facultatem illito ad lene salivœ profluvium usque mercuriali unguento bis feliciter restituit.*

C'est à la même époque environ que le mercure a été appliqué et recommandé dans l'angine couenneuse et le croup par un grand nombre de médecins, la plupart anglo-américains, Colden, Bailey, Michaëlis, Bard, Douglas, Rush, Plench, Lettsom, Johnston... et plus tard par Harless, Maton, Heilenius, Autenrieth et Cartwright, Wedekind....

Carminati (1798) appelle l'attention sur les applications nouvelles des mercuriaux dans les inflammations des organes de la respiratign, dans l'hydrocéphale interne, l'angine maligne et d'autres phlegmasies, et il dit ailleurs : *In anginosis prœsertim puerorum affectibus non infrequenter utiliterque datur mercurius dulcis.*

Depuis cinquante ans, M. Scelle-Montdezert est, à ma connaissance, le seul médecin français qui ait signalé l'excellence du traitement des angines simples par les mercuriaux ; MM. Guersent, Bretonneau, Baron et Billard, n'ont indiqué le calomel que dans l'angine diphthéritique. M. Scelle a publié ses observations dans le *Journal hebdomadaire*, en 1830; elles sont au nombre de quatre. Je les analyse parce qu'elles viennent en partie confirmer tous les résultats auxquels je suis arrivé.

Obs. I. — Gonflement très-considérable de l'amygdale droite chez une demoiselle depuis plusieurs semaines. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et dérivatif, le mal avait empiré, la malade se plaignait de douleurs continuelles lancinantes et brûlantes. La présence sur l'amygdale d'une petite ulcération grisâtre détermine M. Scelle à administrer le calomel, 6 pilules de 5 centigr. par jour, comme s'il y avait syphilis, ce qui n'existait pas. Le lendemain, toutes les douleurs avaient disparu comme par enchantement, et quelques jours après l'amygdale avait repris son volume ordinaire.

Obs. II. — Madame N... est prise d'une forte angine, qui diminue notablement par l'application de vingt sangsues. Quelques jours après, la malade s'étant exposée à un froid vif, elle est atteinte d'une dysphagie douloureuse qui la garde pendant deux mois, époque où elle vient consulter. L'amygdale droite est tuméfiée et couverte d'exsudation jaunâtre. Calomel en pilules. Au bout de quatre jours, la malade vient remercier son médecin de sa guérison rapide, en lui disant que dès la première dose elle avait été soulagée, et que le troisième jour elle avait été guérie.

Obs. III. — Une jeune fille se plaint d'une douleur violente du cou, surtout du côté gauche. L'amygdale correspondante est tellement gonflée qu'elle vient toucher la droite. Les sangsues, pédiluves, lavements émollients et les boissons acides n'arrêtent pas le mal. La nuit, fièvre violente avec un peu de délire. Il existe sur l'amygdale

---

médecins, et cette ignorance, ou mieux, cette négligence d'application, est une des causes des erreurs nombreuses de diagnostic qui se commettent chaque jour. Avec cette anatomie seule, on peut reconnaître à coup sûr certaines affections du cœur, et sans elle on peut passer sur les plus évidentes.

Dans son analyse des *mouvements du cœur*, M. le docteur Auburtin s'éloigne de la méthode généralement suivie par ses devanciers; il évite ainsi aux lecteurs des embarras de mémoire aussi épineux souvent que le sujet. Il n'y a guère que deux théories qui se disputent aujourd'hui le champ de la science, celle de M. Rouanet, modifiée par M. le professeur Bouillaud, et celle de M. le docteur Beau. Nous avons dit comment on arrivait à admettre cette dernière, qui, rendant compte de tout, ne rendait, en définitive, compte de rien. M. le docteur Auburtin l'examine au point de vue de la physiologie et de la pathologie, et son argumentation est une des plus remarquables que nous ayons lue contre cette théorie, vraiment insoutenable. Nous rapporterions ici les objections, s'il n'y en avait une masse à reproduire; aussi n'est-ce point la généralité des praticiens proprement dits qui ont admis la théorie de M. le docteur Beau.

Le lecteur n'étudiera pas sans intérêt une note assez étendue sur le vice de conformation du jeune Groux, défaut de développement d'une partie du sternum, car cette note rectifie plusieurs erreurs publiées sur les fonctions du cœur de ce malheureux jeune homme, erreurs dont plusieurs théories avaient fait leur profit.

Si, dans son analyse des mouvements du cœur, M. le docteur Auburtin s'est occupé de détruire, dans son *étude des bruits* de cet organe, tout en soumettant au contrôle sévère de l'observation les diverses opinions émises sur les causes de ces bruits, il s'occupe de construire, et il étaye la théorie de Rouanet, modifiée par M. le professeur Bouillaud de raisons aussi solides que les objections adressées à la théorie de M. le docteur Beau étaient fondées. Ce chapitre est un des plus remarquables des *Recherches cliniques*.

Dans ses *Considérations générales sur les maladies du cœur*, on retrouve l'excellent esprit de M. Auburtin et il insiste avec raison, dans ces questions générales, sur plusieurs points trop négligés des auteurs; on le sent animé du feu des dernières discussions de l'Académie et il discute avec une grande vigueur de raisonnement les assertions et les secrets de l'école vitaliste et religieuse, assertions et secrets qui se réduisent pour un grand nombre de ses sectaires à la limpidité de l'eau distillée des homœopathes. Là, il soumet aussi à l'épreuve de la logique et de l'expérience les opinions des anciens et des modernes sur les *causes* des maladies du cœur, et il démontre que si Corvisart a pu prendre pour épigraphe de son ouvrage cette désolante phrase de Virgile, *hœret lateri lethalis arundo*, aujourd'hui ce serait un anachronisme. Ces généralités sont suivies de l'étude particulière des affections de l'organe.

Nous nous arrêtons dans l'analyse de cet ouvrage, auquel tout présage un succès pareil à ses aînés, sortis de la même école.

On peut le considérer comme un résumé bien raisonné, à part les additions nouvelles de M. Auburtin, et ses appréciations personnelles du *Traité clinique et expérimental des maladies du cœur* de M. le professeur Bouillaud, et il remplacera avantageusement le *Manuel de diagnostic des maladies du cœur* de M. le docteur Andry, manuel si vite épuisé et si bien épuisé que les rares exemplaires qu'on trouve ont presque le prix d'un Elzévire.

P. H. Lefebvre,
ex-chef de clinique de la Faculté.

une tache noire entourée d'une exsudation blanchâtre. Calomel en pilules; guérison en vingt-quatre heures.

Obs. IV. — Amygdalite avec gonflement parotidien consécutif chez un enfant, persistant depuis assez longtemps. Les antiphlogistiques soulagent seulement la maladie, qui devient chronique. Le calomel fait disparaître ce gonflement en trois jours. (*Journal hebdomadaire*, 1830, p. 252.)

Kopp, dans un ouvrage remarquable de faits (*Denkwurdigkeiten aus der artzlichen Praxis*, 1832), cite l'observation d'une jeune fille prise d'une forte angine (*angina faucium*). Un seizième de grain de mercure soluble de Hahnemann, à l'intérieur, toutes les trois heures, avec gargarismes contenant un centigramme de sublimé. Le lendemain, disparition de l'affection, et l'auteur ajoute avoir employé cette pratique avec succès dans l'amygdalite commençante et autres angines, ce que d'autres médecins ont pu constater comme lui. Il donne, en outre, l'observation d'une femme de soixante ans, atteinte de stomacace, avec salivation, douleurs dans la bouche, fièvre et tuméfaction des glandes sous-maxillaires. Un huitième de grain de mercure soluble, toutes les trois heures. Le lendemain, cessation de la fièvre et de la salivation, diminution des glandes, grande amélioration des gencives et des lèvres.

A propos de stomacace, l'on trouve aussi un bel exemple de guérison de cette maladie dans Abercrombie (*Diseases of the stomach*, 1830); il s'agit d'un enfant de quatorze mois. Sur les amygdales et le voile du palais, il se formait toujours de nouvelles fausses membranes; l'intérieur des joues était excorié, les gencives spongieuses et saignant avec facilité; guérison par le calomel au bout de quelques jours.

Zugenbuhler considère le calomel comme le moyen le plus efficace pour guérir *promptement* l'esquinancie. On donne ordinairement un grain de ce sel, deux ou trois fois par jour, deux ou trois jours de suite (*Journal des connaissances médicales*, 1838).

Dans une épidémie d'angine couenneuse observée à Montfaucon, le calomel administré à la dose de un à deux grains toutes les heures, et secondé par des frictions d'onguent mercuriel, a rendu à M. Raguenau des services, et a déterminé la guérison de plusieurs cas parvenus à l'état croupal. D'autres fois, il s'est montré nul; mais jamais, dans ces cas, le mercure porté sous ces formes, à des doses considérables, dans l'espace de quelques jours, n'a produit la salivation [*Journal de méd. et de chir. prat.*, 1836].

Séduit par la simplicité du traitement des angines, recommandé par M. Scelle-Montdezert, M. René Vanoye (*Ann. de la Soc. méd. d'émulat. de la Flandre occid.*, août 1848), reprend l'étude de cette médication *passée inaperçue*, et les résultats qu'il en a obtenus ont paru assez satisfaisants pour les faire connaître. Avec des pilules d'un demi-grain de calomel, deux matin et soir, et à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, notre confrère assure avoir guéri un grand nombre de malades affectés d'angines tonsillaires. Chez tous, lorsque le remède avait été administré avant la formation du pus, le gonflement inflammatoire s'est constamment terminé par résolution, et cela dans un temps beaucoup moindre que celui que durent tous les autres traitements. Comme les faits cités à l'appui se ressemblent beaucoup, nous nous contenterons de rapporter le suivant : une jeune fille de vingt-trois ans, de constitution lymphatique et offrant quelques traces de scrofules, vint consulter M. Vanoye pour un mal de gorge qui durait depuis environ quatre mois, et qui déjà avait donné lieu à deux abcès. Pour la débarrasser de son mal, on avait employé inutilement gargarismes, pédiluves, purgatifs, et une foule de remèdes topiques. L'amygdale droite était fortement développée, très-dure, et présentait les traces des abcès dont elle avait été antérieurement le siége. L'amygdale gauche, également enflammée, offrait un moindre développement. M. Vanoye prescrivit immédiatement les pilules de calomel. Au bout de trois jours, l'amélioration était déjà considérable, et en moins d'une quinzaine la guérison était achevée sans qu'il eût été besoin de recourir à un autre remède. (*Bulletin de thérapeutique*, 1848, p. 471.)

Je sais très-bien, dit Rademacher (*Erfahrungsheillehre*, Berlin, 1852), que les frictions mercurielles dans l'amygdalite ont une action bienfaisante sur les amygdales dès le *troisième jour*. Dans ma jeunesse, j'ai été souvent sujet à cette inflammation, et c'est un remède que j'ai souvent employé. Le médecin allemand ne croit pas à l'efficacité du mercure dans le croup, à cause de sa lenteur d'action; il dit s'être servi avec succès, dans les affections chroniques de la gorge, de gargarismes avec le sublimé, un demi-grain par once.

Frank (*Magazin fur arzneimittellehre*, 1853, p. 595), à propos des expériences de Kopp, affirme avoir employé avec la plus grande utilité le traitement hydrargyrique dans des cas très-nombreux d'angine tonsillaire et pharingienne, et continuer encore tous les jours la même pratique avec le même succès, pratique bien connue, dit-il, des médecins qui sont familiarisés avec les propriétés spécifiques des médicaments.

De l'école empirique, qui peut revendiquer la plupart des faits précités, passons maintenant aux écoles italienne et hahnemanienne.

D'après Giacomini, qui appartient à cette première école, il n'y a peut-être pas d'inflammation, à quelque période que ce soit, qui n'ait été attaquée heureusement par le mercure. A propos des angines, il cite les noms des médecins anglais et allemands dont nous avons déjà signalé les travaux; mais il n'invoque aucune observation tirée de son école, qui est muette à ce sujet; ce qui ne l'empêche pas de disserter longuement sur les vertus hyposthénisantes du mercure.

Quant à l'école hahnemanienne, elle nous fournit sur ce point bon nombre d'observations, et surtout une opinion thérapeutique bien tranchée. Ces observations ont été consignées dans les divers journaux qui lui appartiennent (1).

Les homœopathes regardent les préparations mercurielles comme un des meilleurs moyens à employer dans les angines; ils les mettent presque à l'égal de la belladone, à qui ils paraissent pourtant accorder la préférence, et pour agir plus sûrement ils alternent souvent ces deux médicaments.

« Le mercure, dit Hartmann (*Traité hom. des maladies aiguës et chroniques*, Paris, 1848), est le médicament par excellence, lorsque la muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche, les amygdales, la luette, le voile du palais, la base de la langue, les gencives et la paroi interne des joues, sont non-seulement enflammés, mais aussi considérablement tuméfiés, de manière à produire la dysphagie, la raucité de la voix, et souvent une grande difficulté de parler. »

J'ai voulu, par ces nombreuses citations, empruntées à toutes les écoles thérapeutiques modernes et à la tradition, démontrer *rien que par les faits* l'excellence du mercure dans le traitement des angines : il faut donc se rallier complétement à l'opinion de Langes, qui, il y a juste quatre-vingts ans, considérait les mercuriaux dans l'espèce, *tanquam præsentissimum promptissimumque remedium*.

Avais-je raison de dire en commençant que sur beaucoup de questions de thérapeutique, il fallait compter avec les minorités? Car en somme, en ce qui touche le traitement des angines, la majorité n'a pas fait un pas depuis Galien jusqu'à nos jours, et, à l'heure qu'il est, elle n'a encore accordé nulle attention aux nombreux faits précédemment énumérés. C'est à des minorités intelligentes, à quelques observateurs isolés, ou à des disciples de Hahnemann, que nous devons la démonstration et la consécration de cette méthode précieuse de traitement.

---

(1) Voir *Allgemeine hom. zeitung, archiv für die hom. heilkunst, annalen der hom. klinik hygea*, etc.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Maisonneuve.

Nouvelles observations d'uréthrotomie.

Les discussions animées dont le procédé d'uréthrotomie de M. Maisonneuve a été l'objet, donnent un intérêt particulier aux nouveaux faits relatifs à cette opération. Nous croyons donc utile de publier les suivants, qui sont postérieurs à la discussion dont nous venons de parler.

Observation I. — *Rétrécissements multiples de l'urèthre. — Uréthrotomie. — Formation d'un abcès périnéal. — Guérison.*

Balda (Stanislas), âgé de trente-six ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 27 juillet 1855, pour y être traité de rétrécissements multiples de l'urèthre.

Ces rétrécissements dataient de douze années environ, mais depuis trois ans surtout, ils rendaient la miction très-difficile, plusieurs fois même ils avaient occasionné des rétentions d'urine et des accidents fébriles fort graves. Divers traitements par les bougies et la cautérisation n'avaient amené qu'un soulagement passager. C'est alors qu'ayant entendu parler du nouveau procédé de M. Maisonneuve, il vint à l'hôpital de la Pitié se confier aux soins de cet habile chirurgien.

A cette époque, les urines ne coulaient que goutte à goutte et sous l'influence d'efforts violents. L'exploration faite avec une très-petite bougie à boule fit reconnaître un premier rétrécissement placé à quatre centimètres du méat. Mais l'impossibilité où l'on était de le franchir avec cet instrument ne permit pas de s'assurer de l'état des autres parties du canal.

Le 30 juillet. — M. Maisonneuve, étant parvenu à introduire une bougie filiforme procéda à l'opération par la nouvelle méthode.

Après la scarification, qui ne présenta aucune difficulté et donna à peine issue à quelques gouttes de sang, l'opérateur introduisit une bougie à boule au moyen de laquelle il reconnut l'existence de quatre rétrécissements. Les trois premiers étaient placés à près d'un centimètre l'un de l'autre, et le quatrième à 15 centimètres vers la région bulbeuse. Cette exploration étant terminée, M. Maisonneuve procéda à l'uréthrotomie, au moyen de son uréthrotome caché, et incisa directement en bas le rétrécissement profond d'abord, puis les trois antérieurs.

Cette opération fut suivie d'un écoulement de sang que l'on peut évaluer à une cuillerée à bouche. Cette petite hémorrhagie s'arrêta d'elle-même et ne se renouvela plus. Pendant la nuit, il y eut un accès de fièvre assez intense qui se reproduisit le lendemain et le jour suivant, mais en diminuant d'intensité.

Le 5 août. L'état du malade paraissait très-satisfaisant, l'urine coulait à plein jet et sans douleur, mais on remarqua un petit abcès urineux au niveau du rétrécissement profond. Une sonde exploratrice fit reconnaître que ce rétrécissement était complétement divisé, mais que les rétrécissements antérieurs persistaient encore en partie. M. Maisonneuve attribua à cette circonstance la formation du petit abcès urineux. Il commença par inciser le petit abcès, puis le 10 août, il fit une nouvelle scarification aux rétrécissements antérieurs.

Il fallut quelques semaines encore pour que l'abcès fistuleux fût entièrement cicatrisé, et le malade sortit parfaitement guéri le 17 octobre 1855.

Observation II. — *Rétrécissements fibreux multiples. — Uréthrotomie. — Guérison immédiate.*

Gilet (Louis), âgé de trente-sept ans, peintre en bâtiments, était depuis cinq ans affecté de rétrécissements de l'urèthre pour lesquels il avait employé plusieurs fois la dilatation par les bougies. Fatigué de n'obtenir de ce traitement qu'un soulagement momentané, il vint, le 29 août 1855, à l'hôpital de la Pitié, se confier aux soins de M. Maisonneuve.

L'exploration faite au moyen d'une très-petite bougie à boule indiqua l'existence de deux rétrécissements, l'un à 2, l'autre à 10 centimètres du méat.

Après s'être assuré de leur position et de leur résistance fibreuse, M. Maisonneuve les incisa d'après sa nouvelle méthode. L'opération fut des plus simples et des plus rapides. Il s'écoula à peine deux ou trois gouttes de sang, et le malade qui, avant l'opération, n'urinait que goutte à goutte, et avant son entrée à l'hôpital présentait une véritable rétention d'urine, put immédiatement uriner à plein canal.

Le 7 septembre. On introduisit une sonde Mayor, n° 40, avec autant de facilité qu'après l'incision, et le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri, sans même avoir éprouvé le plus léger accès de fièvre.

Observation III. — *Rétrécissements fibreux multiples de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Uréthrotomie; guérison immédiate.*

Crueille (Louis), vigneron, âgé de quarante-quatre ans, fut envoyé le 19 septembre 1855, à M. Maisonneuve, pour des rétrécissements très-rebelles de l'urèthre.

Ce vigneron, peu soucieux de santé, éprouvait depuis plusieurs années de la dysurie. Déjà, à plusieurs reprises, une difficulté plus grande dans la miction des urines l'avait obligé à réclamer les secours de l'art. Mais, dès que l'emploi de sondes et le repos avaient momentanément diminué ces accidents, il reprenait ses occupations.

La veille du jour de son entrée à l'hôpital de la Pitié, Crueille éprouva une rétention d'urine complète. Le médecin essaya vainement, à l'aide de sondes et de bougies, de pénétrer dans la vessie, et l'adressa à M. Maisonneuve.

Ce chirurgien procéda le jour même à l'opération, de la manière suivante: il introduisit avec peine une bougie filiforme d'un tiers de millimètre de diamètre, vissa sur son extrémité libre son scarificateur le plus fin, et parvint, à force de douceur et de patience à lui faire franchir ces tissus rigides, en poussant devant lui la bougie qui lui servait de guide. La scarification faite, M. Maisonneuve retira l'instrument et la bougie, et leur substitua une bougie un peu plus volumineuse, qui pénétra sans hésitation et servit de guide à l'uréthrotome avec lequel il incisa, d'un seul trait, tout le chapelet de rétrécissements.

Quelques gouttes de sang s'écoulèrent et ne se renouvelèrent pas lorsque le malade eut uriné à plein canal.

Crueille, conservé dans les salles pour être traité d'un état de cachexie paludéenne contracté en Afrique, fut de nouveau examiné le 6 octobre. Une sonde Mayor, n° 44, parcourut tout le canal sans effort et sans rencontrer un seul obstacle. Il quitta l'hôpital sans avoir éprouvé aucun accident et parfaitement guéri.

Observation IV. — *Rétrécissement fibreux rebelle à la dilatation. — Uréthrotomie à l'aide de la bougie conductrice. — Guérison immédiate.*

Bienvenu, tanneur, âgé de trente-huit ans, rue Pascal, 77, entra le 7 octobre 1855, dans le service de M. Maisonneuve.

Ce malade, en voie de traitement depuis deux ans pour un rétrécissement par la dilatation simple, voyait chaque jour s'accroître la difficulté d'uriner. Le peu d'efficacité de la dilatation simple l'engagea à se confier aux soins de M. Maisonneuve.

M. Maisonneuve, après avoir incisé une bride du méat, procéda à l'examen du canal, et trouva, à l'aide de la bougie à boule, à 6 centimètres en arrière du méat, un rétrécissement fort résistant, dans lequel il ne pouvait s'engager qu'avec une extrême difficulté.

La nature du rétrécissement, la résistance à la dilatation simple, et l'insistance avec laquelle le malade réclamait un mode de traitement plus rapide indiquaient nettement la marche à suivre.

M. Maisonneuve introduisit dans le canal une bougie flexible d'un très-petit calibre et munie de son ajutage. L'obstacle franchi, il vissa un petit tube cannelé, scarifia le rétrécissement, puis leur substitua le lithotôme caché, avec lequel il incisa largement.

Immédiatement, M. Maisonneuve introduisit une bougie d'étain, n° 44, avec la plus grande facilité. Quelques gouttes de sang s'écoulèrent, sans se renouveler. Le jour même, le malade urina à plein canal.

Le 20 octobre. Bienvenu, auquel sa position de contre-maître ne permettait pas un séjour prolongé, demanda à quitter l'hôpital.

M. Maisonneuve ne voulut pas le laisser sortir sans s'assurer si le canal avait conservé son diamètre. Une sonde d'étain n° 44, passa sans rencontrer d'obstacle, et sans que le malade, fort pusillanime, manifestât aucune douleur.

Observation V. — *Rétrécissements fibreux multiples de l'urèthre. — Uréthrotomie. — Guérison immédiate.*

Froment (Jean-Baptiste), âgé de 27 ans, graveur, entra le 12 novembre 1855 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve.

Ce malade se plaint depuis six mois de difficulté à uriner. Lors de

son entrée à l'hôpital, il n'urine plus que goutte à goutte et avec des efforts inouïs.

Le 13 novembre. M. Maisonneuve introduit dans le canal une bougie filiforme du plus petit diamètre, pratique une légère scarification, et procède à l'exploration des rétrécissements à l'aide d'une fine bougie à boule. En arrière du méat à 8 centimètres, la bougie rencontre un premier rétrécissement, suivi d'un second, offrant tous les deux une grande résistance. Le siége et la longueur des rétrécissements bien appréciés, ce chirurgien introduit une bougie filiforme, franchit les obstacles et vissant l'uréthrotome sur son ajutage, il ouvre la lame disposée d'avance de manière à pouvoir obtenir une incision de 0,012 millimètres de profondeur, et le retire dans une étendue de 2 centimètres 1/2.

La quantité de sang qui s'écoule au moment même de l'opération ne peut être considérée comme une hémorrhagie. Pendant ces manœuvres, le malade non soumis au chloroforme n'accusa pas de vive douleur. Une bougie métallique n° 40 traversa tout le canal sans rencontrer aucun obstacle.

Le 20. Le malade quitta l'hôpital, sans avoir éprouvé d'autre accident qu'une ecchymose qui disparut en quelques jours.

Observation VI. — *Double rétrécissement, au méat urinaire et à la portion membraneuse. — Uréthrotomie. — Guérison.*

Mouriot (Didier), soixante-huit ans, vint à l'hôpital de la Pitié le 12 octobre 1855 pour y être traité d'une dysurie qui le tourmentait depuis plusieurs mois, mais qui depuis huit jours était devenue telle qu'il ne rendait plus les urines que goutte à goutte.

A la visite du 13 octobre, M. Maisonneuve reconnut l'existence d'une nodosité grosse comme une amande au périnée, vers la région membraneuse, et de plus il constata deux rétrécissements fort étroits, l'un au méat urinaire, l'autre à 15 centimètres de profondeur. Il fit immédiatement l'incision du premier au moyen d'un bistouri étroit, et le 26 octobre il pratiqua l'incision du rétrécissement profond, par son procédé ordinaire, c'est-à-dire au moyen de son scarificateur d'abord, puis de son uréthrotôme à gaîne, il ne s'écoula qu'une petite quantité de sang (une cuillerée à café à peine). Dans la nuit qui suivit la seconde opération, le malade eut un accès de fièvre qui ne se renouvela pas, la dysurie cessa complétement, la tumeur périnéale diminua peu à peu et le 28 novembre le malade sortit complétement guéri. Le canal laissait passer sans le moindre obstacle une sonde n° 48 (24 de la filière de Charrière), 8 millimètres de diamètre.

CLINIQUE CIVILE.

Névralgie rare.

Par M. le docteur Rambaud,
médecin désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Mademoiselle M..., âgée de trente-quatre ans, née d'une mère asthmatique, a eu dans son enfance une affection mal définie de la hanche et de la cuisse, sur laquelle on ne sait rien de précis, sinon qu'elle a été guérie par l'usage des eaux sulfureuses et chaudes de Bonneval.

A l'âge de dix-huit ans, à la suite d'un très-violent chagrin, survinrent quelques crises de nerfs et des angoisses de la respiration, et un peu plus tard, après des imprudences réitérées, une toux opiniâtre, quinteuse, sonore et absolument sèche, que la malade qualifie de rhume et qui dura un peu plus d'une année. Sa santé fut ensuite pendant quelques temps satisfaisante; il survenait seulement de temps en temps quelques douleurs vagues dans la poitrine, avec gêne de la respiration, mais sans toux ni expectoration. Petit à petit ces douleurs se concentrèrent dans le côté gauche du thorax et à la région précordiale antérieure et postérieure, en même temps que quelques troubles apparaissaient du côté de l'estomac, des voies respiratoires et de la tête. Il y a quatorze mois, cet état devint à peu près permanent, depuis trois mois il a considérablement augmenté.

Aujourd'hui, mademoiselle M..., qui a notablement perdu de son embonpoint et de ses forces, présente tous les signes d'un tempérament nervoso-sanguin bien caractérisé; elle est convenablement et régulièrement réglée, son faciès et son habitus semblent indiquer une santé parfaite. Cependant elle se plaint d'éprouver, à peu près constamment, une douleur vive et profonde qui part du sein gauche, traverse la poitrine comme un fer brûlant et vient aboutir à l'angle inférieur du scapulum. Cette douleur varie dans son intensité et son étendue, elle est quelquefois très-violente, et s'étend souvent dans tout le côté gauche de la poitrine, et dans tout le membre thoracique gauche jusqu'à l'extrémité des doigts.

Les émotions, la marche, certains mouvements du tronc et des bras la réveillent souvent ou l'exaspèrent. Elle se calme d'autres fois par d'autres mouvements et par l'action de s'étendre complétement à plat ventre sur le parquet. A peu près constamment elle s'accompagne de palpitations violentes et précipitées, dont la malade a conscience; mais qu'elle ne sent pas, dit-elle, à la main. Dans ces moments surtout la respiration, habituellement un peu laborieuse, devient anxieuse et précipitée.

La malade se plaint en outre d'éprouver, presque constamment, une céphalalgie frontale assez violente, et un sentiment de poids à l'épigastre, surtout après l'ingestion des aliments. Et, chose digne de remarque, la violence de l'un de ces trois malaises à la tête, à la poitrine, à l'épigastre, fait presque sûrement disparaître ou atténue au moins notablement les deux autres. L'apparition des règles profite à tous les trois, et amène invariablement un soulagement qui se dissipe bientôt après.

Cette malade avait subi dans son pays un grand nombre de traitements tous restés infructueux, et en dernier lieu elle m'était adressée comme atteinte d'une affection du cœur. Par examen direct de la poitrine, qui fut pratiqué un grand nombre de fois, et dans des conditions variées à dessein, après le repos, après un violent exercice, dans le calme, dans la souffrance, je constatai :

1° Que la sonoroéïté est bonne et normale partout, ni exagérée, ni diminuée; qu'il n'y a ni saillie ni élargissement des espaces intercostaux, ni déformations thoraciques.

2° Que la respiration est partout vésiculaire et parfaitement normale, qu'elle ne s'accompagne d'aucun bruit morbide, qu'elle est seulement dans un moment déterminé et dans des points variables, moins intense et moins sonore, pour, bientôt après, reprendre partout un caractère uniforme; qu'il n'y a ni retentissement de voix, ni prolongation de l'expiration, ni craquements.

3° Que la matité précordiale est convenable, que l'impulsion du cœur est médiocre et à peine sensible à la main dans le repos, qu'elle n'est qu'un peu plus forte après l'agitation et la course, que la palpation et la percussion sont bien supportées et n'éveillent aucune douleur.

4° Que les bruits du cœur sont très-réguliers, bien frappés, d'un timbre et d'une intensité normaux, qu'ils se propagent dans toute la poitrine et dans les artères du cou, avec les mêmes caractères, que l'examen très-attentif et très-minutieux de toute la poitrine ne découvre nulle part le moindre indice de bruit de scie, de soufle ou de rape, etc.

Les artèses du cou et le pouls radial ne présentent rien d'insolite ou de digne de remarque; il n'y a pas la moindre apparence de pouls veineux dans les jugulaires, la face est naturelle, et ne présente aucune des teintes caractérisques des diverses lésions organiques du cœur. Il n'y a pas et il n'y a jamais eu d'œdème ou de bouffissure aux extrémités.

L'appétit qui a toujours été suffisamment énergique, est irrégulier et capricieux; il s'éveille surtout pour les substances crues ou acides. Les digestions sont lentes, toujours accompagnées d'un peu de soif, d'un poids très-incommode à l'épigastre, quelquefois d'envies de vomir mais jamais de vomissements, et surtout d'un développement considérable de gaz dans l'estomac, que révèle la percussion et qui détermine chez la malade un sentiment de plénitude fort pénible.

La langue est nette, les selles sont régulières et normales; la région épigastrique est souple et indolente, hors le temps de la digestion, où il y a de la tension et un peu de sensibilité.

Ces minutieuses investigations prouvaient péremptoirement qu'il n'y avait chez cette malade aucune espèce de lésions organiques appréciables; car il était impossible d'admettre que des troubles fonctionnels, aussi graves et aussi anciens, eussent été déterminés et fussent entretenus par une dégradation anatomique dont on ne pouvait découvrir aucun indice ni dans l'état local, ni dans l'état général.

D'autre part, considérés en eux-mêmes, ces troubles se présentaient avec une physionomie et des allures qui induisaient à penser qu'ils étaient essentiellement nerveux et dynamiques; ainsi on les voyait paraître et disparaître avec la plus extrême mobilité, se succéder et se remplacer sous l'influence de causes très-diverses, et dans toutes leurs manifestations présenter ce

caractère d'acuité et de violente douleur qui appartient exclusivement aux affections nerveuses. Enfin, ce qui méritait une sérieuse considération, la constitution du sujet au lieu de présenter cette apparence cachectique qui suit inévitablement toutes les lésions de tissus, s'était, au contraire, profondément empreinte de ce stigmate qui révèle souvent à première vue les affections nerveuses : la physionomie autrefois douce et calme était devenue mobile et grimaçante, les mouvements habituels avaient pris une allure vive et saccadée, la calorification des pieds et des jambes s'était notablement abaissée; et le caractère qui est encore d'une bonté rare et d'une résignation sans bornes, s'était cependant modifié sensiblement en devenant et plus vif et plus impatient.

Fixé désormais sur le caractère fondamental de cette singulière maladie, il me restait à déterminer, si cela était possible, le siége et l'espèce de cette affection nerveuse.

En étudiant attentivement l'ordre de succession des phénomènes thoraciques, je crus reconnaître que le trouble débutait toujours par le cœur, et que la respiration ne se modifiait que consécutivement : le cœur, sous l'influence de la maladie, accélérant ses battements, la respiration se mettait au pas et suivait physiologiquement le rhythme que lui imposait la circulation ; d'où il était permis de conjecturer que c'était du cœur et des plexus cardiaques que partait l'incitation morbide.

Et cette conjecture acquérait une certaine importance, de ce fait, non encore signalé, que le larynx avait aussi subi de notables changements dans son innervation ; ainsi la malade avait perdu ses notes hautes et elle éprouvait souvent de soudaines aphonies que le chant ou seulement l'exercice un peu prolongé de la parole, produisaient sûrement, aphonies sans gravité, sans doute, puisqu'elles se dissipaient très-vite et spontanément, par le repos de l'organe, mais qui prouvaient évidemment que les nerfs laryngés participaient également au trouble fonctionnel; et comme les phénomènes morbides observés du côté de l'estomac étaient incontestablement gastralgiques, il restait ainsi démontré que c'étaient des plexus cardiaque et solaire ou de leurs origines, du pneumo-gastrique et du grand sympathique, qu'émanait l'excitation pathologique; les douleurs ressenties dans la tête et le bras gauche pouvaient s'expliquer par les connexions de ces deux nerfs avec les plexus cervical, superficiel et brachial, et ne s'opposaient point, par conséquent, à ce que cette localisation fût admise ; mais il était absolument impossible d'aller au-delà et de faire la part de la huitième paire et des ganglions cervicaux et d'établir ce qui revenait à chacun dans ces manifestations morbides.

Ce que j'ai dit précédemment de l'intégrité anatomique du poumon, du cœur et des gros vaisseaux, ne permettait pas de rapporter cette affection à l'une des variétés de l'asthme dont l'anatomie pathologique des modernes a fait justice. Parmi les maladies définies et décrites, on ne pouvait la rapprocher que de l'asthme essentiel, admis par beaucoup d'auteurs, et de l'angine de poitrine; elle avait certainement avec cette maladie des analogies bien évidentes ; mais, sous bien des rapports, elle s'en éloignait sensiblement. La dyspnée n'exigeait pas impérieusement la station assise, ni la ventilation artificielle, elle ne s'accompagnait pas du sifflement laryngé, de la teinte cyanique de la face et des lèvres, et, bien qu'elle ne se maintînt pas toujours au même degré, elle ne présentait pas ces alternatives, bien tranchées et d'une certaine durée, de calme complet et d'angoisse respiratoire qui caractérisent essentiellement l'asthme et constituent ses accès ; elle commençait sans toux et finissait sans expectoration ; elle s'exaspérait quelquefois dix fois dans la journée pour la moindre cause et résistait aux variations de la température et de l'atmosphère, aux odeurs et souvent même à la marche ascendante. C'était une dyspnée presque permanente, variable dans son intensité, souvent violente, mais sans accès proprement dits, et qui n'avait vraiment de commun avec celle qu'on rencontre dans l'asthme, que d'être comme elle évidemment nerveuse.

Avec l'angine de poitrine, la ressemblance semblait plus accusée, surtout dans les moments de paroxysmes ; la douleur poignante, qui de la région précordiale antérieure, s'irradiait dans tout le côté gauche et gagnait le membre thoracique, rappelait positivement cette terrible et douloureuse maladie ; mais l'angine de poitrine n'a que des manifestations intermittentes et souvent séparées par de très-longs intervalles d'une santé parfaite, tandis qu'ici les phénomènes étaient, pour ainsi dire, constants et seulement paroxystiques, et de plus ils s'étaient étendus au larynx, à l'estomac et à la tête. Ces différences, toutefois, n'étaient pas radicales et permettaient, sinon de confondre, au moins de rapprocher ces deux affections, et je me sentais d'autant mieux autorisé à le faire, que beaucoup d'auteurs ont qualifié l'angine de poitrine *une affection du plexus pulmonaire et cardiaque* (Desportes), *une névralgie du cœur* (Laennec).

Cette angine de poitrine d'une nouvelle forme, ou cette névralgie du pneumo-gastrique et des plexus cardiaque et solaire, comme on voudra l'appeler, avait résisté jusqu'à ce jour à une foule de médications très-rationnelles; l'opium, la belladone, la jusquiame, le cyanure de potassium, la digitale, etc., etc., avaient été administrés sous toutes les formes *intus et extra*, sans résultats sensibles; trois moyens seulement avaient eu quelques succès passagers : les révulsifs, les évacuations sanguines et les lotions générales avec l'eau froide ; mais les vésicatoires et les applications de moutarde ne calmaient plus les accidents, et les évacuations sanguines locales et générales n'amenaient plus qu'un amendement de très-courte durée. Evidemment, il fallait chercher ailleurs quelque indication plus heureuse, et voir, avant tout, si cette névralgie n'était pas sous la dépendance de quelqu'une de ces causes générales qui agissent primitivement sur l'organisme entier et produisent souvent plus tard des manifestations de ce genre ; la goutte, la syphilis, l'empoisonnement saturnin, la chlorose même, étaient certainement étrangers à cet état morbide ; on pouvait avoir quelques soupçons de complications rhumatismales, à cause de cette affection oubliée de l'adolescence qui avait été guérie par des eaux sulfureuses chaudes ; mais ce qui était hors de doute, c'est que la malade avait souvent abusé de ses forces et des veilles, qu'elle avait été souvent frappée dans ses affections et qu'elle était névropathique à un haut degré; d'où résultait l'indication positive de donner le calme à sa vie, de réglementer ses exercices, et d'user de tous les moyens hygiéniques propres à combattre cet état nerveux général, qu'il fût primitif ou secondaire; d'autre part, l'inutilité absolue des sédatifs directs du système nerveux qui me fut rendue plus évidente encore par l'emploi que je fis moi-même du chloroforme, m'induisant à penser que cette perversion nerveuse était de nature asthénique, j'instituai le traitement suivant, que la malade dut mettre en pratique dans son pays :

1° La malade prendra tous les jours une pilule de strychnine : 1/16, 1/12 puis 1/8 de grain.

2° Elle fera matin et soir des frictions sur le cou, la poitrine et le bras, avec le liniment de Rosen ou la teinture alcoolique de noix vomique.

3° Elle fera tous les matins la friction avec le drap mouillé, et au mois de juillet elle les remplacera par l'immersion dans l'eau, à 12 ou 15 degrés, avec exercice immédiatement après.

4° On appliquera entre chaque époque menstruelle trois ou quatre sangsues au sommet des cuisses ou à l'anus.

5° Et surtout on instituera une hygiène tonique par la nourriture, les exercices bien combinés, les distractions, etc. ; on évitera avec soin à la malade les inquiétudes, les soucis, les émotions pénibles de toute espèce.

6° On aidera à la médication par les préparations de valériane, de castoreum, de camphre et de musc.

J'insistai énergiquement sur la cinquième prescription, et,

en cas d'insuccès de ces moyens, je gardai en réserve l'emploi des eaux sulfureuses chaudes, et de l'électricité faradique.

Dans ce traitement, il y avait des prescriptions rationnelles dont le but et la portée sont faciles à saisir : Les pratiques hydrothérapiques qu'indiquait le demi succès qu'elles avaient eu, étaient éminemment propres à ramener et à maintenir la régularisation des actions nerveuses et à tonifier l'économie, à la condition toutefois de s'en tenir à des réactions modérées et faciles. Les applications de sangsues au siége et aux cuisses devaient augmenter et prolonger le bénéfice des règles et procurer probablement l'avantage qu'avaient souvent obtenu les évacuations sanguines par la veine, sans les inconvénients qui, en pareil cas, suivent fréquemment des spoliations sanguines trop abondantes ou trop réitérées ; le *sanguis nervorum moderator*, était une loi qu'il fallait ici respecter. Mais la strychnine et la noix vomique veulent quelques explications : l'impuissance avérée de toutes les médications que commande habituellement la douleur, qui était ici l'élément morbide principal, suggérait l'idée de recourir empiriquement, non à une médication succédanée, mais à une médication directement inverse, et la singulière aptitude que montrent quelquefois les affections nerveuses, à être modifiées avantageusement par des remèdes, dont l'action sur elles reste inexplicable, me conduisait à rechercher un médicament qui agît sur le système nerveux, n'importe de quelle manière ; c'était de la médication perturbatrice au premier chef, autorisée ici par la difficulté d'en trouver une meilleure, et j'espérais qu'elle serait utile, sinon directement, au moins en développant quelque indication nouvelle et plus fructueuse.

Commencé au 15 mai 1853, ce traitement fut suivi avec une parfaite régularité pendant trois mois. Le 15 août, la malade m'écrivait qu'après avoir éprouvé un mieux croissant, mais léger, elle était revenue depuis dix jours à son état primitif, à la suite de fatigues physiques et morales excessives, et elle affirmait, chose singulière, qu'elle était beaucoup plus faible depuis qu'elle prenait de la strychnine ; elle se louait beaucoup des sangsues et des frictions mouillées qui amenaient toujours un mieux sensible à chaque application.

Je prescrivis alors :

1° De continuer les applications de sangsues et le drap mouillé ;

2° De cesser la strychnine et de prendre deux fois par jour, au commencement du repas, une pilule avec environ un centigramme d'extrait alcoolique de noix vomique et 0,05 d'extrait d'absinthe ;

3° D'administrer deux fois la semaine un demi-lavement avec la décoction de valériane et l'assa-fœtida, 1 gramme ;

4° De prendre à chaque repas une verrée d'eau de Vichy naturelle ;

5° Et je recommandai expressément l'exacte observation des soins hygiéniques divers.

Evidemment la strychnine n'avait produit ni bien ni mal, et si je prescrivais la noix vomique, c'était plutôt pour agir sur l'estomac, dont les fonctions étaient peut-être plus troublées que sur l'ensemble du système nerveux.

Le 18 septembre, la malade se plaignait d'une exacerbation de ses douleurs thoraciques, en dépit des expérimentations antérieures ; je fis ajouter aux prescriptions précédentes :

Deux séries de petits vésicatoires appliqués successivement du sternum au rachis, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du sein gauche, et qui furent saupoudrés tous les jours avec 0,02 d'hydrochlorate de morphine.

On remplaça les frictions avec le drap prr des bains additionnés de colle de Flandre.

L'hiver se passa, sans changements bien notables, avec des alternatives de bien et de mal ; au mois de juin de 1854, la malade, un peu moins souffrante au total, revint à Lyon. On renouvela les applications de morphine sur le derme dénudé du thorax, à peu près sans succès ; on appliqua l'électricité avec la machine de M. Duchêne, dans des directions variées, sans obtenir d'effets immédiats apparents.

On essaya vainement les inhalations de chloroforme. Enfin la malade retourna chez elle dans le courant de juillet, emportant le conseil de faire des inhalations d'opium vaporisé sur une plaque de fer chaud, suivant le procédé de M. Lombard, de Genève, dans les moments les plus douloureux, d'user toujours du drap mouillé, au moins de temps en temps, et d'insister plus que jamais sur les soins hygiéniques de toute nature.

C'est à la suite de ce second séjour, et une fois arrivée chez elle, que commença pour la malade une véritable et régulière amélioration qui amena, au bout de quelques mois, un mieux si considérable qu'on cessa à peu près toute médication. J'ai revu mademoiselle M... en mai 1855, elle éprouvait encore de légères et passagères douleurs, mais contente d'avoir retrouvé, à peu près, son état de santé antérieur, elle se tenait pour satisfaite et guérie.

L'heureuse terminaison de cette névralgie, si longtemps poursuivie, met en relief plusieurs vérités parfaitement acquises, mais qu'on ne saurait trop souvent proclamer pour sa propre édification. C'est d'abord la remarquable aptitude qu'ont les maladies nerveuses à céder souvent à un remède resté longtemps impuissant, mais employé d'une autre manière et en d'autres temps : c'est ensuite l'influence considérable que peuvent avoir, et les moyens hygiéniques longtemps continués, et la foi du malade au remède et au médecin ; là est le secret de bien des guérisons incontestables obtenues, en apparence, par des doctrines, des médications ou des pratiques que répudient la vraie science et le médecin honnête, et qui, radicalement impuissantes en elles-mêmes, s'attribuent des succès qui appartiennent à l'hygiène et à l'influence décisive du moral sur le physique : c'est enfin la démonstration rigoureuse de la nécessité, en médecine pratique, de se défendre de tout découragement et de s'armer d'une opiniâtre persévérance.

(*Gaz. de méd. de Lyon.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Les nouvelles qui nous parviennent aujourd'hui sur l'état de M. le professeur Bérard sont heureusement aussi satisfaisantes qu'il était permis de l'espérer. L'éminent malade a pu se lever et causer avec les personnes qui l'ont visité. L'hémiphlégie a diminué encore depuis avant-hier ; l'anesthésie a à peu près complétement disparu. Tout permet d'espérer que la vie au moins du célèbre professeur est hors de danger.

La séance solennelle de l'Académie de médecine aura lieu mardi prochain, 11 courant, à 3 heures ; les portes seront ouvertes à 2 heures.

Dans cette séance, M. le secrétaire perpétuel prononcera l'éloge de Récamier.

Les prix suivants seront décernés après la lecture du rapport sur les divers concours, par M. Depaul, secrétaire annuel.

Prix de l'Académie. — M. J. Rochard, chirurgien de la marine, à Brest.

Prix Civrieux. — Partagé entre MM. Sabouraud, à la Chateigneraie (Vendée), Puel, à Paris.

Prix Portal. — Trois encouragements : l'un à M. Bach, à Strasbourg, l'autre à M. Moretin, à Baune-les-Messieurs, et le troisième à M. Letertre-Vallier.

Prix Itard. — Le prix entier a été décerné à M. Vidal (de Cassis) pour son *Traité sur les maladies syphilitiques.*

Prix Capuron. — *Eaux minérales.* — Prix à MM. Petrequin et Socquet ; mention honorable à M. Willemin.

Accouchements. — Prix non décerné.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 146. 3e année. Vendredi 7 Décembre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. Fleury, agrégé de la Faculté.

Suite. — *Voir les n° 142 et 144.*

De la congestion sanguine chronique du foie.

Les *causes* de la congestion hépatique chronique peuvent être divisées en deux classes principales suivant que la maladie est *primitive* ou *secondaire* ; mais quelques considérations préliminaires doivent trouver place ici.

On observe fréquemment la gastralgie et l'anémie en l'absence de toute congestion, de toute augmentation de volume du foie ; *jamais*, au contraire, nous n'avons rencontré la congestion hépatique chronique dégagée de gastralgie et d'anémie. Il ne saurait en être autrement ; l'intégrité des fonctions digestives est trop intimement liée aux fonctions du foie pour que celles-ci puissent être troublées sans que les autres s'en ressentent ; d'un autre côté « par cela seul, a dit avec raison « M. Andral, que l'hypérémie existe depuis un temps plus ou « moins long dans un organe, elle tend à s'établir en d'autres « parties du corps ; car toutes sont solidaires les unes des autres ; la circulation capillaire dérangée en un point, tend à « se déranger en tous. En même temps que l'hypérémie se fixe « sur un ou plusieurs organes, d'autres organes, par une sorte « de balancement qui s'établit dans les forces circulatoires « des capillaires, reçoivent moins de sang que de coutume et « tombent dans un état anémique d'une manière passagère « ou permanente. »

Or, comme les troubles digestifs se manifestent dès le début de la congestion hépatique, avant que le volume du foie ne soit notablement augmenté ; comme d'un autre côté, il existe une grande similitude, sinon une identité complète, entre les causes de la congestion hépatique et celles de la gastralgie ; comme, enfin, la gastralgie est, elle-même, une des causes de la congestion hépatique, il en résulte qu'il est souvent difficile de déterminer, avec certitude, laquelle de ces deux affections a précédé l'autre.

Voici ce que l'observation nous a enseigné à cet égard :

1° La gastralgie ne produit pas directement la congestion hépatique, mais seulement en raison de la débilitation, de l'anémie que les troubles de la nutrition amènent parfois, au bout d'un temps plus ou moins long.

2° La gastralgie primitive, idiopathique précède toujours de plusieurs mois, au moins, le développement de la congestion du foie.

3° Après avoir été produite par la gastralgie et l'anémie, la congestion hépatique devient, à son tour, une cause de gastralgie et d'anémie, et il s'établit alors un cercle vicieux d'influences pathogéniques réciproques et simultanées.

4° Pour sortir de ce cercle vicieux il faut combattre directement la congestion hépatique et l'anémie, en reconstituant le sang, en rétablissant l'équilibre de la circulation capillaire générale et l'intégrité des fonctions de nutrition et d'innervation.

5° Les médicaments antigastralgiques proprement dits sont, à cet effet, complétement inefficaces, même contre la gastralgie ; de là les insuccès des praticiens qui, méconnaissant la lésion hépatique, s'évertuent de combattre une gastralgie, une dyspepsie, une névropathie, une hypochondrie, etc., dont la *cause organique* leur est inconnue.

Ceci posé, nous indiquerons parmi les agents capables de produire directement la *congestion hépatique primitive*, l'abus des boissons alcooliques, du sucre, des aliments sucrés, des substances grasses, des condiments âcres ; l'usage de vêtements trop étroits, d'un corset trop serré ou mal fait, certaines professions dans lesquelles le corps est fléchi en avant, les hypochondres comprimés, etc. ;

Toutes les causes de débilitation générale qui ont pour effet direct d'affaiblir les fonctions d'innervation, les forces vitales, la contractilité des vaisseaux capillaires, et par conséquent la force *a tergo* qui concourt au maintien de l'équilibre circulatoire (1). Dans les cas de ce genre, de beaucoup les plus nombreux, l'hypérémie du foie produit consécutivement l'anémie des autres parties de l'organisme, et spécialement des organes périphériques, tels que les muscles et la peau. Ici viennent se placer les excès du coït ou de masturbation, les pertes séminales involontaires, les émotions morales dépressives, telles que les chagrins, les inquiétudes, les préoccupations d'affaires, la vie sédentaire, le défaut d'exercice musculaire, les travaux intellectuels excessifs, l'abus du tabac à fumer, etc. ;

Les causes qui ont pour effet primitif de modifier les qualités du sang : l'alimentation insuffisante, les fatigues extrêmes, les sueurs profuses provoquées par le séjour dans un climat chaud, par les professions dans lesquelles le corps est habituellement soumis à une température très-élevée, etc.

Il est facile de deviner, d'après ce que nous venons de dire, les causes pathologiques de la *congestion hépatique secondaire*. Ici se placent les cachexies paludiques, saturnines et syphili-

(1) Voyez *Traité d'hydrothérapie*, pages 428 et suivantes.

tiques; la fièvre typhoïde, le choléra, la suette, la dysenterie, les fièvres éruptives, la chlorose, le scorbut, les maladies accompagnées de pertes de sang considérables, de flux très-abondants; les affections du cœur, la gastralgie, etc.

Enfin, il est des *causes thérapeutiques* de congestion hépatique chronique : les émissions de sang répétées, l'abus des purgatifs, des sudorifiques, des altérants, tels que l'iode, le mercure; des perturbateurs du système nerveux, tels que l'opium, le sulfate de quinine, la digitale, la belladone.

Est-il nécessaire d'ajouter que les sujets lymphatiques, débiles, à système capillaire sanguin peu développé, à sang pauvre en globules, à système musculaire grêle et peu énergique, manquant de force morale, de réactions nerveuses suffisamment vives sont plus spécialement prédisposés aux congestions chroniques, en général, et à celle du foie, en particulier.

L'âge et le sexe exercent une influence qu'explique la nature des causes déterminantes signalées plus haut. La congestion hépatique chronique se montre surtout de vingt à quarante ans; je ne l'ai jamais rencontrée chez un enfant ou chez un vieillard. Elle est plus fréquente parmi les hommes que parmi les femmes.

Quelques observations feront mieux apprécier le rôle des influences pathogéniques dont il vient d'être question.

Le 20 juin 1855, je recevais de M. le docteur Chiapponi, de Milan, la lettre suivante :

« Monsieur le docteur,

« Ayant conseillé à M. le comte Alex. G... d'entreprendre une cure hydrothérapique dans l'espérance de le délivrer d'un affection dont il est depuis longtemps terriblement tourmenté, je ne crois pas lui pouvoir donner un meilleur conseil que de se confier aux soins d'un médecin que je connais si bien de réputation et plus encore par ses nombreux écrits, parmi lesquels occupe le premier rang le *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*. Par les rapports réciproques de déférence amicale qui doivent exister entre des confrères, bien qu'ils soient de différente nation, je me permets de vous recommander chaleureusement ce pauvre malade. Permettez-moi aussi de vous donner un petit renseignement sur ses maux, les moyens employés pour les combattre, et l'issue plus ou moins heureuse qu'ils ont eue. Les indices que je vais vous donner vous les accepterez de bon gré, j'espère, ne fût-ce que pour vous faire savoir ce que les autres ont pensé sur sa maladie. Ces renseignements, je les ai recueillis l'été dernier pendant que j'étais moi-même dans un de nos établissements hydrothérapiques, institué et dirigé précisément selon la méthode empirique de M. Priesnitz, et où j'ai pu, bien des fois, m'apercevoir et me convaincre de la vérité, de la justesse de vos vues en matière d'hydrothérapie.

« M. G... est âgé de vingt-trois ans; la nature lui a donné une faible constitution, et il a partagé, avec les autres individus de sa famille, un tempérament lymphatique. Il a le malheur d'avoir une sœur rachitique. Malgré sa gracilité, il n'a jamais eu dans les années passées une maladie de conséquence. Dès son enfance, M. G... fut atteint, comme presque tous ceux de sa famille, d'une légère dyspepsie. Cette indisposition augmenta sans aucune cause apparente, il y a deux ans, s'accompagnant de renvois acides, de salivation abondante, et de vomissements des aliments, peu de temps après avoir mangé, sans aucune distinction de qualité et de quantité. Fréquemment, lorsqu'il était à la moitié de son repas, il sentait remonter à la bouche les aliments qu'il avait à peine avalés, et qu'il pouvait pourtant renvoyer tout de suite dans l'essomac, pour empêcher à ceux qui étaient présents une désagréable sensation. D'autres fois, lorsqu'il n'avait pas le bénéfice du vomissement, il éprouvait une sensation d'angoisse épigastrique dont il ne se dégageait qu'après bien du temps, ou encore avec le vomissement, ou en faisant usage de quelque excitant. Les matières rejetées par le vomissement étaient toujours alimentaires, mêlées à de l'eau, jamais bilieuses; presque toujours elles avaient un goût acide, et d'autres fois insipide; jamais amer. La digestion était toujours accompagnée de développement de gaz dans les intestins et dans l'estomac, produisant un assoupissement et un engourdissement des forces, mêlés à une tristesse opprimante. La défécation fut toujours assez régulière, mais fréquemment accompagnée d'un léger écoulement hémorrhoïdal. Il n'a jamais souffert de la soif ou bien peu. La langue a été presque toujours dans l'état normal. Pour compléter le tableau des symptômes qui se rapportent à l'appareil digestif, je dirai qu'il éprouvait une certaine difficulté dans la déglutition, de manière qu'il s'était habitué à manger avec une extrême lenteur.

« Tous ces symptômes, qui augmentèrent progressivement, s'associèrent à une notable émaciation, à une lenteur extraordinaire dans la circulation, à une diminution dans la thermogénésie, à une pâleur de la peau, qui prit une teinte terne et qui se flétrit. Il n'y a eu aucun symptôme qui pût être rapporté à quelque lésion des poumons ou du cœur. Il n'a jamais souffert de douleur à la tête, ni à l'épine du dos, laquelle peut être comprimée impunément. Ses facultés intellectuelles et ses sens furent toujours dans un état normal. Les forces de ses muscles de bien peu affaiblies; l'excitation des organes génitaux peu forte, mais cependant non annulée; les urines étaient assez colorées, mais sans jamais donner de dépôt d'aucune sorte.

« Tels étaient les symptômes que M. G... présentait, lorsque pour la première fois il fut soumis à mon observation. — Par mes investigations, je trouvai dans l'état normal les organes de la respiration, si l'on en excepte que la respiration vésiculaire était affaiblie partout; il en était de même des sons du cœur qui étaient tardifs, mais nets. L'abdomen était légèrement gonflé, et produisait sous la percussion un son tympanique, non pourtant beaucoup plus fort qu'à l'ordinaire, même à la région épigastrique. Il n'éprouvait pas la plus petite douleur à la pression par tout le ventre, sans en excepter les région épigastrique et hypochondrique droite. — Le foie débordait de quelques lignes la dernière côte; à la pression, je n'ai pu rencontrer aucune tumeur en aucune position du ventre, quoiqu'un autre médecin ait su trouver des tumeurs, qui furent caractérisées comme des glandes mésentériques tuméfiées.

« Le malade fut assisté par plusieurs médecins, et au commencement il fut traité avec une légère méthode antiphlogistique et purgative, puis par les révulsifs au ventre, et après, il prit longtemps du proto-iodure de fer; il fut ensuite envoyé à Carlsbad, mais le tout sans en retirer le moindre profit.

« Une cure hydrothérapique, qui consista dans l'enveloppement humide, suivi du bain à 20° jusqu'à 15° R., dans les frictions avec le drap de lit mouillé, dans les bains de siége, et dans l'usage du bandage à l'abdomen, fut entreprise par lui vers la moitié du mois de juin de l'année passée, et continuée jusqu'au mois d'octobre de la même année. *Le bandage lui procura dix huit jours après, sur le côté gauche, une éruption* que, pour la forme, on peut comparer à l'*herpes circinnatus*. Cette éruption augmenta si fort, qu'elle lui couvrit *l'abdomen, les flancs et le dos, depuis l'origine des fesses jusqu'aux omoplates*. A tout cela s'unirent quelques petits clous.

« De cette cure, il éprouva d'abord un très-grand avantage, ayant visiblement engraissé, ayant acquis une bonne couleur, les forces de ses muscles ayant repris de la vigueur, son humeur étant gaie; il mangeait bien et avec appétit, digérant presque toujours sans difficulté, le phénomène de l'éructation de la nourriture étant au plus petit degré.

« Mais vers le mois d'octobre, il se montra un gros clou à une fesse qui produisit de la fièvre, et dut être ouvert avec la pierre caustique. De cette époque recommencèrent encore tous les symptômes de l'année passée, et quoiqu'ils ne soient pas au même degré, ils lui donnent pourtant tant de peine; qu'il

éprouve un vif désir d'en être délivré. Au printemps passé, il fit les frictions mercurielles, consumant 4 onces d'onguent sans en retirer le plus petit avantage.

« La première fois que j'ai vu ce malade, en tenant compte de son aspect, de sa constitution, de la constance, de la diuturnité et de l'espèce des symptômes qui se manifestaient et qu'il est inutile d'énumérer encore, je pensai qu'il s'agissait d'un dépôt de caractère spécifique en quelque partie de l'estomac, quoique par le toucher on ne pût rencontrer aucune dureté. — *Je n'ai pas cru qu'un simple engorgement hépatique qu'on pouvait soupçonner par le gonflement du foie et par l'état hémorrhoïdal, pouvait donner explication de tous les symptomes que j'ai dits*, et je pensai que cet engorgement pouvait être secondaire aux souffrances de l'estomac. — Mais voyant le grand profit obtenu en peu de temps d'une cure reconstitutive et révulsive, je me laissai volontiers flatter de l'idée qu'il s'agissait simplement d'un dérangement du système nerveux, ou mieux encore d'une lente irritation de l'estomac. Cette idée était corroborée non-seulement par les résultats obtenus de la cure hydrothérapique, mais encore par l'absence de la matière spécifique dans le vomissement, par l'absence de la dureté à la région épigastrique, et de douleur constrictive à l'estomac, et plus encore par le jeune âge du malade, auquel sont bien rares et bien difficiles de tels dépôts de nature spécifique. — En tous cas, dans l'incertitude où l'on est de pouvoir établir cette diagnose, que vos lumières pourront sans doute éclaircir, et voyant dans le même temps infructueuses les autres méthodes de cure jusqu'alors employées, j'ai cru pouvoir conseiller à M. le comte G... de tenter de nouveau une cure hydrothérapique, mais avec une méthode plus rationnelle.

« *Je suis convaincu que l'usage du bandage et des enveloppements humides a été nuisible à notre malade, ayant provoqué des éruptions furonculaires, lesquelles rendant faible son organisation, qui avait besoin de se reconstituer, et faisant une mauvaise impression sur son système nerveux, lui firent perdre le fruit qu'il avait si bien acquis de l'eau froide.* — Les bains froids dirigés par vous, et les douches dont vous savez vous servir avec cette prudence qui révèle un médecin consommé, me donnent l'espérance que s'il ne peut être entièrement délivré des graves incommodités qu'il éprouve depuis longtemps, elles seront au moins modifiées de manière à être plus tolérables. C'est dans cette espérance que j'ai cru très-bon de vous l'envoyer, et de le consigner à vos très-sages soins.

« Votre dévoué confrère,

« Dr Chiapponi. »

Avant de faire ressortir tous les précieux enseignements que renferme cette lettre si pleine de bienveillance et d'honorable confraternité, exposons avec plus de détails l'histoire du malade telle qu'elle a été recueillie, à Bellevue, par M. le docteur O. Landry.

Observation I. — Le père de M. Gr... est d'une santé robuste, mais sa mère est nerveuse, très-délicate et souffre d'une affection de l'estomac sur laquelle nous n'avons aucun détail. Le malade a eu quinze frères ou sœurs : cinq sont morts pendant leur enfance; un autre, bien portant jusqu'à vingt-huit ans, est mort à cet âge dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Presque tous les frères et sœurs actuellement vivants souffrent de l'estomac ou du ventre; deux surtout sont sujets à des coliques fréquentes avec diarrhée. Il existe entre la mère de M. Gr... et ses enfants une grande ressemblance, tant sous le rapport du moral que du physique : tous sont très-maigres.

M. Gr... a été nourri, sous la surveillance de sa mère, par une bonne nourrice, et son développement a été convenable. Jusqu'à l'âge de vingt ans, il ne se rappelle avoir eu qu'une rougeole bénigne survenue à l'âge de treize ans. Sa santé générale était parfaite, selon lui; l'appétit excellent. Le régime hygiénique a toujours été bon sous tous les rapports.

En 1848, M. Gr..., jusque-là actif et insouciant, fut jeté assez brusquement dans un genre de vie et dans un ordre d'idées inusités pour lui. La révolution lombarde eut pour effet de disperser sa famille et il en éprouva une forte impression. Obligé de rester chez lui, au lieu de voyager comme auparavant, il s'adonna à l'étude du dessin et pendant deux années lui consacra cinq ou six heures par jour. Il en résultait une grande fatigue que M. Gr... ressentait surtout à la base du thorax au niveau de l'épigastre.

A la même époque se manifestèrent des pertes séminales : elles étaient fréquentes, survenaient trois ou quatre fois par semaine, tantôt après un rêve érotique, tantôt sans cause appréciable. Elles n'avaient d'ailleurs jamais lieu le jour où en allant à la selle. Elles tourmentèrent ainsi M. Gr... pendant plusieurs années, en dépit des précautions qu'il prenait pour les éviter, et ni l'exercice musculaire, ni une diminution considérable dans la quantité des aliments, ne les empêchèrent de devenir de plus en plus fréquentes.

Au milieu de ces circonstances, M. Gr... commença à s'apercevoir que certains mets et surtout les légumes, étaient d'une digestion difficile et déterminaient de la gêne à l'estomac; les viandes ne tardèrent pas à produire les mêmes effets, et croyant bien faire, le malade mangea beaucoup moins, mais l'alimentation insuffisante n'eut d'autre effet que de le faire tomber dans un amaigrissement progressif et d'aggraver son état. Néanmoins jusqu'en 1853, M. Gr... donna peu d'attention à ces accidents.

En 1853, la gêne épigastrique s'était changée en une pesanteur très-pénible, mais, cependant, non douloureuse; il y avait des renvois après les repas. M. Gr... alla prendre les eaux de Carlsbad, et, s'en trouvant mieux au bout d'un mois, il crut pouvoir cesser leur usage. Mais au retour de l'automne les mêmes symptômes se reproduisirent et il s'y joignit des renvois acides pendant la digestion. Un peu plus tard survinrent des régurgitations d'aliments incomplétement digérés. L'amaigrissement devint considérable et les forces se perdirent; les pertes séminales continuaient d'ailleurs, mais cependant avec moins de fréquence.

Sur le conseil d'un médecin de Milan, M. Gr... se mit à l'usage de l'huile de foie de morue et d'une alimentation légère; le matin, du lait; le soir un potage et un peu de viande blanche; pas de vin, ni de café; jamais de viandes noires. D'abord M. Gr... se trouva mieux de ce régime; il éprouvait moins de pesanteur à l'épigastre pendant la digestion. Mais au bout de six semaines tout s'aggrava et les digestions devinrent de plus en plus pénibles : accablement après les repas, lourdeur épigastrique, faiblesse et sensation de froid très-vive; toutefois, moins de renvois et de régurgitation. Dans l'espoir de modérer ces accidents, M. Gr... prit encore moins de nourriture et se contenta de lait à chacun de ses repas. Mais le lait lui-même ne tarda point à ne plus être supporté : Maigreur extrême, affaiblissement général, état nerveux, etc... D'ailleurs il n'y a jamais eu ni dévoiement, ni constipation.

On crut alors devoir modifier tout le traitement : M. Gr... prit chaque matin un bain de vapeur, du sirop d'iodure de fer de Dupasquier et il lui fut prescrit une nourriture graduellement plus nourrissante. Il se manifesta bientôt une amélioration sensible, et au printemps M. Gr... put aller dîner à la table de famille; les digestions étaient plus faciles, la pesanteur épigastrique presque nulle, les renvois rares. Néanmoins n'étant pas absolument guéri, sur le conseil de son médecin il essaya de l'hydrothérapie à Milan. L'appétit devint très-vif, il put manger beaucoup sans inconvénients et il engraissa. Au bout d'un mois son état de santé était excellent lorsque, sous l'influence d'une ceinture mouillée à demeure, il se développa une éruption eczémateuse et furonculeuse générale. Un des furoncles occupant l'une des fesses prit des proportions considérables et obligea le malade à rester pendant un mois immobile au lit. La douleur était très-vive, empêchait le sommeil et supprimait l'appétit. Ce furoncle fut ouvert à l'aide de la potasse caustique et il suppura pendant plusieurs semaines.

Au milieu de ces accidents se renouvelèrent les pesanteurs d'estomac, les régurgitations et tous les autres symptômes; le malade éprouva pourtant un peu d'amélioration après la guérison de l'éruption furonculeuse, mais les phénomènes dyspeptiques persistant et se compliquant d'un état de mélancolie, l'hydrothérapie lui fut de nouveau conseillée. C'est alors que M. Gr... est venu à Bellevue, le 23 juin 1855.

Etat actuel. — M. Gr... est grand, mais sec et d'une maigreur excessive, sa taille est de 1 mètre 75 centimètres, et il ne pèse que 44 kilog. 1/2. Ses cheveux, ses yeux, sa barbe, sont noirs; ses membres sont grêles, le système musculaire est très-peu développé.

M. Gr... accuse surtout les troubles de la digestion dont il a été question déjà : l'appétit est médiocre, la langue est petite, rose et bien nette, même à sa base. Aucune difficulté ne se manifeste dans

la déglutition. Mais, dès que le malade a mangé, il éprouve à l'épigastre un sentiment de gêne, qui devient bientôt de la pesanteur et s'accompagne d'une oppression pénible. Des renvois gazeux, souvent aqueux et acides, le fatiguent ; puis surviennent quelques régurgitations légères qui deviennent de plus en plus abondantes, et il rend ainsi, sans nausées ni efforts de vomissements, la plus grande partie des aliments ingérés, dans un état de digestion incomplète. Ces régurgitations persistent plusieurs heures, jusqu'à ce que la digestion soit terminée. M. Gr... n'éprouve, d'ailleurs, jamais de véritable douleur à la région de l'estomac, et surtout pas de sensation, de crampe ou de brûlure. — Constipation habituelle.

Outre les symptômes locaux, la digestion s'accompagne d'un abattement considérable, avec mélancolie, éloignement pour la société, impossibilité d'appliquer les facultés intellectuelles, même à une simple lecture. D'ailleurs, pas de tendance au sommeil. Parfois, le malade n'éprouve rien du côté de l'estomac, et ces derniers phénomènes seuls l'avertissent du trouble de la digestion.

Le foie, dont la limite supérieure n'est point déplacée, dépasse les fausses côtes de 7 centimètres et s'avance jusque dans l'hypochondre gauche. La région hépatique n'est pourtant le siége d'aucune douleur et il n'y a pas d'icter. Les matières fécales, toujours bien moulées et dures, ont leur couleur normale.

Le pouls est petit et lent ; 60 pulsations par minutes ; le système veineux cutané est peu développé, et les veines sont rétractées comme lorsqu'on a froid. M. Gr... se plaint, en effet, d'avoir les extrémités habituellement froides. Les bruits du cœur sont petits, à faible impulsion ; le premier est accompagné d'un léger souffle qui se prolonge dans l'aorte. Il n'y a cependant pas de palpitations, et les muqueuses sont bien roses ; le teint est même très-coloré, surtout pendant la digestion.

Rien à noter du côté des organes de la respiration. Les fonctions génito-urinaires ne présentent aussi rien d'anormal ; il n'y a plus de pertes séminales depuis près d'un an.

La sensibilité cutanée, la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût sont parfaitement intacts. — L'intelligence est saine ; mais M. Gr... est porté à la tristesse, à l'isolement, à la mélancolie, surtout après les repas.

Les forces générales sont médiocres, et la marche détermine promptement de la fatigue.

Nous aurions fabriqué cette observation de toutes pièces que nous n'aurions pas pu la rendre plus démonstrative de l'exactitude de nos assertions, de la justesse de nos appréciations !

Un jeune homme, bien portant d'ailleurs, présente la réunion de toutes les conditions prédisposantes que nous avons indiquées. Surviennent des perturbations morales, une vie sédentaire succédant à une vie très-active, des pertes séminales involontaires, une alimentation irrégulière insuffisante, et l'on voit se dérouler tout le cortége symptomatique de la congestion chronique du foie. Le diagnostic n'est point posé d'une manière ferme et précise, la thérapeutique passe alternativement des sangsues au fer, des eaux de Carlsbad à l'huile de foie de morue, de la diète aux viandes noires.

L'hydrothérapie empirique intervient ; les applications extérieures d'eau froide amènent rapidement une amélioration considérable ; mais, *sous l'influence d'une compresse excitante à demeure, et dans le lieu même où cette compresse est appliquée*, une éruption se développe ; cette éruption s'étend, se généralise, et au lieu de constituer une *crise salutaire*, elle devient un accident nouveau, une *grave complication*, qui fait perdre au malade tout le bénéfice acquis et le replonge dans son état primitif.

Le docteur Chiapponi pense alors, avec raison, que l'épreuve du traitement hydrothérapique doit être renouvelée, mais en abandonnant les errements de Priessnitz et de ses adeptes, pour suivre ceux que je m'efforce de faire prévaloir depuis dix ans.

Le malade vient à Bellevue ; je constate l'existence de l'hépatomacrosie reconnue par mon confrère de Milan ; mais, instruit par l'expérience, je n'hésite pas, moi, « *à croire que ce simple engorgement du foie puisse donner l'explication de tous les symptômes* ; » j'institue le traitement d'après cette donnée, et M. Landry complète l'observation dans les termes suivants.

10 juillet. L'état de M. G... s'est rapidement amélioré ; l'appétit est devenu très-vif ; moins de huit jours après le commencement du traitement, le volume du foie avait déjà diminué de 3 centimètres, et les régurgitations alimentaires devenaient moins fréquentes et moins abondantes ; depuis douze jours il n'y en a plus eu. La pesanteur épigastrique, les renvois gazeux et acides ont entièrement disparu ; M. G... ne fuit plus la société, et, même après les repas, fréquente volontiers les autres malades ; il retrouve de la gaieté et n'éprouve plus cet accablement qui le fatiguait au moment de son entrée.

23 juillet. Le foie est rentré dans ses limites physiologiques, tous les accidents ont disparu, et M. G..., qui se considère comme entièrement guéri, quitte Bellevue pour retourner en Italie.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Denonvillers. M. Demarquay.

Prolapsus double de l'utérus et du rectum maintenu efficacement par une ceinture périnéale en caoutchouc vulcanisé. — (Pessaire à réservoir d'air modifié, du Dr Gariel.)

L'observation que nous consignons ici, a été recueillie dans le service de M. Denonvillers, alors qu'il était suppléé par M. le docteur Demarquay.

La femme Dussart, âgée de cinquante-huit ans, née en Belgique, réglée à quinze ans, mariée à vingt-deux, a eu un premier enfant après dix ans de mariage, et un second trois années plus tard. Ses grossesses ont été heureuses, les accouchements faciles, et elle avait joui jusqu'alors d'une très-bonne santé.

Peu de temps après ses secondes couches, cette femme travaillait dans un magasin, lorsqu'à la suite d'un violent effort pour soulever un fardeau, elle ressentit des douleurs dans les reins, surtout dans les cuisses, à la partie supérieure et interne ; elle se plaignit également de ténesme. L'exploration par le toucher vaginal fit reconnaître un abaissement de l'utérus pour lequel un pessaire en gimblette fut conseillé et appliqué. Cet état persista pendant quatre ans environ, après lesquels cette femme ne voyant venir aucune amélioration dans son état, et toujours en butte à des douleurs excessives et accrues par les pessaires, abandonna l'usage de ces derniers, et continua néanmoins ses travaux.

Il arriva que l'utérus, une fois sorti de sa position normale et n'étant plus maintenu par les appareils contentifs, s'abaissa de plus en plus, se montra bientôt à l'orifice vulvaire, puis la franchit tout à fait. C'est alors que cet organe pendant entre les cuisses, s'irrita, s'enflamma sous l'influence du frottement et du contact de l'urine, et causa des douleurs telles, que la malade, incapable de se livrer à aucun travail corporel, entra à l'hôpital Saint-Louis, au mois de janvier 1852, salle Saint-Thomas, dans le service de M. le professeur Denonvillers. Elle y fit un séjour de quinze mois, pendant lesquels elle subit trois opérations ; les deux premières, faites à trois mois d'intervalle, consistèrent dans l'application de quinze serrefines, selon le procédé de M. Desgranges, de Lyon, et la troisième opération, faite huit mois après l'entrée, consista à enlever de chaque côté du vagin une bandelette de la membrane muqueuse.

La malade resta encore sept mois à l'hôpital, pendant lesquels, sous l'influence de la position horizontale prolongée et d'un régime fortifiant, la matrice parfaitement réduite, semblait devoir se maintenir, au moins à l'intérieur. Cette femme sortit alors et recommença à travailler, mais la fatigue et les privations exercèrent bientôt leur action débilitante : la maladie se reproduisit et l'utérus retomba peu à peu. Les douleurs de reins étaient légères, mais celles des cuisses très-grandes ; un ténesme continuel et une constipation opiniâtres rendaient les selles très-laborieuses.

Il en résulta que cinq ou six mois après, il s'était produit une chute du rectum qui contraignit cette malheureuse à rentrer à l'hôpital le 27 juin 1854, neuf mois après sa sortie. Elle fut replacée dans le même service avec ce double prolapsus de l'utérus et du rec-

tum. Là, malgré les soins éclairés de l'illustre professeur, et malgré une opération délicate tentée sur le rectum, la constitution délabrée de la malade anéantit les espérances qu'on avait conçues.

M. Demarquay qui prit le service au mois de septembre de cette année essaya l'électrisation suivant une nouvelle méthode de traitement pour les chutes du rectum, travail qu'il a exposé dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* du mois de décembre 1854. Considérant : 1° que quand la maladie dure depuis longtemps, il y a atrophie des muscles sphincter et releveur de l'anus ; 2° qu'en enlevant une partie de la muqueuse rectale, on ne fait que pallier le mal et non le guérir, et qu'il faut, avant tout, ramener la contractilité musculaire, ce praticien entreprit de reconstituer avec l'aide de l'électricité les muscles atrophiés. Pour cela, il introduisit profondément à travers le sphincter et le releveur de l'anus des aiguilles à acupuncture, puis il établit un courant à l'aide d'une pile de Berton. L'état alarmant de la malade ne permit pas de continuer ce traitement; on avait tenté en même temps la cautérisation transcurrente sur les parois du vagin; des raies de feu furent pratiquées, et ce moyen échoua également devant une pareille affection. Il fallut se borner à cicatriser les ulcérations douloureuses qui se trouvaient sur les parties antérieures et postérieures du corps de l'utérus, ainsi que celles du rectum. C'est alors que M. Demarquay résolut d'employer les pessaires à réservoir d'air du docteur Gariel dont il avait obtenu un très bon résultat sur une dame affectée d'un prolapsus complet de l'utérus avec relâchement et destruction de l'anneau vulvaire qui rendaient sans action les pessaires les plus volumineux. Cette dame fut guérie radicalement par l'adjonction au pessaire d'une ceinture périnéale (Voir le *Moniteur des hôpitaux* du 3 mars 1853). M. Demarquay dut faire subir aux pessaires une nouvelle modification dans leur forme afin de remédier à la double infirmité de la femme Dussart. Cet appareil en caoutchouc vulcanisé, se compose d'un coussin rempli d'air, d'une forme allongée, il est courbé suivant la forme du périnée sur lequel il s'applique exactement dès que les parties sont réduites. Ce coussin ferme exactement les deux orifices vaginal et anal, en s'opposant à tout écoulement de liquides, et il ne cause aucune douleur grâce au moelleux et à l'élasticité de la matière employée. En outre, il a l'avantage d'être tout à fait imperméable. Cet appareil est maintenu par une ceinture et des sous-cuisses qui le fixent solidement, et dont le système d'attaches permet de l'enlever et de le replacer facilement soi-même.

Grâce à cet appareil d'un modèle inusité jusqu'à ce jour, cette femme a pu sortir de l'hôpital le 28 octobre dernier et reprendre ses occupations. Elle a pu se présenter au bureau central ainsi qu'à l'hôpital Saint-Louis devant MM. Denonvilliers et Demarquay qui ont pu constater le résultat satisfaisant que nous publions à cause de l'intérêt qu'il nous a paru présenter, et avec l'autorisation de MM. les docteurs Demarquay et Gariel.

Dr Vivien.

De l'abstinence dans les maladies.

Par M. Frédéric Duriau,

lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine.

> « Il est honteux de méconnaître le cas où la faiblesse vient de la vacuité des vaisseaux et d'opprimer encore les forces par une diète rigoureuse. »
>
> (Hippocrate, *Du régime dans les maladies*, 11.)

La sévérité avec laquelle se prononce le père de la médecine, lorsqu'il parle de l'abstinence dans les maladies, nous montre combien, à cette époque, déjà, on avait lieu de redouter les effets funestes de ce moyen diététique.

Mais, en même temps, l'esprit qui semble avoir dicté cette sentence ne laisse-t-il pas entrevoir que tous les praticiens devraient posséder une notion précise des désordres occasionnés par l'abstinence prolongée et même qu'il n'est personne qui dût ignorer le moment où l'inanition va primer la maladie principale? Cependant, si l'on parcourt les écrits qui ont traité de cette matière en laissant de côté ceux où le fantastique et le merveilleux viennent prendre la place du positif, il faut arriver jusqu'aux recherches de M. Piorry, *Mémoire sur l'abstinence et ses dangers*, 1827; de M. Marrotte, *Etudes sur l'inanitiation*, 1853, et jusqu'aux expériences de M. Chossat, *Recherches expérimentales sur l'inanition*, 1840; Mémoire de l'Institut, t. VIII, avant de rencontrer des faits d'observation rigoureuse et en dehors de tous les systèmes qui ont tour à tour régné en médecine. Ces travaux nous serviront de point de départ, afin d'étayer notre observation sur des expériences tentées avec une disposition d'esprit parfaitement indépendante et réglée par la volonté seule du physiologiste.

Nous passerons d'abord en revue les différents phénomènes que présentent les animaux soumis à l'abstinence dans l'état de santé ; puis nous étudierons les effets de l'abstinence sur l'homme malade. L'examen des faits qui se manifestent dans cette circonstance; dont le résultat final est l'*inanition*, permettra d'établir d'une manière irréfutable le diagnostic des divers symptômes de l'*inanitiation* et le rôle de l'abstinence dans chaque maladie. C'est dans l'observation de *soixante malades* que seront puisés les documents nécessaires à cette étude. Enfin, dans les conclusions, nous entrerons dans quelques détails sur les soins à donner aux malades qui ont été soumis à une abstinence prolongée.

Chapitre Ier.

De l'abstinence dans l'état physiologique.

Toutes les fois que l'on a soumis à une abstinence plus ou moins prolongée des êtres des différentes classes animales, il s'est manifesté d'une manière uniforme plusieurs ordres de faits qui correspondent chacun à une altération d'une des grandes fonctions de l'économie. La circulation, la respiration et la calorification d'une part, la digestion et l'innervation d'autre part, ont constamment subi des modifications qui annonçaient des troubles dynamiques ou des lésions matérielles dont l'intensité pouvait compromettre l'existence des animaux. Que l'abstinence ait été complète ou que l'on ait privé les animaux d'une partie seulement de leur nourriture, de manière à établir une alimentation insuffisante qui, par sa marche décroissante, devait aboutir à l'abstinence complète, les résultats se sont trouvés être les mêmes dans les deux circonstances. Que ces expériences aient été faites sur des animaux supérieurs ou bien sur des êtres occupant une place moins élevée dans l'échelle animale, on a encore pu constater une concordance parfaite entre les conclusions de l'un ou de l'autre cas. Ce sont ces résultats qui vont être exposés d'une manière sommaire. La nature de ce travail nous y oblige, car l'abstinence ou privation d'aliments est un sujet d'une trop haute importance pour que l'on néglige de s'armer d'un critérium incontestable alors qu'il s'agit de priver de nourriture un malade qui est déjà en lutte contre les influences pathologiques.

Quand un animal a été nourri d'une manière insuffisante ou lorsqu'il est soumis à une abstinence complète, la loi d'après laquelle il périt ne varie jamais : la mort survient, en général, quand le poids du corps est parvenu à la limite de diminution compatible avec la vie, c'est-à-dire, quand l'animal a perdu les 4 dixièmes de son poids normal. Tout en diminuant chaque jour, le corps ne s'affaiblit pas cependant d'une manière uniforme ; c'est vers le milieu de l'expérience que l'on remarque la perte minimum ; et la perte la plus considérable a lieu au début de l'abstinence, fait capital car il se présentera dans sa plus haute expression séméiologique chez

les malades inanitiés. Enfin, vers les derniers temps de la vie, il se fait une perte relativement plus grande qui coïncide avec une augmentation de fécès, augmentation allant souvent jusqu'à la diarrhée. Certaines influences peuvent modifier soit en plus, soit en moins, ce chiffre 0,4; ainsi, chez les animaux très-gras, la perte intégrale peut avoir pour limite 0,5; dans le jeune âge, au contraire, la moyenne est de 0,2. Ces données expérimentales viennent donc corroborer l'aphorisme d'Hippocrate : « Senes *facillime*, *difficillime* autem omnium inediam ferunt infantes. »

Quelles sont donc les différentes parties du corps qui participent à cette perte de poids, et quels sont les éléments de l'organisation qui lui fournissent la plus large part? Le corps perdant *constamment* de son poids, cette diminution porte en excès sur la graisse, qui disparaît complétement, puis sur le système musculaire, la rate, le pancréas, le foie, le cœur et enfin le canal intestinal. Les poumons et les reins éprouvent une perte beaucoup moins sensible, résultat bizarre en apparence, mais qui n'est pas de nature à nous étonner si nous nous reportons aux phénomènes qui s'opèrent chez les inanitiés : tandis que le tube digestif est, en effet, condamné à un repos absolu, les poumons et les reins continuent à fonctionner, et, partant, sont plus aptes à résister aux pertes incessantes qui se produisent dans toute l'organisation.

Le sang est modifié dans sa quantité et dans sa qualité. On en rencontre encore, il est vrai, dans les artères, les veines et les veinules principales, et notamment dans le système veineux abdominal, mais il est des tissus, tels que la peau et les membranes muqueuses, dont l'incision partielle ou le déchirement donne lieu à un suintement d'une sérosité incolore ou rosée. C'est qu'en effet le sang se consume par l'inanitiation, et sa quantité diminue en raison directe de la durée de l'abstinence. En même temps qu'il y a ainsi diminution dans la masse du sang, la proportion des globules diminue et la quantité d'eau augmente : il y a alors *hydrémie;* aussi n'est-il pas rare de rencontrer des hydropisies dans les cavités séreuses, voire même dans le tissu cellulaire.

Telles sont les lésions anatomiques que les expérimentateurs ont trouvées chez les animaux inanitiés. Mais à cette altération du sang et à cette perte de poids, suite d'une absorption interstitielle, correspond une série de désordres dynamiques qu'il importe de faire connaître, car on la retrouve chez l'homme malade. La circulation et les battements de cœur se ralentissent progressivement; l'auscultation perçoit des bruits anormaux très-variés, bruit de soufflet, de scie, etc.; le pouls devient filiforme, dépressible et rare. En même temps, et à mesure que l'abstinence se prolonge, la respiration tend à devenir moins active, tout en conservant plus de fréquence le jour que la nuit. Le même affaiblissement s'observe dans la chaleur animale : l'oscillation diurne qui, dans l'état normal de l'alimentation est de 0°,74, devient de 3°,28 dans l'inanitiation (Chossat). Cette oscillation s'accroît progressivement jusqu'à ce que le refroidissement, devenu trop considérable, ne permette plus la réaction ascensionnelle, et la mort a lieu généralement entre 88 et 30 degrés, rarement au-dessus de ce dernier chiffre.

Le pouvoir digestif diminue parallèlement aux autres fonctions. L'aliment n'est plus digéré en totalité; il survient des vomissements, et, dans les derniers jours, les fécès se mélangent d'une forte proportion de sérosité; elles prennent l'apparence d'une diarrhée colliquative. D'un autre côté, l'absorption augmente d'activité; car si les divers organes perdent de leur volume et de leur poids, c'est l'absorption interstitielle qui opère ce phénomène. Enfin l'insomnie, le délire, puis la stupeur et le collapsus, très-rarement des convulsions viennent annoncer le trouble des fonctions cérébro-spinales.

Le fait qui domine l'inanitiation est donc un affaiblissement organique dont la marche constante et progressive doit fatalement aboutir à la mort par l'anéantissement successif des différentes fonctions. Or de quelle manière survient la mort en pareille circonstance? Est-elle la conséquence de la décalorification des animaux ou bien faut-il l'attribuer à l'hydrémie, cette altération du sang qui suit toute alimentation insuffisante? La déperdition de la chaleur et sa relation intime avec la durée plus ou moins longue de l'abstinence semblerait, au premier abord, être la cause de la mort par inanition; mais on ne saurait admettre cette explication. Car si les animaux privés de nourriture périssent comme ceux que l'on a amenés par des mélanges réfrigérants à une température de 24 degrés, s'il est vrai encore que le réchauffement artificiel pratiqué dans le cas de mort imminente et pendant un temps assez prolongé permet aux animaux de recouvrer successivement l'usage de leurs facultés, il faut reconnaître aussi que, durant cette existence factice, toutes les fonctions s'exécutent avec moins de régularité et moins d'intensité que dans l'état normal, et si l'on suspend ce réchauffement l'animal tombe rapidement dans l'état primitif. Mais, en même temps que l'on combat la décalorification, *que l'on cherche à reconstituer le sang*, et les résultats ne seront plus les mêmes. C'est que la chaleur animale ne se recouvre point par le réchauffement artificiel ou le rayonnement; elle y trouve seulement un auxiliaire qui lui permet de puiser dans les fonctions végétatives ce qu'elle avait perdu par une alimentation insuffisante. Quelquefois même la décalorification n'a pas encore attiré l'attention de l'observateur et déjà des hydropisies et des symptômes fonctionnels de l'inanitiation ont pris un certain développement. L'abaissement calorique n'est donc qu'un fait secondaire; c'est la diminution progressive de la masse du sang et l'altération de ce fluide qui sont la cause première, directe ou indirecte de la mort par abstinence. Du reste, en examinant les animaux qui succombent à ce genre de mort, on conçoit avec peine comment l'organisme tout entier peut encore être alimenté par la faible proportion de sang que renferment les vaisseaux. L'animal ne périt donc point parce qu'il se refroidit; c'est l'altération du sang qui seule peut expliquer les désordres au milieu desquels survient la mort.

(La suite au prochan numéro.)

Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques (1).

Par A. Chauveau.

Chef des travaux anatomiques à l'Ecole impériale vétérinaire de Lyon.

S'il n'est point douteux que les études comparées soient d'une utilité incontestable, dans l'une et l'autre médecine, ou, pour mieux dire, en *médecine générale*, il serait superflu de chercher à démontrer celle de l'anatomie comparée qui, sans contredit, est une des bases essentielles et comme le point de départ de toutes les autres. Il n'est pas, en effet, de bonnes études physiologiques sans connaissances anatomiques préalables; et imaginez donc une médecine rationnelle sans physiologie! Cela est élémentaire, sauf à demeurer dans le plus grossier empirisme, vers lequel, hélas! quelques esprits ont encore peut-être trop de tendance. Pour bien interpréter la physionomie particulière que, dans certains cas, les phénomènes pathologiques présentent chez nos différents animaux domestiques; pour bien saisir le lien qui, malgré leur apparente différence, les unit étroitement à ceux que l'on observe chez l'homme; pour faire, en un mot, de bonne et profitable pathologie comparée, il tombe sous le sens que la connaissance de leur organisation soit de toute nécessité. Rien n'est facile, alors, comme de saisir les analogies, quelquefois si parfaites qu'elles frisent l'identité, qui unissent entre elles les mêmes manifestations de l'agent morbide, dans la série des animaux supérieurs, plus ou moins raisonnables. Différences de forme, seulement, mais point de fond, *analogies*, en un mot; voilà ce qui s'observe chez les malades; voilà également ce que fait constater partout et toujours l'étude anatomique. Et, en outre, on ne dédaignera pas, j'espère,

---

(1) 1 vol. grand in-8 de 800 pages, avec environ 150 figures intercalées dans le texte; chez J.-B. Baillière.

cette considération : que l'esprit, en s'exerçant à la connaissance de ces rouages de l'organisation, rouages toujours variables dans la forme sans cesser de demeurer identiques au fond, ne peut manquer d'acquérir ces habitudes philosophiques, qu'inculque pour ainsi dire forcément la nécessité constante des comparaisons. Il cherche tout naturellement à savoir le pourquoi et le comment des analogies et des différences ; il se sent porté sans efforts aux vues d'ensemble que fait naître, à vrai dire irrésistiblement, la contemplation d'un pareil spectacle.

C'est là certainement un mérite que l'on peut dire inhérent à l'anatomie dite vétérinaire, précisément en raison de ce que notre science et notre art, s'exerçant à la connaissance d'un certain nombre de genres et d'espèces, elle doit forcément s'appliquer à chacune de ces dernières en particulier. Il n'en est point de même de l'anatomie humaine, et je n'ai pas besoin de dire pourquoi. Ici l'on se borne exclusivement à scruter l'organisation de l'homme qui, il faut le reconnaître, est comme la synthèse et le perfectionnement de tous les autres membres de la série ; mais il n'en est pas moins vrai que, jusqu'alors, dans l'enseignement, l'on se conduit absolument comme si l'anatomie humaine pouvait se passer entièrement de tout secours étranger, et que l'on se borne à la description très-exacte et très-minutieuse assurément, mais aussi très-sèche et très-aride du corps humain. Il semblerait, ma foi, que l'on dédaigne, comme non suffisamment nobles, les lumières qui peuvent venir d'ailleurs. Mais, chose curieuse, et qui porte avec elle son enseignement ! s'il s'agit ensuite d'élucider, par des expériences et des vivisections, une question de physiologie, c'est aux animaux qu'on s'adresse, c'est eux qu'on interroge, et sans tenir compte de différences d'organisation qu'on n'a pas appris à connaître, on ne s'en croit pas moins autorisé à conclure des animaux à l'homme. Que d'erreurs accréditées n'ont pas eu d'autre source ?

Rien qu'à ces seuls points de vue donc, les nécessités actuelles de la science médicale nécessiteraient dans l'enseignement anatomique des modifications profondes. Le champ un peu étroit de cet enseignement devrait être élargi, et sans qu'il soit absolument besoin d'y faire entrer une étude détaillée de l'organisation des animaux, on sentira sans peine qu'il ne pourrait que gagner à être un peu plus *comparé*.

En anatomie vétérinaire même, un peu sous l'empire de la doctrine adoptée dans les Facultés, certains esprits, et presque tous les auteurs, au mépris du caractère que je disais tout à l'heure inhérent à cette science, ont maintenu les études dans des limites essentiellement monographiques et purement chirurgicales. N'ayant en vue que l'application pratique tout à fait immédiate, peut-être aussi dédaigneux du côté élevé de la chose, ils s'étaient dit sans doute que la seule nécessité, comme le seul mérite de l'anatomie descriptive, doit être l'exactitude. Certes, il va sans dire que celle-ci est tout à fait indispensable, et M. Chauveau n'a eu garde de l'oublier. « Rien ne nous a coûté, dit-il (Préface, p. 1), pour atteindre l'exactitude, cette première qualité d'un ouvrage comme le nôtre.... » Mais, avec les allures actuelles de la science, une description minutieuse et exacte des dispositions purement graphiques des organes des différents animaux domestiques, la monographie anatomique de chaque sujet, en un mot, comme le prétendait naguère certain professeur, serait-elle ce qu'il y a de mieux ? Assurément non, et, penser ainsi, c'est, à mon avis, méconnaître complétement la tendance progressive de l'époque, qui s'élève toujours pour simplifier. Notre auteur ne s'y est point mépris. Fervent adepte, « adorateur enthousiaste, » comme il le dit lui-même, des travaux de Cuvier et de Geoffroy-Saint-Hilaire, il se fait gloire d'appartenir à leur école ; ajoutons qu'à ses yeux ces deux noms sont l'expression d'un seul et même symbole. Aussi, voyez comme il s'exprime à ce sujet : « Il ne nous suffisait point d'être vrai, c'est-à-dire de décrire fidèlement les organes de l'économie animale. La vérité veut encore être présentée du haut d'un point de vue philosophique qui domine les détails. Il faut à un livre, à un livre d'anatomie surtout, une pensée saillante, qui donne à ce livre sa raison d'être, son originalité, et le mette au-dessus d'un aride catalogue, en formant un tout des mille objets divers dont il traite. (Préface, p. 2.)

Telle est, en effet, la pensée qui a présidé à la conception du livre dont nous nous occupons. *Former un tout des mille objets divers dont se compose l'économie animale* : voilà ce qu'a voulu faire M. Chauveau, d'abord ; et c'est principalement pour cela que lui, relativement jeune dans la science anatomique, n'a pas été effrayé d'une pareille tâche, parce qu'il avait conscience de porter en lui ce feu sacré de l'anatomie philosophique, qui n'avait encore jeté sur les œuvres vétérinaires que de pâles rayons. Cette pensée, ce désir, dont on voit qu'il a si bien senti la nécessité, a-t-il réussi à les faire passer dans les faits, a-t-il, en d'autres termes, réussi à imprimer à son travail ce cachet d'élévation qu'il a voulu lui communiquer ? Franchement, c'est là une question sur laquelle nous n'oserions nous prononcer d'une manière tranchée, laissant à de plus autorisés le soin d'en juger avec plus de connaissance de cause. Néanmoins, et sans se poser en juge, on peut bien exprimer là-dessus ses propres impressions, sauf à les soumettre à la révision des hommes plus compétents. Eh bien, je dirai donc que pour moi, si M. Chauveau n'a pas atteint tout à fait le but, il doit l'avoir approché de très-près, car je déclare n'avoir jamais lu de descriptions anatomiques plus méthodiques et plus claires, faisant mieux apprécier d'un coup d'œil et saisir sans effort les différences et les analogies ; je n'ai jamais lu, en un mot, de livre d'anatomie plus *simplement* exposé. (Nous savons qu'il faut s'élever beaucoup et voir de très-haut pour pouvoir simplifier). On ne trouve là-dedans rien de trop, mais on y trouve tout ce qu'il faut savoir ; et puis, quand on a fini de lire, on se dit ceci, comme malgré soi : « Que c'est beau, l'organisation ! »

Cela nous suffirait, à nous, pour faire l'éloge du livre de M. Chauveau. C'est un grand mérite, pour un livre descriptif, de n'être pas ennuyeux ; et il est positif qu'une infinité d'auteurs, avec les meilleures intentions du monde pour servir la science, lui ont nui considérablement en se mêlant d'en traiter. Le moyen d'aimer une science dont les livres vous ennuient ou vous endorment ! Or, nous ne possédons encore de celui-ci que la première partie, comprenant seulement l'*ostéologie*, la *syndesmologie* et la *myologie*, et chacun sait que d'ordinaire ce ne sont pas là les choses les plus attrayantes, en anatomie. Eh bien, en ceci M. Chauveau a trouvé le secret de faire étudier sans fatigue, de faire étudier avec fruit, dirai-je, et n'est-ce pas là un mérite tout à fait principal ? Et savez-vous comment ? Il va vous le dire lui-même en fort bons termes, et je suis sûr que comme moi vous serez ensuite de cet avis. « Nous avons cherché, dit-il (Préface, p. 1), la concision avec une sorte d'opiniâtreté, non seulement dans notre langage, mais encore dans le choix des faits et des idées. En nous imposant cette condition, nous avons cru rendre service aux personnes qui voudront bien nous lire : nous ménageons leurs instants.

Dans une époque de progrès comme la nôtre, où les sciences se multiplient et se développent, où l'esprit humain, saisi par la fièvre de production, enfante chaque jour de nouveaux livres consacrés à l'étude de ces sciences, on trouve à peine le temps de lire et d'apprendre ; c'est donc un devoir, pour un écrivain, d'être bref. S'il surcharge son livre de détails puérils, s'il dit ce qui peut être facilement deviné par le lecteur, s'il expose avec trop d'abondance les idées et les faits intéressants, aura-t-il atteint la perfection à laquelle il vise, en un mot, sera-t-il complet ? Non ; il sera long, et voilà tout : grave inconvénient, que l'élégance, la chaleur et l'éclat du style ne font pas toujours pardonner, quand on le rencontre dans un livre didactique, dans un traité élémentaire principalement.

Que dites-vous de cela ?

Mais je m'aperçois que je me laisse entraîner à faire de ce livre un éloge absolu, ici où je n'ai et ne dois avoir en vue que de le présenter aux médecins comme le meilleur guide à suivre dans les études de l'anatomie *comparée des animaux domestiques*, auxquelles je les convie. C'est pourtant une tâche bien facile ; car je puis dire ceci sans crainte d'être démenti : à part ce mérite de la concision, dont je viens de parler, il réunit toutes les autres conditions indispensables à une pareille destination. Et l'on va le voir. D'abord, il présente au lecteur, dans des figures supérieurement dessinées d'après nature, sur des préparations parfaitement entendues, tous les détails graphiques indispensables à ceux qui ne peuvent pas se livrer à des dissections sur les cadavres. Ces figures qui, seules, ne pourraient assurément suffire pour l'étude approfondie de l'anatomie vétérinaire, et ne sont pour nous qu'un utile complément de nos dissections préalables, ces figures, dis-je, donneront aux médecins, instruits de l'anatomie humaine, le moyen d'acquérir tout ce qu'ils ont besoin de savoir des différences de forme et de situation, des analogies de fond, qui s'observent entre les animaux et l'homme. Ensuite, et c'est là le principal, on y trouve constamment signalées dans des notes, les différences de situation ou de nomenclature chez l'homme, ainsi que les synonimies. C'est que, il faut le dire en passant, parce que c'est là une qualité commune aux anatomistes vétérinaires, ceux-ci n'arrêtent point leurs études aux seuls animaux : il leur semble tout naturel, à eux, de savoir si l'homme est mieux ou différemment organisé. Simple habitude de la comparaison.

Et maintenant, entreprendrai-je de ce livre un examen détaillé, relevant ceci, critiquant cela, à tort ou à raison ? Non, cela n'est

point mon affaire. Je sais pertinemment, d'ailleurs, que M. Chauveau n'a point eu la prétention de le rendre parfait. Il me suffit de savoir qu'il a été conçu dans des vues élevées; il tombe sous mon appréciation que, au point de vue de l'étude et de l'enseignement, il réunit tous les mérites qui sont capables d'en faire un bon livre, un livre utile, un guide commode et facile, enfin. Il m'importe peu, après cela, que tel ou tel muscle soit plus ou moins bien nommé, si on lui a conservé la dénomination usitée ; je n'ai pas non plus à m'occuper de savoir si la nomenclature entière n'est pas à réformer, comme on l'a prétendu à propos de ce livre, et si celle qui est adoptée en anatomie humaine ne conviendrait pas mieux que la nôtre. Je vois, dans une longue note, que ce sujet a préoccupé M. Chauveau, et qu'il pose en quelques mots les bases qu'il considérait comme les plus rationnelles ; mais je pense comme lui que cette question doit faire l'objet d'un travail spécial, et que ce n'est pas dans un livre élémentaire et que l'on a fait pour être classique, qu'il faut entreprendre une pareille réforme, qui jetterait nécessairement beaucoup de confusion dans la science et dans l'esprit des élèves. Encore une fois, il ne faut exiger d'un auteur que ce qu'il a promis. Or, je n'hésite point à le dire, jusqu'à présent le nôtre me paraît avoir dépassé même ses promesses. Cela me porte à désirer vivement l'apparition de la seconde partie de son travail, qu'il ne nous fera sans doute pas longtemps attendre.

En résumé, le *Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques* est un excellent livre sous tous les rapports, et auquel n'a même pas manqué un éditeur intelligent, M. J.-B. Baillière, dont il est inutile de faire l'éloge, a su mettre à profit, pour son exécution matérielle, la perfection typographique de notre époque. C'est aussi une bonne note pour un livre, cela. Mais, ce que surtout je ne dois pas oublier de signaler, c'est une bonne et touchante pensée de M. Chauveau ; c'est la première page de son ouvrage, où l'on voit réunis deux noms chers à l'auteur: celui de l'honorable M. Lecoq, directeur de l'école de Lyon et professeur d'anatomie, aux leçons duquel il s'est façonné aux études d'anatomie philosophique, et celui de M. H. Bouley, ce cher et excellent maître, qui a toujours si bien su s'attacher le cœur de ses élèves, et dont M. Chauveau a été l'élève de prédilection. Cette pensée de pieuse et juste reconnaissance portera, sans aucun doute, bonheur au livre de M. Chauveau.

A. Sanson,
Vétérinaire militaire.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Maladie de M. le professeur Bérard. — Les nouvelles que nous avons à donner aujourd'hui sont malheureusement peu satisfaisantes. Des symptômes d'inflammation cérébrale se sont manifestés dans la soirée de mercredi, et l'imagination du malade a été assiégée des plus tristes pressentiments. La nuit a été mauvaise. Dans la journée d'hier un peu de calme s'est manifesté qui a persisté pendant la nuit dernière ; mais l'état du malade n'en inspire pas moins de sérieuses inquiétudes.

— L'Académie des sciences, chargée de présenter à M. le ministre une liste de deux candidats à la chaire de médecine vacante au collége de France par le décès de M. Magendie, a placé au premier rang M. Cl. Bernard, et, au second rang, M. Longet. M. Brown-Séquard a obtenu trois voix pour la seconde place.

— Deux places de pharmaciens en chef des hôpitaux de Paris étaient vacantes par le décès de M. Quévenne et la démission de M. le professeur Bouchardat. A la suite d'un concours, MM. Lecointe et Roussel ont été nommés à ces deux places.

— A l'instar de plusieurs autres écoles secondaires de médecine, celle de Caen vient d'être réorganisée ainsi qu'il suit :

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :
Anatomie et physiologie, M. Lechevallier.
Pathologie externe et médecine opératoire, M. Leroy.
Clinique externe, M. Lepreste.
Pathologie interne, M. Maheut.
Clinique interne, M. Vastel.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Lebidois.
Matière médicale et thérapeutique, M. Lecœur.
Pharmacie et notions de toxicologie, M. Lepetit.
Professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :
Clinique interne, M. Faucon.
Anatomie et physiologie, M. Roulland.
Professeurs suppléants :
Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Chancerel.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. Denis.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie, M. Liégard.
Pour les chaires de sciences accessoires, M. Délaux.
Chef des travaux anatomiques, M. Liégard.
Directeur de l'Ecole, M. Vastel professeur de clinique interne.

— Le docteur Haindl, directeur du grand hôpital de Vienne a succombé au choléra, à l'âge de cinquante-deux ans. — Le poste important qu'il occupait a été confié provisoirement au docteur Prinz, directeur de la Maternité et de l'hospice des Enfants-Trouvés.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Séance annuelle de l'Académie de médecine de Bruxelles. — Aux nominations faites dans cette séance, que nous avons annoncées, la *Presse médicale belge* ajoute les suivantes :

Membres honoraires. M. Simon, professeur d'accouchements à l'université de Liége ; M. Deblock, sénateur et professeur de pathologie générale à l'université de Gand, et M. André Uytterhœven, professeur à l'université de Bruxelles.

Membres correspondants. M. Depaire, pharmacien à Bruxelles, et M. Brisobia, médecin à Namur. Nous aurons à examiner sérieusement ces dernières nominations au point de vue de la justice et des intérêts académiques.

Le même journal annonce, en outre, que dans la même séance on a donné lecture de deux arrêtés qui nomment chevaliers de l'ordre Léopold, MM. Mascart, médecin à Ohain, et Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Louvain.

Un des médecins les plus répandus de Montpellier, M. le docteur Louis Barre, agrégé de la Faculté, vient, dans un voyage à Rome, d'exécuter la résolution de quitter le monde pour entrer dans les ordres. (*Revue thérap. du midi.*)

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

—En vente au bureau du Moniteur des Hopitaux : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique*; les *Gastralgies*; les *Entéralgies*; la *Dyspepsie*; l'*Hypocondrie*.— Prix : 2 fr.

— Viennent de paraître :

Recherches cliniques sur les *Maladies du cœur*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur Ernest Auburtin, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris ;

Précédées de Considérations de philosophie médicale sur le *vitalisme*, l'*organisme* et la *nomenclature médicale*, par M. le professeur Bouillaud ;

Paris, chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12; 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 147. 3e année. Lundi 10 Décembre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine: Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger*, chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Absence congénitale du nez. — Nouveau procédé de rhinoplastie. — Guérison.

Par M. MAISONNEUVE.

(*Présenté à l'Académie des sciences dans la séance du 26 novembre.*)

Une singulière difformité de la face s'est présentée récemment à l'observation de M. Maisonneuve, dans sa clientèle civile, et lui a fourni l'occasion d'imaginer et d'exécuter avec succès un nouveau procédé de rhinopl stie dont l'ingénieuse simplicité nous a paru digne de fixer l'attention des chirurgiens.

Marotte (Eugénie), âgée de 7 mois, était venue au monde forte et bien constituée, à cela près que son visage était complétement dépourvu de proéminence nasale, et qu'à la place de cette saillie naturelle il n'existait qu'une surface plane percée seulement de deux petits pertuis ronds d'un millimètre à peine de diamètre, et distants l'un de l'autre de 3 centimètres. Outre que cette difformité donnait à l'enfant l'aspect le plus grotesque, elle lui occasionnait encore une grande gêne de l'acte de la respiration, et par suite, dans l'acte de la succion.

Sous ces deux rapports, il était donc important de remédier à cette conformation vicieuse. C'est dans cette intention que les parents étaient venus à Paris consulter l'habile chirurgien de la Pitié. En présence de ce fait, dont la science ne possédait jusqu'alors aucune observation, les procédés de rhinoplastie ne pouvaient être d'aucun secours. C'est alors que, dans un de ces éclairs qui lui sont si familiers, M. Maisonneuve imagina l'ingénieuse opération dont nous allons rendre compte :

Le 18 mai 1855, l'enfant étant préalablement soumis au chloroforme, M. Maisonneuve fit partir de chacun des pertuis nasaux une incision A A transversale, longue d'un centimètre et dirigée de dehors en dedans. Deux autres incisions verticales, B C, partant de l'extrémité interne des précédentes, furent dirigées vers le bord libre de la lèvre inférieure, près de laquelle elles se rapprochèrent l'une de l'autre pour se réunir en V. De ces dernières incisions, résultait un lambeau étroit, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre. Il fut disséqué et relevé horizontalement pour former la sous-cloison du nouveau nez. Il restait alors un véritable bec de lièvre artificiel, dont les bords saignants furent réunis au moyen de la suture entortillée. Mais, pour obtenir cette réunion, il fallait nécessairement que l'espace compris entre les ouvertures nasales



fût raccourci de toute la largeur du lambeau détaché pour former la sous-cloison, et que par conséquent il se formât, aux dépens de la peau intermédiaire, un pli saillant qui, soutenu par la sous-cloison artificielle, constituât naturellement une proéminence nasale parfaitement régulière. Pour bien comprendre le mécanisme ingénieux et simple de cette opération, il suffit de la répéter sur un morceau de papier, on voit immédiatement combien le résultat en est satisfaisant.

La guérison définitive ne fut pas, toutefois, obtenue sans quelques tracasseries. L'enfant, irrité par la douleur, ne cessa, pour ainsi dire, de crier et de faire des efforts pendant les premières vingt-quatre heures. Il en résulta une désunion partielle des points de suture supérieurs, ce qui, du reste, fournit à l'habile chirurgien l'occasion d'imaginer encore un heureux perfectionnement à l'opération du bec de lièvre ; ce perfectionnement consiste à faire l'incision sous-cutanée du muscle orbiculaire, de l'un et de l'autre côté de la plaie, pour empêcher ses contractions de déchirer la cicatrice.

Grâce à ce perfectionnement, la réunion put se faire sans encombre, malgré l'agitation de la petite malade, et au moment de son départ de Paris, la guérison était complète; le nez avait une forme très-règulière, et les narines, largement ouvertes, permettaient une respiration facile.

De l'abstinence dans les maladies.

Par M. Frédéric Duriau,
lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine.

Chapitre II.

Anatomie pathologique de l'abstinence chez l'homme malade.

Pour établir d'une manière incontestable les lésions organiques auxquelles la diète peut donner naissance, il convient de se mettre en garde contre une cause d'erreurs qui se présente ici à chaque pas. En effet, dans l'exposé qui va suivre, on passe en revue des malades qui, déjà atteints d'affections diverses, ont été soumis à une alimentation insuffisante ou à une diète absolue. Dans l'appréciation de ces différents cas, il faut faire la part de la maladie principale et celle de l'abstinence qui devient une affection épigénétique entée sur l'état morbide primitif D'autres fois la maladie primitive s'est complétement dissipée et n'a laissé aucune trace derrière elle; alors c'est l'abstinence qui occupe le premier rang; elle seule peut expliquer les désordres fonctionnels observés pendant la vie, et c'est à cette seule cause qu'il faut rapporter les lésions constatés par l'ouverture des cadavres. Il y a donc deux séries qu'il importe de différencier quand toutefois on les rencontre sur le même sujet, et quand les progrès de l'abstinence n'ont pas été distancés par ceux de la maladie primitive. Les uns ne doivent pas nous arrêter; les autres, indices de l'affection secondaire ou de l'inanitiation feront seuls le sujet de ces recherches d'anatomie pathologique.

Une première question se présente ici : l'abstinence prolongée détermine-t-elle des désordres appréciables à l'ouverture des cadavres? Cette question aussi importante au point de vue médico-légal qu'au point de vue clinique, ne laisse pas cependant que d'être du plus haut intérêt pour nous, et on le conçoit aisément. Il ne serait pas sans danger de déterminer des lésions faméliques chez des individus dont l'organisme ébranlé renferme déjà en lui des causes de destruction. C'est à l'aide des faits que cette question va être résolue, si tant est qu'on puisse formuler d'une manière absolue les altérations qui se développent sous l'influence de l abstinence prolongée.

Si l'on interroge les auteurs qui ont traité le sujet qui nous occupe, on constate entre eux une concordance parfaite qui semblerait faire croire que l'on retrouvera toujours les mêmes lésions sur les malades privés de nourriture. Il n'en est pourtant pas ainsi et la multiplicité des faits observés sur le cadavre exige certains détails.

A. *Appareil circulatoire et respiratoire.* — Chez tous les malades traités par l abstinence et examinés après la mort, il existe un phénomene qui domine tous les autres c'est la diminution de la masse du sang. Deux observations qu'on peut considérer comme le prototype de la mort par inanition résumeront assez exactement toutes les lésions. (Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un traitement antiphlogistique très-énergique, a été mise à une diète prolongée; dans le second cas, c'est une femme qui s'est condamnée *elle-même* à une alimentation insuffisante.) Il y a peu de sang dans les vaisseaux, le sang est séreux, à peine noir dans les cavités du cœur; ce viscère est petit, ses parois, peu épaisses, sont flasques et décolorées. Les poumons sont extrêment pâles, la membrane muqueuse bronchique est décolorée; quelques lobules cependant sur la face postérieure du lobe inférieur ont une teinte violacée qui tranche singulièrement sur la coloration *presque blanche* du tissu pulmonaire.

B. *Appareil cérébro-spinal* — Le cerveau pâle à l'extérieur est exsangu; les sinus crâniens sont de même exsangus (même observation). Le carpe calleux présente un piqueté violacé à gros points s'étendant sur toute la face supérieure et dans toute l'épaisseur du corps calleux et des lobes cérébraux : altération analogue à celle qu'a signalée M. Andral dans les cas d'hydrémie (*Clinique médicale*, t. V, p. 338). Cependant la consistance du cerveau n'est nullement diminuée et l'on ne trouve aucun indice de méningite; les membranes s'enlèvent aisément et sans entraîner de substance grise. D'autres fois et le plus souvent on ne rencontre pas ces traces de congestion, le cerveau est seulement exsangu. Il ne convient point d'insister ici sur la valeur de cette altération, il suffit d'avoir indiqué la coïncidence de ces congestions avec l'anémie.

Quant aux lésions des organes du sens, elles ne se sont pas montrées telles qu'on les décrit; c'est ainsi, par exemple, que dans aucun cas nous n'avons pu rencontrer l'ulcération de la cornée.

C. *Appareil digestif.* — Les aliments qui parcourent constamment le tube digestif y déterminent une sorte de stimulation permanente qui semble concourir à l'exercice régulier de ses fonctions aussi bien qu'à l'intégrité des différentes parties de cet appareil; privé de ce stimulus physiologique, le tube digestif devrait donc nous présenter toujours le même ordre de lésions; ce n'est pas ce qu'on voit cependant et, tandis que d'un côté on a l'injection capillaire la plus tranchée, on trouve ailleurs les caractères d'une anémie complète.

Fréquemment il y a décoloration de la membrane muqueuse stomacale sans aucune altération de tissu; d'autres fois cette membrane est rouge, plus ou moins injectée ou bien elle est épaissie et présente en même temps un ramollissement assez considérable. Dans d'autres circonstances l'estomac présente une teinte rouge violacée très-prononcée du tissu cellulaire sous-muqueux, suite d'une congestion veineuse et capillaire, tandis que la membrane muqueuse elle-même n'offre aucune coloration violette ou ardoisée.

Dans les abstinences de longue durée nous n'avons point constaté les ulcérations de l'estomac, considérées par certains auteurs comme la conséquence forcée de la privation de nourriture. C'est, au contraire, quand les malades ont été rapidement emportés que nous les avons rencontrées; aussi pourrait on mettre en doute la puissance de l'inanitiation comme cause *fréquente* de cette lésion; les symptômes observés pendant la vie ne permettent pas cependant de considérer l'alimentation insuffisante comme tout à fait étrangère à la production de ces ulcères.

Il y a des variations nombreuses dans le volume de l'estomac; il peut avoir son volume normal, ou bien il est très-distendu; mais, dans les faits qui sont passés sous nos yeux, jamais il n'était ratatiné ni revenu sur lui-même.

Le pancréas diminue généralement, la rate est petite; il en est de même du foie. Ce dernier organe surtout subit une décoloration manifeste; la vésicule est distendue par une bile visqueuse. (Les faits qui sembleraient être en opposition avec ces diminutions de volume sont de rares exceptions.)

Loin d'être ratatinés comme on l'a dit, les intestins sont, souvent, énormément distendus par des gaz et remplis par une matière semi-liquide, d'une teinte jaune-verdâtre très-abondante vers l'S iliaque du colon. La membrane muqueuse est pâle et ne présente aucune altération; rarement existe-t-il une injection légère vers la fin de l'iléon.

En rapprochant ces lésions des désordres fonctionnels qui seront exposés plus loin, on est conduit à se demander si l'abstinence prolongée peut être la cause d'une inflammation de l'estomac. Sans doute la nature des altérations anatomiques (injec-

tion, ramollissement de la membrane muqueuse) permet de conclure que la gastrite survient pendant le cours de l'abstinence, mais elle n'autorise pas à regarder cette condition diététique comme la cause directe d'une telle lésion. Car, même après une inanitiation de longue durée (3 mois) nous ne la rencontrons pas, tandis qu'on la voit se manifester quelquefois après peu de jours d'abstinence. Une gastrite peut certainement se produire dans le cours de l'inanitiation, mais ce n'est pas une loi constante. Que les prédispositions individuelles exercent en cette circonstance une influence remarquable ou qu'elles ne favorisent nullement la production de cette altération anatomique, il faut reconnaître qu'une gastrite se présentera de préférence lorsqu'il existe déjà d'autres lésions d'organes sans que pourtant on soit en droit d'affirmer qu'elle se formera de toutes pièces sous l'influence de la diète. D'ailleurs, la nature de cette inflammation de l'estomac, les conditions au milieu desquelles elle prend naissance, c'est-à-dire, lorsque les liquides de l'estomac ne rencontrent aucun aliment sur lequel ils puissent porter leur action, conduit à comparer ce phénomène à ceux qui se manifestent dans les fièvres graves; souvent, en effet, on constate alors des pneumonies hypostatiques, des érythèmes des fesses, suite du contact prolongé de l'urine sur la surface tégumentaire. La gastrite qui se manifeste pendant l'inanitiation est, pour nous, un fait du même genre, c'est une *gastrite par hypostase*.

Il resterait à examiner ce que deviennent les organes urinaires pendant cette période d'abstinence; la seule lésion que nous ayons constatée, c'est une décoloration des reins dont le tissu conserve sa consistance normale.

L'anémie domine donc toute cette étude anatomique, entraînant à sa suite les phénomènes dont elle favorise le développement, c'est-à-dire l'hypostase, la congestion, etc.

CHAPITRE III.

Symptômes de l'abstinence prolongée chez l'homme malade.

Après avoir exposé le résultat de l'examen cadavérique du malade soumis à l'abstinence prolongée, on est naturellement conduit à rechercher par quels phénomènes se traduit l'initiation chez l'homme malade pendant la vie. Il serait superflu de faire remarquer les difficultés nombreuses dont cette étude est entourée; car, au milieu des désordres qui annoncent une altération quelconque des organes, il n'est pas toujours aisé de distinguer ceux qui appartiennent en propre à l'inanitiation. Combien, en effet, ne voit-on pas d'individus présenter des affections mal caractérisées, et combien de fois le praticien le plus consommé n'hésite-t-il pas à poser son diagnostic, attendant que quelque symptôme pathognomonique vienne donner à la maladie son cachet irréfutable! Et c'est souvent au milieu d'un tel dédale qu'il faut retrouver l'inanitiation, dont la marche insidieuse reste longtemps masquée par les symptômes de l'affection primitive. A quel signe reconnaîtra-t-on les progrès de l'abstinence? comment donc s'assurer qu'un malade a supporté assez longtemps la privation d'aliments?

L'amaigrissement, les vomissements, la diarrhée, les désordres cérébraux et les troubles du côté de la respiration, de la circulation et de la calorification, voilà les principaux phénomènes qui annoncent que l'alimentation est insuffisante, et que le malade approche du terme fatal. Il est bien des circonstances, sans doute, où l'on rencontre des phénomènes de ce genre; mais la nature de ces désordres, l'époque à laquelle ils apparaissent, permettent de les différencier des troubles faméliques. Il faut donc étudier la forme sous laquelle se présente chacun d'eux, et remarquons qu'ils ne se produisent pas simultanément; leur isolement, même très-fréquent, peut devenir une cause d'erreur.

A. *Modifications dans la nutrition.*

1° *Perte de poids du corps, amaigrissement.* — Une des principales conséquences de l'abstinence, celle sur laquelle M. Chossat a fait les recherches les plus complètes, c'est la perte de poids du corps. Ce symptôme serait d'une très-grande valeur entre les mains du praticien, s'il était toujours possible de le percevoir; les difficultés qui entourent l'emploi de la balance, les dangers qui résultent quelquefois de mouvements intempestifs communiqués au malade, nous ont éloigné de ce moyen d'investigation. D'ailleurs, on sait parfaitement que l'on n'arrive souvent dans les hôpitaux qu'au moment où le mal est déjà parvenu à sa période d'état; comment alors s'assurer des pertes que le malade a pu éprouver par suite de l'abstinence? N'oublions pas de constater encore une habitude très-répandue dans le vulgaire, celle de soumettre à la diète les individus qui présentent le moindre appareil fébrile.

En renonçant aux pesées journalières, il reste pourtant un élément afin de connaître les pertes successives, nous voulons parler de l'amaigrissement. En effet, quand la diète est prolongée quelque temps, on voit disparaître non-seulement les pelotons graisseux qui comblent les interstices musculaires, mais les reliefs que forment les muscles ne tardent pas eux-mêmes à s'effacer. La disparition de la graisse seule ne saurait être d'une très-haute importance; l'inanitiation pourrait marcher, bien que le corps conserve encore sa graisse, et bien qu'il n'ait pas encore atteint la perte des 0,4 de son poids. C'est l'amaigrissement progressif des reliefs musculaires qui doit *seul* être pris en considération, et comme l'inanitiation peut arriver à son terme avant la maladie sur laquelle elle s'est entée, l'émaciation pourra survenir brusquement au milieu des phénomènes propres à l'affection primitive. Le praticien doit donc se tenir en garde contre cet amaigrissement rapide, et rechercher si les autres symptômes viennent donner au diagnostic un caractère de certitude.

2° *Altérations des sécrétions.* — De même que dans l'état physiologique on a noté des diarrhées colliquatives, de même l'homme malade présente ce symptôme pendant le cours de l'inanitiation; dans l'un et l'autre cas, ce phénomène se manifeste dans la période ultime. Cette diarrhée constamment liquide, très-abondante, ne détermine aucune douleur, elle ne cède pas à l'emploi des agents les plus énergiques de la thérapeutique, tandis qu'elle est presque toujours heureusement influencée par des essais d'une alimentation habilement combinée. Coïncidant avec la cachexie famélique elle survient quand toutes les sécrétions sont suspendues.

La salive, rare, se dessèche dans la bouche des malades, elle s'y acidifie et peut donner naissance à certains états pathologiques, tels que le muguet. Comment se forme cette production en pareille circonstance? C'est ce qu'on ne peut décider, mais son existence est un fait irrécusable. La présence de ce muguet, le dessèchement de la salive, forment sur la langue et même sur la membrane muqueuse qui tapisse la cavité buccale, une sorte d'enduit épais qui enlève au malade toute sensation gustative, et peut dans certains cas, en gênant les mouvements de la parole, simuler un subdelirium. Et cependant le malade a conservé toute son intelligence!

En même temps que les sécrétions sont suspendues et la sensation gustative ainsi abolie, le besoin de la faim disparaît peu à peu; rarement se manifeste-t-il au milieu de l'adynamie qui va s'emparer du malade; tandis que la soif apparaît dans toute son intensité, et devient la cause occasionnelle d'un symptôme nouveau, le vomissement.

3° *Vomissement famélique.* — Les malades que l'on a mis à la diète pendant un temps assez prolongé ne tardent pas à éprouver une soif quelquefois très-violente; déjà la maladie est primée par l'inanitiation. Constamment tourmentés par ce besoin, ils ingèrent des quantités considérables de liquides. Or, l'état d'atonie dans lequel se trouve l'estomac, même chez ceux qui commencent à prendre quelques aliments, détermine une convulsion de ce viscère; le vomissement a lieu.

Rarement précédé ou accompagné de douleurs gastralgi-

ques, il s'effectue, en général, sans efforts et toujours *à la suite d'une ingestion de liquides*. Les boissons du malade constituent, en effet, la majeure partie du vomissement qui est d'une teinte légèrement verdâtre simulant un vomissement bilieux, et l'on ne doit pas s'étonner de voir les aliments solides et stimulants plus facilement conservés que les aliments liquides, et ceux-ci plus aisément tolérés que les tisanes et les boissons émollientes dont le malade fait abus en pareille circonstance.

On verra plus loin que l'alimentation fournit au diagnostic un moyen de différencier ce vomissement de celui qui serait sous la dépendance d'une autre cause. D'ailleurs, dans quelles affections possède-t il ce caractère de persistance? Les inflammations du tube digestif et de ses annexes, les affections organiques de l'estomac s'accompagnent ordinairement de douleurs épigastriques ou gastralgiques très-manifestes. Il ne reste donc qu'à examiner les caractères du vomissement dit nerveux; or celui-ci se reconnaîtra toujours du vomissement famélique, car il est *constamment* associé à une névrose dont il n'est lui-même qu'un des symptômes. Ainsi nous l'avons rencontré chez des hystériques; ailleurs il s'agira d'une autre névrose et l'on constatera, en même temps, un de ces symptômes qui donnent à la maladie son caractère indélébile, nous voulons parler des névralgies et des altérations dans la sensibilité générale ou locale. Irrégulier dans son apparition et sa fréquence il ne se manifeste pas et ne disparaît pas sous l'influence des conditions diététiques les plus variées, et, si l'on ne peut fixer un terme à sa durée, on ne le voit pas s'aggraver malgré sa persistance. Tel est le vomissement nerveux : on ne le confondra pas avec celui qui résulte d'une alimentation insuffisante. Mais il s'en faut de beaucoup que ces caractères soient toujours aussi nettement tranchés, et dans une affection assez grave il est souvent difficile de retrouver la source du mal au milieu de la plus ténébreuse étiologie.

B. *Modifications dans la respiration, la circulation et la calorification; fièvre famélique.*

Les trois fonctions solidaires l'une de l'autre qui, chez l'homme sain, se sont modifiées d'une manière uniforme sous l'influence d'une alimentation insuffisante subissent les mêmes variations chez l'homme malade. Ainsi en récapitulant une moyenne de cinquante observations on obtient les variations suivantes :

1° au moment où le malade est entré en traitement, on comptait :
37° 3 sous l'aisselle;
96 pulsations par minute;
24 inspirations;

2° à la fin du traitement par l'abstinence :

36° 7 sous l'aisselle;
72 pulsations;
20 inspirations.

En même temps qu'il diminue de fréquence, le pouls devient mou et dépressible; la peau, tout en perdant sa chaleur, prend un caractère de souplesse remarquable. Le cœur et le foie diminuent de volume, les poumons deviennent plus sonores.

Il serait inutile d'insister plus longtemps sur ces faits qui annoncent suffisamment la dépression continue que subissent les fonctions, si ces phénomènes présentaient une marche uniformément dépressive, mais il n'en est pas ainsi; il arrive un moment où l'organisme épuisé par cette privation d'aliments semble tenter un effort suprême pour lutter contre le progrès de l'inanitiation. Cette réaction est caractérisée par une élévation dans la température de la peau, par l'ampleur moins grande et l'accélération des inspirations; le pouls devient plus fréquent sans monter, toutefois, au-dessus du nombre physiologique des pulsations. Cette période, qu'on peut considérer comme un véritable état fébrile, jointe aux autres symptômes, est un indice certain de l'épuisement du malade; aussi voit-on quelquefois le pouls seul se relever tandis qu'il ne s'opère aucun changement dans la chaleur et la respiration du malade. Il importe donc de ne point s'abuser sur la valeur de cette *fièvre famélique*. L'examen du sujet, l'époque à laquelle se manifeste cette réaction, c'est-à-dire, après une prostration progressive, ne permettront aucune erreur. Quand ce phénomène réactionnel dont la durée peut va ier de quelques heures à une ou deux heures, passe sans attirer l'attention du médecin, l'inanitiation continue sa marche, elle amène une dépression très-manifeste et conduit en peu de jours à son terme fatal.

C. *Troubles de l'innervation : délire et adinamie faméliques.*

Tandis qu'on observe ces phénomènes dans les organes de la vie végétative, il s'en présente d'autres du côté de la vie de relation, quand l'abstinence est imposée à l'homme malade; et il en est peu qui méritent un examen plus sérieux en raison des organes dont ils sont les manifestations extérieures.

Etudiée chez l'homme sain ou chez l'homme malade, les effets de l'abstinence sur les fonctions cérébro-spinales offrent un caractère constant; dans le premier cas, on a observé de la stupeur, de l'assoupissement; dans le second cas, il y a un délire tranquille, rarement agité. Le malade, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, est comme engourdi; il parle seul, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, et son attention ne peut être fixée qu'avec une certaine difficulté et seulement pour quelques instants. Le malade retombe ensuite dans la torpeur et les rêvasseries. Le regard est fixe, les pupilles également dilatées, et, dans les premiers moments de ce délire, au milieu des paroles incohérentes, une demande vague d'aliments éclaircira souvent le diagnostic. Il ne faudrait pas supposer, toutefois, que le besoin de la faim porte le malade à réclamer des aliments, puisqu'il en est qui refusent obstinément toute espèce de nourriture pendant les rares intervalles de lucidité. Le *délire famélique*, loin de se manifester à une période fixe de l'inanitiation, se rencontre à tous les instants, même quand l'abstinence n'a pas encore affaibli l'organisme au point de donner naissance aux symptômes que nous avons déjà mentionnés. Il peut donc être la première manifestation morbide, aussi bien que la dernière expression de l'abstinence; dans ce dernier cas, il ne saurait être confondu avec tout autre délire, il n'en est pas de même du premier cas; aussi faut-il bien se rappeler que le délire famélique est rarement bruyant, sans convulsions, qu'il ne s'accompagne pas de dilatation inégale de la pupille. Il augmente vers le soir, et la nuit, il s'observe chez les sujets pléthoriques aussi bien que chez les individus nerveux. Tels ne sont pas toujours les caractères d'un délire qui aurait pour cause, soit une exagération du tempérament nerveux, soit une affection cérébrale.

Quand l'organisme ébranlé par les progrès de la maladie a lutté pendant quelque temps contre les ravages de l'abstinence, il finit par tomber dans une prostration extrême. En un mot, l'adynamie, phénomène ultime de l'inanitiation vient annoncer au médecin que l'économie tout entière est épuisée par cette alimentation insuffisante. Aussi importe-t-il de reconnaître sans délai l'adynamie qui annonce la *cachexie famélique*; mais, au moment où elle apparaît, le système musculaire est déjà profondément émacié, les symptômes propres à la maladie primitive se sont complétement dissipés ou bien ils sont dans une période décroissante Enfin, la faiblesse du pouls, la température de la peau, l'obscurcissement des sensations, des facultés affectives et intellectuelles, tels sont les caractères auxquels on reconnaîtra l'*adynamie famélique*.

CHAPITRE IV.

De l'abstinence dans les maladies.

« L'inanitiation est la cause de mort qui marche de front et en silence avec toute maladie dans laquelle l'alimentation n'est pas à l'état normal. Elle arrive à son terme quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard que la maladie qu'elle accompagne et peut devenir ainsi maladie principale là où elle n'avait d'abord été qu'épiphénomène. »

(CHOSSAT, *Recherches expérimentales sur l'inanition. Mémoire de l'Institut*, tome VIII.)

Après avoir examiné l'action que l'abstinence exerce sur l'homme sain, on a passé en revue ce qui peut survenir chez l'homme malade sous cette influence diététique. Cette étude a permis d'exposer chacune des manifestations de l'abstinence et de les différencier de celles qui, dépendantes d'une autre cause pathologique, simulent quelquefois les symptômes de l'inanitiation. Il ne sera donc plus nécessaire d'entrer dans les détails qu'eussent réclamés les troubles que nous allons observer maintenant dans chaque maladie. La nature de ces désordres étant bien connue, il suffira de les indiquer toutes les fois qu'ils se présenteront et de faire entrevoir le rôle qu'ils peuvent jouer en présence d'altérations pathologiques.

Afin d'éviter toute espèce de répétition, on envisagera l'abstinence d'abord dans les maladies qui ne se localisent guère dans un seul appareil, puis dans les maladies qui se traduisent constamment par une lésion bien déterminée. On examinera donc :

1° Les pyrexies ;
2° Les maladies de l'appareil digestif;
3° Les maladies de l'appareil respiratoire ;
4° Les maladies de l'appareil circulatoire ;
5° Les maladies de l'appareil génital et urinaire ;
6° Les maladies de l'appareil cérébro-spinal;

Et dans chacun de ces appareils on traitera successivement des inflammations, des hydropisies, des vices de nutrition, etc. Cette classification n'est certes pas exempte de tout reproche, mais à mesure que l'on entrera dans l'examen de la question, on verra combien il importe d'examiner en même temps toutes les maladies d'un même appareil, non-seulement à cause de la coïncidence de ces maladies entre elles, mais encore en raison des modifications que l'abstinence apporte dans les maladies d'un même appareil.

1° *Des pyrexies.*

A. *Fièvre typhoïde.* — Parmi les pyrexies il en est une dont la fréquence et la gravité ne sauraient être mises en doute, nous voulons parler de la fièvre typhoïde. Quinze malades présentant à différents degrés les symptômes de cette affection ont été traités à la clinique de la Charité soit par une diète absolue, soit par une abstinence incomplète : deux seulement ont succombé. Il s'agit d'examiner si, par suite de ce mode de traitement, la marche du mal a été enrayée ou si elle a subi certaines modifications. On peut, de suite, affirmer que, malgré l'abstinence la plus sévère, dans aucun cas on n'a vu la maladie s'arrêter; les lésions qui caractérisent cette affection n'ont nullement été modifiées. Si nous parcourons toutes nos observations nous retrouvons les symptômes qui se manifestent du côté de l'intestin, les complications qui, d'ordinaire, viennent se joindre à ces premiers désordres ; tout cela suit sa marche ordinaire. L'appareil fébrile lui-même ne subit aucune variation soit dans son intensité, soit dans sa durée.

A côté de ces faits il en est d'autres qu'on ne peut passer sous silence, car, s'il est des cas où l'abstinence ne détermine aucun accident, quelquefois aussi elle favorise le développement de certains phénomènes morbides dont il a déjà été fait mention, le muguet, les vomissements, etc., les troubles cérébraux. Ainsi dans une de nos observations un homme atteint de fièvre grave avait été soumis à une abstinence complète ; après vingt jours de ce traitement, alors que tout annonçait la période de déclin, la gêne extrême de la respiration conduisit à examiner la bouche du malade : on trouva au fond de cette cavité plusieurs points blanchâtres, le muguet s'était déclaré.

Ailleurs, il s'est agi d'autres phénomènes; la maladie n'était encore parvenue qu'à sa période d'état et déjà l'inanitiation avait fait de rapides progrès; elle s'était surtout traduite par des vomissements opiniâtres. Deux de ces malades ont succombé : l'un fut pris de vomissements après avoir ingéré près d'un litre d'eau que l'infirmier lui avait donné. Malgré les obsessions les plus pressantes, il ne voulut pas prendre les aliments prescrits ; tourmenté par la soif, il réclama encore de la tisane que des gens trop obséquieux n'hésitèrent pas à lui donner. Un autre est une femme qui ne put donner aucun renseignement sur ses antécédents; on parvint pourtant à savoir que depuis quatre semaines elle était à la diète la plus absolue. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, elle vomissait toutes ses boissons et elle ne tarda pas à succomber. Enfin, la dernière fut atteinte d'une fièvre grave au milieu des conditions les plus défavorables, elle était épuisée par des privations de toute nature. Soumise à l'abstinence complète elle vomit bientôt ses boissons. La nature de ces vomissements fut heureusement reconnue : inutilement combattue d'abord par des agents médicamenteux, ils cédèrent seulement à une alimentation bien réglée.

Le muguet d'une part, les vomissements d'autre part, tels sont les accidents qui sont survenus chez des malades atteints de fièvre grave. Ajoutons encore le délire et nous avons ainsi observé presque tous les désordres que peut occasionner l'inanitiation.

Est-ce à dire, pourtant, que la crainte de ces accidents doive faire bannir l'abstinence de la thérapeutique des fièvres graves? Loin de nous une telle pensée. On connaît trop les suites funestes d'une alimentation prématurée dans le cours de cette affection! Mais il est du plus haut intérêt de reconnaître immédiatement la nature de tous ces troubles; en effet, lorsque ceux-ci se manifestent dans une maladie de longue durée (et c'est le cas des fièvres typhoïdes), on conçoit aisément que l'organisme privé de tout aliment réparateur venant de l'extérieur et forcé de puiser en lui-même ses éléments de conservation, laisse l'inanitiation se développer avec tout son cortége de symptômes et favorise même les progrès rapides de cette cause d'épuisement.

B. *Fièvres éruptives.*

Nous pouvons passer ces pyrexies sous silence; la bénignité du cas observé a permis de traiter les malades par l'abstinence sans que l'on ait eu à redouter le moindre accident. Dans tous les cas la maladie s'est dissipée en peu de jours.

C. *Fièvres intermittentes.*

Les malades qui ont présenté cette affection sont du plus haut intérêt car ils nous conduisent à établir le parallèle entre le traitement par le quinquina et le traitement par l'abstinence prolongée. Ainsi, une femme était à la diète depuis huit jours, que la nature de son mal ait été méconnue ou qu'il se soit agi de toute autre circonstance. Lorsqu'elle entra à l'hôpital elle était dans le subdelirium, une idée fixe s'était emparée de son intelligence et une transpiration abondante couvrait toute la peau. La rate était tuméfiée. Etait-ce une fièvre pernitieuse ou une fièvre intermittente seulement compliquée d'inanitiation? Cette question ne pouvant être résolue sur-le-champ, on nourrit la malade et on lui donna du sulfate de quinine. Le lendemain, le délire avait complétement disparu et les renseignements fournis par cette femme donnèrent alors une pleine confirmation à la deuxième hypothèse : l'inanitiation avait suivi une marche rapide et donnait à la maladie un caractère sinistre.

L'abstinence serait-elle donc à redouter lorsqu'il s'agit de

fièvres intermittentes? Si elle n'aggrave pas la maladie elle-même, par les désordres qu'elle occasionne, elle peut du moins priver le praticien des documents qui lui sont quelquefois indispensables. Il faut encore se demander si la diète prolongée amènera la guérison de ces fièvres intermittentes. Or, un malade qui s'était spontanément privé d'aliments depuis quinze jours conserve son mal revenant avec la même régularité chaque jour; après la première dose de sulfate de quinine il n'éprouve presque plus de frissons. Dans un autre cas, une femme également privée de nourriture depuis huit jours, et, de plus, offrant des accidents cérébraux, reste dans le même état malgré l'abstinence la plus rigoureuse, tandis qu'elle est rapidement soulagée par le sulfate de quinine et l'alimentation. Ces faits parlent assez haut; on peut donc conclure que l'abstinence ne dissipe pas les accès de fièvre intermittente et qu'il faut même la bannir de la thérapeutique de cette affection; car elle est un des moyens les plus puissants pour favoriser le développement de la cachexie paludéenne. Les limites imposées à ce travail ne permettent pas d'insister davantage sur ce point.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Herpès parasitaire ou dermophytique. — Guérison par quelques lotions parasiticides.

Par le docteur Ch. Mahieux.
(Ancien interne de l'hôpital S-Louis.)

L'observation suivante, bien que manquant de détails, pourra peut-être offrir de l'intérêt, surtout si on la rapproche de celles de M. Letermeur et de M. Bazin.

Je fus consulté, il y a un mois, par une fermière, jeune et pleine de santé, qui portait à l'avant-bras, depuis six semaines, deux plaques herpétiques, dont l'une avait l'étendue d'une pièce d'un décime et l'autre d'un centime. Le mari de cette dame avait offert, quelque temps auparavant, à la nuque, une plaque semblable qui formait à la naissance des cheveux, une demi-tonsure. Et la fille de basse-cour qui me fut présentée portait à la joue une tache farineuse, parfaitement arrondie, de la grandeur d'un sou à peu près.

Sans que j'eusse besoin de m'enquérir de l'origine commune de cette triple manifestation d'une même maladie, la dame qui me consultait me conduisit auprès d'un troupeau d'une dizaine de génisses, dont chacune présentait çà et là, sur la peau, un plus ou moins grand nombre de tonsures parfaitement régulières dans leur contour et rugueuses à leur surface.

Ce troupeau avait été acheté huit ou dix mois auparavant; l'une des génisses portait seule, à cette époque, une ou deux tonsures qui n'attirèrent pas d'abord l'attention. Au bout de quelques mois, presque toutes les autres en présentaient de plus ou moins nombreuses. On songea dès lors à en faire part au vétérinaire, qui prescrivit des frictions avec la pommade d'helmériah.

M. M..., le propriétaire du troupeau, se chargea lui-même du pansement; et, quand il s'aperçut qu'il portait une plaque farineuse en forme de tonsure en arrière du col, à la naissance des cheveux, il ne douta pas un instant qu'il la tînt de ses génisses. Aussi se mit-il à se frictionner lui-même avec la pommade d'Helmeriah, et, après quatre ou cinq semaines de ce traitement poursuivi avec persévérance, il parvint à se guérir complétement.

Quant aux vaches soumises à ces mêmes frictions, elles étaient moins heureuses; car, à mesure que la pommade guérissait une plaque, d'autres apparaissaient aux environs; et c'est là ce qui fit que, plus de six mois après le commencement du traitement, je fus appelé auprès de madame M... et de sa domestique, pour leur indiquer un remède plus approprié à l'espèce humaine que celui dont s'était servi le mari.

Il était évident, pour moi comme pour ma malade, que la même maladie avait été transmise des génisses aux personnes qui les approchaient. J'avais, par conséquent, affaire à cet herpès contagieux que M. Cazenave désigne improprement sous le nom d'*herpès tonsurant* (1), et que M. Gruby a reconnu pour être de nature parasitaire, à cet herpès dermophytique dû à la présence du *trichophyton tonsurant*. Malheureusement, je n'avais pas de microscope pour m'en assurer *de visu*. Mais à l'induction vint se joindre bientôt l'argument puissant tiré de la curation.

Bien que chez ma malade, la surface affectée fût rouge et présentât quelques vésicules à base enflammée, je prescrivis hardiment une lotion par jour avec une solution au centième de sublimé, et une légère friction avec une pommade au turbith minéral. Aucune application émolliente ni sulfureuse, aucun remède interne.

Comme je n'avais pas fixé le nombre de jours que devait durer ce traitement, incertain que j'étais moi-même du temps nécessaire à son action, la malade jugea à propos de le suspendre le cinquième jour, parce qu'il lui sembla que la peau revenait chaque jour sensiblement à son aspect normal. Quand je la revis quinze jours plus tard, il ne restait plus de traces de sa maladie. Je ne dois pas taire cependant que j'avais recommandé, en même temps que les lotions et les frictions parasiticides, d'arracher tous les poils apparents de la surface malade, ce qui fut fait très-exactement. Il en fut de même de la joue de la servante.

Voilà, bien évidemment, un exemple de transmission des animaux à l'homme, d'un herpès parasitaire, tel que M. Bazin en observa un sur un gendarme et son cheval, et tel que M. Letermeur en a vu un grand nombre.

Ce fait prouve qu'il peut se présenter des herpès offrant tout-à-fait l'aspect de l'herpès circiné simple, mais différents de lui par leur nature et leurs indications; que l'herpès appelé *tonsurant* peut exister sur tous les points de la surface du corps, et qu'il ne forme de tonsures que sur les points abondamment pourvus de poils; que les conditions d'âge et de santé ne s'opposent pas à la contagion dans ce cas; que les topiques parasiticides agissent admirablement pour obtenir une prompte guérison de cette maladie; et qu'enfin les surfaces dépourvues de poils, analogues en cela aux surfaces épilées, offrent une prise merveilleuse à l'action des remèdes.

Voici maintenant une autre observation qui confirme une opinion assez générale parmi les dermatologistes, et qui n'est pas sans importance au point de vue de la doctrine générale sur les maladies de la peau.

Erythème bulleux ou pemphigoïde.

Le 1er novembre 1855, une jeune femme de dix-neuf ans, madame B..., de la commune de Welles, mariée depuis six semaines, est prise, au milieu de l'état de santé le plus florissant, quinze jours après ses règles, de tous les prodromes d'une fièvre exanthématique: céphalalgie, courbature, inappétence, insomnie. Le lendemain, le pouls bat 110, la langue est très-chargée, le mal de tête est augmenté, la peau est brûlante. De plus, la malade se plaint d'un sentiment de chaleur et de cuisson prurigineuse sur toute la surface du corps. En effet, la peau est le siége de nombreuses et larges plaques érythémateuses occupant principalement les membres, la figure et le devant de la poitrine. Ces plaques, irrégulières dans leur contour, inégales dans leur étendue, sont légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau.

Cette éruption ne ressemble en rien à la rougeole, ni à la scarlatine, ni à l'urticaire: du reste, elle ne s'accompagne d'aucun des symptômes généraux qui sont propres aux deux premières de ces maladies.

Potion vomitive; limonade citrique; maintien d'une température modérée.

Le lendemain, même état général avec légère atténuation. Mais la rougeur des plaques a presque disparu, et aux deux jambes, tout le long de la face antérieure du tibia, s'est élevé un long chapelet d'énormes bulles qui ressemblent admirablement, par leur aspect, aux phlyctènes de la brûlure au second degré. Quelques-unes de ces bulles sont discrètes, du volume d'un gros haricot, à grand diamètre dirigé verticalement; les autres, au contraire, également allongées de haut en bas, se confondent par leurs extrémités. La physionomie

(1) Pourquoi désigner sous le nom de *tonsurant* un herpès qui ne fait de tonsure que sur le cuir chevelu, dans la barbe, ou sur la peau des animaux pilifères, et qui ressemble purement et simplement à l'herpès circiné, quand il occupe quelqu'autre point de la peau?

que présente cet ensemble de bulles volumineuses est, du reste, la même aux deux jambes : elles ne dépassent pas latéralement la face antérieure du tibia ; elles commencent au-dessous du genou en haut, et s'arrêtent au niveau de la malléole interne en bas. La peau, dans leur voisinage, a conservé une rougeur qui s'atténue par places et cesse complétement dans d'autres.

Continuation des boissons rafraîchissantes; repos au lit; diète.

Le troisième jour, la fièvre a complétement disparu. Il ne reste plus que quelques rougeurs à peine sensibles sur le devant de la poitrine, aux poignets et aux jambes. Quant aux bulles, elles sont toutes ridées : quelques-unes même ont complétement disparu par l'affaissement de l'épiderme sur la peau. Le quatrième jour, toutes les bulles sont complétement affaissées : la malade est en pleine convalescence. Le sixième jour il ne reste plus que le souvenir de la maladie.

Les dermatologistes n'ont-ils pas raison de dire que l'érythème revet, à lui seul, la physionomie de toutes les maladies de la peau? En voilà un; car quel autre nom donner à cet exanthème éphémère, qui prend, pour ainsi dire, l'habit du pemphigus. Il ne viendra à l'esprit de personne d'appeler pemphigus une éruption générale de rougeurs qui, dans quelques points, se couvrent de bulles, et qui ne laissent aucune trace de leur passage après une évolution de trois ou quatre jours.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 décembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Recherches sur la paralysie musculaire atrophique.

M. Cruveilhier lit un Mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

Le Mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie a pour objet une espèce de *paralysie des mouvements* confondue jusque dans ces derniers temps avec la paralysie par lésion des centres nerveux, paralysie qui n'a pas reçu de nom définitif dans la science et qui n'a pas encore sa place dans le cadre nosologique.

Cette paralysie musculaire, tantôt partielle, tantôt générale, est caractérisée *cliniquement* par la paralysie progressive avec atrophie correspondante des muscles soumis à la volonté, paralysie et atrophie qui coïncident avec l'intégrité parfaite du sentiment, l'intégrité parfaite des facultés intellectuelles et affectives, et l'intégrité parfaite des fonctions nutritives autres que la nutrition musculaire. Il n'y a donc dans cette maladie qu'une fonction lésée, la myotilité volontaire.

Elle est caractérisée *anatomiquement* par l'atrophie du système musculaire de la vie de relation, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux avec intégrité parfaite des racines postérieures des mêmes nerfs, intégrité parfaite de l'encéphale et de la moelle épinière. Il n'y a donc de lésés que les organes de la myotilité volontaire, muscles et nerfs. Aucune maladie n'est plus nettement localisée.

Le hasard a voulu que j'aie été le premier à qui il ait été donné de faire l'anatomie pathologique de cette maladie. C'est là tout le secret de la part que j'ai prise à sa détermination dont, je ne crains pas de le dire hautement parce que c'est la vérité, la priorité ne saurait m'être contestée. Un grand nombre de faits cliniques, qui étaient demeurés stériles faute d'anatomie pathologique, et quatre autopsies ont servi de base à mon travail.

La première observation remonte à 1832 et a pour sujet une femme de quarante ans. Tout l'appareil musculaire a été successivement paralysé en commençant par les membres supérieurs. La paralysie finit par s'étendre aux muscles de la déglutition, de l'articulation des sons et de la phonation, et au milieu de cette abolition générale de la myotolité, la sensibilité générale et spéciale conserva jusqu'au dernier moment toute son intégrité. L'intelligence et les facultés affectives furent respectées. Les fonctions nutritives s'exécutèrent avec la plus grande régularité. La malade fut trouvée morte dans son lit. A l'autopsie, je m'attendais à trouver une lésion profonde de la moelle épinière; mais cet organe était parfaitement sain, ainsi que le cerveau, le cervelet, l'isthme de l'encéphale.

Dans une deuxième observation, qui a été faite en mars 1848, le malade, âgé de dix-huit ans, qui présentait traits pour traits les caractères de la paralysie musculaire atrophiée, ayant succombé à la variole, l'autopsie démontra l'intégrité parfaite de la masse encéphalique et de la moelle, comme dans l'observation précédente, et, en outre, l'atrophie à des degrés divers de tous les muscles, depuis l'amaigrissement simple jusqu'à la transformation graisseuse. Qu'il me soit permis de faire remarquer que c'est de cette époque seulement (avril 1848) que date la détermination de cette espèce de paralysie que je désigne provisoirement sous le titre d'*atrophie musculaire primitive ou idiopathique*.

Mais une lacune grave existait dans l'anatomie pathologique de cette maladie, c'était la connaissance de l'état anatomique de la portion périphérique du système nerveux. C'est cette lacune que deux observations avec autopsie ont parfaitement comblée.

Dans les troisième et quatrième observations, l'autopsie de deux sujets morts avec tous les symptômes de la paralysie musculaire atrophique au plus haut degré a présenté : 1° comme dans les deux observations précédentes, l'intégrité parfaite de la masse encéphalique et de la moelle ; 2° comme dans la deuxième observation, tous les degrés de l'atrophie musculaire ; 3° en outre, l'*atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux*, et à côté de cette exténuation des racines antérieures de ces nerfs, les racines postérieures respectées conservaient tous les caractères de l'état le plus normal.

Conclusion. —1° Il existe une *paralysie musculaire* tantôt partielle, tantôt générale, avec intégrité de toutes les autres fonctions, dont le caractère anatomique est l'*atrophie* des racines spinales antérieures et l'*atrophie* de tous les muscles correspondants.

2° Cette paralysie musculaire atrophique doit être rapprochée non de la paralysie qui a son point de départ aux centres nerveux, mais de celle qui résulte de la section des nerfs affectés aux mouvements ; telle est la section du nerf radial, du nerf cubital ou du nerf médian par rapport aux muscles auxquels ils se distribuent.

3° Les faits relatifs à la paralysie musculaire atrophique sont pleinement confirmatifs du grand théorème de Charles Bell en ce qui touche la distinction des racines des nerfs spinaux en racines antérieures ou *motrices* et en racines postérieures ou *sensitives*. Ces faits pathologiques peuvent être considérés comme la démonstration la plus complète et la plus péremptoire.

4° Ces faits établissent une influence, non soupçonnée par les physiologistes, des racines antérieures des nerfs spinaux sur la nutrition musculaire.

5° Ces observations établissent, en outre, que les racines spinales antérieures sont indépendantes des cordons antéro-latéraux de la moelle; car aux racines atrophiées correspondaient des cordons antéro-latéraux parfaitement sains.

6° Donc l'origine réelle des racines antérieures des nerfs spinaux n'est pas aux cordons antéro-latéraux ; donc elle est dans la substance grise centrale de la moelle.

7° C'est donc dans la substance grise qu'il faudra chercher le point de départ de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.

De la mensuration de l'angle facial et des goniomètres faciaux.

M. Jacquart lit un Mémoire qu'il résume ainsi :

Pour obtenir l'angle facial d'après Camper, on tire une ligne, nommée *faciale*, depuis l'angle antérieur de la mâchoire supérieure, ou, si les dents font saillie au delà de la mâchoire, depuis les dents mêmes jusqu'à la partie la plus saillante du front, qui est constituée ordinairement par l'espace compris entre les arcades sourcilières. On mène une seconde ligne, ou ligne horizontale, à travers l'ouverture du conduit auditif jusqu'à la rencontre de la base des narines, entre les sommets des racines des incisives moyennes, et de ce point on la prolonge jusqu'à ce qu'elle coupe la ligne faciale. Mais, afin d'avoir un point fixe pour la terminaison antérieure de cette ligne horizontale, le docteur Morton la dirige toujours au-dessous de l'épine nasale inférieure, au-dessus et entre les racines des incisives. Le point où ces deux lignes se rencontrent est pour lui le sommet de l'angle facial. Je me propose d'établir plus tard, dans un travail plus étendu et plus approfondi, la valeur et la signification de l'angle facial. Pour le moment, je me bornerai à rechercher quels ont été les moyens employés jusqu'ici pour le trouver.

Camper, profitant de la supériorité de son habile crayon, traçait les profils des têtes soumises à son observation, et, pour cela, il se servait de fils verticaux, horizontaux et obliques ; en un mot, c'étaient des moyens graphiques analogues à ceux que mettent en usage les

artistes, quand ils se servent de petits carrés pour reproduire les objets plus grands ou plus petits que nature, ou de grandeur naturelle. Ainsi, il lui fallait esquisser d'abord les profils ; puis il menait sur le dessin la ligne horizontale et la ligne faciale. Si le diagraphe eût été inventé, ou le daguerréotype, il est probable qu'il en eût préféré l'emploi à son procédé, et je ne doute pas que les figures exécutées ainsi ne surpassent en exactitude celles qui sont dessinées par les mains les plus habiles sans le secours de ces instruments. Tous ceux qui, après lui, se sont occupés de l'angle facial, ne s'y sont pas pris autrement. Un quart de cercle gradué, porté sur l'angle formé par les deux lignes, leur en donnait la valeur. Est-il besoin de faire sentir la lenteur et l'insuffisance d'une méthode qui exige un trait préalable, et qui, confiée à des dessinateurs moins consommés ou moins attentifs, doit traduire des inexactitudes dans l'esquisse par des erreurs dans l'évaluation de l'angle facial, surtout si, comme il arrive le plus souvent, ces profils sont réduits? La seule manière précise de mesurer l'angle facial, c'est d'évaluer l'angle plan que forment entre eux le plan facial et le plan qui, passant par le milieu des deux conduits auriculaires, et l'un des points déjà indiqués ci-dessus soit le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, soit au-dessous de l'épine nasale inférieure, ou enfin même le tranchant des incisives, forme le plan horizontal. C'est sur ce principe que le docteur Morton a construit son goniomètre et que j'ai construit le mien. En poursuivant mes recherches sur ce sujet, j'ai trouvé dans le *Magasin encyclopédique*, première année, tome III, page 451, à l'histoire naturelle des Orangs-Outangs, par Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire, dans une Note à la page 459, un procédé adopté par ces illustres anatomistes, pour trouver l'angle facial. Voici dans quels termes ils s'expriment : « Nous avons à peu près suivi la même voie que Camper dans ses recherches sur les physionomies des différentes races d'hommes. Nous avons seulement cherché à décrire d'une manière plus rigoureuse les lignes principales : l'une, nommée *horizontale*, est censée passer par le milieu de celle qui va d'un trou auditif à l'autre, et par le tranchant des dents incisives; l'autre, ou *faciale*, va de ce dernier point à la saillie que l'os frontal fait entre les sourcils ou sur la racine du nez. *L'angle intercepté entre ces deux lignes est l'angle facial.* »

Je ne puis, faute d'espace, donner ici les figures géométriques qu'ils ont tracées. Je tâcherai cependant d'exposer leur procédé aussi clairement que possible. Ils joignent les milieux des orifices auriculaires par une ligne; ils construisent un triangle isocèle sur cette ligne comme base, et en prenant pour côté double de ce triangle la distance d'un conduit auriculaire au tranchant des incisives. Une perpendiculaire est abaissée du sommet sur la base. Un autre triangle isocèle est construit avec la même base, et a pour côté double la distance du conduit auriculaire au point le plus saillant du front. Une perpendiculaire joint le milieu de cette base au sommet du triangle. Il s'agit dès lors de construire un triangle sur la perpendiculaire du premier triangle isocèle avec la distance des incisives à la partie la plus saillante du front et la perpendiculaire du second triangle. L'angle compris entre les deux premières lignes est l'angle facial adopté par Cuvier et Geoffroy-Saint Hilaire. Il me sera facile de prouver, qu'ainsi que l'instrument du docteur Morton et le mien, il donne des résultats et plus sûrs et plus précis.

Je ferai remarquer, en passant, que Camper est beaucoup plus occupé de la ligne faciale que de l'angle facial, qu'il n'indique que d'une manière accessoire. A la vérité, il n'y a pas de ligne faciale sans l'angle du même nom qui en donne l'inclinaison; mais enfin, dans la pensée de ce dessinateur consommé, la ligne faciale est tout, c'est à elle que les races doivent les caractères de leurs physionomies. Depuis Camper, on fait le contraire, l'angle facial est placé en première ligne, la ligne faciale n'est mentionnée que comme l'un de ses côtés.

Qu'est-ce donc après tout que l'angle facial de Camper? C'est un compas dont une branche est formée par la ligne faciale, et l'autre par la ligne horizontale menée du conduit auriculaire à un des points du maxillaire déjà indiqué. Or, c'est sur le trajet d'un plan médian vertical antéro-postérieur que se manifestent surtout les variations de la face par rapport au crâne. Ne voit-on pas alors que Camper a mal placé la branche inférieure de son compas, ou la ligne horizontale; que ce n'était pas obliquement et sur le côté de la face qu'elle devait être appliquée, mais bien dans le plan vertical médian antéro-postérieur? C'est précisément ce qu'ont fait Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire. Comme on a pu le voir, c'est sur le plan médian vertical antéro-postérieur qu'ils appliquent la branche inférieure de leur compas, bien sûrs d'avoir des résultats mathématiques, en supposant que dans l'exécution compliquée de leurs trois triangles dont les éléments viennent se combiner, il ne se glisse pas d'erreur. Si je suis parvenu à démontrer que les goniomètres faciaux sont basés sur les principes adoptés par Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire, comme leur emploi est plus facile et cent fois plus prompt, ils devront être préférés. Revenons donc à l'instrument de Morton d'abord, puis au mien, et tâchons d'apprécier leur valeur respective.

L'auteur donne ici la description du goniomètre de M. Morton ; mais cette description, ne pouvant être comprise sans le secours d'une figure, ne saurait trouver place ici. On trouvera du reste cette description et la représentation de l'instrument dans l'ouvrage de l'anatomiste américain (*Crania americana*, page 250).

La même difficulté s'oppose à ce que nous reproduisions, de la description du goniomètre de M. Jacquart, autre chose qu'une indication générale que l'auteur donne dans les termes suivants :

Cet instrument est formé essentiellement par deux plans, l'un dit *facial*, s'appliquant sur la saillie du front, et sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, le tranchement des incisives, ou au-dessous de l'apophyse nasale inférieure ; l'autre plan *horizontal*, passant par les milieux des orifices des conduits auditifs, et par le point du maxillaire déjà choisi pour l'autre plan. Ces deux plans sont joints par les charnières, et l'angle qu'ils comprennent entre eux donne l'angle facial.

Après avoir indiqué la manière dont on doit faire usage de son appareil, M. Jacquart le compare à celui du docteur Morton et les apprécie l'un et l'autre.

L'invention de l'instrument du docteur Morton, poursuit-il, a fait faire un pas immense à la mensuration de l'angle facial. Je ne l'ai pas vu fonctionner; je ne le connais que par la figure assez incomplète qu'il en donne dans son ouvrage. J'ai tâché, en la rectifiant un peu dans l'exécution, de la rendre plus intelligible. Son goniomètre ne me paraît avoir été construit que pour des têtes osseuses. La disposition de la pièce du plan facial ne me semble guère susceptible de s'appliquer sur le vivant. De plus, il ne me paraît pas possible d'opérer avec l'instrument, tel qu'il est, sur une tête de fœtus ou d'un petit animal. Pour un animal de forte taille, il serait entièrement à modifier.

Mais je soupçonne, ce qui est plus grave, un vice dans sa construction. En effet, une condition essentielle pour bien établir le plan horizontal, c'est que ce plan prolongé coupe par le milieu, au niveau des orifices externes les conduits auditifs, les pivots qui se fixent dans ces conduits. Or, l'auteur garde un silence complet sur ce point. N'aurait-il pas saisi toute l'importance de cette condition? La face supérieure des coulants n'est pas dans le plan de la base de son goniomètre ; on a donc tout lieu de craindre que les pièces qui s'introduisent dans les conduits auditifs ne soient pas avec cette base dans les rapports voulus pour que l'instrument soit exact. Le mien me paraît plus précis et plus simple. Il peut s'adapter sur des crânes d'adultes, des têtes de très-jeunes enfants, et même des têtes de fœtus, ou de petits animaux. Il suffit pour cela d'avoir des coulants de rechange avec des pivots plus longs.

Pour qu'il puisse servir sur de grands animaux, il ne faut que lui donner de plus grandes dimensions. Il s'applique sur le vivant, sans aucun inconvénient, en revêtant les pivots auriculaires d'une espèce de fourreau en caoutchouc. La manière la plus commode de procéder dans ce cas, c'est de faire passer le plan horizontal immédiatement au-dessous du nez. Enfin, ce qui me paraît important, il permet de prendre l'angle facial au-dessous de la bosse nasale; ce qui est impossible avec l'instrument du docteur Morton. Il est temps en effet de dégager l'angle facial de cette cause d'erreur, ou, si l'on continue à mesurer cet angle, comme l'auteur précité, en faisant toucher la bosse nasale par le plan facial, qu'on y joigne toujours celui qu'on obtient en plaçant la traverse de la pièce mobile du plan facial de mon instrument à la limite supérieure des sinus, c'est-à-dire à 3 centimètres au-dessus de la suture fronto-nasale.

Maintenant que l'habile ouvrier qui l'a exécuté vient d'y mettre la dernière main et lui a donné toute la précision dont il est susceptible, je me propose de faire connaître les résultats que m'aura fournis son application sur les nombreux crânes et bustes de la galerie anthropologique du Muséum que M. Serres a la gloire d'avoir fondée.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS,
55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 148. 3e année. Mercredi 12 Décembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Le journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

Suite. — *Voir les n° 142, 144 et 146.*

De la congestion sanguine chronique du foie.

Dans l'observation précédente l'influence pathogénique s'est montrée très-complexe; des causes morales, des modifications brusques de régime alimentaire et d'habitudes, des pertes séminales involontaires ont agi simultanément pour produire la congestion hépatique. Nous allons voir la maladie se développer d'abord sous la seule action de pollutions nocturnes répétées, s'aggraver et se reproduire ensuite sous celle de causes morales et bromatologiques analogues à celles qui avaient agi sur M. Gr.

Observation II. — Le père de M. d'H... jouissait d'une bonne santé générale; il est mort à l'âge de soixante-trois ans d'une affection du poumon. La mère du malade est morte subitement à l'âge de cinquante-cinq ans; elle était d'un tempérament très-nerveux et sujette à des dérangements d'appétit.

M. d'H..., qui ressemble physiquement à sa mère, est né chétif et est resté grêle et sec. Il a été mis successivement, et sans de meilleurs résultats, entre les mains de sept nourrices. Néanmoins, à l'exception d'une rougeole à quatre ou cinq ans, sa santé est restée bonne jusqu'à l'âge de quinze ans, et pendant cette période de sa vie il n'a été sujet à aucune indisposition habituelle. M. d'H... habitait la campagne, vivait au grand air et commença à chasser dès l'âge de dix ans. Sous tous les rapports son hygiène était excellente; il n'a jamais été au collége et a été élevé chez ses parents par des précepteurs.

Vers l'âge de quinze ans, sans cause connue, M. d'H... ressentit des palpitations fréquentes, mais sans aucun autre symptôme; elles avaient ceci de particulier, qu'elles survenaient toujours exclusivement après les repas. Ces accidents furent attribués à une hypertrophie du cœur, au dire du malade, et une application de sangsues fut faite à la région précordiale. M. d'H... ne peut dire quel fut l'effet immédiat de cette application; il sait seulement que les palpitations ne tardèrent pas à se dissiper.

A seize ans M. d'H... commença à avoir des pertes séminales; les pollutions, toujours excitées par des rêves érotiques, étaient nocturnes et n'avaient jamais lieu le jour ou pendant la défécation; elles se produisaient presque toutes les nuits et assez souvent jusqu'à deux et trois fois par nuit. D'ailleurs, M. d'H..., d'un tempérament très-froid, affirme ne s'être *jamais* adonné à la masturbation, ni à cette époque, ni avant, ni après. Un grand nombre de moyens furent mis en usage sans succès; entre autres M. d'H... se rappelle qu'on lui prescrivit une alimentation toujours froide, qu'on employa les réfrigérants localement, diverses pilules, des narcotiques, etc. La santé généralement bonne jusqu'alors ne tarda pas à s'altérer; l'appétit devint inégal, se perdit en partie; bientôt les digestions furent pénibles; après les repas, M. d'H... éprouvait un malaise général, de la céphalalgie; il y avait des renvois et une sensation pénible à l'épigastre, etc. Peu à peu les forces diminuèrent; M. d'H... pâlit et maigrit.

Après avoir épuisé tous les moyens prescrits contre les pertes séminales, le malade s'avisa de se lier la verge avec un ruban. L'effet produit ne fut pas absolument ce qu'il pensait, mais paraît néanmoins avoir été très-heureux; la nuit, lorsque survenait l'érection, la douleur produite par le lien éveillait M. d'H... et lui permettait ainsi d'éviter l'éjaculation. Après avoir obtenu de la sorte quelques nuits de rémission il put abandonner ce moyen, et les pollutions ne se reproduisirent plus que de loin en loin, et disparurent enfin complétement vers l'âge de dix-neuf ans. A cette époque eurent lieu les premiers rapports sexuels qui n'eurent rien d'anormal et furent d'ailleurs assez rares.

Cependant, malgré la cessation des pertes séminales, M. d'H... conserva toujours des digestions pénibles et un état habituel d'inappétence. L'état de complète santé n'a été depuis cette époque qu'une exception de quelques jours ou de quelques semaines. Il ne peut indiquer les nombreux traitements auxquels il a été soumis; mais il a été sept ou huit fois à Vichy. Pendant son séjour il y avait un peu plus d'appétit, il digérait mieux, mais cette amélioration était très-passagère.

Depuis quelques années M. d'H... a éprouvé des chagrins très-vifs, particulièrement en juin 1854; à la même époque la présence du choléra dans la contrée où il habitait l'impressionna vivement. Un soir il eut quelques nausées et dormit très-mal; il se crut atteint par l'épidémie. Alors débuta un état nerveux principalement caractérisé par une agitation vague, mais considérable, qui se manifestait surtout après les repas. Les troubles digestifs s'aggravèrent. L'espèce d'intermittence présentée par ces accidents fit administrer, mais très-inutilement, le sulfate de quinine. Un peu plus tard on prescrivit des préparations de quinquina, de rhubarbe et de fer; ce traitement fut continué pendant cinq mois. Les digestions s'améliorèrent, puis l'agitation diminua et se calma tout à fait; enfin la santé paraissant entièrement rétablie, M. d'H... suspendit son traitement.

Au printemps de 1855, nouveaux chagrins; retour des accidents gastriques et nerveux. M. d'H... ne pouvant plus digérer se soumit à un régime des plus débilitants; il vivait de potages maigres et de laitages. Mais les accidents s'aggravant sans cesse, il prit la résolution d'essayer l'hydrothérapie, il vint à Bellevue le 8 juillet 1855.

Les troubles digestifs et nerveux ont été les seuls phénomènes morbides éprouvés par M. d'H... depuis l'âge de dix-neuf ans, et ils ont toujours présenté les caractères qui seront indiqués plus loin. M. d'H... ne s'est jamais adonné à des excès d'aucun genre; il n'a jamais eu d'accidents vénériens. Ses conditions hygiéniques ont toujours été très-bonnes.

Etat actuel.—M. d'H... est d'une taille au-dessous de la moyenne; il est d'une apparence chétive; ses membres sont pourtant plus musclés qu'on ne pourrait le soupçonner à son aspect. Il est d'ailleurs très-maigre. Le teint est foncé, les cheveux, les sourcils, la barbe et les yeux sont noirs; les contours de la figure sont rudes et brusqués.

M. d'H... est facile à émouvoir, mais son caractère est doux, et il

n'est pas porté à la colère. Les dents sont bonnes, le teint est cachectique, et la sclérotique présente une légère coloration jaunâtre.

L'appétit est nul, et si M. d'H... éprouve quelquefois le besoin de manger, du moins il ne ressent jamais la faim non plus que la soif. La langue est généralement chargée, surtout à la base où elle a une teinte verdâtre; la bouche est d'ordinaire pâteuse ou sèche, surtout quand les digestions sont pénibles. Rien d'anormal dans la déglutition. M. d'H... mange indifféremment de tous les mets, et n'a de répugnance ni de goût particulier pour aucun aliment. Une faible quantité de nourriture amène la satiété, et la digestion s'accompagne toujours de phénomènes pénibles. Ces symptômes n'ont cependant pas pour siége l'estomac. Ainsi, il n'y a pas de douleur à la région épigastrique, pas de renvois gazeux ou acides, pas de nausées ni de vomissements. Tout au plus, parfois, une légère sensation de gonflement à l'épigastre et quelques éructations à une époque assez avancée de la digestion. L'ingestion des aliments ne provoque pas de borborygmes, de coliques ni de selles; mais chaque fois que M. d'H... a mangé, il éprouve un accablement général avec tendance au sommeil, agitation, palpitations de cœur très-pénibles, douleurs dans la tête et surtout dans les orbites; il est, en même temps, plus impressionnable au froid; il ne peut appliquer ses facultés intellectuelles, il est plus porté à la tristesse que d'ordinaire, etc. Tous ces accidents disparaissent quelques heures après les repas.

Les selles sont très-rarement solides, et cela n'a lieu qu'après de bonnes digestions; d'habitude, elles sont demi-solides, fréquemment mêlées de mucosités, parfois écumeuses; on y retrouve des aliments non digérés, des légumes surtout.

Le foie, dont la limite supérieure n'est point déplacée, dépasse le rebord central de 8 centimètres. Les autres organes abdominaux ne présentent rien à noter. L'évacuation des urines est normale; leur abondance est moyenne, et elles sont généralement limpides et peu colorées, parfois, cependant, elles se troublent par le refroidissement.

Les besoins vénériens sont rares et n'ont pas été satisfaits depuis un an; il y a pourtant des érections, mais peu considérables. Jamais, actuellement, de pertes séminales.

Le sommeil est toujours très-court; il ne dure presque jamais au delà de trois ou quatre heures, mais pendant ce temps il est bon; parfois il y a insomnie absolue.

Les forces générales sont peu considérables; M. d'H... se sent mou, et la marche, en particulier, le fatigue beaucoup.

L'intelligence est saine, la mémoire ordinaire; mais M. d'H... ne peut ni causer, ni appliquer ses facultés sans éprouver une grande agitation, surtout après les repas, comme je l'ai dit; il est porté à la mélancolie, mais sans fuir la société et sans penchant pour le suicide.

La sensibilité tactile, le goût, l'odorat et l'ouïe n'ont subi aucune modification. La vue est bonne, mais depuis deux ans, lorsque M. d'H... se promène dans les bois, il ne peut regarder les branches des arbres sans éprouver une sensation pénible de confusion qu'il évite avec soin.

Le pouls est assez plein et même large et rapide, mais très-facilement dépressible. Le système veineux cutané est développé; les veines sont grosses et tendues, mais le froid, auquel le malade est très sensible, les resserre facilement. Elles se tuméfient rapidement quand les mains prennent une position déclive. L'impulsion et les bruits du cœur et des gros vaisseaux sont normaux. M. d'H... est cependant sujet à des palpitations qui surviennent, soit pendant un exercice, soit à l'occasion d'une émotion, mais surtout après les repas.

Le traitement est commencé le 10 juillet.

8 Août. Pendant la première semaine de son séjour à Bellevue, M. d'H... a été tourmenté par une diarrhée bilieuse accompagnée de coliques, qui a cédé après l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz. Dès lors, les selles ont été constamment normales et solides, mais M. d'H... paraît être très-sujet à un état saburral : la langue se charge, devient blanche et verdâtre à la base, large et molle; l'appétit se perd plus complétement, et les aliments inspirent de la répugnance. Deux fois encore, à quelques jours d'intervalle, il a été nécessaire de lui faire prendre de l'eau de Sedlitz.

Malgré ces accidents passagers, l'état de M. d'H... s'est graduellement et très-notablement amélioré. Depuis le 27 juillet surtout, les digestions n'ont plus rien de pénible, et l'appétit est très-vif. Il n'éprouve pas, à l'estomac, la moindre sensation de lourdeur, les selles sont solides et on n'y trouve plus ni mucosités ni aliments mal digérés; il n'y a plus de somnolence, d'accablement ni de douleurs orbitaires après les repas. La tristesse a fait place à une gaîté et une satisfaction que M. d'H... ne connaissait pas depuis longtemps. Du côté du foie, les changements ne sont pas moins remarquables, et, depuis près de quinze jours, il ne dépasse plus le rebord costal que de 3 centimètres. Les forces générales se sont accrues, et M. d'H... fait actuellement de longues promenades sans fatigue. Le teint s'est sensiblement coloré, et les yeux ne présentent plus cette coloration jaunâtre que j'avais signalée lors de son entrée.

Malheureusement, M. d'H... rappelé dans sa famille par des intérêts pressants, est obligé de quitter l'établissement. (*Observation recueillie par M. le docteur* O. Landry.)

Dans la grande majorité des cas, la congestion hépatique primitive se développe dans des circonstances analogues à celles dont les deux observations qu'on vient de lire nous offrent des exemples remarquables. Le fait suivant va nous la montrer ne reconnaissant pas d'autre cause appréciable qu'une alimentation irrégulière et l'abus des boissons alcooliques.

Observation III. — M. B..., âgé de trente-cinq ans, Anglais, habitant Londres, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais fait de maladie grave, mais n'a jamais joui, néanmoins, que d'une santé délicate et chancelante. Très-absorbé par des intérêts industriels considérables, il s'est peu préoccupé de sa personne depuis dix ans, et a suivi un régime hygiénique fort mauvais; prenant ses repas très-irrégulièrement, mangeant tantôt peu et très-vite, tantôt très-copieusement et longuement; un jour ne faisant qu'un seul repas vers onze heures ou minuit, un autre jour en faisant cinq ou six pour faire honneur à des amis, ou pour traiter de transactions commerciales, usant avec excès des condiments âcres si répandus en Angleterre et des boissons alcooliques, principalement du vin de Xérès, dont il lui arrivait souvent de boire quatre à six bouteilles dans une journée!

En 1848, il se manifesta, dans les fonctions digestives, des troubles, principalement caractérisés par une constipation opiniâtre, de la somnolence après les repas, une pesanteur et une tension épigastriques fort désagréables, mais néanmoins non douloureuses, de la tympanite intestinale, des rapports acides, etc.

Pendant deux ans, M. B... n'opposa aucun traitement à ces accidents, qui présentaient des alternatives de rémission et d'exacerbation; mais, en 1850, force lui fut d'invoquer les secours de l'art. Des purgatifs, et spécialement le calomel, furent administrés pendant plusieurs mois sans produire aucun soulagement.

En janvier 1851, M. B... fut amené à Paris pour ses affaires; il y consulta plusieurs médecins, qui attribuèrent tous les accidents à la gastralgie, à la dyspepsie, et prescrivirent qui les viandes blanches, la diète lactée, la belladone, l'opium; qui les alcalins, les ferrugineux, le sous-nitrate de bismuth, le charbon, la noix vomique; mais tous ces moyens restèrent inefficaces, et, au mois de juin, le malade fut envoyé à Vichy.

Les eaux minérales semblèrent d'abord améliorer les digestions, mais au bout de quinze jours, malgré leur usage et un régime sévère, les accidents se manifestèrent de nouveau et ne tardèrent pas à atteindre, et même à dépasser leur intensité première; M. B... ne quitta néanmoins Vichy que le 10 septembre; après avoir pris deux saisons il retourna en Angleterre.

Pendant un an, de nouveaux écarts de régime furent commis; l'homœopathie fut essayée pendant trois mois sans aucun succès.

Le 5 octobre 1853, M. B... vint à Bellevue réclamer le secours de l'hydrothérapie.

État actuel. — Coloration grisâtre de la peau, qui est sèche et rugueuse; yeux excavés; faciès exprimant la souffrance; amaigrissement considérable, anémie très-caractérisée, susceptibilité extrême aux influences atmosphériques; anaphrodisie complète; des pollutions nocturnes ont parfois lieu, mais sans érection et sans rêves érotiques.

La langue est pâle, large et humide, sans enduit notable; l'appétit est irrégulier, capricieux; le malade, s'il ne résistait point à ses désirs, ne se nourrirait que de crudités et d'acides. La digestion est laborieuse, accompagnée de tympanite gastro-intestinale et d'une expulsion très-considérable, par la bouche et par l'anus, de gaz fétides. La constipation est opiniâtre; le malade est obligé de prendre tous les jours, et souvent sans succès, plusieurs lavements.

Les forces musculaires sont anéanties, et c'est à peine si M. B..., qui était un grand marcheur, peut faire une courte promenade; l'ascension d'un escalier, d'une côte un peu rapide, provoque de l'essoufflement et des palpitations. Le sommeil est mauvais, agité, souvent interrompu.

L'examen attentif de la poitrine et de l'abdomen ne fait découvrir

aucune autre lésion organique qu'une augmentation très-considérable du volume du foie, lequel, sa limite supérieure n'étant pas déplacée, dépasse le rebord costal de 11 centimètres.

Je n'hésitai point à rattacher tous les troubles de la digestion et de la nutrition à la congestion hépatique, et le traitement fut constitué en conséquence.

Le 5 février 1854, M. B... était complétement guéri depuis un mois, pesait 140 livres au lieu de 110, et retournait en Angleterre, promettant de suivre désormais un régime hygiénique mieux ordonné.

(La suite à un prochain numéro.)

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Éloge de M. Récamier,

Par M. Fréd. Dubois,

Secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

Messieurs,

Ce n'est jamais sans émotion ni sans trouble qu'à chacune de nos solennités je me vois appelé à l'honneur de porter la parole devant vous ; mais si je ne puis me défendre de cette inquiétude alors même que j'ai à vous parler d'un de ces laborieux, de ces sages praticiens qui, après s'être soumis à de longues études et s'être fortifiés par de continuelles et attentives observations, se sont élevés dans les hautes régions de la science pour y trouver une gloire modeste mais incontestée, de combien de difficultés et d'écueils ne dois-je pas me trouver environné, aujourd'hui que j'ai à vous entretenir d'un de ces rares génies, qui pour accomplir des choses, tantôt grandes et tantôt étranges, ne s'inspirent que d'eux-mêmes, apôtres de vérités et quelquefois d'erreurs, qui semblent obéir à de puissants et mystérieux instincts, et arrivent ainsi à une gloire qui reste éblouissante pour quelques-uns, mais qui, pour d'autres, demeure incertaine, obscure et contestable !

Déjà peut-être vous avez compris, messieurs, que c'est de M. Récamier que je veux vous parler, de cet esprit supérieur et inégal, qui, pendant près d'un demi-siècle, sembla prendre à tâche d'étonner et de déconcerter ses contemporains par l'élévation et l'instabilité de ses théories, par l'éclat et le désordre de sa parole, par la singularité et l'audace de ses médications.

M. Récamier a laissé parmi nous des traces trop profondes et trop personnelles pour que son nom puisse tomber dans l'oubli ; il a droit au tribut de louanges qu'exige toute grande célébrité. Je vais donc rappeler quels ont été les fondements de la sienne ; je dirai par quelles vues soudaines et lumineuses, par quels savants et ingénieux procédés se révélait en lui cet heureux don du ciel qu'on appelle *invention ;* je montrerai quelle était la prodigieuse, l'inépuisable fécondité de son esprit ; mais en même temps je ne pourrai me dispenser de parler de cette *imagination* ardente et fougueuse, qui trop souvent dominait ce grand praticien et le poussait à d'inexprimables hardiesses.

Plus que personne, peut-être, j'aimais et j'admirais ce rare assemblage de brillantes facultés, mais je ne puis oublier qu'ici je parle au nom d'un grand corps, gardien des saines doctrines, et qu'avant tout je dois maintenir les droits de la vérité, de la raison et de la science bien comprise.

M. Récamier, je le dis dès à présent, a été un homme *excessif ;* je me hâte d'ajouter qu'il ne l'a été que dans le bien, ou du moins dans ce qu'il croyait être le bien ; de sorte que s'il m'arrive d'avoir à déplorer quelques égarements, je pourrai toujours louer du moins la pureté et l'excellence de ses intentions ; aussi, messieurs, ai-je la conviction que rien de ce qui sortira de ma bouche ne pourra blesser les sentiments de ceux qui ont conservé pour la mémoire de M. Récamier une pieuse estime et une juste vénération.

Né à Cressin, petite commune située près de Bellay, dans le département de l'Ain, le 6 novembre 1774, Joseph-Claude-Anthelme Récamier, appartenait à l'une de ces familles qui sont l'honneur et l'orgueil d'une province.

Son père était un notaire d'un esprit distingué, d'un profond savoir et d'une haut probité.

Son grand-père, le docteur Grossi, proto-médecin des rois de Sardaigne, Victor-Amédée et Charles-Emmanuel, s'était fait en son temps une vaste réputation par l'étendue de ses connaissances et les succès de sa pratique.

L'église avait eu ses représentants dans cette famille, c'est un oncle paternel du futur médecin, l'abbé Récamier, curé de Villebois, qui fut son premier précepteur.

L'esprit et la beauté devaient aussi se mettre de cette parenté, comme pour en rehausser l'éclat ; on sait que le célèbre auteur de la *Physiologie du goût*, Brillat Savarin, appartenait à la famille de M. Récamier et que plus tard une alliance y fit entrer cette belle personne, qui dans sa retraite de l'Abbaye-aux-Bois, était restée pour ses nombreux amis, comme un type de grâce et de distinction, un symbole d'inaltérable douceur et d'inépuisable bonté.

Mais déjà j'aurais dû dire que c'est à sa mère que M. Récamier donnait la première place dans ses souvenirs d'enfance ; c'est sur ses genoux qu'il apprit à lire, et comme c'était une femme d'une grande piété, elle ne s'était point bornée à cultiver ce jeune esprit, elle avait aussi parlé à son cœur et jeté dans son âme les premières semences de ces sentiments religieux si vifs et si profonds qui ont marqué toute sa vie.

Des bras de cette tendre mère, le jeune Récamier avait passé sous la direction du respectable ecclésiastique dont nous venons de parler et qu'on aurait pu appeler le Fénelon de la famille ; puis on l'avait envoyé au collége des Joséphistes, à Bellay ; les études y étaient fortes et bien dirigées. La bourgeoisie du Bugey et de la Bresse y envoyait presque tous ses enfants. Anthelme Récamier s'y lia d'une étroite amitié avec Anthelme Richerand, fils comme lui d'un notaire du pays, et qu'on citait parmi les élèves les plus distingués.

Richerand était de cinq ans plus jeune que Récamier, celui-ci se montrait plus soumis et plus docile, grâce sans doute aux salutaires enseignements de sa jeunesse ; Richerand, doué d'une merveilleuse facilité, avait plus de goût pour les lettres et donnait plus d'élégance à ses compositions ; ces deux jeunes gens devaient se retrouver plus tard à Paris.

En 1792, M. Récamier quitta le collége de Bellay. Il rentrait dans sa famille avec une foi religieuse plus vive encore peut-être et plus ardente qu'aux jours de son enfance. Quand vint le moment de choisir une profession, comme il n'était guidé que par le désir d'être utile à ses semblables, il se décida pour l'art de guérir, et obtint de ses parents la permission d'aller faire de premières études à l'hôpital de Bellay, sous un chirurgien estimé nommé M. Gonet, puis à l'hôpital de Bourg.

Je viens de dire qu'au collége de Bellay le jeune Récamier avait rencontré le futur auteur des *Eléments de physiologie ;* à l'hôpital de Bourg il va trouver parmi ses condisciples un timide et gracieux jeune homme, qui devait être une des gloires de la France, Xavier Bichat, à peine âgé de vingt et un ans.

On était alors en pleine révolution ; Bichat dut se rendre à Lyon pour y suivre les leçons de Marc-Antoine Petit, en qualité d'élève de l'Hôtel-Dieu ; Récamier, atteint par la réquisition, se fit attacher au service de santé de l'armée des Alpes, comme chirurgien auxiliaire de troisième classe ; son corps d'armée devait garder la frontière et repousser les Piémontais ; mais la ville de Lyon s'étant mise en pleine révolte contre la Convention, sa division, commandée par le représentant Dubois-Crancé, fut dirigée sur la ville rebelle pour en faire le siége.

Notre jeune chirurgien se trouva ainsi dans les rangs des soldats républicains, pendant que Bichat enfermé dans la ville, prêtait les secours de son art aux malheureux assiégés.

Mais après la reddition de la place, M. Récamier, pour ne pas être témoin des atroces vengeances que Collot d'Herbois et Fouché allaient exercer contre ses infortunés habitants, se hâta de quitter sa division pour aller au port de Toulon prendre du service dans la marine militaire.

Cette nouvelle carrière semblait convenir de tout point à M. Récamier ; il n'était point de ceux qui avaient pris les armes pour la cause de la liberté politique ou de l'égalité civile, mais il voulait l'indépendance de son pays, et il se sentait heureux d'échapper à la guerre civile, pour aller au-devant des ennemis de la France ; son âme patriotique en était exaltée.

C'était par la voie du concours que les jeunes chirurgiens obtenaient de l'avancement dans l'armée de mer ; après quelques mois passés dans l'hôpital de Toulon, un concours s'étant ouvert, M. Récamier se mit sur les rangs et fut nommé premier aide-major à bord du *Ça ira*, vaisseau de 80 canons.

Il semble que la mer et son rude métier étaient une école par laquelle devaient passer presque tous les hommes d'avenir : c'est à la même époque et de la même manière que les deux plus grandes illustrations de la médecine et de la chirurgie militaire devaient commencer leur glorieuse carrière.

Larrey, à peine âgé de vingt et un ans, venait d'être admis à l'hôpital de Brest, et quelques mois de service après, il s'embarquait en qualité de chirurgien major à bord de la frégate *la Diligente*. Broussais passe également quelques mois dans ce même hôpital de Brest, puis il monte à bord de la corvette *l'Hirondelle*, en qualité de chirurgien de seconde classe; c'était sur l'Océan qu'ils allaient naviguer; M. Récamier, enfant des Alpes, allait faire ses premières campagnes sur la Méditerranée.

Les vaisseaux ennemis couvraient cette mer: une lettre que M. Récamier écrivait à son père en date du 23 vendémiaire an IV, fait connaître que le *Ça ira*, à peine sorti du port de Toulon, fut attaqué par cinq bâtiments, le chirurgien major fut tué au milieu du combat, M. Récamier recevait à fond de cale les blessés qui, dit-il, descendaient par vingtaines, et qui bientôt furent au nombre de trois cents! C'était un spectacle affreux, ajoute le jeune chirurgien, mais ce qui nous consolait c'était de voir l'état dans lequel nous avions mis l'escadre de nos ennemis. On était près du golfe de Spezzia; la masse des blessés fut mise à terre, M. Récamier, retenu prisonnier, dut rester avec eux et remplir les fonctions de chirurgien major; transporté ensuite à Olmetta, en Corse, il y organisa tout un service de santé. Une grave épidémie s'était déclarée parmi les prisonniers, lui-même était tombé sérieusement malade; à peine convalescent, on le vit reprendre son service, jeune, plein de zèle, secourable comme il l'a toujours été, on venait de toutes parts le consulter. Quelques paroisses s'étaient même réunies et avaient offert de lui assurer un traitement fixe s'il voulait s'établir dans le pays; mais M. Récamier avait d'autres devoirs à remplir, il se devait à sa famille et il songeait à la science. Témoin d'une épidémie meurtrière, il avait recueilli de nombreuses observations, et bientôt après, ayant été échangé contre un chirurgien major anglais, il soumit son travail au jugement du conseil de salubrité navale de Toulon; ses services venaient de le faire passer de la troisième classe dans la seconde; mais quatre années s'étaient écoulées depuis son départ, il savait que la santé de son père était gravement altérée, cette circonstance le décida à quitter définitivement le service, et en juillet 1796, il revoyait ses chères montagnes.

M. Récamier ne passa guère plus d'une année chez ses parents; les écoles de santé instituées par décret de la Convention à la date du 14 frimaire an III, avaient acquis une grande célébrité, celle de Paris jetait le plus vif éclat, M. Récamier alla s'asseoir sur ses bancs et suivre les leçons de ses professeurs. L'enseignement y était distribué en douze cours à chacun desquels étaient attachés un professeur titulaire et un professeur adjoint. Le nombre des élèves était limité à 300, désignés sous le nom d'*élèves de la patrie*, et divisés en trois classes: *les commençants, les commencés et les avancés.*

M. Récamier se fit inscrire au nombre des élèves vers la fin de frimaire an VI. Il s'était tout d'abord placé au premier rang des avancés et il avait remporté les deux premiers prix décernés en l'an VIII. Ses progrès étaient rapides, avant la fin de cette même année, le 18 frimaire, il soutenait avec éclat une excellente thèse pour le doctorat; il est même à remarquer que ce premier travail sorti de sa plume était plein de connaissances pratiques et sobre d'explications; c'était l'œuvre d'un esprit qui savait encore se garder des vaines hypothèses et ne se laissait aller à aucun écart d'imagination.

Le mérite de M. Récamier comme praticien était déjà, du reste, si bien apprécié, que dès l'année de sa réception au doctorat, le 14 pluviôse an VIII, il avait été nommé médecin *suppléant* à l'Hôtel-Dieu. Peu de temps après, le 19 octobre 1803, un arrêté du conseil général des hospices lui conféra le titre de médecin *expectant*, en remplacement de M. Bourdier nommé médecin ordinaire. Enfin, après un stage de trois ans, un nouvel arrêté du conseil, sanctionné par le ministre de l'intérieur, lui conféra le titre définitif de médecin *ordinaire* en remplacement de M. Danié, décédé.

C'était à cette époque une très-grande position que celle de chef d'un service médical à l'Hôtel-Dieu de Paris, M. Récamier l'a occupé pendant une période de quarante années, c'est-à-dire, du 10 décembre 1806 au 1er janvier 1846, époque à laquelle il fut autorisé à prendre sa retraite, en conservant le titre de médecin *honoraire* de l'Hôtel-Dieu.

C'est donc sur ce grand théâtre que nous allons avoir maintenant à suivre M. Récamier, c'est là véritablement que se sont passés les événements de sa vie médicale; laissant donc de côté les anecdotes relatives à sa personne, nous allons le montrer aux prises avec les doctrines qui successivement ont régné dans l'école de Paris. Nous dirons quelles étaient ces doctrines, quel compte M. Récamier en a tenu, jusqu'à quel point il les a admises ou rejetées, comment enfin il s'est comporté en face de ces grands mouvements scientifiques.

M. Récamier ne s'est pas montré dès les premiers jours, ni même dès les premières années, avec cette vive originalité, cette puissance d'action et ces prodigieuses facultés que nous lui avons vu ensuite déployer; mais déjà il voulait être un grand *guérisseur*, déjà il avait cette foi dans son art qui devait plus tard lui acquérir une si grande réputation: or l'école de Paris, dans ces premières années, professait une doctrine qui ne devait nullement s'accorder avec les idées du jeune médecin de l'Hôtel-Dieu.

On sait que presque tous les professeurs de l'école de santé, avaient été choisis et institués par Fourcroy; c'était la grande époque des sciences physiques et naturelles; les savants régnaient dans les assemblées politiques et dans les écoles; les philosophes s'étaient rangés sous leur bannière, comme eux ils ne voulurent plus reconnaître qu'une seule méthode, l'analyse, et comme eux ils proscrivaient la synthèse; les médecins de leur côté n'avaient d'autres prétentions que celles de faire rentrer les sciences médicales dans l'ordre des sciences naturelles.

Le programme imposé officiellement à l'école de santé de Paris, est un document à citer: ce programme embrassait toutes les parties de l'enseignement, il en déterminait les limites et en indiquait l'esprit. Ainsi pour le cours de clinique médicale ou de médecine proprement dite, il rappelait au professeur que, dans ses leçons, «il devait d'abord *diviser* les maladies en un certain nombre de *classes*, puis qu'après avoir établi les caractères de chaque *classe* de maladies et de ses principales divisions, il devait répéter le même examen sur les *genres* et sur les *espèces*; et ce n'est qu'après avoir ainsi présenté l'*histoire naturelle* de chaque maladie, ajoutait le programme que le professeur pourrait se mettre à considérer les *changements* que les remèdes peuvent apporter dans la marche des maladies.»

On voit qu'il était impossible de se placer dans des conditions de plus parfait désintéressement; seulement le professeur n'était plus un médecin: c'était un curieux, un naturaliste dont la première et la plus importante affaire était de *définir* et de *diviser* les maladies en classes, en genres et en espèces, sauf à établir des *variétés* si cela était nécessaire, puis subsidiairement, et, pour agrandir le champ de ses observations, il pouvait se mettre à administer ce qu'on est convenu d'appeler des remèdes, non pas précisément pour obtenir la guérison des malades, mais, suivant les expressions du programme, pour voir quels *changements* pourraient survenir dans la marche des maladies!

Voilà quel esprit présidait à l'enseignement de la médecine dans l'école de Paris, à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci; aussi avait-on trouvé toute naturelle et fort simple la réponse faite par le célèbre auteur de la *Nosographie philosophique* à l'étrange prétention de Pitcairn, qui, un peu plus soucieux de la santé des hommes, s'était avisé de poser à la médecine contemporaine le problème suivant: *une maladie étant donnée, trouver le remède*; Pinel, on le sait, s'étonnait qu'un problème aussi secondaire, aussi peu important, eût pu séduire jusqu'à Fontenelle; pour lui il trouvait la question, sinon tout à fait déraisonnable, du moins prématurée, et il ajoutait qu'il fallait lui substituer le problème suivant: *une maladie étant donnée, trouver sa place dans un cadre nosologique.*

Heureusement, messieurs, tout cela se passait entre nous et n'est point sorti de nos écoles! le monde railleur n'en a rien su; heureusement, que dis-je; qui sait? quelque Aristophane de l'époque se serait peut-être cru en droit de reprendre l'insidieuse question de Molière! «Mais les médecins ne savent donc rien à votre compte?» Et cela pour répondre avec une légère variante: «Si fait, mon frère, « ils savent, pour la plupart, de belles humanités, savent parler en « grec et en latin, définir et *diviser* les maladies, mais, pour ce qui « est de les guérir, c'est... chose pour eux prématurée!»

Diviser et classer les maladies, telle était donc l'unique pensée de l'école de Paris, à cette première époque de la pratique de M. Récamier dans les hôpitaux; or on comprend que, tourmenté comme il l'était par un besoin continuel d'action et par le désir de soulager ses malades, il n'aurait jamais pu se résoudre à considérer des êtres souffrants avec la curiosité impassible du botaniste ou du zoologiste; son compatriote Bichat avait défini la vie: l'*ensemble des phénomènes qui résistent à la mort*, lui semblait considérer la maladie comme une des scènes de ce drame où la vie a pour un moment le dessous, et où le médecin a pour unique office de prêter aide et assistance au malade.

C'était, à ses yeux, comme un duel imprévu et fatal, dans lequel intervient l'homme de l'art, non comme un témoin impassible réduit au rôle d'observateur, mais comme un noble et courageux soutenant, qui, pour sa part, tient tête à l'ennemi et avec d'autant plus de succès que la science a dû l'armer de toutes pièces.

Mais sur ce terrain difficile, obscur et glissant, de quelle prudence, de quelle circonspection ne doit pas user le médecin, s'il ne veut pas que son intervention devienne plus nuisible qu'utile à ses malades!

M. Récamier, confiant dans son art, fertile en expédients, plein de ressources, n'était jamais pris au dépourvu; il était près de ses malades comme cette fidèle et dernière espérance qui, d'une main, soutient ces infortunés au moment où ils descendent dans le tombeau, et qui, de l'autre, fait briller à leurs yeux sa lampe consolatrice; mais déjà peut-être avait-il trop de goût pour cette médecine active et pour ainsi dire militante que l'on a nommée de nos jours *médecine perturbatrice*.

Il semblait qu'une mission guerrière lui avait été dévolue; les salles de l'Hôtel-Dieu étaient devenues pour lui comme un vaste champ de bataille; c'était, à l'entendre, des combats journaliers qu'il avait à soutenir, combats qui avaient leurs alternatives de craintes et d'espérances, de succès et de revers; s'était-il épris de quelque remède nouveau, d'un de ces agents qu'il appelait *héroïques*, chaque malade en avait une dose, et cela bon gré mal gré, d'un bout de la salle à l'autre. Je demande pardon de l'expression, elle lui appartient, c'était ce qu'il appelait faire feu sur toute la ligne!

Mais si le jeu réel des batailles est, de l'aveu de tout le monde, un jeu plein de hasards et de dangers, de combien de déceptions et de catastrophes ne peut pas être suivie cette autre stratégie qui se fait ainsi au lit des malades, c'est-à-dire dans une sphère à nous presque entièrement inconnue, et dont la pauvre humanité est encore, après tout, l'inévitable enjeu?

N'est-ce point là ce que la plupart des praticiens finissent par reconnaître quand l'âge les a mûris? Et ne reviennent-ils point presque tous à une sage expectation? Mais M. Récamier ne se sentait nullement propre à ce rôle de Fabius; son génie hasardeux et inventif lui faisait au contraire rechercher de préférence les maladies les plus graves et les plus opiniâtres comme pour lutter avec elles; l'agonie elle-même, suprême effort de la nature, n'arrêtait point cet esprit entreprenant; tant qu'il restait un souffle de vie, il soutenait, c'était ses propres paroles, que la partie n'était pas encore perdue! Et c'est alors qu'on le voyait recourir à cette médecine désespérée, à cette thérapeutique d'inspiration et de hasards qui lui faisait opposer la violence de remède à la violence du mal.

Mais je reviens aux doctrines qui se succédaient dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine.

L'école de Paris, paisiblement gouvernée par Pinel, ne voyait rien au delà de son pentateuque médical; les cinq grandes classes de maladies, bien groupées et bien définies, étaient pour elle comme le dernier mot de la science, lorsqu'un simple médecin militaire, laborieux praticien, longtemps confiné au fond du Frioul, dans le petit hôpital d'Udine, s'en vint porter le trouble dans nos écoles et y susciter une véritable révolution. C'était Broussais qui, après s'être timidement essayé dans un obscur amphithéâtre de la rue du Foin, osa élever autel contre autel, doctrine contre doctrine.

Celle qu'il préconisait n'était cependant rien moins que nouvelle; professée dès la plus haute antiquité, sous le nom de *méthodisme*, par Thémison de Laodicée, Tessalus de Tralles et Soranus d'Ephèse, clairement exposée dans les écrits Cœlius Aurélianus, elle avait été reprise en des temps plus rapprochés de nous, par Baglivi, Frédéric Hoffmann, et Brown.

Broussais lui donna le nom de *doctrine physiologique*, mais c'était bien ce dualisme qu'on voit revenir d'âge en âge dans l'histoire de la médecine, ce système tellement simplifié qu'il n'y a plus que deux sortes de maladies et deux sortes de remèdes; des maladies par excès de ton ou de forces, des maladies par défaut de ton ou par faiblesse, des remèdes réputés débilitants et des remèdes dits fortifiants.

Restait toutefois une difficulté, un grave sujet de dissidence qui, se reproduisant à chaque époque, plaçait les adeptes dans deux camps opposés; je veux parler de la proportion dans laquelle se trouvent les malades qu'il faut affaiblir, eu égard à ceux qu'il faut fortifier, et *vice versa*; c'est là qu'était le schisme; les uns prétendant, avec Brown qu'il faut presque toujours fortifier; les autres soutenant, avec Broussais, qu'il faut presque toujour affaiblir; 97 fois sur 100, disait Broussais, il faut affaiblir les malades!

M. Récamier, on doit le prévoir, n'était nullement disposé à accepter les idées des prétendus novateurs; son imagination toujours en travail ne lui aurait jamais permis de s'emprisonner dans les limites d'un pareil système. C'était, on se le rappelle, une sorte de fanatisme; le nouvel enseignement avait pris la forme d'une ardente opposition, et le maître les allures d'un tribun; la jeunesse séduite l'entourait de ses sympathies, et M. Récamier eut à lutter contre ses propres élèves; internes et externes engageaient avec lui de vives discussions: M. Récamier s'y prêtait volontiers et souriait de leur engouement; mais d'un autre côté ne semblait-il pas lui-même prendre plaisir à se perdre dans l'infinie variété de ses individualités morbides? Pour ne parler que des fièvres, qu'on voulait alors supprimer; ne l'avons-nous pas vu, non content des six ordres de Pinel, en imaginer qu'il appelait *biosiques* ou vitales, *pepsiques* ou saburrales, *névrosiques* ou nerveuses, et tant d'autres qui étaient loin de lui suffire, puisque, de son propre aveu, la médecine recommence non-seulement pour chaque homme qui l'étudie, mais encore à chaque malade qu'il est appelé à traiter?

On comprend qu'avec de pareilles doctrines M. Récamier ne pouvait rien trouver de fixe et de stable dans la science, et c'est à cela sans doute qu'il faut attribuer ses perpétuelles improvisations, ses étranges méthodes thérapeutiques et les bizarres médications qu'on lui voyait prôner avec enthousiasme et presque aussitôt abandonner.

Sa lutte cependant avec les fougueux partisans de la doctrine physiologique ne fut pas de longue durée; ceux-ci, en appelant l'attention des praticiens sur l'état des organes avaient fini par jeter quelques esprits dans un autre excès, celui de ne plus tenir compte des manifestations vitales dans le cours des maladies, et de s'attacher exclusivement à la recherche des lésions dites organiques. De là cette autre doctrine qui voulut aussi se donner comme nouvelle, et qui reçut le nom de *Doctrine organique*. Elle différait du reste essentiellement de la doctrine physiologique; celle-ci, en effet, avait toujours eu pour principe que dans l'étude des maladies il faut avant tout s'enquérir de la *nature* du mal et secondairement de son *siége*; la doctrine organique soutenait au contraire qu'il faut d'abord se mettre à la recherche du *siége* et s'occuper ensuite de sa *nature*.

Dans la pratique, la différence était encore plus marquée entre les deux écoles: rechercher la nature du mal c'est remonter à ses causes, or, la connaissance des causes conduit à celle du traitement; aussi les partisans de la doctrine physiologique avaient-ils la prétention d'être avant tout des praticiens, des guérisseurs; les médecins, au contraire, qui avaient embrassé les principes de la doctrine organique, semblaient avoir repris le rôle de simples observateurs; et quelques-uns raisonnaient absolument comme l'avaient fait, en d'autres temps, les disciples de Pinel; eux aussi trouvaient secondaire et prématuré le fameux problème de Pitcairn: *Une maladie étant donnée, trouver le remède*; et ils en avaient également un autre à lui substituer, c'était celui-ci: *Une maladie étant donnée, déterminer pendant la vie ses vrais caractères anatomiques, et vérifier à l'ouverture du cadavre si l'on n'a pas commis d'erreur!*

De sorte que ces délibérations posthumes, ces consultations pour un malade qui mourut hier, n'auraient plus même eu pour objet de savoir ce qu'on aurait dû faire pour le guérir; c'est là, Messieurs, ce qu'on a appelé l'*anatomisme* de l'école de Paris, mais hâtons-nous de dire que cette préoccupation n'a véritablement égaré qu'un petit nombre d'esprits; loin de faire de ses recherches et de toutes ses inspections nécroscopiques, une stérile contemplation de la mort, l'école de Paris y a cherché de nouvelles lumières pour le salut des malades; tous ses travaux attestent cette tendance pratique, et je suis heureux de montrer ici que M. Récamier, entré l'un des premiers dans cette voie féconde, en a donné les plus éclatants exemples.

Au lieu de se réfugier, en effet, comme tant d'autres, dans un vitalisme dédaigneux, incompréhensible et stationnaire, M. Récamier a prouvé, par les applications les plus nombreuses et les plus variées, combien sont importantes et fructueuses les recherches d'anatomie pathologique.

On me pardonnera d'entrer ici dans quelques détails; et d'abord personne n'ignore que dès 1806, M. Récamier avait perfectionné et rendu usuel un instrument qui permet à l'œil du médecin de pénétrer jusque dans la profondeur des organes et à la main du chirurgien d'y porter des secours inespérés; mais ceci n'était qu'un simple moyen d'investigation. On va voir comment M. Récamier s'y prenait pour reconnaître la nature du mal et en arrêter les progrès, aucun des organes de l'économie n'échappait à ses recherches; les dégénérescences du foie avaient particulièrement attiré son attention; on sait que parfois il se forme dans l'épaisseur de ce viscère des cavités remplies d'un liquide clair comme de l'eau de roche, que certains animalcules peuvent se développer dans ces poches; mais comment attaquer une semblable maladie? quel remède porter sur un mal de cette nature? et par quelle voie l'atteindre? M. Récamier, par une opération hardie, qu'il qualifiait de simple acupuncture, s'assurait d'abord de l'existence de ces kystes ou sacs accidentels, il en mesurait l'étendue, il en appréciait la structure, puis s'appuyant sur cette

belle et lumineuse découverte des propriétés adhésives des inflammations, il ouvrait une large issue au liquide, il inflammait les parois du sac qui le contenait, il empêchait l'air d'y pénétrer, et il amenait ainsi une prompte et radicale guérison.

Mais dans le voisinage du foie, dans les profondeurs de l'abdomen des inflammations sourdes, latentes et presque toujours méconnues, peuvent donner lieu à de vastes collections purulentes, c'est ce qu'on nomme des *abcès* profonds du ventre; ici encore, par de savantes explorations, M. Récamier remonte à la source du mal, il en éclaire le diagnostic et en fixe le véritable traitement.

Si maintenant nous passons dans la double cavité qui constitue la poitrine, nous y trouvons encore tout un ordre de lésions dont M. Récamier s'est occupé avec le plus grand succès, je veux parler de ces épanchements qui peuvent se former dans les parties les plus déclives, et que la nature est impuissante à résorber; il faut encore ici, par une ouverture artificielle, donner issue au liquide, c'est l'opération qu'on appelle *empyème;* mais de combien de dangers n'est-elle pas entourée? Si l'air pénètre dans ces cavités, la mort du malade n'en est que plus certaine, et cet air est aspiré par les propres mouvements de la poitrine. M. Récamier conjure encore ici tous les dangers; associant en quelque sorte les manœuvres du physicien à celles du chirurgien, c'est sous l'eau qu'il pratique son ouverture; puis, donnant à la poitrine le temps de s'affaisser et de revenir sur elle-même, il amène peu à peu l'effacement des cavités anormales, et les poumons ne se dilatent plus que pour recevoir l'air qui doit les vivifier.

Voilà certainement de beaux travaux, d'heureux résultats, mais, nous l'avons déjà dit, à côté de vues droites et saines, d'expériences hardies, mais permises, il faut nous attendre à trouver les inspirations les plus étranges et les pratiques les plus hasardées.

Qui ne se rappelle les vaines tentatives, et, il faut le dire, les longues illusions de M. Récamier au sujet d'un mal resté pour lui, comme pour tout le monde, incompréhensible dans ses causes, incoercible dans ses envahissements, indomptable dans ses récidives, le cancer? Ici du moins M. Récamier attendait tout d'une lente et inoffensive compression. Mais que dire de ce qu'il appelait lui-même ses derniers arguments? Que dire de tant d'opérations que nul n'aurait osé entreprendre, ni même imaginer, et qui montraient qu'en chirurgie M. Récamier était un *oseur*, aussi bien qu'en médecine?

Je sais que des succès inespérés, que des merveilles, si l'on veut, ont parfois couronné ces hardiesses; mais, pour ma part, je l'avoue, je ne pouvais me défendre d'un certain effroi, quand je voyais cette main inexorable s'armer de pinces, de crochets, de curettes et pénétrer dans la profondeur des entrailles, pour y exercer des dilatations forcées, des énucléations, des raclures, et jusqu'à d'effrayantes extirpations d'organes. Comme pour prouver qu'il était bien de ces médecins dont saint Chrysostome a dit qu'ils enfonçaient les bras jusqu'au coude dans les plaies saignantes pour les guérir!

Mais je m'aperçois, messieurs, que je n'ai encore considéré dans M. Récamier que le grand et hardi praticien, il est temps de parler du professeur à la Faculté de médecine de Paris et au Collége de France.

M. Récamier, membre de l'Académie de médecine depuis sa fondation, médecin de l'Hôtel-Dieu depuis le commencement du siècle, avait une réputation déjà considérable, quand la mort de Corvisart, survenue en septembre 1821, laissa vacante à la Faculté de médecine la chaire de *Clinique médicale*. M. Récamier se mit au nombre des aspirants, mais une permutation ayant eu lieu, ce fut M. Fouquier qui passa à cette place, laissant vacante celle dite *de perfectionnement*. M. Récamier n'en persista pas moins dans sa candidature, ses compétiteurs étaient nombreux, MM. Husson et Lherminier se trouvaient sur les rangs. En décembre, la Faculté fit sa présentation, deux candidats seulement furent mis sur la liste, M. Récamier en première ligne, M. Husson en seconde, le gouvernement approuva la nomination de M. Récamier, qui resta attaché à son service de l'Hôtel-Dieu.

Cette chaire de clinique de perfectionnement avait été dans l'origine occupée par Cabanis.

Le programme en était vague, indéterminé, le célèbre auteur des *Rapports du physique et du moral de l'homme* y avait exposé les doctrines d'Hippocrate et de Galien. Le professeur pouvait à son gré y disserter sur les maladies les plus rares et les plus obscures, il pouvait s'y livrer à toutes sortes d'essais thérapeutiques; c'était donc une chaire créée, en quelque sorte, tout exprès pour M. Récamier. Mais pour qu'un enseignement, même exceptionnel, ait quelque succès, pour qu'il se soutienne dans une école d'application, comme l'est une Faculté de médecine, il faut que cet enseignement reste essentiellement élémentaire et didactique, il faut que le professeur tienne compte des connaissances acquises, qu'il expose avant tout l'état de la science, or ce sont là des conditions auxquelles M. Récamier n'a jamais pu se soumettre.

Ses leçons étaient une suite d'improvisations sur toutes sortes de sujets. Des idées tumultueuses, nées, pour ainsi dire, d'elles-mêmes, dominaient sans cesse son esprit et précipitaient sa parole : sa diction était vive, ardente, toujours colorée et comme frémissante ; il semblait qu'on pouvait puiser à pleines mains dans cette nature si riche, si exubérante; mais bientôt on reconnaissait que cette belle intelligence se perdait presque toujours en distinctions et en subtilités insaisissables. A plusieurs reprises on a essayé de rédiger les leçons de M. Récamier, de leur donner quelque chose de fixe et de durable ; c'était tenter l'impossible; ses admirateurs les plus dévoués, ses interprètes les plus fidèles, n'ont pu rien reproduire de ces brillantes allocutions, qui d'ailleurs n'allaient jamais au delà d'un petit nombre de séances.

Mais ce n'est point tout, comme dans les facultés les professeurs ne sont pas seulement chargés de dispenser l'enseignement, comme ils doivent encore en constater les résultats dans des actes probatoires, M. Récamier prenait part aux examens de l'école; or, là, comme dans ses leçons, incapable de descendre aux notions élémentaires de la science, à ces principes reconnus de tous et qui doivent former la base de toute instruction médicale, M. Récamier posait des questions qui frappaient de stupeur les récipiendaires les plus instruits et qui auraient embarrassé ses propres collègues, mais la bonté de son cœur, et son extrême bienveillance finissaient bientôt par rassurer les candidats.

Je viens de dire, messieurs, que dans les Facultés de médecine, l'enseignement, pour être fructueux, doit rester didactique; que si les professeurs veulent être utiles et suivis, ils ne doivent pas sortir des routes connues et fréquentées, mais la France possède un établissement où le génie peut en quelque sorte se donner carrière, où toutes les idées peuvent se faire jour : je veux parler du *Collége de France*. Libre de tout programme et de tout contrôle, le Collége de France ne repousse aucune doctrine : là se sont fait entendre tour à tour d'opiniâtres retardataires et de hardis novateurs; c'est Vidus-Vidius qui y enseigne d'abord la chirurgie, puis c'est Sylvius qui vient y faire des démonstrations anatomiques, et qui, en haine de Vésale, y défend jusqu'aux erreurs de Galien. On y vit ensuite Riolan attaquer les belles découvertes de Harvey et de Pecquet; Guy Patin tonner contre l'antimoine; puis vinrent Astruc, Ferrein, Bouvart et tant d'autres, sans compter Bosquillon qui, dans des temps plus rapprochés de nous, y professait la langue grecque en même temps que la chirurgie latine à la Faculté.

C'est dans ce grand et libéral établissement, qu'une place étant devenue vacante, en 1826, par le décès de Laënnec, une ordonnance royale institua M. Récamier professeur, sur la simple présentation du ministre de l'intérieur, et cela sans tenir compte, je dois le dire, d'une présentation régulièrement faite par le collége et par l'Académie des sciences.

C'est à peine s'il reste quelques traces de l'enseignement que fit M. Récamier au Collége de France de 1827 à 1830. Sauf quelques lignes perdues dans les Notes de son *Traité du cancer*, il n'a rien écrit à ce sujet; ces quelques lignes ne peuvent donner qu'un faible aperçu du programme de ses leçons, et seulement en ce qui concerne les fonctions des sens dans leurs rapports avec l'entendement humain.

Une fois le tumulte des premières leçons appaisé, il ne lui restait qu'un petit groupe d'auditeurs qui ne s'étaient laissés effrayer ni par le désordre apparent de ses idées, ni par l'imprévu de ses digressions, émerveillés qu'ils étaient des éclairs de génie qui, de temps à autre, semblaient percer les nuages et les obscurités de cet enseignement.

Ici encore, M. Récamier se plaçant sur un terrain à lui, eut à combattre des idées et des croyances qui répugnaient à ses principes.

Une grande révolution s'était accomplie, il est vrai, dans l'enseignement de la philosophie : des hommes éminents, au sein de l'Université, avaient substitué aux doctrines de Looke, de Condillac, d'Helvétius et de Destutt de Tracy, les doctrines spiritualistes du XVII[e] siècle; cette rénovation était alors dans tout son état, mais l'opinion n'avait pas marché aussi vite parmi les médecins, la plupart en était encore aux doctrines que nous avait léguées le XVIII[e] siècle. Pour eux il n'y avait encore d'autre idéologie que celle qui avait pour point de départ les phénomènes physiologiques, et bon nombre d'entre eux étaient encore disposés à admettre ce que Cabanis a textuellement écrit, à savoir : que le cerveau produit la pensée de même que l'estomac et les intestins opèrent la digestion, de même que le foie filtre

la bile! Pour d'autres, enfin, les questions de pure psychologie étaient des questions toutes spéculatives, proposées et agitées par des esprits rêveurs, et de leur nature essentiellement insolubles. On voit qu'au moment où M. Récamier se proposait d'aborder ces hautes questions il avait à lutter, sinon contre le matérialisme, du moins contre le scepticisme le plus complet.

Son dessein était de faire à la fois des leçons de psychologie et de physiologie, ce qui montre déjà que M. Récamier n'était point de ceux qui, à l'exemple de M. Jouffroy, voulaient qu'on établît une ligne de démarcation infranchissable entre les études des philosophes et celles des médecins; il maintenait l'existence distincte de l'âme et du corps, de l'esprit et de la matière, mais il trouvait une telle communauté d'action et de réaction entre ces deux termes, une telle intimité de relations, qu'à son sens leur histoire ne pouvait être séparée; il ne séparait donc pas les deux domaines qu'on avait voulu leur assigner.

Je pourrais me dispenser d'ajouter que si M. Récamier ramenait ainsi dans la compétence des médecins les faits de pure psychologie, c'est qu'il en reconnaissait l'existence et qu'il était disposé à leur faire la plus large part, tandis que si, à la même époque, M. Broussais niait aussi cette distinction de la psychologie et de la physiologie, c'est que des deux termes du dualisme cartésien, il en supprimait un, l'âme; d'où il résultait que, tout se réduisant pour lui à un corps, les médecins seuls devaient avoir la parole.

M. Récamier, au contraire, faisait tout dériver de cette étroite association de l'esprit et de la matière, de l'âme et du corps, qui constitue véritablement l'homme. Mais distinguait-il aussi, comme l'ont voulu quelques médecins, deux principes immatériels dans l'économie : l'un qui, sous le nom de principe vital, présiderait à toutes les fonctions organiques; l'autre qui, sous le nom d'âme, présiderait à tous les actes intellectuels. M. Récamier ne reconnaissait qu'un seul et même principe, qui, suivant lui, donnerait naissance aux phénomènes physiologiques et aux phénomènes psychologiques. D'où l'on voit qu'en cela il se rattachait à cette grande école de Stahl qui enseigne que le principe de l'âme est en même temps le principe de la vie, ou, en d'autres termes, que l'âme est individuellement le principe de la pensée et celui du sentiment, qu'elle est la maîtresse et la directrice du corps qu'elle habite.

M. Récamier n'était donc pas, en physiologie, un médecin simplement vitaliste; il ne l'était point surtout à la manière d'Hippocrate ou de Galien; Hippocrate et Galien croyaient l'âme mortelle aussi bien que le corps; leur πνευμα et leur ψυχή s'évaporaient au moment de la mort; opinion, du reste, que partageait presque toute l'antiquité, que Pline enseignait dans ses ouvrages, que Cicéron consignait dans ses livres, que César proclamait en plein sénat, que maintenait Sénèque le philosophe, et que Sénèque le tragique, s'il est distinct du premier, portait sur le théâtre. M. Récamier était donc un médecin essentiellement *spiritualiste*, mais il n'était pas exempt d'un certain mysticisme; il admettait l'immatérialité et l'immortalité du principe de l'âme; mais il affectait de chercher ses définitions dans des images, dans des comparaisons plutôt étranges que justes. Tant que l'association de l'âme et du corps persiste, disait-il, les organes ne sont que les conducteurs ou les *supports* auxquels la lumière interne prête les couleurs de la vie, tout comme la lumière rayonnante extérieure prête aux différents corps des couleurs que ceux-ci perdent dans l'obscurité.

Ainsi, ajoutait M. Récamier, un œil *voyant* cesse de voir tantôt parce que des lésions physiques ont altéré son organisation, tantôt parce qu'il y a privation ou retrait de la lumière vitale, comme en physique un corps coloré devient noir, tantôt parce qu'il a éprouvé des altérations dans sa structure, et tantôt parce qu'il est privé de lumière. De sorte que pour lui l'âme humaine était comme un flambeau allumé par la main de Dieu et destiné à illuminer les organes! Mais quelle était cette lumière interne, cette lampe mystérieuse qui entretient la vie? Quelle est sa nature, son essence? Est-ce le flambeau de Lucrèce qui passe de générations en générations, semblable à celui que les coureurs de Panathénées se transmettaient de main en main?

Et quasi cursores vitai lampada tradunt.

Ce ne pouvait être là ce qu'entendait M. Récamier; l'âme ainsi comprise n'eût plus été pour lui une force libre, simple, identique à elle-même; c'eût été, comme le veut le poëte latin, une lumière empruntée, vacillante et fugitive, qui, à l'heure de la mort, fumerait et s'éteindrait dans l'ombre :

Ceu fumus in altas aeris auras.

Fatale et désolante éclipse que Voltaire lui-même ne pouvait accepter et qui lui inspira ces beaux vers adressés à Genonville :

Est-ce là ce rayon de l'essence suprême
Que l'on nous peint si lumineux!
Est-ce là cet esprit, survivant à nous-même,
Il naît avec nos sens, croît, s'affaiblit comme eux!
Hélas! périrait-il de même?
Je ne sais, mais j'ose espérer
Que de la mort, du temps et des destins le maître,
Dieu, conserve pour lui le plus pur de notre être,
Et n'anéantit point ce qu'il daigne éclairer!

Mais ce rayon divin, est-il vrai après tout qu'il naisse avec nos sens qu'il croisse et s'affaiblisse comme eux? Question délicate, obscure, difficile, disait M. Récamier, et qui tombe néanmoins dans la compétence des médecins; ici, ajoutait-il, commence la physiologie, et c'est à elle qu'il appartient de prendre en main cette noble cause, de réfuter cette éternelle objection du matérialisme, ce :

Prætereà gigni pariter cum corpore, et unà
Crescere sentimus pariterque senescere mentem.

La science bien comprise ne démontre-t-elle pas en effet que, loin d'être un produit de l'exercice des fonctions cérébrales, l'esprit est une force qui préside à l'arrangement primordial des organes, qui a le sentiment de leurs altérations et la conscience de leur inévitable destruction? Les plus grands médecins ne se sont-ils pas accordés à reconnaître que l'âme est une force libre, indépendante, indivisible et immortelle? Un principe conservateur, sensible et actif, qui intervient dans toutes nos opérations, qui agit sur tous les rouages de l'organisme, qui semble, dans l'état de maladie, en apercevoir les moindres altérations, qui, sous le nom de nature médicatrice, s'attache à en prévenir comme à en réparer les ruines et qui, par cela même, ne peut être entraîné dans la dissolution des éléments matériels de l'économie?

Telles étaient les idées jetées comme de verve, et un peu au hasard, par M. Récamier; heureux si, dans cet ordre de faits encore, il avait su mettre quelque borne à son imagination! S'il avait pu se garder de tomber dans de nouveaux excès! Mais il n'était point dans la nature de ce puissant esprit de savoir s'arrêter. Après avoir longtemps médité sur les propriétés et les effets de ce qu'il appelait la lumière interne ou vitale, après avoir rêvé le rôle de Newton en physiologie; il conçut l'idée de faire une application de ce même système, non plus seulement à l'organisme humain, mais au monde extérieur, à l'univers tout entier, et de là les hypothèses les plus étranges et les plus erronées sur les effets de la lumière solaire dans les espaces célestes.

Idées étranges, je le répète, qui ne pouvaient prendre de consistance que dans un esprit privé de tout contrôle, M. Récamier en effet devenu étranger au mouvement réel de la science, vivant comme au sein d'une petite église; au milieu d'amis fidèles et dévoués, mais trop timorés sans doute pour contester ses suppositions, pouvait croire qu'il est aussi facile de faire des révolutions dans les sciences physiques que dans les sciences médicales; aussi n'avait-il pas hésité à soumettre son système au jugement de l'Académie des sciences. Mais je ne dois pas insister davantage sur des questions qui ne résultaient plus de son enseignement médical.

Les événements de 1830 avaient, depuis longtemps, mis fin au double professorat de M. Récamier, ayant refusé de prêter serment au gouvernement de juillet. Il avait été déclaré démissionnaire de sa place de professeur au Collége de France et à la Faculté de médecine.

M. Récamier, comme praticien, ne perdit rien à ce changement de fortune; sa célébrité était acquise quand il fut promu à ces deux places; il la conserva si même il ne l'augmenta point après sa sortie de l'enseignement officiel.

Cette célébrité avait été un peu mêlée et confondue avec les passions politiques de l'époque, mais en restreignant à ce qu'elle avait de scientifique et de médical, elle demeura considérable, pure et digne; M. Récamier resta ce qu'il avait été pendant de longues années, un célèbre médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, un praticien éminent et surtout un homme de bien.

N'étant plus retenu par les devoirs du professorat, il put se livrer plus que jamais à ses sentiments de profonde charité et d'inépuisable bienfaisance, levé avant le jour, il était dès le matin dans son cabinet, prêt à répondre aux malades riches ou pauvres qui le faisaient demander, ou aux jeunes médecins qui voulaient conférer avec lui, il allait ensuite à l'Hôtel-Dieu visiter les malades et faire de temps à

autres quelques leçons de clinique médicale. Le reste de la journée était divisé en deux parties, l'une consacrée aux malades de la ville, l'autre aux consultations données dans son cabinet.

Dans la ville c'était moins des visites journalières que des consultations avec des confrères pour des cas très-obscurs ou d'une extrême gravité; M. Récamier ne se piquait pas d'une grande exactitude, mais c'est qu'en véritable artiste, il oubliait le monde entier, quand il se trouvait en face de quelque belle rareté pathologique; il s'était arrangé, du reste, pour ne point perdre un seul instant; prenant sans cesse des notes sur chacun de ses malades, et rédigeant ses observations jusque sur la voie publique. Il n'y a pas encore longtemps qu'on voyait circuler dans le noble faubourg, un véhicule beaucoup plus remarquable par l'originalité de sa construction que par son élégance; en avant se tenait un sage cocher qui, placé à l'abri du vent et de la pluie, ne quittait jamais son siége et s'occupait de quelque lecture en attendant son maître à la porte des clients. Dans le corps même de la voiture était un vieillard qui paraissait supporter merveilleusement le poids des années, il avait l'œil vif et bienveillant presque toujours caché sous d'épais sourcils, le teint ardent et fortement coloré par un riche système sanguin, le front proéminent et sillonné de rides profondes, les mains croisées et appuyées sur la pomme de sa canne; c'était M. Récamier, en face duquel était ordinairement un jeune secrétaire, qui l'accompagnait dans ses visites; celui-ci semblait attendre qu'il plût au maître de lui dicter quelques-unes de ses inspirations.

Chez M. Récamier l'affluence des malades était si grande, que plusieurs pièces pouvaient à peine les contenir. Un profond silence y régnait, on s'y tenait comme dans une sorte de recueillement à la fois scientifique et religieux. Il y avait encore là un jeune homme qui se disait élève et secrétaire de M. Récamier, il paraissait occupé de quelque rédaction médicale et donnait des renseignements, à voix basse, soit aux nouveaux arrivants, soit à ceux que fatiguait une trop longue attente.

Là, comme partout, il y avait des préférés, des privilégiés, tel arrivait directement dans le sanctuaire et pouvait immédiatement consulter l'oracle, tel autre n'y pénétrait qu'après de longs détours, si même après une attente de plusieurs heures, il n'était pas remis au lendemain. Je m'empresse de dire que ce n'était pas la fortune qui établissait ces différences, les confrères étaient immédiatement reçus avec leurs clients, puis c'était parfois de pauvres prêtres, ou de bonnes et charitables sœurs qui, n'ayant rien à donner, passaient avant les autres.

L'intérêt personnel n'a jamais guidé M. Récamier, il était d'un rare désintéressement; l'amour de son art et le désir de bien faire occupaient seuls son esprit; une constitution robuste soutint pendant de longues années cette âme de feu; on le voyait mettre au service de ses malades, non-seulement toutes ses facultés morales, mais jusqu'à ses forces physiques quand il en était besoin.

Toujours plein de zèle, toujours agissant pendant sa longue carrière, sa santé n'avait jamais trahi ce cœur secourable, c'est à peine si dans sa belle et verte vieillesse il avait éprouvé quelques indispositions; lui-même sentait que pour sortir de ce monde, il n'aurait point à passer par quelque grave maladie : « vous ne me verrez pas malade, disait-il à ses amis, je serai frappé et voilà tout. » Il mourut, en effet, comme un soldat sur la brèche, dans le plein exercice de toutes ses facultés.

Le 28 juin 1852, après avoir visité comme de coutume de nombreux malades dans la journée, après avoir reçu quelques amis dans la soirée, et s'être longuement entretenu avec son confrère et ami M. Cruveilhier, il fut pris tout-à-coup d'une mortelle suffocation, et succomba en quelques minutes à une foudroyante attaque d'apoplexie pulmonaire, ayant eu à peine le temps de s'écrier : Ah! mon Dieu, ayez pitié de moi!

Telle a été, Messieurs, la fin d'un homme qu'on pourrait appeler extraordinaire; ses talents, je l'ai montré, étaient incontestables et de premier ordre, mais l'usage qu'il en a fait n'a pas toujours été réglé par une sage et froide raison; on a dû voir que c'était une de ces natures ardentes et généreuses qui ne peuvent ni se contenir, ni se modérer, mais son caractère était au-dessus de tout éloge; sa foi religieuse était restée profonde et éclairée, sa piété douce, tolérante et le soutenaient dans l'exercice de sa profession; il savait que les lumières de la science sont distinctes de celles de la foi et il se gardait bien de les confondre; quand il avait enfin reconnu l'impuissance de l'art, et force lui était bien parfois de le faire, il tournait ses regards et ses pensées vers le ciel; on l'a vu plus d'une fois, après avoir tout épuisé, se jeter à genoux près d'un moribond, et joindre ses prières à celles de la famille.

La mort de M. Récamier a laissé un grand vide, non dans la science, mais dans la pratique médicale, on était habitué à le considérer, dans les cas désespérés, comme une suprême ressource, comme un dernier instrument de salut; c'était une de ces vocations qu'on ne saurait continuer; tout s'est éteint, tout est descendu avec lui dans la tombe!

Je sais que quelques pieux jeunes gens se disent ses élèves, qu'ils prétendent continuer ses doctrines dans de petits écrits; mais M. Récamier n'a pas laissé, ne pouvait pas laisser d'élèves; pour se dire son élève, pour avoir le droit de porter son manteau, il faudrait tenir de lui, ce qui ne se donne pas, ce qui ne s'acquiert pas, à savoir : cette incomparable vivacité d'esprit (*celeritas ingenii*), cette prescience si soudaine et si hardie qui lui faisait deviner et dénoncer les accidents les plus imprévus, cet esprit toujours armé en face du danger; ce glaive de l'invention qui semblait son principal attribut.

Jusque-là, messieurs, nous maintiendrons que M. Récamier, ne s'étant rallié à aucun corps de doctrine, n'ayant établi de son vivant aucune école distincte, n'a laissé dans le monde aucune postérité médicale.

Faut-il le regretter? faut-il s'en applaudir? Nous oserons dire qu'il faut s'en féciliter : M. Récamier était un de ces maîtres dont la parole éblouit et fascine les esprits, plutôt encore qu'elle ne les éclaire et ne les guide; et si aujourd'hui quelques-uns, séduits par les souvenirs de ce grand praticien, nous semblaient disposés à le prendre pour modèle, nous leur dirions volontiers : admirez ce génie si prompt, si résolu; dites quelle était son adresse et sa fermeté d'âme : racontez ses hardis coup de main; mais ne comptez pas sur ces soudaines et heureuses inspirations; sur ces voix intérieures qui pourraient vous manquer; sur ce tact qu'on dit inné et qui vous ferait défaut. Honorez le beau caractère de M. Recamier, célébrez sa haute renommée d'honneur et de délicatesse; mais pour les enseignements de la science, allez les demander à des sources toujours vraies, toujours pures, et qui ne tarissent jamais, à la rigoureuse observation des faits présents et aux saines traditions des siècles passés.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Nous avons eu la douleur de lire dans le *Moniteur* la nouvelle suivante, qui affligera profondément tous ceux qui ont connu notre ancien, spirituel et aimable collègue, M. E. Cloquet.

« M. le docteur Ernest Cloquet, médecin du palais du shah depuis 1846, vient de mourir après des douleurs cruelles, victime d'une déplorable méprise. Il avait bu, en guise d'eau-de-vie pure, une forte dose de teinture de cantharides. M. Cloquet avait été demandé par le dernier roi, Mehmet-Shah, au gouvernement français, qui avait laissé à l'Académie de médecine le choix parmi tous les candidats. M. Cloquet recevait un traitement considérable, environ 35,000 fr. M. Cloquet s'était marié au mois de juillet dernier avec une Arménienne. Ses restes mortels ont été déposés provisoirement dans l'église de Vanck, petit village arménien aux environs de Téhéran. »

Par suite de la démission de M. Ricord, un décret impérial du 28 novembre a reorganisé comme suit le service de santé du 19e bataillon de la garde nationale de la Seine :

Chirurgien major : M. A. Foucart.

Chirurgiens aides-majors : MM. Poterin-Dumotel et Calvo.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

—*Du traitement curatif du choléra-morbus épidémique*, et de sa prophylaxie, suivi de quelques réflexions sur son mode de transmission, par le docteur Tourrette, de Chambly (Oise). Paris, Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, 1853. Prix, 1fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 149. 3e année. Vendredi 14 Décembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine: Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER: Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Denonvilliers. M. Demarquay, suppléant.

Hématocèle et hernie inguinale volumineuses. — Hématocèle opérée par incision. — Injection iodée pratiquée avec succès dans le sac herniaire. — Nouveau moyen de déterminer si l'on a pénétré dans le sac.

(*Observation recueillie par* M. Touzelin, *interne des hôpitaux.*)

Depuis que l'attention des chirurgiens a été appelée plus spécialement sur l'hématocèle du scrotum, les procédés opératoires ont été mieux régularisés; mais souvent il arrive que les cas particuliers ne se plient pas aux préceptes généraux, et la clinique présente, à chaque instant, des conditions spéciales, des difficultés auxquelles il faut parer au moment même de l'opération. A ce point de vue l'observation que nous publions nous a paru offrir assez d'intérêt pour être mise sous les yeux des praticiens.

Le 14 mai 1855, entre au n° 24 de la salle Saint-Augustin, le nommé D..., âgé de trente et un ans, garçon parfumeur.

Il est affecté d'une hernie inguinale gauche dont il fait remonter l'origine très-loin. Il n'a jamais porté de bandage que pendant deux mois.

Le 11 mai dernier, en soulevant de terre une charge trop lourde, il éprouva à l'aîne gauche la sensation d'une déchirure, et aussitôt la hernie sort très-volumineuse. Pendant les trois heures qui suivent l'accident, le malade remarque que la bourse gauche grossit; il y éprouve une sensation de chaleur et une sensation spéciale qu'il ne saurait définir, due probablement à l'épanchement du sang.

Le malade reste trois jours chez lui sans traitement. Le jour de son entrée dans le service, la bourse gauche présente au moins le volume d'une tête de fœtus; la tumeur est molle, recouverte d ecchymoses sur différents points, ecchymoses que l'on pourrait attribuer aux efforts de taxis faits, mais en vain, dans le but de réduire la hernie. En outre, à l'aîne droite le malade présente une seconde tumeur parfaitement réductible et dont il rapporte l'origine à l'époque de l'accident. C'est une hernie inguinale. La tumeur du côté gauche est de tout point irréductible. Le malade y ressent des douleurs qui vont s'irradiant dans le ventre.

M. Denonvilliers prescrit des cataplasmes, frictions à l'onguent napolitain, et plusieurs purgatifs qui restent sans effet; le malade est seize jours sans aller à la selle, du reste pas de vomissements ni même de nausées; il semblerait donc y avoir là un simple engouement herniaire.

La tumeur est mise alors dans un appareil qui la maintient suspendue et exerce sur elle une compression uniforme; peu à peu elle diminue de volume, perd de sa dureté, et l'on peut distinguer nettement les deux éléments qui la composent: d'une part la hernie inguinale, de l'autre l'hématocèle de la bourse gauche.

La hernie inguinale est volumineuse et descend très-bas dans le scrotum; du reste elle est devenue réductible; mais à cause de son volume même elle est difficile à contenir.

Le reste de la tumeur, parcouru par des veines nombreuses, est rénitent, élastique, sans transparence, assez lourd d'ailleurs. A la partie externe et inférieure de cette tumeur, se trouve un point plus élastique, moins consistant, et présentant à la pression la douleur caractéristique du testicule. Les autres parties sont indolentes à la plus forte pression.

Le 4 septembre, M. Demarquay plonge dans la tumeur un trocart explorateur dont la canule donne issue à un sang noir. Le lendemain, on procède à l'opération de l'hématocèle. Il était évident que la résolution de la tumeur serait impossible: sa consistance, la profondeur à laquelle avait dû pénétrer le trocart, ne laissaient aucun doute sur la présence de fausses membranes tapissant la tunique vaginale. Du reste, le testicule était sain, il ne fallait pas songer à la castration.

M. Demarquay se proposait de mettre en pratique le procédé décrit plus particulièrement par M. Gosselin sous le nom de décortication, procédé qui permet de respecter les éléments de l'appareil testiculaire et d'éviter les dangers dûs à l'abandon des fausses membranes dans la plaie. Mais ici la présence de deux sacs herniaires ne laissait pas que d'ajouter aux dangers et aux difficultés de l'opération. Voici comment M. Demarquay s'y prit pour la mener à bien.

La position du testicule étant déterminée par la pression, on fait tousser le malade, la hernie sort, et on marque avec de l'encre les limites extrêmes du sac herniaire: puis, le malade étant couché, les deux hernies réduites, un aide maintient de chaque côté la réduction; le chirurgien pratique alors une longue incision entre les deux sacs herniaires; il sort une quantité considérable de caillots sanguins, mêlés d'un peu de sang liquide. M. Demarquay essaie alors la décortication des fausses membranes, mais il ne peut enlever que celles qui recouvrent le feuillet viscéral de la tunique vaginale, et il est obligé de réséquer, après l'avoir isolé, le feuillet pariétal très-épaissi. On comble la cavité ainsi faite avec des bourdonnets de charpie, et on maintient les bourses relevées. Il survient les jours suivants une exhalation sanguine assez abondante à

la surface de la plaie; du reste, le gonflement des bourses est médiocre, l'état général satisfaisant. Il survient à peine un peu de fièvre et quelques frissons.

Quatorze jours après l'opération apparaissent à la surface de la plaie quelques points fongueux, grisâtres, produisant un pus fétide; la douleur y est très-vive au moindre contact, il survient de la fièvre, l'appétit diminue; sous l'influence des injections de vin aromatique, des pansements au jus de citron, et, enfin, à la glycérine, la plaie reprend son bon aspect; le testicule cesse d'être douloureux, et l'état général est des plus satisfaisants.

Le 5 novembre, jour de la sortie du malade, la cicatrisation est presque complète. Mais déjà le 2 octobre l'état du malade est assez bon pour que M. Demarquay songe à s'occuper de la hernie gauche, hernie que son volume rend très-difficile à contenir exactement. M. Demarquay se propose, au moyen d'une injection iodée dans le sac herniaire, sinon d'obtenir la cure de la hernie, du moins de réduire beaucoup la capacité du sac et de rendre par là la hernie facile à contenir avec un bandage.

La difficulté qui préoccupe surtout le chirurgien, chaque fois qu'il s'agit de pratiquer une injection iodée dans un sac herniaire, est l'introduction du trocart dans ce sac M. Demarquay a recours au trocart de M. Ricord. La hernie étant sortie, on saisit le sac; puis la hernie étant réduite, le chirurgien transperce le scrotum; la tige articulée semble se mouvoir avec facilité, mais pour bien s'assurer s'il est dans le sac, M. Demarquay insuffle de l'air par la canule; l'air pénètre difficilement, il se produit un emphysème circonscrit.

La canule est retirée, une nouvelle ponction pratiquée; cette fois, l'air insufflé distend rapidement le sac herniaire; même résultat avec une injection d'eau : on laisse descendre la hernie et l'on acquiert la certitude que l'on est bien dans le sac herniaire.

La hernie est réduite, un aide appuie fortement sur le pubis, afin d'empêcher le liquide de pénétrer dans le ventre, et M. Demarquay injecte le liquide suivant :

Teinture d'iode. . .	àâ 50 gram.
Eau distillée. . . .	
Iodure de potassium. . .	2 —

Au moment de l'injection, douleurs le long du cordon spermatique, et aussi autour de l'ombilic, presque tout le liquide étant sorti, on applique une forte compression à l'aîne gauche, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Les suites de cette opération sont des plus simples ; les douleurs disparaissent rapidement; absence de fièvre; appétit conservé ; tout le côté gauche du scrotum se tuméfie; il se fait dans le sac herniaire un épanchement plastique considérable, en tout semblable à celui que détermine l'injection iodée pratiquée pour une hydrocèle.

Vers le 15 octobre, cet épanchement commence à diminuer de volume et de consistance, toutefois, il ne sort encore rien par l'orifice externe du canal inguinal : mais les jours suivants la hernie reparaît, à mesure que l'épanchement va se résorbant; seulement, elle descend très-peu et elle est facilement contenue au moyen d'un bandage anglais.

Nous allons revenir sur les deux opérations que nous offre cette observation, opérations dont chacune nous semble donner lieu à des considérations dignes d'intérêt. Et d'abord la cause sous l'influence de laquelle l'hématocèle s'est produite, mérite d'être bien signalée.

C'est sous l'influence d'un effort musculaire que la tumeur prend naissance, et le malade insiste pour assurer que la tumeur a grossi pendant les trois heures qui suivirent l'accident. Au moment de l'opération, cette hématocèle ne datait encore que de quatre mois à peine, et cependant les fausses membranes sont déjà assez adhérentes pour nécessiter l'excision du feuillet pariétal de la tunique vaginale ; et, fait exceptionnel, c'est sur le feuillet pariétal que les fausses membranes présentent le plus d'adhérence. On sait que c'est le contraire qui se produit ordinairement. Malgré l'ablation des fausses membranes, le malade n'en a pas moins eu pendant trois jours des hémorrhagies quelque peu inquiétantes; enfin, sont survenues quelques ulcérations présentant tous les caractères de la pourriture d'hôpital.

Je laisse de côté la difficulté présentée par la présence du sac herniaire de chaque côté de la tumeur. Toutefois, l'opération n'en a pas moins été conduite à bonne fin. Le malade est guéri de son hématocèle et il a conservé le testicule et ses dépendances.

J'arrive à la seconde opération, l'injection iodée, qu'a subie notre malade, et qui ne présente pas moins d'intérêt.

Nous insisterons tout particulièrement sur l'idée qui a dirigé le chirurgien et sur le procédé qu'il a employé pour mettre son idée à exécution.

M. Demarquay, ainsi qu'il ressort de la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, a eu moins en vue la cure radicale de la hernie que la diminution de capacité du sac herniaire. En effet, l'injection iodée n'a pas d'action sur le trajet inguinal de la hernie, et alors même qu'elle oblitérerait le sac herniaire, elle ne saurait s'opposer à une nouvelle descente du péritoine à travers les anneaux restés libres Cependant, c'est la cure radicale que MM. Velpeau, Jobert, Maisonneuve se seraient proposé d'obtenir et auraient quelquefois obtenue, en effet. Mais le temps qui nous sépare de ces opérations n'est pas encore assez long pour qu'il soit permis d'en tirer une conclusion définitive.

Toujours est il que chez notre malade, le résultat obtenu a répondu à l'idée dans laquelle l'opération avait été faite. Quant au procédé opératoire, il a présenté quelque chose de spécial.

Depuis l'époque à laquelle M. Velpeau eut l'idée d'appliquer l'injection iodée à la cure radicale des hernies (1837), ce qui a surtout préoccupée les chirurgiens, c'est la méthode à employer pour pénétrer sûrement dans le sac herniaire; c'est cette difficulté qui a arrêté M. Velpeau lui-même et l'a fait renoncer aux injections iodées dans les sacs herniaires.

Depuis que M. Jobert a repris la question, plusieurs procédés ont été imaginés. On peut distinguer les sacs herniaires en deux catégories, selon que le sac est vide ou qu'il contient de la sérosité ; dans ces derniers, l'opération est réduite à la ponction de l'hydrocèle. Au contraire, l'introduction du trocart dans le sac vide ne laisse pas que de présenter une certaine difficulté. M. Jobert a combiné l'incision et la ponction ; M. Maisonneuve a adopté le déplissement du sac sur la canule ; M. Follin évite de transpercer le scrotum, et confie le déplissement du sac à la hernie elle-même, qui, en descendant, doit amener la canule dans le sac.

M. Ricord a imaginé son trocart et sa tige articulée, qui, il est vrai, a pour but non-seulement de faire connaître qu'on est dans le sac, mais aussi d'empêcher la canule de s'échapper au moment où l'on cherche à en ramener l'extrémité dans le sac. Toutefois, chez notre malade, la tige articulée n'a pas paru remplir sûrement le but en vue duquel elle avait été imaginée. Aussi M. Demarquay a cru devoir recourir à d'autres moyens pour s'assurer qu'il était bien dans le sac herniaire; il a eu recours à une insufflation préalable d'air, moyen bien innocent dans le cas où le chirurgien, étant en dehors du sac, il se produit un peu d'emphysème; pour agir encore avec plus de sécurité, il a fait suivre cette insufflation d'air d'une injection d'eau : ce n'est qu'alors qu'il a procédé à l'injection iodée.

Quant aux suites de l'opération, elles ont été des plus simples; il n'est pas survenu le moindre accident ; nous avons observé exactement les phénomènes qu'on observe à la suite de l'injection iodée dans une hydrocèle. Nous devons faire re-

marquer que les chirurgiens qui ont pratiqué cette même opération n'ont pas vu plus d'accidents; il en résulterait que l'injection iodée dans les sacs herniaires, si redoutée par quelques-uns, est d'une innocuité parfaite, et, comme on ne saurait contester qu'elle ait eu de bons résultats, ce serait un tort que de repousser cette nouvelle conquête de la chirurgie moderne. Qu'elle ne procure pas la cure radicale ainsi que nombre de chirurgiens l'avancent, nous ne nous refusons nullement à le reconnaître : mais n'agît-elle que comme méthode palliative, propre surtout à réduire les dimensions du sac herniaire, ce serait encore une opération utile, et partant, digne de l'attention des chirurgiens.

Mémoire sur le traitement des angines par les mercuriaux, la belladone et l'aconit, suivi de quelques remarques sur la médication alcaline.

Par M. IMBERT-GOURBEYRE.

Professeur-suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

(*Suite.* — *Voir les n°* 142 *et* 145.)

Il est établi suffisamment par la simple observation que le mercure jouit de propriétés curatives réelles dans les angines. Que si nous étudions maintenant l'action physiologique du médicament dans la sphère même du siége des angines, nous trouverons une nouvelle lumière dans la comparaison du fait thérapeutique et du fait physiologique. Ce dernier ordre de faits pharmacodynamiques est, en général, trop négligé de nos jours, et c'est en partie, parce qu'on le tient en oubli, ou qu'on en a peu de souci, que la thérapeutique moderne offre au médecin le spectacle le plus déplorable, livrée qu'elle est à l'imagination, à l'exagération, à l'observation la plus superficielle, et finalement au scepticisme.

Depuis notre illustre confrère, Pierre d'Espagne, qui, plus tard, devint pape et qui constata (1276) que l'onguent mercuriel déterminait la salivation, jusqu'au dernier syphiliographe moderne, il n'y a pas de fait physiologique mieux prouvé que l'action élective du mercure sur la bouche, le gosier et leurs dépendances. Les accidents multiples qui en résultent ont été décrits sous le nom collectif de *salivation mercurielle*.

Il est inutile de retracer ici le tableau bien connu de ce groupe symptomatique. Je tiens seulement à faire remarquer que depuis la plus légère phlogose de la muqueuse pharyngo-buccale jusqu'à la stomatite la plus intense, ces accidents ont lieu, aux doses les plus diverses, variant dans leurs formes, leur fréquence et leur succession. L'observation attentive démontre que le développement de ces symptômes ne suit point une règle d'évolution fixe et invariable. MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de Thérapeutique*, 5ᵉ édition) en décrivant la salivation mercurielle, assignent, au contraire, à tous les symptômes un ordre et une succession presque mathématiques : « Il était essentiel, ajoutent-ils, d'insister sur la marche de l'infection mercurielle de la bouche, pour bien faire comprendre que tout commençait par la membrane muqueuse, et que la salivation n'était que consécutive... Comment se fait-il donc que l'on vienne parler encore de l'action spéciale du mercure sur les glandes salivaires que rien ne démontre? »

Je nie, pour mon compte, d'après ma propre observation, l'exactitude mathématique dans l'ordre et la succession des symptômes de la salivation mercurielle. L'organisme humain dans ses *processus* morbides, est loin d'être accoutumé à tant de rigueurs, et quand on poursuit avec soin quelques expériences de pharmaco-dynamie, on n'est pas longtemps sans s'apercevoir qu'il existe les plus grandes variétés dans l'expression symptomatique des substances médicamenteuses, sous le rapport du siége, de la forme, de la fréquence et et de la succession. Il en est de même du mercure. Vouloir expliquer l'action des médicaments sur les glandes en général par l'irritation, ou phlogose préalable de la muqueuse voisine, comme le font les auteurs précités, c'est encore de l'*inspiration pure* en dehors des faits. Cette explication est d'abord plus que contestable pour ce qui regarde le mercure; elle est encore plus fausse par rapport à la sécrétion lacrymale, invoquée comme exemple par MM. Trousseau et Pidoux; ce qu'il est facile de démontrer par l'action physiologique de l'arsenic sur l'œil.

A dose thérapeutique ordinaire, l'arsenic exerce sur l'œil une action élective dont un symptôme assez fréquent et souvent isolé est le *larmoiement nocturne*, ce que j'ai constaté depuis deux ans plus de deux cents fois. MM. Trousseau et Pidoux, en faisant l'histoire de l'arsenic, ont passé sous silence ce symptôme et bien d'autres. Cependant ce sont là des faits, et non des *rêveries*. Donc le mercure, l'arsenic, etc..., peuvent agir directement et primitivement sur les glandes; j'ajoute même que j'ai vu plusieurs fois le mercure et l'arsenic tuméfier les glandes et ganglions sous-maxillaires, sans déterminer la moindre salivation. Il faut donc se défier de ces descriptions mathématiques et de toutes ces explications contredites par une observation attentive des faits.

Mais revenons au mercure. Dans la stomatite hydrargyrique qui est la plus haute expression de l'action toxique locale de ce médicament, le gosier et le pharynx, siége habituel des angines, sont considérablement tuméfiés et enflammés, et l'angine complique nécessairement la stomatite; mais le mercure peut aussi limiter son action uniquement à l'isthme du gosier, aux amygdales et au pharynx; il peut y développer de véritables angines.

Ces faits, quoique bien connus, ont besoin d'être rappelés; ils ont forcé les nosologistes, comme Sauvages, à admettre la *cynanche mercurialis*. Astruc (*De morbis venereis*. Paris, 1740), admettait aussi *angina ab hydrargyrosi*.

Hahnemann, dans sa Monographie sur les maladies vénériennes (*Unterricht... über die vener. Kraukhsiten*. Leipzig, 1789), en décrivant la fièvre mercurielle, note la tuméfaction des amygdales et des glandes sous-maxillaires.

Quelques années auparavant, Stoll, dans son ouvrage immortel, distinguait avec soin la maladie médicamenteuse de la maladie développée par la contagion : « Angina mercurialis, item ulcera mercurialia faucium benè debebant distingui « ab anginâ venereâ et venereis ulceribus. Ulcus enim venereum mercurio sanabatur; ortum verò a nimiâ hydrargyri « ingesti quantitate, purgante rhabarbarino... Fuerat sublatum. » (*Ratio medendi*, 3, p. 231. Paris, 1787.)

En voici assez sur le mercure. On voit donc, en ce qui touche le traitement des angines, d'après la comparaison du fait thérapeutique et du fait physiologique, que le médicament est soumis à la loi de similitude, et l'on est obligé d'avouer que l'action élective bien connue du mercure sur la gorge vient expliquer et confirmer ce que l'observation exacte du fait thérapeutique a déjà établi.

Belladone. — L'application de ce médicament héroïque au traitement des angines, est d'origine hahnemanienne pure. C'est une application précieuse : il faut que l'*éclectisme* en fasse son profit (1). Aucun auteur, que je sache, n'en a parlé avant Hahnemann, et depuis le célèbre médecin allemand, cette méthode thérapeutique n'a pas encore été accueillie par les autres écoles. J'indique avec soin cette origine; car j'ai une peur singulière de ressembler à ces *condottieri* médicaux qui

(1) Ce fait thérapeutique vient d'être accueilli favorablement en Allemagne dans le meilleur traité de matière médicale qu'elle possède, *Handbuch der heilmittellhere*, du docteur OEsterlen dont la sixième édition vient de paraître à Tubingen, il y a deux mois à peine. Cet ouvrage renferme tout ce qu'il y a de plus complet sur la matière; il est bien supérieur à nos traités classiques français. L'auteur recommande la belladone dans l'angine tonsillaire, et cite à cette occasion un travail du docteur Popper, qui a paru dans *Ungar zeitschrift* (t. 2, 1854.)

passent silencieusement le Rhin et en reviennent chargés de découvertes dont la publication a fait sourire plus d'une fois l'étranger. Je tiens essentiellement à ne pas être confondu avec ces forbans scientifiques; il en est plus d'un que je pourrais citer.

Pour les disciples de Hahnemann, la belladone est le médicament par excellence à employer dans les angines; ils le mettent en première ligne. Je l'ai peu expérimenté en pareil cas; toutefois, les résultats que j'ai obtenus ont suffi pour me faire une conviction clinique à cet égard, et me démontrer la vérité et l'exactitude de cette indication hahnemanienne, ce qu'on comprendra beaucoup mieux quand je parlerai de l'action physiologique de la belladone dans l'espèce.

Les témoignages de l'école homœopathique, en faveur de la belladone dans les angines, sont nombreux et précis; j'en citerai quelques-uns :

La belladone, dit Hartmann (*Thérapeutique des maladies aiguës et chroniques*, Paris, 1848, p. 451), doit être placée en première ligne dans le traitement des angines catarrhales Elle est indiquée par les symptômes suivants : rougeur vive, phlegmoneuse du voile du palais, de la base de la langue, de la luette et des tonsilles, avec un léger gonflement de ces parties. Le malade ressent, pendant la déglutition, une douleur lancinante occasionnée par la sécheresse de l'arrière-bouche : il avale avec une grande peine, et éprouve une sensation de resserrement et de constriction vers l'isthme du gosier. Hors le temps de la déglutition, il se manifeste souvent une douleur déchirante qui s'étend en haut jusqu'à la tempe, en bas vers la mâchoire inférieure, et gagne surtout les glandes maxillaires qui sont souvent tuméfiées. C'est alors que la belladone, à petites doses, déterminera toujours la guérison, lors même qu'il y aurait une fièvre synochale violente, et une grande sécheresse de la muqueuse buccale; mais on réussira mieux en employant préalablement l'aconit...

Lorsque l'angine, dit Goullon, ne cède pas les premiers jours à l'aconit, que la rougeur est plus étendue, la déglutition plus difficile, le gosier sec et qu'il existe une sensation douloureuse d'étranglement, la belladone est alors le remède le plus convenable, et il suffit de quelques doses pour amener la résolution qui est ici facilitée par l'administration antérieure de l'aconit (*Archiv. für die H. Heilkunst*, t. 19. 229).

La belladone convient parfaitement lorsque la rougeur de la gorge est vive, la sécrétion muqueuse faible, le gosier plutôt sec. Dans le cas d'inflammation vive, on fait précéder l'aconit. La belladone réussit très-bien aussi quand on donne auparavant du mercure, et il est souvent indiqué d'alterner ces deux remèdes (*Rummell. allg. hom. zeitung*, t. 5, p. 56).

J'ai eu souvent l'occasion, dit Knorre dans le même journal (t. 5, p. 66), d'administrer la belladone dans l'angine inflammatoire, et elle surpasse de beaucoup, en sûreté et en promptitude, l'action de tous les autres remèdes, de toutes les autres méthodes. Lorsque la maladie dure depuis plusieurs jours, elle favorise même l'ouverture des abcès de la gorge. Elle enlève même la disposition à la récidive.

Je termine ces citations par l'observation suivante, tirée du journal *Archiv. für die hom. Heilkunst* (t. 4, c. 3, p. 52) :

Observation. — Une jeune femme de vingt-six ans s'échauffa tellement en soignant nuit et jour son enfant, gravement malade d'une fièvre ardente, qu'elle tomba malade elle-même aussitôt après l'entrée de son fils en convalescence :

Une forte esquinancie dont elle souffrait depuis deux jours, rendait la déglutition presque impossible. Elle éprouvait des élancements dans le gosier et les deux oreilles. La tête était douloureuse, la face brûlante et les joues très-rouges, une fièvre continue avec exacerbation vers le soir, et du délire une partie de la nuit; la soif vive, le pouls raide et la peau chaude et sèche; le ventre constipé, les urines rouges. Quand je la vis, les parotides commençaient à être douloureuses et à se gonfler.

La belladone m'offrait, dans ses effets sur le corps sain, une image aussi parfaite que possible des symptômes ci-dessus énoncés; dans la disette où je me trouvais de médicaments préparés avec le soin qu'exige Hahnemann, je fus obligé de me servir de l'extrait de belladone, tel qu'il existe dans toutes les pharmacies. Je fis broyer pendant une heure 1 grain de cet extrait avec 4 grammes de sucre de lait. Cette poudre fut dissoute dans 2 onces d'eau distillée, et la malade en prit une cuillerée à café à deux heures après midi. A trois heures, sans éprouver le moindre accroissement de son mal, elle s'endormit et se réveilla à huit heures du soir, couverte d'une moiteur générale, sans fièvre et sans presque de douleur à la gorge. Elle but beaucoup d'eau sucrée jusqu'à onze heures qu'elle s'endormit de nouveau, et le lendemain elle vaquait au soin de son ménage.

A propos de ces documents divers, qu'il m'eût été facile de produire en plus grand nombre, je n'ai pour le moment qu'une seule réflexion à faire : les disciples de Hahnemann, comme on a pu le voir par quelques citations, mettent un soin minutieux à énumérer dans les maladies tous les symptômes de l'ensemble desquels ils tirent l'indication du remède. Pour ce qui concerne les angines, je crois qu'il est difficile de saisir les différences symptomatiques qui existent entre les angines qui réclament du mercure et celles où la belladone est indiquée, d'autant qu'il serait facile de démontrer dans tous ces détails plus d'une contradiction. En dernière analyse, on est obligé de se contenter de ce fait sommaire, c'est que le mercure et la belladone sont dans le traitement des angines inflammatoires les deux remèdes capitaux : vérité précieuse qu'il est utile d'importer dans la pratique ordinaire, où elle n'a pas encore fait élection de domicile. Le mercure, en ce cas, comme je l'ai déjà dit, est d'origine traditionnelle, tandis que la belladone est d'origine hahnemanienne pure.

Comparons maintenant le fait physiologique au fait thérapeutique, et ce simple rapprochement nous fournira plus d'une preuve à l'appui de la thèse en question.

L'action élective de la belladone sur la gorge est incontestable. Qu'on lise Murray et Hahnemann, et l'on verra combien d'auteurs ont décrit cette action élective, même avec les détails les plus circonstanciés.

Ce fait n'a nullement échappé aux toxicologistes. « La sécheresse de la gorge, dit Christison en parlant de l'empoisonnement par la belladone, n'est point un symptôme constant, cependant il a été constaté souvent de la manière la plus évidente On l'a trouvé sur les cent cinquante soldats empoisonnés à Dresde, dont M. Gaultier de Claubry a raconté l'histoire (*Journal de Sédillot*, 1813, p. 564), et sur six autres soldats, dont Brummwell a décrit les accidents (*London medic. obs. and inq.* VI, 223). Les premiers n'avaient pas seulement de la sécheresse dans la gorge, ils avaient aussi de la difficulté dans la déglutition. » Mêmes documents dans Orfila.

Enfin, MM. Trousseau et Pidoux, en copiant leurs devanciers, enregistrent, parmi les symptômes d'action physiologique de la belladone, la sécheresse et la chaleur du gosier qui existent presque toujours.

Cette sécheresse et chaleur du gosier, la disphagie déjà citée, ne sont que l'expression symptomatique de véritables angines plus ou moins intenses, déterminées par la belladone, ce qui est prouvé par de nombreux observateurs. On peut consulter à ce sujet Greding dans ses beaux travaux de la belladone (*Ludw. advers. med. practica*), Remer, *Journal de Hufeland*, t. 17), etc.... (1).

Pour corroborer ces faits, je vais citer des expériences assez récentes à ce sujet, et encore ignorées en France : j'ai déjà parlé dans un précédent Mémoire (2) d'une société de méde-

(1) On trouve la confirmation de ce fait pharmaco-dynamique dans un assez grand nombre d'observations d'empoisonnement par la belladone, qui existent dans la science. Outre celles qui ont été relatées dans nos traités de toxicologie, un certain nombre ont été publiées à l'étranger. Voir entr'autres *Gerson* (*Journal allemand de Casper*, 1833, n° 48), *Elfes* (*Rust's magasin*, 1826, p. 550), *Boden Müller* (*Journal de Graefe et de de Walther*, t. VI, p. 187), *Kostler* (*Oest. med. Wochruschrift*, 1829, p. 210), *Rosenberger* (*Id.*, 1843, p. 565)...

(2) Voyez *Etudes sur l'action élective de l'aconit sur la tête et les nerfs de la face dans ses rapports avec les propriétés antinévralgiques de ce médicament* (*Gaz. méd.*, 10, 17 et 24 février 1855).

cins de Vienne (Autriche), disciples de Hahnemann, qui s'étaient livrés à de nombreuses expérimentations sur l'aconit. A la même époque, d'autres médecins viennois, restés fidèles à la médecine traditionnelle, avaient fait aussi de semblables expérimentations sur la belladone. Ces recherches ont été publiées dans *Wiener Zeitsch. der k. k. ges.* en 1845. Les douze sociétaires prenaient chaque jour de l'extrait de belladone en s'élevant successivement depuis un huitième de grain jusqu'à un grain et demi : or, parmi les nombreux symptômes développés par la belladone, on voit figurer une séchesse continue et pénible des lèvres, de la bouche et du gosier, avec soif insatiable et rougeur de la muqueuse de la gorge.

Les expériences du docteur Schneller (1), qui ont été publiées un an plus tard dans le même journal, sont encore plus précises. Dans une première expérience faite sur lui-même, en prenant pendant douze jours de suite de l'extrait de belladone par huitième de grain, et augmentant tous les jours la dose de cette même quantité, on voit déjà, à la dose de deux à cinq centigrammes, apparaître la sécheresse de la bouche et du larynx, avec enrouement; plus tard, cette sécheresse envahit les fosses nasales, et, aux deux dernières doses, même sécheresse de la bouche et soif, gosier très-rouge et brûlant. Six mois plus tard, même expérience dans les mêmes conditions. Le dernier jour de l'expérimentation, l'auteur en était arrivé à prendre plus de vingt centigrammes d'extrait, et ce jour-là, après une pause de trois jours, le gosier devient sec et brûlant, il survient de l'enrouement, une rougeur vive de la muqueuse de la gorge, de la dysphagie, et le lendemain des mucosités abondantes font disparaître la sécheresse de la bouche; les jours suivants, la muqueuse bucco-pharyngienne est encore vivement injectée, et les amygdales sont un peu tuméfiées.

Voilà donc une électivité particulière à la belladone bien établie, et il est curieux de voir, en parcourant tous ces documents et bien d'autres encore que je n'ai pu citer, comment un grand nombre de médecins, de langues et de doctrines bien diverses, sont venus apporter chacun leur pierre pour édifier ce fait intéressant de pharmacodynamie.

Ainsi, de même que pour le mercure, la comparaison du fait physiologique, avec le fait thérapeutique, jette un nouveau jour sur la question, et cette fois-ci, c'est la connaissance même du fait physiologique qui a fait appliquer *à priori* la belladone au traitement des angines. Cette application de la loi de similitude en fait ressortir naturellement toute l'importance.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Voir le Mémoire précité.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. Fleury, agrégé de la Faculté.

Suite. — *Voir les n° 142, 144, 146 et 148.*

De la congestion sanguine chronique du foie.

Parmi les causes de la *congestion hépatique secondaire*, il en est une que j'ai déjà signalée plusieurs fois, et sur laquelle je crois utile d'appeler encore l'attention des praticiens : je veux parler de l'intoxication paludéenne.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter si la fièvre intermittente est l'effet de l'intumescence de la rate, produite, elle-même, par l'absorption du miasme marécageux, ou si l'intumescence de la rate n'est que l'un des effets de la fièvre intermittente. Discussion théorique stérile et sans issue possible, ainsi qu'en témoignent les longs débats qui, après avoir retenti dans les facultés, les académies et les journaux, ont laissé à chacun ses convictions primitives, et n'ont pu faire avancer la question d'un seul pas. Mais il est des *faits*, faciles à constater et incontestables, qu'il importe de faire pénétrer dans la science, d'établir de la manière la plus générale et la plus formelle, en raison des considérations pratiques qui s'y rattachent

Ces faits, qui résultent d'observations nombreuses et concluantes (1), les voici :

Il est des fièvres de marais, périodiques, fièvres intermittentes franches, légitimes, que n'accompagne aucune intumescence de la rate ou du foie.

Il est des intumescences spléniques ou hépatiques qui ne sont accompagnées d'aucun accès fébrile intermittent.

Les fièvres de marais sont accompagnées, dans la grande majorité des cas, d'une intumescence de la rate; souvent d'une intumescence de la rate et du foie; parfois d'une intumescence hépatique seulement.

Le plus souvent l'intumescence du foie ne se développe que tardivement, et alors elle peut être considérée, non comme un effet direct, immédiat de l'intoxication paludéenne, mais comme un effet de l'anémie, de la cachexie, amenées par cette intoxication; d'autres fois elle se montre dès le début, comme l'intumescence splénique.

Souvent, et surtout au moyen de la médication hydrothérapique, l'on parvient à couper les accès fébriles périodiques bien avant que la rate et le foie ne soient rentrés dans leurs limites physiologiques, mais ce n'est qu'après le retour de ces organes à leur volume normal que l'on voit disparaître tous vestige d'anémie et de cachexie, et que les malades sont définitivement à l'abri des rechutes, des accès fébriles irréguliers, de tous les accidents secondaires de l'intoxication paludéenne.

Les observations suivantes viennent à l'appui de ces propositions.

Observation IV. — B..., âgé de trente-cinq ans, d'une constitution athlétique, d'une excellente santé habituelle, très-adonné aux boissons alcooliques, était employé à des travaux de terrassement sur la ligne du chemin de fer de l'Ouest, lorsque le 9 septembre 1854, à deux heures de l'après-midi, il fut pris d'un accès fébrile, début d'une fièvre tierce parfaitement périodique.

Cinq accès eurent lieu et présentèrent les caractères suivants : frisson initial très-intense avec claquement des dents, teinte bleuâtre des extrémités, etc., d'une durée de trois à quatre heures; période de réaction accompagnée d'une chaleur sèche et brûlante, d'une violente céphalalgie, de nausées, et parfois de vomissements bilieux; sueur copieuse vers minuit et jusqu'à trois heures du matin. Pendant le jour, apyrexie, faiblesse musculaire, anorexie, malaise général.

Le 18 septembre, B... vient à Bellevue; je constate que la rate a conservé son volume normal (diamètre vertical, 7 centimètres et demi), mais que le foie, dont la limite supérieure n'est point déplacée, dépasse le rebord costal de 9 centimètres.

Le traitement hydrothérapique est commencé le jour même; l'accès du 19 est retardé et notablement amoindri dans sa durée et son intensité; il commence à deux heures et demie et se termine à dix heures du soir; le frisson est moins violent et sans claquement des dents; chaleur moins mordicante, céphalalgie moins douloureuse pendant la période de réaction; pas de vomissements.

20. B... ressent moins de malaise général et de brisement des membres.

21. L'accès commence à quatre heures et se termine à huit heures; il n'est que d'une très-médiocre intensité.

22. Le malade ne ressent aucun malaise et mange avec appétit.

23. Vers cinq heures du soir, B... a ressenti un léger frisson, mais il a pu continuer son travail.

25. Aucun vestige de fièvre; le foie dépasse encore le rebord costal de 6 centimètres.

(1) L. Fleury, *Mémoire sur les douches froides appliquées au traitement de la fièvre intermittente. In Arch. génér. de médecine*, 1848, t. XVI, p. 289. *Traité d'hydrothérapie*, p. 398-467. — *De l'hydrothérapie appliquée au traitement de la fièvre intermittente*, Paris, 1854.

8 octobre. La fièvre n'a pas reparu; la santé est excellente; le foie dépasse à peine le rebord costal (1 centimètre).

15 octobre. Tout est rentré dans l'ordre; la guérison est complète.

Les choses ont suivi la marche *régulière* que j'ai signalée et que l'on observe constamment dans les cas de fièvres intermittentes *récentes*; il n'en est plus de même lorsque la fièvre est ancienne, que de fréquentes rechutes ont eu lieu, que le foie a, depuis longtemps, acquis des dimensions considérables, que les sujets sont plongés dans l'anémie et la cachexie.

Observation V. — M. L..., capitaine d'infanterie, âgé de quarante ans, d'une taille élevée, d'une forte constitution, a passé en Afrique quinze années pendant lesquelles, soit comme attaché à un bureau arabe, soit comme faisant partie d'une expédition, il a été placé, presque constamment, dans les conditions hygiéniques les plus défavorables; couchant sous la tente ou en plein air, exposé à toutes les intempéries atmosphériques, n'ayant souvent qu'une alimentation insuffisante ou malsaine, abusant forcément, pour ainsi dire, des boissons alcooliques et principalement de l'eau-de-vie.

En octobre 1847, M. L... fut pris d'une fièvre intermittente tierce qui, malgré l'administration du sulfate de quinine, eut une durée de trois mois. En mai 1848, nouvelle fièvre qui cède, au bout de six semaines, plutôt à un déplacement qu'à la médication. En septembre, douze accès ont lieu. En juin 1849, la fièvre affecte le type quotidien; elle est combattue par la médication arsénicale et dure sept semaines, les accès n'ayant plus toutefois la même violence qu'auparavant.

Depuis cette époque, et pendant trois années, les accès fébriles ont été très-irréguliers, très-variables quant à leur caractère, à leur intensité, à leurs apparitions, mais ils n'ont jamais complétement disparu pendant plus de deux mois. Tantôt M. L... n'a qu'un accès qui ne se renouvelle pas; tantôt trois, quatre, six, huit accès, affectant le type quotidien ou tierce, ont lieu régulièrement; le sulfate de quinine, le vin et la poudre de quinquina, l'arsenic ont été alternativement mis en usage, mais M. L... ayant vu plusieurs fois les accès s'arrêter en l'absence de toute médication, a fini par ne plus leur opposer aucun traitement et, suivant ses expressions, « *par vivre en bonne intelligence avec son ennemie.* » Souvent il lui est arrivé de monter à cheval ou de se mettre en marche étant en plein accès fébrile.

Cependant, la santé générale de M. L... subissait de graves atteintes; au mois de juin 1852, il fut obligé de demander un congé de six mois, et le 4 juillet, il vint à Bellevue réclamer le secours de l'hydrothérapie.

Etat actuel. — Apparence cachectique et anémique des plus prononcées. Teint bistré, jaunâtre; gencives décolorées; peau sèche, rugueuse, parcheminée; facies profondément altéré; amaigrissement considérable; M. L..., dont la taille est de 1 mètre 725 millimètres et dont la charpente osseuse est fortement constituée, ne pèse que 45 kilos; faiblesse musculaire telle que c'est à peine si la marche est possible pendant un quart d'heure.

Accidents gastralgiques très-intenses; douleurs épigastriques, flatuosités, renvois acides, vomissements alimentaires fréquents, constipation opiniâtre, etc. La langue est pâle, large, couverte, vers la base, d'un épais enduit jaunâtre, sans pointillé rouge à la pointe.

Palpitations violentes et essoufflement provoqués par le travail de la digestion, l'action de parler, par l'exercice le plus léger. Les battements du cœur sont réguliers, mais l'impulsion est faible; bruit de souffle moelleux au premier temps; pas de souffle dans les vaisseaux du cou. Le pouls est lent (62), mou, facilement dépressible.

L'intelligence est parfaitement nette, mais affaiblie; M. L... a moins de mémoire, il ne peut s'appliquer à aucun travail intellectuel; la lecture le fatigue, même celle d'un journal; sensibilité extrême au froid, absence complète de désirs vénériens et d'érections. Des douleurs névralgiques irrégulières se font fréquemment sentir en divers points du corps, et principalement dans les espaces intercostaux, le membre inférieur droit et les épaules.

Rien à noter du côté des urines; pas d'œdème ni d'épanchement ascitique.

Les manifestations fébriles sont très-irrégulières, très-anormales; elles ont lieu tantôt deux ou trois fois dans la même semaine, tantôt une seule fois dans le cours d'un mois tout entier; tantôt pendant le jour, tantôt pendant la nuit; parfois elles ne sont caractérisées que par un frisson plus ou moins long, plus ou moins intense, le stade de chaleur étant à peine sensible et la sueur nulle; d'autres fois le frisson initial fait défaut et le malade n'éprouve qu'une chaleur sèche accompagnée de malaise général, de céphalalgie et suivie d'une légère moiteur.

La rate a conservé son volume normal (diamètre vertical 7 1/2 centimètres), mais le foie présente des dimensions énormes; son diamètre mamelonnaire est de 27 centimètres; il s'élève jusqu'à 1 centimètre au-dessous du mamelon, atteint la fosse iliaque droite, dépasse l'ombilic et s'étend jusque dans l'hypochondre gauche.

Aucune lésion appréciable dans aucun autre organe.

Le traitement hydrothérapique est commencé *le 6 juillet* 1852.

25 juillet. Deux accès *réguliers* mais d'une médiocre intensité ont eu lieu le 13 et le 17. Les fonctions digestives s'améliorent; le teint est meilleur; la faiblesse musculaire a diminué; chaque douche est suivie d'une sensation de bien-être et de force. Le foie ne dépasse plus la ligne médiane que de 2 centimètres; le diamètre mamelonnaire n'a pas diminué.

6 août. Un accès régulier et assez violent a eu lieu le 2 août; il a été accompagné d'une céphalalgie intense et de vomissements bilieux. L'état général présente une notable amélioration; les digestions sont bonnes, l'appétit est très-vif, et M. L... est obligé de ne pas obéir complétement à ses sollicitations; d'assez longues promenades sont faites sans fatigue, sans palpitations et sans essoufflement. Le diamètre mamelonnaire du foie a diminué de 3 centimètres (24 centimètres).

6 septembre. Deux accès légers ont eu lieu le 19 et le 20 août. Toutes traces de gastralgie et d'anémie ont disparu. M. L... fait des promenades de plusieurs heures, lit les journaux sans ressentir la moindre fatigue. Le foie ne dépasse plus la ligne médiane, son diamètre mamelonnaire est de 19 1/2 centimètres. Le malade pèse 55 kilos.

6 octobre. Un accès provoqué par un écart de régime a eu lieu le 13 septembre. La santé générale ne laisse rien à désirer; toutes les fonctions s'accomplissent parfaitement, y compris les fonctions génésiques. Le diamètre du foie est de 16 centimètres.

6 novembre. Le foie est rentré dans ses limites physiologiques; il ne dépasse plus le rebord costal, et son diamètre mamelonnaire est de 13 centimètres.

6 décembre. Aucune manifestation pyrétique n'a eu lieu depuis deux mois et demi; M. L... pèse 68 kilos, et quitte Bellevue dans un état de santé parfait.

Dans les cas analogues à celui-ci (1), la persévérance est la condition *sine quâ non* du succès.

Depuis dix ans, le traitement hydrothérapique de la fièvre intermittente n'a eu à enregistrer, à Bellevue, que deux insuccès, se rattachant tous les deux à des malades impatients et indociles qui, affectés de fièvre ancienne, grave, rebelle au quinquina, contractée aux Indes, accompagnée d'une hépatomacrosie considérable et d'une cachexie profonde, n'ont suivi le traitement que pendant deux ou trois semaines, et très-irrégulièrement, malgré mes instances et celles de mon excellent ami, M. le docteur Marchal, de Calvi, qui me les avait adressés. Ces insuccès sont-ils imputables à la médication?

Observation VI. — M. R..., ancien élève de l'Ecole polytechnique, savant distingué dont l'Académie des sciences a souvent écouté avec intérêt les belles recherches météorologiques, contracta en Algérie, à Bône, au mois de juillet 1840, une fièvre pernicieuse qui fut coupée, au troisième accès, par le sulfate de quinine.

Pendant l'année 1841, des accès de fièvre intermittente se manifestèrent à plusieurs reprises et cédèrent chaque fois à l'administration du sel quinique.

En décembre 1841, à Oran, M. R... fut atteint d'une dysenterie peu grave, qui fut combattue avec succès par l'opium.

Pendant dix années de séjour en France, de 1842 à 1852, la santé ne fut troublée que par quelques douleurs rhumatismales, ressenties en 1849 et 1850.

En 1852, M. R... retourna en Algérie, et en juin 1853, après une excursion longue et pénible, il contracta, à Aumale, une fièvre intermittente qui fut encore coupée par le sulfate de quinine, à Alger.

Au mois de juillet, étant de retour en France et habitant Vendôme, M. R... fut pris d'une névralgie sus-orbitaire périodique très-dou-

(1) Voyez *Traité d'hydrothérapie*, pages 474 et suivantes.

loureuse ; les accès, affectant le type tierce, éclataient tous les deux jours à neuf heures du matin. Nouvelle intervention du sulfate de quinine.

Le 3 janvier 1854, après un voyage de trois semaines, accompli par un temps froid et neigeux, un accès fébrile éclate tout à coup ; il se reproduit avec plus de violence le 5 ; le 7, il est accompagné de délire, d'une coloration violette de la face, et dure environ dix heures. Vingt-cinq sangsues sont appliquées immédiatement, et le sulfate de quinine obtient encore raison de la fièvre, mais ne prévient pas de nombreuses rechutes, lesquelles ont lieu à la fin de janvier, dans le courant de février, au commencement du mois de mars et en avril. En février et mars l'on a recours à l'acide arsénieux, mais l'on n'en obtient point l'effet désiré, et l'on revient, en avril, au sulfate de quinine.

A cette époque, le malade fait une excursion en Bretagne, et le mois de mai se passe sans accidents, mais la fièvre reparaît, à Vendôme, au mois de juin.

Au commencement de juillet, M. R... vient à Paris; le 10, nouvelle apparition de la fièvre, qui affecte toujours le type tierce. Depuis ce moment et *pendant quatre mois, malgré l'administration presque continue du sulfate de quinine à la dose de 1 et de 2 grammes*, les accès se montrent tous les dix, quinze ou vingt jours, et présentent ceci de particulier, que chaque invasion *correspond à un jour pair*, en comptant depuis le 3 janvier.

Au mois d'octobre, M. Doyère, qui connaît depuis longtemps l'efficacité des douches froides, adjure le malade d'y avoir recours, et le 23, après un violent accès, M. R... vient à Bellevue, présentant tous les symptômes de la double cachexie fébrile et quinique. La rate a 19 centimètres de diamètre vertical, et le foie dépasse le rebord costal de 9 centimètres.

Quinze jours de traitement ont suffi pour rétablir les digestions, faire disparaître les divers troubles de l'innervation et ramener la rate à ses limites physiologiques (7 cent. et demi).

30 novembre. Il n'existe plus trace d'anémie; l'appétit est très-vif, la digestion excellente, le teint coloré, le malade a notablement engraissé. Le foie ne dépasse plus le rebord costal.

M. R... a suivi le traitement jusqu'au 8 décembre 1854, c'est-à-dire pendant six semaines. Depuis ce jour jusqu'à aujourd'hui (20 octobre 1855) la fièvre n'a pas reparu et la santé s'est maintenue parfaitement bonne, aussi bien à Vendôme qu'à Paris.

Ce n'est pas ici le lieu de mettre en évidence tout ce que cette observation renferme de remarquable et de concluant touchant la pathogénie et le traitement de la fièvre intermittente, mais je veux signaler la manière différente dont se comportent le foie et la rate sous l'influence de l'eau froide.

Quinze jours de traitement suffisent pour opérer, dans le volume de la rate, une diminution de 11 cent. et demi, tandis que cinq semaines sont nécessaires pour réduire le foie de 9 centimètres.

Si, dans ce phénomène, le Physiologiste n'aperçoit qu'un fait très-simple, dont la texture différente des organes rend parfaitement compte, le Clinicien doit y puiser un enseignement important, et se rappeler que le traitement hydrothérapique des fièvres intermittentes hépatiques doit être plus long et encore plus méthodique, pour ainsi dire, que celui des fièvres intermittentes spléniques.

(La suite à un prochain numéro.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Outre les prix que nous avons annoncé, l'Académie a décerné, dans sa séance annuelle les récompenses suivantes :

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder (pour le service de 1853) :

1° Un prix de 1,500 fr. partagé entre les trois médecins dont les noms suivent :

M. Massaloup, du canton de Mèze (Hérault), signalé à M. le préfet de ce département comme digne de récompense pour le zèle dont il a fait preuve dans la propagation de la vaccine.

M. Labesque, d'Agen (Lot-et-Garonne), qui, après avoir obtenu plusieurs médailles d'argent, s'est surpassé cette fois lui-même dans le nombre des vaccinations qu'il a pratiquées.

M. Carville, chirurgien à Gaillon (Eure), pour les services qu'il a rendus dans le cours de l'épidémie de variole qui a régné dans la maison centrale de Gaillon, et l'excellent rapport qu'il a rédigé sur cette même épidémie.

2° Quatre médailles d'or à :

M. Descieux, docteur-médecin à Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise), pour ses importantes communications au sujet d'une inoculation dont il a signalé les dangers : recommandé par M. le préfet.

M. Verger, officier de santé à Lagravelle (Mayenne), signalé par M. le préfet de ce département comme un des plus zélés propagateurs de la vaccine.

M. Maigne, docteur-médecin à Cubjac (Dordogne), qui, à peine rétabli d'une grave atteinte de suette, a repris sa tâche de vaccinateur et contribué à éteindre la variole qui régnait en même temps que la miliaire.

M. Charil, officier de santé à Janzé (Ille-et-Vilaine), pour le zèle qu'il met à remplir ses fonctions, et pour ses nombreuses recherches au sujet de la variole.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles proposées pour MM. les médecins des épidémies et pour MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des épidémies et sur le service des eaux minérales, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, elle proposerait à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, d'accorder des médailles à ceux qui auraient envoyé les meilleurs travaux.

En conséquence, elle propose à M. le ministre d'accorder pour le service des épidémies de 1854 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Kemmerer, médecin des hospices civils de Saint-Martin ;

M. Coutenot, docteur en médecine à Besançon (Doubs) ;

M. Hoveix, médecin des épidémies de l'arrondissement de Ploermel (Morbihan).

MM. Vingtrinier et Duclos, médecin et médecin-adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Rouen (Seine-Inférieure).

2° Des médailles à :

M. Durand, médecin des épidémies de l'arrondissement de Chartres (Eure-et-Loir).

M. Gestin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Quimper (Finistère).

M. Poulet, docteur en médecine à Planches-les-Mines (Haute-Saône),

M. Pone, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontarlier (Doubs).

M. Santon, médecin-adjoint des épidémies de l'arrondissement de Montbéliard (Doubs).

3° Une mention très-honorable, avec rappel de la médaille d'argent à :

M. le docteur Lecadre, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre (Seine-Inférieure).

4° Une mention honorable, avec rappel de la même médaille, pour :

M. le docteur Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône).

M. le docteur Pagès, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Alais (Gard).

5° Enfin des mentions honorables à :

M. le docteur Vannaque, médecin des épidémies de l'arrondissement de Compiègne (Oise).

M. le docteur Victor Guillemin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Thionville (Moselle).

M. le docteur Anthouard, médecin des épidémies de l'arrondissement du Vigau (Gard).

M. le docteur Lemaire, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dunkerque (Nord).

L'Académie propose, en outre, à M. le Ministre d'accorder, pour les eaux minérales (1853) :

1° Des médailles d'argent à :

M. Vernière, médecin-inspecteur de Saint-Nectar (Puy-de-Dôme).

M. de Puisaye, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien (Seine-et-Oise).

M. Lhéritier, médecin-inspecteur des eaux de Plombières (Vosges).

M. Richond des Brus, médecin-inspecteur des eaux de Néris (Allier).

M. de Laurès, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Néris (Allier),

M. Lebret, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault).

M. Pégot, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault).

M. Lefort, chimiste à Paris, pour son travail sur les eaux de Château-neuf (Puy-de-Dôme).

2° Des mentions honorables avec rappel de médaille d'argent à :

M. Villaret, médecin militaire, chef du service de Bourbonne.

M. Bertrand fils, médecin-inspecteur des eaux du Mont-d'Or (Puy-de-Dôme).

M. Dufresse de Chassaigne, médecin-inspecteur des eaux de Chaudes-Aigues (Cantal).

3° Des médailles de bronze à :

M. Magnin, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Bourbonne (Haute-Marne).

M. Bouisson, médecin-inspecteur des eaux de Lamotte (Gard).

M. Isarié, médecin-inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées).

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix de l'Académie.

Faire l'histoire des applications du *microcospe* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies ; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal.

De l'anatomie pathologique des kystes.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux.

Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron.

De la saignée dans la grossesse.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil.

Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.

Prix de l'Académie.

Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal.

Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux.

Du vertige nerveux. — Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie, et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondés par M. le docteur Capuron.

1° *Question relative à l'art des accouchements :* La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites.

Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales :* Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre.

De la mélancolie.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX PROPOSÉ POUR 1858.

Prix fondé par M. le docteur Itard.

Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou Mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Les Mémoires pour les prix à décerner en 1856 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie,* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont seuls exceptés de ces dispositions.

— Dans une liste, publiée par le *Moniteur*, de personnes qui, par décret du 18 novembre, ont été autorisées à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers. Nous trouvons les noms suivants :

MM. Moneau, ordre de François Ier des Deux-Siciles (chevalier) ;

Bonnet, ordre de Charles III, d'Espagne (chevalier) ;

Geoffroy Saint-Hilaire, ordre du Christ, du Portugal (commandeur) ;

Davenne, directeur de l'assistance publique, ordre de l'Etoile polaire de Suède (chevalier) ;

Huttin, Mounier, Scoutteten, ordre du Medjidié de Turquie (3e classe) ; Levé (4e classe) ;

Breton, l'habile constructeur d'appareils électro-médicaux, ordre de Saint-Sylvestre, accordé par le Saint-Père pour les résultats obtenus en Italie dans l'application des appareils électro-médicaux.

— M. A. Tardieu a été nommé médecin, et M. Demarquay, chirurgien du conseil d'Etat.

— L'état de M. le professeur Bérard a peu changé depuis notre dernier bulletin. Nous n'avons donc rien à ajouter au pronostic qui a été porté sur son état.

— Par décret impérial en date du 29 novembre, M. le docteur Cullerier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 150. 3e année. Lundi 17 Décembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine: Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Sur l'éloge académique de M. Récamier.

Monsieur le Secrétaire perpétuel,

Je n'ai jamais pensé que la profession de journaliste et le métier de flatteur fussent une seule et même chose; aussi la réputation que j'ambitionnerais, s'il m'était permis d'en ambitionner une, ne serait point celle de panégyriste, et je crois reconnaître que ce n'est point celle que cherchent à me faire les Cotins et autres Chapelains médicaux du jour. Je ne leur sais pas de leurs bonnes intentions tout le mauvais gré qu'ils s'imaginent. D'une part, le temps établit beaucoup de choses en leur place, par conséquent beaucoup de réputations, et, d'autre part, si chaque médaille à son revers, elle a son beau côté aussi. Celui que je trouve à la mienne, c'est que les éloges valent, en général, en raison inverse de leur banalité, et que mes lecteurs ont la bonté d'accorder quelque crédit à ceux que je décerne. Je n'ai qu'une chose à regretter aujourd'hui, Monsieur, c'est que ce crédit ne soit pas beaucoup plus considérable, afin que la valeur de mes félicitations pût être proportionnelle au mérite de votre discours. Depuis la belle esquisse de Broussais, vous n'aviez point traité avec autant de bonheur un sujet aussi difficile ; rien d'aussi correct, d'aussi fin et à la fois d'aussi vigoureux n'était sorti de votre plume habile.

Ce n'est pas, toutefois, que l'éloge que vous venez de prononcer satisfasse complétement mes instincts de critique, mais ce qu'il peut laisser à désirer est la faute de notre position et non la vôtre : le héros d'un éloge académique est comme la femme du prochain : chez lui comme chez elle, il ne faut pas découvrir ce que la pudeur veut être caché, suivant l'expression du Lévitique voilée par une chaste traduction. Vous avez donc été obligé de ne point porter au delà de certaines bornes votre main indiscrète ; mais tout le monde, j'aime à le croire, vous saura gré comme moi, d'avoir tempéré suffisamment l'auréole dont vous avez entouré votre héros, pour qu'il soit permis à tout œil pénétrant de découvrir, de deviner tout au moins ce que nous avons intérêt à connaître.

Vous avez dit assez clairement, Monsieur, que Récamier n'était ni un érudit, ni un observateur, ni un penseur, ni un logicien, ni ce qu'on appelle un homme de talent. Que peut-on être, quand on n'est rien de tout cela? En termes académiques, on ne peut guère être... qu'un génie! Va donc pour le génie! Mais il en est des génies comme des caractères : il y en a beaucoup de variétés. Dans laquelle faut-il classer le génie de Récamier? Dans celle des génies d'inspiration, dites-vous ; voyons un peu.

Récamier entre dans une salle d'hôpital ; il en parcourt d'un pas rapide la double longueur sans faire une prescription, et, revenu à son point de départ, il prend son front dans une main, semble méditer un instant, et s'écrie tout à coup : — *Saignez-moi tout le côté gauche de la salle et purgez-moi tout le côté droit.*

Je ne me connais pas beaucoup en inspiration, Monsieur ; mais je doute qu'il soit possible de donner ce nom à une telle excentricité, si ce n'est dans un discours académique.

Pour l'étranger qui se serait trouvé transporté en présence de Récamier, dans une salle de l'Hôtel-Dieu, et qui n'aurait tenu compte ni du caractère de l'homme ni de ses intentions, qui aurait simplement voulu juger l'acte en lui-même, y aurait vu difficilement autre chose que la preuve d'une déplorable folie ou d'un mépris absolu pour les douleurs et la vie des hommes. C'est la conclusion que tout esprit droit tirera de votre remarquable discours, ou plutôt, et ce n'est peut-être pas là un de vos moindres mérites, qui découle toute seule du milieu même de vos éloges.

Je voudrais, Monsieur le Secrétaire perpétuel, n'avoir qu'à vous louer jusqu'au bout, dussé-je y perdre ma couronne de critique, couronne, vous le savez d'ailleurs, bien plus riche en épines qu'en roses ou en lauriers. Mais nul ne peut échapper à sa destinée, et la mienne ressemble beaucoup à celle de Montaigne, toute gloire à part. J'ai donc à vous adresser deux reproches : le premier, d'avoir prêté à l'immortel Pinel des intentions et un ridicule qui n'approchèrent jamais de lui ; le second, d'avoir cru et dit que Récamier n'avait point laissé et ne pouvait point laisser de postérité médicale.

Il nous suffira, Monsieur le Secrétaire perpétuel, de lire la courte introduction dont Pinel a fait précéder sa *Clinique médicale*, si mieux vous n'aimez lire toute cette clinique elle-même, ou si, mieux encore, vous ne voulez pas jeter un nouveau coup d'œil sur son immortel traité de l'aliénation mentale ; il vous suffira même de porter les regards sur la toile qui décore la salle de vos séances, pour vous convaincre qu'un homme du talent et du caractère de Pinel, ne put borner son ambition à tracer l'histoire naturelle des maladies, et que son génie était de ceux qui éclairent et réchauffent, non de ceux qui brûlent ou éblouissent.

Quant à la question de postérité médicale, votre opinion est que celui qui n'a pas de doctrine ne peut avoir d'école, partant, point de postérité. Vous avez raison peut-être dans le sens que vous avez pu entendre. Mais si vous avez cru que ce sens est complet et dit tout ce qu'on doit entendre par *école*, détrompez-vous. Les hommes comme Récamier, qu'ils aient ou non une doctrine, ont une généalogie aussi vieille que le monde, et ils laisseront une postérité qui vivra autant que vos

éloges, c'est-à-dire, qui, si je suis bon prophète, *in secula seculorum*. — *Amen*.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Recherches sur les maladies chroniques.

Par M. L. FLEURY, agrégé de la Faculté.

Suite. — *Voir les n°* 142, 144, 146, 148 *et* 149.

De la congestion sanguine chronique du foie.

Il existe entre la congestion chronique du foie et les affections du cœur, des liens qui n'ont pas été étudiés jusqu'à présent, et qui méritent de fixer l'attention des praticiens.

En 1849, un très-distingué confrère de Paris m'adressa un malade « *atteint d'une hypertrophie du cœur*, » en me demandant si l'hydrothérapie rationnelle ne pourrait pas modifier avantageusement, sinon la lésion cardiaque, du moins l'état général du sujet, lequel était maigre, anémique, dyspeptique, nerveux, etc.

Je reconnus que le volume du cœur était, en effet, considérable, mais *que l'impulsion était faible, qu'il n'existait aucun bruit anormal, et que les battements étaient souvent irréguliers, tumultueux, séparés par des intermittences* ; je reconnus ensuite que le volume du foie était également considérablement augmenté, et que la plupart des accidents éprouvés par le malade devaient être rattachés à la congestion hépatique.

Quelques mois de traitement ramenèrent un état de santé complétement satisfaisant, mais ce fut avec une grande surprise qu'après avoir constaté le retour du foie à ses limites physiologiques, je découvris que le cœur avait aussi reconquis toutes les conditions normales de son *volume* et de ses fonctions.

Ce fait devint le point de départ d'observations et de recherches dont j'ai indiqué la tendance en 1852 (1), et desquelles je suis en droit de conclure aujourd'hui que si M. Bouillaud a raison de dire que très-fréquemment des palpitations nerveuses, chlorotiques, anémiques sont attribuées à une hypertrophie cardiaque absente, tandis que dans d'autres cas l'on méconnaît l'existence de celle-ci (2), on peut affirmer, avec non moins de justesse, que très-souvent aussi l'on rattache à l'*hypertrophie* des cardiomacrosies dues à une simple *hyperémie*, ou que l'on considère comme purement *nerveux* des troubles fonctionnels produits par la *congestion cardiaque*. Il suffit cependant de percuter et de mesurer le cœur pour reconnaître la cardiomacrosie, et quant au diagnostic différentiel entre la congestion cardiaque et l'hypertrophie *générale simple*, c'est-à-dire sans augmentation ni diminution de la capacité des cavités, sans lésion des valvules ni des orifices, il est ordinairement facile à établir ; le tableau synoptique suivant en fait foi :

Hypertrophie (BOUILLAUD).	*Congestion* (FLEURY).
Lorsque l'hypertrophie est générale et considérable, le poids du cœur peut atteindre près de 700 gr. ; la circonférence peut s'élever jusqu'à 540 millim. de la longueur jusqu'à 150. La pointe du cœur, au lieu de battre dans le cinquième espace intercostal, se trouve dans le sixième, septième et quelquefois huitième, et la base du cœur remonte près de la clavicule. Le cœur est placé à peu près transversalement dans le côté gauche de la poitrine, et sa pointe mousse, comme effacée, est déviée à gauche et en dehors du mamelon. Le cœur est arrondi, globuleux, sphérique.	Jamais le cœur n'atteint un poids aussi considérable, des dimensions aussi étendues ; sa longueur ne dépasse point 115 mill. ; jamais la pointe ne bat au-dessous du sixième espace intercostal ; jamais la base ne remonte jusque près de la clavicule ; jamais on n'observe de changements dans la forme et la situation de l'organe.
La force et l'étendue des battements du cœur sont augmentées.	La force est notablement diminuée et l'étendue n'est que peu augmentée.
Le rhythme du cœur, c'est-à-dire l'ordre régulier suivant lequel se succèdent ses mouvements, n'est pas altéré.	Le rhythme du cœur est presque toujours altéré. Après quelques battements réguliers, surviennent des irrégularités, des *tumultes*, des intermittences.
Quand l'hypertrophie est considérable, la poitrine présente une voussure accompagnée d'un élargissement des espaces intercostaux.	Jamais rien de semblable.

Mais, dira-t-on, si ce tableau synoptique lève la difficulté quant à l'hypertrophie générale *très-considérable*, il la laisse subsister en partie quant à l'hypertrophie commençante, à l'hypertrophie médiocre.

Cela est vrai ; — mais la congestion du cœur se développe sous l'influence des causes que nous avons assignées aux congestions chroniques en général (1), et à la congestion hépatique en particulier ; elle se montre chez les individus lymphatiques, faibles, cacochymes, débilités, chlorotiques, gastralgiques, spermatorrhéiques, anémiques, cachectiques ; elle n'est presque jamais primitive et simple, mais secondaire et accompagnée de congestion simultanée du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons. Enfin, le traitement est ici une pierre de touche irrécusable.

Une véritable hypertrophie du tissu musculaire du cœur pourrait-elle disparaître graduellement en quelques semaines, sous l'influence de l'hydrothérapie, du fer, de l'exercice musculaire, d'un régime analeptique ?

Le fait suivant présente un intérêt qui sera facilement apprécié.

Observation VII. — M. L... est âgé de trente-trois ans, d'une taille élevée, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, d'une santé délicate ; il a eu pendant son enfance la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, des bronchites fréquentes et une « *attaque de croup*, » mais depuis l'âge de quinze ans jusqu'à celui de vingt-neuf il n'a pas fait de maladie sérieuse.

En 1850, M. L... contracta dans le département de la Charente-Inférieure une fièvre intermittente tierce qu'il conserva pendant quatre mois, malgré l'administration du sulfate de quinine à doses très-élevées ; un voyage suspendit la marche périodique des accès, mais pendant six mois encore, et en l'absence de tout traitement, des manifestations fébriles eurent lieu d'une façon irrégulière, à des intervalles plus ou moins rapprochés et sans cause déterminante appréciable.

Depuis cette époque, les accès de fièvre disparurent sans retour, et M. L... ne ressentit plus qu'un état de faiblesse générale accompagné de quelques accidents gastralgiques. Vers la fin de 1851, M. L... s'aperçut, pour la première fois, que la marche, ou un exercice musculaire quelconque, provoquait de l'essoufflement et des palpitations, et il n'accorda d'abord à ces phénomènes qu'une médiocre attention, mais bientôt les palpitations devinrent très-fréquentes, incommodes, et se montrèrent spontanément ou sous l'influence du plus léger mouvement, de la moindre émotion morale, de la réplétion de l'estomac par les aliments, etc. Plusieurs médecins furent consultés ; la digitale, en poudre et en teinture, le sirop de Labélonye, le sirop de pointes d'asperges, l'éther, les opiacés, les antispasmodiques administrés pendant près d'une année n'amenèrent aucun soulagement.

(1) *Traité d'hydrothérapie*, pages 485 et suiv.

(2) Auburtin, *Recherches cliniques sur les maladies du cœur*, d'après les leçons de M. Bouillaud. Paris, 1856, pages 252-253.

(1) *Traité d'hydrothérapie*, pages 428 et suiv.

En mars 1852, les symptômes dispeptiques et les accidents du côté du cœur suivant une marche croissante, la faiblesse générale augmentant également, M. L... vint à Paris et s'adressa à l'une de nos sommités médicales le plus en renom : voici la *consultation* qu'il en obtint.

« *Hyperthrophie du cœur.* — On appliquera sur la région précordiale, au moyen de la pommade caustique de Vienne, une série de cautères volants.

« Régime sévère; manger très-peu, et principalement du laitage et des légumes; — viandes blanches; — s'abstenir de vin, de café, de thé, de viandes noires, de ragoûts, d'épices, de toutes les substances excitantes, sous quelque forme que cela soit.

« On pratiquera tous les deux mois une petite saignée révulsive.

« Monsieur prendra matin et soir d'abord un, puis deux et enfin trois milligrammes de digitaline.

« Monsieur gardera le repos autant que possible; il évitera les mouvements, les exercices, les émotions capables d'accélérer la circulation et la respiration.

« Signé... »

Ce traitement fut scrupuleusement suivi pendant quinze mois; mais treize cautères, une diète poussée à l'excès, sept saignées (sept saignées pratiquées à un anémique ! ! !), et plusieurs flacons de granules de digitaline n'eurent d'autre effet que d'aggraver singulièrement la maladie, et de plonger M. L... dans un état très-alarmant de faiblesse et d'amaigrissement. Toute médication fut suspendue.

En septembre 1853, M. L... m'écrivit pour me demander si l'hydrothérapie pourrait, sinon le guérir, du moins le soulager. « Je suis, disait-il, atteint d'un *anévrysme du cœur*, et je connais le sort qui m'est réservé, mais je voudrais, ou abréger ou diminuer les souffrances que j'endure, et qui me rendent la vie insupportable. »

L'expérience m'ayant appris à me défier des *anévrysmes du cœur*, et des tentatives encouragées par M. Bouillaud m'ayant démontré, d'ailleurs, que l'hydrothérapie, prudemment et rationnellement appliquée, peut rendre d'importants services aux sujets atteints des plus graves lésions du cœur et de l'aorte, j'engageai M. L... à venir à Bellevue. Il s'y installa le 17 septembre.

Etat actuel. — Emaciation extrême; le malade, dont la taille est de 1 m. 753 millim., ne pèse que 42 kil. Rien dans le facies n'indique une maladie du cœur; il n'existe pas d'œdème, les muqueuses sont pâles, la peau est sèche, rugueuse, le teint est terreux. Anémie profonde; bruits caractéristiques dans les vaisseaux du cœur.

L'inspection, la palpation et l'auscultation de la région précordiale donnent les résultats suivants : pas de voussure, impulsion faible, pas de frémissement vibratoire; après un nombre plus ou moins considérable (6 à 20) de battements parfaitement réguliers et normaux; il se produit une *angoisse* très-pénible provoquée, tantôt par une intermittence de 2 à 3 battements, tantôt par 3 ou 4 battements tumultueux, irréguliers, précipités. Ces accidents sont rendus plus fréquents et plus intenses par la marche, le mouvement, la réplétion de l'estomac, la moindre émotion morale, *l'air confiné, la chaleur;* M. L... a été obligé de renoncer complétement au monde, en raison de l'impossibilité où il se trouve de séjourner plus de quelques minutes dans une chambre close et chauffée, dans un salon occupé par plusieurs personnes, dans un lieu de réunion quelconque, etc. M. L... ne fait jamais de feu chez lui et tient presque toujours ses fenêtres ouvertes, même pendant la nuit, mais il se couvre d'épais vêtements, sa *sensibilité cutanée* au froid et à l'humidité étant extrême. Les battements du cœur ne sont accompagnés d'aucun bruit anormal; pas de cliquetis métallique.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal; l'organe a conservé sa forme et sa direction normales; son diamètre vertical est de 108 millim.

Rien du côté des poumons ni des reins. Les urines sont peu abondantes, tantôt très-claires, tantôt foncées et laissant déposer un sédiment d'acide urique; elles ne contiennent ni albumine ni sucre.

Les accidents dyspeptiques sont très-intenses (pesanteur et distension épigastriques après les repas, flatuosités, constipation, etc.), mais il n'y a pas de vomissements. Aucune lésion appréciable du côté de l'estomac, mais le foie, dont la limite supérieure n'est point déplacée, dépasse le rebord costal de 9 centim., et la ligne de 6; le diamètre vertical de la rate est de 13 1/2 centim.

Sommeil agité et de courte durée; impossibilité absolue de se livrer au moindre travail intellectuel, et même à la lecture d'un journal; absence complète, depuis dix-huit mois, de désirs vénériens et d'érections; pas de pertes séminales involontaires.

J'annonçai au malade *qu'il n'avait point un* ANÉVRYSME DU COEUR, *et qu'il serait* GUÉRI *dans trois mois;* mais cette déclaration, loin de lui causer une agréable surprise, lui inspira une telle défiance de moi et de l'hydrothérapie, qu'il fut sur le point de quitter Bellevue le soir même.

M. L... ne prit congé de nous que le 17 janvier 1854, mais à cette époque il pesait 68 kilogrammes. Le foie, la rate et le cœur étaient rentrés dans leurs limites physiologiques, tous les troubles fonctionnels avaient disparu, la santé était parfaite.

On doit admettre ici que la triple congestion hépatique, splénique et cardiaque, s'est développée sous l'influence de la même cause : l'anémie, la cachexie, produites par l'intoxication paludéenne, et aussi, peut-être, par l'administration longtemps prolongée du sulfate de quinine; or, l'hydrothérapie constituant, à l'encontre de cette cause, une médication héroïque, l'on voit les troubles organiques et fonctionnels disparaître graduellement, et le malade arriver à une guérison complète. Il n'en est pas toujours ainsi dans les circonstances dont nous nous occupons, c'est-à-dire dans les cas de congestions simultanées du foie et du cœur.

Parfois la double congestion est produite par une gêne de la circulation qui résulte elle-même d'une lésion des valvules et des orifices du cœur, et l'on comprend que l'hydrothérapie ne soit plus alors qu'une médication palliative; mais néanmoins, à ce titre plus modeste, elle peut encore être fort utile en faisant disparaître la double hypérémie et les accidents qui se rattachent directement à elle, en améliorant l'état général, en modifiant les troubles fonctionnels de la digestion, de la respiration et de la circulation.

Cette efficacité relative est mise en lumière d'une manière bien remarquable dans l'observation suivante.

OBSERVATION VIII. — M. le comte P..., d'un tempérament lymphatique, d'une constitution robuste, est âgé de cinquante-quatre ans et habite l'Egypte depuis trente. Jusqu'à l'âge de cinquante ans, sa santé a toujours été excellente, sauf quelques indispositions légères et passagères, mais depuis cette époque il a contracté, chaque hiver, une bronchite accompagnée d'expectoration, se prolongeant pendant toute la saison.

Dans le cours de l'année 1854, M. P... éprouva des chagrins qui agirent vivement sur lui et le jetèrent dans un état d'irritabilité nerveuse inusitée. C'est au milieu de ces circonstances, qu'à la suite d'une violente discussion, et après un coït, il fut pris, il y a quatorze mois, d'un accès de suffocation extrêmement pénible accompagnée d'une toux quinteuse. Ces symptômes se calmèrent pendant la nuit, spontanément, mais dès lors M. P... resta sujet à des essoufflements provoqués par l'ascension des escaliers, et surtout par le coït. Ces accidents, d'abord peu marqués, s'accrurent graduellement, et bientôt l'appétit diminua, devint capricieux, l'ingestion des aliments fut suivie d'une sensation de pesanteur avec tuméfaction épigastrique, mais sans douleur, sans renvois gazeux ou acides.

Peu de temps après le début de ces phénomènes, M. P... fut saigné deux fois, et crut en éprouver un peu d'amélioration; mais au bout de sept ou huit jours, tout reprit sa marche. Il fut alors mis à l'usage de potions au kermès, qui parurent amener un peu de calme, également passager. Le docteur Clot-Bey, d'Alexandrie (Egypte), considéra ces accidents comme ayant leur point de départ dans l'estomac, et prescrivit une nourriture peu substantielle et un voyage en Europe. M. P... se soumit à ces prescriptions sans en obtenir le moindre changement dans son affection, qui ne cessait de s'aggraver. A Florence, le docteur Ranzie, consulté à son tour, ordonna l'usage des ferrugineux.

Dans les premiers mois de 1855, les pieds et les jambes se tuméfièrent, mais sans douleur ni rougeur. Tous les autres symptômes persistèrent.

Arrivé à Paris en mars dernier, M. P... se mit entre les mains de M. Piorry, qui constata, paraît-il, une tuméfaction du foie, une bronchite et une affection gastrique. Il ordonna l'usage du bicarbonate de soude, des ferrugineux, une nourriture substantielle, des frictions sur l'estomac avec une solution contenant de l'opium et de l'iode.

M. P... suivit ce traitement pendant deux mois, mais n'en retirant pas les avantages qu'il en attendait, il eut recours à MM. Andral et Rogretta : une saignée fut pratiquée le premier jour; une autre le second; du calomel fut administré à différentes reprises, un large vésicatoire fut placé sur la région épigastrique.

Le malade, sous l'influence de cette médication énergique éprouva une amélioration manifeste, mais une amélioration seulement, et c'est alors que sur le conseil de MM. Andral et Rogretta, il se décida à se soumettre à l'hydrothérapie.

Le 4 août 1855, M. P... vient à Bellevue, où l'on constate l'état suivant :

Le malade est manifestement cachectique : la peau est d'un blanc jaunâtre, sèche; les chairs sont molles, la face et tout le corps paraissent bouffis, et il existe aux pieds et aux jambes une infiltration considérable.

M. P... ne peut marcher longtemps, ni monter les escaliers sans être essoufflé.

Le pouls est assez large, mais cependant dépressible, et surtout remarquable par les irrégularités et les intermittences qu'il présente.

Les battements du cœur sont tumultueux, très-irréguliers et souvent intermittents comme le pouls. Il n'existe aucun bruit anormal. La pointe du cœur bat dans le septième espace intercostal; la longueur de l'organe est de 115 millimètres.

La respiration est courte, gênée, la toux fréquente et accompagnée d'une expectoration plutôt séreuse que muqueuse; les crachats sont aérés, mousseux. Dans toute l'étendue des deux poumons, mais surtout au niveau du tiers inférieur, en avant et en arrière, on entend un râle sous-crépitant fin.

Quand M. P... a mangé, il éprouve à l'épigastre une tension douloureuse et une véritable tuméfaction. Les digestions sont accompagnées souvent de rapports gazeux, mais jamais de renvois acides, de nausées ou de vomissements. Les selles sont habituellement liquides, jaunes et mousseuses.

Le foie s'élève jusqu'à 2½ centimètres au-dessous du mamelon et dépasse le rebord costal de 9 centimètres; son diamètre mamelonnaire est de 24 centimètres. Il dépasse la ligne médiane de 7 centimètres.

Rien de particulier du côté de la rate et des reins. Les urines sont claires, mais peu abondantes.

M. P... présente un état nerveux très-marqué, caractérisé surtout par une irritabilité plus grande du caractère, et une préoccupation excessive au sujet de sa santé. Il exprime sans cesse des craintes exagérées sur la gravité de sa maladie, s'émeut et s'effraye facilement des symptômes même les plus insignifiants, raconte facilement ses souffrances, interroge et consulte à chaque instant sur ce qu'il éprouve. Il existe, en outre, une insomnie ordinaire.

D'ailleurs, les facultés intellectuelles sont saines; tous les sens sont intacts et la force musculaire, quoique diminuée, ne présente rien d'anormal.

Le traitement hydrothérapique est commencé le 12 août. M. le docteur Fleury lui associe la digitaline à la dose de 2 milligrammes matin et soir et les pilules de Vallet à la dose de quatre par jour.

La santé de M. P... n'a pas tardé à s'améliorer. Moins de quinze jours après son arrivée à Bellevue l'appétit, nul jusque-là, est devenu très-vif, les digestions sont plus faciles, l'insomnie a cessé d'exister. En même temps la bouffissure du visage disparaissait, l'infiltration des jambes diminuait, le teint reprenait une coloration normale, la dyspepsie était moindre.

Aujourd'hui, 8 octobre, après deux mois de traitement, voici quel est l'état de M. P....

Le teint présente une coloration rose, l'infiltration de la face et des jambes a complétement disparu; plus de toux; la dyspepsie est nulle et M. P... peut faire des marches assez longues sans fatigue et sans essoufflement. L'état tumultueux des bruits du cœur n'existe plus, mais les intermittences persistent. Cependant, l'irrégularité et l'intermittence des bruits sont infiniment moindres qu'au moment de l'arrivée du malade. Le volume du cœur est actuellement à peu près normal; 100 millimètres.

Le thorax est partout bien sonore à la percussion, sans pourtant l'être trop. A l'auscultation on entend quelques râles sibilants, rares, disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

L'appétit est très-vif; les digestions excellentes; les selles sont toujours solides.

M. P... dort sept ou huit heures chaque nuit sans s'éveiller, l'hypochondrie a fait place à la gaieté, et M. P... ne s'occupe plus de sa santé que pour en constater l'heureux changement.

Il quitte Bellevue dans cet état d'amélioration voisin de la guérison, et se propose d'y revenir au mois d'avril prochain. (*Observation recueillie par* M. le docteur O. Landry.)

Quel a été ici, le point de départ organique de la maladie? Je n'hésite pas à croire que c'est le cœur. Les accidents dyspeptiques et anémiques, la congestion du foie, l'infiltration séreuse des membres inférieurs, l'essoufflement, la toux, l'œdème des poumons (car les accidents pulmonaires étaient plutôt le résultat de cet œdème que d'une bronchite), tous ces phénomènes morbides me paraissent avoir été secondairement produits par le trouble de la circulation cardiaque.

Mais de quelle manière faut-il envisager l'affection du cœur? Si l'augmentation de volume a disparu et si l'on doit en conclure qu'elle était le résultat non d'une hypertrophie, mais d'une simple congestion, l'irrégularité et l'intermittence des battements n'ont pas complétement cessé. Ces troubles fonctionnels sont-ils purement nerveux, anémiques, et disparaîtront-ils à leur tour, ou bien faut-il, malgré l'absence de tous bruits anormaux, les rapporter à une lésion des valvules et des orifices? Quelle serait cette lésion?

Le temps nous éclairera peut-être sur ces différents points si, fidèle à sa promesse, M. le comte P... nous revient l'an prochain.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'abstinence dans les maladies.

Par M. Frédéric Duriau,

lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine.

2° *Des maladies de l'appareil digestif.*

La plupart des maladies de l'appareil digestif observées à la Charité ont été occasionnées par une alimentation insuffisante.

Ce que des vues théoriques semblent faire admettre de prime abord, les faits vont le confirmer entièrement. Lorsqu'un animal est privé de nourriture, le tube digestif sevré de son stimulus physiologique et continuant néanmoins à élaborer des produits de sécrétion devient le siége de souffrances diverses. C'est dans ces conditions que nous avons vu les phénomènes morbides se développer; or quel est le rôle que l'abstinence joue dans la production comme dans la disparition de ces affections? C'est ce qu'on va examiner.

Les conditions sociales au milieu desquelles vivaient ces malades leur avaient imposé des privations nombreuses; se nourrissant d'une très-minime quantité d'aliments, ils étaient soumis à ce régime débilitant depuis des époques différentes (trois et quatre mois dans deux cas, quatorze et vingt mois dans les autres). Ce ne sont pas, il est vrai, des exemples d'une abstinence complète, mais la durée de cette alimentation insuffisante pourrait, jusqu'à un certain point, assimiler cette inanitiation de longue durée à une inanition dont la marche plus rapide serait la conséquence d'une abstinence complète. Quoi qu'il en soit, l'alimentation insuffisante est, selon nous, la cause qui a présidé au développement de tous ces désordres, et ici il s'agit de gastralgies, de diarrhées rebelles, d'ulcère simple de l'estomac. Connaissant la cause productrice de tous ces accidents, il faut rechercher maintenant comment, sous l'influence du même moyen diététique, ces désordres se sont modifiés. Quand les malades ont donc été soumis à une abstinence complète d'aliments, les douleurs qu'ils ressentaient ont non-seulement persisté, mais elles se sont encore aggravées d'une façon manifeste. Une femme qui depuis quatorze mois se nourrissait habituellement *très-peu* fut prise de vomissements quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Malgré la diète la plus sévère ces vomissements persistent; on nourrit la malade, et pendant les premiers jours, symptôme très-caractéristique, elle rejette le pain, les féculents, les boissons, tandis qu'elle conserve les côtelettes et toute espèce de viande; on continue néanmoins l'alimentation, et les vomissements cessent. Dans un autre cas, c'est un homme qui est épuisé par les privations de nourriture et qui éprouve des douleurs gastralgiques rebelles aux agents médicamen-

teux, s'exaspérant même malgré l'abstinence; on lui accorde de la nourriture, et ses douleurs se dissipent *presque instantanément*. Ailleurs il s'agit d'une femme qui fut maintenue à une diète très-sévère par son médecin. Celui-ci ne lui accordait qu'un potage par jour et prescrivait des boissons en très-grande quantité, voulant, disait-il, combattre un grand échauffement intérieur. Soumise à un tel traitement depuis trois mois, épuisée par une diarrhée abondante qui datait de la même époque, cette femme était dans l'adynamie complète. Aussi pendant quelques instants on avait pu soupçonner une affection organique du tube digestif. L'abstinence, les opiacés ne changent pas son état : on lui donne des aliments, et ces désordres disparaissent rapidement, de sorte que cette femme, entrée dans un état voisin du marasme, sortit de l'hôpital dans de bonnes conditions.

En présence de ces faits, il n'est pas permis d'établir un doute sur la valeur thérapeutique de l'abstinence en pareille circonstance. Elle avait facilité le développement de certains troubles du tube digestif, et, aussi longtemps que cette cause a persisté, les mêmes désordres ont été observés; tandis qu'en donnant quelques aliments, la plupart de ces phénomènes ont disparu rapidement. L'abstinence ne saurait donc être conseillée dans les maladies du tube digestif, dont elle peut déterminer la production, et c'est le cas des galtralgies, des diarrhées chroniques, etc.

En est-il de même des affections franchement inflammatoires de cet appareil? La phlegmasie, que des excès de nourriture et de boissons avaient fait naître dans l'intestin, a rapidement cédé à l'emploi de la diète. On nous objectera peut-être les paroles par lesquelles nous avons commencé ce chapitre : « Le tube digestif semble souffrir de la privation de son stimulus physiologique. » Mais remarquons qu'il s'agit ici d'organes malades, et si, dans le premier cas, on a vu des affections nées par défaut de ce stimulus, c'est, au contraire, l'abus du stimulus qui détermine la souffrance de l'organe dans cette circonstance. Ces deux ordres de faits sont donc complétement dissemblables, et l'on ne doit pas s'étonner de voir que dans une phlegmasie franche du tube digestif l'abstinence soit un puissant élément de thérapeutique. On ne pourrait non plus nous opposer ce qui a été dit plus haut, alors que nous avons considéré la gastrite comme la conséquence possible d'une alimentation insuffisante. Mais la phlegmasie gastrique, qui prend naissance dans ce cas, n'est pas une affection franchement inflammatoire, puisque nous l'avons envisagée comme une gastrite par hypostase.

Ainsi donc, s'il est des affections du tube digestif qu'il convient de ne pas traiter par l'abstinence, il en est, au contraire, qui réclament ce moyen comme seul agent thérapeutique.

3° *Des maladies de l'appareil respiratoire.*

A. *Pneumonie.* — Quinze observations recueillies dans la clinique ont permis de rechercher l'action que l'abstinence peut exercer dans les maladies de l'appareil respiratoire.

C'est dans la pneumonie surtout qu'on peut apprécier la valeur curative de ce moyen diététique. L'inflammation aiguë du poumon à ses différents degrés a été traitée par l'abstinence, et, de même que les émissions sanguines ou le tartre stibié, la privation d'aliments a donné d'heureux résultats. Aucun des malades n'a succombé.

Or, il importe de se rappeler ici ce qui a été relaté en parlant de l'influence de l'inanitiation sur les fonctions respiratoires et circulatoires dans l'état de santé. On a constaté, en effet, qu'à la suite d'une abstinence prolongée, ces fonctions subissent une dépression notable qui se traduit par la rareté du pouls et des mouvements respiratoires. Ces données physiologiques trouvent ici leur application, et conduiront à rapporter à sa véritable cause un phénomène que l'homœopathie attribue faussement à la puissance de sa médication.

Quelle que soit la méthode thérapeutique mise en usage pour la curation de la pneumonie, que l'on emploie le tartre stibié ou que l'on pratique les émissions sanguines, enfin que l'on ait recours à la méthode dite homœopathique, le résultat final ne varie nullement. En effet, un des symptômes constants de la phlegmasie pulmonaire c'est l'état fébrile; aussi longtemps que dure cette inflammation, si le malade n'a pas été affaibli préalablement par des pertes considérables ou par l'inanitiation, la fièvre persiste avec toute son intensité. Mais aussitôt que la phlegmasie est sur son déclin, si les malades ont été soumis à l'abstinence, que voit-on survenir? Le pouls ne tarde pas à tomber, il devient plus lent, mou et dépressible; quelle différence y a-t-il donc entre cette chute rapide du pouls et la dépression déjà signalée dans l'état physiologique? Il n'en existe point, et quand l'école d'Hannemann vient revendiquer cet amendement des symptômes en faveur des agents de sa thérapeutiqne, nous leur répondrons qu'il faut attribuer cette dépression aux progrès de l'inanitiation. Aussi peut-on affirmer que les pneumonies combattues par l'abstinence ont toujours été heureureusement influencées par cette médication.

Mais il est un point qu'il ne faut pas négliger; quand l'appareil fébrile s'est brusquement dissipé, quand la pneumonie ne se traduit plus que par quelques râles sous-crépitants, il importe alors de nourrir le malade, car la persistance de ces derniers symptômes paraît être en relation directe avec la durée de l'abstinence; ainsi plus longtemps le malade a été privé d'aliments, plus on se hâtera de le nourrir dès que la dépression se fait sentir.

B. *Pleurésie.* — Ce qui vient d'être constaté pour la phlegmasie du poumon peut se répéter à peu près pour les hydropisies de la plèvre. La nature de ces affections réclame cependant quelques détails.

Trois malades présentant un épanchement pleurétique ont été traités par l'abstinence d'aliments et de *boissons*; cette médication a complétement réussi. Cette manière d'agir peut paraître en opposition avec ce qui a été remarqué dans l'état physiologique; en effet, l'abstinence diminuant la masse du sang, donne naissance à une altération de ce fluide et favorise le développement de l'hydrémie, cause d'épanchement séreux. Mais il faut se rappeler tout d abord que les animaux sur lesquels ont été tentées ces expériences physiologiques n'avaient pas été privés de boissons; on ne leur avait enlevé que leur nourriture, condition importante qu'il ne faut pas perdre de vue. De plus, dans le cours de l'inanitiation, les animaux, comme les hommes, sont tourmentés par une soif intense qui les porte à boire une grande quantité d'eau. Si donc l'hydrémie se développe dans ce cas, ce n'est pas en quelque sorte spontanément, mais c'est à la faveur des boissons que l'on tolère aux animaux inanitiés. Or, dans le traitement des épanchements pleurétiques, on a évité cet écueil en ne permettant aux individus privés d'aliments qu'une très-minime quantité de boissons; on n'a donc pas favorisé le développement de l'hydrémie, cause permanente d'hydropisies. Cette alimentation insuffisante n'a pas duré, en moyenne, plus de dix jours, et c'est constamment en modérant la quantité des boissons qu'on a accordé des aliments au malade.

(*La suite au prochain numéro.*)

Revue des journaux italiens.

(Extraits de la *Gazette médicale de Toscane.*)

GUÉRISON SPONTANÉE D'UN ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE DUE A UNE MÉTASTASE PURULENTE SUR LES VOIES URINAIRES.

Le cas suivant, rapporté par le docteur Luciani, mérite de trouver sa place à côté de ceux du même genre que possède déjà la science.

Un jeune homme de vingt-trois ans entre à l'hôpital de Santa-Maria-Nueva, de Florence, avec un épanchement pleurétique des mieux caractérisés dans le côté gauche de la poitrine. Respiration anxieuse, fréquente, courte; immobilité des parois de la poitrine du côté malade dans l'acte respiratoire, alors que la dilatation de la poitrine est très-marquée du côté opposé; douleurs pongitives sous le sein gauche par l'inspiration forcée; impossibilité de se coucher sur le côté sans être pris d'étouffement, petite toux sèche, matité de tout le côté gauche, avec absence du bruit respiratoire de ce même côté, excepté dans un très-petit espace dans la région sous-claviculaire, et un peu en arrière le long de la colonne vertébrale; ægophonie, du reste, très-marquée. On constate, en outre, une voussure beaucoup plus prononcée des côtes de ce côté que de l'autre, avec infiltration légère des téguments. A tous ces symptômes locaux venaient se joindre un ensemble de symptômes généraux, qui se rencontrent toujours en semblable occurrence, tels que abattement des traits et pâleur excessive de la face, langue sèche, rouge et pointue, soif vive; aridité de la peau; douleurs dans la région abdominale supérieure, vers le bord inférieur des fausses côtes, ce qui impliquait l'idée d'une pleurésie diaphragmatique; engorgement du côté du foie, etc.

Le traitement employé consista dans une application de sangsues à l'anus pour diminuer la turgescence du foie, dans l'emploi de larges vésicatoires sur le côté malade de la poitrine, dans l'usage du thé additionné d'acétate de potasse, du kermès et de la scille. Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration fut à peine sensible, lorsqu'une réaction vive survint du côté des voies urinaires; en effet, les urines devinrent très-abondantes, et se troublèrent au point de devenir lactescentes et de laisser déposer du pus. Alors une amélioration rapide se déclara; la respiration devint de plus en plus prononcée dans le côté affecté, l'épanchement disparut, et le malade guérit en quelques jours. Les urines reprirent alors leur aspect naturel et leur état normal, et le malade quitta l'hôpital entièrement guéri.

EXPULSION PAR L'ANUS ET SANS ACCIDENT D'UNE LONGUE ÉPINGLE AVALÉE PAR UN ENFANT.

Ces cas ne sont pas rares, et cependant ils sont dignes d'attention, d'une part, à cause des accidents auxquels ils peuvent donner lieu, et d'autre part, comme dans le cas actuel, à cause du cas contraire, car il arrive, le plus souvent, que des corps étrangers de cette nature sont impunément introduits ainsi au sein de nos organes, et sont expulsés ensuite naturellement et sans accident. Voici, du reste, l'observation rapportée par le docteur Scalvanti.

La fille d'un noble habitant de Pise, jeune enfant de cinq ans, avala, dans l'après-midi du 15 janvier 1854, une grande épingle de 2 pouces au moins de longueur. Au moment de l'accident, l'enfant fut pris d'une grande agitation et de quelques mouvements convulsifs dans les membres, d'un abattement général et d'une pâleur extraordinaire de la face. Tout cela fut plutôt le résultat de l'épouvante des personnes qui entouraient l'enfant que de la déglutition de l'épingle : en effet, le premier médecin qui fut appelé sur-le-champ, ne voyant aucun symptôme sérieux, et par conséquent aucune indication à recourir à des moyens violents, se borna à conseiller de faire prendre des aliments à l'enfant, d'autant plus que c'était l'heure habituelle de ses repas. Le docteur Scalvanti, qui la vit ensuite, approuvant ce qui avait été prescrit, ajouta, pour le lendemain matin, un léger purgatif avec l'huile de ricin.

La journée s'était bien passée, l'enfant avait repris sa gaieté ordinaire. Le lendemain, aucun accident n'était survenu; pas de douleur à l'épigastre ni ailleurs : c'était d'un excellent augure, il y avait dès lors tout à espérer qu'elle serait expulsée; en effet, le 16 elle fut rejetée pendant une garderobe, au milieu de matières fécales.

Ce qui a toujours lieu d'étonner, en pareille circonstance, c'est de voir comment les corps étrangers de cette nature peuvent cheminer au travers de tant d'organes importants, parcourir des circonvolutions aussi étendues, se glisser, en quelque sorte, dans des chemins si étroits sans occasionner aucun accident. C'est d'autant plus heureux qu'il en serait tout autrement si l'épingle venait à s'implanter transversalement dans l'œsophage ou dans la trachée-artère, et qu'elle s'y fixât.

DE L'ÉCLAMPSIE QUI SE MANIFESTE DANS LA DERNIÈRE PÉRIODE DE LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Le docteur Ballocchi, professeur suppléant à la Maternité de Florence, a lu, dans une des séances de la Société physico-médicale de cette ville, un travail intéressant sur ce sujet. Après avoir rapporté cinq observations d'éclampsie survenue, soit pendant les derniers mois de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, toutes suivies de guérison; il s'est livré sur cette terrible affection à des considérations qui méritent d'être signalées, et que nous allons faire connaître.

C'est surtout sur la nature des accès d'éclampsie que roule la dissertation du docteur Ballochi. On sait que les auteurs ne sont pas tous d'accord sur ce sujet, et qu'ils en ont admis un plus ou moins grand nombre d'espèces. Ainsi, les uns ont confondu cette maladie avec l'épilepsie, et ont même été jusqu'à nier, comme MM. Monneret et Fleury, que l'éclampsie fût jamais une maladie distincte, propre et indépendante de l'épilepsie; d'autres, comme Dewees, ont établi trois espèces : une épileptique, une apoplectique, et la troisième hystérique. Velpeau, de son côté, en admet quatre : l'éclampsie hystérique, tétanique, épileptique et apoplectique; tandis que Désormeaux et Young n'en font qu'une seule espèce de maladie, l'un sous le nom générique d'éclampsie, l'autre sous celui de dystocie convulsive.

Tout en admettant que l'éclampsie se trouve essentiellement subordonnée à un état nerveux particulier imprimé à l'organisme entier par la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral de la femme; que, sous ce rapport, la nature du mal est toujours unique et identique, le docteur Ballocchi ne peut s'empêcher d'établir deux variétés distinctes, suivant que prédominent dans l'organisme des désordres qu'il appelle dynamiques ou hydrauliques. Les premiers sont-ils plus marqués, l'état convulsif a quelques ressemblance avec les convulsions hystériques, avec cette particularité toutefois que, dans l'hystéricisme, l'intelligence et les facultés sensoriales peuvent être plus ou moins troublées, mais jamais abolies, tandis que dans l'éclampsie hystériforme l'agitation est extrême et il survient toujours, à l'instant même, perte du sentiment et de l'intelligence.

Lorsque, au contraire, ce sont les troubles désignés sous le nom d'*hydrauliques* qui sont prédominants, l'état convulsif est moins prononcé; mais, en revanche, la perte de l'intelligence est plus grande et plus prolongée : il en résulte une grande ressemblance avec les convulsions épileptiques. Toutefois il y a cette différence importante que, dans l'éclampsie les accès se succèdent avec une rapidité de plus en plus croissante. L'état comateux a une longue durée, sans proportion aucune, par conséquent, avec la brièveté de l'état convulsif qui est presque imperceptible. Ces deux états se succèdent, en outre, d'une manière alternative, ce qui ne s'observe jamais dans les accès d'épilepsie. Eu égard à ces différences bien tranchées, l'auteur établit deux variétés d'éclampsie symptomatiques, l'une histériforme avec prédominence des troubles dynamiques, l'autre épileptiforme avec prédominence des troubles hydrauliques qui peuvent être portés jusqu'à une véritable apoplexie.

L'éclampsie peut se manifester à toutes les périodes de la grossesse; elle est plus commune chez les primipares; elle peut

être annoncée par des signes précurseurs, comme aussi survenir tout à coup et sans aucun prodrome.

Nous ne suivrons pas ici l'auteur dans le tableau qu'il fait de la marche du mal dans les deux variétés qu'il établit, ni dans la description des causes prédisposantes et occasionnelles, du pronostic et du traitement; ce qu'il dit à cet égard n'offrant rien qui ne soit consigné dans la plupart des travaux des différents auteurs qui se sont occupés de ce sujet.

Fièvre tierce compliquée au troisième accès de monomanie religieuse.

Bien que le docteur Peyrani désigne sous le nom de monomanie ce qui nous paraîtrait mieux désigné par l'expression de délire, l'observation qu'il cite est pleine d'intérêt. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, de Motescudajo, qui au troisième accès d'une fièvre intermittente tierce, fut pris, peu d'instants après l'invasion de l'accès, d'un délire complet ayant une grande analogie avec l'état d'un individu qui se trouverait sous l'influence d'une monomanie religieuse. C'est ainsi qu'au récit du docteur Peyrani, le malade se livrant à une grande exaltation, sortit de sa maison, et se mit à discuter en pleine rue des questions religieuses, puis se rendit à l'église où il se livra à des propos singuliers, prétendant qu'il avait causé avec la sainte Vierge qui l'avait absous de tous ses péchés, et lui avait conféré un grade éminent dans la hiérarchie ecclésiastique, etc.

Ce fut dans cet état d'exaltation qu'il fut entouré par plusieurs personnes qui le reconduisirent de force chez lui, et le firent coucher. Arrivé près de lui, au bout de six heures depuis l'invasion de l'accès, le docteur Peyrani le trouva encore dans l'état que nous venons de décrire, moins exalté cependant, avec des alternations de prostration. Son visage était animé, sa physionomie décomposée, le pouls fréquent, irrégulier, dépressible. La peau est chaude, disposée à la moiteur. Interrogé sur son état, il répond qu'il éprouve une grande ardeur intérieure et qu'il désespère de guérir. Le médecin parvient cependant par des paroles consolantes à calmer son agitation et à l'encourager. En effet, le calme survient, la transpiration se déclare, le malade s'endort et repose environ six heures, puis se réveille entièrement revenu à lui-même.

A la visite suivante, qui eut lieu environ sept heures après, le docteur Peyrani trouva le malade dans un état tout à fait satisfaisant, ayant conscience et témoignant du regret de ce qui s'était passé, et ajoutant qu'il y avait été poussé par une force intérieure irrésistible. Du reste la fièvre était complétement dissipée, et le malade ne se plaignait plus d'aucun mal de tête. Une semoule au bouillon et 32 grains de sulfo-tartrate de quinine furent prescrits à prendre en 5 doses de demi-heure en demi-heure.

Le lendemain matin, le malade continuait à être sans fièvre, ne se plaignant que d'un peu de faiblesse, lorsque vers dix heures elle reparut, mais sans aucun délire cette fois. Le même sel de quinine fut répété à la dose de 28 grammes divisés également en 5 prises.

Depuis lors, aucun accès ne s'est reproduit.

G. Vignolo, d. m. p.

De l'acclimatement dans les environs d'Alger.

(Dix années de séjour et de recherches cliniques et statistiques dans les hôpitaux de l'Algérie).

Par A. Commaille.

> La mortalité en Algérie est en raison directe du séjour.
>
> L. Fleury, *Monit. des hôpit.*, 15 janvier 1853.

La fièvre intermittente fait encore pâlir l'émigrant français prêt à s'embarquer. C'est contre elle qu'on prône plus particulièrement les bons effets de l'acclimatement, quoique, selon nous, il n'en soit pas influencé.

La fièvre intermittente, quel qu'en soit le type ou le mode, se développe sous bien des influences; et il n'y a peut-être pas de maladies dont l'étiologie soit plus compliquée. « On rencontre bien peu de localités où ne se développent quelquefois des fièvres intermittentes; cependant, les lieux qui abondent en marais sont, sans aucun doute, le véritable berceau de cette maladie, surtout en été et en automne (J. Franck). »

Il est admis que c'est par le miasme que ces marais agissent.

D'après J. Franck, il ne faut pas trop relever l'influence des miasmes marécageux comme causes de fièvre, et il a souvent vu les marais de Vilna gelés par un froid de 20° réaumur, et la ville être pleine de fébricitants.

Quant à nous, nous pouvons dire que bien des fois nous avons parcouru impunément la Mitidja dans toute sa largeur sans rencontrer une goutte d'eau, tellement la terre était desséchée par le soleil et sillonnée d'énormes failles; cependant les ouvriers cantonniers qui ne faisaient que gratter le sol sur les routes étaient malades.

En France, ce ne sont pas les départements les plus marécageux qui ont la plus grande mortalité. Ainsi, le département de l'Ain, où les marais sont nombreux, a une mortalité de 23,56 sur 1,000, tandis que dans les Basses-Alpes on en a une de 29,01; en Corse, elle est de 20,45, et dans le Nord de 25,69, etc. (Calculé d'après l'*Annuaire du bureau des longitudes*, 1855.)

Il existe donc une autre cause presque aussi forte que celle des marais (du moins en Algérie), c'est celle du remuement du sol. Tous les colons et tous les médecins d'Alger admettent cette puissante cause; et nous dirons avec MM. Martin et Foley: « Là où le sol est en rapport depuis longtemps, le travail est en général sans influence fâcheuse sur les colons; mais dès qu'on attaque les terres incultes, les maladies abondent avec des degrés d'intensité variable suivant la saison où s'opère le défrichement (*Histoire statistique de la colonisation algérienne*). »

Ajoutons un fait tout nouveau. Le village de Rovigo fut crée au mois de novembre 1851; bien que situé dans la plaine de la Mitidja, au pied de l'Atlas, ce village occupe une position des plus heureuses; son sol, quoique de formation récente, est sec, pierreux, et forme une presqu'île renfermée dans deux rivières, l'Arrach et l'Oued-Djemma, ce qui permet aux pluies un facile écoulement, à tel point que pour trouver l'eau on creuse souvent à 15 pieds. De plus les maisons sont bien bâties, les arbres abondent, les marais sont loin. Eh bien! pendant l'année 1852, la culture fut presque nulle, ainsi point de maladies; mais en 1853 et 54 la charrue ayant sillonné les champs, des canaux d'irrigation ayant été creusés, la population fut décimée par les fièvres, et au bout de quelques mois, la plupart des habitants, *tous en Algérie depuis longtemps*, présentaient l'aspect cachectique au plus haut point.

Tous les villages, non-seulement de la plaine, dans ceux-ci on peut supposer l'élément paludéen, mais aussi du Sahel, ont subi la même épreuve; la santé ne revient qu'après trois ou quatre années de remuement du sol. Dans la montagne, à Dély-Ibrahim, pendant les travaux, sur 18 naissances on a compté 9 décès, ceux-ci achevés, il n'y eut plus que 12 décès sur 40 naissances. (MM. Martin et Folley, ouv. cit.).

Voici le résultat d'un relevé des fébricitants entrés à l'hôpital civil de Douréa, pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1854 pour des fièvres quotidiennes. Nous y verrons des durées de séjour en Afrique, depuis 5 mois à 23 ans.

Sur 58 malades atteints de fièvre quotidienne, 17 ont un séjour de 10 à 23 ans, 23 un séjour de 2 à 10 ans, et 18 un séjour de quelques mois à 2 ans.

Récapitulons ainsi les fièvres tierces, quartes, etc.

Nous aurons pour les fièvres tierces, sur un total de 26 malades, un séjour de 10 à 19 ans pour 8, un de 2 à 10 ans pour 15 févreux, et 4 malades seulement y résideront depuis un mois à 2 ans.

Quant aux fièvres quartes, il n'y en a point eu pendant le mois de septembre; en octobre, un seul cas *chez un indigène;* pendant les deux mois restants, nous trouvons 4 malades ayant un domicile de 10 à 24 ans, un y est né depuis 14 années, et un y habite depuis 7 ans.

Les fièvres pernicieuses nous donnent un exemple qu'il est bon de noter, nous en avons 8 cas pendant le semestre de 1854; sur 6 la durée du séjour est marquée, soit 3 qui en ont une de 11 à 17 ans, et 3 une de 5 mois à 3 ans. « La fièvre « pernicieuse s'observe en Afrique, surtout chez les hommes « robuste *qui ont un long séjour dans la colonie*, et qui abu- « sent de boissons alcooliques. » (A. Trollier, chirurgien de l'hôpital civil d'Alger. Thèse de Montpellier 1855.)

Un cas de fièvre quintane survenue chez un immigré depuis 23 trois. « Cet homme a pris son premier accès de fièvre (quo- « tidienne) à Birkadem, loin des marais, après un séjour de « 20 ans en Algérie.

Si nous joignons à tous ces modes de fièvres, les fièvres irrégulières pendant septembre, octobre, novembre et décembre. Nous pourrons encore en conclure ce que nous avons avancé : « Que la durée du séjour en Algérie ne donne pas « d'immunité contre les fièvres intermittentes, et, par suite, « que l'acclimatement individuel n'existe pas. » En effet, en récapitulant, nous voyons que les fièvres ont sévi 35 fois sur des immigrés ayant de 10 à 24 ans de résidence en Algérie, et qui devraient être complétement acclimatés; 42 fois sur des européens habitant la colonie de 2 à 10 ans et dont plusieurs y étaient nés (acclimatés et moyennement acclimatés); et 27 fois seulement sur des nouveaux résidants, depuis quelques jours à 2 ans (non acclimatés).

Cependant en 1852 et 1853 les arrivants de France et surtout de Suisse ont afflué en grand nombre dans le district de Douéra. Ces immigrés ont été mis en possession de terres incultes dans le Sahel. La plupart étaient dénués de tout.

Mais les fièvres chez les nouveaux arrivés sont-elles plus faciles à guérir que chez les anciens colons ? Les 17 malades atteints de fièvre quotidienne, dont le séjour connu est de 10 à 25 ans, ont usé 32 g., 60 de sulfate de quinine; soit 1 g. 90 par malade.

Les 22 malades, qui ont un séjour de 2 à 10 ans, ont consommé 45 g., 50 de sel quinique; soit 1 g., 97 par malade.

Les nouveaux arrivants (de 1 mois à 2 ans) au nombre de 18 ont usé 51 g., 60 de sulfate; soit 1 g., 75 par malade.

Pour les fièvres tierces, nous aurons, pour les 7 colons *acclimatés*, depuis 10 à 19 ans, une consommation de 19 gr. 70 de sulfate de quinine, soit 2 gr. 81 par individu.

Les 14 colons installés depuis 2 à 10 ans en ont consommé 22 gr. 90, soit 1 gr. 63 par malade.

Et les 4 nouveaux arrivants en ont usé 6 gr. 10, soit 1 gr. 52 par malade.

En considérant la provenance des fibricitants, nous avons, pendant le deuxième semestre 1854, 133 cas de fièvre quotidienne, sur lesquels 108 ont été contractés dans la Mitidja, 92 d'entre eux ont été traités par le sulfate de quinine, et en ont employé 198 gr. 40; en moyenne, 2 gr. 15 par guérison.

Sur les 27 fièvres constractées dans la montagne, 23 ont été traitées par le sulfate de quinine et en ont usé 49 gr. 90, soit en moyenne 2 gr. 17.

On voit donc que les fébricitants paludéens et les fébricitants laboureurs ont besoin de la même quantité de fébrifuge, à très-peu de chose près. L'avantage cependant est aux fiévreux de la plaine.

La moyenne du traitement pour les premiers, calculée sur 73 malades, a été de dix jours 2. La moyenne du traitement pour les seconds, calculée sur 10 malades, a été de 7 sur 1. Les fébricitants du Sahel seraient en conséquence plus vite rétablis que ceux de la plaine.

Si nous faisons le même travail pour la fièvre tierce, nous voyons que sur 55 cas, 45 ont pour origine la Mitidja et 10 le Sahel.

Sur les 45 malades de la plaine, 42 ont été traités par 80 gr. 50 de quinine; soit 1 gr. 91 par guérison.

Sur les 10 fébricitants de la montagne, 9 ont nécessité l'emploi du sel antipériodique et en ont usé 25 gr. 30; soit 2 gr. 81 pour chaque cas.

Ici encore, comme dans la fièvre quotidienne, les accès contractés dans la montagne ont été plus difficiles à couper que ceux constatés dans la plaine.

La moyenne du traitement pour les premiers fiévreux, calculés dans 23 cas a été de 10 gr. 2; et celle des seconds, calculée dans 6 cas, se trouve être de 12 gr. 8.

Les malades atteints de fièvre tierce et venant de la plaine ont été plus vite guéris que ceux du Sahel.

Dans le deuxième sémestre 1854, il a été traité 297 fébricitants, répartis comme suit : juillet 48; août 84; septembre 57; octobre 54; novembre 35; décembre 19. Mais, parmi ces 297 cas, nous en avons notés seulement 238.

Sur les 297 malades, dont 19 restaient en traitement au 31 décembre, nous avons 5 décès; 2 en juillet, 2 en août, 1 en septembre, tous causés par des accès pernicieux. Et ces morts n'avaient que de quelques mois à 2 ans de séjour en Algérie; les 3 malades qui ont guéri de pareils accès habitaient l'Afrique depuis 11, 12 et 17 ans. Ici les nouveaux immigrés courent plus de danger de succomber que les anciens.

Nous concluons de tous ces relevés que la fièvre intermittente attaque au moins aussi souvent les anciens colons que les nouveaux. Point d'inocuité, ni pour les uns, ni pour les autres; *mais surtout danger plus grand pour les prétendus acclimatés, excepté toutefois dans les cas pernicieux.*

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le défaut d'espace nous oblige de renvoyer à notre prochain numéro une réclamation de M. le docteur Boinet.

— Nous avons reçu, trop tard pour l'insérer, une communication relative à la séance annuelle de l'Académie de médecine. Nous la publierons dans notre prochain numéro.

Ce n'est pas M. *Lecointe*, mais bien M. *Leconte*, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui a été nommé pharmacien en chef des hôpitaux. Par suite des mutations qui ont eu lieu, M. Grassi est nommé à l'Hôtel-Dieu, à la place de M. Bouchardat; M. Ducom, à l'hôpital de Lariboisière, en remplacement de M. Grossi; M. J. Régnault à la Charité, en remplacement de M. Quévenne; M. O. Réveil à l'hôpital des Cliniques, en remplacement de M. J. Régnault; M. Leconte, à la maison de santé, en remplacement de M Ducom; M. Roussel, à l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. O. Réveil.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 151. 3e année. Mercredi 19 Décembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Rapport général sur les travaux manuscrits envoyés pour le concours des prix de l'Académie de médecine.

Par M. Depaul, rapporteur.

M. Depaul a rompu cette année avec les traditions établies par son spirituel prédécesseur, qui se contentait chaque année, dans son rapport général sur les prix, de lancer aux candidats, à ses collègues, et même à l'auditoire, quelques piquantes épigrammes, qui étaient en quelque sorte, au discours de fond, comme les stimulants hors d'œuvre qui précèdent un bon dîner. M. Depaul a voulu véritablement instruire l'auditoire sur la valeur et le caractère des travaux envoyés aux divers concours de l'Académie. Cette methode a entraîné l'orateur dans des développements peut-être un peu longs pour la circonstance, mais qui, en revanche, ont l'avantage de faire connaître la substance de tout ce que ces travaux renferment de vues et de faits originaux. Nous pensons qu'à ce titre le rapport général de M. Depaul doit sortir de l'horizon un peu trop borné du bulletin de l'Académie, et être mis sous les yeux du public médical. Nos lecteurs y trouveront des faits curieux et importants, et ceux d'entre eux qui aspireraient aux couronnes académiques, y puiseront, en outre, des enseignements utiles sur la direction à donner à leurs recherches. H. de C.

Messieurs et honorés collègues,

Si j'avais à faire passer sous vos yeux le compte rendu de tous les travaux qui ont occupé vos séances dans le cours de l'année qui vient de s'écouler, il me serait facile de montrer que, fidèles aux précédents de cette assemblée, vous avez, tout en accordant une large part aux sujets qui se rattachent directement à la médecine appliquée, abordé avec utilité pour la science, les questions les plus élevées de l'histoire et de la philosophie médicales; mais la mission que j'ai à remplir est beaucoup plus modeste ; l'usage veut que je vous parle seulement des sujets de prix que vous avez proposés, que je vous indique la manière dont les nombreux compétiteurs qui sont entrés dans la lice les ont traités, et les mérites divers qui ont fixé votre attention dans les ouvrages que vous avez couronnés.

Un pareil travail, je ne puis me le dissimuler, est un peu

FEUILLETON.

Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées.

Par A.-A. Boinet.

(1 vol. in-8° de 832 pages. — Victor Masson, éditeur.)

Cet ouvrage était aussi impatiemment attendu des professeurs nouveau-nés de thérapeutique que du monde médical; en effet, la part que l'iode a prise dans la thérapeutique depuis Coindet, Lugol, Martin, etc., la multiplicité des applications qu'en a faites M. le docteur Boinet, et ses succès vraiment inespérés, rendaient cet ouvrage indispensable pour fixer les esprits.

Nous avons vu l'auteur à l'œuvre; nous l'avons assisté dans quelques opérations et dans les soins qu'il a donnés à quelques malades. Nous pouvons donc juger impartialement le praticien et le savant, et quoiqu'on n'ait ici à s'occuper que du savant, on ne peut s'empêcher de comparer les résultats de la pratique à la pratique elle-même. Eh bien! les injections d'iode sont de nature à satisfaire, et quelquefois au delà de l'espérance, dans les mains de l'auteur du moins; aussi regrettons-nous vivement pour nos confrères de province, éloignés des centres d'enseignement pratique, et appelés à soigner des gens pauvres, qu'il n'ait pas décrit dans son ouvrage tous ses procédés autant opératoires que de pansement, quoique chaque pansement soit, pour ainsi dire, une série de petites opérations; nous regrettons vivement, dis-je, cet oubli, nécessité peut-être pour les besoins du volume, car il est à craindre que, tentées sans direction arrêtée, on ne traite encore de *téméraires*, de *dangereuses*, d'*impossibles*, des opérations qui n'auront pas été *faites convenablement* et qu'on n'aura point trouvées décrites dans le livre de M. Boinet, tandis qu'elles sont réellement efficaces.

Dans son *historique* de l'emploi de l'iode, l'auteur s'adresse cette question : *Quelle est la cause et l'origine des injections iodées?* Il la développe avec impartialité, et, quoique notre solution soit un peu différente de la sienne, elle n'altère en rien la part de gloire qui lui revient. En comparant les dates nous plaçons les auteurs dans l'ordre suivant : Lugol (1829-1830-1831), Martin, de Calcutta (1832), M. Ricord (1833), M. Velpeau (1837), M. Boinet (1839). La nature de cette analyse ne comporte pas la discussion des éléments de notre opinion, mais nous formulerons hardiment notre conclusion, c'est que les injections que M. Boinet pratique, et surtout sa manière, sont tout à fait différentes de celles de Lugol et de ses successeurs.

Dans ses *Considérations médicales et physiologiques*, il expose l'ac-

aride de sa nature. Le nombre des prix que vous mettez au concours augmente chaque année, et avec lui les détails dans lesquels votre secrétaire annuel est obligé d'entrer; malgré tout le soin que j'ai mis à vous les présenter aussi succinctement que possible, j'ai besoin, dès le début, de réclamer toute votre indulgence.

1° *Prix de l'Académie.*

La question mise au concours pour l'année 1855 était la suivante :

Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans les pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix est de la valeur de 1,000 fr.

L'énoncé d'une pareille question a dû surprendre beaucoup de nos confrères, et plusieurs ont dû se demander dans quel but l'Académie appelait de nouvelles recherches sur un point de pratique qui paraissait depuis longtemps définitivement jugé. S'il suffisait, en effet, d'accepter sans contrôle une tradition qui a traversé les siècles, si l'opinion des plus grands médecins de toutes les époques pouvait remplacer l'observation rigoureuse, sans aucun doute il aurait beaucoup mieux valu appeler l'attention des savants sur des points de la science en apparence beaucoup plus obscurs, et sur lesquels l'opinion générale paraissait moins unanimement fixée.

Mais vous avez pensé que les croyances en médecine ne devaient être acceptées qu'autant qu'elles reposaient sur des faits suffisamment nombreux et authentiques. Vous vous êtes souvenus des pénibles hésitations que vous éprouviez chaque fois que vous trouvant en présence d'un phthisique, vous étiez appelés à résoudre la question de savoir s'il fallait l'enlever aux soins affectueux de la famille pour lui procurer les avantages contestables, peut-être, de l'habitation dans les climats chauds, ou des voyages sur mer.

La véritable science ne se paye pas d'illusions. Ce qu'elle doit poursuivre avant tout, c'est la recherche de la réalité, c'est-à-dire de la vérité, et dût sa découverte nous enlever nos dernières et nos plus chères espérances, c'est toujours le but que nous devons nous efforcer d'atteindre.

La Commission nommée par vous pour examiner les travaux qui vous ont été adressés, se composait de MM. Chomel, Barth, Gérardin, Andral et Grisolle.

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, le remarquable rapport qui vous a été soumis en son nom par notre collègue, M. Grisolle. Dans un avant-propos dans lequel il a si savamment examiné la partie historique de la question, après avoir cité Laënnec, qui avait déclaré que de tous les moyens tentés pour guérir la phthisie, il n'en était aucun qui fût suivi plus souvent de la suspension ou de la cessation totale de la maladie que le changement de lieux, il vous a rappelé que ce grand médecin était allé mourir phthisique sur les côtes de la Bretagne.

Après vous avoir dit que la statistique avait prouvé qu'en Europe comme en Amérique, en France comme au Brésil, la phthisie pulmonaire était aussi commune et aussi meurtrière sur le littoral que dans l'intérieur des terres, M. Grisolle, à son tour, s'est posé les questions suivantes. « L'influence qu'on attribue au changement de lieu, aux voyages sur mer, est-elle aussi réelle qu'on le dit généralement? Sur quels faits s'appuie cette croyance? Si les climats chauds, si les voyages sur mer ont le pouvoir de suspendre la marchede la tuberculisation, peut-on établir dans quelle proportion un pareil résultat est obtenu ?

Après avoir montré que dans l'état actuel de la science il était impossible de répondre d'une manière satisfaisante à ces différents points de pratique, il loue l'Académie du choix qu'elle a fait de la question mise au concours. Il ne veut pas non plus que ce soit par de vagues témoignages ou par des assertions sans fondement qu'on y réponde. Il réclame des observations précises, des faits nombreux recueillis avec rigueur et authenticité.

Nous allons voir, en suivant M. le rapporteur dans son consciencieux travail, où se trouve l'analyse raisonnée des divers travaux qui vous ont été envoyés pour disputer le prix, comment il a été répondu à l'attente de l'Académie.

Sur cinq mémoires qui vous ont été adressés, il en est quatre dont les auteurs ne se sont pas pénétrés des termes indiqués dans le programme. Ce sont ceux inscrits sous les numéros 1, 2, 3, 5. Partisans de l'opinion généralement acceptée, ils n'ont produit en sa faveur aucun fait nouveau. On leur demandait des observations, et ils se sont contentés de répéter les assertions des autres. Ils ont fait des hypothèses et sont

---

tion et les indications des préparations d'iode; il examine et discute toutes les objections qui leur ont été adressées, et il sait les réduire à leur juste valeur, à leur valeur pratique. Nous ne nous constituons ni le défenseur, ni le partisan des théories physiologiques émises pour ou contre : A chacun sa manière de voir.

Un chapitre est consacré aux *préparations d'iode le plus souvent employées*, chapitre complété par un formulaire thérapeutique très-étendu qui termine le volume.

Nous entrons actuellement dans la partie appliquée, pratique de l'iodothérapie. Les travaux de Lugol ont généralisé l'emploi des iodiques dans la scrofule, et chaque jour la syphilis, sous ses différentes formes, vient en réclamer un emploi approprié.

Arrive le tour *des injections iodées dans les cavités séreuses,* M. Boinet s'occupe d'abord de l'hydrocéphale et de l'hydrorachis, et après un historique bien fait, établit une distinction entre les cas où elles sont indiquées dans ces affections et ceux où l'on doit y renoncer. La thérapeutique de ces graves maladies est donc entrée décidément dans une voie nouvelle, et on doit répéter, avec l'auteur, que, dans certains de ces cas, le médecin peut nuire en n'agissant pas.

Fidèle historien des succès et des insuccès connus des injections de toute espèce pratiquées dans le péritoine pour des ascites de causes diverses, M. Boinet conclut à l'innocuité des injections iodées dans la cavité de cette membrane. Comme innocuité des injections iodées, M. Boinet peut avoir raison, quoique je pense me rappeler avoir entendu dire à M. le professeur Denonvilliers qu'un injection de teinture d'iode faite par M le docteur Monod ait été suivie de mort; mais avant tout n'est-il pas important, dans cette question, de décider aussi dans quels cas ce genre d'injections doit être ou non pratiqué? Pense-t-on qu'une injection d'iode guérira des ascites occasionnées par un obstacle permanent à la circulation ou d'autres causes organiques? M. Boinet rapporte des observations qui semblent le laisser croire; cependant nous dirons que si pour eux la question peut rester indécise, il n'en est plus de même pour les *ascites essentielles rebelles.* En tout état de cause, comme pour l'hydrocéphale et l'hydrorachis, une voie nouvelle est ouverte au traitement de l'ascite, même malgré les revers. Quel traitement peut guérir toujours une affection qui ne pardonne pas!

Nous nous promettons, en publiant dans ce journal une observation d'empyème désespéré et guéri par M. Boinet, de revenir sur l'action des injections iodées dans les épanchements purulents des plèvres.

Il faudrait plus qu'un résumé très-succinct de ce livre pour donner une idée complète de sa valeur et de son importance. Nous devrions peut-être analyser le chapitre consacré aux kystes de l'ovaire, affection qu'on ne peut plus regarder comme étant au-dessus des ressources de l'art et dans laquelle les injections iodées produisent

sortis souvent du sens précis de la question. C'est ainsi que le n° 2 a longuement disserté sur la nature de la phthisie, et sur ses causes ; qu'il a décrit avec complaisance les lieux où sont ordinairement envoyés les tuberculeux.

Le n° 3 se rendant une justice anticipée a même avoué avec une grande franchise que ne possédant aucun fait, il aurait dû peut-être, ne pas s'engager dans la lice; ce qui ne l'empêche pas de se livrer à des considérations générales, qui ne pouvaient le conduire à aucun résultat pratique.

Aussi votre commission vous a-t-elle proposé à l'unanimité de n'accorder aucune distinction à ces divers travaux, et c'est ce que vous avez décidé.

Mais il n'en a pas été de même pour le mémoire inscrit sous le n° 4 et qui a pour épigraphe : « La vérité, quelque triste qu'elle soit, vaut mieux que l'erreur. »

L'auteur, qui est M. Jules Rochard, chirurgien de la marine à Brest, a bien compris vos intentions. L'ouvrage qu'il vous a adressé contient des faits nombreux, et ainsi que vous l'a fait remarquer M. le Rapporteur, c'est l'œuvre d'un praticien qui a beaucoup vu par lui-même, et qui a su mettre à profit l'expérience des autres.

Il a puisé dans les archives du ministère de la marine des matériaux précieux et variés, et après les avoir analysés avec une rare sagacité, il s'en est heureusement servi pour la composition d'un travail du plus haut intérêt.

A la suite d'un court historique où se trouve résumée l'opinion des médecins anciens et modernes, il a franchement abordé l'un des termes de la question.

La navigation est-elle utile aux phthisiques ou à ceux qui sont prédisposés à la phthisie?

Des nombreux tableaux statistiques dressés par lui avec le plus grand soin, il résulte que dans la marine anglaise, comme dans la marine française, dans nos ports, comme en pleine mer, comme sur les côtes de la Normandie et de la Bretagne, dans l'Inde, comme aux Antilles, comme partout où le marin peut être observé, la phthisie choisit un plus grand nombre de victimes parmi les hommes de mer parmi les soldats de terre. Simples matelots, officiers, chirurgiens, employés d'administration, tous payent à peu près le même tribut.

C'est ainsi que sur 14 chirurgiens du port de Brest, morts de 1851 à 1854, deux ont succombé à la phthisie, et deux autres, atteints de la même maladie, ont dû renoncer à la navigation.

M. J. Rochard est conduit à cette conclusion. La navigation ne convient aux tuberculeux ni comme carrière, ni comme moyen de traitement.

Pour savoir si l'émigration dans les pays chauds, exerçait une influence favorable sur la marche de la phthisie, il a cherché combien l'infanterie de ligne fournissait de phthisiques comparativement à l'infanterie de marine. Cette comparaison, que dans nulle autre position on ne pourrait faire sur une aussi vaste échelle, se faisait d'ailleurs dans les circonstances les plus favorables. Les hommes qui composent ces deux armes se recrutent dans les mêmes conditions. Ils sont soumis aux mêmes influences de nourriture et de logement. Ils ont la même solde, les mêmes vêtements et le même service, mais ils vivent dans un climat différent. Eh bien, résultat inattendu avec les opinions généralement admises! la phthisie moissonne le double de victimes dans l'infanterie de marine que dans les rangs de l'armée de terre.

L'auteur ajoute qu'il a vu bon nombre d'officiers de santé de la marine, qui déjà tuberculeux ou menacés de le devenir, étaient entrés par voie de mutation dans le service colonial, dans l'espoir d'améliorer leur santé, et qui, presque tous sont rentrés en France après un temps très-court, dans un état beaucoup plus grave. Il ne connaît qu'une seule exception à cette règle fatale.

Je ne m'étendrai pas davantage, Messieurs, sur l'analyse d'un travail aussi instructif, et qui contient cependant beaucoup d'autres faits d'un très-haut intérêt. Je terminerai en vous disant avec l'auteur du consciencieux rapport qui vous l'a fait connaître :

Le mémoire n° 4 est rempli de recherches originales; c'est, en outre, un inventaire exact de tout ce que possède la science sur la question que vous avez mise au concours. C'est un travail de saine critique, rédigé par un esprit éclairé, qui a fait bon marché des assertions et des hypothèses, et qui a su choisir ses éléments de conviction dans l'analyse de faits nombreux et recueillis avec sévérité, et, quoique le dernier mot ne soit pas encore dit sur cette importante question, il est juste d'encourager de pareils efforts. C'est ce que vous avez fait en accordant le prix à M. Jules Rochard qui en est l'auteur.

---

des guérisons souvent si rapides qu'elles surpassent toute attente.

Il en est de même pour la part des autres variétés de kystes, qu'ils siégent au cou ou ailleurs. M. Boinet a aussi enrichi la thérapeutique chirurgicale en étendant les injections iodées aux abcès par congestions et à leurs causes. Là, pas plus qu'ailleurs, il n'a la prétention de guérir toujours, mais guérir souvent est déjà un titre suffisant à la reconnaissance ; aussi personne, dans un cas, ne conteste-t-il l'application et l'efficacité des injections iodées.

De ces données à l'application locale de la teinture d'iode sur les plaies, les ulcères, dans les inflammations virulentes, contagieuses, comme moyen curatif de l'infection putride et comme moyen préventif de l'infection purulente et de l'absorption des venins et des virus, etc., il n'y avait qu'un pas, tenté aussi par M. Boinet.

Nous ne pouvons que signaler ici, en restant toujours dans le principe des distinctions, les applications de l'iode, en badigeonnages contre les pustules varioliques, l'érysipèle, la lymphangite, etc., pour en arrêter la marche et le développement; enfin, M. Boinet en conçoit aussi des espérances pour la guérison du cancer; puissent-elles se réaliser!

Somme toute, ce livre est un véritable palladium élevé à l'iode; il résume parfaitement toutes les applications de ce précieux médicament aux différentes affections de l'espèce humaine ; il est juste et impartial pour tous, qualité rare dans les livres qui traitent des questions à la solution desquelles l'auteur a pris une large part, car c'est cette part qui constitue presque toute l'originalité de celui qui nous occupe.

Aux applications si multipliées de l'iode, nous proposerons d'en ajouter une nouvelle. Quelques chirurgiens ont essayé la résolution des goîtres parenchimateux par l'application de petits sétons caustiques passés successivement dans la tumeur. Ne pourraient-ils remplacer la matière caustique (chlorure de zinc) dont ils recouvrent leurs sétoïdes par une pommade très-concentrée d'iode et unir ainsi à l'action du caustique l'action résolutive directe de ce médicament?

P.-H. Lefebvre,
Ex-chef de clinique de la Faculté.

— *Éléments de pathologie médicale,* ou Précis de médecine théorique et pratique écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique, par le docteur A.-L.-J. Bayle, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, tome premier, 1 volume in-8° de 604 pages. — Prix, 14 fr. (le second et dernier paraîtra fin février 1856. A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— *Considérations pratiques sur les vices de conformation du bassin.* — Leçons et observations recueillies à la clinique de M. le professeur Paul Dubois, par M. Jules Rouyer. — Chez Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14, Paris, prix : 1 fr. 25 et 1 fr. 50 par la poste.

Prix fondé par le baron Portal.

La question posée était la suivante :

Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie; rapports avec le crétinisme.

La Commission, composée de MM. Ferrus, Jules Guérin, Baillarger, Chatin et Bouchardat rapporteur, a eu à examiner trois Mémoires qui sont arrivés en temps opportun.

Il me suffira pour vous donner une juste idée du mérite de chacun d'eux, et pour justifier le jugement porté par l'Académie, de suivre l'analyse consciencieuse qui en a été faite par le savant Rapporteur.

Le Mémoire n° 2 a l'épigraphe suivante : « *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.* »

Dans un introduction, l'auteur résume avec netteté les diverses opinions sur l'étiologie du goître, et il conclut à la multiplicité des causes de son endémicité.

La topographie goîtreuse de la France occupe une place importante. Les documents statistiques y sont nombreux et comprennent une période de dix-sept années.

Au premier abord, on pourrait attacher une grande valeur à des tableaux qui indiquent pour chaque département le nombre des goîtreux exemptés du service militaire dans chaque canton; mais les notions géologiques étant très-vagues et la constitution du sol variant souvent dans chaque localité, la donnée générale doit être fautive. Cette partie de l'ouvrage est complétée par une carte intéressante de la France goîtreuse.

Le chapitre consacré à l'anatomie pathologique peut être considéré comme un résumé bien fait des opinions déjà émises; il en est de même pour ce qui concerne la prophylaxie.

Plusieurs tableaux statistiques terminent l'ouvrage et nous montrent le nombre des goîtreux augmentant dans certaines localités, diminuant dans plusieurs, et restant stationnaire dans d'autres.

Dans le Mémoire qui a été inscrit sous le n° 1, toutes les parties du programme ont été traitées avec développement. Tous les matériaux épars sur la question du goître endémique ont été réunis et discutés avec un grand soin.

Dans une première partie, l'auteur donne une idée générale de cette maladie qu'il définit une *intoxication hydroalluvienne.*

Cette idée, qui domine tout l'ouvrage, a fait naître, il faut bien le reconnaître, beaucoup plus de suppositions gratuites que de faits bien constatés.

La partie qui traite de l'historique du goître endémique et du crétinisme, est d'une incontestable supériorité. Puis viennent de longues considérations anatomiques et physiologiques sur la glande thyroïde, des recherches intéressantes sur l'anatomie pathologique du goître endémique et du crétinisme. Tout le reste est consacré à l'importante question de l'étiologie de cette affection; mais malgré les nombreux matériaux qu'il a réunis avec ordre, la doctrine qu'il cherche à établir ne s'appuie pas suffisamment sur l'observation des faits.

Toutefois les détails d'anatomie pathologique que renferme ce Mémoire, le tableau du goître en Alsace, ainsi que les discussions approfondies sur les points les plus importants, lui assurent un rang distingué.

Comme le précédent, le Mémoire n° 3 embrasse les différentes questions du programme; c'est un travail bien pensé et bien écrit. Les opinions généralement admises y sont combattues par des faits nouveaux.

L'auteur qui tend à reconnaître au crétinisme une étiologie se rattachant à des causes multiples, aura sans doute aux yeux de quelques-uns le tort d'assigner au goître une cause exclusive. Comme ses devanciers, il cherche cette origine dans la nature des eaux potables. Il n'y a entre lui et eux, sous ce rapport, qu'une différence du plus au moins. Comme eux aussi, il fait jouer à une matière d'origine organique le principal rôle. Sur tous ces points, le travail est d'une exécution très-satisfaisante, et il offre un véritable caractère d'utilité.

Les expériences et les dissections dont les résultats s'y trouvent consignés, les dessins qui l'accompagnent, décèlent un esprit investigateur des plus distingués.

Toutefois, d'après l'avis de la Commission, l'Académie a décidé qu'aucun des compétiteurs n'avait résolu d'une manière complète la question proposée.

Considérant cependant que les auteurs de ces Mémoires s'étaient imposé de longues recherches et avaient dû faire de grands sacrifices, elle a décidé que la somme de 1,000 francs serait partagée entre eux à titre d'*encouragement*, et elle a accordé une somme de 400 fr. à M. le docteur Bach, de Strasbourg, auteur du Mémoire n° 1. Pareille somme de 400 fr. à M. Moretin, de Baume-les-Messieurs, auteur du Mémoire n° 3.

Et, enfin, une somme de 200 fr. à M. Le Tertre Vallier, médecin militaire, déjà couronné plusieurs fois dans les précédents concours, auteur du Mémoire n° 2.

Fracture de la base du crâne. Guérison.

Par M. le docteur Secretain.

Nous avons eu plusieurs fois déjà à louer le zèle scientifique et l'excellent esprit de la Société de médecine de Gannat, le nouveau compte-rendu que nous adresse cette Société nous apporte de nouveaux motifs de renouveler nos éloges. Ce compte-rendu, rédigé par M. le docteur Trappenard, secrétaire, renferme la relation de plusieurs faits dignes d'intérêt, ainsi que le résumé de discussions sérieuses y relatives. Ne pouvant tout reproduire, nous nous contenterons d'extraire du consciencieux rapport de M. Trappenard un fait qui se rapporte à une question encore pleine d'actualité, quoique fort avancée par des discussions récentes; on appréciera particulièrement les remarques pleines de justesse émises par M. le docteur Secretain, dans la discussion dont son observation a été l'objet.

H. de C.

Le 3 février 1854, L..., perruquier, âgé de seize ans, petit, trapu, bien constitué, intelligent, étant allé au clocher avec le sonneur, se suspendit à la corde de la cloche pour la mettre en branle. Dans un moment où il avait été enlevé à une assez grande hauteur par le mouvement de bascule de la cloche, il lâche prise et tombe violemment sur le sol. Evanoui pendant quelque temps, il reprend peu à peu connaissance, mais ne pouvant se soutenir sur ses jambes, il est transporté chez lui par le sonneur. Là, il vomit abondamment.

MM. Secretain et Pourrat appelés, le trouvent couché sur son lit, décoloré, jouissant de ses facultés, mais avec de la tendance au sommeil, ayant au *moindre mouvement* des vertiges, des hauts-de-cœur et même des vomissements de matière bilieuse. L'examen le plus minutieux et les renseignements fournis par le malade ou le sonneur, n'amènent la découverte d'aucune plaie ni contusion, pas même de la partie du corps qui a frappé sur le sol. Cependant, les vêtements sont ensanglantés et l'oreille droite fournit un suintement continuel de sang séreux. La pression autour du conduit auditif est un peu douloureuse ainsi que les mouvements de la mâchoire inférieure. Le pouls est lent et à peine sensible. — Repos, thé léger d'abord et puis eau froide sucrée. — Le soir, mêmes phénomènes moins le pouls qui s'est un peu relevé. Le malade se refuse à la saignée qui lui est proposée. — Le lendemain, même état, pouls meilleur sans être fréquent, saignée assez copieuse, diète absolue.

Les vertiges, accompagnés de vomiturilions, au moindre mouvement et surtout à la station assise ont persisté pendant trois jours, et sont allés ensuite en diminuant. Le suintement de sang d'abord séreux, puis de sérosité sanguinolente, puis enfin de sérosité presque purulente a duré pendant quinze jours, au dire du malade, pour les onze derniers jours pendant lesquels il n'a pas été visité. Au reste, la santé de ce jeune homme se rétablit peu à peu, sans encombre et d'une manière si complète, même pour la membrane du tympan, que le 4 juin 1854, il pratiquait en présence et sur les indications de M. Secretain, l'insufflation dans les conduits gutturaux et qu'il sentait très-bien le ronflement en dehors de la membrane tympanique

Cette observation se fait remarquer par deux points principaux : 1° l'écoulement par l'oreille qui a fourni une notable quantité de liquide pendant les quinze jours qu'il a duré ; 2° les vertiges, les envies de vomir et les vomissements qui ne manquaient jamais de se présenter, pendant les premiers jours, chaque fois que l'on remuait et surtout que l'on mettait le malade sur son séant. Ce dernier phénomène de perturbation de l'estomac, lié avec le trouble des fonctions cérébrales est important à noter quoique fréquent dans les plaies de tête.

Vous vous êtes déjà livrés à l'examen des questions qui se rattachent à l'étude d'un fait semblable ; la société de chirurgie de Paris en a fait l'objet de discussions mémorables ; mais, comme il reste encore beaucoup à dire à cet égard, M. Secretain vous a donné cette intéressante communication pour recueillir les faits de même nature et dans le but d'arriver ainsi aux éléments d'un diagnostic plus précis, d'un pronostic moins incertain et d'un traitement plus efficace.

Avant de vous rendre compte de la discussion qui a suivi cette lecture, il nous paraît utile de placer ici le résumé des réflexions écrites que vous a présentées M. Pourrat, au sujet de la nature du liquide qui s'écoule par l'oreille à la suite d'une fracture de la base du crâne.

En 1852, lors de votre discussion sur cette matière, il vous eût soumis ces réflexions, qui ne figurent pas dans votre compte rendu, si, à cette époque, il eût fait partie de votre société.

1° A son avis, il n'est pas possible que le sang fournisse les matériaux de l'écoulement qui se fait par l'oreille : il en retrouve la preuve dans ce fait que le sang n'éprouve aucune tendance à se séparer en sérum et en caillot, tant qu'il continue à séjourner dans nos tissus, tant qu'il n'a pas le contact de l'air. Cette règle ne trouve d'exception que lorsque le sang a *depuis longtemps* abandonné ses vaisseaux. Chacun connaît l'observation de Hunter : après la ponction d'un hydrocèle, ce grand médecin s'aperçut qu'un vaisseau ouvert versait du sang dans la tunique vaginale. Une nouvelle ponction fut faite soixante-cinq jours après, le sang fut retiré *liquide* et se coagula ensuite.

2° Les cavités labyrinthiques peuvent être la source de l'écoulement qui s'échappe par l'oreille. On peut objecter, il est vrai, que ce liquide est en trop petite quantité ; mais si l'on réfléchit que ces surfaces séreuses une fois déchirées et irritées doivent sécréter incessamment et plus abondamment, l'objection paraîtra en réalité plus spécieuse que fondée.

M. Mignot ne prétend pas que la sérosité qui s'échappe par l'oreille ne puisse jamais provenir du liquide encéphalo-rachidien, mais il pense que ce doit être une très-rare exception. Il lui faut une autopsie démonstrative pour lui établir que les matériaux de l'écoulement ne procèdent pas du sang, par l'ouverture d'un vaisseau ou d'un sinus. Outre les raisons anatomiques qu'il a développées devant vous dans une autre circonstance, il considère comme une preuve à l'appui de son opinion, la gradation que parcourt le liquide épanché quant à sa coloration ; d'abord rouge, complétement sanguin, ce liquide se décolore peu à peu, semble filtré en quelque sorte et arrive insensiblement à offrir l'aspect du sérum du sang qui le constitue en réalité. Et qui sait si dans cette espèce de filtration que subit le sang, les parties intégrantes du sérum ne sont pas chimiquement modifiées, au point de le rendre presque identique à la composition du liquide encéphalo-rachidien? Au reste, ce flux de l'oreille peut avoir une autre origine encore, indiquée dans ces derniers temps et rappelée par M. Pourrat, celle du liquide labyrinthique. En ce qui concerne l'observation du docteur Secretain, il la regarde comme un exemple de fracture de la base du crâne aussi certain que possible, et ne pense point que dans ce cas, on puisse attribuer l'écoulement par l'oreille au liquide encéphalo-rachidien. — M. Choisy a seulement avancé, et il soutient que lorsque l'écoulement par l'oreille est d'une certaine abondance, qu'il dure un certain temps, huit, dix, quinze jours par exemple, que sa composition chimique diffère évidemment de celle du sang et se trouve identique à celle du liquide encéphalo-rachidien, c'est évidemment ce dernier liquide et non le sang filtré ou criblé, qui alimente ce flux de l'oreille. Il regarde comme tout à fait inutile de réfuter ce qui a été dit par M. Mignot sur la décoloration graduelle de l'écoulement, et particulièrement sur la métamorphose chimique du sérum. Il reconnaît et fait valoir toute l'importance de l'argument présenté par M. Pourrat, à savoir que le sang épanché au sein de nos tissus et à l'abri du contact de l'air ne se sépare en sérum et en caillot qu'exceptionnellement et très-longtemps après sa sortie des vaisseaux.

M. Boudant, qui a vu quelques cas analogues à celui qui occupe la Société, ne croit pas que la science soit actuellement en mesure de fournir des signes suffisants pour établir le diagnostic certain des fractures de la base du crâne. A son avis, il est impossible à un médecin d'affirmer en justice, devant un jury ou des juges, ou bien en présence d'un corps médical quelconque, qu'un malade est atteint d'une fracture de la base du crâne. Il n'admet pas non plus qu'on puisse guérir d'une pareille fracture. Les désordres primitifs ou secondaires qu'entraînent nécessairement ces sortes de lésions, lui paraissent devoir se terminer toujours fatalement. La formation du cal elle-même lui semble suffisante pour déterminer des accidents formidables sinon mortels.

Appelé comme médecin légiste, avec le docteur Secretain, auprès d'un homme de Vicq, qui avait été violemment frappé sur la tête, les divers signes attribués aux fractures de la base du crâne furent constatés. On était fondé à espérer une guérison, puisque quelques jours après l accident, cet homme allait et venait, se livrant à peu près à ses travaux habituels, et qu'il était allé tenir une foire à plusieurs lieues de chez lui. Mais, sous l'influence du travail de réparation, des phénomènes de phlegmasie cérébrale éclatèrent avec violence et ne tardèrent pas à se terminer par la mort. En somme, on ne peut affirmer la fracture de la base du crâne qu'après autopsie. La guérison de ces sortes de fractures est à peu près impossible.

M. Secretain admet que le diagnostic de ces fractures présente des difficultés sérieuses et comprend qu'on ne doit se prononcer qu'avec réserve, mais il trouve par trop absolue l'opinion de M. Boudant.

Lorsque les signes physiologiques et matériels consignés dans les auteurs se trouvent tous réunis comme dans l'observation qu'il vient de lire, le diagnostic lui paraît alors aussi bien motivé que possible, et le médecin peut et doit l'affirmer ainsi, non devant un jury ou un tribunal qui seraient de fort mauvais juges dans l'espèce et n'auraient d'ailleurs rien à y gagner pour leur religion, mais devant une société de médecins ou dans une publication scientifique

On a prétendu encore que le travail de formation du cal devait entraîner sur les parties ambiantes, méninges et cerveau, des accidents inflammatoires presque toujours mortels! C'est encore une appréciation exagérée : s'il n'y a qu'une fêlure, une fente sans déplacement, comme cela arrive fréquemment sur ces os dont la solidarité est si étroite, il n'existe pas alors d'épine stimulante pour les tissus voisins; le travail de réparation se fait presque exclusivement sur l'os fendu, s'irradie à peine sur les parties contiguës et n'y développe, dans tous les cas, qu'une irritation insignifiante.

M. Challeton revenant à l'argumentation de M Mignot sur le flux par l'oreille, ne s'explique pas que ce flux, lorsqu'il est abondant et prolongé, puisse provenir du sang: d'abord, comme l'a dit le docteur Choisy, il faudrait en supposer une quantité inadmissible d'épanchée. Puis, en admettant comme vraie la doctrine de M. Mignot, il doit se produire un phénomène inévitable qui ruine complétement cette théorie : en

effet, le caillot par loi de pesanteur occupe, une fois formé, la partie la plus déclive et doit nécessairement tarir l'écoulement presque au début, en faisant sur la fracture elle-même l'office d'un bouchon d'autant mieux appliqué qu'il est plus fortement pressé par le sérum qui lui est superposé.

M. Choisy s'élève contre les assertions de M. Boudant et soutient :

1° Que le diagnostic des fractures de la base du crâne est et doit être assez souvent d'une complète évidence.

2° Que rien, à son avis, ni pratique, ni théorie, ne peut autoriser à croire que ces fractures soient toujours suivies de mort.

Outre les circonstances qui entourent la cause traumatique, outre les signes physiologiques dont le concours est précieux, si l'on étudie attentivement le phénomène qui a servi de texte principal à la discussion, l'écoulement prolongé par l'oreille, on arrive par cette seule voie à une certitude aussi grande que possible en matière de diagnostic. Ce flux ne peut, en effet, s'expliquer qu'en le faisant remonter aux liquides intra-crâniens, sang ou sérosité céphalo-rachidienne ; il faut donc passer à travers une fracture de la base du crâne pour en déterminer la véritable origine, surtout quand il s'agit du liquide céphalo-rachidien. Ces considérations s'appliquent également à l'écoulement prolongé qui se fait par la bouche, par le nez, voire même à l'œdème des paupières du côté lésé, mais ici l'argument perd de sa force et peut être contesté jusqu'à un certain point.

La possibilité théorique de la guérison des fractures en question, développée par M. Secretain est pleinement acceptée par M. Choisy. Il ajoute que la science ne manque pas de faits venant à l'appui de cette opinion. Tout dernièrement encore, il lisait l'observation d'un matelot qui après avoir éprouvé de graves accidents à la suite d'une chute sur la tête, mourut trois ans plus tard d'une autre maladie. L'autopsie décela une fracture ancienne de la base du crâne. Si le paysan de Vicq, cité par M. Boudant, au lieu de se livrer à des travaux pénibles, de faire plusieurs lieues à pied, etc., eût pu recevoir des soins convenables, il est fort à croire, sinon certain, qu'il eût recouvré la santé.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de reprendre mon bien, si minime qu'il soit, là où je le trouve. Il me semblait cependant que mon acte de propriété était bien et dûment enregistré pour n'avoir rien à craindre, puisqu'il a été authentiquement passé devant la Société de chirurgie le 11 octobre 1854. Voici l'objet de ma revendication.

Je lis dans votre journal du 14 décembre 1855, n° 149, tome III, une observation d'injection iodée pratiquée avec succès dans un sac herniaire, avec cette mention inexacte, *nouveau moyen de déterminer si on a pénétré dans le sac*... Ce moyen est nouveau, en effet, mais pas aussi nouveau que semble le croire l'auteur de l'article, qui l'attribue à mon excellent collègue, M. Demarquay... Dans la séance de la Société de chirurgie du 11 octobre 1854, M. Maisonneuve proposa pour ponctionner le sac herniaire un procédé bien plus simple et bien plus sûr que celui de M. Jobert. Dans cette même séance et à l'occasion de M. Maisonneuve, je fis connaître le procédé que depuis plus de six mois j'avais mis en usage sur le cadavre, attendant l'occasion de le faire sur le vivant; voici ce procédé qui, quelques semaines plus tard, fut aussi proposé par M. Demeaux (*Moniteur des hôpitaux*, 31 octobre 1854, tome II, n° 130, page 1033), et qui est décrit de la manière suivante dans mon *Traité d'iodotherapie*, page 289.

« Voulant éviter les inconvénients et les difficultés du procédé de M. Jobert, nous avons imaginé un procédé qui, pour les deux premiers temps, est le même que celui de M. Maisonneuve. Le troisième temps, *celui qui est le point capital de l'opération*, en diffère et permet d'arriver plus sûrement et avec plus de facilité dans la cavité du sac herniaire. Voici ce procédé.

« D'abord, au lieu d'un trocart ordinaire, je me sers d'un trocart dont la canule est percée de trous latéraux vers sa partie moyenne et supérieure. Le trocart ayant traversé le scrotum et le sac herniaire vide, j'étale sur la canule laissée en place la peau du scrotum et les parois du sac qu'elle renferme ; puis après avoir bouché la canule avec son capuchon ou le doigt, j'injecte, à l'aide d'une seringue, de l'eau dans le sac, qui se distend aussitôt, ou bien je fais une insufflation, soit avec la seringue, soit avec la bouche. De cette façon on acquiert facilement la certitude qu'on a bien traversé le sac herniaire. Alors on laisse écouler l'eau si l'on en a injecté, et l'on procède à l'injection définitive avec la teinture d'iode.

Ce procédé est des plus simples, des plus faciles, et l'injection dans le sac herniaire n'est plus un embarras ; on est toujours sûr, en procédant ainsi, d'être dans le sac herniaire, et l'on n'a pas à craindre, comme avec les procédés de MM. Jobert et Maisonneuve, de pousser une injection dans l'épaisseur des tissus, ce qui pourrait avoir lieu. »

Examinons maintenant le nouveau moyen mis en usage par M. Demarquay, pour déterminer si l'on a pénétré dans le sac.

« Nous insisterons tout particulièrement, dit l'auteur de l'observation que vous avez insérée, *sur l'idée qui a* dirigé le chirurgien, et sur le procédé qu'il a employé pour mettre *son idée* à exécution.

« Depuis l'époque à laquelle M. Velpeau eut l'idée d'appliquer l'injection iodée à la cure radicale des hernies, ce qui a surtout préoccupé les chirurgiens c'est la méthode à employer pour pénétrer sûrement dans le sac herniaire, c'est cette difficulté qui a arrêté M. Velpeau lui-même et l'a fait renoncer aux injections iodées dans le sac herniaire.

« Depuis que M. Jobert a repris la question, plusieurs procédés ont été imaginés... M. Jobert a combiné l'incision et la ponction.... M. Maisonneuve a adopté le déplissement du sac sur la canule..... M. Follin évite de transpercer le scrotum et confie le déplissement du sac à la hernie elle-même, qui, en descendant, doit amener la canule dans le sac... M. Ricord a imaginé son trocart et sa tige articulés, etc.

« Tous ces procédés ne remplissant pas sûrement le but en vue duquel ils avaient été imaginés, M. Demarquay a cru devoir recourir à d'autres moyens pour s'assurer qu'il était bien dans le sac herniaire, *il a eu recours à une insufflation* préalable d'air, moyen bien innocent dans le cas où le chirurgien, étant en dehors du sac, il reproduit un peu d'emphysème ; pour agir encore avec plus de sécurité, *il a fait suivre cette insufflation d'air d'une injection d'eau*, ce n'est qu'alors qu'il a procédé à l'injection iodée. »

Après ces explications, je ne doute pas de l'empressement de M. Demarquay, ou plutôt de celui qui a publié son observation, à me rendre mon bien, car *le nouveau moyen de déterminer si l'on a pénétré dans un sac herniaire* est absolument le même que celui que j'ai communiqué à la Société de chirurgie, en 1854.

BOINET,
Membre de la Société de chirurgie, etc.

Perforation traumatique de l'estomac ; guérison.
Par HAPPOLDT.

Qu'on lise attentivement les détails de ce fait, et l'on concevra, nous le croyons, quelques doutes sur la réalité de la perforation, dont la guérison facile, et pour ainsi dire spontanée, lui donnerait son intérêt principal.

Un homme, âgé de dix sept ans, venait de manger, et de boire une pinte de bière, lorsqu'il reçut un coup de couteau à 3 pouces à gauche du milieu d'une ligne tirée de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. D'après le témoignage des assistants, l'instrument vulnérant pénétra à 4 pouces environ de profondeur.

Le blessé fut vu une heure après l'accident. La plaie avait trois quarts de pouce de largeur, sans hémorrhagie. Les vêtements de la poitrine s'étaient couverts d'un fluide inodore, sans couleur, et le pourtour de la plaie était comme incrusté de 1 once de matière blanche, lardacée. M. Happold, n'ayant pas de sonde, ne put s'assurer de la profondeur de la plaie. Mais voyant qu'une matière, qui paraissait avoir été contenue dans l'estomac, était sortie par la plaie, il en conclut qu'il y avait perforation de ce viscère. Il réunit par la suture la plaie

extérieure, et donna un douzième de grain de sulfate de morphine toutes les deux heures.

Le lendemain il survint une tympanite et un emphysème de tout le côté gauche du tronc. Pas de réunion des bords de la plaie. A chaque inspiration, il y avait par cette plaie expulsion de gaz; pouls à 120.

Le cinquième jour, on essaya de faire boire au blessé un liquide coloré; mais il ne sortait rien par la plaie, quoiqu'elle fût béante. Cette manœuvre, réitérée le jour suivant, ne donna pas de résultat plus significatif.

Il se forma les jours d'ensuite un abcès dans l'épaisseur de la paroi abdominale, dont le pus fut évacué par la plaie. Les symptômes graves allèrent en déclinant rapidement. Au bout de onze jours, la plaie était fermée. Elle se rouvrit, après un mois environ, à la suite d'un effort violent. Il en sortit encore une assez grande quantité de liquide coloré en jaune, puis elle se ferma définitivement, et le malade put reprendre librement ses pénibles travaux. (*Charleston Medical Journal*, mai 1855, et *Gaz. hehdomad.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous recevons d'un de nos praticiens les plus honorables les rimes suivantes, inspirées par le discours de M. Fr. Dubois. L'auteur, qui a eu la modestie de ne pas signer, mais que nous avons cru reconnaître à des indices certains (1), ne paraît pas partager complétement les sentiments que nous avons exprimés dans notre dernier numéro. Mais un poète a-t-il d'autre but que celui de cultiver l'art pour l'art? Nous ne le croyons pas. Quoi qu'il en soit, nous sommes toujours heureux quand nous rencontrons un médecin, et qui mieux est un praticien, qui n'oublie pas qu'Esculape est fils d'Apollon.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

Quelle est donc cette voix timide et caressante,
Ce chant de rossignol, cette bouche vibrante
Qui suspend à sa lèvre un millier de savants,
Et fait une mer calme avec leurs flots mouvants?
Cette voix sympathique attache l'auditoire
Au lieu qui la fait naître, elle dit une histoire
Simple et grande à la fois, qui dessille nos yeux
Et montre près d'un siècle à nos cœurs oublieux.
Elle parle d'école et puis de république,
De Richerand, Bichat, la savante relique!
De marine, de mer et de combats sanglants,
De vaisseau, de soldats qui meurent dans ses flancs,
De jeune médecin qui panse les blessures,
Ferme la plaie affreuse et remet les cassures;
D'épidémie en Corse et d'immense hôpital,
De notre grande école et de son piédestal
Pinel, le grand Pinel, Pinel le nosographe,
Qui mettait tout dans l'ombre avec son grand paraphe;
Elle parle de cours et de professorat,
De professeurs liés, d'enseignement ingrat,
De choc d'opinions, de luttes, de doctrines,
Qui pour le vieux Pinel étaient autant de mines,
De l'immense Hôtel-Dieu, d'instruments inventés,
Qui pour guérir le mal entrent de tous côtés,
Déchirant, écartant ou raclant nos organes,
Et vont mettre à néant les plus anciens arcanes.
Elle indique un savant, fils de l'invention,
Au ciel même puisant sa méditation,
Eclectique loyal, héros de cette histoire,
Cueillant dans chaque fait un rameau pour sa gloire,
Et qui prenant sa part de ces événements,
Mettant bien à profit chacun de ses moments
Dont Dieu lui fit cadeau pour soulager les hommes,
Fut un levier puissant du progrès où nous sommes.
Elle *récite* un homme, et presqu'un demi-Dieu,
Luttant et guérissant à toute heure, en tout lieu,
Combattant des esprits le dangereux sophisme,
Des lésions du cops le brutal réalisme;
Etudiant le mal, le suivant pas à pas,
Près des illuminés qui ne l'observent pas,
Et lorsque dans Paris chaque maître racole,
Semblant chercher l'honneur de ne point faire école.
Ce modeste savant, hardi praticien,
Fut un penseur profond, surtout homme de bien.
Le moribond le vit utilement paraître
Toujours pour le disciple et souvent pour le maître.
Lorsque le patient n'avait pas expiré,
Le docteur s'écriait : Rien n'est désespéré!
A trouver le remède alors il s'ingénie,
Une inspiration, que donne le génie,
Souvent illuminait le front de ce chercheur,
Pêchant dans la science en habile pêcheur,
Et lui montrant bientôt l'instrument, la substance
Qui doit rendre au mourant une longue existence.
S'inspirant de lui seul, de ses puissants instincts,
Il chassait devant lui la mort tous les matins,
De l'empire du mal dans la pauvre peuplade
A peu près chaque jour il sauvait un malade,
Et sa lutte acharnée avec la froide mort
Jamais ne put laisser dans son cœur un remord,
Car, s'il fut *excessif* de fougueuse hardiesse,
Il eut l'amour du bien jusque dans sa vieillesse.
On put blâmer l'avis mais non l'intention,
On lui doit un tribut de vénération.
Soldat du traitement, nature généreuse,
Devant un beau succès son âme était heureuse.
Si la froide raison ne régla pas toujours
Ses belles facultés, il acquit tous les jours
D'incontestables droits à l'estime publique,
Salaire précieux de celui qui s'applique
A guérir son semblable, à faire un noble emplo
De ses rares talents, à prendre pour sa loi,
Et pour pieux devoir de donner à son frère
Un utile conseil, afin de le soustraire
A la mort qui le guette et déjà le saisit.
Ce savant médecin par deux fois s'instruisit,
Dans la religion et puis dans la science;
Dès qu'il reconnaissait de son art l'impuissance,
Il tournait aussitôt son regard vers les cieux
Et priait pour celui dont il fut soucieux.
Toujours homme de bien et de son cœur l'esclave,
Sur le lit de douleurs il fit couler la lave
De la compassion et de la charité :
Secourir son prochain fut sa félicité.
Quel est ce savant maître au regard qui fascine
Dont la vaste figure à nos yeux se dessine,
Qui parmi ses pareils se plaça le premier?
Et du temple l'écho murmura : *Récamier*.
Dis, comment nommes-tu cette voix si limpide
Evoquant en ces lieux, comme une ombre rapide,
L'âme du grand docteur, quelle est donc cette voix
Et le fidèle écho me répondit : *Dubois*.
Echo, merci cent fois, de m'avoir fait connaître,
Le nom des deux auteurs du bien qui me pénètre,
Et grâce à vous, Seigneur, nous ne manquons de rien,
Nous avons le grand maître et son historien.
Le premier nous guérit, il fait plus, il nous donne
Le moyen de guérir, il remet sa couronne
De roi de la science en nos débiles mains
Pour que nous l'effeuillions sur le corps des humains.
Le second nous redit, comme un miroir fidèle,
Qualités et défauts de l'étrange modèle
Que Dieu nous envoya plus pour nous étonner
Que pour servir d'exemple et pour nous *patroner*.

(1) Nous avons cru reconnaître l'écriture de M. de Laffore; si nous nous sommes trompé, l'honorable praticien réclamera.

— La séance d'hier de l'Académie de médecine a été une séance d'organisation.

M. le vice-président Bussy a été élu président; M. M. Lévy a été

élu vice-président, et l'honorable M. Depaul, qui a rempli avec un zèle si soutenu les fonctions de secrétaire annuel, a été réélu.

Ont été nommés membres du Conseil d'administration, MM. M. Lévy, Roche et Ségalas.

Prix de la Société médico-pratique de Paris

Dans sa séance du 10 décembre dernier, la Société médico-pratique de Paris a décidé :

1° Qu'il n'y a pas lieu de décerner, cette année, de prix sur la question : *Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux ;*

2° Qu'elle maintient cette même question pour sujet de prix, et proroge jusqu'au 1er juillet 1857, l'époque à laquelle devront être remis les mémoires envoyés par les concurrents;

3° Enfin, qu'elle élève à 500 francs, au lieu de 300, le chiffre du prix à décerner.

Nota. Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés, dans les formes académiques, à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville.

Le Secrétaire,
Dr Perrin.

— L'état de M. le professeur Bérard continue à laisser des espérances.

— M. Gaulthier de Claubry aîné, dont on a annoncé hier la grave maladie, continue à être dans un état très-alarmant.

Nécrologie.

M. de Bourrousse de Laffore, docteur en médecine, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, ancien président de la Société d'agriculture, sciences et arts d'Agen, ancien membre du conseil-général de Lot-et-Garonne, est décédé à Agen, le 9 décembre 1855, dans sa soixante-quatorzième année.

M. de Laffore faisait partie de cette génération médicale studieuse qui, par ses fortes études faites au commencement de ce siècle, a donné à l'art de guérir un si grand nombre de maîtres célèbres. C'est dans la grande école des hôpitaux de Paris, où il resta cinq années en qualité d'interne, et où il eut pour externes Béclard, Lisfranc et tant d'autres hommes distingués, qu'il puisa les fondements d'une solide instruction qui devait le mettre à même de parcourir une honorable et brillante carrière. Devenu l'émule et l'ami de Marjolin, Béclard, Magendie, Serres et de bien d'autres savants, il ne les quitta en 1813 que pour aller à Agen, son pays natal, prendre le premier rôle médical qu'il a tenu pendant plus de quarante années. Le troisième de six frères qui ont parcouru de belles carrières dans les armes, la magistrature et les ponts et chaussées, il s'est toujours montré par son savoir, son caractère et ses succès le pivot et le mentor de sa famille, à laquelle il laisse une grande fortune. M. de Laffore ayant eu le malheur de perdre, il y a deux mois à peine, sa femme, dont il n'avait pas eu d'enfants, était venu à Paris le mois dernier, demander à l'Exposition, à ses anciens amis, à son neveu, le docteur L. de Laffore, des adoucissements à sa peine. Parti de Paris le 19 novembre, il succombait vingt jours après à un quatrième accès de fièvre intermittente pernicieuse, malgré la quinine et le quinquina.

En 1811, on avait donné à M. de Laffore les fonctions de chef des internes de l'Hôtel-Dieu, titre créé exprès pour lui.

Dans un Mémoire, publié en 1849, et présenté au conseil-général de Lot-et-Garonne, M. de Laffore avait avec sagacité signalé les effets des arbres d'alignement sur les routes, sous le double rapport de la viabilité et des frais d'entretien. Dans un autre Mémoire présenté au même Conseil en 1850, il avait, en s'appuyant sur la science et une heureuse pratique, indiqué des moyens faciles et peu coûteux d'arrêter les racines des arbres sans leur nuire, et, par suite, de soustraire les récoltes à leur influence.

M. de Laffore qui, en 1809, alors interne de l'Hôtel-Dieu, reçut, ainsi que M. Serres, une médaille d'argent, après un beau concours, obtint, l'année suivante, la médaille d'or.

Voici comment s'exprimait Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, dans son rapport fait pour rendre compte du concours de 1810 :

Premier prix.

« La Commission nommée pour juger le travail des élèves internes des hospices civils de Paris, pendant le cours de l'année 1810, et fixer leurs droits respectifs aux récompenses accordées annuellement à ceux qui ont rempli dans une plus grande étendue les devoirs qui leur sont imposés, après s'être livrée tant individuellement que collectivement à cet examen,

« A d'abord distingué le travail de M. de Laffore, élève interne en médecine à l'Hôtel-Dieu. Cet élève a rempli, dans toute leur plénitude, les conditions exigées par l'administration. Son registre est tenu avec la plus scrupuleuse exactitude, il est plein d'excellentes Notes et de renseignements utiles; la nature des maladies et leur traitement y sont toujours suffisamment indiqués; enfin, il renferme un grand nombre d'autopsies cadavériques faites avec soin. Il a recueilli cinquante-six observations rédigées avec méthode et clarté. Il a dressé cinq tableaux synoptiques et nosographiques sur un excellent plan. Enfin, à tous ces titres, cet élève joint les témoignages les plus honorables et les plus authentiques de l'estime de ses chefs, qui tous se plaisent à rendre hommage à sa moralité et à son zèle constant et infatigable dans l'exercice de ses fonctions.

« D'après toutes ces considérations, la Commission a jugé M. de Laffore digne du premier prix, et elle a pensé que l'administration ferait un acte de justice en lui décernant la médaille d'or. Cette distinction, qui n'a pas été accordée depuis plusieurs années, aura le double avantage d'être dans une plus juste proportion avec le mérite de celui à qui elle est accordée, et d'offrir un objet d'émulation plus puissant à ceux qui voudraient marcher sur ses traces. »

Dans ce concours, M. Coussais eut le premier prix, Rochoux le troisième, Sanson le quatrième, etc.

Il y avait sept prix.

C'était un beau prélude pour les succès de M. de Laffore, qui n'ont fait que grandir à mesure que cet homme de mérite se montrait sur un plus vaste théâtre.

Pour toutes les variétés, — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

—En vente au bureau du Moniteur des Hopitaux : *Recherches cliniques sur les maladies chroniques*, par M. le Dr L. Fleury, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'Empereur, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, l'un des auteurs du *Compendium de médecine*, auteur du Traité pratique d'hydrothérapie, etc. —Le premier fascicule comprend : la *Gastrite chronique*; les *Gastralgies*; les *Entéralgies*; la *Dyspepsie*; l'*Hypocondrie*.— Prix : 2 fr.

— Viennent de paraître :

Recherches cliniques sur les *Maladies du cœur*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur Ernest Auburtin, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris ;

Précédées de Considérations de philosophie médicale sur le *vitalisme*, l'*organisme* et la *nomenclature médicale*, par M. le professeur Bouillaud ;

Paris, chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12; 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr.

— *Système de gymnastique de chambre* médicale et hygiénique, ou représentation et description des mouvements gymnastiques, n'exigeant aucun appareil ni aide, suivi d'applications à diverses affections, par le docteur D.-G. M. Schreber, directeur de l'Institut orthopedique de Leipzig. Broch. in-8°. Paris, 1856 ; chez *Victor Masson*, 17, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix, 2 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 152. 3e année. Vendredi 21 Décembre 1855.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Etranger*, chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De l'abstinence dans les maladies.

Par M. Frédéric Duriau,
lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine.

(*Suite et fin.*)

C. *Phthisie pulmonaire.* — Quant aux affections tuberculeuses du poumon, il semble presque inutile de faire observer qu'on ne les a pas combattues par l'abstinence. Il est trop souvent permis au praticien de suivre chez ces malades tous les ravages de l'inanitiation, car il est bien des cas où des tuberculeux succombent au milieu des désordres de l'abstinence. Le muguet, les vomissements, la diarrhée colliquative sans ulcérations de l'intestin, ne sont-ce pas autant les symptômes d'une alimentation insuffisante que des phénomènes ultimes de la phthisie? Relater ce qui a été observé chez les tuberculeux, ce serait donc recommencer l'histoire de l'abstinence chez l'homme malade.

4° Des maladies de l'appareil circulatoire.

Tandis que chez l'homme sain il existe une concordance presque parfaite entre les modifications qui surviennent dans les voies respiratoires et circulatoires, chez l'homme malade on trouve une différence assez notable. Ainsi, les changements que l'abstinence exerce dans les maladies de l'appareil circulatoire, ne sont plus ceux que l'on a observés dans les affections pulmonaires. Du reste, la différence de structure de ces organes peut, jusqu'à un certain point, nous rendre compte de cette divergence d'action.

Des affections très-diverses de l'appareil circulatoire ont été observées à la Charité : hypertrophie du cœur avec ou sans lésion organique, inflammation et hydropisie du péricarde, lésions vasculaires (phlébite de la veine porte, ossification de l'aorte), enfin l'anémie. Le rhumatisme articulaire peut aussi se ranger ici en raison de sa coïncidence avec les maladies du cœur.

Il n'est personne qui ne connaisse le traitement célèbre mis en usage par Valsalva et Albertini. C'était sans doute des vues théoriques et l'examen cadavérique des individus morts d'inanition qui leur avaient suggéré l'idée de leur formule sévère. Il importe peu d'apprécier ici la valeur de cette méthode thérapeutique. Recherchons si l'observation autorise ce même moyen, car l'abstinence prolongée aboutit, comme on l'a vu, à une anémie très-prononcee. Nous laissons de côté l'observation où une suppuration profonde avait envahi la veine porte; que faire en pareil cas?... Il n'en est plus de même dans d'autres cas où deux individus, atteints d'hypertrophie simple du cœur, se sont soumis volontairement à une abstinence de près de trois mois. A leur sortie, la matité précardiale était moins étendue et l'état général satisfaisant L'abstinence peut donc être utile dans ces cas où il n'existe point de lésions graves.

L'abstinence pourrait elle être aussi de quelque efficacité dans le rhumatisme articulaire? Nous avons vu que, malgré la diète la plus sévère, le mal a suivi toutes ses périodes, il a même eu des issues funestes. C'est en vain que des vues théoriques voudraient faire admettre l'influence curative de l'abstinence dans une inflammation aussi franche. Les faits parlent suffisamment et montrent que l'abstinence *seule* ne saurait être de quelque utilité : elle ne soulage point le mal, elle ne saurait en prévenir les complications fâcheuses.

Enfin, quel est le rôle de l'abstinence dans l'anémie? On connaît déjà les altérations trouvées après la mort chez une femme anémique. Or, cette femme avait été inutilement soumise à un régime réparateur, elle rejetait tous les aliments. L'autopsie montra cette lésion toujours imminente chez les anémiques, et merveilleusement favorisée dans sa production par l'abstinence ou par l'alimentation insuffisante, nous voulons dire la congestion cérébrale.

5° Des maladies de l'appareil génital et urinaire.

Le petit nombre des maladies observées dans cet appareil ne nous permet pas d'insister longuement sur ce sujet. Dans la néphrite albumineuse, il n'a guère été possible d'apprécier le rôle que peut jouer l'abstinence. Notons toutefois que la privation de boissons a diminué, non-seulement la quantité d'urine, mais encore celle de l'albumine. Il nous reste, enfin, un homme atteint de polyurie, et qui fut aussi privé de boissons. Au moment de son entrée dans le service, il rendait par jour quarante litres d'urine ; privé de tisanes, de tout aliment liquide, soupes et bouillons, il n'avait pour boisson que quelques citrons destinés à apaiser sa soif. La quantité d'urine diminua brusquement, et il ne rendit bientôt qu'un litre d'urine par jour.

Des recherches faites dans le but de s'assurer si l'urine ne renfermait point de sucre conduisirent à un résultat très-curieux qui, nous le croyons, n'a pas été observé jusqu'ici : l'acide citrique destiné à désaltérer le malade était complétement éliminé par l'urine (1).

(1) *Analyse qualitative de l'urine d'un polyurique*, faite par M. A. Lachave, interne en pharmacie.

Cette urine est limpide, sans odeur, légèrement citrine, d'une saveur acide et amère. Elle est acide au papier de tournesol.

Chauffée avec de l'acide azotique, elle reste limpide.

Traitée par le ferrocyanure de potassium, elle se trouble légèrement.

Soumise à l'ébullition avec du chlorure de calcium, elle donne un précipité très-abondant ; ce précipité est composé de caséine et de citrate de chaux. On lave ce précipité de citrate de chaux, et on le traite par l'acide sulfurique ; il y a dégagement d'acide carbonique et d'oxyde de carbone.

Traitée par l'acide acétique, cette urine reste limpide.

En diminuant ainsi la quantité absolue des urines, l'abstinence des boissons avait-elle guéri l'affection dont cette polyurie était le symptôme? Ce fait n'est pas probable, car le malade prenait quelquefois des quantités énormes de boissons et les urines augmentaient toujours en raison directe de la proportion de liquides ingérés. Il est donc très-intéressant de constater cette relation intime qui existe entre l'abstinence des boissons et la diminution des urines.

Le résultat de nos recherches faites dans les maladies de l'appareil génital est complétement nul au sujet de l'abstinence.

La privation des boissons peut donc être très-utile dans les affections rénales ; en diminuant la proportion des urines excrétées, elle permet à l'organe sécréteur de fonctionner moins activement, et c'est soumettre le rein au repos comparativement à l'action exagérée qu'il exécutait avant que le malade ne fût soumis à cette abstinence.

6° *Des maladies de l'appareil cérébro-spinal.*

La méningite, les névroses et les névralgies, telles sont les affections par lesquelles se sont traduites à nos yeux les souffrances du système nerveux.

La bizarrerie de certaines maladies nerveuses et, en particulier, de l'hystérie, mérite de fixer notre attention. Déjà l'on a vu les caractères qui différencient le vomissement famélique du vomissement nerveux ; il est nécessaire d'insister maintenant sur un point remarquable de l'histoire de cette névrose ; nous voulons parler de la facilité avec laquelle les hystériques supportent l'abstinence. Nous avons vu une femme rejeter par les vomissements toute espèce d'aliment *solide ou liquide;* elle ne prenait aucune nourriture en dehors des repas ; en un mot, la maladie l'avait condamnée à une abstinence continue. Malgré cette rigueur de diététique, on ne put constater aucun des désordres qui annoncent l'inanitiation. Du reste, il ne faut pas s'étonner de voir l'abstinence si facilement tolérée dans une névrose où l'anomalie des fonctions et la perversion de presque toutes les sensations sont des caractères pathognomoniques de la maladie. Il en est de même d'une cataleptique qui, volontairement, se privait de nourriture, tantôt pendant quinze jours, tantôt pendant trois semaines et même plus longtemps; elle ne prenait aucun aliment, à peine buvait-elle quelques cuillerées de bouillon pendant la journée. Malgré cette alimentation insuffisante, cette femme qui, au moment de son entrée, était d'un embonpoint remarquable, n'en a pas moins conservé toute son apparence de santé, et n'a présenté aucun des symptômes de l'inanitiation. Il est donc très-remarquable de voir comment les névroses peuvent être soumises à l'abstinence, sans que cette condition diététique exerce sur elles aucune modification.

Il n'en est plus de même s'il s'agit de névralgies idiopathiques indépendantes de l'état hystérique. Les douleurs qui les caractérisent sont exagérées par l'abstinence. Que la diète à laquelle on condamne les malades leur laisse le loisir de s'occuper spécialement de leurs souffrances, ou que l'abstinence exerce une action directe sur le siége du mal, condition qu'on ne peut préciser, on ne remarque jamais que ces malades sont soulagés par la diète; la névralgie prend, au contraire, un caractère de persistance et d'intensité remarquables.

Quant à l'efficacité dans la méningite, d'une abstinence prolongée, rien ne peut servir à éclairer cette question de thérapeutique ; car, dans nos observations, les lésions trouvées après la mort ne sauraient être imputées aux désordres de l'inanitiation. Constatons seulement l'impuissance de la diète dans ces affections.

Conclusions.

De tous les agents que possède la thérapeutique, il en est peu qui possèdent des caracteres aussi tranchés que l'abstinence. On a pu, en effet, constater la dépression constante que subissent les organes et les fonctions sous l'influence prolongée de la privation d'aliments. Mais aussi il y a un écueil à éviter lorsqne l'organisme est préalablement affaibli par des pertes considérables ou par une alimentation insuffisante. Ces diverses circonstances sont connues, il ne reste plus qu'à les résumer d'une manière générale.

Or, d'après les observations recueillies au lit du malade et en se basant sur ce qui précède, on peut conclure que :

1° L'abstinence n'exerce aucune action sur les fièvres continues; elle n'en modifie point la marche ni les manifestations symptomatiques.

Dans ces affections, l'inanitiation prime souvent la maladie principale et devient une nouvelle cause d'accidents.

2° Dans les fièvres intermittentes on se gardera de priver de nourriture les malades ; une alimentation insuffisante peut donner à la maladie un caractère sinistre et faciliter le développement de la cachexie paludéenne.

3° Très-utile dans les inflammations du tube digestif, l'abstinence ne doit jamais être conseillée dans les maladies dont elle peut favoriser la production, telles sont la gastralgie, etc.

4° Les inflammations du poumon sont combattues par l'abstinence avec autant de succès que par tout autre agent thérapeutique.

5° Les épanchements séreux de la plèvre se résorbent rapidement sous l'influence de la privation d'aliments et de *boissons*.

6° L'abstinence prolongée peut contribuer puissamment à amender les symptômes des maladies du cœur lorsqu'il n'existe aucune lésion organique de ce viscère ; mais elle n'est d'aucun secours quand cet organe présente des altérations dans sa structure, dans les maladies des vaisseaux, etc.

7° Les affections rhumatismales ne disparaissent point par l'emploi exclusif de l'abstinence.

8° Cet agent diététique est funeste dans l'anémie.

9° Facilement tolérée dans les névroses, l'abstinence ne doit jamais être mise en usage dans les névralgies.

10° Enfin, dans les maladies de l'appareil urinaire, l'abstinence des boissons amène toujours une diminution notable dans la quantité des urines et dans la proportion d'albumine que ce liquide peut renfermer anormalement.

Telles sont les conclusions auxquelles nous avons été conduit par l'examen des malades.

APPENDICE.

De l'alimentation des inanitiés.

Toutes les fois qu'un malade a été soumis à l'abstinence ou seulement à une alimentation insuffisante, lorsque l'inanitiation sera manifeste, ce n'est point par des agents médicamenteux, c'est seulement par l'alimentation qu'il faudra combattre les accidents. Souvent, il est vrai, le malade refuse la nourriture qu'on lui présente, il a même de la répugnance pour les aliments. On ne se laissera pas imposer par les refus obstinés. Il convient alors de le nourrir quand même, et l'on donnera de préférence les viandes rôties. Les boissons et les aliments liquides sont funestes en pareille circonstance, ils favorisent certains phénomènes morbides. On insistera donc sur les aliments solides, et l'on n'accordera que peu de boissons, encore celles-ci seront-elles reparatrices. C'est de cette manière que l'on triomphera des désordres de l'abstinence et que l'on en préviendra les suites fatales.

Evaporée et réduite à la moitié de son volume, cette urine abandonne par le refroidissement un dépôt de phosphate de chaux et de magnésie. On évapore ensuite à siccité et le résidu en partie soluble dans l'alcool est traitée par le tartrate cuprico-potassique. La liqueur reste limpide.

Donc cette urine contient :

1° De la caséine ;

2° Elle ne renferme pas d'albumine ni de globuline, ni de glucose ;

3° Elle diffère de l'urine normale par une plus grande proportion de sels minéraux et par la présence de l'acide citrique.

C'est ici qu'il conviendrait peut-être d'exposer les observations qui ont servi de base à ce travail ; mais la longueur et la répétition de ces détails dépasseraient les bornes que nous nous sommes imposées Nous renvoyons donc à notre Mémoire déposé à la bibliothèque de la Faculté de médecine.

Du diagnostic de la grossesse double par l'auscultation et le toucher se servant de contre-épreuve.

Par M. le docteur DE SÉRÉ. (1)

> La nouveauté est de tous les temps,
> la nature a toujours des mystères.

Deux enfants jumeaux renfermés dans la cavité de la matrice constituent une grossesse double.

Peut-être faudrait il ranger sous la même dénomination les cas, fort rares du reste, où une grossesse utérine simple coïnciderait avec le développement d'un autre fœtus en dehors de la matrice.

Les grossesses doubles sont assez fréquentes ; on en compte à peu près une sur quatre-vingts. Le chiffre des naissances est assez élevé pour que la plupart des médecins et des accoucheurs en rencontrent quelquefois dans leur pratique ; leur diagnostic offre donc quelque intérêt

Depuis 1621, où Guillemeau fit un bon ouvrage sur les accouchements ; depuis 1740 où Mauriceau écrivit un livre qui eut une grande vogue et résume la science des accouchements de cette époque, science bornée en ce qui concerne les grossesses doubles aux signes rationnels, supérieurement traités par ces deux auteurs, ce sujet a intéressé très vivement les accoucheurs jusqu'à M. Lejumeau de Kergaradée, qui découvrit en 1822 un signe sensible dont tous les autres ne sont plus que la confirmation. Contemporain de Laënnec, son mémoire fut l'objet d'un compte-rendu très flatteur de la part du grand maître de l'auscultation. Cependant il faut dire que c'est deux ans plus tôt, en 1818, que Mayor, chirurgien de Genève, avait commencé d'appliquer l'auscultation du cœur du fœtus à l'art des accouchements. Ce fut la femme de l'honorable praticien qui servit à l'expérience, et l'enfant dont les bruits du cœur se firent entendre, était le docteur Mayor, célèbre depuis à plus d'un titre. Depuis cette époque l'expérience est venue apporter sa consécration aux choses vraies et faire justice des erreurs. Longtemps on avait pu croire que les bruits de souffle qu'on entend dans l'utérus et qui indiquaient, suivant certains auteurs, d'une manière positive le lieu d'implantation du placenta, pouvaient servir à diagnostiquer d'une manière certaine la présence d'un ou deux placentas suivant qu'on entendait un ou deux bruits soufflants, et par conséquent la présence d'un ou deux enfants. Laënnec avait adopté cette manière de voir, et Holl avait rapporté seize cas de grossesse double diagnostiqués par lui de cette façon.

Les accoucheurs de Paris ont tous admis que le souffle, appelé souffle placentaire en vue de cette opinion, n'avait été entendu dans le point correspondant au placenta qu'en vertu d'une coïncidence; l'auscultation appliquée aux grossesses doubles en a été réduite d'un commun accord aux bruits du cœur fœtal Au mois de mai 1851, M Bodson ayant présenté un mémoire sur l'auscultation en général et ses avantages, MM. Danyau, Deneu et P. Dubois furent choisis à l'effet d'examiner ce mémoire. Le rapport de M. P. Dubois, véritable traité sur la matière en ce qui concerne l'obstétrique, est le second travail qui fasse époque sur ce sujet. Il n'est pas absolument favorable à la valeur de l'auscultation dans la grossesse double, mais il a eu l'immense avantage de faire table rase de toutes les erreurs et de permettre à M. Depaul, son élève et son ami, de faire, en 1847, un ouvrage complet sur l'auscultation obstétricale dont les bases étaient, sinon admises par tout le monde, du moins parfaitement tranchées et réduites à leur véritable valeur. Précision, clarté, élégance de style, exactitude et originalité, cet ouvrage peu volumineux réunit tout ; et, malgré les nombreuses applications qu'on en fait dans l'école de Paris, c'est un ouvrage neuf. Plusieurs des faits qu'il avance, passés à l'état de loi, me sont nécessaires pour l'intelligence de mon travail et je serai obligé d'y renvoyer. L'objet de mon Mémoire est surtout la découverte d'un signe nouveau pour le diagnostic des grossesses doubles, et c'est M. Depaul qui a été plus loin.

Les auteurs les plus répandus de l'Allemagne, Kyrrisch Scanzoni, M. C. Nægelé reproduisent ses idées et ne vont pas plus loin ; il en est de même des auteurs anglais. L'heureuse application de ce signe a été faite, le 27 du mois d'août 1852, sur une femme dont je donne ici l observation, et j'ai pu annoncer huit jours à l'avance que cette femme était grosse de deux jumeaux. Depuis lors le même résultat a été renouvelé, mais un seul suffit à l'intelligence de la chose.

Signes qui font reconnaître que la femme est grosse de deux enfants. — Ils se divisent en signes *rationnels* et en signes *sensibles*.

Les signes rationnels propres à la grossesse double ne se remarquent que lorsque les enfants ont déjà un développement manifeste ; rarement on peut y songer à partir du troisième ou quatrième mois. On dira que la femme que l on observe est probablement grosse de deux enfants, si elle est extrêmement grosse, sans soupçon d'hydropisie tant générale que des eaux de l'amnios ; on tiendra compte dans ce cas, de la taille, de l'état de maigreur ou de corpulence de la femme et de la conformation du bassin, si le cours de la grossesse a été pénible, que des mouvements actifs, nets et bien séparés par un intervalle assez grand de part et d'autre de l'abdomen, se fassent sentir au même moment. Considérant en outre la forme du ventre, on tirera des lumières de ce que les deux flancs, où se portent les deux enfants, sont plus élevés que le milieu du ventre, où se montre une ligne de démarcation un peu déprimée, allant du mont de Vénus à l'ombilic, si la tumeur a tendance à tomber sur les aines et les cuisses (cette disposition a été comparée à un cœur de carte à jouer, et plus exactement au ventre de la grenouille). On peut observer une gêne marquée qui s'accompagne, vers les deux derniers mois, d'enflures des jambes et des cuisses, parfois aussi des grandes lèvres, de la vulve et même de plusieurs autres parties du corps, et notamment du visage et des paupières.

Signes sensibles. Ils se tirent de l'augmentation rapide du volume de l'utérus, qu'on apprécie au moyen du palper abdominal uni au toucher vaginal : en portant un doigt dans le vagin et sur le col, l'autre main sur l'abdomen, et pressant sur le fond de l'utérus, le volume de l'organe sera exactement déterminé. Les déplacements et la forme sont aussi reconnus sans difficulté par le même moyen.

Le *toucher vaginal* exercé seul, donnera les modifications du col, son degré de longueur, de mollesse ou de dureté, et enfin sa perméabilité, qui livre l'intérieur de l'utérus et ce qu'il contient, à l'exploration. C'est quand le toucher permet de reconnaître la partie du fœtus qui se présente, qu'il a une valeur dans le diagnostic de la grossesse double. Ce moment est variable suivant les femmes, suivant l'époque de la grossesse, et même suivant les accidents qui auraient pu, par exemple, provoquer un travail qui se serait arrêté ensuite, laissant le col entr'ouvert. Il n'y a donc pas de moment précis où l'on puisse dire que le toucher fera découvrir une grossesse double.

L'auscultation. On ne s'est adressé qu'au bruit du cœur fœtal, laissant de côté les bruits du souffle qui n'ont pas de valeur, et voici quelles sont les conclusions des auteurs modernes.

Quand il y aura deux enfants :

(1) Mémoire couronné par la Société médico-chirurgicale de Bruges.

1° On entendra les bruits du cœur en deux points de l'abdomen très-éloignés.

2° On constatera un défaut d'isochronisme entre eux.

3° On devra éviter une première cause d'erreur, c'est que souvent les pulsations d'un cœur du même fœtus retentissent dans des points très-éloignés; pour cela, de l'un à l'autre où on entend les battements distincts, on mènera une ligne fictive qu'on suivra avec le stétoscope. Si on a affaire à un fœtus unique, la force et l'intensité du bruit seront les mêmes sur toute la ligne; dans les cas où il y a deux fœtus, ce bruit s'affaiblira pour disparaître au milieu, que l'on parte de l'un ou de l'autre point.

4° On évita de confondre le bruit du cœur fœtal avec celui du cœur de la mère. Il suffit de tâter le pouls.

5° On devra s'abstenir si l'un des fœtus est mort.

6° On s'abstiendra encore si les deux fœtus sont situés l'un au devant de l'autre.

L'auscultation appliquée au diagnostic des grossesses doubles n'a pas été poussée plus loin; mais dans la pratique des accouchements on n'emploie pas toujours l'auscultation pure et simple : on en fait l'application au diagnostic des positions du fœtus et même de ses présentations. C'est dans cet ordre de faits que j'ai trouvé la solution des deux difficultés que l'auscultation seule n'avait pas levées. Ainsi l'isochronisme laisse dans le doute, la mort d'un des enfants laisse dans l'erreur.

Les auteurs résument ainsi ces lois : 1° Le fœtus est en première position du sommet (occipito-iliaque gauche) lorsqu'on perçoit les battements du cœur en bas, en avant et à gauche;

2° Il est en deuxième position du sommet (occipito-iliaque droite) lorsqu'on les entend en bas, en avant et à droite;

3° On peut soupçonner une présentation du siége lorsque les pulsations sont entendues au niveau ou au-dessus de l'ombilic; le point où elles seront le plus fort, indiquera le rapport du plan postérieur du fœtus : ce soupçon deviendra une certitude quand ce signe sera fortifié par ceux fournis par le toucher.

D'après M. Depaul, qui a poussé ses investigations plus loin, on diagnostiquera 1° les premières positions de l'épaule droite; 2° les deuxièmes positions de l'épaule gauche; ces deux cas étant les seuls où le dos répond à la paroi abdominale antérieure.

1° Première position de l'épaule droite. — Si le summum d'intensité se trouve sur la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus, le bruit, s'étendant dans une direction à peu près horizontale, s'étendra dans l'espace compris entre l'une et l'autre fosse iliaque, au lieu de se porter en diminuant de bas en haut sur le fond de la matrice; il manquera dans une grande partie de la région supérieure de l'organe.

2° Pour l'épaule gauche en deuxième position, les caractères du bruit seront les mêmes, sauf que le point summum se trouve à droite au lieu d'être à gauche.

Les deux positions (deuxième épaule droite, première épaule gauche) n'ont pas le dos en avant, et le signe est plus obscur, quoiqu'il ait les mêmes caractères; les bruits sont sourds et éloignés.

Je ne parlerai pas du toucher, les résultats que tous les auteurs admettent, je les prends tels qu'on les a admis et sans chercher au delà.

Utilisant ces lois, on diagnostique une grossesse double sans tenir compte de 1° de l'isochronisme, 2° de la mort d'un des fœtus, pourvu 1° que celui qui a cessé de vivre occupe le segment inférieur de l'utérus, 2° que le toucher vaginal permette de distinguer la partie qui se présente au col de l'utérus.

L'auscultation faisant soupçonner une présentation céphalique ou pelvienne, ce soupçon devient une certitude si le toucher vient la confirmer. M. Depaul va plus loin, il accorde à l'auscultation une valeur qui doit donner la certitude, et ce serait volontiers mon avis si ce signe diagnostic était bien familier aux praticiens.

Voici quelles sont mes conclusions :

1° « Si l'auscultation donne pour résultat une position et une « présentation que le toucher confirme, il n'y a qu'un seul « enfant et il est dans la position désignée.

2° « L'auscultation ayant établi une position ou présentation « quelconque, si le toucher lui sert de contre-épreuve et vient « contredire ce premier diagnostic, on a affaire à une gros- « sesse double ou à un monstre. »

Le cas le plus commun et le plus clair est celui-ci :

Exemple. Les pulsations du pouls fœtal sont entendues à droite au niveau ou au-dessus de l'ombilic; on diagnostique une présentation du siége droite. Par le toucher on constate une présentation occipito-iliaque gauche. Il faut donc conclure pour le même utérus, comme on eût conclu pour deux utérus séparés, à l'existence d'un premier enfant en position du sommet, d'un second en position pelvienne; car le même enfant ne peut avoir, à moins de monstruosité, la tête en haut et en bas, et si les deux signes que j'ai employés sont des signes certains, le résultat doit l'être aussi.

Tous les cas qui peuvent s'offrir à l'expérience n'ont pas le même degré de netteté; aussi toutes les lois qui régissent l'auscultation doivent trouver ici leur place et servir à mieux préciser les faits, à éclairer les points douteux; le toucher servant à chaque fois de contrôle, servira à donner plus de précision encore et certains faits ne seraient pas, malgré cela, toujours parfaitement jugés.

L'heureuse application de ce signe a été faite sur une femme dont l'observation suit, et j'ai pu annoncer la présence de deux jumeaux pendant les huit derniers jours qui ont précédé son accouchement.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *décembre* 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

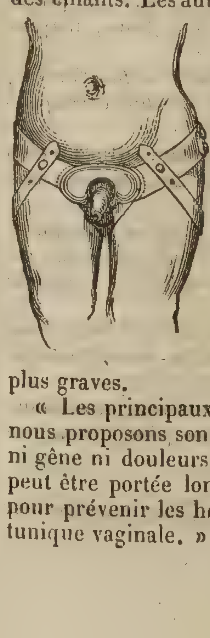
CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° **Epidémies.** — Rapports sur les épidémies qui ont régné dans les départements du Tarn, de la Côte-d'Or et des Vosges.

2° **Eaux minérales.** — Rapports de MM. les docteurs Barthez, Campmas et Racle, sur le service des établissements d'eaux minérales de Vichy, Baréges, et Saint-Honoré (Nièvre).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

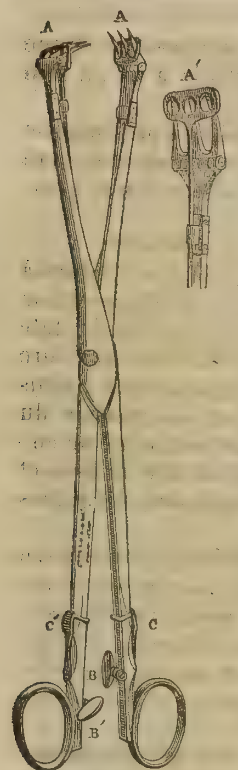
Hernies. — MM. Galante et Cie, fabricants d'appareils de chirurgie en caoutchouc vulcanisé, et notamment de tous ceux imaginés par M. le docteur Gariel, adressent un modèle de *ceinture herniaire inguinale* destinée à maintenir réduites les hernies inguinales des enfants. Les auteurs décrivent ainsi cet appareil :



« Cet appareil, en caoutchouc vulcanisé, se compose d'une ceinture qui se place sur l'hypogastre, et qui porte à sa partie antérieure un coussin rempli d'air, assez allongé pour s'appliquer exactement devant les orifices des canaux inguinaux. Une échancrure est ménagée au milieu pour la verge, des sous-cuisses maintiennent l'appareil dans une position invariable.

« La plupart des bandages usités jusqu'à ce jour pour les enfants ne remplissent qu'imparfaitement le but. En effet, ou les ressorts sont trop faibles, et alors ils contiennent mal, ou ils sont trop forts, et ils occasionnent des douleurs, des excoriations, et quelquefois des accidents plus graves.

« Les principaux avantages de la *ceinture herniaire inguinale* que nous proposons sont de maintenir parfaitement, sans jamais causer ni gêne ni douleurs, grâce aux qualités de la matière employée. Elle peut être portée longtemps sans inconvénient, soit pour guérir, soit pour prévenir les hernies chez les enfants en hâtant l'occlusion de la tunique vaginale. »



Erignes. — M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse la Note suivante, contenant la description d'un nouveau modèle d'érignes, dit *érigne-mobile*, fabriqué sur les les indications de M. Robert.

Cet instrument est destiné à extraire les gros polypes de l'utérus ou de toute autre partie profonde. Les branches de cette pince sont articulées en forceps et peuvent s'introduire isolément. Au moment de l'introduire, l'instrument est mousse ; les dards sont redressés et leur pointe est abritée par une espèce de cadre métallique. Après avoir saisi la tumeur entre les branches, il suffit de faire exécuter un mouvement de rotation aux clefs qui sont placées sur la partie inférieure des branches, pour que les dards basculent et forment des crochets longs et aigus sur lesquels le chirurgien peut opérer les plus fortes tractions. Si dans la manœuvre il se présente quelques difficultés, le même mécanisme permet de redresser les dards et de rendre l'instrument droit et mousse, pour le changer de position ou le retirer complétement.

Cet instrument, que M. Mathieu a fabriqué d'après les indications de M. Robert, chirurgien à l'hôpital Beaujon, a été mis en pratique plusieurs fois avec succès par son auteur.

Offrande de livres. — M. Victor Masson fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de tous les ouvrages dont il est l'éditeur, et annonce l'intention d'envoyer également un exemplaire de tous ceux qu'il éditera à l'avenir.

Eaux minérales — M. Aulagnier adresse une *Note-annexe* sur la *glairine* et la *barégine* des eaux minérales.

Affections puerpérales. — Observations de broncho-pneumonie puerpérale, par M. Riboli, de Turin. (Rapporteur, M. Grisolle.)

Choléra. — Relation des épidémies cholériques d'Arles, par M. Martin.

De pathologia et therapia choleræ, par M. Samuel, de Berlin.

Bains. — M. Langenbeck, par l'intermédiaire de M. Malgaigne, adresse un Mémoire *Sur les effets du bain local chaud et permanent.*

La chirurgie au Brésil; réclamation. — M. le docteur Peixoto, médecin de Rio-Janeiro écrit une lettre pour contester la plupart des assertions émises par M. da Costa, dans le Mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine ; M. Peixoto annonce notamment :

1° Que l'hydrocèle n'a nullement remplacé l'éléphantiasis qui n'est pas moins fréquent qu'autrefois au Brésil ;

2° Que la lithotritie avait été pratiquée au Brésil avant l'arrivée de M. da Costa ;

3° Que les rétrécissements y étaient aussi bien traités qu'aujourd'hui et que les deux opérations dont M. da Costa a rapporté l'observation, ont été l'objet de contestations ;

4° Enfin, que l'extirpation complète de l'utérus que M. da Costa dit avoir pratiquée doit être considérée comme douteuse, ce praticien qui publie le compte rendu de toutes ses opérations, n'ayant jamais fait nulle part mention de celle-là.

M. Peixoto envoie, en outre, un extrait du *Diaro do Rio-Janeiro*, ou M. da Costa est présenté comme ayant été élu *membre correspondant* de l'Académie.

M. Peixoto confirme en outre la présence du choléra à Rio-Janeiro et annonce que la mortalité a été dans cette ville de 3,403 sur une population d'environ 250,000 âmes.

A ce propos, M. Velpeau rappelle qu'il a déjà proposé de supprimer l'inscription de certains médecins sur la liste des candidats au titre de correspondants, inscription ridicule, puisque tout le monde peut se présenter comme candidat.

M. Gibert croit l'opinion de M. Velpeau exagérée ; l'inscription d'un médecin sur la liste des candidats constitue un renseignement pour le moment où il est fait des élections.

M. le secrétaire perpétuel annonce qu'un travail sera prochainement présenté à l'Académie sur les règles à adopter pour la nomination des membres correspondants.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à la réélection du bureau. (Voir notre dernier numéro aux *Variétés*.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 *décembre* 1855. — Président M. Regnault.

Observations sur les coléoptères vésicants des environs de Montevideo.

M. A. Courbon adresse une Note dont les *Comptes rendus* donnent l'extrait suivant :

On trouve aux environs de Montevideo trois espèces de cantharides, la cantharide pointillée (*lytta adspersa*, Klug, *épicuata adspersa*, Dejean), la cantharide à points enfoncés (*épicuata cavernosa*, Reiche) et la cantharide veuve (*lytta vidua*, Klug. *causima vidua*, Dejean). Ces trois espèces de cantharides, dont j'ai déposé plusieurs échantillons au Muséum d'Histoire naturelle le 14 juillet 1855, sont vésicantes d'une manière marquée quoique à des degrés différents, et chacune d'elles a sa plante sur laquelle elle vit exclusivement. La première, la cantharide pointillée, qui est de beaucoup la plus commune, est aussi de beaucoup la plus active ; son énergie est même plus grande que celle de notre cantharide officinale. Mais à cette activité plus grande, elle joint une autre particularité fort intéressante tant au point de vue de la science que de la thérapeutique et qui la met bien au-dessus de la cantharide des boutiques : elle ne détermine jamais la moindre irritation sur les organes génito urinaires.

La *cantharide pointillée* (*lytta adspersa*, Klug, *epicauta adspersa*, Dej,) est longue de 13 à 16 millimètres au plus ; ses élytres, son corselet, sa tête, son abdomen sont gris cendré, uniformément criblés de petits points noirs ; ses antennes sont noires et ses pattes jaunâtres ou plutôt roussâtres. Cette couleur grise qui la recouvre en entier, à l'exception des antennes et des pattes, est formée par de petites écailles pulvérulentes. Ces dernières peuvent s'enlever par un frottement un peu rude, et alors l'insecte devient noir. Cette cantharide est très-commune aux environs mêmes de la ville de Montevideo. Elle vit sur le *beta vulgaris*, var. *cicla* (de Cand., *Prodr.*, pars XIII, sect. 11, page 55, sp. 3, var. E), herbe qui est également très-commune dans les lieux qui nous occupent. Jamais il ne m'est arrivé de la rencontrer sur d'autres plantes. On la trouve dans les mois de décembre, janvier, février et mars. Mais c'est surtout dans les mois de janvier et de février qu'elle pullule sur la bette commune, et quelque fois elle est si abondante, que l'on voit la plante qui la nourrit disparaître entièrement sous l'immense quantité de ces coléoptères. La récolte en est très-facile ; elle doit se faire de préférence vers le soir, moment de la journée où ces insectes sont moins agiles et où ils s'abattent sur la plante précitée. On pourrait également la faire avec avantage le matin ; mais on devra toujours choisir les mois de janvier et de février si l'on veut que la récolte soit abondante. On peut les recueillir de la manière suivante. On se munit d'un sac en toile de grandeur convenable au fond duquel on dépose quelques feuilles de bettes. Puis, arrivé sur le lieu de la récolte, on coupe près de leur racine les tiges de cette plante chargées de cantharides et on les secoue dans le sac pour y faire tomber ces insectes. De cette manière on en ramasse toujours en très-peu de temps une grande quantité. La récolte faite et de retour chez soi, on transvase les cantharides dans un grand bocal à large ouverture qu'on remplit le plus possible. On le bouche ensuite hermétiquement et on l'expose à la chaleur solaire. Les cantharides ne tardent pas à périr asphyxiées, et cela d'autant plus promptement que le flacon a été mieux rempli. Telle est la manière dont j'ai toujours recueilli et fait périr ces vésicants. On pourrait peut-être les faire périr d'une manière plus simple encore en les laissant dans le sac qui a servi à les recueillir et en exposant ce sac parfaitement clos à la vapeur du vinaigre bouillant.

Cette cantharide exige, ainsi que nous l'avons dit, moins de temps que la cantharide officinale pour produire la vésication, mais son trait le plus remarquable on le connaît déjà, c'est de ne produire aucune irritation sur les organes génito-urinaires. Voici comment j'ai été conduit à découvrir cette précieuse particularité. Durant les années 1853, 1854 et 1855, j'eus à traiter, à bord du brick *le Chasseur*, un homme atteint d'hépatite chronique bien caractérisée qui, à des intervalles plus ou moins longs, passait à l'état aigu. Alors il y avait fièvre revenant quelquefois par accès le soir ; gonflement de l'hypocondre droit et douleur atroce dans cette région, douleur qui arrachait des cris au malade et le forçait à se tenir en double. Ce symptôme de douleur cédait toujours comme par enchantement à l'application d'un ou de deux larges vésicatoires volants *loco dolendi*, tellement qu'à la fin le malade réclamait l'emploi de ce moyen aussitôt qu'il sentait le retour de ses souffrances. Or, sur ce même malade, j'opérai le plus souvent la vésication au moyen de la cantharide pointillée. A chaque fois, l'action fut produite sans qu'il y eût aucune

irritation du côté des organes génitaux. Mais deux fois, où, à défaut de cantharide pointillée, j'employai la cantharide officinale, le malade eut à souffrir de l'action du médicament sur les organes urinaires.

Depuis que j'eus reconnu l'intéressante propriété de la cantharide pointillée de Montevideo, je l'employai toutes les fois que j'ordonnai un vésicatoire. Ainsi j'en fis usage six fois dans les cas de sciatiques rebelles siégeant soit d'un côté seulement, soit des deux côtés, et qui ne cédèrent qu'à l'emploi de vésicatoires appliqués au niveau de l'endroit où le nerf sciatique sort du bassin; quatre fois dans le cas de pleurésie; trois fois dans le cas de bronchite chronique; deux fois à la fin de la pneumonie, et dans tous ces cas je ne vis jamais aucune irritation ni de la vessie ni du canal de l'urètre. Je sais bien, et tous les praticiens savent aussi que la cantharide officinale est loin de produire toujours des accidents du côté de la vessie. Mais le fait observé sur mon premier malade, et qu'on trouvera exposé avec tous ses détails dans ce Mémoire, prouve rigoureusement, ce me semble, la curieuse immunité de la cantharide de Montevideo relativement aux organes génito-urinaires. Et si à ce fait qui parle si hautement nous ajoutons l'imposante autorité de M. Bonpland, il ne peut rester le moindre doute sur le point qui nous occupe.

La *cantharide à points enfoncés* (*epicuata cavernosa*, Reiche) est à peu près de même grandeur que l'espèce précédente. Sa tête et son corselet sont jaunes, celui-ci avec trois petites lignes noires longitudinales plus ou moins bien dessinées, celle-là avec de tout petits points noirs; les élytres sont d'un jaune plus ou moins foncé et criblés de gros points noirs, *luisants*, *irréguliers*, *enfoncés*, bien différents des points superficiels et petits de l'espèce précédente. Elle a le dessous du corps couvert de poils jaunes et les pattes roussâtres. Cette espèce est rare. Je l'ai toujours rencontrée sur l'*eryngium paniculatum* (*Prodr.*, pars IV, pag. 96, sp. 65), ombellifère très-commune au Cerro de Montevideo. C'est en vain que je l'ai cherchée sur d'autres plantes. J'ai expérimenté pour la première fois cette cantharide le 12 septembre 1852; elle est à peu près aussi vésicante que la cantharide officinale.

La *cantharide veuve* (*lytta vidua*, Klug; *causima vidua*, Dejean) est très grosse; elle a de 22 à 27 millimètres de longueur; elle est entièrement noire, présentant seulement à l'extrémité postérieure de ses élytres un tout petit bord ou liseré blanchâtre peu marqué. Cette cantharide est commune, quoique beaucoup moins que la cantharide pointillée. Elle vit sur deux légumineuses, l'*adesmia pendula* et l'*adesmia punctata* (*Prodr.*, pars II, pag. 319, sp. 6 et 7), mais surtout sur l'*adesmia pendula*, plantes qui couvrent le Cerro de Montevideo et dont elle dévore les fleurs. Je ne l'ai rencontrée que dans les mois de novembre, décembre et janvier, époque à laquelle fleurissent les plantes susdites. Cette cantharide peut être récoltée comme la cantharide pointillée. Ses propriétés vésicantes sont au moins aussi énergiques que celles de notre cantharide officinale. Quoique moins commune que la cantharide de la bette, elle pourrait encore être employée avec assez d'avantage à cause de ses grandes dimensions. Il serait très-intéressant de constater si elle partage la précieuse propriété de la cantharide pointillée : je regrette beaucoup de n'avoir pu faire des expériences à ce sujet.

Ne considérant que la vertu vésicante des trois cantharides des environs de Montevideo, on voit que la cantharide pointillée est plus énergique que la cantharide officinale; que les cantharides veuve et à points enfoncés le sont à peu près au même degré. Dans ces trois cantharides, le principe vésicant réside exclusivement dans les parties molles ou internes; les parties extérieures, c'est-à-dire les parties dures, cornées, qui forment le squelette de ces insectes, ne jouissent d'aucune propriété épispastique. J'avais cru d'abord que les parties molles de l'abdomen et du thorax avaient le privilége d'être le siége exclusif du principe actif, m'appuyant sur ce que M. Farines de Perpignan avait écrit, en 1835, qu'il en était ainsi pour la cantharide officinale; mais j'ai reconnu par des expériences multipliées que les parties molles de toutes les régions jouissaient de la même propriété. Ainsi les parties intérieures de la tête et des cuisses, que j'ai expérimentées isolément, jouissent d'une efficacité non moins grande que les parties internes de l'abdomen et du thorax, tandis que la charpente de ces régions, à laquelle il faut joindre les antennes et les portions des pattes qui ne se composent que de parties dures, sont complétement inertes. J'ai fait ces expériences isolément pour les trois cantharides de Montevideo, et je les ai répétées absolument avec les mêmes résultats pour la cantharide officinale.

Effets de la compression des nerfs.

MM. les docteurs J.-B. Bastien et A. Vulpian, adressent un Mémoire sur ce sujet, dont ils donnent l'extrait suivant :

Pour étudier les effets produits par la compression des nerfs, nous avons fait un très grand nombre d'expériences variées sur nous-mêmes, et nous les avons fait répéter par d'autres personnes. Toutes ces expériences nous ont donné des résultats constants qui nous semblent dignes d'intérêt, résultats que nous développons dans notre Mémoire, et dont nous ne pouvons donner ici qu'un court résumé.

I. Nos expériences ont été faites, pour les membres inférieurs, sur le tronc du nerf sciatique, sur le nerf sciatique poplité externe; pour les membres supérieurs, sur les nerfs radial, cubital et médian réunis, et isolément sur chacun de ces nerfs. Dans notre Mémoire, nous avons consigné, avec de grands détails, une observation complète de compression du nerf sciatique, et une observation non moins complète de compression de l'ensemble des nerfs médian, radial et cubital. Ces deux observations peuvent servir de type pour toutes les autres.

II. Les effets de la compression des nerfs se divisent naturellement en deux périodes. La première commence au moment où l'on a établi la compression, et se termine à l'instant où on la cesse : nous la nommons *période d'aller* ou *d'augments;* la seconde débute au moment où on a cessé la compression, et finit lorsque les parties qui sont sous la dépendance des nerfs comprimés reviennent définitivement à leur état normal : nous la nommons *période de retour* ou *de déclin.*

A. *Période d'augment.* — D'après nos expériences, cette période se subdivise en quatre stades. Ce sont : 1° un stade de fourmillements; 2° un stade intermédiaire ou de rétablissement momentané de l'état normal; 3° un stade d'hypéresthésie; 4° un stade d'anesthésie et de paralysie musculaire.

1° *Stade de fourmillements.* — Ce stade est caractérisé par différents phénomènes, tels que fourmillements, picotements, sensation de vibrations, fausses crampes quelquefois, et souvent sensation de chaleur qui se continue pendant toute la période d'augment. La sensibilité tactile et la motilité sont intactes. Ce stade commence quelquefois dès que l'on a comprimé les nerfs; il dure de deux à dix minutes et au delà.

2° *Stade intermédiaire.* — Les fourmillements, vibrations, etc., s'évanouissent, et tout semble rentrer dans l'état normal. Durée : de quelques secondes à un quart d'heure.

3° *Stade d'hypéresthésie.* — Les sensibilités de tact, de chatouillement, de température, s'exaltent; tous les autres modes de la sensibilité cutanée participent plus ou moins à cette hypéresthésie. Il n'y a encore rien dans les muscles. Il est impossible d'assigner une durée quelconque à ce stade, qui n'est pas limité d'une façon précise, et qui se mêle nécessairement, sur sa fin, avec le dernier stade, dont nous ne l'avons séparé qu'à cause de la netteté de ses principaux phénomènes.

4° *Stade d'anesthésie et de paralysie musculaire.* — L'hypéresthésie passe peu à peu des parties superficielles aux parties profondes; et en même temps les diverses sensibilités qui étaient exagérées se pervertissent (1) les unes après les autres et disparaissent peu à peu; leur disparition est de même successive. Cette marche propre, successive, et pour ainsi dire isolée, que suit chaque mode de la sensibilité dans sa disparition, explique comment, dans ce stade, au moment où la sensibilité tactile est paralysée, la sensibilité à la douleur est pervertie et exagérée souvent à un degré extrême. Cependant les parties profondes sont encore hypéresthésiées : on éprouve dans les muscles de la courbature, des douleurs plus ou moins vagues, quelquefois des crampes; un peu plus tard, les mouvements deviennent moins faciles et arrivent progressivement à être impossibles. Nous cessons la compression au moment où la paralysie musculaire est devenue complète. Durée variable de quelques minutes à un quart d'heure.

B. *Période de déclin.* — Cette période se divise naturellement, comme la première, en quatre stades, dont les deux premiers, comme les deux derniers de la période d'augment, empiètent l'un sur l'autre et sont peu distincts.

1° *Stade de paralysie de la sensibilité et du mouvement.* — Ce stade n'est que la continuation du dernier stade de la première période. Les douleurs profondes disparaissent; les paralysies cutanées et musculaires sont encore complètes pendant quelque temps. Durée : de quelques secondes à une, deux minutes au plus.

2° *Stade d'hypéresthésie de retour.* — On peut exécuter quelques

(1) Avant de passer de l'hypéresthésie à l'anesthésie, la sensibilité tactile donne des sensations de sable, de gravier; la sensibilité à la douleur, des sensations très-vives de brûlure, sensations excitées aussi par le contact des corps froids quelque temps avant que ce contact cesse d'être perçu.

mouvements volontaires peu étendus; les différentes sensibilités renaissent. Elles sont d'abord perverties; elles s'exagèrent ensuite, et, pendant que la motilité devient à peu près normale, la sensibilité, dans tous ses modes, sauf celui relatif à la température, rentre complétement dans son état physiologique. Durée : de quelques secondes à une minute le plus souvent.

3° *Stade intermédiaire de retour.* — Etat normal de la motilité et de la sensibilité. La sensibilité à la température est seule encore obtuse dans ce stade, qui, de même que les précédents, a une courte durée.

4° *Dernier stade.* — Il est difficile de donner un nom à ce stade, qui est très-complexe. Une invasion rapide et centrifuge de froid marque le début. A ce froid succède une pesanteur extrême qui immobilise le membre pendant quelques instants. A ce moment, on éprouve un malaise inexprimable, lipothymique chez certaines personnes, et une sorte d'agacement qui semble remonter du membre jusqu'aux centres nerveux. Des contractions spontanées, quelquefois de vraies crampes se montrent dans les muscles; la volonté, d'abord gênée dans son exercice, reprend son pouvoir, mais incomplétement. Les mouvements sont indécis et mal réglés En même temps se montrent des fourmillements très-prononcés; on sent des vibrations très-fortes, tout le membre semble composé de cordes vibrantes. Puis les mouvements se régularisent, les fourmillements et les vibrations diminuent, disparaissent peu à peu, et tout rentre dans l'état normal. La sensibilité à la température renaît après toutes les autres. Durée variable de quelques minutes à un quart d'heure.

III. La période d'aller et celle de retour offrent, l'une avec l'autre, une ressemblance frappante; mais l'ordre des phénomènes est renversé, la marche est inverse. Lorsque, par des circonstances que nous avons cherché à apprécier, quelques phénomènes manquent dans la période d'aller, ils manquent presque toujours aussi dans la période de retour. On peut lever la compression à chacun des stades de la première période, et la seconde période commence par le stade correspondant.

IV. Nos expériences offrent un tableau auquel on peut comparer les diverses paralysies pathologiques, et cette comparaison pourrait faire avancer l'étude de la marche des paralysies. Nous avons déjà recueilli plusieurs cas dans lesquels la marche était, à peu de chose près, la même que dans nos expériences.

On peut arriver aussi, au moyen de ces expériences, à acquérir quelques notions sur la nature et la valeur des phénomènes si variés que présente l'étude de la sensibilité dans les maladies nerveuses et principalement dans l'hystérie. Le pronostic des paralysies pourra peut-être tirer quelques lumières de nos observations. Il serait possible de savoir si une paralysie est dans sa période ascendante ou dans celle de déclin, si elle touche à sa fin, etc.,... Il ressort de notre travail que la sensibilité est altérée plus rapidement que le mouvement, que l'anesthésie semble indiquer une atteinte moins profonde du système nerveux que la paralysie du mouvement.

V. Ces expériences présentent un moyen aisé d'étudier physiologiquement sur soi-même la distribution des nerfs des membres, soit dans la peau, soit dans les muscles; de reconnaître l'effet de la paralysie de certains groupes de muscles sur les mouvements des muscles congénères ou antagonistes, sur les attitudes du membre.

Plusieurs physiologistes ont établi que la sensibilité cutanée a des modes spéciaux et distincts qui peuvent être altérés et même abolis isolément. Telles sont les sensibilités de toucher, de chatouillement, de température, de douleur, etc. Nos expériences confirment plusieurs de ces distinctions en montrant que ces diverses sensibilités s'hypéresthésient, se pervertissent et s'anesthésient séparément et successivement.

L'étude de la sensibilité musculaire peut être faite, par des expériences de cette nature, dans toutes ses modifications : dans sa perversion, dans son hypéresthésie et dans son anesthésie; dans son influence sur les contractions des muscles; car les altérations qu'elle subit sont plus ou moins liées aux lésions de la motilité volontaire et ont une marche qui leur est souvent propre.

VI. En résumé : une première et attentive exploration nous a fait voir que l'étude des effets de la compression des nerfs, de ces phénomènes très-connus, mais peu analysés jusqu'à paésent, était une mine très-riche et pouvait être féconde en résultats applicables à la physiologie et à la pathologie du système nerveux.

Opération du symblépharon.

M. Laugier adresse la note suivante :

J'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie une Note sur une opération nouvelle, que j'ai pratiquée avec succès le 11 octobre dernier, pour corriger une des cicatrices vicieuses les plus difficiles à guérir, celle qui réunit la face interne et le bord des paupières au globe de l'œil en prenant insertion sur la cornée transparente elle-même. Cette adhérence, connue sous le nom de *symblépharon*, résiste ordinairement aux diverses opérations jusqu'ici pratiquées, ainsi qu'aux moyens mécaniques mis en usage pour en assurer le résultat On divise les brides cicacitricielles avec plus ou moins de facilité, mais on ne connaît aucun moyen sûr de les empêcher de se reproduire, et, en dépit de cautérisations répétées et de l interposition de plaques d'ivoire ou d un œil artificiel entre les paupières et l'œil, ces organes, temporairement devenus libres, sont bientôt aussi intimement unis qu'avant l'opération.

De ces difficultés sont nées plusieurs opérations, les unes simples, mais peu efficaces, telles que la section des brides par deux ligatures inégalement serrées, la réunion immédiate par glissement de la tranche oculaire du tissu cicatriciel; les autres très-sérieuses et compliquées, sans que le succès en soit plus assuré : je citerai la résection triangulaire de la partie de la paupière qui répond à un symblépharon partiel, inapplicable par conséquent si celui-ci a quelque étendue, et enfin l'opération si grave et si compliquée de Dieffenbach, qui détache toute la paupière et la renverse en dedans, après avoir rasé les cils, la maintient dans cette position jusqu'à cicatrisation de l'excision préalable des brides, et dédouble ensuite la paupière par une nouvelle opération pour lui rendre, par de nouvelles sutures, sa première position. Cette proposition d'opération qui, je l'espère, n'a jamais été réalisée, montre jusqu'à quelles ressources extrêmes ont pu conduire un habile chirurgien la difformité et l'incommodité du symblépharon.

L'opération que je viens de mettre en usage non-seulement est très-simple, mais elle convient au symblépharon dans tous les cas. Son principe est de mettre en contact le globe oculaire séparé des brides cicatricielles avec la face muqueuse et non saignante de lambeaux formés de ces mêmes brides, adhérents par leur base aux paupières et renversés en dedans vers les sinus de la conjonctive, où les maintiennent dans cette position des anses de fil dont les chefs traversent les paupières de dedans en dehors et sont noués en dehors sur un petit rouleau de dyachilon gommé.

Les brides doivent être détachées le plus près possible de leur insertion au globe oculaire, afin que les lambeaux aient plus de hauteur; elles doivent être disséquées profondément dans la direction des sinus de la conjonctive où le sommet des lambeaux devra être plongé.

Telle est l'opération que j'ai pratiquée le 11 octobre sur la nommée Victoire Toupanse, âgée de vingt ans, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, 12, atteinte d'un symblépharon qui unissait près de la moitié externe de la face interne et des bords des paupières droites à la demi-circonférence de la cornée transparente, et qui s'opposait aux mouvements de l'œil en dedans. Tout mouvement dans ce sens était douloureux et produisait une céphalalgie qui a disparu par l'opération.

Le tissu cicatriciel, constituant une sorte de large pannus, a été partagée en deux lambeaux, dont l un, le supérieur, fut renversé à la face interne de la paupière supérieure, l'autre renversé à la face interne de la paupière inférieure. Au bout de six jours, les fils ont pu être retirés; la cicatrisation était complète, et l'œil avait repris ses mouvements qu'il a conservés depuis.

Sur l'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine.

M. Marchal de Calvi adresse un Mémoire qu'il résume ainsi :

Un cas d'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine s'est présenté chez une femme qui habitait depuis plusieurs jours un appartement fraîchement peint. Le premier symptôme consista dans des coliques; mais bientôt survinrent subitement les accidents les plus alarmants : la malade était comme anéantie, le visage d'une pâleur mortelle, le tour des yeux cyanosé, le globe enfoncé, les lèvres à peine mobiles, l'haleine froide, la voix éteinte, les membres froids et dans la résolution, le pouls presque insensible, sans fréquence, la vue affaiblie, troublée; l'intelligence était intacte, et la malade se sentait mourir. L'usage énergique des stimulants *intus* et *extra* la ranima, et après quelques retours, aussitôt réprimés, de la crise hyposthénique, elle se rétablit, mais seulement au bout d'un mois.

L'empoisonnement est indubitable; mais quel empoisonnement? Faut-il accuser la céruse? Faut-il accuser la térébenthine?

Une première série d'expériences faites par moi, en conformité d'autres expériences précédemment instituées par M. Mialhe, sont destinées à prouver que la céruse est fixe dans la peinture dont elle

forme la base, et que, par conséquent, ce n'est pas au composé saturnin que l'on peut attribuer les accidents produits par les peintures fraîches. D'autres expériences qui me sont propres ont pour objet de prouver que les vapeurs de térébenthine produisent des effets toxiques sur les animaux et sur l'homme.

Mon Mémoire contient encore des remarques générales, dans lesquelles, après avoir rapporté différents exemples d'empoisonnement par les vapeurs de térébenthine, je cherche à déterminer le mode d'action de ces vapeurs sur l'économie : j'y vois un poison hyposthénisant, et je suis conduit à recommander le traitement stimulant contre les accidents qu'elles peuvent produire.

Les conclusions du Mémoire sont :

1° La céruse est fixe dans la peinture dont elle forme la base et n'est pour rien dans les accidents qui peuvent résulter du séjour dans un appartement fraîchement peint.

2° Ces accidents sont dus aux vapeurs de térébenthine.

3° Le danger est le même dans un appartement fraîchement peint, quel que soit le composé, blanc de plomb ou blanc de zinc, qui forme la base de la peinture.

4° Il y a danger d'empoisonnement par la térébenthine tant que la peinture n'est point parfaitement sèche, et le plus sûr est de n'habiter un appartement que lorsque toute odeur d'essence a disparu.

5° L'empoisonnement par la térébenthine rentre dans la même catégorie que l'empoisonnement par les émanations des fleurs.

6° Les émanations des fleurs agissent de deux manières sur l'économie: idiosyncrasiquement ou toxiquement.

7° Le mode d'action des vapeurs de térébenthine consiste principalement dans une hyposthénisation plus ou moins profonde.

8° Le traitement stimulant énergiquement administré est celui qui convient contre cet empoisonnement. Il ne faut pas négliger d'exciter l'action peristaltique de l'intestin par les moyens appropriés.

(Ces deux dernières conclusions ne sont pas absolues, attendu qu'elles ne se fondent que sur un fait.)

Fait nouveau à l'appui des avantages des injections iodées dans les épanchements pleurétiques purulents, à la suite de la thoracenthèse.

M. Boinet communique le fait suivant :

Le sujet de cette observation est une dame de trente-quatre ans, ordinairement d'une bonne constitution, exempte de tubercules, ayant toujours joui d'une bonne santé et mère de trois enfants.

Dans le courant de janvier 1855, vers le 17, à la suite d'un refroidissement, elle eut une pleurésie aiguë du côté droit, qui amena un épanchement considérable. L'opération de l'empyème étant devenue nécessaire, elle donna issue à 2 1/3 litres de liquide séreux; il en résulta un soulagement marqué, mais malheureusement il ne fut que de très-courte durée, l'épanchement se reproduisit presque aussitôt. On fut obligé de pratiquer une nouvelle thoracentèse, mais cette fois le liquide avait changé de nature, il était devenu purulent. La médication la plus active ne put encore une fois conjurer le retour de l'épanchement, et des symptômes graves d'oppression, de suffocation, de fièvre hectique, etc., étant venus mettre en danger la vie de la malade, une troisième thoracenthèse devint urgente. L'épanchement remplissait toute la cavité droite de la poitrine. C'est à cette époque, le 18 avril 1855, que M. le professeur Trousseau me fit l'honneur de me faire appeler. Voici dans quel état se trouvait la malade : assise sur son séant dans son lit, elle avait la respiration très-gênée, une petite toux sèche, brève, continue, fatigante, sans expectoration.

L'oppression était si considérable, que le moindre mouvement l'augmentait; elle ne dormait plus depuis longtemps. L'appétit était nul, le dépérissement considérable ; en un mot, tous les symptômes de la fièvre hectique existaient. Le côté droit de la poitrine était bombé, plus développée que dans l'état normal, les espaces intercostaux étaient saillants; de la matité existait dans toute l'étendue de la poitrine jusque sous la clavicule, et en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, si ce n'est en haut vers le sommet de l'omoplate où le son était un peu moins mat. En présence d'un état aussi grave et qui allait toujours croissant malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, mon avis fut d'agir sur-le-champ. Armé d'un gros trocart, de celui dont je me sers pour opérer les kystes des ovaires, je fis une ponction dans l'endroit même où deux fois déjà on avait pénétré dans la poitrine, et retirai 2 litres au moins de pus verdâtre, puant, fétide; puis, ayant remplacé pendant l'écoulement la canule du trocart par une sonde en gomme élastique, le pus étant entièrement écoulé, je fis plusieurs lavages avec de l'eau tiède que j'injectai dans la cavité pleurale, et terminai par une injection iodée, composée de parties égales de teinture d'iode et d'eau (50 grammes de chaque, avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium). Cette injection fut laissée dans la poitrine six ou sept minutes, puis s'écoula par la sonde que je laissai à demeure après avoir pris soin de la boucher avec un fausset. Un bandage médiocrement serré fut placé autour de la poitrine, et la malade put se coucher plus facilement sur le dos. Dès le soir, la fièvre fut moins intense, et le lendemain l'appétit s'annonçait déjà; la nuit qui suivit l'opération fut bonne, et la malade dormit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. L'opération avait été supportée, et l'injection iodée n'avait pas été douloureuse, pas plus que le furent celles qu'on pratiqua plus tard. Ces injections furent répétées quatre jours de suite, puis tous les deux ou trois jours, puis tous les cinq ou six jours, et enfin à des époques plus éloignées suivant la qualité de la matière de l'écoulement. Plus tard, la sonde ne fut plus débouchée que matin et soir, et enfin une seule fois dans les vingt-quatre heures. Chaque matin, le pus une fois écoulé, on faisait coup sur coup deux ou trois lavages avec de l'eau tiède simple ou légèrement chlorurée ou iodée, puis on rebouchait la sonde.

Quelques jours s'étaient à peine écoulés après cette opération et ces injections, que la fièvre avait entièrement cessé, que le sommeil et l'appétit étaient revenus, que l'état général de la malade était sensiblement amélioré. Au bout de quinze jours, elle put se lever, et une semaine après elle se promenait dans son appartement. Dans les premiers jours de juin, elle put sortir dans Paris ; toutes les fonctions s'exécutaient bien, les forces étaient en partie revenues, avec un certain embonpoint, et au mois de juillet, madame P était assez bien portante pour faire un voyage de plus de cent lieues, pour aller à la campagne où elle est restée jusqu'au 20 septembre 1855. Aujourd'hui, plus de sept mois après l'opération, elle jouit d'une santé excellente; toutes les fonctions se font bien ; elle a pris de la force, de la fraîcheur, un peu d'embonpoint; et tous les jours elle fait pendant plusieurs heures de longues courses à pied sans trop se fatiguer ; elle peut monter plusieurs étages sans être trop essoufflée, et peut se coucher dans la position qui lui convient le mieux. Le côté droit de la poitrine est rétréci, revenu sur lui-même, surtout en arrière; la colonne vertébrale offre une légère inflexion dont la concavité est tournée du côté droit. Le poumon a repris en partie ses fonctions, et le bruit respiratoire s'entend parfaitement bien en arrière et en avant.

Cette observation pourrait être l'objet de remarques nombreuses, je me bornerai aux suivantes. Se contenter, dans la thoracentèse de vider la poitrine du pus qu'elle renferme, comme on le faisait autrefois et comme on le fait encore le plus souvent aujourd'hui, puis pratiquer une seule injection iodée, sans laisser une sonde à demeure pour répéter les injections et permettre au pus de s'écouler continuellement de la poitrine, etc., c'est faire une opération incomplète, inutile, dangereuse, c'est s'exposer à hâter la mort des malades. Je sais bon nombre de chirurgiens très-habiles et très-renommés qui ont perdu leurs opérés, faute d'avoir pris toutes les petites précautions que je recommande, aussi bien pour la thoracentèse que pour les kystes de l'ovaire et les abcès par congestion.

Erratum. — Par suite de fautes typographiques, on a écrit dans le dernier numéro : dans la pièce de poésie, au 53e vers, *montrant* au lieu de montrait, au 71e *emplo* au lieu de emploi ; dans l'article Nécrologie, 14e ligne, *Serres* au lieu de M. Serres, dans la ligne après la citation, *eut le premier prix*, au lieu de, eut le deuxième prix.

BIBLIOGRAPHIE.

— *Quelques considérations pratiques pour servir à l'histoire de la suette et du choléra*, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854, par le docteur A. Foucart. (Extrait du Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine le 23 janvier 1855, pour faire suite et servir de complément au *Traité pratique de la suette miliaire*. 1854, du même auteur.) Brochure in 8° de 48 pages Paris, 1855. Prix : 1 fr. 50. — Chez Labbé, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

— *Instituts de médecine pratique*, de Jean-Baptiste Borsieri de Kanilfeld, accompagnés d'une étude comparée du génie antique et de l'idée moderne, par le docteur Paul-Emile Chauffard, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon, 2 vol. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 153. 3e année. Lundi 24 Décembre 1855.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal ; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De l'urétrotomie.

Par M. le docteur REYBARD.

L'urétrotomie, quoique de date ancienne, était si peu répandue, si peu étudiée, elle est même encore aujourd'hui tellement en dehors des habitudes chirurgicales, que, malgré mes recherches sur les rétrécissements et sur cette opération, il y a encore bien peu de chirurgiens qui conçoivent la possibilité de son application et qui soient revenus de leur prévention contre elle, quoique un grand nombre d'entre eux, m'aient cependant vu porter hardiment l'instrument tranchant dans l'urètre. Ces remarques s'appliquent surtout à ma nouvelle méthode d'urétrotomie.

Comme toutes les méthodes nouvelles, je prévoyais bien que celle que je présentais, serait l'objet de discussions sérieuses et de critiques nombreuses; mais je ne m'attendais pas qu'au moyen des attaques et des reproches injustes qu'on lui a adressés, on aurait cherché à la faire décheoir du rang des méthodes curatives, auquel l'Académie de médecine venait de la placer.

Avant de chercher à la justifier des accidents et des revers dont on l'a accusée injustement, j'ai besoin de dire tout d'abord en quoi consiste ma méthode, afin de mettre les chirurgiens, encore habitués à ne voir dans l'urétrotomie intra-urétrale qu'une seule opération, dans le cas de faire la distinction des deux procédés dont elle se compose, d'en apprécier la valeur, et surtout de pouvoir distinguer les accidents qui appartiennent à l'un de ses procédés, de ceux qui appartiennent à l'autre. Car, quoiqu'il m'en coûte de le dire, c'est surtout, ainsi qu'il me sera facile de le démontrer, parce qu'on a confondu jusqu'à présent les deux opérations, qu'on a pu mettre sur le compte de ma méthode les accidents et les revers de la scarification. C'est aussi de cette manière qu'on est parvenu à prévenir les chirurgiens contre mon procédé des incisions et qu'on en a fait une des opérations les plus dangereuses de la chirurgie.

Définition de l'urétrotomie et de ses procédés

Il y a deux méthodes d'urétrotomie, l'une intra-urétrale et l'autre extra-urétrale ou périnéale.

J'ai distingué dans l'urétrotomie intra-urétrale, deux procédés opératoires; l'un est la coarctotomie ou urétrotomie par scarification. L'autre est l'urétrotomie intra-urétrale par grandes incisions ou suivant ma méthode. Dans l'un on se contente de diviser le tissu morbide de la coarctation ; c'est un simple débridement fait pour faciliter la dilatation ou l'élargissement de l'ouverture de la coarctation. Dans l'autre, on coupe avec le rétrécissement, les parois urétrales dans toute leur épaisseur, dans le but d'élargir le canal au moyen de la cicatrice qui recouvre les surfaces de la plaie et qui se forme dans leur intervalle. On pourrait encore définir l'urétrotomie par ma méthode, une opération qui guérit les rétrécissements à la faveur de la cicatrice qui se forme sur la plaie qui résulte de la section profonde et complète des parois urétrales, au siége de cette lésion ; de même, on pourrait aussi définir la scarification, un procédé de dilatation, appliqué au traitement du rétrécissement dont on a pratiqué le débridement. Cette distinction était de la plus haute importance, car elle a servi à faire remarquer combien ces deux opérations, malgré leur apparente analogie, puisqu'elles ont pour but commun l'élargissement du canal, sont différentes, non-seulement en théorie, mais surtout au point de vue pratique; en effet, l'une constitue un traitement palliatif et l'autre un traitement curatif.

J'ai si longuement décrit le mode d'action de ces deux procédés d'urétrotomie, et j'ai si minutieusement exposé les caractères qui les distinguent, que je m'étais figuré qu'il devait être impossible de les confondre désormais, et surtout d'accorder encore quelque crédit à la scarification ; mais j'étais dans l'erreur, car presque tous les chirurgiens qui sont restés fidèles à l'urétrotomie, adoptent encore la scarification de préférence à ma méthode : mais d'où vient cette préférence? Heureusement que ce n'est pas parce qu'ils ne croient pas ma méthode susceptible d'amener la guérison définitive des rétrécissements, et encore moins parce qu'ils ont foi à la scarification comme méthode curative; c'est uniquement, si je ne me trompe, parce qu'ils sont prévenus contre elle et qu'ils la considèrent comme très-dangereuse.

Nous allons successivement passer en revue les accidents dont l'urétrotomie intra-urétrale peut devenir la cause.

Ces accidents sont la douleur de l'opération, l'hémorrhagie, l'infiltration d'urine, la douleur en urinant, les accès de fièvre, l'inflammation, la suppuration de la plaie, l'inflammation du tissu spongieux de l'urètre, les abcès développés dans ce tissu, la phlébite, la résorption purulente, etc., et la mort. Mais, qu'on le sache bien, ces accidents sont communs aux deux procédés d'urétrotomie.

1° Douleur de l'opération.

La douleur de mon opération est si légère, que non-seulement il n'est pas nécessaire d'éthériser les malades, mais encore qu'on pourrait les opérer tous sans les prévenir et, dans ce cas, sans qu'ils s'en doutent : c'est ainsi que j'en ai opéré un très-grand nombre en leur laissant croire que je procédais à une simple exploration du canal. Cette opération est si peu douloureuse et si simple, que la plupart des malades consen-

tent avec peine de se mettre au lit, lorsque je leur annonce qu'ils sont opérés.

Au reste, sur ce fait, je pourrais invoquer le témoignage de MM. les académiciens qui ont fait partie des deux commissions du premier concours pour le prix d'Argenteuil; ils peuvent, en effet, attester que les quinze ou seize malades que j'ai opérés en leur présence, à l'Académie même, n'ont accusé ni douleur, ni laissé échapper la moindre plainte. Les malades que j'ai urétrotomisés à l'Académie ont même si peu souffert, que plusieurs des membres de la commission du concours, en ont manifesté de l'étonnement, et que quelques-uns ont semblé croire que leur impassibilité était simulée.

2° *Hémorrhagie.*

Quoique commune aux deux procédés d'urétrotomie, je reconnais cependant quelle est plus fréquente et plus abondante après mon procédé opératoire qu'après la scarification; mais celle-ci n'en est pas exempte, parce que le sang qui s'échappe est fourni par les cellules du tissu spongieux, et par cette autre raison qu'en coupant simplement le tissu morbide, il est impossible de ne pas diviser aussi, et en même temps, le tissu spongieux dans une certaine profondeur et dans une longueur de l'urètre, qui varie suivant que le tissu morbide a lui-même plus ou moins d'épaisseur; mais parce que l'hémorrhagie serait plus forte après mon opération qu'après la scarification, il ne s'ensuit pas que ma méthode soit très-dangereuse. Pour que cet accident lui donnât ce caractère de gravité, il faudrait qu'on ne pût pas étancher le sang et qu'on n'eût pas d'autre moyen pour en arrêter l'écoulement que les applications de sachets de glace sur le périnée, les injections d'eau froide, et quelques hémostatiques pris à l'intérieur, etc. Mais je l'ai dit, et on sait très-bien qu'on peut toujours combattre cet accident en introduisant une sonde dans le canal et en comprimant celui-ci à travers le périnée.

Cette compression pour être efficace doit être pratiquée avec un bandage dont j'ai donné la description et non pas simplement avec quelques compresses soutenues par un bandage en T, comme on s'est contenté de le faire jusqu'à présent; il importe donc d'avoir un de ces bandages chaque fois qu'on va opérer. Pour que la compression soit exacte et suffisante, on place sous la pelote, en guise de tampon, une éponge mouillée, mais exprimée, qu'on roule dans un linge. La compression devra se faire directement sur la plaie et même un peu en arrière, afin que le sang ne se porte pas dans la vessie. Je puis assurer que je me suis constamment rendu maître de l'hémorrhagie avec ce moyen de compression, même dans les cas les plus graves.

L'écoulement de sang ne constitue pas toujours une hémorrhagie véritable, et cela est si vrai que presque tous les malades que j'ai opérés à l'Académie ont pu s'en retourner à pied, immédiatement après l'opération, sans autres précautions que celle d'envelopper leur pénis dans leur mouchoir de poche, pour empêcher le sang de tacher leur linge. Malgré cela, on ne peut pas se dissimuler que l'hémorrhagie ne soit plus fréquente et plus abondante, après mon opération qu'après la scarification. D'après le relevé de trente-deux opérations pratiquées par moi, avant la clôture du concours pour le prix d'Argenteuil, cet accident n'avait été noté que dix fois. Depuis ce concours, sur quarante-cinq nouvelles opérations, je l'ai observé vingt-huit fois. Sur ces vingt-huit cas d'hémorrhagie, à la suite d'urétrotomies pratiquées dans la région du bulbe, huit fois le sang coulait à plein canal et par un jet presque aussi gros que celui de l'urine. Cet accident était bien propre à faire croire à la lésion de quelques gros vaisseaux. Cependant l'artère du corps caverneux est trop éloignée du canal pour être atteinte. D'un autre côté la lame de mon urétrotome, s'écarte trop peu de sa gaîne pour pouvoir l'atteindre.

En effet, depuis que je me sers de mon urétrotome dilatateur, je peux couper les parois de l'urètre sans pour ainsi dire dépasser les limites du canal, par cette raison, d'un côté, que ses parois, qui sont tendues, en s'aplatissant sur lui, semblent s'en éloigner, et, par cette autre, qu'il n'est pas nécessaire, pour les diviser, de faire sortir la lame de sa gaîne de plus d'un centimètre. En introduisant mon instrument dans un doigt de gant, on peut se faire une idée exacte de ce qui se passe dans le canal lorsqu'il est dilaté au moment de l'opération : mais, pour être très-forte, il n'est pas nécessaire que le sang de l'hémorrhagie soit fourni par les artères des corps caverneux ou par les bulbeuses; on trouve parfaitement sa raison d'être dans la division du corps spongieux de l'urètre, et surtout dans celle du plexus veineux et artériel qui l'entoure dans la région bulbeuse. Je suis convaincu que l'ouverture de l'artère bulbeuse n'aurait pas fourni du sang en aussi grande abondance qu'il s'en est échappé dans les huit cas d'hémorrhagie forte qui ont été observés; aussi suis-je persuadé qu'elle n'était due qu'à la lésion du plexus artériel et veineux dont j'ai parlé.

Dans les huit cas où l'hémorrhagie aurait réellement eu quelque chose de désastreux, si je n'avais pas pu m'en rendre maître par la compression de l'urètre, je n'ai dû cesser celle-ci que trois à quatre jours après l'opération. Dans ces cas, je ne desserrais le bandage que pour faire uriner les malades à travers la sonde placée à demeure ou pour les faire uriner sans sonde, dans les deux cas où je n'avais pas pu en introduire une dans la vessie.

Comme chez un de ces opérés, le cathétérisme de la plaie renouvelait chaque fois l'hémorrhagie, j'ai cru convenable de discontinuer le traitement au bout de huit jours. Dans ce cas, la plaie s'est réunie en plus grande partie, et le canal n'a été que très-légèrement élargi.

Dans les vingt autres cas d'hémorrhagie, le bandage n'a été tenu habituellement en place que pendant la nuit, et dans le jour pendant quelques heures seulement. Il faut, au surplus, être bien prévenu que souvent l'hémorrhagie ne se déclare que quelques heures après l'opération, et que, dans tous les cas, surtout lorsqu'on est éloigné de son malade, il est prudent de placer le bandage pour se mettre en garde contre cet accident; sans cette précaution, les malades seraient exposés à perdre quelquefois beaucoup de sang avant qu'on pût leur porter du secours.

Si l'on ne place pas de bandage aussitôt après l'opération, qu'il y ait ou non hémorrhagie, il est prudent que le malade soit surveillé par un aide intelligent. On ne saurait, dans toutes ces opérations, prendre trop de précautions contre cet accident.

En résumé, l'urétrotomie, dans les régions profondes de l'urètre surtout, s'accompagne souvent d'hémorrhagie, laquelle est quelquefois très-forte, et, dans ce cas, cet accident serait en réalité de nature à faire rejeter cette opération, si l'on ne possédait pas un moyen sûr et infaillible de la combattre dans la compression du périnée : aussi y aurait-il de la témérité de pratiquer cette opération sans le secours de ce bandage, car, je le répète, si l'hémorrhagie est forte, la compression de l'urètre, exercée avec un bandage en T, devient tout à fait insuffisante pour la maîtriser.

Pour être plus rare et moins forte après les petites qu'après les grandes incisions de l'urètre, l'hémorrhagie ne s'est pas moins présentée encore très-souvent après la scarification, et cela est si vrai, qu'il y a bien peu de chirurgiens qui ne l'aient pas observée après cette opération. Je dis après cette opération, et non après ma méthode, puisque personne n'a encore osé y recourir.

1° M. Mercier m'a assuré l'avoir vue survenir et durer même plusieurs jours chez un malade dont il avait scarifié le rétrécissement.

2° M. Ricord l'a également observée, et il en connaît plusieurs exemples.

3° M. Maisonneuve l'a remarquée chez plusieurs de ses opé-

rés, malgré le peu de profondeur qu'il donne à ses incisions.

4° M. Civiale nous apprend qu'il n'a pas observé cet accident après la scarification, parce qu'il l'a pratiquée avec un instrument qui ne peut dépasser les limites du mal. Cependant, il l'aurait observé, ce qui revient au même, chez un de ses malades auquel il pratiquait la dilatation, et chez lequel la sonde avait probablement déchiré, à son insu, le tissu morbide du rétrécissement, ainsi que cela m'est d'ailleurs arrivé plusieurs fois; or, cette déchirure n'équivaut-elle pas à la section du tissu morbide, et celle-ci n'est-elle pas plus exactement limitée à la partie malade qu'on ne pourrait la faire avec quelque instrument que ce soit?

5° J'ai vu un cas d'hémorrhagie chez un des malades de M. Perrève, et à la suite de la simple déchirure du tissu morbide du rétrécissement. Cet accident se prolongea même plusieurs jours.

L'hémorrhagie, après la scarification par déchirure du tissu morbide, et dans laquelle il n'y a bien réellement eu de déchiré que ce tissu, ne prouve-t-elle pas, mieux que tous les raisonnements, que dans l'hémorrhagie qui succède à cette opération le sang s'échappe seulement du tissu spongieux, et qu'il suffit que ses cellules soient ouvertes pour que cet accident puisse se produire.

6° Pour mon compte, j'ai vu plusieurs fois cet accident sur les malades que j'ai scarifiés pendant les dix premières années de ma pratique; mais, je le répète, cela n'a pas lieu de me surprendre, puisqu'il suffit de diviser, même superficiellement, les cellules du tissu spongieux pour provoquer cet accident, et que personne n'oserait soutenir que, dans la scarification, on puisse diviser le tissu morbide sans intéresser en même temps le tissu érectile dans une certaine profondeur et dans une certaine étendue, soit en avant, soit en arrière du rétrécissement.

3° *Infiltration de l'urine.*

Sur les trente-deux rétrécissements que j'avais urétrotomisés, à l'époque du concours pour le prix d'Argenteuil, je n'avais pas eu un seul accident de cette espèce. Depuis cette époque, sur les quarante-cinq nouveaux cas d'urétrotomie, je ne l'ai observé qu'une fois. C'est le malade de l'observation 33e de mon *Traité des rétrécissements* qui a éprouvé cet accident. En lisant cette observation, qui est des plus intéressantes, on verra que cet accident ne fut occasionné que par un caillot de sang formé au niveau de la plaie, que le malade, pressé par le besoin d'uriner, n'eut pas le temps de détruire avec la sonde que je lui avais recommandé d'introduire dans le canal, avant de satisfaire à ce besoin. Ainsi, sur soixante-dix-sept cas d'urétrotomie, l'infiltration d'urine n'a été observée qu'une fois.

Le même accident aurait été observé plus souvent après la scarification.

Sur vingt-deux opérations de ce genre, M. Civiale l'a observé trois fois. (Voir *Mémoire sur l'urétrotomie*, p. 93.)

Il a été observé chez un des malades scarifiés par M. Blandin.

M. Maisonneuve a également perdu un malade par infiltration d'urine.

Ainsi cet accident est réellement plus fréquent après la scarification qu'après ma méthode d'urétrotomie.

Il est probable que cet accident n'a été observé aussi souvent après la scarification que parce que la plaie, quoique peu profonde, se trouve irrégulière, et qu'il n'y a pas parallélisme entre la division de la membrane interne et celle du tissu spongieux de l'urètre, ou peut-être aussi parce que, n'ayant pas soupçonné qu'il pouvait être déterminé par un caillot de sang, le chirurgien n'a pas eu la précaution de le détruire avec une sonde introduite dans le canal avant de laisser uriner les malades.

4° *Douleur en urinant.*

Lorsque j'urétrotomisais avec mes premiers instruments, assez souvent les malades éprouvaient une vive douleur en urinant par le fait du contact de l'urine sur la plaie, et cela, le premier et le second jour de l'opération. C'est pour éviter cette douleur, qui chez plusieurs malades avait été la cause d'accès de fièvre, que j'avais recommandé d'établir une sonde à demeure durant les deux ou trois premiers jours.

Je ferai remarquer que cette douleur est beaucoup moins vive depuis que je me sers de mon urétrotome dilatateur, et que, coupant les tissus plus franchement, je fais une plaie plus régulière : c'est ainsi que je n'ai pas eu à m'inquiéter de cette douleur, quand, ne pouvant pas placer une sonde dans la vessie, les malades ont été obligés d'uriner par le canal, immédiatement après l'opération, ainsi que cela est arrivé à un malade que j'ai urétrotomisé il y a huit jours en présence de M. Robert.

Toutefois, cette douleur doit être plus forte après l'incision qu'après la scarification.

5° *Accès de fièvre.*

Cet accident est loin d'être en rapport avec la profondeur et la longueur des incisions, car depuis que j'ai simplifié mon procédé opératoire en fixant et en tendant les parties que je divise, je ne l'ai observé, sur les quarante-cinq nouveaux cas d'urétrotomie que six fois, et toujours sous une forme bénigne ou sans gravité notable; mais je l'ai vu se manifester plus de douze fois durant le traitement consécutif ou le cathétérisme de la plaie.

Ces accès fébriles doivent sans doute être moins fréquents immédiatement après la scarification, parce que la plaie est réellement plus superficielle et moins étendue; mais, en revanche, on les observerait beaucoup plus souvent durant le traitement, parce que la dilatation dont il se compose est rendue de plus en plus difficile et douloureuse par le gonflement et la tuméfaction du tissu spongieux qu'elle a provoquée.

Toutefois, pour être moins fréquents après la scarification qu'après les grandes incisions, les troubles nerveux et les accès de fièvre de mauvaise nature ne sont pas sans exemple après la première de ces opérations; c'est, en effet, à cet accident que paraissent avoir succombé :

1° Le malade soumis à la scarification, à l'hôpital du Midi, qui mourut quelques heures après l'opération. (Voir Mémoire de M. Civiale, p. 97.)

2° Celui de M. Barrier, de Lyon, scarifié avec l'instrument de M. Bonnet, qui mourut quatorze heures après l'opération. (Voir le *Traité pratique des rétrécissements*, p. 313.)

3° Celui de M. Blandin, mort douze à quatorze heures après la scarification.

6° *Inflammation de la plaie.*

J'envisagerai dans ce chapitre les abcès de l'urètre, la phlébite, la résorption purulente, etc., parce que ces accidents sont tous plus ou moins directement provoqués par l'inflammation qui se manifeste dans la plaie pendant le traitement consécutif.

L'inflammation se manifeste rarement dans les plaies qui résultent des grandes incisions, parce que les corps dilatants employés pour en écarter les bords n'agissant pas sur eux par dilatation ni par compression, l'irritent très-faiblement. Lorsqu'elle se déclare, elle est presque toujours superficielle ou limitée aux bords de la plaie même, lesquels peuvent se gonfler et se tuméfier sans rétrécir le canal, et par conséquent sans rendre le cathétérisme plus difficile et plus douloureux.

Je ne l'ai jamais vue s'étendre aux tissus environnants et y occasionner des dépôts. Je ne l'ai pas vue non plus envahir le tissu spongieux dans toute la circonférence du canal, de manière à en rétrécir le diamètre, comme cela arrive le plus souvent après la scarification.

Jamais cette inflammation n'a occasionné des abcès, ne s'est

propagée dans les veines et n'a été suivie de résorption purulente.

Mais lorsque l'inflammation est exagérée, bien qu'elle soit limitée à la plaie, celle-ci suppure néanmoins plus abondamment; des bourgeons charnus s'élèvent qui en remplissent le fond et qui le mettent de niveau avec la surface muqueuse, et dans ce cas la cicatrice qui se forme, au lieu d'être mince et souple, reste épaisse et rétractile; de là une guérison incomplète et de peu de durée: il y a récidive.

Sur les quarante-cinq cas d'urétrotomie annoncés, huit fois l'inflammation de la plaie en a empêché la cicatrisation, ce qui équivaut à dire que huit fois l'opération n'a pas été suivie de la guérison définitive du rétrécissement. Ces huit cas s'étant présentés sur des rétrécissements situés dans la région bulbeuse de l'urètre, j'ai été conduit à faire quelques réflexions que je tiens à faire connaître.

Ayant déjà remarqué que les plaies du tissu spongieux s'enflammaient moins et suppuraient moins abondamment que celles des autres tissus de l'urètre et qu'elles se cicatrisaient plus rapidement, j'ai eu l'idée de diviser les rétrécissements de la région bulbeuse par la face inférieure de l'urètre, parce que c'est de ce côté que ce tissu présente le plus d'épaisseur. Depuis cette époque, j'ai obtenu des résultats plus satisfaisants.

Toutefois, ces guérisons plus nombreuses et plus complètes, je ne saurais les attribuer uniquement à l'incision par la face inférieure de l'urètre, car à la même époque, j'ai aussi apporté au traitement consécutif quelques modifications qui me semblent y avoir beaucoup contribué. Ayant, en effet, réfléchi que si je n'avais obtenu très-souvent que des élargissements incomplets, ou qui n'étaient nullement en rapport avec l'étendue des plaies, je ne devais l'attribuer qu'à la réunion des celles ci, j'ai cherché à tenir les bords écartés en tenant une sonde dans le canal ou en l'y introduisant beaucoup plus souvent que je ne le faisais. Ainsi, chez quelques malades, j'ai laissé les sondes dix à douze heures sur vingt-quatre. En plusieurs fois, chez quelques autres, je les faisais introduire et retirer aussitôt huit à dix fois par jour; outre ces introductions réitérées des sondes que le malade faisait lui-même, j'écartais encore soir et matin les bords de la plaie avec un de mes dilatateurs métalliques. Depuis que j'ai adopté ce traitement, j'obtiens des cicatrices plus étendues, un élargissement plus considérable et de plus nombreuses guérisons: aussi est-ce là le traitement auquel je conseille de donner la préférence.

Comme on n'a pas publié l'observation des rétrécissements qui ont été scarifiés, il m'est impossible de savoir combien de fois l'inflammation, les abcès, la phlébite, la résorption purulente, ont été observés après cette opération; mais si, sur cette question, j'interroge les faits de ma pratique, je trouve que ces accidents sont fréquents, et que ce sont eux qui font de la scarification non-seulement une méthode palliative de traitement, mais encore de la dilatation une méthode moins efficace et plus dangereuse qu'elle ne l'est lorsqu'elle est appliquée aux rétrécissements non scarifiés. Dans ces cas, l'inflammation n'est dangereuse que parce qu'elle gagne le tissu spongieux, dont le gonflement et la tuméfaction resserrant le canal, rendent la dilatation de plus en plus difficile et douloureuse. Cette inflammation se termine ordinairement par suppuration; de là les abcès dans les parois de l'urètre, qui s'ouvrent le plus souvent dans le canal, mais que quelquefois on est obligé d'ouvrir avec le bistouri. Tel est le cas d'un malade auquel M. Leroy d'Etiolles avait pratiqué des scarifications multiples pour un rétrécissement placé à un pouce du méat urinaire. (Lettre de M. Robert à M. Civiale, sur l'urétrotomie, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 novembre 1855.)

Pour mon compte, je déclare ne pas avoir vu se maintenir la guérison d'un seul des rétrécissements que j'ai scarifiés pendant les dix premières années de ma pratique; aussi quoi qu'il m'en coûte de le dire, oserai-je mettre au défi les chirurgiens les plus expérimentés de pouvoir faire servir cette opération au rétablissement du canal, et de montrer qu'on puisse obtenir par son moyen la guérison définitive d'un seul rétrécissement.

On a avancé qu'il n'est pas rationnel de croire qu'une petite plaie doive produire plus d'inflammation qu'une plaie de dimension plus grande, dans les mêmes tissus. Cependant l'expérience et le raisonnement s'accordent pour prouver qu'il en est tout autrement après les deux procédés d'urétrotomie intra-urétrale.

Pour que cette assertion fût vraie, il faudrait supposer que les plaies, petites ou grandes, fussent abandonnées à elles-mêmes après l'opération; mais on sait bien qu'on ne pratique pas ces solutions de continuité pour en abandonner la guérison à elles-mêmes, qu'on les pratique au contraire dans le but de les faire servir à l'élargissement du canal, et qu'on ne peut obtenir ce résultat qu'en s'opposant à leur réunion au moyen des sondes ou autres corps dilatants: ceux-ci, on ne l'ignore pas, sont loin de concourir à cet élargissement de la même manière. J'ai assez longuement développé cette question en parlant du mode d'action des sondes dans le traitement consécutif de ces deux opérations, pour ne pas avoir besoin d'y revenir: je dirai seulement que ce n'est que parce que les sondes agissent comme des corps dilatants après la scarification, et aussi parce qu'elles n'exercent leur action distensive que sur le tissu spongieux; que celui-ci s'enflamme, presque à l'exclusion des autres tissus de l'urètre, d'où les abcès dans les parois de conduit, la phlébite et la résorption purulente, etc., tous accidents graves que je n'ai pas observés une seule fois après les grandes incisions.

On voit, d'après ce que je viens de dire, que le raisonnement et l'observation sont d'accord pour démontrer que tous les accidents de l'urétrotomie sont communs aux deux procédés, et que la scarification en compterait même un plus grand nombre, ainsi que cela a été démontré. Il y en a même qui sont plutôt l'apanage de la scarification que des grandes incisions, tels sont l'inflammation, la suppuration de la plaie, celle du tissu spongieux, la phlébite, l'infection purulente.

(*La suite au prochain numéro.*)

Du diagnostic de la grossesse double par l'auscultation et le toucher se servant de contre-épreuve.

Par M. le docteur DE SÉRÉ.

> La nouveauté est de tous les temps,
> la nature a toujours des mystères.

OBSERVATION. — Une femme âgée de dix-neuf ans, du nom de Fanny Lecler, marchande des quatre saisons, entre à l'hôpital des cliniques, le 27 du mois d'août 1852; elle est couchée au nº 3. Sa physionomie offre quelque chose de particulier, de pénible à voir; elle paraît sans force, étendue sur son lit; on dirait que son ventre lui pèse au delà de toute expression; elle a le visage pâle et bouffi, les paupières œdémateuses, ainsi que les aines et tout le membre inférieur. Après avoir essayé, sans fruit, d'un interrogatoire qu'elle est incapable de soutenir, tant par le trouble de ses idées que par la difficulté de s'exprimer, je me livre à l'exploration de l'abdomen qui offre tout d'abord l'aspect d'une tumeur volumineuse, s'élevant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, qui est lui-même saillant et tiraillé dans tous les sens; une ligne gris-sombre s'étend de son pourtour au mont de Vénus; le bas-ventre est sillonné de vergetures; les seins ont aussi cette coloration brune de l'aréole particulière aux femmes enceintes. Le volume du ventre comporterait un produit de conception très-volumineux; mais l'anasarque générale ne permet pas trop d'en juger: on ne sent pas les mouvements de l'enfant. Je n'ose, vu son état, ni l'ausculter ni la toucher. On lui fait une saignée de trois palettes.

Le 28 août, la malade est mieux; l'oreille armée du stéthoscope, j'explore le côté gauche de l'abdomen suivant une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche à la base de la poi-

trine à droite, en passant par l'ombilic; à 3 ou 4 centimètres de l'épine, un bruit fœtal se fait entendre qui diminue en suivant de bas en haut une ligne fictive que je me suis tracée; à l'ombilic il disparaît; on aurait dit que ce point était un diaphragme insonore, d'où naissaient de part et d'autre des bruits égaux, d'abord faibles puis plus forts. Le summum d'intensité a pu être déterminé en haut, à droite, un peu plus vers la ligne médiane que vers la ligne supposée. Pour les bien entendre, le stéthoscope devait appuyer sur le fond de l'utérus qui est projeté fortement en avant. Je prends le bras de la mère pour tâter le pouls, et j'en trouve le rhythme bien différent de celui des bruits que j'ai perçus. Le plus grand calme a présidé à mon exploration: pas un mouvement dû au fœtus, pas une contraction utérine; à gauche j'ai pu croire que les battements sont plus rapides; l'idée de la grossesse double se présente vivement à mon esprit. Un docteur l'examine avec moi; après avoir constaté les bruits distincts à droite et à gauche de cette espèce de diaphragme fictif représenté par la région ombilicale, nous appliquons en même temps l'oreille sur les deux points où on les entend le mieux. Le nombre des pulsations était le même à peu près, 150 à 151 fois par minute. On me conseille, et avec raison, de suspendre mon jugement, vu l'isochronisme. Le ventre n'a pas très-sensiblement la forme du ventre de grenouille et le volume énorme de la tumeur ne donne que des présomptions. Le palper ne peut être exercé d'une manière convenable à cause de l'anasarque et de la sensibilité.

Le 29 août j'examinai chaque bruit en particulier au point de vue du *diagnostic de la présentation*. A droite et en haut leur situation me fait dire que le fœtus doit présenter les fesses, le dos du côté droit. J'introduis mon doigt dans le vagin, et constate que le col est entr'ouvert; il est irrégulier, mou, on y pénètre facilement; c'est un corps dur, lisse et arrondi, présentant à gauche la suture triangulaire (lambdoïde) qui permet de diagnostiquer l'occiput qui, situé en arrière et à gauche, témoigne d'une présentation occipito-iliaque gauche postérieure. Plusieurs personnes s'assurent du fait; on s'assure aussi que le bruit du cœur perçu en haut, à droite et au-dessus de l'ombilic, est bien limité, et que si on promène le stéthoscope de l'épine iliaque droite à l'ombilic, et plus haut dans cette direction on ne perçoit pas de bruit fœtal: c'est donc bien une position pelvienne droite. Je dis alors que cela était la confirmation de ce que j'avais annoncé la veille qu'il y avait grossesse double, puisque, trouvant toutes les conditions du diagnostic nécessaires pour annoncer par l'auscultation une présentation du siége à droite, on ne trouvait au col de la matrice rien qui le confirme, au contraire, qu'il était manifeste que c'était l'extrémité opposée, la *tête*: de cette façon, le bruit du cœur entendu à gauche devient utile seulement pour confirmer que la position de la tête est bien celle que le doigt a constatée. Dès ce moment, il n'y eut plus de doute pour moi que la grossesse était gémellaire.

Le 30 août, je trouve toujours le bruit du cœur, en haut à droite avec tous ses caractères, et il est demeuré fixe et invariable jusqu'à l'accouchement. J'ai beau chercher à gauche, je ne perçois aucun battement; mais en approchant du pubis j'entends un bruit faible et profond qui devient un peu plus marqué près de la symphyse. Le toucher me donne un résultat qui m'étonne: ce n'est plus la tête, et j'ignore quelle est la position nouvelle. La partie accessible au doigt est bien plus élevée, je ne puis constater ce qui vient de se passer; mais je me reporte au diagnostic que j'ai porté la veille et je persiste dans ma conviction. Je m'absente deux jours, et le troisième je reviens au lit de la malade qui avait accouché de deux enfants du sexe masculin: l'un, le premier, s'était présenté par l'épaule, et il était mort, ce qui confirmait très-bien les signes stéthoscopiques derniers et leur peu d'intensité. Le second était né en s'engageant par l'extrémité pelvienne.

Discussion. — « 1° Si l'auscultation donne pour résultat une « présentation ou position quelconque que le toucher confirme, « il n'existe qu'un seul fœtus, et il est dans la position désignée.

« 2° L'auscultation ayant établi une présentation, si le tou- « cher lui sert de contre-épreuve et contredit ce premier dia- « gnostic au lieu de le confirmer, on a affaire à une grossesse « double ou à un monstre. »

Le *toucher* et l'*auscultation* sont les signes les plus importants de la grossesse. Une connaissance exacte de tous les faits de nature à induire en erreur est nécessaire, et la pratique des accouchements en offre souvent auxquels on n'avait pas songé. Le toucher considéré au point de vue des présentations du fœtus, permet de différencier l'extrémité céphalique de l'extrémité pelvienne. Les présentations de la tête, occipitales droites ou gauches, sont dans le même cas; mais dans celles du siége, il est presque impossible de savoir si le dos de l'enfant se trouve à droite ou à gauche. Dans les circonstances ordinaires l'auscultation arrivera à des résultats heureux dans tous ces cas, mais certains faits y apporteront quelques restrictions.

Deux choses ont dû surtout m'intéresser et faire l'objet de mon étude: ce sont les cas désignés par les auteurs comme obstacle au diagnostic des grossesses doubles; 1° *le cas* d'un enfant *mort*, 2° *celui où tous deux vivants, le rhythme de leur circulation est le même.*

1° *Un des enfants est mort*: c'est le cas le plus favorable au signe que je présente, car il est dégagé de toute confusion, mais il n'est pas indifférent que ce soit l'un ou l'autre des enfants, car pour témoigner de leur présence, nous n'avons que le toucher et l'auscultation. Si je suppose seul vivant l'enfant situé à l'orifice du col, il aura, lui tout seul, le bénéfice des deux signes, et le second aucun; si ce dernier est mort, son cœur ne se fait pas entendre; il est loin du doigt qui ne peut rien statuer sur sa présence: il n'y aurait que le palper qui pourrait faire délimiter deux tumeurs et donner des présomptions. Le premier, au contraire, aura sa position et son existence surabondamment prouvées; ce n'est donc pas cette place que nous désirons lui voir occuper, mais c'est celui qui est mort qui doit s'offrir au col de l'utérus. Peu nous importe que son cœur se fasse entendre, le doigt suffit pour dire qu'il existe et quelle est la partie qui se présente; pour celui qui vit, son cœur bat, il suffit. M. Depaul nous a appris quelle est sa position rien qu'en sachant où on l'entend. Qu'est-il besoin du toucher? c'est donc dans le segment inférieur de l'utérus que doit se trouver l'enfant mort.

2° *Les bruits sont isochrones.* Ici la difficulté est peut-être moindre, car il n'y a pas d'exclusion à faire. Je choisis le bruit qu'on entend dans le segment supérieur de l'organe, je détermine sa nature, son siége, le point où se trouve son summum d'intensité, et par suite la position du fœtus qu'il représente; j'ai à établir qu'il n'est pas un bruit de résonnance, et je le limite bien exactement. Je m'assure directement, par le toucher, que le second enfant ne présente pas la même extrémité, et le bruit du cœur, situé dans le segment inférieur, ne servira qu'à confirmer le diagnostic que vient de porter le doigt; je pourrai annoncer que l'un des enfants, celui situé en bas, s'engagera dans une position que je viens de déterminer, le second probablement, soit que l'on se trompe, soit qu'il y ait changement.

Les deux extrémités céphaliques peuvent être tournées vers le segment inférieur de l'utérus; toutes deux vers le segment supérieur: tendant dans le premier cas à s'engager par l'occiput, les deux fœtus sembleraient ne pas devoir présenter un antagonisme suffisant dans la situation de leurs bruits du cœur; mais il n'en est rien, car en prenant le bruit du cœur de l'enfant situé dans le segment supérieur de l'organe, sa situation sera au-dessus de l'ombilic et désignera une présentation pelvienne. La tête du deuxième enfant étant à l'orifice du col utérin, on sera forcé de conclure à la double grossesse, tout en faisant erreur en ce qui concerne la position du premier.

Les deux fœtus ont l'extrémité céphalique tournée en haut. — Le résultat est bien différent. Les bruits du cœur situés au-dessus de l'ombilic témoigneront une présentation du siége qui sera vérifiée par le toucher, et l'erreur ne pourra être empêchée, car il est difficile de différencier les présentations du siége, droites ou gauches, ce qui serait le seul moyen, car je me place toujours dans l'hypothèse de l'isochronisme.

La tête peut être située très-haut, au-dessus de l'orifice interne du col et du détroit supérieur, et le doigt parvenant à l'atteindre, malgré une difficulté assez grande. Les bruits du cœur pourront siéger au niveau, et même un peu au-dessus de l'ombilic; et il faudra ne pas conclure à une position pelvienne, malgré la place qu'ils occupent, et surtout à une grossesse double; car l'implantation d'un placenta volumineux sur le col, ou tout près, qui soulève beaucoup le fœtus et la tête, une quantité

considérable de liquide le maintient ainsi et distend outre mesure l'utérus, de façon à faire croire à la grossesse double. Ici un accoucheur exercé ne s'y trompera pas, et M. P. Dubois m'a parfaitement prouvé, dans un cas de cette nature, que j'aurais eu tort. Mais si, malgré la situation très-élevée de la tête, on peut savoir que l'occiput est en position opposée aux bruits du cœur qu'on a entendus au niveau ou au-dessus de l'ombilic, on pourrait croire à une conclusion telle que celle que nous cherchons. On le devra dans la plupart des cas, mais il peut se faire que la tête se trouve défléchie, et qu'arc-boutant, pour ainsi dire, sur le détroit supérieur, le fœtus représente, de la tête au sacrum, une ligne rigide étendue en diagonale, qui porte très-haut et du côté opposé, le lieu où siége le bruit du cœur. Est-ce à dire que cela doive infirmer la valeur de ce fait, que l'occiput, tourné du côté opposé où il devrait être, confirme le diagnostic de l'auscultation? Non, sans doute, mais il doit rendre surtout attentif et prudent. L'examen des autres positions du fœtus serait, je crois, superflu, et compliquerait la discussion, sans résultat pratique bien important.

Dès cinq mois et demi de grossesse, les bruits du cœur sont assez distincts; et si, pour une raison quelconque, on peut exercer le toucher, on peut espérer diagnostiquer la grossesse double. Le moment où on pourra ajouter les signes du toucher à ceux de l'auscultation ne peut être déterminé, puisque, vers six mois, le volume de l'utérus peut être celui de la grossesse à terme, et qu'il n'y a rien que de naturel à ce que soit le moment de l'expulsion de l'œuf. Cette tendance peut se manifester, puis elle s'arrête quelquefois, laissant le col ouvert et perméable deux ou trois mois durant avant le travail définitif. Mais le toucher s'exercera d'une manière générale au moment du travail, et plus spécialement après la rupture de la poche des eaux, sans autre détermination plus précise, parce que le moment où l'utérus ne peut plus supporter son fardeau dans les grossesses doubles varie avec les femmes et avec les grossesses. Nous n'essaierons donc pas de déterminer l'époque où on pourra dire d'avance si on a affaire à une grossesse simple ou double d'après ce signe.

C'est presque une nécessité que je m'écarte un peu de mon sujet pour considérer la grossesse double, non pas tant en elle-même et en ce qui concerne son diagnostic, que dans les soins qu'elle exige de l'accoucheur; soins spéciaux qu'il est utile de prévoir et d'indiquer d'avance. C'est donc au point de vue de l'intérêt qu'il y a pour le médecin et pour la famille de connaître (*à priori*) ce qui va se passer, que je vais dire quelques mots.

Les divisions adoptées pour classer les phases de l'accouchement vont être celles que je vais suivre. Je vais passer en revue le temps qui précède le travail, le travail lui-même avant la rupture des membranes, l'expulsion de l'enfant et la délivrance. Là ne s'arrêtent pas les prévisions : l'état des deux petits êtres en réclame sa part.

1° *Avant le travail.* Il est bon d'être prévenu que l'accouchement a lieu le plus souvent avant terme, et qu'il convient de prendre ses précautions en conséquence. Si, au moment où on découvre qu'il y a grossesse double, il n'y a pas d'infiltration ni d'œdème, il est bon de l'annoncer comme probable à la femme, qui en sera moins effrayée. Mais le médecin devra voir surtout dans ce fait une question du plus haut intérêt pratique, l'albuminurie (1), et, comme conséquence, les menaces d'éclampsie, affection qui se montre le plus souvent chez les femmes grosses outre mesure, sans doute à cause de la distension et du poids du ventre et de la compression des vaisseaux et des nerfs, réserve faite des cas qui ne reconnaissent pour cause qu'une malheureuse prédisposition idiosyncrasique.

2° *Pendant le travail, avant la rupture des membranes.* — L'utérus, fortement distendu par un corps étranger double de celui qui s'y développe dans les conditions physiologiques ordinaires, outrepasse ses forces, et ses fibres musculaires trop tendues perdent leur ressort, si on peut s'exprimer ainsi. Les contractions expulsives seront d'abord moins énergiques; les efforts, répartis sur une trop grande masse, seront moins bien dirigés, et vont tendre à comprimer les deux enfants et à s'épuiser dans ce labeur inutile et dangereux. La poche des eaux et le premier enfant ne s'engagent pas franchement; le travail doit donc être *lent*. Une indication en découle, c'est de rompre les membranes dès que le col est assez souple et assez dilaté pour que l'accouchement se fasse, et cela pour trois raisons : 1° c'est que l'utérus ne s'épuise plus à faire éclater le poche des eaux; 2° la partie qui se présente s'engage, les efforts s'exercent alors directement sur elle; en rapport direct avec les parois de l'utérus, l'enfant incite l'organe à se contracter; 3° l'utérus, moins distendu, a plus d'énergie.

3° *Expulsion du premier enfant.* — Une seule indication découle de cet état particulier, c'est qu'il est prudent de bien observer et d'intervenir en vue de la nécessité où se trouve l'organe de se débarrasser du second.

4° *Après l'expulsion du premier enfant.* — Il y a bien des choses à considérer, des dangers graves à prévenir et à éviter. Des médecins ont été rappelés pour assister des femmes qu'ils avaient quittées après la naissance d'un premier enfant, sans se douter qu'il y en eût un second à naître. C'est un désagrément de clientèle; cela peut être en outre un cas qui ne manque pas de gravité. Il peut s'écouler un temps assez long avant qu'il n'arrive auprès de sa malade, et même alors qu'il arrive à temps pour faire l'accouchement, il peut avoir à déplorer de n'avoir pas agi. Ce que je vais dire va le prouver.

On s'assure d'abord après la naissance d'un premier enfant, que l'utérus n'en contient pas un second : si la tumeur utérine n'est pas dure, rétractée : si à un certain degré de mollesse se joint un volume assez notable, le doigt pourra reconnaître si les membranes ou quelque partie fœtale se présentent. Admettons qu'il y ait un second œuf, il se présente alors un second danger. Si les deux placentas sont réunis et que les circulations soient dépendantes l'une de l'autre, le second enfant peut périr par l'écoulement du sang destiné à sa vie, et qui se fera par le cordon qu'on pourrait avoir oublié de lier bien exactement. Un autre danger résulte des tractions exercées sur le cordon qui peuvent décoller les deux placentas à la fois; des efforts de respiration vont suivre immédiatement le décollement du placenta, et au lieu d'air il n'entrera dans les voies respiratoires que du liquide amniotique souvent mêlé de méconium. Le placenta de l'enfant expulsé est décollé, le placenta du second persiste; il peut survenir une hémorrhagie funeste à la mère; parce que la matrice ne peut se rétracter convenablement, et que du reste le gâteau placentaire adhérent maintient la circulation. Mais en supposant que les choses se sont bien passées, et qu'on a lié le cordon comme il convient, peut-on, doit-on attendre? Les douleurs cessent, l'organe se repose, le moment où elles reprennent est variable; cependant c'est une heure après environ; doit-on, paisible spectateur, se contenter d'attendre? Assurément non. La déplétion partielle de la cavité utérine fait que le second enfant n'est plus soutenu et qu'il glisse, et il est à craindre qu'au lieu d'une des extrémités ce soit le flanc ou l'épaule qui se présente. Il y a de plus à redouter cette inertie de l'organe imminente après un travail long, une distension exagérée des fibres musculaires; il faut alors remédier à cet accident probable, en remplissant en même temps une autre indication. On attendra que les douleurs reprennent, mais on n'attendra pas une heure et on donnera une dose de seigle ergoté de deux grammes, dont l'administration trouve dans ce cas son indication la plus favorable; car très-souvent funeste dans un accouchement ordinaire, il vient ici prévenir 1° l'hémorrhagie, 2° l'inertie consécutive de l'organe et 3° il expulse l'enfant à coup sûr et rapidement, car la voie est tracée déjà et on n'a pas à craindre ces efforts convulsifs, pour ainsi dire, qui sont si souvent funestes. L'hémorrhagie est donc prévenue avant qu'elle ait pu s'établir, il peut se faire que le placenta se détache et qu'on en débarrasse la femme tout

(1) Docteur Cahen, thèse inaugurale; docteur Blot, thèse inaugurale.

de suite. Alors une question se présente, basée sur des faits authentiques : des enfants ont vécu et se sont développés pendant des mois entiers après la naissance du premier ; un nouveau travail d'enfantement les a mis au monde vigoureux et bien portants; ce cas est l'exception, car les placentas sont unis le plus souvent, doit-on finir l'accouchement?

5° *Expulsion, rupture des membranes du second œuf.* — Il arrive que le second œuf est engagé en entier dans l'excavation en suivant les larges voies qui vient de lui ouvrir le premier, la poche des eaux vient bomber à la vulve; la déplétion trop rapide de la matrice étant en danger, on percera la poche des eaux en ayant soin de le faire dans l'intervalle de deux douleurs, afin que le flot de liquide projeté avec force ne produise l'accident qu'on voulait éviter et même que l'enfant ne s'engage immédiatement à la suite, et on percera les eaux non pas à la partie la plus déclive mais aussi haut que possible.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi; la rupture des membranes est successive, c'est la règle : mais elle peut être successive en sens inverse de ce qui a lieu d'habitude ; ainsi la poche engagée dans le col persiste pleine et résistante, tandis que l'autre se rompt; il se alors ce qui a lieu alors que la rupture des membranes est simultanée : les deux enfants tendent à s'engager en même temps.

Si les deux têtes se pressent à l'orifice, une douleur pousse l'une des deux entraînant le corps dont elle fait partie, l'autre glisse et remonte pour être expulsée bientôt. Les deux extrémités pelviennes peuvent tendre à s'engager de concert, et les auteurs anciens se sont beaucoup occupés de la crainte qu'ils supposaient naturelle de prendre deux pieds qui seraient appartenant à deux enfants différents pour les deux pieds d'un seul. Il est facile de se mettre à l'abri de cette erreur en glissant la main le long d'un de ces petits membres jusqu'au siége qu'on engage en repoussant l'autre pied. Il peut arriver que l'un présente le pelvis, l'autre le sommet en même temps; le mieux est de laisser aller les choses, le plus souvent l'accouchement se fait seul. Un cas très-curieux a été mentionné par M. P. Dubois, il appartient à l'observation d'un auteur anglais. La tête d'un enfant fortement engagée était comprise entre les jambes de l'autre établi à califourchon sur son cou ; les jambes pendaient dans le vagin ; au moment où l'honorable praticien, plein de perplexité, cherchait une solution possible, une bonne douleur chassa la tête, les jambes rentrèrent à mesure dans l'utérus, et l'accouchement se fit fort bien. M. P. Dubois recommande pour la délivrance de ne pas tirer sur les deux cordons à la fois; il préfère, s'il est besoin d'exercer quelques tractions, les exercer sur le cordon du second.

Dans la dernière période du travail, la tête peut se trouver à la vulve, les contractions fortes et le travail ne pas avancer. Si toutes choses vont naturellement, que l'auscultation ne révèle aucun trouble circulatoire, car il se pourrait que le placenta se décollât et qu'une mort fatale s'ensuivît, il faut attendre ; mais si au bout de trois heures rien ne change, on fait lever et marcher la malade, et si on n'a pas de résultat, le forceps termine la scène ; du reste agir plutôt serait peut-être convenable, à cause des congestions cérébrales nuisibles qui résultent de cette position et, en outre, pour prévenir le décollement prématuré du placenta.

Voilà donc tout l'arsenal des moyens obstétricaux que l'on peut être obligé d'employer: 1° perforation prématurée des membranes; emploi du seigle ergoté, du forceps ; et à l'encontre de la pratique habituelle, il faut intervenir et parfois agir vite. Tout n'est pas fini là, car les deux enfants nous les avons fait naître sans prévenir qu'il y en aurait un au moins si ce n'est tous les deux, qui serait faible : et tous les petits moyens de le ranimer devront être rassemblés à l'avance par les soins du médecin. Il est bon aussi, et ce n'est pas peu de chose quand on n'est pas dans un établissement de l'assistance publique, de s'assurer qu'on pourra avoir deux nourrices, ou du moins une seule vigoureuse et ayant beaucoup de fait. Un événement comme celui-là arrivant à l'improviste, peut troubler la nouvelle accouchée dans un moment déjà de nature à l'affecter. Cela touche les intérêts et les affections de famille les plus intimes, et il est souvent heureux que le médecin ait pu préparer de longue main la nouvelle d'un événement qui émeut toujours.

Ces considérations sont plus que suffisantes pour que le diagnostic de la grossesse double soit l'objet d'un examen sérieux, et si j'ai poussé plus loin qu'on n'avait fait jusqu'à ce jour, l'examen des signes propres à cet état, ma découverte n'emprunte sa valeur qu'aux circonstances intéressantes où on en fait usage.

(*Annales de la Société de méd. chir. de Bruges.*)

Appareil nouveau de fracture pour les membres.

Par M. le docteur CARRET.

Je viens faire connaître un appareil nouveau de fracture pour les membres. Je l'appelle nouveau, car je n'en ai vu la description et l'emploi nulle part. Par sa simplicité, sa commodité et sa puissance contentive, cet appareil semble l'emporter sur tous ceux connus et employés jusqu'à ce jour. On peut dire qu'il résout le problème du traitement de la fracture des membres réduit à sa plus simple expression.

Un morceau de carton gris et une bande quelconque, voilà tout cet appareil. Au moyen de ces deux objets, j'ai déjà traité avec un plein succès et un assez grand nombre de fois, à l'Hôtel-Dieu de Chambéry, des fractures simples et compliquées de la cuisse, de la jambe, du bras, de l'avant-bras, des doigts ; j'ai maintenu en parfaite réduction une fracture de la rotule, une aussi de l'olécrane, et deux de ces fractures obliques du tibia pour lesquelles M. le professeur Malgaigne a proposé, en désespoir de cause, l'implantation dans l'os saillant d'une vis terminée en pointe aiguë. C'est encore au moyen de ces deux objets seuls, carton et bande, que je fais sortir du lit et promener, à l'aide de béquilles, les individus atteint de fractures aux membres inférieurs, le lendemain du jour où l'appareil a été appliqué.

Cette application est, en général, prompte et facile. On prend un morceau de carton de la longueur du membre et d'une largeur un peu plus que suffisante pour en faire le tour; on le ramollit en le trempant quelques minutes dans l'eau. La réduction de la fracture étant faite, on dispose bien également le carton mouillé sous le membre que l'on recouvre en entier en appliquant l'une après l'autre les deux moitiés du carton qui viennent se croiser en avant, et, pendant qu'un aide tient le tout en place, on fait par dessus avec une bande également mouillée un bandage roulé ordinaire. Voilà pour l'application en général. Mais il peut être utile et parfois même nécessaire de modifier la forme de cet appareil. A l'avant-bras, par exemple, on place sur les faces antérieures et postérieures, préalablement à l'appareil décrit, une pyramide faite avec deux ou trois attelles de carton mouillé.

Pour la fracture de la rotule dont j'ai parlé tout à l'heure, il m'a suffi d'un carré de carton au milieu duquel j'avais pratiqué une ouverture de l'exacte dimension de l'os et dans laquelle les fragments rapprochés et logés ont été maintenus au moyen de la bande mouillée. J'ai fait à peu près de même pour la fracture de l'olécrane. La cuisse exige que l'on échancre le carton en dedans pour que, remontant en dehors, il couvre suffisamment la hanche, et, dans ce cas, la bande, arrivée au pli inguinal, doit contourner le bassin par quelques doloires. Il y aura sans doute encore d'autres modifications à introduire dans la forme de cet appareil, mais je crois que le carton et la bande pourront répondre à toutes les exigences. Les remplissages, même, si on les juge nécessaires, comme à la fosse poplitée, au-dessus des malléoles, seront facilement faits avec le carton.

L'appareil appliqué, on place le membre dans une position

convenable jusqu'à ce que la dessication soit obtenue; ce qui demande un temps variable suivant la saison, l'épaisseur du carton et surtout suivant que cette dessication est abandonnée à elle-même ou que l'on emploie quelque moyen artificiel de calorification. Si le blessé est indocile, s'il manque d'intelligence ou s'il doit être transporté, il est bien de recouvrir l'appareil humide d'un morceau de carton sec. Je dis qu'il est bien et non nécessaire, car j'ai fait transporter des blessés sans cette précaution, et j'ai appris que tant d'autres, à mon insu, avaient exécuté toute espèce de mouvements, sans qu'il y ait eu le moindre dérangement dans la coaptation.

Lorsque la dessication est complète, on peut, à moins de complications graves et de certaines contre-indications, telles que la pusillanimieé, une grande maladresse, permettre au blessé de sortir de son lit et de se livrer à une déambulation prudente, c'est-à-dire acec des béquilles. A plus forte raison, peut-on le faire transporter sans danger, et lui permettre dans son lit à peu près tous les mouvements.

Pour visiter le membre, on enlève la bande et on ouvre le carton en écartant ses bords l'un de l'autre et en le décollant de la peau à laquelle il adhère.

La réapplication d'un appareil qui vient d'être visité, se fait de la manière suivante : on humecte légèrement avec de l'eau la partie du membre et de l'intérieur du carton à découvert, on rapproche les bords de ce dernier et comme la première fois, c'est-à-dire avec une bande mouillée, on fait par-dessus un bandage roulé ordinaire.

La fracture s'accompagne-t-elle d'une plaie ou de toute autre lésion qui demande un pansement, on pratique une fenêtre au carton au moment de l'application de l'appareil. Mais dans ce cas, il faut diviser la bande en trois, pour ne pas dire qu'il faut trois bandes, une pour la partie située au-dessous de la plaie et qui se place la première, une autre pour la partie au-dessus et la troisième pour celle qui lui correspond : celle-ci est naturellement placée la dernière par la raison qu'elle doit être renouvelée.

Si l'on juge convenable d'entretenir l'humidité de l'appareil, il n'y a qu'à l'arroser avec de l'eau froide ou tiède suivant les indications. De même, si des circonstances rendent nécessaire une prompte dessication, on a recours à l'un de ces moyens de calorification que l'on a partout sous la main.

L'appareil que je viens de décrire rentre dans la catégorie des bandages amovo-inamovibles, mais il a des avantages que les autres n'ont pas, ou qu'ils sont loin de posséder au même degré. Aucun appareil, sous le rapport de la simplicité et sous le rapport de la promptitude de l'application, ne peut être comparé à celui de carton, qui se compose de deux pièces que l'on trouve à peu près partout et qui se place en moins de cinq minutes pour les fractures les plus compliquées.

L'appareil de carton permet à toute heure l'inspection du membre. Il a cela de commun avec le bandage amovo-inamovible amidonné, c'est vrai, mais il faut à ce dernier une incision préalable dont le premier se passe; ce qui n'est pas un médiocre avantage.

Les bandages amovo-inamovibles décrits jusqu'à ce jour se relâchent en se desséchant, soit que le retrait ait lieu dans le bandage lui-même, ou dans le membre. Aussi l'incision n'a-t-elle pas seulement pour but d'inspecter le membre, mais aussi de resserrer le bandage par l'enlèvement d'une lanière qui en diminue la dimension. Le carton, au contraire, en se desséchant, se moule exactement sur le membre auquel il adhère et dont il prend la forme et les nuances. La bande que l'on applique mouillée sur le carton s'y colle de la même manière que si elle avait été amidonnée. En sorte que le membre, le carton et la bande, semblent ne faire qu'un tout homogène.

L'amidon et la dextrine, en contact avec le membre, l'excorient. Aussi faut-il une bande intermédiaire. Le carton est d'une innocuité complète, et quoique appliqué immédiatement sur la peau, il ne produit ni écorchure, ni soulèvement de l'épiderme.

L'appareil de carton n'est jamais contre-indiqué. Les accidents primitifs des fractures, tels que l'engorgement inflammatoire, les contusions, les ecchymoses, en réclament plutôt l'emploi. Le carton, dont l'humidité peut être entretenue à volonté, est dans ces cas un excellent topique, et plus tard par sa dessication lente, graduelle, progressive, il aide puissamment à la résolution de ces diverses complications. En peut-on dire autant des autres bandages amovo-inamovibles?

L'appareil de carton, très-propre par sa nature, comme nous venons de le voir, à combattre les accidents primitifs des fractures, est très-propre aussi par sa structure à en prévenir les accidents consécutifs, tels que la gangrène, le sphacèle, les fusées purulentes. En effet, quoique parfaitement emboîté dans l'appareil de carton, le membre n'éprouve ni douleur, ni engourdissement; les parties situées au-dessous ne s'œdématient pas; ce qui prouve que le carton mouillé, puis desséché, contient et ne comprime pas. Cette contention s'exerçant également et uniformément sur tout le membre, ne laisse pas de vide et conséquemment pas de passage au pus pour former au loin des collections et des fusées.

L'appareil de carton joint à tous ces avantages une grande puissance contentive. Cette puissance tient à diverses causes : 1° à la dureté que le carton, appliqué mouillé sur un membre, acquiert par la dessication; 2° à l'adhérence intime qu'il contracte avec le membre; 3° à la bande elle-même qui se colle au carton. Ce qui prouve cette puissance, c'est la coaptation parfaite dans laquelle le carton tient les fragments dans les fractures réputées comme les plus rebelles à être maintenues, telles que les fractures obliques du tibia, etc. Ce qui ne prouve pas moins cette puissance, c'est la faculté que donne cet appareil, de sortir du lit et de se promener le lendemain, et, si l'on y tient, le jour même de son application.

L'appareil de carton hâte la formation du cal et abrége le traitement des fractures. Je pourrais apporter, à l'appui de cette proposition, un assez grand nombre de faits; mais je m'éloignerais de mon but, qui est d'exposer simplement la structure et les avantages de cet appareil. Il me suffira de dire que les fractures traitées par ce moyen ont un cal très-volumineux, qui, à la vérité, s'absorbe promptement. A cela, rien d'étonnant : c'est que le membre garde dans le carton, dont l'effet est purement contentif, toute sa vitalité, tandis qu'il s'atrophie dans les autres bandages, qui ne contiennent guère sans comprimer.

BIBLIOGRAPHIE.

— *Quelques considérations pratiques pour servir à l'histoire de la suette et du choléra*, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854, par le docteur A. FOUCART. (Extrait du Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine le 23 janvier 1855, pour faire suite et servir de complément au *Traité pratique de la suette miliaire*. 1854, du même auteur.) Brochure in 8° de 48 pages Paris, 1855. Prix : 1 fr. 50. — Chez Labbé, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

— *Instituts de médecine pratique*, de Jean-Baptiste Borsieri de Kanilfeld, accompagnés d'une étude comparée du génie antique et de l'idée moderne, par le docteur Paul-Emile CHAUFFARD, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon, 2 vol. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

— Viennent de paraître :

Recherches cliniques sur les *Maladies du cœur*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur BOUILLAUD, par M. le docteur Ernest AUBURTIN, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris ;

Précédées de Considérations de philosophie médicale sur le *vitalisme*, l'*organisme* et la *nomenclature médicale*, par M. le professeur BOUILLAUD ;

Paris, chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12; 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. n° 154. 3e année. Mercredi 26 Décembre 1855.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris, dans les bureaux du Journal; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

De l'urétrotomie.

Par M. le docteur REYBARD.

A. *Mort après l'urétrotomie à grandes incisions.*

Pour démontrer quel est le plus dangereux des deux procédés d'urétrotomie, je vais dire quel est celui après lequel on a constaté la mortalité la plus grande.

On sait, ainsi que l'a établi le rapport de la Commission pour le concours du prix d'Argenteuil, que sur trente-deux opérations, j'avais eu un cas de mort : j'ajouterai ici, quoique je n'aie pas encore publié l'observation des derniers malades que j'ai urétrotomisés depuis cette époque, que sur quarante-cinq nouvelles opérations, j'ai encore eu à déplorer la perte d'un autre malade. Ensemble, deux cas de mort sur soixante-dix-sept opérations d'urétrotomie.

OBSERVATION. — Le malade, qui est mort après cette opération d'urétrotomie, gendarme, âgé de cinquante-huit ans, n'a éprouvé aucun des accidents de l'urétrotomie. Ayant voulu être éthérisé, il ne s'est pour ainsi dire réveillé que pour dire ces trois mots : « Je suis perdu. » Le pouls est en effet resté fébrile, petit, très-fréquent, 95 pulsations, léger assoupissement, léger délire, air égaré, joues colorées, chaleur brûlante, peau sèche. Sinapisme aux extrémités inférieures ; potion antispasmodique.

Le lendemain même état d'assoupissement, rêvasseries continuelles, pouls petit, plus fréquent, 105 ; soubressauts dans les tendons, face vultueuse, teint brunâtre et jaunâtre de la face et du col. Quinine, antispasmodiques, sinapisme, vésicatoires aux bras ; le sang sortait par la verge coulant en assez grande abondance ; je n'ai pas recours aux sangsues.

Le troisième jour, même état, tremblement nerveux, coloration noirâtre de toute la face du col et de la poitrine. Mort, en rendant une grande quantité de sang par la bouche ; ce sang venait de la poitrine. Les parents se sont opposés à l'autopsie.

B. *Après la scarification.*

1° Sur 22 opérations pratiquées par M. Civiale (voir *Mémoire sur quelques procédés d'urétrotomie peu usités*, page 117). M. Civiale ne nous a pas fait connaître la cause qui avait amené la mort. 1

2° M. Blandin, deux scarifications ; deux cas de mort. L'observation de l'une de ces opérations a été communiquée par M. Leroy-d'Etiolles à l'Académie de médecine, séance du 9 novembre 1852, ensuite publiée ; l'autre observation m'a été communiquée par M. Lagout, alors in-

Total 1

Report. 1

terne de M. Blandin. Cette dernière a été envoyée à la Commission du premier concours pour le prix d'Argenteuil, pour démontrer que ma méthode ne devait pas être rendue responsable de ce fait malheureux. Ceux-ci se trouvent relatés dans une brochure de M. Leroy-d'Etiolles sur les rétrécissements. Je ferai aussi remarquer que c'est sans doute par erreur que M. Leroy-d'Etiolles, cet honorable confrère, les a attribués à ma méthode, car les deux malades en question, n'ont été opérés ni par moi, ni par ma méthode, et que Blandin qui les a opérés, n'a jamais fait que la scarification et encore d'une manière très-timide. — Mort. 2

3° M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur trois ou quatre opérations par scarification, un cas de mort. L'opération avait été pratiquée avec l'instrument et par le procédé de M. Bonnet de Lyon. L'observation de ce malade a été citée dans mon *Traité pratique des rétrécissements* (p. 515), pour démontrer que les instruments de scarification déchiraient les tissus après en avoir commencé la *division*. — Mort. 1

4° M. Civiale cite un cas de mort dont on lui a communiqué l'observation. Ce malade avait été opéré à l'hospice du Midi. (Voir Mém. de M. Civiale (p. 97.) — Mort. 1

5° M. Maisonneuve a avoué avoir perdu deux malades sur six à huit opérations qu'il a pratiquées avec des instruments qui ne peuvent pas, dit-il, dépasser les limites du rétrécissement (Voir *Bulletin général de thérapeutique*, 1855). — Mort. 2

6° M. Richard a également perdu deux malades opérés par scarification. Lettre de M. Robert à M. Civiale sur l'urétrotomie (30 novembre 1855). — Mort. . . . 2

7° M. Perrève a aussi perdu un malade, opéré par sa méthode, qui n'est en réalité qu'un procédé de scarification, lorsqu'elle s'accompagne de la déchirure du tissu du rétrécissement. — Mort. 1

8° J'ai eu un cas de mort à la suite de la scarification que j'ai pratiquée sur un malade de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il a succombé à un accès de fièvre causé par la phlebite et l'infection purulente succédant à l'inflammation du tissu spongieux. L'autopsie en fut faite en présence de M. Pétrequin, alors attaché à l'hôpital comme chirurgien en second. — Mort. 1

Total des décès. 11

Mais on va sans doute m'objecter que les reproches que je fais à la scarification, ne s'adressent pas indistinctement à tous les procédés ; qu'ils ne sont mérités qu'autant que cette opération n'est pas pratiquée suivant les règles de l'art ; qu'autant qu'on ne sait pas borner l'action de l'instrument tran-

chant au tissu morbide du rétrécissement, qu'autant que le traitement consécutif n'est pas dirigé avec cette intelligence qui n'appartient qu'à des praticiens consommés, etc., etc...; mais je réponds et je persiste à soutenir que ces reproches sont mérités et appartiennent à tous les procédés d'urétrotomie par scarification, et même plus directement à ceux dans lesquels le tissu morbide de la coarctation est divisé avec le plus de précision et sans toucher aux tissus sous-jacents de l'urètre; il est facile de concevoir, en effet, que lorsqu'on ne divise exactement que ce tissu, on ne doit faire le plus souvent que des incisions très-superficielles, car la lésion n'atteignant, en général, que la membrane interne de l'urètre et ayant même moins d'épaisseur que cette membrane, la section du tissu morbide, ne peut donner une plaie ayant plus de profondeur qu'il n'a lui-même d'épaisseur.

La section limitée au tissu de la coarctation ne peut donner une plaie ayant quelque profondeur, que lorsque la lésion occupe toutes les couches de l'urètre. Dans ces cas seulement, en effet, l'incision de la coarctation doit nécessairement diviser le canal dans toute son épaisseur : mais dans ce cas encore, il est facile de comprendre que si l'instrument ne divise que strictement ce tissu, la plaie sera à pic et n'aura que très-peu de longueur, car il est d'observation qu'on ne rencontre presque pas de rétrécissement ayant plus de 1 centimètre d'étendue : ainsi dans ce cas, par le procédé de M. Civiale, on ne pratique encore que la scarification, parce que la plaie a trop peu d'étendue pour qu'il soit possible d'en écarter les bords pour les faire cicatriser séparément, et pour obtenir sur eux la cicatrice qui dans l'urétrotomie, par ma méthode, agrandit le canal en s'ajoutant à ses parois. On conçoit, en effet, qu'il doit être impossible de les écarter sans agir sur la plaie par dilatation, sans tirailler ses angles et sans y provoquer cette inflammation suppurative qui s'oppose à la formation de la cicatrice : ainsi, je le répète, tout ce que j'ai dit de la scarification, de ses inconvénients, de ses dangers, de son inefficacité, s'applique en tout point à ce procédé de scarification, si tant il y a qu'il y ait là un procédé.

Telle est l'opinion qu'on doit porter sur les différents procédés d'urétrotomie intra-urétrale; mais telle n'est pas celle qu'on s'est faite de ma méthode, parce que, ainsi qu'on va le voir, c'est, en effet, en l'accusant, par erreur sans doute, d'accidents et de revers qui ne lui appartiennent pas, qu'on est parvenu à la faire considérer comme une des opérations les plus dangereuses de la chirurgie.

Voici les cas de mort qu'on a mis mal à propos sur le compte de ma méthode.

1° On annonça en 1845, à la Commission du concours du prix d'Argenteuil, que le malade qui fait le sujet de l'observation 15e (voir *Traité pratique des rétrécissements*, p. 518) avait succombé à mon opération : mais heureusement, quelques jours plus tard, je pus faire rectifier cette erreur en présentant le malade qui était en très-bonne santé et, de plus, guéri de son rétrécissement.

2° La mort des deux malades qui ont été scarifiés par Blandin a été attribuée à mon opération par M. Leroy-d'Etiolles. (Petite brochure sur les *rétrécissements*; 1847 ou 1848.) J'ai déjà dit que ces deux malades n'avaient été opérés ni par moi, ni par ma méthode.

3° Deux autres cas de mort ont encore été mis sur le compte de mon procédé par M. Diday, chirurgien de Lyon, à l'occasion du compte rendu qu'il fit de mon ouvrage sur les rétrécissements (Voir *Gazette hebdomadaire*, 14 novembre 1853). Voici de cette critique le paragraphe qui concerne mon opération.

« L'urétrotomie, telle qu'elle est enseignée dans le livre de M. Reybard, constitue une opération grave, et nous aurions mauvaise grâce à le lui démontrer, car M. Reybard lui-même en convient implicitement... Une opération qui provoque des hémorrhagies sérieuses, des gangrènes par infiltration urinaire, des accès pernicieux aussi intenses et dont les conséquences laissent parfois les malades trente-six heures entre la vie et la mort (Observation XIV); une opération que l'inventeur lui-même n'ose pratiquer (Observation XXXVI) sur les sujets âgés et susceptibles, ne peut prétendre à passer pour l'une des innocentes conquêtes de la chirurgie. Tout n'a pas été dit sur ce point, et nous sommes réellement peiné d'avoir à suppléer ici au silence de l'auteur. Des cas de mort ont suivi l'application de sa méthode.

« Outre celui qui arriva devant les commissaires d'Argenteuil (et qui sincèrement ne lui paraît pas imputable), il y en a eu un second dans le service et entre les mains de M. Barrier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1852, et un troisième à la Pitié, observé par M. Michon (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er novembre 1852), pourquoi M. Reybard n'a-t-il pas discuté ces faits? Certes, la chose en valait cependant bien la peine, ne fût-ce que pour déclarer, selon la formule usuelle des inventeurs, que la mort a résulté de causes étrangères à l'opération, etc., etc. »

Examinons ce qu'il y a de vrai dans ces imputations :

Sur les trois cas de mort annoncés par M. Diday, un seul, le premier, appartient à ma méthode, c'est celui qui arriva devant les commissaires d'Argenteuil. Le second, celui de M. Barier a été, je l'ai déjà dit, simplement scarifié avec l'instrument de M. Bonnet, j'en ai cité l'observation. (Voir *Traité pratiq. des rétr.*, p. 515.)

Quant au troisième cas de mort, le malade a bien réellement été opéré par M. Michon et par la grande incision; mais ce malade, dont l'observation a été consignée dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* du 1er novembre 1852, non-seulement vit et se porte bien, mais il est encore parfaitement guéri de son rétrécissement.

Quant aux gangrènes par infiltrations urinaires, reprochées à ma méthode par M. Diday, je déclare que je n'ai jamais observé cet accident. Pour ce qui est de l'accès de fièvre pernicieuse qui aurait tenu pendant trente-six heures entre la vie et la mort, le malade de l'Observation XIV, j'ai l'honneur de faire remarquer à M. Diday qu'il est tout à fait étranger à mon opération : il avait été, en effet, déterminé par le simple cathétérisme explorateur que j'avais pratiqué chez cet individu pour connaître l'état du canal, trois mois après l'opération, et alors qu'il était si bien guéri, qu'il avait déjà contracté une nouvelle gonorrhée (Voir *Traité pratiq. des rétrécis.* observ. XIV, p. 512.)

De la scarification simple.

Après avoir avancé que la scarification combinée avec la dilatation, ou plutôt que la dilatation pratiquée sur les rétrécissements scarifiés était non-seulement inefficace, mais encore dangereuse, je vais dire quelques mots de la scarification simple, c'est-à-dire de la scarification considérée comme moyen palliatif de traitement des angusties, lorsqu'on ne lui associe pas la dilatation.

Quoique la scarification, ainsi que je l'ai dit, soit un débridement dans lequel on divise le tissu du rétrécissement, et dans lequel on le divise seul, comme on le fait d'un anneau aponévrotique étranglant un viscère hernié; en un mot, quoiqu'elle ait pour effet de faciliter plutôt la dilatation, en faisant cesser l'obstacle à l'introduction des sondes, qu'en élargissant le canal par la plaie qui résulte de sa section, il n'est pas moins vrai que cette plaie agrandit l'ouverture de la coarctation, si bien que lorsqu'on en abandonne la guérison à elle-même, elle ne se réunit jamais assez complétement pour que le canal n'en demeure pas un peu élargi. Son élargissement tient évidemment à la petite cicatrice qui se forme sur la partie la plus superficielle des bords de la plaie, qui auront été tenus écartés par la colonne d'urine.

Variable en étendue, cet élargissement peut-il être considéré comme un moyen palliatif de traitement des angusties?

C'est sous ce point de vue que je vais l'envisager. J'ai déjà consacré un article spécial à la scarification simple (Voy. *Tr. des rétr.*, p. 338), mais je ne me suis pas assez étendu sur les bons effets qu'on pourrait retirer de cette opération dans le traitement palliatif des rétrécissements, ni sur les avantages qu'elle peut avoir sur la dilatation.

La scarification pratiquée avec des instruments dont on peut limiter l'action au tissu morbide de la coarctation, est, sans contredit, de toutes les opérations sanglantes qui se pratiquent dans l'urètre, la seule qui ne soit pas douloureuse, qui soit simple, de facile exécution, et je pourrais dire sans danger, surtout lorsqu'on n'y soumet que les rétrécissements membraneux, bridiformes, valvulaires, c'est-à-dire les rétrécissements dans lesquels la lésion est bornée à la membrane interne de l'urètre ; dans ces cas, qui sont les plus nombreux (80 sur 100), le tissu morbide étant très-mince, sa section ne donne qu'une plaie superficielle. A la vérité, ces plaies élargissent très-peu le canal ; mais comme on en pratique plusieurs à la fois, son élargissement reste encore assez considérable. Au surplus, on peut en tripler en quelque sorte l'étendue en introduisant une seule fois une grosse sonde, laquelle a pour effet de déchirer un peu la muqueuse, sans intéresser le tissu spongieux. (Voyez *Tr. prat. des rétr.*, page 320.)

Si étroites que soient les cicatrices qui recouvrent les plaies qui résultent de la division du rétrécissement, elles suffisent toujours pour en élargir l'ouverture et pour faire cesser le trouble que son étroitesse apporte à l'excrétion de l'urine ; j'ai vu cet élargissement se maintenir un an et même plusieurs années, chez des malades opérés par ce procédé. (Voyez *Tr. prat. des rétr.*, p. 338.)

Or, puisque l'élargissement obtenu par la scarification simple peut se maintenir aussi longtemps, ne pourrait-on pas faire de cette opération un procédé de traitement palliatif? Ne pourrait-on pas surtout le préférer à la dilatation pour tous les rétrécissements où celle-ci est difficile et douloureuse, pour ceux des personnes irritables, nerveuses, chez lesquelles chaque introduction de sonde cause, pour ainsi dire, un accès de fièvre?

Nouvelles réflexions sur les grandes incisions de l'urètre.

Quoique j'aie déjà très-longuement envisagé la question des grandes incisions, elle offre tant d'intérêt au point de vue de la thérapeutique des rétrécissements, qu'on ne saurait trop en approfondir l'étude.

Ces grandes incisions peuvent se distinguer en complètes et en incomplètes. Les premières, qui constituent ma méthode, sont celles dans lesquelles je divise, avec le rétrécissement, toutes les couches de l'urètre, y compris sa membrane fibreuse ; les secondes sont celles dans lesquelles toutes ces parties sont aussi divisées dans la même étendue, à l'exception de cette même membrane aponévrotique. Comme ces dernières incisions n'appartiennent ni à la scarification, ni à ma méthode opératoire, comme aussi on pourrait les confondre avec cette dernière, ou peut-être même avoir l'idée d'en faire un procédé mixte d'urétrotomie, je vais dire comment on peut les distinguer et montrer le parti qu'on peut en tirer dans le traitement des angusties.

Les plaies de ces incisions incomplètes ont beaucoup d'analogie avec celles des incisions complètes. Comme ces dernières, elles sont très-profondes, si bien qu'il est souvent impossible de reconnaître par l'exploration à laquelle appartient l'élargissement du canal qui en est l'effet immédiat, surtout lorsqu'on opère dans les régions profondes de l'urètre, où les parois de ce conduit ont plus d'épaisseur. Cet élargissement est si considérable après ces incisions complètes et incomplètes, que les sondes les plus volumineuses que le canal peut admettre cessent d'être serrées et semblent même devenir libres lorsqu'elles sont arrivées à l'incision. Il en est de même des bougies à boule d'un gros volume.

L'hémorrhagie n'est ni moins fréquente, ni moins forte, après l'une qu'après l'autre de ces opérations ; il serait, d'ailleurs, difficile de comprendre qu'il pût en être autrement, puisque, dans les deux cas, le sang est fourni par le tissu spongieux : il ne se trouve, en effet, aucun vaisseau assez rapproché de l'urètre qui puisse être divisé dans mon opération.

Puisque l'élargissement du canal qui succède à l'incision incomplète est presque aussi considérable que celui de l'incision complète, il faut nécessairement supposer que la plaie qui en résulte a plus de profondeur qu'on ne lui en suppose, et admettre, d'un autre côté, que les parois de l'urètre ont elles-mêmes plus d'épaisseur sur le vivant qu'elles n'en présentent sur le cadavre ; c'est, en effet, ce que nous avons cru reconnaître.

Si l'on se rappelle que de toutes les couches de l'urètre, celle du tissu spongieux est la plus épaisse, il sera aisé de comprendre que c'est parce qu'il est gorgé de sang sur le vivant et qu'il n'en contient pas sur le cadavre, que les parois urétrales ont une plus grande épaisseur pendant la vie. Ce n'est même que parce qu'elles en contiennent habituellement pendant la vie, qu'elles en sont remplies, qu'on peut expliquer leur déchirure dans les contusions de l'urètre, ainsi que je l'ai dit en parlant de ces lésions.

Je suppose, ce qui ne paraîtra pas exagéré, que l'épaisseur de l'urètre soit de 4 millimètres dans sa paroi inférieure, où le tissu spongieux abonde le plus, il faudra nécessairement accorder à la plaie qui résultera de la division, laquelle n'aura respecté que sa membrane fibreuse, il faudra, dis je, lui accorder une profondeur de 4 millimètres : évidemment oui ; car sa membrane aponévrotique, qui est pelliculaire, n'ajoute presque rien à son épaisseur. Ceci étant admis que cette plaie a une profondeur égale à l'épaisseur du tissu spongieux, c'est-à-dire 4 millimètres, de combien pense-t-on que le canal sera élargi? Ce serait une erreur de croire qu'il ne sera élargi que de 4 millimètres. Si je ne me trompe, il doit se trouver élargi d'une étendue égale à celle de la surface de la plaie, c'est-à-dire de 8 millimètres ; en effet, une plaie de 4 millimètres de profondeur ne présente-t-elle pas deux lèvres, ayant chacune 4 millimètres de largeur, soit ensemble une surface de 8 millimètres. Ce n'est qu'en calculant de cette manière l'étendue de ces plaies qu'on peut se rendre compte du grand élargissement qu'elles ont pour effet immédiat.

On serait tenté de croire qu'une plaie aussi étendue que celle qui résulte de l'incision incomplète dût suffire à l'élargissement définitif du canal ; cependant il n'en est pas ainsi. L'observation a démontré que la cicatrice ne se formait le plus souvent que sur une très-petite partie de sa surface ; que, de plus, elle était rétractile, ce qui ne lui permet même pas de conserver l'étendue qu'elle présente immédiatement après la cicatrisation de la plaie.

Comme ces incisions complètes et incomplètes ont une très-grande étendue ; comme il n'est presque pas possible de les distinguer à l'élargissement du canal qu'elles ont pour effet immédiat ; comme il est cependant très-important de ne pas les confondre, puisque les résultats consécutifs qu'elles fournissent sont très-différents, je dirai qu'on ne devra admettre qu'elle est complète que lorsqu'on aura opéré avec mon urétrotome dilatateur, le seul qui, en tendant et fixant en même temps les parois urétrales, permette d'en faire la section complète.

Vainement chercherait-on à les diviser complétement avec mes anciens urétrotomes, ou tout autre urétrotome à grand développement. Il n'est pas plus facile de les diviser d'une manière régulière, ainsi que je l'ai démontré, en expérimentant l'urétrotomie sur le cadavre devant MM. les Commissaires du concours du prix d'Argenteuil (année 1848).

Les parois de l'urètre sont si extensibles, ses couches sont si mobiles l'une sur l'autre, qu'il est, en effet, impossible de les diviser au même niveau, lorsqu'elles ne sont pas fixées. Dans

ce cas, le rétrécissement n'est pas coupé sur place : il n'est coupé qu'après avoir été entraîné à 1 ou 2 centimètres, du côté du méat. Par suite de ce déplacement, il arrive que le tissu spongieux qui lui est contigu est à peine intéressé, tandis que celui qui est placé à 2 ou 3 centimètres en avant est réellement divisé dans toute son épaisseur. De là résulte que tout en ayant fait une très-grande incision, on se trouve cependant n'avoir encore pratiqué qu'une plaie très-superficielle au niveau de la coarctation, c'est-à-dire dans l'endroit où elle aurait dû avoir le plus de profondeur ; ce qui l'a fait, pour ainsi dire, ressembler à celle de la scarification.

Mais l'incision incomplète serait-elle régulière, profonde, comprendrait-elle même le rétrécissement dans son centre, qu'elle ne constituerait pas un procédé d'urétrotomie beaucoup plus avantageux que celui de la scarification ; l'observation m'a, en effet, appris que, même lorsque ces plaies étaient profondes, il était impossible d'en écarter les bords sans les inflammer, sans les faire suppurer, et, par conséquent, sans s'opposer à leur cicatrisation. Une cicatrice vient-elle à s'établir sur chacun d'eux, au lieu d'être large, mince et souple, comme celle qui recouvre la plaie qui résulte de la section complète des parois urétrales, elle est au contraire petite, épaisse et rétractile; d'où une guérison incomplète et la récidive des rétrécissements presque aussi constante qu'après la scarification.

Il résulte de ce que je viens de dire, que l'incision incomplète, quelle que soit son étendue, présente tous les inconvénients de l'incision complète, et qu'elle n'a aucun de ses avantages ; en un mot, qu'il n'y a, parmi les procédés d'urétrotomie intra-urétrale, que celui de ma méthode qui puisse conduire à la guérison radicale des coarctations urétrales.

Rapport général sur les travaux manuscrits envoyés pour le concours des prix de l'Académie de médecine.

Par M. Depaul, rapporteur.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux.

De la catalepsie.

Quoique les progrès de l'anatomie pathologique aient jeté une vive lumière sur l'histoire d'un grand nombre de maladies du système nerveux, plusieurs d'entre elles laissent encore beaucoup à désirer au point de vue de l'étiologie, du diagnostic et de la thérapeutique, et peut-être faut-il, sous ce rapport, placer la catalepsie au premier rang. En parcourant les nombreux écrits qui ont été publiés sur cette singulière affection, on est surpris d'y trouver un si grand nombre d'opinions contradictoires. Cela dépend sans doute de ce qu'elle apparaît rarement seule et dégagée de toute complication.

Quoi qu'il en soit, il est naturel que l'Académie use de son influence pour appeler les investigations vers ces points obscurs de la science. Nous allons voir que si dans cette circonstance elle n'a pas obtenu un résultat aussi complet qu'elle aurait pu le désirer, les efforts qu'elle a provoqués n'ont pas été du moins inutiles.

Six Mémoires ont été envoyés pour disputer le prix. Votre Commission, composée de MM. Bouillaud, Roche et Collineau, rapporteur, les a tous consciencieusement examinés, et tout en reconnaissant à chacun de ces travaux une valeur réelle, elle a pensé que deux seulement devaient fixer votre attention d'une manière toute particulière. Ce sont les Mémoires inscrits sous les numéros 1 et 5.

[illegible] premier, numéro 1, a pris l'épigraphe suivante :

« J'ai observé a[illegible]vant de raisonner; j'ai raisonné avant d'écrire. »

(Zimmermann, *Traité de l'expérience.*)

Six observations lui servent de base; l'une d'elles appartient à l'auteur, et votre rapporteur n'a pas hésité à vous la présenter comme l'histoire la plus complète que nous possédions sur la catalepsie.

Malgré de nombreuses complications, la maladie principale a toujours conservé ses caractères fondamentaux. Un des incidents les plus remarquables et sur lesquels l'observation donne de longs détails, c'est l'apparition à heure fixe d'accès nerveux très-compliqués se renouvelant trois fois dans les vingt-quatre heures et disparaissant avec la même régularité à des époques parfaitement déterminées. Je regrette de ne pouvoir entrer dans de plus longs développements sur un travail qui offre des qualités si sérieuses. Vous verriez que son auteur n'est pas seulement un bon observateur mais encore qu'il sait raisonner et conclure, M. le rapporteur vous l'a déjà dit. Ses observations, ses judicieuses réflexions sur des points de théorie et de pratique relatifs à la catalepsie, tout décèle un praticien expérimenté.

L'épigraphe du Mémoire numéro 5, a été prise dans Cœlius Aurelianus :

« Hanc passionem (catalepsim), veteres tanquam specialem et propriam tradiderunt... ut Chrysippus memorat. »

Ce travail, qui est considérable, contient aussi une observation très-intéressante et très-bien rédigée qui appartient à l'auteur.

Une première partie est consacrée à un essai historique et critique sur la catalepsie. Il se compose de huit chapitres qui traitent successivement des périodes grecque, romaine, arabe, italienne, allemande, française, moderne, actuelle.

La deuxième partie devait comprendre douze chapitres, mais les quatre premiers seulement, relatifs à la synonymie, à la symptomatologie, au diagnostic et à l'étiologie, sont arrivés en temps opportun. La manière dont ils sont rédigés a fait vivement regretter que les autres n'aient été adressés à la Commission que beaucoup trop tardivement pour que, d'après les conditions imposées aux compétiteurs, elle pût en prendre connaissance et en tenir compte. Il est probable que sans cette circonstance, ce remarquable travail aurait obtenu le prix sans partage.

Dans cet état de choses et d'après l'avis de la Commission, l'Académie a pensé que ces deux Mémoires qui avaient chacun leurs qualités particulières, pouvaient être considérés comme se complétant l'un par l'autre et comme répondant ainsi d'une manière satisfaisante à la question mise au concours.

En conséquence, elle a décidé que le prix serait partagé entre M. Sabouraud, docteur en médecine à La Chataigneraie (Vendée), auteur du Mémoire numéro 1, et M. le docteur T. Puel, à Paris, auteur du Mémoire numéro 5.

Prix fondé par le docteur Capuron.

Question relative aux accouchements.

Un homme modeste, qui passa sa vie à dissimuler le bien qu'il faisait et dont on ne connut le noble caractère qu'après sa mort, notre regrettable collègue Capuron a laissé une rente de 1,000 fr. pour la fondation perpétuelle d'un prix dont il a chargé l'Académie de déterminer le programme et les conditions. Vous avez pensé ne pouvoir mieux honorer sa mémoire qu'en proposant une question relative aux accouchements, branche de la médecine à laquelle il consacra la plus grande partie de sa longue carrière, et vous avez choisi la question suivante :

Des morts subites dans l'état puerpéral.

Malgré tout ce qu'en ont pu dire quelques détracteurs intéressés, la science des accouchements a fait de grands progrès depuis le commencement de ce siècle. Ce serait une étude pleine d'intérêt que de rappeler ce qu'elle était il y a cinquante ans, et de montrer jusqu'où elle s'est élevée de nos jours, grâce à l'impulsion qu'ont su lui donner les hommes supérieurs qui ont eu pour mission de former les générations actuelles.

Cependant, on aurait tort de croire que le dernier mot a été dit sur toutes les questions qui s'y rattachent. C'est le sort de toutes les connaissances humaines, de voir l'horizon s'éloigner à mesure que les méthodes se perfectionnent et que les découvertes se multiplient. Les accouchements ont subi la loi commune, et quoique singulièrement perfectionnés, ils offrent encore un vaste champ d'études aussi utiles qu'intéressantes.

Par un singulier, mais triste privilége, la fonction relative à la reproduction de l'espèce est trop souvent troublée par l'invasion d'accidents variés, et d'autant plus graves qu'ils apparaissent sans que rien ait permis de les prévoir et qu'ils compromettent la vie des femmes dans un temps ordinairement fort court. Toutefois malgré l'instantanéité d'apparition et la marche rapide de plusieurs d'entre eux, l'homme de l'art est rarement réduit à l'inaction et souvent il peut employer avec succès les moyens que son expérience lui suggère; mais il est peu de médecins, parmi ceux qui se livrent à la pratique des accouchements, qui n'aient eu l'occasion d'observer des cas bien autrement désespérants.

Dans ceux-ci, en effet, c'est au milieu de conditions en apparence les plus rassurantes qu'apparaissent des phénomènes encore peu connus, mais qui ont une telle gravité et qui marchent avec une rapidité si grande que presque jamais l'homme de l'art n'arrive que pour constater la cessation de la vie.

Et s'il demande à l'examen microscopique l'explication de ces morts foudroyantes, il n'a pas même la triste consolation de trouver une lésion qui puisse le satisfaire.

Ces cas signalés déjà depuis longtemps, se sont reproduits maintenant un assez grand nombre de fois chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, pour qu'il soit nécessaire d'en rechercher la cause dans les modifications créées par l'état puerpéral, et ce sont ces faits malheureux, qu'entoure encore une obscurité complète, que l'Académie avait exclusivement en vue lorsqu'elle proposa la question : *Des morts subites dans l'état puerpéral.*

Mais soit que l'énoncé de la question n'indiquât pas d'une manière suffisamment claire le but qu'elle proposait aux recherches des savants; soit que les difficultés inséparables d'un pareil sujet les en ait involontairement détournés, toujours est-il que pas un des quatre compétiteurs qui ont envoyé des Mémoires n'a saisi la question à son véritable point de vue. Aussi avez-vous décidé, d'après l'avis de votre Commission, qui était composée de MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Cazeaux et Depaul, que les intentions de l'Académie n'ayant pas été comprises, le prix ne serait pas décerné cette année, et que la même question serait remise au concours pour 1857.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'algidité progressive chez les nouveau-nés.

Par le docteur E. Hervieux.

L'auteur a résumé son travail dans les conclusions suivantes :

1° Il existe chez les nouveau-nés, placés dans certaines conditions, un état particulier indépendant du sclérème, et qu'on peut désigner sous le nom d'algidité progressive.

2° Cet état se caractérise non-seulement par l'abaissement progressif de la température du corps, mais par la dépression progressive simultanée de la circulation et de la respiration.

3° La plupart des nouveau-nés atteints d'algidité progressive sont pâles, décolorés, souvent réduits au marasme, et semblables à de petits vieillards; leurs mouvements sont obscurs, leurs cris voilés et leur sensibilité presque nulle.

4° Les trois causes principales qui semblent produire l'algidité progressive sont, d'une part, la faiblesse congénitale, d'une autre part, l'insuffisance de l'alimentation et le décubitus prolongé dans la position horizontale.

5° Le sein de la mère et la sollicitude dont elle saurait entourer son enfant seraient, en ville, le seul remède à opposer au mal. Dans les hospices destinés aux nouveau-nés, il suffirait d'augmenter le nombre des filles de service pour prévenir l'apparition de l'algidité progressive.

Ce résumé, tracé par l'auteur lui-même, suffit pour montrer que l'état morbide dont il s'occupe n'est pas un ordre de phénomènes nouveaux; ce que M. Hervieux nomme algidité progressive est connu de tous les praticiens. L'auteur a eu surtout le mérite de préciser certains points de cet état morbide, par exemple, les modifications de température : celle-ci peut descendre en trois jours de 37, 27, 25 et 24 degrés centigrades. La même décroissance s'observe dans le nombre des pulsations et des respirations. Nous devons donc savoir gré à M. Hervieux d'avoir mieux précisé quelques faits depuis longtemps acquis à la science. (*Arch. gén. de méd.*, novembre 1855, p. 559.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 décembre 1855. — Président M. Regnault.

Recherches sur la respiration.

M. Poiseuille adresse un Mémoire qu'il résume ainsi :

Les changements de volume que présente le poumon, lors de l'inspiration et de l'expiration, apportent dans l'état fonctionnel de cet organe des différences qui jettent un nouveau jour sur l'étude de la respiration.

Une expiration vient d'avoir lieu, trois ou quatre secondes se sont écoulées et le besoin d'une inspiration se fait sentir; tous les auteurs sont d'accord sur la cause de cette sensation. En effet, l'air contenu dans la poitrine a abandonné une partie de son oxygène et reçu une certaine quantité d'acide carbonique, il est devenu irrespirable, c'est-à-dire impropre à convertir le sang veineux en sang artériel; cet air n'est point expulsé pour être entièrement remplacé par de l'air ambiant; l'inspiration se produit, et de l'air pur vient se mêler à l'air vicié. Néanmoins toute la masse de ce mélange ne va pas servir à l'hématose, comme on pourrait le penser : un besoin nouveau naît aussitôt, celui d'une expiration succédant *immédiatement* à l'inspiration. Chacun peut, en effet, constater sur lui-même la sensation de gêne qu'on éprouve à retarder l'expiration, sensation qui est presque aussi pénible que celle qui accompagne le retard de l'inspiration, après les quelques secondes qui suivent l'expiration.

Les physiologistes ont reconnu que l'expiration succédait immédiatement à l'inspiration, mais ils n'ont donné de ce fait aucune interprétation sérieuse. « On s'est perdu en subtilités, dit l'ouvrage le plus moderne de physiologie, pour expliquer comment l'expiration succédait à l'inspiration. » C'est ce point de la respiration que je me propose d'examiner.

Lorsque dans l'inspiration, l'air est appelé dans la poitrine, le poumon augmente de volume, il se dilate; cette dilatation porte particulièrement sur les vésicules pulmonaires, et cela, par suite de leur communication directe, à l'aide des bronches, avec la trachée-artère : leur capacité s'accroît et, par conséquent, leur surface augmente d'étendue (1). Le contraire a lieu dans l'expiration, puisque le volume du poumon diminue. Or, le fond de chaque vésicule, ainsi que les parois latérales, contiennent dans leur épaisseur un réseau de capillaires sanguins très-abondants, qui obéissent à l'ampliation ou au retrait de la cavité de la vésicule, de telle sorte que l'air de la vésicule augmentant dans l'inspiration, les capillaires s'allongent, et leur diamètre est en même temps diminué. Au contraire dans l'expiration, eu égard au retrait de la vésicule, sa surface diminuant, le diamètre

(1) Chez un homme la trachée-artère ayant été liée avant d'ouvrir le thorax, les deux poumons nous ont présenté un volume de 6,8 décimètres cubes environ. Une inspiration ordinaire introduit dans le poumon environ 600 centimètres cubes d'air; et dans une inspiration profonde et prolongée, il peut en entrer 2 à 3 litres et plus, ainsi que nous nous en sommes assuré directement.

des capillaires augmente, et leur longueur diminue. Ces changements dans la longueur et le diamètre des capillaires pulmonaires, coïncidant les uns avec l'inspiration, les autres avec l'expiration, doivent nécessairement amener des différences considérables dans les quantités de sang qui traversent le poumon dans ces deux temps de la respiration, si l'on a présentes à l'esprit les lois qui président à l'écoulement des liquides dans les tubes de très-petits diamètres, lois en vertu desquelles, la longueur du tube devenant, par exemple, double, il passe *deux fois* moins de liquide; le diamètre devenant moitié, il en passe *seize* fois moins. Ainsi dans l'inspiration, les capillaires allongés et rétrécis ne donneront passage qu'à une quantité de sang moins considérable que celle qui les parcourt après l'expiration.

Des considérations précédentes, il résulte donc que l'inspiration entrave la circulation des capillaires du poumon, lorsque l'expiration la favorise. Or personne n'ignore la perturbation qu'éprouvent nos organes et surtout le cerveau, lorsqu'ils reçoivent une quantité de sang moindre que celle qui leur arrive ordinairement; ainsi le temps d'une inspiration étant prolongé, il passera moins de sang du cœur droit au cœur gauche, et la quantité de sang lancée par le cœur aortique à toutes les parties du corps, et par conséquent au cerveau, sera diminuée : de là, suivant nous, la sensation de gêne qu'on ressent, lorsque l'expiration ne succède pas immédiatement à l'inspiration (1).

Nous croyons devoir conclure de ce que nous venons d'exposer que, si d'un côté l'inspiration est indispensable pour subvenir aux changements chimiques qu'éprouve l'air dans les poumons, d'un autre côté l'expiration fait cesser les changements physiques défavorables au cours du sang qu'éprouvent dans l'inspiration les capillaires de cet organe.

Bien que les raisonnements que nous venons d'invoquer nous paraissent incontestables, nous n'avons pas négligé de rechercher les faits qui peuvent confirmer à posteriori notre manière de voir

Aussi avons-nous pensé devoir démontrer directement que dans l'inspiration, le poumon étant dilaté, ses capillaires s'allongent et diminuent de diamètre; qu'ils donnent passage dans cet état à une quantité moindre de liquide; enfin que la vitesse du sang qui les parcourt est en même temps diminuée.

Le premier point a été constaté par les injections. Une masse est préparée de telle sorte qu'elle conserve sa liquidité au-dessus de 40 degrés, et devienne solide au-dessous. Un poumon non insufflé, convenablement chauffé dans de l'eau à 55 degrés, est injecté avec cette masse par l'artère pulmonaire : le poumon étant toujours dans l'eau chaude, on insuffle une bronche se rendant à l'un des lobes, et continuant avec la bouche cette insufflation, on plonge tout le poumon dans l'eau froide; au bout d'un certain temps la masse est refroidie dans tous les vaisseaux. Les uns appartenant à un lobe insufflé, les autres à un lobe non insufflé, des portions de l'un et de l'autre lobe sont examinées au microscope; dans le premier, c'est-à-dire celui qui a été insufflé, les vaisseaux capillaires sont plus allongés et d'un diamètre plus petit que dans le lobe qui n'a pas été insufflé, ainsi qu'on peut le voir dans les dessins qui accompagnent ce travail. J'ai répété ces préparations sur des poumons d'hommes, de femmes et d'enfants, et les mêmes résultats ont été obtenus.

Ainsi se trouve établi anatomiquement que le poumon étant insufflé, c'est-à-dire dans l'inspiration, les capillaires pulmonaires s'allongent et leur diamètre diminue.

Nous avons cherché le temps que mettait à s'écouler, en passant par les capillaires du poumon, une même quantité de liquide n'imbibant que difficilement les tissus, l'organe étant *insufflé* et *non insufflé*, sous la pression de 14 à 15 millimètres de mercure, qui est celle du cœur droit; et nous avons constaté sur un poumon de lapin mort d'hémorrhagie, que la durée de l'écoulement de 3 centimètres cubes environ, le poumon non insufflé, était de 1'20", et l'organe insufflé, de 1'59"; dans une insufflation plus grande que la précédente, le temps a été de 2' 19".

Cette expérience, répétée sur des poumons de chats et de chiens tués par l'hémorrhagie, nous a donné des résultats analogues à ceux que nous venons de rapporter, c'est-à-dire que la durée de l'écoulement a toujours été plus considérable, le poumon étant insufflé.

Nous pouvons donc dire que l'insufflation retarde le passage des liquides dans les capillaires du poumon.

Quelques animaux de la classe des reptiles nous ont servi à établir la vérité du troisième point, à savoir que l'inspiration, dilatant le poumon, entrave la circulation dans les capillaires pulmonaires.

Une grenouille est épinglée sur une lame de liége, on fait une incision à la peau et aux muscles, sur l'un des côtés de la poitrine; le poumon sort par l'ouverture, et le volume qu'il acquiert est en raison de l'air qui y est poussé par l'animal : si la grenouille est très-vivace, son ampliation pourra varier dans des limites qui permettront d'examiner au microscope la circulation à travers ses parois devenues transparentes par la dilatation de l'organe, en saisissant les moments où il est plus ou moins dilaté, et cela à l'aide d'un faible grossissement, 60 à 80 diamètres par exemple, puisque alors on peut, avec un peu d'habitude, placer aisément et instantanément le poumon au foyer du microscope. C'est ainsi que nous avons pu constater que la vitesse des globules du sang, très-grande lors d'une certaine ampleur de l'organe, diminuait de plus en plus, toutes choses égales d'ailleurs au fur et à mesure de sa dilatation.

Cette expérience peut être faite avee plus de facilité sur le crapaud, moins irritable en général que la grenouille.

Ainsi se trouve établi un nouveau lien entre la circulation du sang dans les capillaires des animaux vivants, eu égard aux variations de leur longueur et de leur diamètre, et l'écoulement des liquides dans les tubes inertes de très-petits diamètres.

Des faits qui précèdent, nous pouvons donc conclure qu'en effet l'inspiration entrave la circulation capillaire des poumons, tandis que l'expiration la favorise.

Nous ne saurions terminer sans parler d'un corollaire qui découle naturellement de cette proposition. Le médecin est appelé dans certaines circonstances à pratiquer la *respiration artificielle*, par exemple dans l'asphyxie par submersion chez les noyés, dans la mort apparente des nouveau-nés; si l'opérateur, tout entier à l'idée d'introduire de l'air dans la poitrine à l'aide du tube laryngien, fait des insufflations pulmonaires *prolongées* au lieu d'être *instantanées*, il agira évidemment au profit de l'asphyxie qu'il se propose de combattre.

Ces recherches sont extraites d'un travail sur le poumon, dont je m'occupe depuis plusieurs années, et dans lequel ont bien voulu m'assister tour à tour MM. les docteurs Rouget, Balbiani et Le Gendre.

Dans un très-prochain travail, j'examinerai, aidé des lumières d'un chimiste connu de l'Académie, les altérations que l'air subit dans le poumon de l'homme, en faisant varier, autant qu'il est possible, suivant les dispositions individuelles, la durée de l'inspiration et de l'expiration.

De la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse.

M. Baudens adresse sur ce sujet la note suivante :

Parmi les grandes questions de la chirurgie des champs de bataille encore controversées et qui, pendant ma mission à l'armée d'Orient, ont fixé mon attention, se trouve celle-ci :

1° Quelle est la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse?

L'opinion de tous les médecins chefs d'ambulance, et cette opinion a été confirmée par ce que j'ai vu dans les hôpitaux de-

(1) N'oublions pas de faire remarquer que nous cherchons à interpréter ici les phénomènes de la respiration examinés à l'état normal, et non dans les cas où, la volonté étant en lutte avec l'instinct, comme chez le coureur, le nageur, le plongeur, etc., les phénomènes que nous étudions présentent des variations plus ou moins considérables.

puis Marseille et Toulon jusqu'à Constantinople et la Crimée, est que la désarticulation du genou doit être préférée à l'amputation de la cuisse toutes les fois qu'il n'est pas possible d'amputer la jambe au-dessous de la rotule. Il est en effet incontestable que la désarticulation du genou a réussi dans un nombre de cas donnés, plussouvent que l'amputation de la cuisse, même au tiers inférieur. Mais l'amputation du genou doit être préférée à celle de la cuisse à une condition expresse, à savoir qu'elle sera faite immédiatement, c'est-à-dire dans les premiers moments qui suivent la blessure. Consécutivement, l'amputation de la cuisse devrait avoir le choix. Cette seconde opinion concorde encore de tous points avec ce que j'ai observé, écrit et professé au Val-de-Grâce pendant les dix années que j'ai été à la tête de ce grand hôpital. Les beaux résultats de désarticulation du genou, consignés spécialement dans ma clinique des plaies d'armes à feu, ont été obtenus en campagne sur des militaires qui venaient d'être atteints par le plomb ennemi.

La eifférence des succès dus à la désarticulation du genou immédiate ou consécutive tient à ce que, même dans l'état de santé, le volume des os n'est pas en harmonie parfaite avec la quantité des parties molles; et la disproportion devient plus grande encore quand le malade a perdu de son embonpoint par suite de souffrances prolongées et d'abondantes suppurations.

Le procédé opératoire qui, en Crimée, a donné de si beaux résultats, a toujours été le même. Tous les chirurgiens ont eu recours à celui que j'ai créé et qui m'a si bien réussi, au procédé à lambeau semi-lunaire antérieur, avec conservation d'un gros trousseau de muscles pour masquer en arrière l'échancrure intercondylienne du fémur.

Vision.

M. Dubrunfaut adresse la Note suivante.

On sait que les pupilles se contractent ou se dilatent dans diverses conditions de la vision normale, et que ces mouvements des muscles de l'iris ont, en général, une liaison intime avec les variations d'intensité du stimulus lumineux. M. Vallée a même émis cette conjecture : que les mouvements que l'on observe dans l'iris, quand on accommode la vue aux distances, pourraient jusqu'à un certain point être uniquement subordonnés à l'influence de la lumière. Ces mouvements, en effet, sont consécutifs au changement de convergence des axes visuels, et leur sens est bien tel que l'exigerait une explication qui les ferait dériver de l'action d'un même stimulus fonctionnant à des distances différentes. Nulle expérience décisive, y compris celle de M. Plateau, ne permet d'ailleurs d'attribuer aux iris la faculté de subir des mouvements purement volontaires, comme ceux de la locomotion, ni même des mouvements mixtes, comme ceux qu'on reconnaît aux sphincters.

On admet que dans la vision binoculaire les images formées sur les parties centrales ou correspondantes des rétines se superposent le plus souvent dans le sensorium pour produire une sensation simple, et qu'alors la sensation lumineuse perçue par chaque œil est moindre que celle qui est perçue par les deux yeux. Là se bornent nos connaissances sur cette particularité de la vision, et elles s'appliquent évidemment au simple examen de la fonction de chaque œil dans la vision binoculaire.

Si l'on regarde successivement une image, une surface blanche, par exemple, placée sur un fond noir, avec un œil, puis avec les deux yeux, on ne peut reconnaître aucune différence dans la sensation perçue, et l'éclat de la surface se montre le même dans les deux cas. Cette simple observation, rapprochée des faits connus, pourrait, à défaut d'autres observations, justifier l'énoncé suivant, savoir : que la quantité de lumière qui arrive au sensorium est la même pour un même stimulus, soit que la sensation lui arrive par l'intermédiaire d'un œil fonctionnant seul, ou par l'intermédiaire des deux yeux fonctionnant simultanément.

En poussant plus loin cet examen, c'est-à-dire en observant ce qui se passe dans l'état de la pupille, dans les deux cas que nous venons de spécifier, on remarque qu'elle est inégalement dilatée : elle l'est moins dans la vision binoculaire et elle l'est plus dans la vision monoculaire. Si l'on accompagne ces observations de la mensuration du diamètre de la pupille dans les deux cas mentionnés, on y trouve la démonstration mathématique du théorème que nous venons d'énoncer. On reconnaît, en effet, que le diamètre de la pupille, dans la vision monoculaire, est au diamètre de la même pupille dans la vision binoculaire $:: \sqrt{2} : \sqrt{1}$.

Ce fait se vérifie dans tous les cas où la vision s'exerce sans malaise et sans contrainte, c'est-à-dire dans les limites moyennes de contraction et de dilatation des pupilles. Il se vérifie sur des vues myopes comme sur des vues presbytes, nonobstant l'impressionnabilité différente de ces vues par un même stimulus. Il se vérifie encore avec la lumière artificielle comme avec la lumière naturelle.

Si l'on rapproche ces faits de ceux qui sont connus sur l'inégalité des faisceaux lumineux que les pupilles admettent quand nos sens sont impressionnés par des stimulus d'intensités inégales, on pourra être disposé à donner à notre théorème une forme plus générale, et à attribuer ainsi à la pupille une sorte de fonction photométrique dont on pourrait au besoin tirer parti. Cette fonction existe dans certaines limites qu'on pourra déterminer, et elle peut se déduire rigoureusement de nos expériences; mais des observations faciles à faire démontrent aussi que cette interprétation des faits que nous avons signalés n'a pas une valeur absolue.

Nous ne croyons pas avoir qualité pour tirer des observations précédentes toutes les conséquences qui peuvent s'en déduire, et, pour nous servir de ces conséquences, pour étayer ou infirmer les doctrines physiologiques et psycologiques reçues. Nous avons voulu seulement publier des faits que nous avons communiqués à beaucoup de personnes depuis dix à douze ans que nous les avons observés, et nous avons cru que leur publication pourrait encore avoir quelque caractère de nouveauté et quelque intérêt. Nous ne terminerons cependant pas cette Note sans faire ressortir une conséquence remarquable qui en découle spontanément.

La fonction régulatrice que les centres nerveux accomplissent automatiquement avec les pupilles pour n'admettre qu'une quantité constante d'un même stimulus lumineux, soit que la perception s'opère par les deux séries d'organes doubles de la vision, soit qu'elle s'opère par une seule série, prouve que chaque organe considéré individuellement, ou chaque série d'organes doubles considérée collectivement, n'a aucune sensibilité propre pour le stimulus lumineux, puisqu'ils peuvent indifféremment, dans les mêmes conditions et sans gêne apparente, livrer passage aux agents promoteurs d'une sensation simple ou double. Elle prouve que le conflit ne peut se produire ni dans chaque rétine, ni dans chaque nerf optique, ni dans chaque tubercule, ni dans chaque hémisphère cérébral, ni dans chacune de ces séries d'organes doubles, intermédiaires de perception visuelle. Elle prouve encore qu'il y a au delà de ces deux séries d'organes, ou dans leurs derniers termes, quelque chose qui fonctionne comme organe simple et unique de perception, qui palpe les faisceaux lumineux et les mesure avec une précision admirable pour en régler l'admission conformément à son impressionnabilité et à ses besoins. Ce quelque chose, si nos connaissances nous permettent de le matérialiser comme Descartes, Lapeyronie et Willis, ne peut être autre que le *cerveau proprement dit*. M Flourens a, en effet, démontré que les lobes cérébraux, outre la fonction individuelle qui les met au service des deux yeux, fonctionnent collectivement comme organe unique des perceptions des volitions et de l'intelligence.

Sur des contractions toniques des muscles pendant la galvanisation des nerfs antagonistes.

M. Remak (de Berlin) adresse la Note suivante :

D'après les observations de Nobili, de M. Matteucci, et no-

tamment de M. Eckhard sur l'influence paralysante que, dans la grenouille, le courant galvanique constant exerce sur un nerf moteur faisant partie de la chaîne, il me semblait probable que la galvanisation des nerfs moteurs dans l'homme devait mettre en jeu les propriétés toniques des nerfs et des muscles antagonistes. Partant de ce point de vue, j'ai entrepris sur des hommes sains des expériences qui ont donné des résultats les plus satisfaisants.

Quand on conduit le courant de 15 à 30 éléments de Daniell par le nerf médian, soit par sa partie brachiale, soit par sa partie antibrachiale ou par le long du nerf, les muscles extenseurs de la main se contractent et lèvent la main. Cette contraction dure jusqu'à l'interruption du courant, sans empêcher tout à fait l'influence volontaire sur les muscles flexeurs qui se trouvent sous l'impression paralysante du courant galvanique. La contre-action des muscles extenseurs est plus forte pendant la galvanisation des deux nerfs flexeurs, c'est-à-dire du nerf médian et du nerf cubital. De l'autre côté, la galvanisation du nerf radial est suivie d'une contre-action combinée de deux nerfs flexeurs. On peut même démontrer une opposition analogue entre ces deux nerfs flexeurs eux-mêmes en galvanisant seulement le nerf cubital. En général, donc, la galvanisation d'un des trois nerfs moteurs de l'avant-bras provoque la contre-action des deux autres nerfs.

L'effet du courant ascendant est évidemment plus fort que celui du courant descendant; pourtant, après avoir galvanisé un nerf pendant quelque temps par le courant ascendant, on observera des effets plus prononcés en changeant les électrodes. Quand le courant n'est pas assez fort, la galvanisation d'un nerf est suivie d'une lutte entre les contractions toniques des muscles antagonistes, dans laquelle quelquefois le nerf galvanisé reste supérieur. Notamment, le courant descendant laisse souvent intactes ou augmente même les forces toniques des rameaux du nerf galvanisé qui partent au-dessous de l'électrode négative. Dans tous ces cas, on fera vaincre les nerfs antagonistes en renforçant le courant ou en changeant sa direction.

Cette propriété des nerfs moteurs d'être paralysés ou affaiblis par le courant galvanique, offre des différences plus grandes encore que leur excitabilité. Un appareil télégraphique de nouvelle invention, de MM. Siemens et Halske, dont le courant galvanise et produit, dans le même temps, des contractions cloniques, permet de faire sur ce point des recherches comparatives.

Il semble, du reste, impossible d'apaiser les forces toniques d'un muscle par galvanisation immédiate. Sous ce rapport, mes expériences sont d'accord avec les résultats décrits dans ma brochure *Sur l'électrisation méthodique des muscles paralysés*, dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie dans sa séance du 27 septembre, et qui démontrent, à ce que je crois, sur l'homme vivant, que l'irritabilité des muscles n'existe pas, et, par cette raison, l'électrisation nommée *immédiate* n'agit que par excitation des nerfs intramusculaires.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Ce qu'était Dupuytren. — On ne se tromperait probablement pas beaucoup si l'on disait que parmi les conditions sociales les plus propres à tempérer l'impressionnabilité des nerfs et à nous faire revenir des illusions de l'enfance, la pratique de la médecine, et plus encore celle du journalisme tiennent le premier rang. Il y a pourtant des âmes privilégiées qui résistent à ces rudes épreuves; tel est M. Diday : il a su conserver l'heureuse imprévoyance et la charmante naïveté de l'enfant, et même de l'enfant terrible, qui est habituellement un enfant de l'âge le plus tendre. On sait quelles espiègleries il a faites à son spirituel maître et ami, M. Ricord; voici le tour qu'il vient de jouer à son maître et seigneur, Dupuytren.

Aucun de nos lecteurs n'a oublié la partie du remarquable discours officiel de M. Malgaigne, où l'éloquent orateur rendait compte de l'entrée de Roux à l'Hôtel-Dieu et d'une conspiration prétendue, ourdie contre ce chirurgien par les élèves de Dupuytren.

M. J. P. Tessier a d'abord réfuté avec l'habileté qui le caractérise les allégations de M. Malgaigne sur ce point, et quant aux insinuations plus ou moins transparentes que l'orateur de la Faculté avait fait peser sur la mémoire de Dupuytren, M. Tessier les réduit sans peine à néant, en proclamant Dupuytren un génie.

M. Diday est intervenu à son tour, et n'ayant pas trouvé les arguments de M. Tessier tout à fait bons ou tout à fait sincères, il leur a substitué les suivants :

« Ainsi donc, » dit M. Diday, « nulle hostilité contre Roux que l'*arme du silence et de la froideur;* nul complot que le concert des regrets et de l'éloge du passé, *sans malveillance aucune.* »

Ainsi, devons-nous remarquer à notre tour, tout en niant le complot, M. Diday déclare que le *silence* et la *froideur*, les regrets et l'éloge du passé étaient portés au point de constituer des armes. Quelles étaient donc les véritables limites de ce *silence* du *peuple* qui, jusqu'à présent, n'avait été que la leçon des rois? Voici comment M. Diday les pose :

« Quand, pour sa première leçon, Roux se fut fait ouvrir l'amphithéâtre, le fauteuil de Dupuytren, ce siége connu de deux générations, n'y était plus : *l'un de nous l'avait enlevé, ne voulant pas permettre* que Roux pût avoir littéralement *pris la place* de son illustre prédécesseur. »

On voit qu'on ne saurait comprendre d'une façon plus neuve et plus inattendue l'acception des mots silence et froideur. Il ne reste à M. Diday qu'à faire accepter, je ne dis pas aux quarante, ce qui serait un médiocre avantage, mais au public, sa nouvelle définition.

Après avoir si bien réfuté l'opinion de M. Malgaigne sur le complot, M. Diday n'a pas été moins heureux à dissiper les insinuations du savant critique touchant la sincérité scientifique de Dupuytren :

« Ses ingénieuses créations, dit-il en parlant de Roux, sa courageuse persévérance au travail, *par dessus tout sa rare loyauté*, DÉFI *incessamment* jeté à son redoutable émule (Dupuytren), demeurerait des titres de gloire bien suffisants pour rendre impérissable le souvenir de son mérite, de ses vertus chirurgicales. »

Pauvre Dupuytren, qu'étais-tu donc, que la loyauté fût un *défi* incessamment jeté à ta mémoire? Hélas! M. Malgaigne est bien loin d'avoir porté jusque là sa main sacrilége. A-t-il eu tort, ou bien est-ce M. Diday? L'avenir nous l'apprendra, et pour le dire d'avance, je crains bien que l'avenir ne donne raison à M. Diday, car les enfants terribles ne sont terribles précisément que parce qu'ils disent vrai.

Conformément à la double présentation faite par l'Académie et par le Collége de France, M. Cl. Bernard a été nommé professeur de physiologie dans cet établissement.

— Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que l'état de M. le professeur Bérard se maintient de façon à ne plus laisser d'inquiétude sur l'issue de la maladie grave dont il a été atteint.

— M. le docteur Oliffe a été nommé officier de la Légion d'honneur.

Pour toutes les variétés, — H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimé par BONAVENTURE et DUCESSOIS, 55, quai des Augustins.

1re Série. Tome 3. N° 155. 3e année. Vendredi 28 Décembre 1855

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce journal paraît 3 fois par semaine : Le lundi, le mercredi, le vendredi.

BUREAUX : Rue de l'Odéon, 22. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal ; *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Sur l'anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus, à propos d'un travail de

M. le docteur FÉLIX HUTIN,

Médecin en chef de l'Hôtel impérial des Invalides, etc. (1)

Le travail que nous devons faire connaître à nos lecteurs se recommande à l'érudit, comme au praticien, par la source dont il émane, son auteur, à la fois observateur consciencieux et médecin savant, étant placé à la tête de la plus vaste institution qui ait jamais été fondée pour des blessés, et son travail ayant reçu la sanction de l'Académie impériale de médecine, qui l'a couronné dans sa séance publique annuelle du 12 décembre 1854. Nul n'était mieux placé que M. Hutin pour contrôler, par l'observation des faits, les différentes théories émises sur la cicatrisation des tissus de l'économie animale, pour les comparer entre elles et, pour porter un jugement plus autorisé ; nul, disons-le de suite, n'aurait mieux élucidé cette question et traité, d'une manière plus profitable pour la science et la pratique de la médecine, un sujet encore si controversé.

Les deux opinions, qui ont régné de tout temps, dans la science, sur la nature des cicatrices, sont d'abord appréciées par M. Hutin dans un résumé historique succinct. L'auteur partant de cet aphorisme d'Hippocrate : « Dans les sections des os, d'un cartilage, d'une partie nerveuse, de la portion mince de la joue, du prépuce, il n'y a ni réparation ni réunion » (19, sect. II), rappelle la doctrine de la régénération des chairs qui a remplacé la théorie des anciens et régné exclusivement jusque vers la fin du XVIIIe siècle, époque à laquelle Fabre a engagé, à l'Académie de chirurgie, une lutte qui n'a pas duré moins de cinq ans, mais qui du moins (en ce temps-là les débats n'étaient pas de pures logomachies), s'est terminée par cette conclusion, à peu près d'accord avec l'opinion ancienne, que les tissus se réparent, mais ne se reproduisent pas, opinion que le génie de Hunter a fortifiée par des recherches expérimentales, que Delpech a soutenue et qu'admettent M. Cruveilhier et M. Hutin. Il nous sera facile de prouver que le temps de trancher cette question d'une manière nette, irrévocable, n'est pas encore venu, et qu'il est très-possible, actuellement, qu'une opinion mixte se place, provisoirement du moins, entre celle des anciens, reprise par les modernes, et celle de la régénération des tissus.

(1) *In Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XIX, et, séparément, in-4° de 144 pages. Paris, 1855, chez J.-B. BAILLIÈRE.

Dans un chapitre spécial, plein d'intérêt, M. Hutin étudie le mécanisme de la cicatrisation, suivant qu'elle est une réunion par première ou bien par seconde intention. Celle-là qui, pour Hunter, est la conséquence la plus naturelle d'une inflammation survenue dans des parties saines, appelée inflammation adhésive, est produite, selon M. le professeur Cruveilhier, en vertu d'une tendance irrésistible et instinctive des tissus lésés dans leur continuité ; elle passe, d'après la description du chirurgien des Invalides, par un certain nombre de phases qui comprennent, en partant de la solution de continuité, l'hémorrhagie, suivie de l'oblitération plus ou moins prompte des vaisseaux, un suintement séro-glutineux sur la surface traumatique et l'organisation définitive de la lymphe plastique, si les parties divisées se trouvent dans les conditions favorables à leur agglutination.

Ces phénomènes ne sont pas aussi simples, ni aussi universellement reconnus par les physiologistes et les pathologistes du monde savant. Chacun admet cependant que toute organisation présuppose l'existence d'une matière amorphe, capable de s'organiser et composée de substances protéiques, de sels et de matière grasse. Le liquide de l'économie qui possède au plus haut degré toutes ces qualités, c'est le sang, abstraction faite de ses corpuscules, non pas seulement la sérosité *post mortem*, mais bien la partie liquide vivante de sang contenant et la fibrine, et l'albumine, et la caséine, et la matière grasse, et des sels ; cette partie enfin qu'on appelle le blastème, le cytoblastème, *mucus matricalis*, la matière formatrice ou bien la lymphe plastique, coagulable, organisable, etc. Mais dans les solutions de continuité, c'est le sang en nature qui est extravasé et qui comble l'hiatus que laissent entre eux les tissus divisés. Il se présente donc là certaines questions préliminaires : celle de savoir ce que devient ce sang ? Celle de savoir comment il agit sur les parties voisines ?

Hunter, ne nous dit-il pas déjà par une sorte d'inspiration, que « le sang, placé dans des conditions convenables, peut, lorsqu'il est extravasé, se transformer spontanément en des parties susceptibles de mouvements et propres à accomplir toutes les fonctions d'une partie quelconque du tout vivant. » (T. I, p. 274, trad. franç.) Mais à peine son commentateur, J.-F. Palmer, lui accorde-t-il que les caillots du sang épanché favorisent l'agglutination des lèvres de la plaie en la protégeant contre l'action des influences extérieures, et M. Cruveilhier les regarde comme nuisibles à la réunion par première intention et même comme lui étant absolument incompatibles. Cette opinion est généralement admise par les auteurs français, on ne sait trop d'après quel article de foi, mais bien certainement, que nous sachions du moins, en dehors de toute espèce de conviction basée sur l'expérience ou l'observation de faits concluants.

Cependant les recherches anatomo-pathologiques nous ap-

prennent que le sang extravasé peut être résorbé, primitivement, en totalité ou en partie, après dissolution des globules ou secondairement, après coagulation et liquéfaction consécutives; toutefois son principe colorant subsiste à l'état pigmentaire plus ou moins longtemps; d'ailleurs la résorption est d'autant moins complète que la coagulation est plus prompte et plus générale; c'est principalement, suivant le professeur Bock (de l'Université de Leipzig), la partie périphérique et fibreuse du caillot qui s'oppose à la résorption; c'est elle aussi qui irrite les parties voisines et les enflamme. Sous cette influence, disent les professeurs Henle, Rokitansky, Vogel et Bock, une portion du caillot se liquifie de nouveau et subit les mêmes métamorphoses que les exsudations plastiques; tandis que l'autre portion, si les circonstances sont favorables, atteint différents degrés d'organisation; le caillot fibreux se transforme en fibres et la matière séro-albumineuse en cellules. Cependant le contact de l'air ou d'autres gaz, la viciation du sang ou d'autres conditions peuvent frapper de mort le liquide extravasé et y engendrer du pus ou de la gangrène.

Ainsi, l'extravasion du sang et l'inflammation des surfaces de la solution de continuité sont des phénomènes presque concomitants, à la suite desquels commence une réorganisation et se fait une exsudation de blastème, de lymphe coagulable. Celle-ci, dans l'opinion de Hunter, « est sécrétée du sang, sous l'influence de la disposition inflammatoire des vaisseaux; » et quelques lignes plus loin, il ajoute : « Lorsque les grandes cavités, qui se prêtent très-bien à des observations précises, ont été enflammées, on trouve répandue à la surface de leurs parois, ou flottant dans leur intérieur, une substance semblable à la lymphe coagulable, telle qu'elle se sépare du sérum et des particules rouges. » (*Trad. franç.*, t. I, p. 419.) Tout en admettant la théorie de l'inflammation de Hunter, M. le professeur Cruveilhier, dont l'autorité en pareille matière est d'une grande valeur, ne se rallie pas de bonne grâce à l'opinion du pathologiste anglais. Ainsi il dit : « Dans toute solution de continuité, les vaisseaux divisés se retirent et s'oblitèrent, etc.... L'organe de sécrétion de la pseudo-membrane (lymphe coagulable) est un élément commun à tous les tissus, le *tissu cellulaire*, etc.... » (*Loc. cit.*, t. I, p. 225.) Mais nous savons, surtout par les belles recherches anatomo-pathologiques d'Engel, que dans les différents tissus de l'économie l'exsudation n'est pas absolument la même; elle est albumineuse dans le tissu cellulaire, séreuse dans les membranes séreuses, albumino-séreuse sur les muqueuses, fibrineuse dans le parenchyme pulmonaire, etc., quoiqu'elle contienne toujours la plupart des éléments du sang dont elle tient ses qualités, soit bonnes, soit vicieuses, et d'où seulement elle peut tirer son origine. Il est vrai que, dans une petite note placée au bas de la page 224 (*Loc. cit.*), le professeur Cruveilhier, tombe d'accord, et avec Hunter et avec l'école anatomo-pathologique allemande, en plaçant la cause de l'exhalation de la lymphe plastique dans les lésions du réseau capillaire. Si nous avions le loisir de pouvoir pousser plus loin notre investigation, nous rappellerions que l'exsudation du plasma est en rapport, non-seulement avec l'état de la masse du sang, mais encore avec la forme et la texture des capillaires, de même qu'avec le degré et le siége de l'inflammation de ces vaisseaux, comme le fait remarquer le professeur Bock, dans son savant *Traité d'anatomie pathologique* (Leipzig, 1852).

Les propriétés physiques et chimiques de la lymphe plastique sont décrites avec soin dans le Mémoire de M. Hutin. Le microscope, montrant d'abord un liquide amorphe, homogène, y découvre bientôt les corpuscules élémentaires de Henle, les noyaux et agrégation des noyaux; ce sont là les éléments indispensables à toute organisation, ce sont les parties primordiales de l'organisme autour desquelles Schleiden et Schwann ont vu, les premiers, se former l'enveloppe cellulaire et apparaître le premier organe, la cellule, d'où naissent plus tard des fibres et des membranes. Mais en même temps que ces phénomènes d'organisation s'accomplissent dans le blastème liquide, une portion plus ou moins considérable de ce produit d'exhalation se coagule et constitue un véritable caillot opalin, strié, vésicule plus ou moins consistant, analogue à celui qui se forme après l'extravasion du sang en nature.

Ainsi, jusqu'à présent, la solution de continuité est comblée par des cellules naissantes ou des corpuscules élémentaires nageant dans de la lymphe coagulable, base du tissu en voie de régénération, et dont l'organisation complète est le terme de la réunion par première intention; mais il reste encore le plus souvent deux espèces de caillots, dont les uns, diversement colorés, proviennent du sang extravasé, et dont les autres, d'un jaune pâle, représentent la lymphe exsudée et solidifiée. Les pathologistes allemands, Henle, Rokitansky, Engel, Vogel, Bock, etc., enseignent que ces caillots se liquéfient en partie et sont alors résorbés, mais que le résidu solide s'organise en cellules, en fibres et en membranes. Henle a récemment suivi ces phases dans un thrombus. Il a remarqué que le coagulum se dessèche, perd tout aspect strié ou réticulé, devient cassant, se sépare en conglomérats (aggrégations de corpuscules), puis, vers la fin de la deuxième semaine, en noyaux renfermant des corpuscules d'où naissent des fibres qui, à la fin de la quatrième semaine, sont larges et complétement semblables aux fibres musculaires non striées; celles-ci se subdivisent en fibriles entre la septième et la huitième semaines, deviennent onduleuses, et forment, en se réunissant, du tissu cellulaire.

Donc, l'anatomie pathologique est venue confirmer les vues élevées de l'immortel Hunter, en opposition avec l'opinion professée par M. Cruveilhier, qui pense que « le sang extravasé est complétement étranger à l'adhésion des plaies; qu'il est obstacle, jamais moyen de réunion.... » Nos lecteurs savent maintenant comment il convient d'interpréter cet axiome du même auteur : « Le sang extravasé ne s'organise jamais. » (*Loc. cit.*, p. 219.) D'ailleurs Hunter avait trop le génie de l'observation pour ne pas voir que ce n'est pas le sang en nature qui entre dans le tissu matriciel, et que certains de ses éléments sont nuisibles à la réunion par première intention. Il convient, en effet, que « quand il y a beaucoup de sang extravasé, la suppuration devient nécessaire, parce que le sang agit comme tout autre corps étranger. » (*Loc. cit.*, p. 445.) Mais la cellule, la fibre, la membrane même, étant formées, il reste encore à savoir comment ces organes vivent. Cette question est savamment discutée dans le travail de M. Hutin; cependant, aucune des opinions qui ont cours parmi nos pathologistes, sur la formation des vaisseaux sanguins, ne satisfait le chirurgien des Invalides, et il en conclut : « Tant que l'on n'arrivera pas à des démonstrations directes et palpables, on pourra dire ce que Monfalcon disait d'autres hypothèses : « Généralement approuvées hier, elles sont méprisées aujourd'hui; qui sait si demain nos doctrines n'auront pas subi le même sort? (Page 14.) » Nous sommes bien forcé de rappeler tout aussitôt que cette question n'est plus à l'état d'hypothèse depuis que Schroder Van der Kolk a prouvé que, dans les fausses membranes qui forment les adhérences entre les surfaces séreuses, il se montre des réseaux vasculaires dans lesquels l'injection permet de déceler la présence d'artères, de veines et de vaisseaux lymphatiques. Ce fait important venait d'être signalé quand le professeur Virchow entreprit ses recherches sur les éléments histologiques des pseudo membraneux ayant établi des adhérences (*In Verh d. phys. medic. Gesell. in Wurzb*, 1850); ce savant pathologiste y constata, en effet, par le même procédé, l'existence de vaisseaux artériels et veineux; d'après lui, les artères ont un trajet plus direct et parallèle aux fibres, tandis que les veines forment des sinuosités et des réseaux anostomotiques. Il a trouvé dans une adhérence entre la convexité du foie et le diaphragme, un petit nombre de vaisseaux en rapport avec l'artère hépa-

tique, tandis que l'injection par la veine porte a rendu évident un nombre bien plus considérable de vaisseaux, dont quelques-uns serpentaient sur le diaphragme lui-même, et qui allaient tous verser dans le cœur droit un sang veineux, emprunté au système de la veine porte; de là, dit-il, une cause particulière de modification, de trouble de la crase de la masse du sang. En traitant ces vaisseaux par l'acide acétique, il est aisé de distinguer, à l'aide de leur structure, les artères des veines, et celles-ci des capillaires. Le même auteur a également rencontré des vaisseaux de nouvelle formation dans les adhérences établies entre des tumeurs ovariques et la paroi abdominale; il fait observer que leur proportion est d'autant plus considérable que les adhérences offrent plus d'étendue, que la production morbide végète et s'accroît au moyen de ces vaisseaux; que, par conséquent, son pronostic même dépend de l'étendue des fausses membranes adhérentes.

(La suite à un prochain numéro.)

Rapport général sur les travaux manuscrits envoyés pour le concours des prix de l'Académie de médecine.

Par M. Depaul, rapporteur.

IIe prix Capuron.

Question relative aux eaux minérales.

C'est encore à notre bon collègue Capuron que l'Académie doit d'avoir pu mettre au concours la question suivante :

« *Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales alcalines, et préciser nettement les cas de leur application.* »

En choisissant un pareil sujet, elle ne s'est pas souvenue seulement que le fondateur avait été inspecteur d'un établissement thermal, elle a pensé qu'il était temps enfin d'apporter dans cette partie de la thérapeutique, qui a pris depuis quelques années une si grande extension, la même rigueur d'observation qui tend heureusement à s'introduire dans l'étude des différentes branches de la médecine.

Personne ne conteste aujourd'hui l'utilité des eaux minérales dans le traitement d'un grand nombre de maladies; mais si on demandait à beaucoup de médecins sur quelles données positives ils se fondent pour préférer certains établissements à certains autres, pour choisir dans chacun d'eux une source, à l'exclusion de sa voisine, qui a souvent la plus grande analogie de température et de composition chimique, ils seraient certainement embarrassés pour répondre d'une manière satisfaisante, et, au lieu de résultats précis déduits de faits rigoureusement observés, on les verrait forcés de s'en tenir à des opinions vagues, trop souvent fondées sur des croyances populaires.

Malgré les difficultés inséparables d'un pareil sujet, trois Mémoires vous ont été adressés.

L'auteur du Mémoire n° 1 ne s'est occupé que des sources de Vichy.

Il commence par l'étude des propriétés physiques et chimiques ; mais il n'ajoute rien, sous ce rapport, à ce qui est déjà connu et publié.

Le deuxième chapitre est consacré à la détermination de leur action physiologique. L'influence exercée sur les différents appareils y est indiquée avec détail.

Le troisième, qui constitue la partie la plus considérable du travail, ne contient pas moins de 1,075 observations, dans lesquelles ont été inscrits les résultats obtenus à la suite de l'administration de ces eaux dans diverses maladies. C'est là, ainsi que nous l'a fait remarquer M. le rapporteur, son principal mérite. Mais, contrairement à vos intentions, ce Mémoire n'a pas embrassé la question dans son ensemble. Trop souvent, d'ailleurs, les observations rapportées le sont sans détails suffisants au point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie.

On peut adresser à l'auteur du Mémoire n° 2 les mêmes reproches qu'à celui du travail précédent. Au lieu de s'occuper des sources minérales alcalines, en général, il n'a presque exclusivement traité que de celles de Vichy.

Il se contente d'abord de signaler les difficultés d'un pareil sujet au lieu d'essayer de les surmonter, ainsi que l'avait désiré l'Académie en le mettant au concours.

Il étudie ensuite l'action physiologique des eaux de Vichy, et passe en revue les opinions de l'école française et de l'école italienne. Il n'admet pas que le degré d'alcalisation des urines puisse servir de thermomètre, quand il s'agit d'apprécier l'influence salutaire de ces eaux.

Il rapporte un assez grand nombre d'observations qui sont classées par ordre de maladies (affections du tube digestif, lésions chroniques du foie, engorgements de la rate, affections des voies urinaires, goutte, rhumatisme, albuminurie), et il fait connaître les avantages que les divers malades ont retirés des eaux de Vichy.

Pour répondre au second terme de la question qui demandait qu'on précisât nettement les cas d'application des eaux minérales alcalines, l'auteur, tout en déclarant que la chose lui paraît impossible dans l'état actuel de la science, formule cependant les contre indications du traitement alcalin. Il la déclare nuisible dans les maladies aiguës, dans les affections chroniques du cœur et dans les affections pulmonaires.

En résumé, nous dirons avec M. le rapporteur que ce travail dénote dans son auteur un esprit sage et judicieux. L'auteur n'y a rien ajouté de son propre fonds; mais il peut être considéré comme un résumé bien fait de ce qui a été publié en France sur les eaux de Vichy. Il est rédigé, d'ailleurs, avec ordre et clarté, et l'Académie a pensé qu'il méritait d'être encouragé.

Mais le plus important des Mémoires que vous avez eu à juger est celui qui a été inscrit sous le n° 3. Les auteurs, MM. les docteurs Pétrequin et Socquet l'ont divisé en cinq chapitres.

Ils jettent d'abord un coup d'œil sur la classification des eaux minérales en général et en proposent une qui renferme six classes.

Entrant ensuite dans la question proposée, ils définissent ce qu'on doit entendre par eaux minérales alcalines, ils y comprennent toutes les eaux qui renferment comme principal élément, les carbonates ou les bicarbonates iodique ou potassique, calcique et magnésique, avec excès ou non d'acide carbonique libre.

Ils établissent, en outre, un ordre qu'ils appellent sources mixtes, comprenant les eaux qui renferment plusieurs sels alcalins associés en quantité à peu près égale.

Toutes les sources énumérées dans les neuf ordres qu'ils établissent, sont présentées dans un tableau comparatif, et graduées avec leur température et la proportion des divers principes alcalins.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'action physiologique des diverses eaux alcalines. Les auteurs s'y livrent à de longues et savantes considérations au point de vue du régime alimentaire et de ses rapports avec l'administration des eaux alcalines.

L'alcalisation des sueurs et des urines dont on s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps, n'est pour eux qu'un simple phénomène d'élimination qui n'a rien de commun avec ce qu'on a appelé une saturation de l'économie; car si cette saturation existait, elle constituerait un véritable empoisonnement incompatible avec la vie. Cet état des urines n'est pas d'ailleurs le fait capital. Les expériences de notre savant collègue, M. Durand Fardel, ont démontré qu'on ne l'observait que dans la moitié des cas, et son absence n'a pas paru avoir une influence fâcheuse sur le succès du traitement.

Quant à la dissolution du sang attribuée par quelques-uns à l'usage des eaux alcalines, ils démontrent qu'elle est fondée sur des théories purement chimiques démenties chaque jour par la pratique. Leurs partisans, ainsi que nous l'a fait remarquer

M. le rapporteur, oublient que les eaux dont il est question, ne renferment pas seulement des carbonates alcalins, mais qu'il entre en même temps dans leur composition du fer, de l'iode, de l'arsenic, etc., principes qui doivent jouer un certain rôle dans l'action thérapeutique qui se produit.

MM. Pétrequin et Socquet examinent l'action thérapeutique des eaux alcalines. Ils en étudient les indications et les contre-indications. Ils accordent justement une assez grande influence aux nouvelles conditions hygiéniques auxquelles sont soumis les malades qui se rendent dans les établissements thermaux. Mais ils pensent néanmoins que la plus grande part dans les heureuses modifications qu'on obtient, doivent être attribuées à l'action propre des eaux alcalines; ils étudient successivement les différentes sources suivant qu'elles sont à base iodique, calcique ou magnésique, et, s'appuyant sur leurs propres observations et sur les documents statistiques adressés à l'Académie, ils indiquent celles qu'il faut préférer ou rejeter dans les diverses lésions qu'on veut combattre.

Puis vient l'étude de l'action thérapeutique qu'exerce le gaz acide carbonique que dégagent les sources alcalines, et, en particulier, celle de Saint-Alban. L'application s'en fait sous forme de bains et de douches, et semble avoir déjà produit de bons résultats dans les maladies causées par la suppression de la transpiration cutanée, et quand il est utile de rétablir le flux menstruel ou hémorrhoïdal.

Dans un cinquième et dernier chapitre, les auteurs résument les indications fondamentales qui doivent présider à l'administration des eaux alcalines. Ils ne veulent pas qu'on oublie que des maladies semblables quant à la forme peuvent être très-différentes quant au fond et ne pas réclamer les mêmes sources. Ils pensent qu'on doit attacher une grande importance aux états morbides généraux connus sous le nom de diathèses.

En résumé, ce travail, dont on ne pourra se faire une juste idée qu'en le lisant tout entier, est une production vraiment remarquable. De plus, ainsi que vous l'a fait remarquer votre Commission, il a sur les deux autres le grand avantage d'avoir abordé franchement et dans son ensemble, la question telle qu'elle avait été posée, de l'avoir étudiée et de l'avoir résolue aussi complétement que la chose était possible dans l'état actuel de nos connaissances.

Après mûr examen, l'Académie adoptant les conclusions proposées dans le rapport qui a été fait sur ces trois Mémoires, a décidé que le prix de 1,500 francs serait donné à MM. les docteurs Z.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Socquet, médecin dans le même hôpital, auteurs du Mémoire n° 3, et qu'une mention honorable serait accordée à M. Willemin, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, auteur du Mémoire n° 2.

Mais l'Académie n'a pas seulement pour mission de décerner les divers prix sur lesquels je viens d'appeler son attention. Chargée qu'elle est de faire annuellement à l'autorité des rapports généraux sur trois grands services publics (les vaccinations, les épidémies et les eaux minérales); elle a pensé que, pour exciter le zèle et l'émulation des travailleurs, elle avait à proposer à M. le ministre de l'agriculture et du commerce de décerner des médailles d'argent et de bronze à ceux qui se seraient plus particulièrement distingués. Le gouvernement a compris l'utilité d'une semblable mesure, dont on voit chaque année grandir les heureux résultats.

Dans son rapport si remarquable sur les épidémies, notre collègue, M. Barth, après avoir groupé les travaux s'occupant des mêmes sujets, a surtout appelé votre attention sur ce qu'avaient présenté de particulier les épidémies de grippe, d'érysipèles, d'oreillons, d'angines couenneuses, de fièvre puerpérale, de suette miliaire, de dyssenterie, de rougeole et de scarlatine.

A propos de la variole, il vous a fait voir que partout, comme toujours, l'heureuse influence de la vaccine avait été constatée.

Vingt rapports sont arrivés des divers points de la France, sur la fièvre typhoïde, et votre Commission a su faire ressortir de leur comparaison des considérations utiles au point de vue des causes et de la prophylaxie.

Au nom de la Commission des eaux minérales, M. Guérard, si compétent en pareille matière, vous a soumis une analyse détaillée de tous les rapports et de tous les travaux spéciaux transmis à l'Académie par l'intermédiaire de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Il a savamment fait ressortir tout ce que ces documents offraient d'utile au point de vue de la médecine et de la richesse publique. Enfin, il vous a fait connaître toutes les analyses d'eaux minérales qui ont été faites par l'Académie pendant l'année 1853.

Le rapport de M. Bousquet sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1853, est, comme tous ceux que l'Académie lui doit déjà, plein de considérations élevées et de déductions pratiques d'un haut intérêt. L'expérimentation a fait justice de l'opinion de ceux qui avaient espéré régénérer le vaccin en le reportant sur la vache. On ne peut obtenir un pareil résultat qu'en profitant des cas de *cow-pox* qui se présentent de temps en temps.

Il résulte des documents nombreux qui sont arrivés à la Commission de vaccine, que l'utilité des revaccinations ne saurait plus être contestée.

Quant à l'incroyable anathème fulminé par M. L. Carnot, le bon sens et l'observation en ont fait justice depuis longtemps; mais si de nouvelles preuves étaient nécessaires, on les trouverait en grand nombre dans les rapports transmis des divers points de la France.

Les noms des lauréats resteront mentionnés dans le programme de la séance de ce jour. L'Académie reconnaîtra avec plaisir, parmi eux, des noms déjà connus dans la science.

Je m'arrête ici, Messieurs et honorés collègues; sans doute, je ne vous ai donné qu'une bien faible idée de tout ce que vous avez fait, dans le cours de l'année qui va finir, pour les sciences et l'humanité; mais j'en ai dit assez pour montrer comment vous saviez accueillir et récompenser les travaux sérieux et véritablement utiles. Je comprends d'ailleurs que vous soyez désireux d'entendre la voix éloquente et sympathique de notre secrétaire perpétuel, et je partage votre impatience.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Considérations sur les causes des apoplexies, par M. Maigné, fils de médecin.

2° Recette d'une semoule ferrugineuse.

3° Mode de traitement à employer contre le choléra, par M. le docteur Calé.

4° Etats de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE PRIVÉE.

Don. — Madame veuve Richerand fait hommage du buste en marbre de son mari.

Littérature médicale. — M. Pons communique des commentaires de sa façon sur trois aphorismes d'Hippocrate.

Bain chaud prolongé; traitement des grandes plaies. — M. Langenbeck communique des recherches sur ces deux sujets.

Fièvre typhoïde. — M. Bibart communique un Mémoire sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde.

Grossesses multiples. — M. le docteur Boulanger communique un extrait d'un long travail statistique sur les grossesses multiples et gémellaires.

L'Académie procède à la réélection des membres composant les commissions permanentes. Sont nommés :

1° Commission des épidémies : MM. Chomel et Ferrus.

2° Commission de vaccine : MM. BLACHE et DEPAUL.
3° Commission des eaux minérales : MM. CHEVALLIER et MÉLIER.
4° Commission des remèdes secrets : MM. ROBINET et BOULLAY.
5° Comité de publication : MM. ROSTAN, GRISOLLE, MALGAIGNE et Henri BOULEY.

Compresseur; Dynamomètre. — M. CHARRIÈRE présente les deux instruments suivants, le premier au nom de M. le professeur Duval, chirurgien en chef de l'école de médecine navale de Brest.

Compresseur. — Cet instrument se compose de deux modèles de compresseur à pression continue, munis d'une vis à l'aide de laquelle



on peut graduer la pression. Ces deux instruments se composent de deux tiges d'acier qui supportent à une de leur extrémité deux pelottes compressives ; à leur partie moyenne, elles sont roulées en spirale, de manière à faire deux spires concentriques. Chacune des deux extrémités de la tige, c'est-à-dire la portion qui prolonge les spirales à droite et à gauche, est percée d'un trou dans lequel s'engage une vis de rappel.

La pression est faite par la seule élasticité du ressort, mais, en tournant la vis de gauche à droite, on rapproche les deux extrémités des tiges, la pression est plus considérable. En tournant en sens contraire, ces deux extrémités s'éloignent, et on diminue le degré de pression.

L'un de ces modèles est à tiges qui peuvent être allongées ou raccourcies à volonté, et a une de ses plaques articulées, de telle sorte que l'on peut diriger la compression dans le sens que l'on désire, sans avoir besoin de changer le point d'appui.

Trois modèles de pinces unissantes à pression continue. Ces modèles ressemblent en tout point à des serrefines doubles, excepté le plus grand, dont les mors sont mousses. Les deux ressorts de chacune de ces pinces sont construits d'après les mêmes principes que le compresseur décrit plus haut, et sont réunis par une tige transversale munie d'un trou dans lequel s'engage une vis qui, comme dans le compresseur précédemment décrit, augmente la force de constriction des mors de la pince.

Fig. 1re. B, double ressort spiral;
A, vis de rappel.
Fig. 2. A, vis de rappel;
BB, vis de pression pour fixer les deux parties des arbres du compresseur, qui glissent l'une sur l'autre;
C, double ressort spiral;
D, pelotte mobile articulée à charnière.
Fig. 3. AAA, vis de rappel pour augmenter les mors des pinces;
BBBB, extrémité du levier pour écarter les mors des pinces.

Un modèle d'appareil de fracture de l'avant-bras, qui se compose de deux coussins destinés à refouler les muscles dans l'espace interosseux, et fixés sur deux attelles, qui elles-mêmes sont réunies à l'aide de deux tiges en fil de fer roulées de manière à faire un ressort spiral à droite et à gauche qui fait pression continue. Une vis de rappel analogue à celles des précédents appareils permet d'augmenter ou de diminuer à volonté la force des ressorts, ou plutôt règle l'écartement qui doit exister entre les deux coussins, en modifiant la forme, l'épaisseur des coussins.

M. Duval applique ce même appareil aux fractures de l'extrémité du radius.

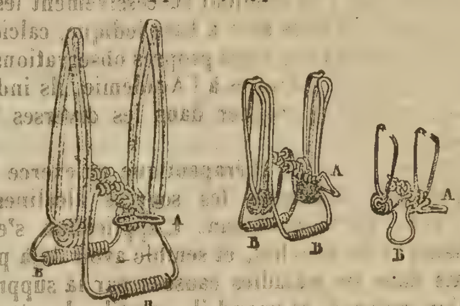
Un modèle d'appareil à double plan incliné pour les fractures du col et du corps du fémur.

Cet appareil est disposé de manière à présenter une saillie arrondie; au niveau du creux poplité, une coulisse permet d'allonger ou de raccourcir le plan fémoral, de manière à lui donner une longueur proportionnelle à celle du fémur fracturé.

Les deux plans tibial et fémoral reposent sur un troisième plan horizontal, à l'extrémité inférieure duquel sont creusées des rainures dans lesquelles on engage l'extrémité du plan tibial, de manière à pouvoir donner aux deux plans l'inclinaison nécessaire.

Plusieurs tiges métalliques, fixées à l'extrémité du plan horizontal, peuvent servir à attacher des lacs extensifs; enfin, des attelles latérales que l'on peut enlever à volonté servent à maintenir des coussins de remplissage et à empêcher de vaciller le membre fracturé, placé dans un appareil de Scultet complet, bandes, coussins, attelles, etc.

Dynamomètre. — Cet appareil, applicable à la mesure de la force



de tous les mouvements partiels des membres et du tronc, repose sur le principe de la romaine, dont les bras de levier s'allongent à volonté.

Le ressort du dynamomètre offre des dispositions analogues à celles de la serre fine.

Décès. — M. le président annonce la mort de M. G. de Claubry. Conformément aux dernières volontés du défunt, aucune députation n'a été convoquée, aucun honneur officiel ne lui a été rendu, aucun discours n'a été prononcé.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY lit deux rapports sur deux demandes d'autorisation d'exploitation de sources minérales, sises, l'une à La Heuse (Orne), l'autre à La Barthe-de-Nesle (Hautes-Pyrénées).

La première est une eau ferrugineuse arsenicale; M. le rapporteur conclut à l'autorisation. (Adopté.)

La seconde ne contenant que des traces de principe actif; M. le rapporteur conclut à l'ajournement. (Adopté.)

DISCUSSION SUR LE SÉTON.

M. PIORRY. — Je n'avais pas d'abord l'intention de prendre la parole dans la discussion relative à l'utilité du séton et qui plus tard, ainsi que cela arrive souvent, a fini par prendre l'importance de questions doctrinales.

La contrariété que me causait la dissidence où je me trouvais au point de vue pratique, soit avec des hommes dont j'estime bien haut la valeur et les opinions, soit avec un excellent ami dont j'apprécie les hautes connaissances, m'engageait à écouter et à entendre plutôt qu'à parler. Mais enfin ne pouvant théoriquement et pratiquement partager la manière de voir des honorables collègues dont vous avez entendu les discours, et d'ailleurs dans la persuasion où je suis qu'il ne s'agit pas seulement ici d'un simple débat scientifique, mais de questions humanitaires, je ne crois pas pouvoir me dispenser de soumettre à l'Académie les réflexions qui vont suivre sur la dérivation et la révulsion et sur les moyens artificiels de provoquer et d'entretenir de longues suppurations.

No 1. — Quand on veut traiter d'une question relative à des opinions qui sont exprimées par un mot, il faut avant tout s'entendre sur la valeur, le sens et la portée de ce mot : or on se sert des expressions révulsion et dérivation sans avoir assez précisé ce qu'ils signifient.

Revulsio est dérivé du terme latin *revellere* qui exprime cette idée : *tirer fortement à soi* ; *arracher avec effort* : *revulsio* est le substantif de ce verbe et désigne l'action dont il s'agit, actuellement en exercice.

Conséquence rigoureuse : il y a révulsion quand on arrache une épine, une flèche, un corps étranger quelconque du lieu où il se trouve.

Dérivation est encore l'action qu'exprime le verbe *derivare* : détourner un ruisseau, une rivière, et au figuré, porter vers un lieu où dans un sens ce qui se trouvait dans un autre.

Certes ces deux manières d'agir sont différentes en principe, mais on ne peut dériver une chose vers un point, sans ôter, sans enlever d'un autre lieu cette même chose.

Par conséquent il n'y a pas de dérivation sans révulsion, et comme on ne peut guère enlever la chose supposée d'un lieu sans la faire passer ailleurs; il en résulte que presque toute révulsion est en quelque sorte compliquée de dérivation.

Ainsi en entrant tout d'abord par l'étymologie au fond de la question on voit que les distinctions entre la dérivation et la révulsion sont arbitraires et qu'une science exacte et sévère doit éviter de les adopter dans son langage.

Qu'Hippocrate, Galien et les Arabes, que Fernel et les modernes aient admis on non une théorie sur la révulsion, sur la dérivation, cela importe assez peu ; et ce qu'il est résulté de meilleur de ces vieilles idées, ce sont les spirituels discours et les savantes recherches que vous avez entendus.

Sous le nom de révulsifs on a réuni la plupart des agents thérapeutiques connus.

La saignée ôte du sang et à coup sûr elle est révulsive pour ce liquide ; heureux le malade quand elle exerce la révulsion sur le mal !

Lisfranc se complaisait à dénommer ainsi les petites saignées qu'il faisait pratiquer à la plupart de ses malades femmes.

Les ventouses, les sangsues, qui font perdre peu ou beaucoup de sang, sont au point de vue précédent tout aussi révulsives ; et pour le moment où elles sont appliquées, les ventouses Junod, les stases sanguines obtenues par la pesanteur, les ligatures, les bains locaux très-chauds etc., sont dans le même cas.

Dans toutes ces médications c'est tout simplement du sang que définitivement ou momentanément on enlève aux organes ; on révulse donc le liquide qui se trouve dans les vaisseaux ; ainsi tous les évacuants sanguins agiraient par révulsion.

Les purgatifs doivent être partagés en plusieurs classes suivant qu'ils évacuent les fécès (scorrheïques), les mucosités (blenrrhéiques), la sérosité du sang (hydrorrheïques). Dans ces trois cas ils opèrent une révulsion, ici de matières stercorales ; là de mucus ; là de serum ; et dans les deux dernières circonstances, comme les matériaux des sécrétions gastro-entériques proviennent des vaisseaux et du liquide qu'ils contiennent, évidemment ils agissent encore par une sorte de révulsion sur l'appareil circulatoire qu'ils désemplissent.

Les moyens portés vers la peau, les vésicatoires par exemple qui opèrent une évacuation abondante de sérosité, déterminent encore de la même façon une action révulsive.

On pourrait en dire autant des diurétiques des sialalogues, de tous les moyens enfin qui font perdre des liquides contenus dans l'appareil circulatoire ou angiême.

Ailleurs une médication toute différente est produite, on applique un épispastique qui cause de la douleur ; on brûle la peau, on y applique un sinapisme, on l'électrise etc. et dans tout ceci on a pour but de produire une vive souffrance dont le résultat serait une action générale sur le système nerveux. On suppose que le sentiment pénible que l'on cause vers un point du corps va enlever, révulser le mal qui existe dans une autre partie.

Mais supposant la présence de pus, de virus, de vices spéciaux, de matières peccantes dans les liquides, voici qu'ailleurs on cherche à les enlever, à les extraire au moyen de l'écoulement du pus provoqué par des vésicatoires à demeure, par des cautères, des moxas, des sétons etc. ,et l'on prétend révulser ainsi les agents morbides qui, déterminant telle diathèse, ou telle cachexie s'écouleraient par ces fonticules comme on l'a dit, expression qui assimilait à une petite fontaine le hideux et fétide écoulement ainsi provoqué.

Or, je le demande à tout homme de sens, est-il convenable, est-il logique de comprendre sous une même dénomination : *révulsion*, l'action produite par des agents thérapeutiques si divers ? N'est-il pas évident qu'il y a entre ces médications de telles différences dans leur mode d'agir, qu'il est dérisoire de les réunir dans un même groupe.

La plupart des moyens précédents sont dérivatifs au moins en ce sens qu'ils dirigent vers un lieu, le liquide, la matière, le virus qui était ailleurs.

Le sang extrait par la phlebotomie coule par l'ouverture de la veine ; les sangsues, les ventouses l'évacuent par les solutions de continuité qu'elles causent ; les purgatifs sollicitent une action intestinale et dirigent ainsi vers ces ulcères les liquides évacués. Les épispastiques, les diurétiques, les sialalogues, par rapport à la peau, à l'appareil urinaire (anguive) ou salivaire (angiosiale), agissent de la même manière. Les excitants douloureux attirent, dit-on, au dehors le mal et la souffrance, et c'est par un ulcère que les exutoires font écouler ou dériver les matières qu'ils sécrètent. Peut-être, pour sortir du vague où laisse ce mélange de *dérivation* et de *révulsion*, dira-t-on qu'il y a révulsion quand la perte de liquide est considérable et rapide et que l'action de dériver est faible, tandis qu'il y aura dérivation alors que la perte de matières liquides ou autres étant peu considérable, il y aura afflux marqué de cette matière vers une partie déterminée. Mais où placera-t-on alors la limite des actes révulsifs et dérivatifs qui se confondront si facilement entre eux, qu'en considérant les choses de cette dernière façon, il arrivera tel cas où un moyen qui agissait d'abord en révulsant, quelques moments après deviendra dérivatif ?

On a appelé moyens révulsifs ceux qui provoquent des douleurs artificielles que l'on cherche à produire vers un point, pour enlever une souffrance située ailleurs ; mais alors c'est d'une véritable dérivation qu'il s'agirait et non pas d'une révulsion.

Conclusions logiques de tout ceci : étymologiquement, théoriquement, dans le sens littéral, dans le langage de convention, on ne peut adopter ni même conserver les mots révulsion et dérivation, parce qu'ils sont inutiles, parce qu'ils confondent sous une même expression les choses les plus dissemblables, et parce qu'enfin, au lieu d'éclairer les faits, ils les rendent confus et inintelligibles.

N° 4.—Mais d'où vient cette tendance des médecins à se servir toujours de cette logomachie que l'on a érigée en système ? Elle est née des théories galéniques et arabes, relatives aux humeurs, et les modernes qui ont théorisé sur le principe vital, sur les propriétés vitales, etc., ont fait voyager celles-ci par révulsion ou par dérivation, comme les anciens, supposant que la matière peccante était susceptible de nombreuses et fantastiques pérégrinations !

Messieurs, on ne fait pas ainsi promener la vie à droite ou à gauche dans le corps de l'homme. Les propriétés dites vitales sont inhérentes aux tissus et ne vont pas au gré du médecin envahir telle partie de l'organisme en abandonnant telle autre. La dérivation vitale supposée est une triste progéniture des élucubrations barthésiennes et des théories de Bichat, qui ne valent pas une seule page de ce magnifique *Traité sur la vie et la mort* dont l'organisation a été le flambeau.

Les moyens douloureux employés en thérapeutique modifient le système nerveux, d'abord par la périphérie, puis par le centre commun (névraxe), quelquefois par des centres spéciaux, tels que des portions de la moelle rachidienne ou des ganglions, puis enfin par les nerfs qui se portent aux organes. Ce sont là des phénomènes d'action reflexe, que, bien avant Marshell, j'avais observée et étudiée dans mon premier Mémoire sur les névroses (1833).

Mais il ne s'agit là ni de dérivation ni de révulsion; ce sont là des actes organiques très-déterminés et qui rentrent dans les lois connues de l'organisation en exercice.

Je n'ai jamais vu un partisan, à quelque degré que ce puisse être, des hypothèses révulsives ou dérivatives, proposer soit de brûler fortement la jambe droite, pour guérir une brûlure de la jambe gauche ; soit de placer un sinapisme à l'une des mains pour enlever ou détourner une épine engagée dans l'autre main : du premier coup on trouverait de telles idées par trop absurdes. Eh bien ! à la lésion phlegmasique aiguë ou chronique contre laquelle on emploie en général des moyens dits dérivatifs, il n'y a pas seulement une altération vitale, une irritation qui l'entretiennent, il y a quelque lésion, quelque épine qui la fait durer, et qui pour être latente, inappréciable à nos sens, n'en sont pas moins réelles et qui font que le mal persiste. Le progrès de la science permet parfois de découvrir cette lésion, cette épine, qu'auparavant on ne voyait pas. Avant les travaux microscopiques de Daillinger, de Kallenternmer, etc. ; avant la dissertation de notre honorable secrétaire perpétuel, avait-on vu les modifications organiques primitives aux phénomènes phlegmasiques et qu'il faudrait pouvoir atteindre avant de songer à la curation de la phlegmasie elle-même ! L'inflammation n'existe pas par elle-même et elle ne se nourrit pas d'irritation ; elle subsiste tant que la lésion qui la cause persiste. L'organisme se répare, la nature guérit alors que ces circonstances matérielles qui produisaient le mal sont enlevées.

Ce n'est donc pas le trouble des propriétés vitales, l'irritation, l'inflammation qu'il s'agit d'enlever, de dériver, si l'on veut, c'est la lésion dont la phlegmasie est la conséquence qu'il est urgent de combattre et de faire avant tout dissiper.

N° 5. — Le fameux aphorisme quarante-sixième de la deuxième section, a été ainsi traduit par M. Littré, cet excellent appréciateur des mots et des idées : « De deux douleurs simultanées, mais non dans le même lieu, la plus forte obscurcit l'autre. » (Œuvres complètes d'Hippocrate, t. IV, page 483.) Pris dans son sens naturel, une telle

sentence indique un fait si vrai et si simple qu'il deviendrait presque une *vérité vraie*. Qui ne sait, en effet, que si l'on éprouve brusquement une douleur quelque part, une souffrance légère que l'on aurait auparavant ressentie ailleurs, serait, par cela même, obscurcie ou oubliée. C'est le fait de la douleur vive produite par un vésicatoire, par une brûlure, qui ne permet plus de faire attention à une névralgie légère dont on était atteint. Mais pour appuyer l'hypothèse dérivation, voici que l'on a écrit *labor* au lieu de *dolor*, *laboribus* au lieu de *doloribus*, puisque *labor* a été pris pour synonyme de *maladie* et que l'on a cru lire dans Hippocrate que, de deux maladies existant simultanément, mais non dans le même lieu, la plus forte obscurcit, fait dissiper la plus faible.

En vérité, quand on cite Hippocrate, quand on veut prendre ses opinions et ses préceptes pour le pivot de la médecine, il faudrait au moins le comprendre et ne pas lui prêter des discours qu'il n'a pas tenus.

Mais quand Hippocrate aurait ainsi parlé, cela ne ferait rien à la question. Son autorité, si l'on tient compte du temps où il écrivait, est immense, mais elle ne l'est pas plus pour les médecins modernes que ne l'est l'autorité d'Aristote, de Pline, pour nos savants naturalistes. Les faits bien vus isolément, puis rassemblés, puis commentés et d'où l'on tire des conclusions logiques, voilà les fondements et les autorités véritables de la science moderne. *Amicus Hippocrates, magis amica veritas*. Or, la pratique démontre à mes yeux que les doctrines de la dérivation et de la révulsion ne sont pas vraies.

N° 6. — Quand on tire du sang, que ce soit par la veine, que ce soit par les sangsues ou les ventouses, on désemplit les vaisseaux. C'est révulser si l'on veut, mais il est bien plus exact de dire que c'est désemplir, dégorger, ôter ce que l'on croit être de trop, faire comme le pensait Magendie, un vide qui est suivi de la résorption des liquides contenus dans l'organisme sain ou malade ; en ce sens, c'est favoriser la résolution. On peut en dire autant des stases artificielles que l'on provoque dans certains organes, par la ligature, la position déclive, les ventouses Junod, etc.

C'est de cette façon qu'agissent les soustractions momentanées ou définitives de sang, alors qu'on les emploie soit dans diverses congestions, telles que celles du foie, du poumon, des vaisseaux, de l'encéphale, soit alors que le cœur est distendu par une grande quantité de liquide, on peut dire que de telles saignées sont évacuatives, ce qui est mieux déterminer le résultat à obtenir que de les appeler révulsives. On a supposé que les saignées locales agissaient en attirant le sang vers un point déterminé, et que non-seulement elles étaient évacuatives, mais encore dérivatives ou mieux *attractives*. On a prétendu qu'il en était ainsi pour la saignée du pied, par exemple; il était supportable d'écrire ceci avant la découverte de la circulation harveienne ; mais qu'en 1855, on prétende une chose pareille, en vérité, il n'est pas possible qu'on le fasse sérieusement, car le sang tiré des veines du pied sort aussi bien de l'appareil circulatoire (angiême), que celui qui sort de la basilique ou de la jugulaire, de la céphalique ou de la jugulaire externe, et il n'y a pas, dans l'incision que l'on a faite à la peau ou à la veine, de raison anatomique ou physiologique qui soit propre à agir sur le système nerveux de manière à y attirer le sang. Quant aux sangsues, aux ventouses scarifiées, il est bien vrai que le vide qui a eu lieu lors de leur action, que la petite phlegmasie qui succède aux plaies ou aux morsures, peuvent occasionner vers le point où on les a placées, une sorte de fluxion. Mais encore, quel démenti la pratique ne vient-elle pas donner à cette action prétendue réelle ! Ainsi qu'on le fait à l'ordinaire, j'ai quelques milliers de fois fait appliquer des sangsues à la vulve, pour provoquer l'apparition du flux menstruel, et presque jamais je n'ai réussi. On fait placer aussi quelques-uns de ces annélides à l'anus dans l'intention d'attirer là le flux sanguin que les bonnes gens attribuent au vice ou au génie hémorrhoïdal, on n'y réussit que rarement et le mieux-être quelquefois obtenu tient exclusivement à la perte de sang,

Le plus souvent alors que l'on prescrit des purgatifs dans l'intention de révulser ou de dériver, c'est de toute autre façon qu'ils agissent. Lorsque dans une bronchorrhée menaçant de la mort par privation d'oxygène, on donne le tartre stibié ou d'autres hydrorrheïques, ce n'est pas en détournant un stimulus supposé vers l'intestin, que l'effet désiré est obtenu, c'est tantôt en sollicitant des vomissements qui coopèrent à l'expectoration, d'autres fois c'est en sollicitant les contractions des petites branches ; ailleurs c'est comme évacuant du sérum et en déterminant dans les vaisseaux un vide suivi de résorption, que ces précieux médicaments administrés dans de tels cas sont si utiles. C'est peut-être par une action spéciale que parfois ils donnent lieu à un effet thérapeutique ; plus souvent en évacuant les matières et les gaz abdominaux, ils font de la place au-dessous du diaphragme qui alors s'abaissant mieux, exerce de grands mouvements et fait expectorer.

Tout récemment, un artiste illustre âgé de soixante-dix-huit ans, que quatre fois j'avais en cinq mois débarrassé du râle de l'agonie par le tartrate antimoine de potasse, était sur le point de périr, et cela par suite de la présence dans le larynx de crachats épais, qu'il ne pouvait rejeter au dehors. Cette fois, l'émétique avait échoué. Le péritoine était depuis longtemps rempli de sérosités, lorsque la vie allait s'éteindre ; voyant que le diaphragme ne pouvait s'abaisser et cela par suite du volume du ventre, je me décide dans ce cas suprême à pratiquer la ponction. Neuf litres de liquide sont extraits, l'expectoration s'opère, et le râle précurseur de la mort cesse ; le malade, depuis quinze jours, est dans un état supportable. La ponction a agi chez cet excellent vieillard comme l'eût fait le tartre stibié, c'est-à-dire en remédiant aux causes mécaniques qui gênaient sa respiration et rendaient l'expectoration impossible.

Dans les hémorrhagies cérébrales, dites apoplexies, dans les troubles circulatoires survenus dans le cœur ou dans les poumons, on croit dériver ou révulser en donnant des purgatifs par la bouche ou par le rectum, et on évacue par ces agents les fécès et les gaz qui s'en dégagent; en opérant alors un vide dans le tube digestif, on facilite la respiration ainsi que la circulation dans les vaisseaux abdominaux, modification organique qui peut heureusement influencer l'état du cerveau, des poumons, du cœur.

Ailleurs encore, dans une pneumonite, une péricardite, une pleurite, alors que le sang est couenneux, les purgatifs, les émétiques semblent agir en éliminant une partie de sérum contenant de la fibrine en suspension, plutôt qu'en exerçant une action dérivatrice.

N° 7.—Des considérations plus ou moins analogues aux précédentes pourraient être applicables à l'action des diurétiques (s'il en existe de réels), des sialalogues, etc., et si le temps le permettait, il serait facile de faire voir que ce n'est pas par dérivation ou par révulsion que de tels médicaments agiraient.

N° 8.—Mais ce sont particulièrement les moyens dirigés sur la peau, auxquels on a attribué une action révulsive ou dérivative. Ils peuvent se partager en plusieurs classes dont le monde d'action est si différent que ce qui serait vrai des uns, ne le serait en rien des autres.

a. On admet d'abord les diaphorétiques, c'est-à-dire des médicaments propres à provoquer des sueurs. Il y a trop d'incertitude sur la réalité et sur le mode d'action de ces substances pour que des considérations qui s'y rapporteraient puissent éclairer l'histoire de la dérivation et de la révulsion.

b. C'est à la peau surtout qu'on emploie les moyens douloureux auxquels on attribue un effet qu'on dit être révulsif. Encore une fois, et je me répète à dessein, l'effet qu'ils causent fait oublier les douleurs moins vives qui avaient lieu ailleurs, et c'est là le cas d'appliquer l'aphorisme : *Duobus doloribus*, etc.

Ailleurs il y a une action exercée sur le moral du malade, qui détourne autrement son attention et qui finit par le distraire de sa douleur. Puis l'agent douloureux donne souvent lieu à des troubles dans l'action circulatoire de le partie sur laquelle les médicaments sont appliqués et qui par des communications anatomiques sont susceptibles de modifier, d'engourdir les sensations pénibles existantes dans les nerfs voisins. Dans d'autres cas, par un phénomène très-remarquable qui semble appartenir à l'endosmose, un épispatique appliqué sur les parois d'une plèvre, d'un péricarde, d'une hydrocélie, donne lieu à une abondante sécrétion de sérosité qui semble s'écouler aux dépens du liquide contenu dans la partie malade, sur laquelle on veut agir. Evidemment ces diverses actions sont très-différentes les unes des autres, et c'est confondre par les mots les actes les plus dissemblables que de les désigner sous l'expression commune de dérivation ou de révulsion.

N° 9. Quand on donne le nom de dérivatifs, de révulsifs aux moyens de cautériser la peau, aux cautères, aux moxas, on réunit sous la même expression plusieurs actions fort différentes : d'abord à celle qui résulte de la douleur ; ensuite aux effets des troubles circulatoires consécutifs à l'application des caustiques; puis à la conséquence directe de la mortification locale, et enfin, à l'influence de la suppuration ultérieurement produite. Or la formation de l'escarrhe est vraiment ce qui constitue le cautère ou le moxa ; car les autres éléments de l'action cautérisante rentrent évidemment dans la manière d'agir des sinapismes, des vésicatoires, des sétons, etc. Or la mortification, la nécrosie partielle ne peut pas avoir d'effets dits dérivatifs ou révulsifs, à moins qu'on suppose qu'enlever la vie sur un point, soit un moyen de la modifier sur un autre.

No 10. Les principaux agents dérivatifs sont ceux qui donnent lieu à une suppuration persistante; tels sont les vésicatoires à demeure, les ulcères qui résultent de la chute des escarrhes produits par les moxas, le fer rouge, la potasse et qui sont entretenus par des corps divers; tels sont encore ces trajets fistuleux de pus, longs quelquefois d'un mètre chez le cheval, et qui contenant une mèche dont le volume varie, ont reçu le nom de séton.

Ces agents suppuratifs employés de temps immémorial, enlèvent-ils tel mal profond et obscur existant dans les liquides ou dans les solides? Font-ils couler au dehors les virus, le pus contenu dans le sang, et par conséquent, sont-ils vraiment dérivatifs? Ce sont là des questions de premier ordre et dont la solution intéresse vivement la science et l'humanité. On peut employer les agents suppuratifs dans la vue d'éliminer des matières contenues dans nos liquides et par exemple on suppose que dans la pyémie, la phynémie chroniques, un cautère à demeure donne issue au pus et même à la matière tuberculeuse existant dans l'appareil circulatoire. C'est même par suite de cette opinion que dans les cas de tuberculisation pulmonaire, on ne cherche pas à guérir les fistules survenues à l'anus. En vérité une telle explication est bien peu rationnelle, et elle devient tout à fait inadmissible alors qu'il s'agit de virus réels ou supposés, que l'on admettrait altérer le sang. Laissons de telles espérances à nos respectables aïeux; mais gardons-nous d'appliquer ces idées à nos malades!

Ailleurs on veut employer les exutoires, car c'est ainsi qu'on les appelle encore, pour remédier à des lésions organiques. Mais, penserait-on qu'ils puissent modifier et guérir les tubercules où l'on ne trouve pas de trace d'organisation! Admettrait-on qu'ils pourraient transformer en un tissu normal et inoffensif des productions squirrheuses, encéphaloïdes, mélaniques, colloïdes, etc. S'imaginerait-on que du pus qui coule par un vésicatoire à demeure, un séton, un moxa, appliqués au bras, à la nuque, sur un côté du corps, à la cuisse, à la jambe, viennent empêcher le poumon enflammé de former du pus, de devenir tuberculeux? On remédirait à un anévrisme (arterasie), à un rétrécissement du cœur (cardiostenosie), à une dilatation des cellules pulmonaires par de l'air, où à un ramollissement du cerveau? Avouons-le franchement, cela n'est pas plus possible que l'action d'un cautère que l'on appliquerait sur la jambe de bois proverbiale. Mais, dira-t-on, c'est la disposition générale, c'est la diathèse, la cachexie que les exutoires modifient utilement: de grâce, un peu moins de vague dans les mots, un peu plus de précision dans les idées, et vous verrez que vos diathèses, vos cachexies se rapportent à des phénomènes très-organiques, très-déterminés, que vos sétons, vos cautères, vos moxas ne guériront pas plus qu'ils ne feront dissiper des encéphaloïdes.

Il est probable, il est même croyable qu'un caustique, un bouton de feu, des cautères transcurrents, portés sur la peau qui recouvre une tumeur osseuse ou certaines lésions chroniques des os, modifient avantageusement la circulation de la partie malade; la grande estime que je porte à l'esprit d'observation et à la pratique d'Ambroise Paré, de Pott, de Boyer, de Sirey, de Roux, de Larrey, de MM. Velpeau et Bouillaud, ne me permet pas de révoquer en doute ce qu'ils ont vu, ce qu'ils affirment; mais quelque respectables que soient de telles autorités, je ne puis faire divorce avec mon expérience personnelle. Elève de Boyer et de Roux, ami de Lisfranc (tant que je n'ai pas été professeur à la Faculté), partisan très-modéré de l'irritation, j'ai appliqué, dans les vingt premières années de ma pratique, quelques vingtaines de sétons à la nuque alors qu'il s'agissait d'ophthalmie; quelques centaines de cautères contre des tubercules, des tumeurs de diverses sortes; j'ai traité par de tels moyens, soit des maladies variées du rachis ou de l'articulation coxo-fémorale, soit des accidents cérébraux ou névrosiques très-variés; soit des hépathies, des splenopathies, des pyophuries, etc. Je n'ai obtenu, dans de tels cas, d'autres résultats que ceux qui m'ont paru être les conséquences du régime, du repos, ou d'autres médications que simultanément j'employais.

Tant que mon principal moyen de traitement consistait dans des exutoires, je n'ai pas vu guérir un seul phthisique, et je ne sais même si, par de tels moyens, j'ai amélioré l'état des malades atteints de rachisophymie ou mal de Pott. C'est pour cela que j'ai à peu près complétement renoncé aux suppuratifs à demeure. Je vois encore chaque jour de pauvres gens atteints de cavernes pulmonaires ou d'hépatocercinie; malheureux que l'on a gratifiés, depuis des mois ou des années, de vésicatoires aux bras, de cautères, de moxas, de sétons; aucun ne s'en est trouvé soulagé. J'ai fait enlever ces maladies artificielles, aucun n'en n'a éprouvé d'inconvénients, et, plus je vois de malades, plus j'observe, plus je réfléchis, plus, en général, je renonce aux exutoires, c'est-à-dire aux moyens de produire artificiellement du pus; cela, du reste, n'est pas dire que je n'emploie pas de larges vésicatoires pour faire perdre au sang, dans des cas d'hydropleurites, une portion notable de sérosité; il est, en effet, aussi certain qu'un écoulement séreux, obtenu sur les parois de la poitrine, fait abaisser le niveau d'un épanchement pleurétique, qu'il est difficile de constater l'amélioration survenue dans l'état d'un tuberculeux à la suite de l'application d'un cautère.

No 11.—Mais, au point de vue humanitaire, pense-t-on qu'il soit convenable d'employer aussi fréquemment qu'on le fait les agents proclamés dérivatifs ou révulsifs? Il n'est pas sans doute un médecin, j'aime à le croire, qui les emploie pour faire *seulement quelque chose;* car ce quelque chose est souvent un affreux moyen.

Le sinapisme appliqué dans des cas de délire a fait croire souvent au pauvre insurgé qu'il était déchiré en morceaux; la douleur causée par les pustules que déterminent le tartre stibié et l'huile de croton est aussi pénible que celle qui est provoquée par l'éruption du zona; le vésicatoire, le cautère à demeure, sont les sources de la plus grande incommodité et en été d'une puanteur immonde; les sétons sont de hideuses malpropretés qui inspirent le dégoût chez un cheval ou un chien, et font horreur chez l'homme fort bien sans séton; les moxas sont les instruments d'une sorte de torture que les lois humanitaires ont bannie des arrêts de la justice. Quand je vois sur de jeunes malades, sur de belles filles, la peau couverte de cicatrices qu'ont produites les ventouses scarifiées, les vésicatoires à demeure; quand trouvant ma propre peau sillonnée des marques qu'y ont laissées la moutarde, les cantharides, le tartre stibié, les sangsues, etc., je me demande si la médecine ne pourrait pas être moins cruelle; si elle ne devrait pas tenir plus de compte de la douleur; si aux yeux des médecins les formes sont indifférentes; si pour eux-mêmes ils seraient aussi prodigues d'exutoires qu'ils le sont pour leurs malades: ému de pitié pour ceux qui souffrent, j'ai conjuré mes honorables confrères de n'avoir recours à ces moyens qu'alors qu'on ne peut faire autrement. Je leur demande surtout de flétrir ces malheureux empiriques qui lors de l'agonie que cause la présence des mucosités écumeuses dans les bronches, osent, dans leur ignorance, porter une pelle rougie à blanc sur la plante des pieds, ou promener un cautère transcurrent sur la région de l'épine.

Voyez aussi avec quelle sage réserve MM. Velpeau et Bouvier vous parlent des exutoires auxquels ils attribuent les succès dans des cas où d'autres moyens peut-être plus utiles étaient employés? Et demandez à ces grands praticiens s'ils tombent dans les excès dont je viens de parler; rappelons-nous enfin que telle pratique générale que l'on blâme à juste titre est susceptible d'être avantageusement pratiquée dans des cas particuliers.

Mais n'oublions pas encore que les exutoires, soit par pyémie, soit autrement, agissent si souvent d'une manière fâcheuse, soit sur les liquides et sur la constitution, que ceux qui les portent depuis longtemps, pâles et cacochymes, alors que ces ulcères volontaires existaient, reprennent leur coloration et leur bonne apparence, alors qu'on a desséché ces surfaces suppurantes; n'oublions pas que ces ulcères sont rarement des maladies utiles, dans le sens où elles étaient comprises lors de ma thèse d'agrégation en 1823 « *An omnes morbi sanabiles sanandi;* » qu'il n'y a, par conséquent, aucun inconvénient, mais bien de l'avantage à les guérir; que les purgatifs de précaution donnés lorsqu'on fait cesser la suppuration d'un exutoire sont inutiles, et qu'enfin les vésicatoires, les cautères et les sétons donnent souvent lieu à des érysipèles dangereuses, qui s'étendent au loin et font parfois périr les malades.

Les conclusions de ce travail sont celles-ci: les mots dérivation et révulsion, doivent, à cause de leur vague et de leur obscurité, être bannis du langage médical; plusieurs des faits compris dans ces expressions se rapportent à des phénomènes d'évacuation, de congestion, etc., et à des phénomènes nerveux produits par la douleur; on ne doit user des agents thérapeutiques douloureux qu'avec la plus grande circonspection et les agents suppuratifs tels que cautères, sétons, moxas, souvent usités, ont les plus graves inconvénients, sont parfois dangereux et on ne doit s'en servir que quand il n'est pas possible de faire autrement.

M. Leblanc monte à la tribune, et sans entrer dans la question de doctrine et dans ce qu'on doit entendre par révulsion, il énumère longuement les cas dans lesquels les sétons sont utiles en médecine vétérinaire; il termine en conviant ceux des académiciens qui conserveraient des doutes sur l'action du séton, à assister à des expériences qui seraient, suivant l'orateur, parfaitement décisives.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimé par Bonaventure et Ducessois, 55, quai des Augustins.

LE MONITEUR DES HOPITAUX.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME TROISIÈME.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Y.

TABLE ALPHABÉTIQUE

PAR NOMS D'AUTEUR.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT, RUE DE GRENELLE-SAINT-HONORÉ, 45.